

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		79/22
		Стр. 1
		из 100

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 1

Название ОП: «Общая медицина»

Код дисциплины: OVP 6301-2

Название дисциплины: Амбулаторно - поликлиническая педиатрия

Объем учебных часов/кредитов: 240 часов, 15 кредит

Курс и семестр изучения: 6 курс, 11 семестр

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		79/22 Стр. 2 из 100

Составитель: ассистент Шуашева Е.А.

Заведующий кафедрой: к.м.н., доцент Оспанов К.Е. 

Протокол № 1 **Дата** 01.09.2023 г.

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3			044-
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс			79/22 Стр. 3 из 100

<question>Амбулаторно-поликлиническая помощь (ПМСП), НЕ предусматриваемая при обслуживании населения:

<variant>вызов по неотложным экстренным состояниям на дому

<variant>в амбулаторных условиях

<variant>на дому

<variant>в дневном стационаре

<variant>стационаре на дому

<question>Функция, которую НЕ предусматривают амбулаторно-поликлинические организации (АПО) :

<variant>круглосуточное наблюдение после выписки из стационара

<variant>оказание ПМСП (доврачебная, квалифицированная) в порядке утвержденном уполномоченным органом в области здравоохранения

<variant>оказание специализированной помощи

<variant>лекарственное обеспечение прикрепленного населения

<variant>проведение разъяснительной работы среди населения о профилактике заболеваний

<question>17 февраля 2012 года министерством здравоохранения РК утвержден приказ «Оказания первичной медико-санитарной помощи и совершенствования профилактической деятельности в организациях здравоохранения» Выберете № приказа:

<variant>89

<variant>90

<variant>145

<variant>626

<variant>885

<question>Технологии информирования населения на популяционном уровне:

<variant>привлечение населения к широкомасштабным акциям (месячникам, проведению Международных Дней по профилактике заболеваний и борьбе с факторами риска)

<variant>работа со средствами массовой информации

<variant>распространение информационно-образовательных материалов

<variant>раздача информационно-образовательных материалов

<variant>Интернет-связь, использование сервиса доставки коротких сообщений телефонная связь

<question>Технологии информирования населения на индивидуальном уровне:

<variant>беседа

<variant>лекция

<variant>раздача информационно-образовательных материалов

<variant>интернет-связь, использование сервиса доставки коротких сообщений

<variant>работа со средствами массовой информации

<question>Основные задачи и направления деятельности органов и организаций системы здравоохранения

<variant>обеспечение эффективности, безопасности и качества лекарственных средств

<variant>обеспечение граждан РК гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, преемственность действий медицинских организаций

<variant>обеспечение граждан РК гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи

<variant>преемственность действий медицинских организаций при оказании медицинской

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 4 из 100

помощи

<variant>научные организации в области здравоохранения и организации образования в области здравоохранения

<question>Деятельность, которая не предусматривается в рамках <question> 145 Приказа «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»:

<variant>анализ летальности

<variant>ежегодное проведение скрининговых осмотров целевых групп населения

<variant>формирование электронной базы данных скрининговых осмотров

<variant>создание постоянно действующей рабочей группы по координации мониторингу

<variant>анализа скрининговых осмотров

<question>Скрининговые осмотры с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением для городского населения осуществляют:

<variant>городские поликлиники, врачебные амбулатории, поликлиники независимо от форм собственности

<variant>частные поликлиники по своему усмотрению

<variant>центры ЗОЖ

<variant>госпитали

<variant>все медицинские организации

<question>Скрининговые осмотры с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением для сельского населения осуществляют:

<variant>медицинские пункты, ФАП, врачебные амбулатории, районные поликлиники

<variant>частные поликлиники по своему усмотрению

<variant>центры ЗОЖ

<variant>госпитали

<variant>все медицинские организации

<question>Скрининговые осмотры с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением для сельского населения осуществляют:

<variant>мобильные бригады (передвижные медицинские комплексы на базе специального автотранспорта и железнодорожного транспорта (поезд))

<variant>частные поликлиники по своему усмотрению

<variant>центры ЗОЖ

<variant>госпитали

<variant>все медицинские организации

<question>Лица, имеющие право выдачи листка нетрудоспособности:

<variant>лечащие врачи государственной системы здравоохранения

<variant>врачи страховых компаний

<variant>врачи скорой медицинской помощи

<variant>врачи санаторий

<variant>медицинский работник со средним медицинским образованием

<question>Право выдачи листка нетрудоспособности имеют:

<variant>врачи частной медицинской практики, имеющие лицензию

<variant>врачи санавиации

<variant>врачи страховых компаний

<variant>врачи санаторий

<variant>медицинский работник со средним медицинским образованием

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3»				044-
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс				79/22
				Стр. 5
				из 100

<question>Право выдачи листка нетрудоспособности имеют:

<variant>врачи частной медицинской практики, имеющие лицензию и удостоверение об окончании курса повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности

<variant>врачи страховых компаний

<variant>врачи частной медицинской практики

<variant>врачи скорой помощи

<variant>медицинский работник со средним медицинским образованием

<question>Введенный Портал, который позволил проводить поэтапную экспертизу пролеченных случаев:

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Электронный регистр онкологических больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<variant>«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

<question>Введенная в 2012 году система, которая обеспечила прозрачность маршрута онкологического больного от организации ПМСП до НИИ онкологии:

<variant>«Электронный регистр онкологических больных»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<variant>«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

<question>Созданный в 2011 году Портал, который позволил создать базу физических лиц (имеющих прописку и фактически проживающих) и прикрепить к конкретной медицинской организации:

<variant>«Регистр прикрепленного населения»

<variant>«Электронный регистр онкологических больных»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<question>Программа, которая позволяет ежедневно мониторировать рождаемость и младенческую смертность в родовспомогательных учреждениях области:

<variant>«МЛАД»

<variant>«Электронный регистр онкологических больных»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<question>Созданный на базе амбулаторно - поликлинических организаций уникальный источник информации о состоянии здоровья населения каждого региона на основе программных комплексов, порталов, где осуществляется учет посещений пациентов в поликлинику и регистрация проведенных скринингов:

<variant>«Амбулаторно-поликлиническая помощь», «Поликлиника», «Электронный регистр диспансерных больных»

<variant>«Электронный регистр онкологических больных», «Система управления качеством медицинских услуг», «МЛАД»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг», «Информационная система лекарственного обеспечения», «МЛАД»

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3»				044-79/22 Стр. 6 из 100
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс				

<variant>«Электронный регистр стационарных больных», «Система управления качеством медицинских услуг», «МЛАД»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения», «Система управления качеством медицинских услуг», «МЛАД»

<question>Созданный на базе амбулаторно - поликлинических организаций уникальный источник информации о состоянии здоровья населения каждого региона на основе программных комплексов, порталов, где осуществляется учет у женщин - рака молочной железы и шейки матки, портал также позволит мониторировать маршрут взятой на учет беременной женщины до родов в каждой медицинской организации:

<variant>«Регистр беременных и женщин фертильного возраста»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<variant>«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

<question>Обеспечение прав граждан на свободный выбор медицинской организации, доступность и прозрачность плановой госпитализации в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи- это основная цель:

<variant>бюро госпитализации

<variant>стационара

<variant>поликлиники

<variant>диспансера

<variant>санатория

<question>Порталы и системы, позволяющие мониторировать оснащенность кадрами и медицинской техникой, медицинские организации области:

<variant>«Система управления ресурсами», «Система управления медицинской техникой»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<variant>«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

<question>Единая система электронной регистрации, учета, обработки и хранения направлений пациентов на плановую госпитализацию в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи- это :

<variant>«Портал Бюро госпитализации»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<variant>«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

<question>Интернет – ресурс, на котором пациент может получить информацию о свободных койках в любых стационарах республики на предстоящие три дня:

<variant>«Портал Бюро госпитализации»

<variant>«Система управления качеством медицинских услуг»

<variant>«Электронный регистр стационарных больных»

<variant>«Информационная система лекарственного обеспечения»

<variant>«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

<question>Экспертиза качества медицинских услуг подразделяется на:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044- 79/22 Стр. 7 из 100

<variant>медицинскую и немедицинскую
 <variant>внутреннюю и внешнюю
 <variant>клиническую и параклиническую
 <variant>кнутреннюю и финансовый аудит
 <variant>ведомственную и вневедомственную
 <question>Субъекты информатизации в области здравоохранения:
 <variant>государственные органы, физические и юридические лица,
 <variant>электронные медицинские ресурсы
 <variant>медицинские организации всех форм собственности, осуществляющие деятельность или вступающие в правоотношения в сфере информатизации в области здравоохранения
 <variant> автоматизированные системы управления медицинских организаций
 <variant>электронные формы медицинской документации.
 <question>Качество медицинских услуг - это:
 <variant>соответствие оказания медицинской помощи населению лечебно-профилактическими учреждениями
 <variant>соответствие оказываемой медицинской помощи определенным критериям, установленным на основе Закона о системе здравоохранения РК медицинскими организациями населению
 <variant>мера соответствия оказываемой медицинской помощи критериям, установленным на основе медицинской науки и технологии в условиях существующей системы здравоохранения и удовлетворенности населения
 <variant>мера соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения и установленным на основе современного уровня развития медицинской науки и технологий
 <variant>мера соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения
 <question>Контроль за качеством -это:
 <variant>мониторинг
 <variant>анализ и оценку полученных данных;
 <variant>изучение удовлетворенности гражданина качеством оказанной медицинской помощи;
 <variant>меры административного воздействия.
 <variant>качество реабилитационных мероприятий
 <question>Система здравоохранения состоит из:
 <variant>государственных и частных медицинских организаций
 <variant>государственного сектора
 <variant>государственного и негосударственного секторов здравоохранения.
 <variant>государственных , частных медицинских организаций и Национальных холдингов
 <variant>государственного, негосударственного секторов здравоохранения и страховых медицинских организаций
 <question> Основными элементами ПМСП НЕ являются:
 <variant>обеспечение людей необходимыми денежными ресурсами
 <variant>иммунизация против основных инфекционных заболеваний
 <variant>обеспечение населения основными лекарственными средствами

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 8 из 100

<variant>просвещение население по основным проблемам, связанным со здоровьем

<variant>обеспечение населения безопасным водоснабжением

<question>Ребенок 2 –х месяцев находится на грудном вскармливании, вес при рождении 3400г, в данное время весит 6000г. При осмотре кожные покровы розовой окраски, подкожный жировой слой развит нормально. По органам патологии нет.

Профилактические мероприятия гипотрофии :

<variant>свободное грудное вскармливание

<variant>несвоевременное введение прикорма

<variant>грудное вскармливание через 3 часа

<variant>грудное вскармливание 2 раза в сутки

<variant>грудное вскармливание через 4 часа

<question>У кормящей женщины повысилась температура, появилось уплотнение в одной груди, болезненность при пальпации, гиперемия. При сцеживании молоко обычного цвета, без примеси крови и гноя. Укажите наиболее правильную тактику кормления ребенка:

<variant>Кормить грудью с обязательным сцеживанием остатков молока

<variant>Запретить грудное вскармливание

<variant>Кормить сцеженным пастеризованным грудным молоком

<variant>Продолжить кормление грудью, назначить ребенку антибиотик

<variant>Кормить только из здоровой груди

<question>Ребенку 6 месяцев. Родился с массой 3000 г. На момент осмотра вес 8000г.

Находится на естественном вскармливании, высасывает 550 мл молока, получает 2 прикорма: овощное пюре, манную кашу со сливочным маслом, яблочное пюре, желток. В сутки на 1 кг массы тела получает 4,0 г белка, 6,5 г. жира; 15 г углеводов. Всего 130 ккал\кг. Укажите наиболее правильное заключение:

<variant>Ребенок получает избыточное питание

<variant>Питание сбалансированное по всем пищевым ингредиентам

<variant>Питание не содержит достаточного количества белков

<variant>Питание не содержит достаточного количества углеводов

<variant>Питание не содержит достаточного количества жиров

question>Ребенок родился с массой 3100 г, длиной 50 см. В 2 месяца масса тела 4500 г.

Укажите количество грудного молока, необходимое для данного ребенка в сутки и соотношение пищевых ингредиентов (Б:Ж:У) для его кормления:

<variant>850 мл; 2,0-2,5; 6,0-6,5; 12-14

<variant>300 мл; 1,0-1,5; 5,0-6,0; 7-8

<variant>500 мл; 1,5-2,0; 2,5-3,5; 8-10

<variant>600 мл; 2,5-3,5; 7,0-7,5; 14-16

<variant>1200 мл; 3,0-3,5; 7,5-8,0; 16-18

<question>Ребенку 3мес. Вес при рождении 3,200г. Общее самочувствие удовлетворительное. Раздражителен, беспокоен. Периодически срыгивает.

Подкожно-жировой слой на животе истончен, тургор мягких тканей снижен, дефицит массы тела 18%. Рост соответствует норме. Расчет питания данному ребенку производится на массу тела

<variant>5,400г

<variant>4,430г

<variant>4,964г

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 9 из 100

<variant>5,510г

<variant>4,956г

<question>Патронаж к ребенку в возрасте 21 дня. Мама жалуется на беспокойство, девочка плохо спит ночью, громкий требовательный крик, грудь и пустышку хватает жадно, охотно пьет воду, до 200 мл в сутки. Мама кормит ребенка строго по часам, 8 раз в сутки с ночным перерывом 6 часов, считает лактацию достаточной. Масса тела 4000, при контрольном кормлении ребенок высасывает 60 мл молока (за сутки при 8 разовом кормлении 480 мл. Предположительный диагноз:

<variant>Дефицит молока у матери второй степени (гипогалактия II)

<variant>Дефицит молока у матери первой степени (гипогалактия I)

<variant>Дефицит молока у матери третьей степени (гипогалактия III)

<variant>Дефицит молока у матери четвертой степени (гипогалактия IV)

<variant>Дефицита молока нет, ребенок нуждается в обследовании для уточнения причины беспокойства

<question>Отличия состава молозива по сравнению со зрелым молоком:

<variant>Более высокое содержание белка, меньше жиров, более высокая концентрация Ig A, более высокое содержание незаменимых жирных кислот

<variant>Более высокое содержание белка, жиров, углеводов

<variant>Более низкое содержание белка, жиров, углеводов

<variant>Более низкое содержание белка, больше жиров, более низкая концентрация Ig A, низкое содержание незаменимых жирных кислот

<variant>Качественный состав молозива и зрелого молока не отличается

<question>Отличия минерального состава женского молока по сравнению с коровьим:

<variant>Общее количество минеральных солей меньше, соотношение Са и Р 2:1, биодоступность микроэлементов выше

<variant>Общее количество минеральных солей больше, соотношение Са и Р 1:1, биодоступность микроэлементов ниже

<variant>Содержание натрия выше

<variant>Различий в минеральном составе нет

<variant>Содержание железа, меди, цинка меньше

<question>Свободным вскармливанием грудных детей называется режим питания:

<variant>Когда ребенок сам определяет часы и объем кормлений (кормления по «требованию» ребенка)

<variant>Кормление каждые 3 часа с ночным перерывом

<variant>Кормление каждые 3 часа

<variant>Кормление в определенные часы, при котором объем пищи определяется ребенком

<variant>Кормление, регламент которого устанавливает кормящая женщина

<question>Суточный объем пищи 2 недельного ребенка с весом 3500 г составляет:

<variant>700 мл

<variant>600 мл

<variant>800 мл

<variant>900 мл

<variant>1000 мл

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 10 из 100

<question>Ребенку 3 недели. Родился с весом 1700 г, в сроке 30-31 недель беременности. Вскармливание грудью, сосет активно, не срыгивает. Первоначальный вес набрал на 10-й день. Настоящий вес 1800 г. Определите суточный объем грудного молока по объемному методу:

<variant>300 мл

<variant>340 мл

<variant>380 мл

<variant>420 мл

<variant>460 мл

<question>Ребёнок 6 месяцев находится на грудном вскармливании. Развивается соответственно возрасту. Дайте рекомендацию необходимую по питанию :

<variant>Ввести бабовое каши

<variant>Добавить морковный сок

<variant>Добавить манную кашу

<variant>Включить мясное пюре

<variant>Дать творог

<question>К врачу на прием пришла мама с ребенком 9 мес. Жалобы на большую прибавку в весе. Находится на искусственном вскармливании. Психомоторное развитие в норме. По органам патологии нет. Выявлена паратрофия II степени:

Укажите избыток массы тела ребенка:

<variant>21-30%

<variant>3 - 5% и более

<variant>6-10%

<variant>11-20%

<variant>31% и более

<question>На осмотре ребенок 4 месяцев. Общее самочувствие удовлетворительное, находится на грудном вскармливании, сосет активно, не срыгивает. Избыток массы тела 17%, рост соответствует норме. Ваш диагноз:

<variant>паратрофия I степени

<variant>гипостатура

<variant>гипотрофия I степени

<variant>гипотрофия II степени

<variant>гипотрофия III степени

<question>Хронические расстройства питания преимущественно развивается у:

<variant>детей раннего возраста

<variant>детей 3-5 лет

<variant>детей школьного возраста

<variant>новорожденных

<variant>детей в 14 лет

<question>Ребенок трех месяцев плохо прибавляет в массе, аппетит снижен. При осмотре бледен, подкожный жировой слой отсутствует на животе, значительно снижен на конечностях. Дефицит веса 13%.

Ваш диагноз:

<variant>Гипотрофия I степени

<variant>Гипотрофия II степени

<variant>Гипостатура

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 11 из 100

<variant>Паратрофия

<variant>Гипотрофия III степени

<question>Ребенок 5 месяцев плохо прибавляет в массе, аппетит снижен. При осмотре бледен, подкожный жировой слой отсутствует на животе, значительно снижен на конечностях. Дефицит веса составляет 15%. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии I степени составляет:

<variant>1-2 дня

<variant>3-7 дней

<variant>10 дней

<variant>до 14 дней

<variant>1 месяц

<question>На приеме ребенок 8 месяцев. Жалоба на беспокойство, снижение веса. При осмотре ребенок пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Выявлена гипотрофия II степени. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии II степени составляет:

<variant>3-7 дней

<variant>14 дней

<variant>1-2 дня

<variant>10 дней

<variant>1 месяц

<question>Ребенок 4 месяцев, жалобы мамы на плохую прибавку в весе, аппетит снижен. Родился с массой 3400, в данное время весит 5400 г. При осмотре: бледен, кожа дряблая, подкожный жировой слой отсутствует на животе, значительно уменьшен на конечностях, тургор тканей снижен. У данного ребенка имеет место:

<variant>гипотрофия II степени

<variant>гипостатура

<variant>гипотрофия I степени

<variant>гипотрофия III степени

<variant>паратрофия I степени

<question>На приеме мама с ребенком 6 месяцев. Обратилась с жалобами на беспокойство, похудание, снижение веса. При осмотре ребенок пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Выявлена гипотрофия III степени. Укажите дефицит массы тела ребенка:

<variant>31% и более

<variant>21-30%

<variant>3 - 5% и более

<variant>6-10%

<variant>11-20%

<question>На осмотре ребенок 3 месяцев. Общее самочувствие удовлетворительное, однако он раздражителен, беспокоен. Имеется склонность к срыгиваниям, истончение подкожно-жирового слоя на животе, снижение тургора мягких тканей, дефицит массы тела 15%, рост соответствует норме. Ваш диагноз:

<variant>гипотрофия I степени

<variant>паратрофия

<variant>гипостатура

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 12 из 100

<variant>гипотрофия II степени

<variant>гипотрофия III степени

<question>К врачу на прием пришла мама с ребенком 3 месяцев. Жалобы на беспокойство, раздражительность, срыгивание. Из анамнеза вес при рождении 3200г. При осмотре состояние удовлетворительное. Подкожно-жировой слой на животе истончен, тургор мягких тканей снижен, дефицит массы тела составляет 18%, рост соответствует норме. Масса тела для расчета питания данному ребенку:

<variant>5,400г

<variant>5,510г

<variant>4,430г

<variant>4,964г

<variant>4,956г

<question>Ребенку 2,5 месяца. родился от второй беременности на фоне гестоза II половины. При рождении масса 3600г., рост 53см. С 3,5 недель частые срыгивания до рвоты «фонтаном» после каждого кормления. Объективно: Кожные покровы бледные, суховатые с «мраморным» рисунком. Подкожно-жировой слой истончен, тургор тканей снижен, мышечная гипотония. По внутренним органам без патологии. При осмотре вес ребенка 4300г. Диагноз наиболее вероятный у больного:

<variant>гипотрофия II степени, пилоростеноз

<variant>гипотрофия I степени пилоростеноз

<variant>гипотрофия I степени, пилороспазм

<variant>гипотрофия II степени, постнатальная

<variant>гипотрофия III степени, пилороспазм

<question>На приеме ребенок 5 месяцев. Обратился с жалобами на беспокойство, срыгивание. Из анамнеза вес при рождении 3,200г. При осмотре общее самочувствие удовлетворительное. Подкожно-жировой слой на животе истончен, тургор мягких тканей снижен, дефицит массы тела 17%. Рост соответствует норме. Поставлен диагноз: Гипотрофия I степени. Первоочередная терапия гипотрофии:

<variant>диетотерапия

<variant>ферменты

<variant>глюкокортикоиды

<variant>витамины

<variant>антибиотики

<question>Вы участковый врач, оцените, какой фактор риска наиболее вероятен по развитию железодефицитной анемии у детей:

<variant>многоплодная беременность

<variant>стремительные роды

<variant>узкий таз у матери

<variant>длительный безводный период

<variant>асфиксия плода

<question>При осмотре ребенка 3 лет врач общей практики обратил внимание на бледность кожных покровов и видимых слизистых. Печень и селезенка не увеличены. Какие характерные для гемограммы больных с ЖДА показатели Вы ожидаете увидеть:

<variant>снижение гемоглобина, гипохромия и анизоцитоз эритроцитов, микроцитоз, нормальное число ретикулоцитов

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 13 из 100

<variant>снижение гемоглобина и числа эритроцитов, гипохромия эритроцитов, снижение числа ретикулоцитов

<variant>снижение гемоглобина, гиперхромия эритроцитов, макроцитоз, почти полное отсутствие ретикулоцитов

<variant>снижение гемоглобина, нормохромия и нормоцитоз эритроцитов, увеличение числа ретикулоцитов

<variant>снижение гемоглобина, нормохромия и анизоцитоз эритроцитов, нормальное число ретикулоцитов

<question>Б., 5 лет пришел жалобы: на теле мелкопятнистой сыпи, боли в животе. Неделю назад болел ОРВИ, после появились боли в правом голеностопном суставе, его отёчность, болезненность и элементы пятнисто-папулёзной сыпи на теле. На следующий день присоединились боли в животе, увеличилось элементы сыпи. Состояние средней степени тяжести, элементы пятнисто-папулёзной сыпи, с преимущественной локализацией на разгибательной поверхности рук, ног, ягодицах и вокруг суставов. Правый голеностопный сустав увеличен в размерах, болезненный при пальпации, объем движений ограничен. Живот мягкий, умеренно болезненный около пупка. Вероятный диагноз:

<variant>Апластическая анемия

<variant>Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

<variant>Геморрагический васкулит

<variant>Гемобластозы

<variant>Аутоиммунная тромбоцитопения

<question>На консультацию к участковому врачу обратились родители мальчика 13 месяцев. Он весит 8 кг. Температура у него – 37,5°C. Его мать говорит, что последние три недели у него сухой кашель. Никаких общих признаков опасности у него нет. Частота дыхания – 42 вдох в минуту. Втяжение грудной клетки нет. Когда ребенок выдыхает, слышен свистящий шум. В состоянии покоя свистящего дыхания нет. После трех циклов применения быстродействующего бронхолитического препарата частота дыхания осталась на уровне 40 вдоха в минуту. Диареи и проблем с ушами нет. Нет отека обеих ног, нет низкой массы тела. Ладони очень бледные, выглядят практически белыми. Определите вероятный диагноз у ребенка согласно классификации ИВБДВ:

<variant>Септическое состояние и тяжелая анемия

<variant>Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание

<variant>Тяжелая пневмония и тяжелая анемия

<variant>Тяжелая анемия и низкая масса тела

<variant>Обструктивный синдром и тяжелая анемия

<question>Мальчику 1 г. 6 мес. Из анамнеза известно, что часто болеет простудными заболеваниями. При осмотре состояние средней степени тяжести. Ребенок вялый, аппетит снижен, извращение вкуса. Кожные покровы бледные, сухие, волосы тусклые. Общая мышечная гипотония. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Печень выступает из под-края реберной дуги на 2,5 см. В анализе крови; Нв 62 г/л., эр. $2,3 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,75, рет. 4%, сыв. Fe - 9 ммоль/л, ОЖСС 108 мкмоль/л, коэф. насыщ. плазмы трансферрином 12%. Поставьте диагноз по классификации.

<variant>Анемия железодефицитная, III степени, гипохромная, гипорегенераторная, смешанной этиологии

<variant>Анемия железодефицитная, II степени, гипохромная, смешанной этиологии.

<variant>Анемия железодефицитная, II-III степени, нормохромная, смешанной этиологии

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 14 из 100

<variant>Анемия белководефицитная, III степени, гипохромная, вирусной этиологии.

<variant>Я не знаю правильного ответа

<question>В эффективности лечения анемии первоочередным индикатором является нормализация:

<variant>Hb и ретикулоцитов

<variant>эозинофилов

<variant>лимфоцитов

<variant>базофилов

<variant>моноцит

<question>Мама с ребенком 5 лет на приеме у врача. Состояние удовлетворительное.

Жалоб нет. Кожные покровы бледные. Печень и селезенка не увеличены. В анализе крови: Hb-96 г/л, эр.- 3.1×10^9 /л, цв. показатель – 0,85. Укажите диагностический критерий железодефицитной анемии по степени тяжести:

<variant>110-90 г/л

<variant>менее 70 г/л

<variant>90-70 г/л

<variant>110 г/л и выше

<variant>120 г/л и выше

<question>Ребенок 6 месяцев, перенес острую респираторную вирусную инфекцию, при осмотре участковый педиатр обратил внимание на бледность кожных покровов, печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови Hb - 95 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$, Ц.П. - 0,8, выражены полихроматофилия, анизоцитоз. Ваш диагноз.

<variant>Железодефицитная анемия

<variant>Витаминодефицитная анемия

<variant>Белководефицитная анемия

<variant>Гемолитическая анемия

<variant>Апластическая анемия

<question>Мальчику, 11 месяцев. Жалобы на кашель, который продолжается последние 3 недели. У него нет общих признаков опасности. ЧДД - 41 в минуту. Нет втяжения грудной клетки, стридора в покое или астмоидного дыхания. У него не было лихорадки во время этого заболевания. У него нет проблем с ушами и нет боли в горле. У ребенка нет видимого тяжелого истощения. Его ладони очень бледные и выглядят почти белыми. У ребенка нет отека обеих стоп. Соотношение: вес/возраст – медиана «0». Классифицируйте кашель и нарушение питания:

<variant>Пневмонии нет. Кашель или простуда. Тяжелое нарушение питания или анемия.

<variant>Пневмонии нет. Кашель или простуда. Нет низкого веса или анемии.

<variant>Пневмонии нет. Кашель или простуда. Низкий вес или анемия.

<variant>Пневмония. Низкий вес или анемия.

<variant>Пневмония. Тяжелое нарушение питания или анемия.

<question>Девочка 18 месяцев, вес – 8,0 кг. Температура 38,5°C. Со слов мамы, жалобы на лихорадку и сыпь. Она выглядит как “кожа и кости”. Ребенок может пить, у нее нет рвоты, не было судорог, она не летаргична и в сознании. Лихорадка продолжается в течение 4-х дней. Нет ригидности затылочных мышц. Отмечается генерализованная сыпь и покраснение глаз. У нее нет язв во рту, гнойных выделений из глаз, помутнения роговицы. Есть видимое тяжелое истощение. У нее нет бледности ладоней и отека обеих

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		79/22
		Стр. 15
		из 100

стоп. Соотношение: вес/возраст<-2СО. Классифицируйте лихорадку и нарушение питания:

<variant>3 Неосложненная лихорадка. Корь. Тяжелое нарушение питания или тяжелая анемия.

<variant>Корь. Низкий вес или анемия.

<variant>Возможная бактериальная инфекция. Корь. Тяжелое нарушение питания или тяжелая анемия.

<variant>Неосложненная лихорадка. Корь с осложнениями – рот и глаза. Тяжелое нарушение питания или тяжелая анемия.

<variant>Тяжелая осложненная корь. Тяжелое нарушение питания или тяжелая анемия.

<question>На профилактическом приеме ребенок 1 год. Вес 8 кг. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, ладоней. Ребенок получает пищу с семейного стола.

Классифицируйте данное состояние согласно ИВБДВ:

<variant>низкий вес или анемия

<variant>тяжелое нарушение питания или тяжелая анемия

<variant>нет низкого веса или нет анемии

<variant>нарушение питания

<variant>анемии нет

<question>Ребенок 10 месяцев находится на искусственном вскармливании. Аппетит снижен, вялый, кожа бледная. С 5 месяцев в качестве прикорма получает манную кашу. В анализе крови: эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв- 76 г/л, ЦП- 0,6, ретикулоциты – 2,8%, лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$, с/я 29%, п/я 2%, лимфоциты 57%, моноциты 8%, эозинофилы 1%.

Укажите наиболее вероятный диагноз:

<variant>железодефицитная анемия

<variant>витаминодефицитная анемия

<variant>белководефицитная анемия

<variant>гемолитическая анемия

<variant>гипопластическая анемия

<question>Алия, 3 месяца. Мама обратилась к врачу общей практики с жалобами на повышение температуры до 39 градусов в течение 3 дней. При осмотре: частота дыхания 70 в минуту, втяжение грудной клетки, ребенок сонлив, грудь сосет вяло. Рвоты и судорог не было. Как вы классифицируете состояние ребенка по ИВБДВ

<variant>тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание

<variant>пневмония

<variant>пневмонии нет, кашель или простуда

<variant>пневмонии нет, астмоидное дыхание

<variant>недостаточно данных для классификации состояния по ИВБДВ

<question>Галия, 6 месяцев, вес ребенка 8 кг, температура 38 градусов. Мама Галии сказала, что у ребенка в течение 2 дней кашель, грудь сосет охотно, рвоты и судорог не было. При осмотре ребенок в сознании, на осмотр реагирует криком, частота дыхания в покое 58, втяжений грудной клетки нет. Как вы классифицируете состояние ребенка по ИВБДВ

<variant>пневмония

<variant>тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание

<variant>пневмонии нет, кашель или простуда

<variant>пневмонии нет, астмоидное дыхание

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		79/22
		Стр. 16
		из 100

<variant>недостаточно данных для классификации состояния по ИВБДВ

<question>Высокий ретикулоцитоз в крови характерен для анемии:

<variant>Гемолитической

<variant>Железодефицитной

<variant>Витаминодефицитной

<variant>В₁₂ дефицитной

<variant>Апластической

<question>У мальчика 1,5 лет отмечаются клинические симптомы анемии. В пунктате костного мозга - мегалобластический тип кроветворения. Для какой анемии характерен такой тип кроветворения

<variant>витаминодефицитная

<variant>постгеморрагическая

<variant>железодефицитная

<variant>белководефицитная

<variant>гемолитическая

<question>Ребенку 9 мес. Из анамнеза: дважды перенес кишечную инфекцию.

Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Дефицит массы тела 11%. Сидит с опорой, не ползает. Периодически отмечается рвота; стул неустойчивый. ОАК: эритроциты $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв 83 г/л, ЦП 0,75, лейкоциты $8,1 \times 10^9/л$; белок 60 г/л, сывороточное железо 5,3 мкмоль/л. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз у ребенка

<variant>железодефицитная анемия

<variant>кишечная инфекция

<variant>гипотрофия

<variant>белководефицитная анемия

<variant>перинатальная энцефалопатия

<question>В клинику был доставлен ребенок 1г 8мес, приехавший к родственникам в гости из Греции, в тяжелом состоянии. 3 дня назад заболел ОРВИ, получал парацетамол, сульфаниламиды. Из анамнеза: у матери и старшей дочери периодически отмечаются недомогание, бледность и желтушность кожи и склер, к врачу не обращались.

Объективно: выраженная бледность кожи и слизистых с желтушным оттенком, вялость, адинамия, моча цвета «вишневого ликера», ОАК: эритроциты – $2,1 \times 10^{12}/л$, Нв 60 г/л, ЦП 0,9. ОАМ: разрушенные эритроциты покрывают все поле зрения. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен у больного

<variant>Наследственная энзимопеническая, несфероцитарная анемия

<variant>Наследственный микросфероцитоз

<variant>Наследственный овалоцитоз

<variant>Белководефицитная анемия

<variant>Серповидноклеточная анемия

<question>На осмотре у врача общей практики ребенок 3 лет. Из анамнеза известно, что болен в течение 3 дней, начало заболевания острое с повышения температуры тела, насморка, кашля. Состояние ухудшилось ночью, появилось беспокойство, охриплость голоса, кашель приобрел лающий характер. Дыхание шумное, вдох слышен на расстоянии, цианоз носогубного треугольника, бледный, слизистая оболочка глотки гиперемирована, зерниста. Отмечается втяжение уступчивых мест, хрипов не слышно, пульс 120 в минуту. Какому диагнозу соответствует данная клиническая симптоматика

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 17 из 100

<variant>Острый ларинготрахеит

<variant>Бронхопневмония

<variant>Оструктивный бронхит

<variant>Бронхиальная астма

<variant>Инородное тело бронхов

<question>Ребенок 4 мес., не привит, заболел 2 недели назад. Появился кашель, скудные слизистые выделения из носа. Врач ВОП диагностировал ОРВИ, проводилось симптоматическое лечение. Несмотря на лечение, кашель усилился, на 7 день болезни стал приступообразным с задержкой дыхания (апноэ), сопровождался беспокойством, покраснением лица во время приступа, кровоизлиянием под конъюнктиву, высовыванием языка и периодически заканчивался рвотой. После приступа наступало улучшение. Вне приступа отмечалась бледность кожных покровов, некоторая одутловатость лица.

<variant>Коклюш

<variant>Грипп

<variant>Краснуха

<variant>Аденовирусная инфекция

<variant>Пневмоцистная инфекция

<question>На приеме у врача педиатра мама с девочкой 6 лет. 8 дней назад в детском саду ей была сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребенком посетили цирк. На следующий день внезапно поднялась температура до 37,5°C, появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°C, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь. При осмотре на дому: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей - несливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Зев гиперемирован. Как вы оцениваете течение поствакцинального периода у данного ребенка

<variant>необычная поствакцинальная реакция с присоединением ОРВИ

<variant>осложнение после ревакцинации кори

<variant>острая респираторно вирусная инфекция

<variant>аллергическая реакция после вакцинации

<variant>обычная поствакцинальная реакция

<question>Ребенок 1 года заболел остро, повысилась температура до 38,9°C, появились инспираторная одышка, частый лающий кашель, тахипноэ до 60 в мин. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен

<variant>Острая респираторно-вирусная инфекция, ларинготрахеит, стеноз гортани II степени

<variant>Обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность I степени

<variant>Острая респираторно-вирусная инфекция, дыхательная недостаточность II степени

<variant>Острая респираторно-вирусная инфекция, ларинготрахеит, стеноз гортани I степени

<variant>Инородное тело верхних дыхательных путей

<question>Для какой из перечисленных респираторно-вирусных инфекции наиболее

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 18 из 100

характерна фарингоконъюнктивальная лихорадка

<variant>Аденовирусной инфекции

<variant>Риновирусной инфекции

<variant>Респираторно-синцитиальной инфекции

<variant>Герпетической инфекции

<variant>Паротитной инфекции

<question>У ребенка 7 месяцев на 4 день заболевания на фоне ОРВИ состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8°C, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации - удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Ваш предварительный диагноз:

<variant>Обструктивный бронхит

<variant>Бронхиолит

<variant>Рецидивирующий бронхит

<variant>Пневмония

<variant>Плеврит

<question>Ребенок 6 месяцев. Контакт с больным ОРВИ. Заболел остро. При осмотре: ребенок беспокоен, болезненно раздражителен. При беспокойстве отмечается шумное дыхание, инспираторная одышка до 60 в минуту, лающий приступообразный кашель. В покое дыхание ровное, нет втяжения податливых участков грудной клетки и стридора. Голос осипший. Диагноз по МКБ-10, классификация по ИВБДВ:

<variant>ОРВИ, ларинготрахеит стеноз I степени; Пневмонии нет. Кашель или простуда

<variant>ОРВИ, ларинготрахеит стеноз II степени; Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание

<variant>ОРВИ, ларинготрахеит стеноз II степени; Пневмония

<variant>ОРВИ, ларинготрахеит стеноз I степени; Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание

<variant>ОРВИ, обструктивный бронхит; Пневмонии нет. Астмоидное дыхание

<question>На приеме у ВОП мама с ребенком 2 месяца 12 дней жизни. Ребенок переносит острую вирусную инфекцию (ОРВИ). На момент осмотра состояние в динамике улучшилось, исчезли симптомы ОРВИ. В физическом и нервно-психическом развитии не отстает. Состоит на учете у хирурга - пупочная грыжа, у невролога с диагнозом: энцефалопатия. Прививки в 2-а месяца не получил (ОРВИ). Определите группу здоровья ребенка и срок вакцинации после перенесенной ОРВИ:

<variant>II б группа здоровья, привить через 2-3 недели после ОРВИ

<variant>I группа здоровья, привить в день приема ребенка после ОРВИ

<variant>IIa группа здоровья, привить через 1-ую неделю после ОРВИ

<variant>III группа здоровья, привить через 4-6 недель после ОРВИ

<variant>IV группа здоровья, привить через 4-6 недель после ОРВИ

<question>Вызов на дом к ребенку 2-х месяцев жизни (вес 5,0 кг). Жалобы на кашель и затрудненное дыхание. Объективные данные: ЧДД – 55 в минуту, отмечается умеренное втяжение нижней апертуры грудной клетки. Аппетит снижен, пить может. Доза амоксициллина (по программе ИВБДВ), дальнейшая тактика

<variant>Сироп 250мг/5 мл - 2,5 мл х 2р/день в течение 5 дней, повторный осмотр через 2 дня

<variant>Сироп 125мг/5 мл - 2,5 мл х 2 р/день, направить в ЦПМСП для обследования

<variant>Сироп 250мг/5 мл - 2,5 мл х 2 р/день, направить срочно в стационар

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 19 из 100

<variant>Сироп 125мг/5 мл - 5,0 мл х 2 р/день в течение 3-х дней, повторный осмотр через 5 дней

<variant>Сироп 250мг/5 мл - 5,0 мл, направить срочно в стационар

<question>Вызов на дом к ребенку 6 месяцев. Со слов мамы ребенок заболел остро.

Жалуется на повышение температуры до 39,5°C, кашель, насморк. Была однократная рвота. При осмотре кожные покровы бледные, ребенок возбужден, наблюдается судорожная готовность, неотчетливые менингеальные симптомы. Какой предварительный диагноз

<variant>ОРВИ, нейротоксикоз

<variant>серозный менингит

<variant>токсическая пневмония

<variant>кишечный токсикоз

<variant>грипп Н₁Н₁

<question>На профилактическом приеме ребенок 8 месяцев. Ребенок от повторной беременности, протекавшей на фоне анемии, от первых родов, с весом 3200 гр. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Из анамнеза в течение первого года жизни 4 раза перенес ОРВИ. Гемоглобин 120 г/л. Определите резистентность данного ребенка:

<variant>Низкая

<variant>Высокая

<variant>Нормальная

<variant>Средняя

<variant>Очень низкая

<question>В школе, многие дети больны ОРВИ. У мальчика 7 лет появилось недомогание, познабливание, субфебрильная температура заложенность носа. На 2 день появилась серозно – слизистые выделения из носа, а к вечеру мацерация вокруг носовых ходов. В зеве легкая гиперемия. Назначьте лечение:

<variant>Интерферон в нос

<variant>Преднизолон

<variant>Ампициллин (Peros)

<variant>Гентамицин в/м

<variant>Аспирин

<question>Мальчик 12 лет жалуется на головную боль, головокружение в течение последнего года. Болел ОРВИ 5-6 раз в течение года. Объективно: масса тела 46 кг, длина тела - 156 см (в пределах (1). Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа чистая. Хронической патологии не выявлено. К какой группе здоровья относится мальчик

<variant>Вторая

<variant>Пятая

<variant>Первая

<variant>Третья

<variant>Четвертая

<question>Маша, 5 лет, в год два раза болеет ОРВИ и хроническим тонзиллитом.

Определите группу здоровья:

<variant>III

<variant>I

<variant>II

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 20 из 100

<variant>IV

<variant>V

<question>Ребенок в 2 месяца в поликлинике получает следующие прививки:

<variant>АКДС1, ОПВ1, ВГВ 2, Hib1, пневмококковая вакцина1

<variant>БЦЖ, АКДС 1, ВГВ1, ОПВ1

<variant>АКДС 2, В1, Hib, пневмококковая вакцина

<variant>АКДС2 , ОПВ2, ВГВ3

<variant>АКДС1 , БЦЖ

<question>Ребенок в 3 месяца в поликлинике получает следующие прививки:

<variant>АКДС2, ОПВ2 , Hib2

<variant>АКДС2, ОПВ2, Hib2, пневмококковая вакцина2

<variant>АКДС2, ОПВ2, пневмококковая вакцина2

<variant>АКДС2 , ОПВ2, пневмококковая вакцина2

<variant>АКДС2, ОПВ2, ВГВ3, Hib2

<question>Ребенок в 4 месяца в поликлинике получает следующие прививки:

<variant>АКДС3, ОПВ3 , ВГВ3, Hib3, пневмококковая вакцина2

<variant>АКДС3, ОПВ3, Hib3, пневмококковая вакцина2

<variant>АКДС3, ОПВ3, пневмококковая вакцина2 ВГВ3

<variant>АКДС3 , ОПВ3, ВГВ3

<variant>АКДС3, ОПВ3, ВГВ3, Hib3

<question>По календарному плану положено проводить вакцинацию против кори:

<variant>В 12-15 месяцев

<variant>В 8 месяцев

<variant>В 10 месяцев

<variant>В 18 месяцев

<variant>В 24 месяца

<question>По календарю прививок ревакцинацию АКДС проводят:

<variant>В 18 месяцев

<variant>В 1 год 8 месяцев

<variant>В 1 год 6,5 месяцев

<variant>В 1 год 7,5 месяцев

<variant>В 1 год 8,5 месяцев

<question>По календарному плану положено проводить вакцинацию против паротита:

<variant>В 12-15 месяцев

<variant>В 8 месяцев

<variant>В 10 месяцев

<variant>В 18 месяцев

<variant>В 24 месяца

<question>По календарному плану положено проводить вакцинацию против краснухи:

<variant>В 12-15 месяцев

<variant>В 8 месяцев

<variant>В 10 месяцев

<variant>В 18 месяцев

<variant>В 24 месяца

<question>Ревакцинацию против паротита , кори и краснухи реенек должен получить в:

<variant>6 лет

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 21 из 100

<variant>5 лет

<variant>7 лет

<variant>8 лет

<variant>9 лет

<question>В возрасте 12-15 месяцев ребенок должен получить следующие прививки против:

<variant>полимиелита, кори, краснухи, паротита, пневмококковой инфекции

<variant>кори, краснухи, паротит

<variant>полимиелита, кори, краснухи, паротита

<variant>кори, краснухи, паротита, пневмококковой инфекции

<variant>полимиелита, гемофильной инфекции, пневмококковой инфекции

<question>Перед школой в возрасте 6 лет ребенок должен получить следующие прививки:

<variant>БЦЖ, АДС, ККП

<variant>БЦЖ, ККП, ОПВ

<variant>АДС, ККП, ОПВ

<variant>БЦЖ, АДС, ОПВ

<variant>БЦЖ, ОПВ, ККП

<question>К поствакцинальным осложнениям на прививку БЦЖ-вакциной не относится:

<variant>появления на месте введения пустулы

<variant>холодные абцессы

<variant>язва на месте введения вакцины более 10мм

<variant>диссеминированные формы БЦЖ-инфекции

<variant>регионарный лимфаденит

<question>В какой участок тела рекомендуется вводить гепатитную вакцину новорожденным и грудным детям?

<variant>в переднебоковую поверхность бедра;

<variant>в ягодицу;

<variant>в дельтовидную мышцу плеча

<variant>под лопатку

<variant>перорально

<question>Живые вакцины хранят:

<variant>в холодильнике;

<variant>в термостате;

<variant>на складе при комнатной температуре;

<variant>в барокамере;

<variant>в вакууме.

<question>При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях прививки проводятся:

<variant>сразу после нормализации температуры;

<variant>через 2 недели после заболевания

<variant>через 4 недели после заболевания

<variant>через неделю после заболевания

<variant>через 3 недели после заболевания

<question>С чем связана необходимость 30-минутного наблюдения за привитыми в кабинете иммунопрофилактики:

<variant>развитие немедленных реакций

<variant>развитие местных реакций

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 22 из 100

- <variant>развитие общих реакций
- <variant>соблюдением правил антисептики
- <variant>заполнением медицинской документации
- <question>К противопоказаниям к иммунизации вакциной АКДС относится:
- <variant>прогрессирующие заболевания нервной системы;
- <variant>перинатальная энцефалопатия;
- <variant>недоношенность
- <variant>увеличение тимуса
- <variant>врожденные пороки
- <question>Рубчик после БЦЖ у ребенка, вакцинированного в роддоме, формируется:
- <variant>1 год
- <variant>3 месяца
- <variant>6 месяцев
- <variant>6,5 месяцев
- <variant>9,5 месяцев
- <question>Одновременно можно проводить вакцинацию:
- <variant>ОПВ+ АКДС
- <variant>АКДС+ККП
- <variant>АКДС+БЦЖ
- <variant>ККП+АКДС
- <variant>БЦЖ+ВГВ
- <question>Паротитная вакцина содержит:
- <variant>живой вирус эпидемического паротита;
- <variant>инактивированный вирус эпидемического паротита;
- <variant>живой вакцинный штамм вируса эпидемического паротита;
- <variant>инактивированный вакцинный штамм вируса эпидемического паротита;
- <variant>поверхностные антигены вируса эпидемического паротита.
- <question>Кто может быть привит против краснухи (краснухой не болели):
- <variant>ребенок 12 мес., здоров;
- <variant>ребенок 7 мес., здоров;
- <variant>ребенок 10 мес., здоров;
- <variant>ребенок 18 мес., здоров,
- <variant>ребенок 9 мес., здоров;
- <question>Полиомиелитную вакцину выпускают в виде:
- <variant>прозрачной жидкости;
- <variant>драже;
- <variant>порошка;
- <variant>мутной жидкости.
- <variant>капсул
- <question>Противотуберкулезный прививка:
- <variant>БЦЖ
- <variant>АКДС
- <variant>АДС
- <variant>ВГВ
- <variant>ККП
- <question>Приведенная схема профилактических прививок«АКДС ревакцинация»

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 23 из 100

проводиться в:

<variant>1 год 6 мес

<variant>1 год 7 мес

<variant>1год8 мес

<variant>1 год 9 мес

<variant>1 год 10 мес

<question>Какая из приведенных схем профилактических прививок проводится в возрасте 1 года:

<variant>КПП+ ОПВ4+пневмококковая инфекция

<variant>АКДС3 + ОПВ3 +Hib3

<variant>БГВ3+ ОПВ4

<variant>RV БЦЖ + RVAДС + RV ККП

<variant>RV АКДС + RV Hib

<question>Приведенная схема профилактических прививок «вакцинация-12мес. ревакцинация-6 лет), используется при вакцинации против:

<variant>кори;

<variant>вирусного гепатита В;

<variant>дифтерии

<variant>клещевого энцефалита.

<variant>полиомиелит

<question>Сколько курсов АКДС- вакцинация курсы проводится:

<variant>3

<variant>5

<variant>4

<variant>6

<variant>2

<question>Полностью АКДС вакцинациязаканчивается в:

<variant>4 мес

<variant>4,5 мес

<variant>5,5 мес

<variant>6,5 мес

<variant>7 мес

<question>Против полиомиелита ревакцинация проводится:

<variant>12-15 мес

<variant>8 мес

<variant>9 мес

<variant>10 мес

<variant>11 мес

<question>При вакцинации против полиомиелита возможны реакции:

<variant>Жидкий стул

<variant>Высокая температура

<variant>Аллергические высыпание

<variant>Анафилактический шок

<variant>Коматозные состояния

<question>Берику 3 года, болеет ОРВИ, ночью появился лающий кашель, охриплость, одышка с удлиненным вдохом. Какой диагноз наиболее вероятен

<variant>Острый стенозирующий ларинготрахеит

<variant>Острая пневмония

<variant>Острый обструктивный бронхит

<variant>Бронхиальная астма

<variant>Острый тонзиллит

<question>Олегу 4 года, заболел внезапно с повышения температуры 38,9 С, инспираторной одышки, частый лающий кашель, тахипноэ 60 раз в мин. О чем можно думать.

<variant>ОРВИ, ларинготрахеит, стеноз гортани II степени

<variant>ОРВИ, обструктивный бронхит.

<variant>ОРВИ, бронхопневмония.

<variant>ОРВИ, ларинготрахеит, стеноз гортани І степени

<variant>Инородное тело в верхних дыхательных путях

<question>К Ане 2 лет, вызвали участкового педиатра. Ребенок заболел остро: с повышения температуры тела 39 градусов, катаральные явления, появился беспокойство. Внезапные кратковременные судороги. Предварительный диагноз:

<variant>ОРВИ, фебрильные судороги

<variant>Эпилепсия

<variant>Спазмoфилия

<variant>Менингит

<variant>Вирусный энцефалит

<question>Милане 7 месяцев. Выставлен диагноз: ОРВИ, фебрильные судороги. Для неотложной терапии судорог ребенку вводится 0,5% раствор седуксена в дозе:

$$\langle \text{variant} \rangle 0,01 \text{ мл/кг}$$

<variant>0,1мл/кг

<variant>0,05 мл/кг

<variant>0,2 мл/кг

<variant>1мл/кг

На приеме у врача общей практики женщина с ребенком 2 лет, у которого в течение нескольких дней отмечаются повышение температуры тела, кашель и насморк. Проводилась симптоматическая терапия в виде сосудосуживающих, жаропонижающих и бронхолитических средств. Несмотря на проводимое лечение состояние ребенка ухудшилось, в связи с чем они обратились за медицинской помощью. При осмотре выявлена инспираторная одышка, шумное дыхание, цианоз носогубного треугольника. Ребенок вяло реагирует на болевые раздражители, на вопросы отвечает замедленно. Температура тела 38,5°C. ЧД 48 в 1 минуту. АД 95/55 мм рт.ст. ЧСС 120 уд/мин.

Сформулируйте клинический диагноз

<variant>Бронхиальная астма

<variant>Обструктивный бронхит

<variant>Внебольничная пневмония

<variant>Муковисцидоз

<variant>Стенозирующий ларинготрахеит

<question>Девочка 1,5 года. Жалобы со слов мамы: на затрудненное дыхание, кашель.

Объективно: кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, частота дыхательных движений 50 в минуту, стрidor в покое, втяжение грудной клетки. Ребенок болезненно раздражен, температура тела 37,8°C, дыхание астмоидное. Какое наиболее

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 25 из 100

вероятное лечение по программе ИВБДВ

<variant>дать первую дозу антибиотика и направить в стационар

<variant>дать ингаляционный бронхолитик в течение 5 дней

<variant>смягчить горло и облегчить кашель с помощью безопасного средства

<variant>направить в дневной стационар

<variant>лечение в домашних условиях последующий визит через 3 дня

<question>На приеме у врача ребенок 2-лет. При осмотре температура тела в норме, частота дыхательных движений-47 в минуту, заложенность носа, астмоидное дыхание.

Какое действие врача согласно программе ИВБДВ является наиболее первоочередным

<variant>сальбутамол аэрозольный-3 цикла с интервалом 20 минут через спейсер

<variant>преднизолон парентерально, ингаляции минеральной водой

<variant>амоксциллин парентерально, срочная госпитализация

<variant>эуфиллин парентерально-3 раза с интервалом 20 минут

<variant>беклазон аэрозольный-2 цикла с интервалом 20 минут через спейсер

<question>Ребенок 5 месяцев. К врачу обратились с жалобами на кашель и затрудненное дыхание. Что необходимо определить в первую очередь по программе ИВБДВ

<variant>определить общие признаки опасности

<variant>классифицировать проблемы с кашлем

<variant>посчитать число дыханий в минуту

<variant>определить наличие стридора

<variant>определить наличие астмоидного дыхания

<question>Ребенок 10 мес., кашляет течение 3-х дней. При осмотре астмоидное дыхание.

Температура 37.7С. ЧД-59 в мин. В легких жесткое дыхание, разнокалиберные влажные хрипы. Сердечные тоны приглушены. Живот мягкий, безболезненный.

Какая наиболее подходящая категория по программе ИВБДВ

<variant>пневмония

<variant>пневмонии нет.Астмоидное дыхание.

<variant>тяжелая пневмония

<variant>ронхиальная астма

<variant>пневмония не тяжелая

<question>У ребенка 6 месяцев, при осмотре выявлены учащенное дыхание, заложенность носа, астмоидное дыхание. Врач общей практики классифицировал данное состояние по программе ИВБДВ как «пневмонии нет, астмоидное дыхание»

Какая наиболее вероятная лечебная тактика по программе ИВБДВ

<variant>сальбутамол аэрозольный-3 цикла с интервалом 20 минут через спейсер

<variant>преднизолон в/м

<variant>консультация пульмонолога

<variant>смягчить горло и облегчить кашель

<variant>дренажный массаж

<question>Девочка 5 дней. Из анамнеза: мама страдает бронхиальной астмой. Роды срочные, путем кесарева сечения. Масса тела 2800 грамм, длина - 49 см. Ребенок на естественном вскармливании. Объективно: состояние удовлетворительное. Девочка достаточно активна, физиологические рефлексы живые. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 2,0х2,0 см, не выбухает. Какова тактика врача по проведению профилактических прививок

<variant>В обычные сроки с предварительной подготовкой

<variant>Относительный мед отвод

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 26 из 100

<variant>Абсолютный мед. отвод

<variant>Обычными методами по общепринятому календарю

<variant>Щадящими методами по индивидуальному календарю

<question>Ребенок 1 года на дому с выраженным токсикозом, одышкой смешанного характера, температурой 38С. При перкуссии определяется коробочный оттенок перкуторного звука. Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки – стойкие мелкопузырчатые хрипы. Какой метод диагностического обследования показан для уточнения диагноза:

<variant>Р-графия органов грудной клетки

<variant>Общий анализ крови

<variant>Общий анализ мочи

<variant>Биохимический анализ крови

<variant>Посев мокроты на флору

<question>Павлу 5 лет Для купирования резвившегося приступа бронхиальной астмы целесообразно использовать:

<variant>Сальметерол в дозе 50мкг х 2 раза в сутки

<variant>Будесонид 100мкг х 2-4 раза

<variant>Фликсотид 125 мкг х 2 раза

<variant>Сальбутамол 100мкг на ингаляцию

<variant>Бекламетазон 40мкг х 2 раза

<question>Ермеку 11 лет, предъявляет жалобы на периодические приступы затрудненного дыхания. Из анамнеза: приступы затрудненного дыхания беспокоят в течение последних 1,5 лет, 3-4 раза в год, купируются самостоятельно, ночные приступы отсутствуют. В анамнезе атопический дерматит. При объективном осмотре и рентгенологическом исследовании органов грудной патологии не обнаружено. По данным спирографии ПСВ-85%. Поставьте диагноз:

<variant>Интерметирующая бронхиальная астма, средней степени тяжести

<variant>Интермиттирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести

<variant>Персистирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести

<variant>Персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести

<variant>Персистирующая бронхиальная астма, тяжелой степени тяжести

<question>У девочки Н., 5 лет имеется острый приступ бронхиальной астмы, длительностью 2 часа. Родители дали уже девочке бромгексин и эуфиллин. Ваши действия:

<variant>Ингаляционно В2-агонисты длительного действия

<variant>Ингаляционно В2-агонисты короткого действия

<variant>Ввести эуфиллин внутривенно

<variant>Ингаляционные кортикостероиды

<variant>Кромонглициновую кислоту

<question>Кириллу 9 лет. Болен с 6 месяцев, когда впервые был выставлен диагноз «Обструктивный бронхит». В последующем данное заболевания повторялось с периодичностью в 2-4 месяца. С 2 летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю). Ребенок обучается на дому. Исследование функции внешнего дыхания: стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу. ПСВ-50%, тест с вентолином всегда положительный. Суточные колебания бронхиальной

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 27 из 100

проводимости более 30%. Сформулируйте диагноз:

<variant>Интермиттирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести

<variant>Персистирующая бронхиальная астма, тяжелой степени тяжести

<variant>Интерметитирующая бронхиальная астма, средней степени тяжести

<variant>Персистирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести

<variant>Персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести

<question>Девочка 5 дней. Мать страдает бронхиальной астмой. Роды срочные, путем кесарева сечения. Масса тела 2800грамм, длина - 50 см. Ребенок на естественном вскармливании.

Девочка достаточно активна, физиологические рефлексы живые. Пупочная ранка сухая. Большой родничок 3х3 см, не выбухает. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные. Живот мягкий, печеньвыступаетиз под реберной дуги на 1 см. Стул 5 раз в день, желтый,

кашицеобразный.Какая тактика проведения профилактических прививок НАИБОЛЕЕ целесообразна у данного ребенка

<variant>В обычные сроки с предварительной подготовкой

<variant>Относительный медицинский отвод

<variant>Абсолютный медицинский отвод

<variant>Обычными методами по общепринятому календарю

<variant>Щадящими методами по индивидуальному календарю

<question>У девочки 2-х лет в анамнезе повторные пневмонии, протекающие с явлениями обструкции. В лёгких выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, дыхание ослаблено. С трудом отхаркивается густой вязкий секрет. Отмечено наличие "барабанных палочек", отставание в физическом развитии.

Какой диагноз наиболее вероятен у данного ребёнка:

<variant>Муковисцидоз, легочная форма

<variant>Рецидивирующий бронхит

<variant>Туберкулёз лёгких

<variant>Врожденныйполикистоз лёгких

<variant>Бронхиальная астма

<question>Ребенок 5 лет, в анамнезе бронхиальная астма, сознание угнетено, сонливость, говорит отдельные слова, частота пульса ≥ 180 уд/мин, выраженный цианоз.

Пульсоксиметрия< 92%. Оцените тяжесть обострения бронхиальной астмы:

<variant>тяжелая степень обострения

<variant>легкая степень обострения

<variant>средняя степень обострения

<variant>крайне тяжелая степень обострения

<variant>обострения нет

<question>Ребенок 10 лет, в сознании, может говорить, хрипы непостоянные, пульсоксиметрия $\geq 95\%$, умеренная тахикардия, цианоза нет. Оцените тяжесть обострения бронхиальной астмы:

<variant>легкая степень обострения

<variant>средняя степень обострения

<variant>тяжелая степень обострения

<variant>крайне тяжелая степень обострения

<variant>обострения нет

<question>Ребенку 5 лет. Жалобы на приступообразный кашель, болен неделю.

При осмотре температура тела нормальная, экспираторная одышка, сухие хрипы в легких.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 28 из 100

При лечении бронхиальной астмы наиболее часто серьезные побочные эффекты развиваются при длительном применении:

- <variant>рассасывающей терапии
- <variant>антибактериальной терапии
- <variant>Ингаляционных кортикостероидов
- <variant>пероральных кортикостероидов
- <variant>бета 2 - адrenomиметиков

<question>Ребенок 10-х лет находится на амбулаторном лечении, по поводу бронхиальной астмы. Матери выдан лист временной нетрудоспособности на 10 дней. Но ребенок продолжает болеть. Тактика участкового педиатра в отношении листа временной нетрудоспособности:

- <variant>Лист временной нетрудоспособности закрыть
- <variant>Лист временной нетрудоспособности продлить на 3 дня
- <variant>Лист временной нетрудоспособности продлить на 6 дней
- <variant>Открыть новый лист временной нетрудоспособности на 3 дня
- <variant>Открыть новый лист временной нетрудоспособности на 6 дней

<question>Ребенок 11 мес. Рос и развивался соответственно возрасту. На десятый день после ОРВИ состояние ухудшилось, появилась одышка, стал вялым, бледным. При осмотре пульс слабый, тахикардия. Границы сердца: правая – по правой парастернальной линии, левая на 3 см. влево от среднеключичной линии. Тоны приглушены короткий систолический шум, на верхушке ритм галопа. В легких обилие мелкопузырчатых хрипов. Печень выступает на 3 см из под края реберной дуги. Предварительный диагноз:

- <variant>острый кардит
- <variant>бронхиолит
- <variant>врожденный кардит
- <variant>острая пневмония
- <variant>подострый кардит
- <question>Аускультативный симптом экссудативного перикардита.
- <variant>Ослабление тонов сердца на верхушке
- <variant>Диастолический шум на верхушке
- <variant>Систолический шум на верхушке
- <variant>Усиление I тона на верхушке
- <variant>Усиление II тона на верхушке
- <question>Наиболее информативный метод диагностики экссудативного перикардита
- <variant>Эхокардиография
- <variant>ЭКГ
- <variant>Суточное мониторирование ЭКГ
- <variant>Рентгенологическое исследование сердца в боковой проекции
- <variant>Рентгенологическое исследование сердца с контрастированием
- <question>При подозрении на экссудативный перикардит в первую очередь проводится ...
- <variant>Рентгенография грудной клетки
- <variant>Измерение цвд
- <variant>Пункция перикардита
- <variant>ФКГ
- <variant>ЭКГ

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 29 из 100

<question>Больной 15 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли давящего характера в области сердца, продолжающиеся в течение 2 суток усиливающиеся при дыхании и лежа в постели на спине, повышение температуры тела до 38 °С, озноб, потливость, слабость. Тоны сердца ясные, в четвертом межреберье слева по парастернальной линии прослушивается на ограниченном участке «скребущий» шум, усиливающийся на вдохе и при надавливании стетоскопом. Пульс - 128 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт.ст. Ваш диагноз

<variant>Острый фибринозный перикардит

<variant>Конструктивный перикардит

<variant>Экссудативный перикардит

<variant>Идиопатический перикардит

<variant>Опухолевый перикардит

<question>При диспансерном осмотре школьным врачом у девочки 11 лет выявлена экстрасистолия. Пациентка жалоб не предъявляет. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Со стороны сердца: границы в норме, тоны сердца слегка приглушены, в положении лежа выслушивается 6-7 экстрасистол в минуту. В положении стоя тоны сердца ритмичные, экстрасистолы не выслушиваются, после физической нагрузки количество экстрасистол уменьшилось до 1 в минуту. Участковым врачом установлен диагноз: Функциональная кардиопатия. Назвать НЕ основной путь оздоровления:

<variant>сердечные гликозиды

<variant>препараты улучшающие вегетативный тонус

<variant>препараты улучшающие метаболизм миокарда

<variant>санация хронических очагов инфекции

<variant>коррекция диеты и режима дня

<question>У мальчика 8 месяцев аускультативно выслушивается систолический шум с максимальным акцентом на уровне II грудного позвонка. Ваш диагноз:

<variant>Коарктация аорты

<variant>Дефект межжелудочковой перегородки

<variant>Открытый артериальный проток

<variant>Открытое овальное окно

<variant>Тетрада-Фалло

<question>Мальчик 9 лет на приеме с мамой жалуется на слабость, частые и обильные носовые кровотечения без видимых причин, появление на теле синяков. Болеет 2 года. По поводу болезни получал курсы гормональной терапии, переливание тромбоцитарной массы, но эффект был кратковременный. Кожа бледная с множественными асимметричными разной величины, слизистые бледные. Склеры обычной окраски. Периферические лимфоузлы и селезенка не увеличены. Тахикардия, систолический шум на верхушке функционального характера. Печень выступает на 1 см, моча соломенно-желтого цвета. Анализ крови: эритроциты- $2,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин-50г/л; ЦП - 0,89; тромбоциты- $22 \times 10^9/л$, длительность кровотечения по Дьюку-12 мин., время ретракции кровяного сгустка - 6 часов. В план лечения включить лекарственные препараты:

<variant>глюкокортикостероиды

<variant>гемостатики

<variant>цефалоспорины

<variant>антигистаминные

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 30 из 100

<variant>витаминоterapia

<question>На приеме в поликлинику ребенок 1г 9 месяцев с мамой, жалобы на повышение температуры, влажный кашель ночью, рвоту. В год перенес вирусную инфекцию, после которого стал быстро уставать во время игр, появилась одышка. Состояние тяжелое. В нижних отделах легких единичные влажные хрипы, ЧДД-44 в/мин. Границы сердца расширены влево, тоны приглушены, на верхушке негрубый систолический шум. Печень + 4 см. ОАК: Нb-112 г/л, Эp-4,1x10¹²/л, Л-10,0x10⁹/л, СОЭ-15 мм/час. ЭКГ: низкий вольтаж QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия, признаки перегрузки левых отделов сердца. Метод исследования наиболее целесообразно провести в первую очередь:

<variant>ЭхоКГ

<variant>Рентгенография

<variant>УЗИ сердца

<variant>ФКГ сердца

<variant>ЭКГ сердца

<question>Через неделю после ОРВИ у ребенка жалобы на боли в области сердца, слабость. Объективно: со стороны сердца умеренная тахикардия, тоны приглушены, систолический шум на верхушке. Необходимое обследование для данного ребенка:

<variant>ЭКГ

<variant>бронхография

<variant>томография

<variant>рентгенография

<variant>УЗИ легких

<question>Наиболее информативным исследованием для диагностики пролапса митрального клапана является:

<variant>УЗИ

<variant>ЭКГ

<variant>ФКГ

<variant>Рентгенограмма сердца

<variant>Реограмма

<question>На приеме 10 лет с жалобами на боли в сердце клинически патологии НЕ выявлено. Ей необходимо назначить :

<variant>ЭКГ, эхокардиограмму

<variant>апекскардиограмму

<variant>реокардиограмму

<variant>пробу с физической нагрузкой

<variant>велоэргометрию

<question>В диагностике поствирусного миокардита наибольшее значение имеет

<variant>Рентгенограмма сердца

<variant>ФКГ

<variant>Реограмма

<variant>Холтеровское ЭКГ

<variant>Эхокардиограмма

<question>У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во втором межреберье, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме –

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 31 из 100
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс	

гиперволемию малого круга, увеличение левого желудочка. Ваш диагноз

<variant>открытый артериальный проток

<variant>дефект межжелудочковой перегородки

<variant>субаортальный стеноз

<variant>стеноз легочной артерии

<variant>коарктация аорты

<question>Клиническая классификация неревматических поражений митрального клапана у детей:

<variant>Митральная недостаточность, митральный стеноз

<variant>Аортальная недостаточность, митральный стеноз

<variant>Инфекционный эндокардит, ревматизм

<variant>Аортальный стеноз, митральный стеноз

<variant>Сердечной недостаточность, митральная недостаточность

<question>Основные лабораторные исследования при неревматическом поражении митрального клапана:

<variant>ОАК, коагулограмма

<variant>кровь на Вассермана

<variant>серологическое исследование

<variant>кровь на ВУИ

<variant>иммунологическое исследование

<question>Ребенок К 12 лет. Жалобы на одышку, приступы сердечной астмы, кашель с мокротой, часто с примесью крови. При осмотре пресистолическое дрожание на верхушке сердца, громкий хлопающий 1 тон на верхушке сердца, акцент или расщепление 2 тона над легочной артерией, появление 3 и 4 тонов сердца. Ваш диагноз:

<variant>неревматическое поражение митрального клапана

<variant>пролапс митрального клапана

<variant>митральный стеноз

<variant>митральная недостаточность

<variant>аортальный стеноз

<question>Ребенок стоит на «Д» учете с диагнозом: Неревматические поражения митрального клапана. Назначьте медикаментозное лечение:

<variant>Кардиометаболические препараты

<variant>Бета-блокаторы

<variant>Диуретики

<variant>Ингибиторы АПФ

<variant>Антикоагулянты и антиагреганты

<question>На приеме ребенок 11 лет. Жалобы на одышку, приступы сердечной астмы, кашель с мокротой, часто с примесью крови. Выставлен диагноз: Неревматическая поражения митрального клапана. Дополнительные диагностические обследования для этого больного:

<variant>Холтеровское мониторирование ЭКГ

<variant>ОАК, ОАМ

<variant>ЭКГ, рентгенография грудной клетки

<variant>Общий белок, ЭхоКГ

<variant>ЭКГ, ЭхоКГ

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 32 из 100

<question>Мальчик 10 лет. Поступил с жалобами на повышение температуры на 37,8⁰С, боли в коленных суставах. В анамнезе 2 недели назад ребенок переболел ангиной. Перкуторно: расширение границ сердца влево на 1 см, аускультативно – приглушение обоих тонов, систолический шум дующего тембра. На ФКГ: высокочастотный эндокардиальный шум. Лабораторно: СОЭ – 20 мм/ч., L- 8,5x10⁹/л, увеличение уровня антистрептолизина О.

Поставьте диагноз:

<variant>Острая ревматическая лихорадка 1, активная фаза, эндокардит митрального клапана, полиартрит, острое течение, Н₀

<variant>Острая ревматическая лихорадка 1, активная фаза, ревмокардит первичный без пороков клапанов, полиартрит, острое течение, Н₀

<variant>Острая ревматическая лихорадка 2, неактивная фаза, миокардиосклероз ревматический, латентное течение, Н₁

<variant>Острая ревматическая лихорадка 2, активная фаза, перикардит митрального клапана, полиартрит, острое течение, Н₀

<variant>Острая ревматическая лихорадка 3, активная фаза, возвратный эндокардит аортального клапана, миокардит, полиартрит, подострое течение

<question>Ребенок 1,2 года. Жалобы на утомляемость, слабость, снижение аппетита, отстаёт в физическом развитии. Часто болеет затяжными инфекциями дыхательных путей. Матери 40 лет, отцу 47 лет. В первой половине беременности тяжелый токсикоз. При осмотре кожные покровы бледные, при пальпации во II межреберье систолическое дрожание, верхушечный толчок разлитой, смещен вниз, границы сердца: правая – по правой парастернальной линии, верхняя - II межреберье, левая - на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Грубый систоло-диастолический шум во II межреберье слева, проводится на верхушку, сосуды шеи, аорту и межлопаточное пространство. Диагноз наиболее вероятен у больного.

<variant>открытый Боталлов проток

<variant>ДМП

<variant>коарктация аорты

<variant>ДМЖП

<variant>тетрада Фалло

<question>Экстрасистолия– это:

<variant>внеочередное сокращение сердца

<variant>полное нарушение проведения импульса

<variant>возвратное распространение возбуждения

<variant>задержка проведения импульса

<variant>круговое движение возбуждения

<question>У новорожденного при сосании появляется невыраженный цианоз носогубного треугольника. При аускультации: первый тон не изменен, второй тон закрыт систоло-диастолическим шумом, который выслушивается не только на передней поверхности грудной клетки, но и в межлопаточной области. При данном врожденном пороке сердца сброс крови происходит

<variant>из аорты в легочную артерию

<variant>из легочной артерии в аорту

<variant>аорто-коронарный шунт

<variant>из аорты в легочные вены

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 33 из 100

<variant>из аорты в артерии проток

<question>У больного в анамнезе – перенесенная гнойная ангина. Через две недели состояние ухудшилось: произошло выраженное увеличение границ сердца, верхушечный толчок сместился влево и вниз. Первый тон приглушен, на верхушке сердца стал выслушиваться дующий систолический шум, проводящийся к основанию сердца и в подмышечную область. При проведении рентгенологического исследования грудной клетки данному больному следует ожидать конфигурацию сердечной тени

<variant>шаровидная конфигурация

<variant>трапециевидная конфигурация

<variant>«яйцо, лежащее на боку»

<variant>в виде «голландского башмачка»

<variant>в виде «сапожка»

<question>Обсеменённость H. pylori больше выражена:

<variant>в желудке

<variant>в 12- перстной кишке

<variant>в тонком кишечнике

<variant>в толстом кишечнике

<variant>в пищеводе

<question>Девочка 12 лет поступила с жалобами на боли в животе, больше в правом подреберье, желтушность, кожный зуд, головную боль, тахикардию. Состояние тяжелое, за счет симптомов интоксикации. Кожный покровы желтушные. На нижних конечностях следы расчесов. Выраженная иктеричность склер. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, в проекции желчного пузыря, при пальпации появляется тошнота, так же определяется умеренная разлитая болезненность по всему животу. Печень, селезенка не пальпируется. Со слов девочки - стул светло-коричневый, больше серого цвета, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Выставьте предварительный диагноз.

<variant>Острый холецистит

<variant>Дискинезия желчевыводящих путей

<variant>Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

<variant>Острый гастрит

<variant>Острый панкреатит

<question>Девочка 15 лет, поступила с жалобами на усиленное сердцебиение, тошноту, рвоту, схваткообразные боли в правом подреберье. Рентгенологически отмечается ускоренное опорожнение желчного пузыря. Поставьте диагноз:

<variant>Дискинезия желчевыводящих путей, гиперкинетическая форма

<variant>Дискинезия желчевыводящих путей, гипотоническая форма

<variant>Дискинезия желчевыводящих путей, гипертоническая форма

<variant>Холецистохолангит

<variant>Холангит

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 34 из 100

<question>Ребенку 8 лет. Жалобы на боли в подложечной области, иррадиирующие в левую лопатку и поясницу (временами боль носит опоясывающий характер), тошноту, рвоту, жажду, вздутие живота. Ухудшение в состоянии после погрешностей в диете. Болеет 2 года. В анамнезе - эпидемический паротит в 6-летнем возрасте. Температура 38,8 С. Пальпаторно - болезненность в эпигастрии и в левой подреберной области. В анализе крови - Нв-120 г/л, Эр.-3,95x10¹²/л, Л-11,0x10⁹/л, СОЭ-15 мм/час. Диастаза мочи - 132 ЕД. Сахар крови- 6,8 ммоль/л. Ваш предварительный диагноз:

- <variant>хронический панкреатит
- <variant>хронический холецистит
- <variant>хронический гастродуоденит
- <variant>ДЖВП по гипермоторному типу
- <variant>острый аппендицит

<question>Ноющие, тупые боли в правом подреберье, усиливаются при сильных эмоциях, погрешностях в диете. Диспепсические явления. Прием спазмолитиков (но-шпы и других) не улучшает состояния. Ваш диагноз:

- <variant>дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу
- <variant>дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу
- <variant>хронический панкреатит
- <variant>хронический энтерит
- <variant>хронический колит

<question>Девочка 12 лет, жалуется на боли в эпигастрии ноющего характера, изжогу, отрыжку кислым, склонность к запорам. Болеет около года. Бледная, раздражительная, красный дермографизм, повышенная потливость. Язык обложен желтовато-белым налетом ближе к корню. При пальпации живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Ваш предполагаемый диагноз

- <variant>хронический гастродуоденит
- <variant>язвенная болезнь
- <variant>хронический холецистит
- <variant>хронический панкреатит
- <variant>дискинезия желчевыводящих путей

<question>Ребенок 13 лет. Жалобы на ночные боли в животе, разной интенсивности и продолжительности, проходят после приема пищи, изжогу, отрыжку, тошноту, стул со склонностью к запорам. В анамнезе: болен с 10 лет, был диагностирован гастродуоденит, отмечается сезонность обострений. Диеты не придерживается, часто нарушает режим питания. Рос и развивался по возрасту. Из инфекционных болезней перенес дизентерию. У матери и бабушки - язвенная болезнь. Объективно: состояние ребенка удовлетворительное. Физическое развитие среднее. Язык обложен белым налетом. При пальпации живота болезненность в области эпигастрия, в пилорoduodenальной зоне. Положительный симптом Менделя. Печень не увеличена. Ваш предположительный диагноз

- <variant>Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
- <variant>Острый гастрит
- <variant>Дискинезия желчевыводящих путей
- <variant>Хронический гастрит
- <variant>Хронический язвенный колит

<question>При дуоденальном зондировании: скорость выделения желчи порции-«В» 10

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 35 из 100

мин, время закрытого сфинктера Одди- 9 минут, после повторного раздражителя вновь выделяется темная желчь. Ваша лечебная тактика:

<variant>Спазмолитики, нейротропные средства седативного действия, физиотерапия+

<variant>Холеретики, нейротропные средства стимулирующего действия

<variant>Спазмолитики, холекинетики, минеральные воды

<variant>Спазмолитики, дуоденальные зондирование, физиотерапия

<variant>Физиотерапия тонизирующего типа, холеретики, спазмолитики

<question>Девочке 12 лет. Заболела несколько часов назад, когда появились сильные боли в животе, больше в области эпигастрия, иррадиирующие в позвоночник и имеющие опоясывающий характер. Дважды была рвота, не приносящая чувства облегчения.

Объективно: бледная, язык обложен белым налетом, температура 37,8 С, живот вздут, несколько напряжен в эпигастрии. Симптом Ортнера сомнителен. Болезненность в точке Мейо-Робсона. Лейкоцитоз- $12,8 \times 10^9/\text{л}$. Стул был после очистительной клизмы, каловые массы плотные, жирные. Ваш предположительный диагноз:

<variant>острый панкреатит

<variant>острый холецистит

<variant>острый гастродуоденит

<variant>острый гастрит

<variant>острый дуоденит

<question>Мальчик 12 лет. Жалобы на изжогу, отрыжку кислым содержимым, боли в эпигастрии натошак или через 1 час после приема пищи. При пальпации болезненность в области эпигастрия. Эндоскопически: округлый или овальный, довольно глубокий дефект слизистой оболочки желудка, покрытый беловатым налетом фибрина, окруженный воспалительным валом. Укажите диагноз данного заболевания:

<variant>Язвенная болезнь желудка, фаза обострения, I свежая язва, без осложнений

<variant>Язвенная болезнь желудка, фаза обострения, I свежая язва, перивисцерит

<variant>Язвенная болезнь желудка, фаза обострения, начало эпителизации, стеноз

<variant>Язвенная болезнь желудка, фаза стихания обострения, заживление язвы, без осложнений

<variant>Язвенная болезнь желудка, фаза ремиссии, без осложнений

<question>Ребенок 15 дней. Жалобы на частые срыгивания ребенка, возникающие как сразу после кормления, так и через какое-то время после кормления. Чаше срыгивает створоженным молоком. Сосет активно, стул обычной консистенции, без патологических примесей, диурез достаточный. Из анамнеза известно, что роды были стремительными, оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Срыгивает с первых дней жизни. Предварительный диагноз:

<variant>пилороспазм

<variant>лактазная недостаточность

<variant>пилоростеноз

<variant>перинатальная энцефалопатия

<variant>дисбактериоз кишечника

<question>На приеме мама с ребенком 4-х лет. Жалобы на тошноту, отсутствие стула в течение 4 дней. Задержка в течение 6 месяцев. Объективно: кожа сухая, шелушащаяся, отмечается повышенная ломкость ногтей и волос. Неприятный запах изо рта, в углах заеды. Живот вздут, увеличен в размерах. Пальпация живота безболезненна, определяются комки кала в нисходящей и сигмовидной кишке. Какое диагностическое

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 36 из 100

исследование из перечисленных является наиболее целесообразным

<variant>колоноскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>ректороманоскопия

<variant>гистологическое исследование

<variant>пальцевое исследование прямой кишки

<question>У ребенка 11 лет при проведении фиброгастродуоденоскопии выявлены признаки эрозивного гастродуоденита. Какой этиологический фактор наиболее вероятен в развитии заболевания у ребенка

<variant>H. Pylori

<variant>Генетическая предрасположенность

<variant>Рефлюкс желчи в желудок

<variant>Стрессовые ситуации

<variant>Аутоантитела

<question>У мальчика 15 лет после перенесенной ОРВИ появился кашель с гнойной мокротой, повышение температуры тела до 38,5°C; слабость. Объективно: в легких дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы. При обследовании: лейкоциты - 9,7 тыс, СОЭ - 22 мм/ч. Целесообразно включить в план лечения:

<variant>ампициллин, лазолван

<variant>эуфиллин, карбоцистеин

<variant>химотрипсин, фенотерол

<variant>бромгексин, преднизолон

<variant>ацетилцистеин, гидрокортизон

<question>Максат 14 лет жалуется на повышение температуры тела до 38°C; кашель со слизистой мокротой; слабость. Заболел остро после переохлаждения. Объективно: в легких жесткое дыхание, хрипов нет. При обследовании: лейкоциты - 9,5 тыс, СОЭ - 20 мм/ч. НАИБОЛЕЕ вероятный диагноз:

<variant>острый бронхит

<variant>острый ринофарингит

<variant>хронический бронхит, обострение

<variant>внебольничная прикорневая пневмония

<variant>ХОБЛ, легкой степени, обострение

<question>Определенный клинический симптомокомплекс, возникающий в результате заброса содержимого желудка в пищевод вне зависимости от того, развиваются ли при этом морфологические изменения дистального отдела пищевода или нет, это ...

<variant>ГЭРБ

<variant>гастрит

<variant>эзофагит

<variant>холецистит

<variant>панкреатит

<question>Один из ведущих симптомов ГЭРБ, которые встречаются у 52% больных:

<variant>кислая отрыжка и/или кислая регургитация (срыгивание)

<variant>рвота

<variant>диарея

<variant>икота

<variant>кровохарканье

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 37 из 100

<question>Боль локализующаяся на лице, области переносья и надбровья, которая може иррадиировать в верхние зубы, характерна для :

<variant>острых синуситов

<variant>острых отитов

<variant>острых конъюнктивитов

<variant>мигрени

<variant>стоматитов

<question>Поражение части слизистой, которая расположена ближе к желудку,воспаление, покраснение, с небольшими эрозиями характерны для:

<variant>первой стадии заболевания пищевода

<variant>второй стадии заболевания пищевода

<variant>третьей стадии заболевания пищевода

<variant>четвертой стадии заболевания пищевода

<variant>последней стадии заболевания пищевода

<question>Юноша 15 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на кашель с выделением до 200 мл слизисто-гнойной мокроты с запахом, кровохарканье, повышение температуры до 38,2⁰ С, недомогание, одышку. В детстве часто отмечал кашель. В течение последних 5 лет - ежегодные обострения. В первую очередь у больного необходимо исключить

<variant>туберкулез

<variant>хронический абсцесс легкого

<variant>пневмонию

<variant>поликистоз легкого

<variant>бронхоэктатическую болезнь

<question>Пневмония, для которой характерны следующие признаки: в анамнезе - пользование кондиционерами, душевыми в отелях, пансионатах; фебрильная лихорадка с выраженной интоксикацией, миалгия, артралгия, кашель, абдоминальные боли, диарея; в крови - лейкоцитоз с лимфоцитопенией, СОЭ 50 мм/час:

<variant>легионеллезная

<variant>микоплазменная

<variant>хламидийная

<variant>пневмококковая

<variant>стафилококковая

<question>13- летний пациент жалуется на сухой кашель, озноб, повышение температуры тела до 38⁰ С, артралгии и миалгии, кожную сыпь. При объективном осмотре: лимфаденопатия, гепатоспленомегалия. Рентгенологически выявлено усиление легочного рисунка, нечетко очерченное затемнение в нижних отделах левого легкого. Лечение пенициллином и цефалоспорином не дало эффекта. Причина развития вышеуказанных признаков:

<variant>микоплазма

<variant>пневмококк

<variant>гемофильная палочка

<variant>стафилококк

<variant>синегнойная палочка

<question>Пациент 15 лет, жалобы на кашель с мокротой слизистого характера, температура тела 38,5⁰С, боль в грудной клетке при дыхании. Рентгенологически –

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		

044-
79/22
Стр. 38
из 100

очаговое затемнение в нижней доле правого легкого. Не имеет сопутствующей патологии и не принимал антибактериальные препараты в последние 3 месяца в течение 2 и более дней. Средство выбора при лечении данного пациента:

<variant>макролиды

<variant>респираторные фторхинолоны

<variant>пенициллины

<variant>иммуномодуляторы

<variant>биогенные стимуляторы

<question>Пациент 14 лет, вызвал врача на дом с жалобами на повышение температуры тела до 38⁰С в течение 4-х дней, кашель с мокротой желто-зеленого цвета, слабость, потливость. Заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: кожные покровы бледные, ЧДД 20 минуту, справа ниже угла лопатки очаг притупления перкуторного звука, аускультативно мелкопузырчатые влажные хрипы. Наиболее оптимальное для данного больного назначение:

<variant>азитромицина 0,5 x1 р/д внутрь 5 дней

<variant>бисептола 480 мг по 2 табл. x 2 р/д 7 дней

<variant>тетрациклина 0,25 x 4 р/д внутрь 10 дней

<variant>цефазолина 1,0 x 3р/д в/м 10 дней

<variant>эритромицина 0,25мг по 2 табл. x 4 р/д 7 дней

<question>Больной, 15 лет, из группы социального риска. Жалобы на слабость, недомогание, утомляемость, похудание, покашливание, ночная потливость. Болеет в течение последних 2-3 месяцев, очень часто работает в ночную смену. На флюорограмме обнаружена инфильтративная тень в верхней доле правого легкого, с дорожкой к корню. В данном случае больному необходимо назначить:

<variant>анализ мокроты на БК

<variant>консультацию фтизиатра

<variant>антибактериальную терапию

<variant>противотуберкулезное лечение

<variant>лечение в пульмонологическом отделении

<question>Больной, 14 лет, предъявляет жалобы на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем. Болен 2 года. Приступы возникают чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Лекарства не принимал. В весеннее время с детства отмечает вазомоторный ринит. Курит по 1,5 пачки в день. У матери бронхиальная астма. При объективном и рентгенологическом исследовании патологии не обнаружено. В анализе крови 6% эозинофилов. Диагноз больного:

<variant>Атопическая бронхиальная астма, легкое течение

<variant>Атопическая бронхиальная астма, среднетяжелое течение

<variant>Инфекционно-зависимая бронхиальная астма, легкое течение

<variant>Хронический обструктивный бронхит, легкое течение, обострение

<variant>Острый бронхит

<question>Больной, 13 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на периодически возникающую экспираторную одышку, сухой кашель. На рентгенограмме патология не выявлена. В периферической крови 12% эозинофилов. Суточные колебания параметров бронхиальной проходимости (ОФВ1, ПСВ) 30%. Температура тела нормальная. В носоглотке обнаружены полипы. Вероятный диагноз:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 39 из 100

<variant>бронхиальная астма

<variant>хронический обструктивный бронхит

<variant>синдром Лёфгрена

<variant>экзогенный аллергический альвеолит

<variant>эозинофильный инфильтрат лёгкого

<question>Больному, 14 лет, с жалобами на одышку, снижение толерантности к физической нагрузке провели тест с бронходилататором. Критерии обратимости бронхообструктивного синдрома после ингаляции бронходилататоров:

<variant>прирост ОФВ₁ на 13% и ПСВ 16%

<variant>прирост ЖЕЛ на 25% и МОС₇₅ на 30%

<variant>прирост ЖЕЛ на 20% и МОС₇₅ на 25%

<variant>прирост ОФВ₁ на 30% и ПСВ 25%

<variant>прирост ОФВ₁ на 8% и ПСВ 5%

<question>Пациент 12 лет, страдающий бронхиальной астмой, вызвал на дом, с жалобами на одышку, выраженную слабость. Из анамнеза: в течение суток получил более 10 ингаляций беротека без эффекта. Врачом скорой помощи внутривенно введено 10 мл 2,4% раствора эуфиллина. Объективно: возбужден, температура тела 36,7⁰С, ЧСС 120 ударов в минуту, число дыхательных движений 24 в минуту. При аускультации: дыхание резко ослаблено, единичные сухие хрипы. Первый шаг экстренной помощи в данном случае:

<variant>применение кортикостероидов

<variant>увеличение дозы эуфиллина

<variant>искусственная вентиляция легких

<variant>регидратация

<variant>увеличение дозы симпатомиметиков

<question>К ребенку 13 лет, был вызван участковый терапевт, по поводу приступа бронхиальной астмы. Врачом была применена ингаляция сальбутамола через небулайзер, после чего у больной наступило незначительное улучшение. Однако одышка и свистящие хрипы сохранились. К лечению необходимо добавить:

<variant>преднизолон

<variant>интал

<variant>алупент

<variant>теофиллин

<variant>тербуталин

<question>Больного, 15 лет, в течение длительного времени беспокоят приступы удушья, экспираторная одышка. Приступы удушья купирует беротеком, принимает преднизолон 10 мг в сутки в течение 2 лет. Пиковая скорость выдоха - 65%. В данном случае в качестве базисной терапии наиболее целесообразно назначить:

<variant>беклометазон

<variant>теофиллин

<variant>ипратропиум бромид

<variant>сальметерол

<variant>дексаметазон

<question>15 –летний больной обратился к врачу с жалобами на головные боли, головокружение. Из анамнеза: болеет в течение 2 лет. Повышается артериальное давление, вызывает скорую помощь из-за частых кризов. Гипотензивные препараты мало

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 40 из 100

эффективны. При объективном осмотре: Избыточный вес. АД 160/80 мм рт.ст., ЧСС-90 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. В передней поверхности живота, над пупком выслушивается сосудистый шум. Для уточнения диагноза необходимо провести:

- <variant>Сцинтиграфию почек
- <variant>Инфузионная ренография
- <variant>УЗИ почек

- <variant>Рентгенография почек
- <variant>Катетеризация почечных вен

<question>Больной 13 лет поступил с жалобами на массивные отеки, жажду, головные боли, одышку в покое. Больной 10 дней назад перенес ангину. Объективно: выраженные отеки на лице, ногах, поясничной области. АД – 180/100 мм рт. ст. В моче: уд. вес – 1026, белок – 4,5 г/л, лейкоциты – 10-15 в поле зрения. Эритроциты свежие и выщелоченные 3-5 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в поле зрения. Суточный диурез – 300 мл. У больного развилось осложнение:

- <variant>острое почечное повреждение
- <variant>острый канальцевый ацидоз
- <variant>бытропрогрессирующий гломерулонефрит
- <variant>нефритический синдром
- <variant>терминальная стадия ХПН

<question>Ребенок 15 лет, жалуется на слабость, отеки лица и на ногах. 2 недели назад перенес ангину, утром внезапно появились отеки. Объективно: бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В нижних отделах легких дыхание ослабленное. АД - 170/80ммрт.ст. Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,3 \times 10^9/л$, СОЭ 20 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес 1010, белок 0,6 г/л, эритроциты 50-60 в поле зрения.

НАИБОЛЕЕ первоочередной метод обследования:

- <variant>креатинин
- <variant>противострептококковые антитела
- <variant>общий белок и его фракций
- <variant>мочевина
- <variant>скорость клубочковой фильтрации

<question>Увеличение систолического артериального давления характерно для:

- <variant>аортальной недостаточности
- <variant>аортального стеноза
- <variant>сочетанного митрального порока
- <variant>митральной недостаточности
- <variant>митрального стеноза

<question>У пациента 14 лет АД 200/120 мм.рт.ст. Жалуется на онемение ног. При объективном осмотре отмечается хорошо сложенная грудная клетка, узкий таз, худые ноги. При R – графии грудной клетки выявлены узурь на ребрах. Вероятный диагноз у пациента:

- <variant>коарктация аорты
- <variant>саркоидоз
- <variant>болезнь Иценко - Кушинга
- <variant>неспецифический аортоартериит
- <variant>атеросклероз аорты

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 41 из 100

<question>Подросток, 14 лет, жалуется на головную боль, перемежающуюся хромоту и быструю утомляемость. При осмотре: хорошо развитая верхняя часть туловища при недоразвитии нижней части. АД на руках 190/100 мм рт. ст. Пульс на ногах значительно ослаблен. ЭКГ — гипертрофия левого желудочка. Вероятный диагноз:

- <variant>коарктация аорты
- <variant>феохромоцитома
- <variant>узелковый периартериит
- <variant>синдром Конна
- <variant>синдром Иценко—Кушинга

<question>К врачу общей практики обратилась девочка, 12 лет, с жалобами на сердцебиение, слабость, раздражительность, потливость, похудание. Больна более года. Объективно. Суевлива. Глаза блестящие. Тремор пальцев рук, в позе Ромберга неустойчива. Гипергидроз. В легких везикулярное дыхание. Сердце: тахикардия, пульс 110 в 1 мин, АД 150/30, 160/40 мм рт.ст. Стул – склонность к поносам. Предварительный диагноз больного:

- <variant>гипертиреоз
- <variant>нейроциркуляторная дистония
- <variant>гипотиреоз
- <variant>феохромацитома
- <variant>первичный альдостеронизм

<question>Мальчик 13 лет. Жалуется на онемение и зябкости в нижних конечностях. При осмотре отмечается хорошо сложенная грудная клетка, узкий таз, худые ноги. АД 190/120 мм рт.ст. При аускультации грубый систолический шум в проекции основания сердца. Пульс на локтевом сгибе напряженный, в бедренной артерии ослабленный. НАИБОЛЕЕ информативный метод диагностики:

- <variant>Аортография
- <variant>Эхокардиограмма
- <variant>Рентгенография органов грудной клетки
- <variant>Фонокардиография
- <variant>ЭКГ мониторинг

<question>Девочку 15 лет, беспокоят повышенный аппетит, головные боли, повышение АД. Объективно: матронизм, гипертрихоз, рост-158 см, вес - 103 кг. Избыточное распределение жира по абдоминальному типу с худыми конечностями. АД - 160/85 мм рт. ст. Сахар крови – 6,1 ммоль/л. НАИБОЛЕЕ информативный метод диагностики:

- <variant>проба Лиддла с определением 17-ОКС
- <variant>определение уровня Т3, Т4, ТТГ
- <variant>тест толерантности к глюкозе
- <variant>определение уровня холестерина
- <variant>определение влагалищного мазка

<question>При болях в груди жгучего характера с локализацией за мечевидным отростком, иррадиацией в левую половину грудной клетки, руки, появляющиеся в положении лежа и исчезающие или ослабевающие при переходе в вертикальное положение следует думать:

- <variant>о грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- <variant>о перикардите
- <variant>об инфаркте миокарда

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 42 из 100

<variant> о плевропневмонии

<variant>о межреберной невралгии

<question>Ребенок 14 лет, рост 170 см, вес 65 кг жалуется на мучительное ощущение жжения за грудиной, усиливающееся при наклонах, в горизонтальном положении, после еды, иррадирующее в шею, спину, стихающие после приема соды, отрыжку съеденной пищей. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>рефлюкс-эзофагит

<variant>гастрит

<variant>стенокардия

<variant>рак выходного отдела желудка

<variant>инфаркт миокарда

<question>Больной 14 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли жгучего характера с локализацией за мечевидным отростком, с иррадиацией в руки, появляющиеся в положении лежа и исчезающие или ослабевающие при переходе в вертикальное положение. Нет прямой зависимости появления болей от физической нагрузки, чаще отмечается после приема пищи. На ЭКГ без особых изменений. Назовите наиболее достоверный метод обследования для верификации диагноза:

<variant>ФГДС с прицельной биопсией

<variant>Электрокардиография

<variant>Эхокардиография с доплерографией

<variant>Суточная рН-метрия желудочного сока

<variant>Холтеровское мониторирование ЭКГ

<question>Ребенок 13 лет беспокоят боли за грудиной, возникающие во время приема пищи и после физической нагрузки, чувство жжения за грудиной. На первом этапе диагностического поиска необходимо назначить больному:

<variant>ЭКГ, ФЭГДС

<variant>ФЭГДС, ЭхоКГ

<variant>ФЭГДС, определение тропонина

<variant>ФЭГДС, рентген органов грудной клетки

<variant>ФЭГДС, коронароангиография

<question>13-летняя девочка обратилась к врачу общей практики с жалобами на эпизодически возникающие колющие боли в грудной клетке длительностью 5-10 мин. Боли появляются как в покое, так и при физической нагрузке; боль никуда не иррадируют. При осмотре - состояние больной удовлетворительное, АД 110/50 мм рт. ст., ЧСС 70 в мин. Определяется усиление верхушечного толчка, выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины, причем интенсивность шума увеличивается в положении стоя. На ЭКГ: неспецифические изменения ST и T. Предварительный диагноз:

<variant>вегето-сосудистая дистония

<variant>митральный стеноз

<variant>аортальный стеноз

<variant>гипертрофическая кардиомиопатия

<variant>стеноз легочной артерии

<question>Больной 12 лет предъявляет жалобы на чувство жжения за грудиной, усиливающееся в горизонтальном положении и приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие в ночное время. Объективно: при аускультации везикулярное

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 43 из 100

дыхание без патологических шумов. Число дыханий- 19 в мин. При бронхоскопии отёк и гиперемия слизистой верхних отделов дыхательных путей. При ФГДС: гиперемия, сливные эрозии по всей окружности нижней трети пищевода. На ЭКГ: патологических изменений не выявлено. Укажите наиболее вероятную причину данного состояния:

<variant>Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

<variant>Бронхиальная астма

<variant>Трахеобронхиальная дискинезия

<variant>Сердечная астма

<variant>Паразитоз

<question>Ребенок 11 лет жалуется на острую боль в грудной клетке, возникшую после резкого движения, усиливающаяся при глубоком вдохе, кашле, чихании и во время изменения положения груди. При пальпации отмечается болезненность в межреберных пространствах слева. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 120/80 мм рт.ст. ЧСС-88 в минуту. На ЭКГ: патологических изменений не выявлены. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>Межреберная невралгия

<variant>Остеохондроз грудного отдела позвоночника

<variant>Стенокардия напряжения

<variant>Перикардит

<variant>Плеврит

<question>Девочка 14 лет. Жалобы на одышку, сердцебиение. В анамнезе: ревматическая лихорадка. На ЭКГ: на фоне синусового ритма зарегистрированы внеочередные расширенные (более 0,11 сек) деформированные желудочковые комплексы перед которыми отсутствуют зубцы Р. Заключение ЭКГ:

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>мерцание предсердий

<variant>наджелудочковая экстрасистолия

<variant>пароксизмальная тахикардия

<variant>предсердная экстрасистолия

<question>13 -летняя Жанна обратилась к врачу общей практики с жалобами на одышку, сердцебиение. В анамнезе: ревматическая лихорадка. Объективно: акроцианоз, I тон ослабленный, грубый систолический шум в IV межреберье справа. На ЭКГ: синусовый ритм прерывается внеочередными значительно расширенными (более 0,11 сек) деформированными желудочковыми комплексами без зубца Р. Ваше ЭКГ заключение:

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>наджелудочковая экстрасистолия

<variant>пароксизмальная тахикардия

<variant>предсердная экстрасистолия

<variant>мерцание предсердий

<question>Подросток 14 лет, обратился с жалобами на приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. Объективно: состояние средней тяжести. Тоны сердца приглушены, ритм частый 183 ударов в минуту. АД – 70/30 мм рт.ст. На ЭКГ: зубец Р не определяется, QRS >0,12 сек, число желудочковых сокращений 180 в минуту. Ваш диагноз:

<variant>Желудочковая пароксизмальная тахикардия

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 44 из 100

<variant>Синусовая тахикардия
 <variant>Пароксизм мерцания предсердий
 <variant>Трепетание предсердий
 <variant>Наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
 <question>На ЭКГ регистрируются деформированные комплексы QRS одинаковой формы с частотой 180 в мин. Определите вид нарушения сердечного ритма:
 <variant>пароксизм желудочковой тахикардии
 <variant>желудочковая экстрасистолия
 <variant>пароксизм суправентрикулярной тахикардии
 <variant>синусовый ритм
 <variant>пароксизм фибрилляции желудочков

<question>Первая помощь при желудочковой фибрилляции:
 <variant>электрическая дефибрилляция
 <variant>лидокаин в/в струйно
 <variant>калий хлорид, кальций хлорид, атропин
 <variant>закрытый массаж сердца
 <variant>амиодарон в/в струйно
 <question>При блокаде проводящей системы сердца противопоказаны:
 <variant>верапамил, дилтиазем
 <variant>гипотиазид, индапамид
 <variant>амлодипин, нифедипин
 <variant>периндоприл, лизиноприл
 <variant>валсартан, кандесартан
 <question>Антиаритмический препарат, который является препаратом выбора при развитии у больного пароксизма желудочковой тахикардии:
 <variant>лидокаин
 <variant>изоптин
 <variant>дигоксин
 <variant>обзидан
 <variant>этмозин
 <question>Наиболее эффективным препаратом для предупреждения повторного возникновения пароксизмальной тахикардии является:
 <variant>кордарон
 <variant>нифедипин
 <variant>ритмилен
 <variant>метопролол
 <variant>этмозин
 <question>Абсолютным показанием к экстренной электроимпульсной терапии (ЭИТ) является:
 <variant>фибрилляция желудочков
 <variant>наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
 <variant>мерцательная аритмия
 <variant>атриовентрикулярная блокада III степени
 <variant>трепетание предсердий
 <question>К показаниям для назначения бета-адреноблокаторов относится:

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 45 из 100

<variant>синусовая тахикардия

<variant>синусовая брадикардия

<variant>АВ блокада

<variant>бронхиальная астма

<variant>артериальная гипотензия

<question>Следующая аускультативная картина: громкий, хлопающий 1 тон на верхушке сердца, добавочный тон открытия митрального клапана (ритм перепел), акцент 2 тона над легочным стволом, диастолический шум на верхушке (пресистолический) без иррадиации, лучше выслушиваемый в вертикальном положении характерна для:

<variant>митрального стеноза

<variant>митральной недостаточности

<variant>аортальной недостаточности

<variant>аортального стеноза

<variant>недостаточности трехстворчатого клапана

<question>Больную 14 лет, беспокоят одышка при физической нагрузке, боли в области сердца, в межлопаточной области. В анамнезе ревматизм. Объективно: акроцианоз, границы сердца смещены вверх и вправо, 1 тон усилен, диастолический шум на верхушке, ритм «перепела», мерцательная аритмия. R-графия: контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса. ЭКГ: Р - mitrale , гипертрофия правого желудочка. Ваш диагноз:

<variant>стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

<variant>недостаточность аортального клапана

<variant>пролапс митрального клапана

<variant>недостаточность митрального клапана

<variant>стеноз устья аорты

<question>У пациента 13 лет, перенесшего две недели назад пневмонию, резко ухудшилось состояние: появились лихорадка до 38-39С, озноб, выраженный интоксикационный синдром, одышка, нарушение ритма сердца. Выявлены кардиомегалия, глухость тонов сердца, ослабление I тона и систолический шум на верхушке, ослабление II тона и диастолический шум на аорте, мерцательная аритмия, гепатоспленомегалия. Ожидаемые изменения на ЭхоКГ:

<variant>Недостаточность митрального и аортального клапанов с вегетациями на створках клапанов

<variant>Недостаточность митрального клапана

<variant>Митральный стеноз с вегетациями на створках клапана

<variant>Трикуспидальная недостаточность

<variant>Аортальный стеноз и митральная недостаточность с вегетациями на створках клапанов

<question>Наличие диастолического шума у мечевидного отростка встречается при:

<variant>трикуспидальном стенозе

<variant>аортальной недостаточности

<variant>трикуспидальной недостаточности

<variant>митральной недостаточности

<variant>недостаточности клапанов легочной артерии

<question>Мальчик 13 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на быструю утомляемость, одышку при незначительной физической нагрузке. При объективном

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 46 из 100

осмотре на лице отмечается цианотический румянец, верхушечный толчок смещен влево, при аускультации сердца определяется ослабление I тона, на верхушке сердца сразу за I тоном выслушивается систолический шум, который проводится в левую подмышечную область, также выслушивается патологический III тон. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка. Предварительный диагноз:

<variant>митральная недостаточность

<variant>митральный стеноз

<variant>аортальный стеноз

<variant>аортальная недостаточность

<variant>недостаточность трикуспидального клапана

<question>Больная 14 лет жалуется на одышку, слабость, сердцебиение, боли в области сердца при нагрузке. В анамнезе: год назад лечилась по поводу острой ревматической лихорадки. Объективно: границы сердца смещены влево и вверх, деятельность ритмичная, I тон на верхушке ослаблен, здесь же выслушивается систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Предварительный диагноз:

<variant>недостаточность митрального клапана

<variant>стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

<variant>стеноз клапана аорты

<variant>недостаточность аортального клапана

<variant>трикуспидальная недостаточность

<question>Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

<variant>недостаточности трехстворчатого клапана;

<variant>митрального стеноза;

<variant>митральной недостаточности;

<variant>стеноза устья аорты;

<variant>стеноза трехстворчатого клапана

<question>В диагностике инфекционного эндокардита решающую роль играет:

<variant>вегетация на клапанах при ЭхоКГ-исследовании

<variant>гепатомегалия

<variant>нарастание сердечной недостаточности

<variant>увеличение СОЭ

<variant>спленомегалия

<question>Подросток 13 лет, хронический тонзиллит, периодические артралгии, субфебрилитет, одышка при физической нагрузке, а при аускультации: трехчленный ритм на верхушке, громкий первый тон, диастолический шум на верхушке наиболее характерны для:

<variant>митрального стеноза

<variant>аортального стеноза

<variant>аортальной недостаточности

<variant>сочетанного митрального порока

<variant>митральной недостаточности

<question>Смещение границ сердца влево за счет гипертрофии правого желудочка, эпигастральная пульсация, истинная пульсация печени и положительный венный пульс, приглушение I тона, систолический шум у основания мечевидного отростка (симптом Ривьеро-Корвалло) наиболее характерны для:

<variant>трикуспидальной недостаточности

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 47 из 100

<variant>аортальной недостаточности

<variant>дефекта межжелудочковой перегородки

<variant>дефекта межпредсердной перегородки

<variant>митральной недостаточности

<question>13-летний больной направлен для обследования. Развивался нормально. над основанием сердца определяется грубый систолический шум с эпицентром во 2-м межреберье у правого края грудины, проводится на сонные артерии. Второй тон над аортой ослаблен. Пульс - 64 в минуту, ритмичный. АД плечевой артерии - 95/75 мм рт. ст., на бедренной артерии АД - 110/90 мм рт. ст. Ваш диагноз:

<variant>стеноз устья аорты

<variant>сочетанный порок сердца

<variant>коарктация аорты

<variant>дефект межжелудочковой перегородки

<variant>открытый артериальный проток

<question>У больного с подозрением на врожденный порок сердца при осмотре во II, III м/р пальпируется систолическое дрожание. II тон над легочной артерией ослаблен; вдоль левого края грудины систолический шум с максимумом звучания во II м/р. На ЭКГ - признаки гипертрофии правого желудочка. При рентгенологическом исследовании - умеренное увеличение правого желудочка, дуга легочной артерии выбухает, обеднение легочного рисунка. На ЭхоКГ: расширение полости правого желудочка. Скорость систолического потока на клапане легочной артерии 3,8 м/с, пиковый градиент давления по уравнению непрерывности 62 мм.рт.ст. Возможный порок:

<variant>Стеноз легочной артерии

<variant>Незаращение артериального протока

<variant>Дефект межпредсердной перегородки

<variant>Общий артериальный ствол

<variant>Стеноз аорты

<question>У девочки 14 лет на профосмотре выявлены усиление верхушечного толчка и «кошачье мурлыканье». Тоны сердца приглушены, систолический шум в пятой точке, ритм правильный. ЧСС-84 в мин. АД 100/70 мм рт.ст. Вероятный диагноз:

<variant>Стеноз устья аорты

<variant>Тетрадо Фалло

<variant>Открытый артериальный проток

<variant>Открытый атриовентрикулярный канал

<variant>Дефект межжелудочковой перегородки

<question>14 летний мальчик обратился к врачу общей практики с целью профилактического осмотра. Периодически отмечает дискомфорт, неопределенные боли в области сердца. Над сердцем систолический шум, I тон не изменен. ЭКГ: дистрофические изменения задней стенки левого желудочка и инверсия волны Т в отведениях III, aVF, V4-V6. В первую очередь больному необходимо провести

<variant>Допплер - Эхо-КГ

<variant>Рентгенографию грудной клетки

<variant>Холтеровское мониторирование

<variant>ЭКГ

<variant>ФКГ

<question>Одышка, приступы удушья, низкая толерантность к физической нагрузке,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 48 из 100

инфантилизм, задержка физического развития, систолический шум в сердце **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ** для:

<variant>врожденных пороков сердца

<variant>эмфиземы легких

<variant>бронхиальной астмы

<variant>приобретенных пороков сердца

<variant>врожденных аномалий бронхолегочной системы

<question>Если основной жалобой больного является резко выраженная одышка (при физической нагрузке, ортопноэ, приступы сердечной астмы), наибольшего эффекта можно ожидать от назначения:

<variant>Диуретиков

<variant>Антиагрегантов

<variant>Антикоагулянтов

<variant>Сердечных гликозидов

<variant>Иммуномодуляторов

<question>Ребенок 12 лет внезапно почувствовал боль в эпигастрии и в правом подреберье. Через несколько часов боль стала меньше. Объективно: язык сухой, живот втянут, мышцы брюшной стенки напряжены. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 120 уд./мин. Предположительный диагноз:

<variant>Язвенная болезнь, перфорация язвы 12 п.к.

<variant>хронический гастрит

<variant>Дискинезия желчевыводящих путей

<variant>Разрыв аневризмы брюшной аорты

<variant>Острая кишечная непроходимость

<question>Больной 12 лет на приеме у семейного врача с жалобами на периодическую рвоту кислым содержимым, отрыжку после приема пищи, дискомфорт в эпигастрии, вздутие живота. При пальпации выявлена болезненность в эпигастральной области. Исследование, которое необходимо провести больному:

<variant>Фиброгастродуоденоскопию

<variant>Анализ кала на скрытую кровь

<variant>Контрастную рентгеноскопию с барием

<variant>Ультразвуковое исследование

<variant>Исследование желудочного сока

<question>Больная жалуется на боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, усиливающиеся после приема жирной и острой пищи, на многократную, не приносящую облегчения рвоту. При пальпации болезненность в левом реберно - позвоночном углу, а также боль при поколачивании этой зоны ребром ладони (симптом хвоста). Ваш предварительный диагноз:

<variant>Хронический панкреатит, обострение

<variant>Хронический некалькулезный холецистит, обострение

<variant>Хронический калькулезный холецистит, обострение

<variant>Хронический активный гепатит, обострение

<variant>Хронический аутоиммунный гепатит, обострение

<question>Больной 12 лет жалуется на интенсивные боли в эпигастрии через 3 - 4 часа после еды, нередко «голодные» и ночные, успокаивающиеся после приема пищи, упорную изжогу, отрыжку кислым, часто рвоту кислым, приносящую облегчение, запоры.

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 49 из 100

Объективно: перкуторная и пальпаторная болезненность в эпигастрии справа. Анализ кала на скрытую кровь – положительный. Ваш предположительный диагноз:

<variant>язва луковицы двенадцатиперстной кишки

<variant>язва большой кривизны желудка

<variant>язва субкардиального отдела желудка

<variant>гастроэзофагеально - рефлюксная болезнь

<variant>стеноз привратника

<question>Больной, 13 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, с иррадиацией левое подреберье, тошноту и многократную рвоту без облегчения, обильный мазевидный стул. Из анамнеза: вышеописанные симптомы возникали и ранее, были связаны с приемом жирной пищи и алкоголя. Объективно: пониженного питания, положительные симптомы: "френикус-симптом" слева, Мейо-Робсона. Выберите наиболее вероятный диагноз:

<variant>хронический панкреатит, обострение

<variant>язвенная болезнь 12-перстной кишки, обострение

<variant>язвенная болезнь пилорического отдела желудка

<variant>аневризма брюшного отдела аорты

<variant>хронический неязвенный колит

<question>Мальчик 12 лет обратился в поликлинику с жалобами на длительные боли и чувство распираания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ - 30 мм/ч. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>хронический холецистит, обострение

<variant>язвенная болезнь желудка, обострение

<variant>хронический гепатит, обострение

<variant>хронический панкреатит, обострение

<variant>хронический гастрит, обострение

<question>Пациент, 11 лет предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, уменьшающиеся после приема молока, а также на почти постоянную изжогу. Болен около двух лет, не обследовался и не лечился. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>язвенная болезнь 12-перстной кишки

<variant>хронический гастрит «типа А»

<variant>хронический гастрит «типа В»

<variant>гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

<variant>язвенная болезнь желудка

<question>У больного 13 лет в копрограмме обнаружены слизь и кровь. Наиболее вероятно у данного больного поражение:

<variant>Толстого кишечника

<variant>Тонкого кишечника

<variant>Двенадцатиперстной кишки

<variant>Желудка

<variant>Пищевода

<question>Больной, 14 лет, страдает хроническим панкреатитом. Обратился к врачу общей практики с жалобами на похудание, диарею 3-4 раза в сутки, отрыжку, изжогу, тошноту, вздутие живота. Больному следует назначить:

<variant>креон, мезим-форте

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 50 из 100

<variant>ранитидин, тетрациклин

<variant>парацетамол

<variant>гепабене

<variant>эссенциале

<question>Больная 14 лет жалуется на изжогу и боли за грудиной, возникающие после приема пищи, при работе в наклон, ношении тугого пояса. По поводу болей за грудиной наблюдалась у кардиолога, принимала нитраты, однако улучшения не отмечает. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь

<variant>стенокардия покоя

<variant>прогрессирующая стенокардия

<variant>ахалазия кардии

<variant>дискинезия пищевода

<question>Для язвенной болезни 12 - ти перстной кишки характерны:

<variant>боли в эпигастральной области, возникающие натощак через 2 - 3 часа после приема пищи

<variant>тупая, давящая боль в эпигастральной области, усиливающаяся при приеме пищи.

<variant>схваткообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи

<variant>постоянная тупая боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи

<variant>давящие боли в левом подреберье, усиливающиеся после приема пищи и иррадиирующие в спину.

<question>Больной, 15 лет, жалуется на изжогу, боли возникающие через 1,5-3 часа после приема пищи, часто натощак и ночью. Боли проходят после приема пищи. При пальпации живота определяется болезненность в подложечной области и около пупка. У больного выражен астеновегетативный синдром. Пациент нуждается в стационарном лечении, потому что

<variant>у больного впервые выявленная язва 12-ти перстной кишки

<variant>у больного впервые выявленная язва желудка

<variant>у больного выраженный астеновегетативный синдром

<variant>у больного нет осложнения язвенной болезни

<variant>больному в стационаре проводится эндоскопическое исследование

<question>При гипомоторной, гипокинетической дискинезии желчевыводящих путей назначают:

<variant>мотилиум

<variant>платифиллин

<variant>метацин

<variant>нитроглицерин

<variant>бесалол

<question>Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

<variant>высокое содержание глюкозы в крови и моче

<variant>частые потери сознания

<variant>желтуха

<variant>увеличение печени

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 51 из 100

<variant>креаторея, стеаторея

<question>Признаки, характерные для нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите.

<variant>снижение массы тела, креаторея, стеаторея

<variant>частые потери сознания

<variant>желтуха

<variant>увеличение печени

<variant>высокое содержание глюкозы в крови и моче

<question>Больной, 13 лет страдает диареей на фоне энтероколита. Тактика лечения больного:

<variant>диета, антибиотики, адсорбенты

<variant>антибиотики, кортикостероиды, адсорбенты

<variant>регуляторы моторики, антибиотики, адсорбенты

<variant>диета, кортикостероиды, адсорбенты

<variant>диета, антибиотики, ферменты

<question>Ребенок 14 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на повышение температуры до 38С, боли в животе, жидкий стул до 8-10 раз в сутки с примесью крови и слизи. Заболел остро после острой респираторной вирусной инфекции. При осмотре живот умеренно вздут, болезненный в левой подвздошной области, там же пальпируется толстый кишечник в виде тяжа. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>неспецифический язвенный колит

<variant>болезнь Крона

<variant>острая дизентерия

<variant>рак прямой кишки

<variant>болезнь Уиппла

<question>У больной, 15 лет, периодически после эмоционального перенапряжения возникают схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся частым жидким стулом с большим количеством слизи, общая слабость, боли уменьшаются после отхождения кала и газов. При обследовании: пальпируются спазмированные отделы толстой кишки. При колоноскопии патологии не выявлено. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>синдром раздраженного кишечника

<variant>синдром бродильной диспепсии

<variant>дистальный колитический синдром

<variant>хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью

<variant>энтеропатия

<question>Мальчик 14 лет. Жалобы на стул с кровью, слизью, чаще ночью и утром. Умеренные боли в левом гипогастрии. Диагностическое значение для верификации диагноза имеет:

<variant>Ректороманоскопия

<variant>Физикальное исследование

<variant>Исследование кала на скрытую кровь

<variant>Биохимический анализ крови

<variant>Микробиологическое исследование кала

<question>Самым информативным методом обследования для подтверждения диагноза болезни Крона является:

<variant>колоноскопия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 52 из 100

<variant>обзорная рентгенография брюшной полости

<variant>иригоскопия

<variant>пальцевое исследование прямой кишки

<variant>лапороскопия

<question>У больного, в течение 7-8 дней появились признаки кишечной токсикоинфекции. При бактериологическом исследовании кала обнаружены признаки стафилококкового дисбактериоза. Больному необходимо назначить:

<variant>макролиды

<variant>тетрациклины

<variant>пенициллины

<variant>аминогликозиды

<variant>сульфаниламиды

<question>У больного с желтухой в анализах крови отмечается гипербилирубинемия за счет обеих фракций, увеличение АЛТ, АСТ, в моче билирубин и уробилин. Сделайте вывод о характере желтухи

<variant>печеночная желтуха

<variant>надпеченочная желтуха

<variant>подпеченочная желтуха

<variant>холестатическая желтуха

<variant>механическая желтуха

<question>У больного с лихорадкой, тяжелой ангиной с массивными налетами на миндалинах отмечается увеличение лимфатических узлов, гепатоспленомегалия, желтуха. Выберите предварительный диагноз

<variant>инфекционный мононуклеоз

<variant>лептоспироз

<variant>иерсиниоз

<variant>желтая лихорадка

<variant>описторхоз

<question>У больного предварительный диагноз: Обструкция желчевыводящих путей. Выберите наиболее информативное исследование для подтверждения диагноза

<variant>ретроградная холангиопанкреатография

<variant>ЭФГДС

<variant>УЗИ печени

<variant>ангиография печени

<variant>компьютерная томография печени

<question>Больной, 14 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на повышение температуры до 38С, слабость, головные боли, катаральные явления, ухудшение аппетита. Из анамнеза: 4 дня назад моча стала цвета «пива». Объективно: состояние средней степени тяжести, кожа и склеры умеренной желтушной окраски, чистые. Пульс 72 мин.

АД 100/60 мм РТ.ст., язык обложен сероватым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, пальпируется печень и селезенка. Стул обесцвечен, моча цвета «пива». Лабораторные данные: общий билирубин 64,0, прямой 52,0 мкмоль/л, непрямой 22,0 мкмоль/л, тимоловая проба 8,3. АЛТ 0,83мккат/л, АСТ 0,87 мккат/л. HBs< - >антиген отрицательный. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>Острый вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 53 из 100

<variant>Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма, легкое течение
 <variant>Острый вирусный гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести
 <variant>Хронический вирусный гепатит В, желтушная форма, среднетяжелое течение
 <variant>Хронический вирусный гепатит С, желтушная форма, средней степени тяжести
 <question>Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:
 <variant>высокое содержание глюкозы в крови и моче
 <variant>частые потери сознания
 <variant>желтуха
 <variant>увеличение печени
 <variant>креаторея, стеаторея
 <question>Больной 15 лет. Жалобы на выраженную общую слабость, желтуху, кожный зуд, бессонницу, апатичность, постоянные головные боли, тошноту. Из анамнеза: год назад была перелита кровь. При осмотре: печень увеличена, при пальпации болезненна. Пальпируется край селезенки. При исследовании: общий билирубин –145,1мкмоль/л, прямой 80,6мкмоль/л. Тимоловая проба –2,6 ед. АЛТ 0,85мккат/л, АСТ 0,95 мккат/л. HBsAg положительный. Ваш предполагаемый диагноз:
 <variant>Хронический гепатит В, желтушная форма, средней степени тяжести
 <variant>Острый вирусный гепатит В, безжелтушная форма средней степени тяжести
 <variant>Острый вирусный гепатит В, желтушная форма средней степени тяжести
 <variant>Острый вирусный гепатит А, желтушная форма средней степени тяжести
 <variant>Острый вирусный гепатит А, безжелтушная форма легкой степени тяжести
 <question>Ребенок 12 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, похудание, тошноту, горечь во рту, чувство тяжести в правом подреберье, периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, зуд кожи, кровоточивость дёсен, потемнение мочи, осветление кала. Объективно: гепатомегалия, желтуха, ксантомы на верхних веках. Верифицировать вариант патологии позволит:
 <variant>Определение серологических маркеров вирусной инфекции
 <variant>Биохимический анализ крови
 <variant>Биопсия печени
 <variant>УЗИ печени
 <variant>Радионуклидное сканирование
 <question>Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для
 <variant>печеночной желтухи
 <variant>подпеченочной желтухи
 <variant>надпеченочной желтухи
 <variant>застойной почки
 <variant>инфаркта почки
 <question>Больная 14 лет периодически замечала желтушность кожи. 3 месяца назад желтушность усилилась. При объективном исследовании пальпируется печень и селезенка. Анализ крови: Нв-81/л, Эр.2,9x10¹²/л, Л-8x10⁹/л, лейкоцитарная формула в норме. Ретикулоциты 24%, тромбоциты 182x10⁹/л. Осмотическая резистентность эритроцитов: начало 0,6% NaCl, конец - 0,4% NaCl. Билирубин крови 134 ммоль/л, прямой -12ммоль/л, железо -24 мкмоль/л. Наиболее вероятный диагноз:
 <variant>Гемолитическая анемия
 <variant>Фолиеводефицитная анемия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 54 из 100

<variant>Гипопластическая анемия

<variant>Железодефицитная анемия

<variant>В-12-дефицитная анемия

<question>Больной 13 лет жалуется на слабость, головокружение, сердцебиение, желтуху, потемнение мочи. У отца больного периодически появляется желтуха в течение 18 лет. Объективно: кожа желтушная, селезенка выступает на 4 см из-под реберного края. В крови: эр-3,0 млн. Нв-92 г/л ЦП-0,9 лейко-8,2 тыс. тромб-200 тыс. ретикулоциты-8% СОЭ-27 мм/ч Билирубин-60,8 мкмоль/л толщина эритроцитов-2,9 мкм, микросфероциты-35%. Вероятный диагноз:

<variant>болезнь Минковского-Шоффара

<variant>талассемия

<variant>аутоиммунная гемолитическая анемия

<variant>болезнь Маркиафавы-Микели

<variant>серповидноклеточная анемия

<question>Больной, 13 лет жалуется на резкую общую слабость, головокружение, одышку, повышение температуры тела 37-38⁰С. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки бледные, с лимонно-желтым оттенком. Тоны сердца ясные, тахикардия, систолический шум в области верхушки. Отмечается умеренная гепатоспленомегалия. Общий анализ крови: гемоглобин-55 г/л., эритроциты - 1,6x10¹²/л, ретикулоциты-15%, тромбоциты-180x10⁹/л, лейкоциты - 9,9x10⁹/л, скорость оседания эритроцитов-25мм/ч. Биохимический анализ крови – общий билирубин 41 мкмоль/л, прямой-4,9мкмоль/л, непрямой-37,1мкмоль/л, реакция Кумбса ++++. Для лечения «первой линии» наиболее эффективен:

<variant>Преднизолон

<variant>Амоксиклав

<variant>Гепадиф

<variant>Фолиевая кислота

<variant>Сорбифер дурулес

<question>Мальчик 12 лет, поступил в приемный покой с выраженной общей слабостью, одышкой, сердцебиением, ощущением «ватных» ног. Объективно: бледность кожи и слизистых с желтушным оттенком. В крови: гемоглобин -46 г/л, эритроциты – 1,3 x 10⁹/л, лейкоциты -2,3 x 10⁹/л, цветовой показатель – 1,1, СОЭ - 41 мм/час, базофилы – 1%, эозинофилы – 4%, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 65%, лимфоциты – 16%, моноциты – 8%, тромбоциты – 110 x 10⁹/л. В миелограмме: мегалобластический тип кроветворения. Наиболее информативное исследование:

<variant>Эндоскопия желудка

<variant>Рентгенография органов грудной клетки

<variant>УЗИ брюшной полости

<variant>Трепанобиопсия повздошной кости

<variant>ЭКГ

<question>Девочка 12 лет обратилась с жалобами на желтуху, общую слабость, сердцебиение, повышение температуры тела до 37,8С. При обследовании: умеренная спленомегалия, гемоглобин 52 г/л, ретикулоциты - 28%, общий билирубин 87 мкмоль/л, прямой билирубин 15 мкмоль/л, прямая проба Кумбса положительная. Следующим шагом в диагностике будет

<variant>Проба Кумбса

<variant>Коагулограмма

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 55 из 100

<variant>Тест Шиллинга

<variant>Стернальная пункция

<variant>Трепанобиопсия подвздошной кости

<question>Девочка 14 лет жалуется на желтушность кожных покровов и увеличение селезенки, в ОАК нормохромная анемия с ретикулоцитозом до 20%. Исследование, подтверждающее предполагаемый диагноз:

<variant>осмотическая и кислотная стойкость эритроцитов

<variant>содержание витамина В12 и фолиевой кислоты

<variant>электрофорез гемоглобина

<variant>электрофорез белков сыворотки крови

<variant>железо сыворотки крови

<question>Девочка 12 лет обратилась с жалобами на желтуху, общую слабость. При обследовании: умеренная спленомегалия, гемоглобин <variant> 60 г/л, ретикулоциты – 35%, общий билирубин 95 мкмоль/л, прямой билирубин 25 мкмоль/л, прямая проба Кумбса положительная. Наиболее целесообразная тактика:

<variant>Глюкокортикоиды

<variant>Витамин В12

<variant>Антибиотики

<variant>Препараты железа

<variant>Урсодезоксихолевая кислота

<question>Выберите синдромы, характерные для гемолитической желтухи

<variant>желтуха с лимонным оттенком, анемия, спленомегалия

<variant>желтуха с красноватым оттенком, гепатоспленомегалия

<variant>желтуха с зеленоватым оттенком, печеночная недостаточность

<variant>желтуха с лимонным оттенком, геморрагии, спленомегалия

<variant>желтуха с красноватым оттенком, боль в животе

<question>У больного с желтухой отмечается повышение билирубина в крови за счет непрямой фракции, небольшое увеличение уробилиногена. Сделайте вывод о характере желтухи

<variant>надпеченочная желтуха

<variant>печеночная желтуха

<variant>подпеченочная желтуха

<variant>холестатическая желтуха

<variant>механическая желтуха

<question>Изменения в периферической крови при гемолитической желтухе, указывающее на повышенную активность костного мозга

<variant>увеличение количества ретикулоцитов

<variant>уменьшение количества эритроцитов

<variant>уменьшение количества гемоглобина

<variant>увеличение количества лейкоцитов

<variant>увеличение количества тромбоцитов

<question>У больного с желтухой в крови обнаруживаются антитела, способные лизировать эритроциты. Ваш диагноз:

<variant>Гемолитическая анемия

<variant>Фолиеводефицитная анемия

<variant>Гипопластическая анемия

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 56 из 100

<variant>Железодефицитная анемия

<variant>В-12-дефицитная анемия

<question>У больного с желтухой отмечается повышенная устойчивость эритроцитов к гипотоническому раствору натрия хлорида, высокое содержание железа в кровяной сыворотке, гипохромная анемия, мишеневидная форма эритроцитов, фетальный гемоглобин 20%. Ваш диагноз

<variant>талассемия

<variant>серповидноклеточная анемия

<variant>микросфероцитоз

<variant>ферментопатия

<variant>пароксизмальная ночная гемоглобинурия

<question>У больного предварительный диагноз: Приобретенная (аутоиммунная) гемолитическая анемия. Выберите исследование для подтверждения диагноза :

<variant>проба Кумбса

<variant>проба Хайна

<variant>проба Манту

<variant>проба Райта-Хедельсона

<variant>проба Пирке

<question>У больного с желтухой отмечается повышение тонуса сфинктеров билиарной системы. Выберите препараты для лечения

<variant>спазмолитики

<variant>гепатопротекторы

<variant>ферменты

<variant>антибиотики

<variant>антациды

<question>Выберите анемию, связанную с нарушением синтеза порфиринов

<variant>анемия при интоксикации свинцом

<variant>анемия при дефиците витамина В1

<variant>анемия при дефиците фолиевой кислоты

<variant>анемия при дефиците витамина С

<variant>анемия при интоксикации ртутью

<question>Выберите механизм возникновения микросфероцитарной наследственной гемолитической анемии.

<variant>нарушение мембраны эритроцита

<variant>нарушение синтеза и утилизации ДНК

<variant>нарушение транспорта гемоглобина

<variant>угнетение пролиферации клеток костного мозга

<variant>нарушение процесса деления эритрокариоцитов

<question>Выберите клинические и лабораторные признаки внутриклеточного гемолиза

<variant>желтуха, снижение гаптоглобина

<variant>тромбозы, болевой синдром

<variant>инфаркт почек, сердца, брюшной полости

<variant>повышение гемоглобина, снижение гаптоглобина

<variant>гемоглобинурия, симптомы интоксикации

<question>У больного с анемией цветовой показатель 1,2. Ваш диагноз

<variant>В12-дефицитная анемия

<variant>железодефицитная анемия

<variant>апластическая анемия

<variant>гемолитическая анемия

<variant>сидероахрестическая анемия

13 – летний больной обратился к врачу с жалобами на периодическое носовое, десневое кровотечение, выраженную слабость, одышку, лихорадку. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, по всему телу отмечаются синяки, периферические лимфоузлы не увеличены. По остальным органам без особенностей. В анализе крови: Hb-60 г/л; эритроциты $-2,0 \times 10^{12}/л$; ЦП-0.9; лейкоциты $-1,5 \times 10^9/л$; тромбоциты $-20 \times 10^9/л$. В миелограмме: соотношение жирового костного мозга к действенному 90% : 10% в пользу жирового. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>апластическая анемия

<variant>острый эритромиелоз

<variant>острый миелолейкоз

<variant>хронический миелолейкоз

<variant>тромбоцитопеническая пурпура

<question>Жжение языка, диспепсические нарушения (снижение аппетита, тошнота), нарушение самочувствия, онемение рук и ног, парестезии встречается при

<variant>Витамин В-12 дефицитной анемии

<variant>Гемолитическая анемия

<variant>Анемия вследствие кровотечения

<variant>Апластической анемии

<variant>Железодефицитной анемии

Больной 15 лет обратился с жалобами по поводу болей в эпигастральной области с выраженным циркуляторно - гипоксическим синдромом. В анамнезе – язвенная болезнь желудка. Кожные покровы бледные. Анализ крови: Нв – 85 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,75, тромбоциты – $165,0 \times 10^9/л$, ретикулоциты – 0,5 %, билирубин – 15 мкмоль/л, сывороточное железо – 4,5 ммоль/л. Реакция Грегерсена положительна. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant>железодефицитная анемия

<variant>апластическая анемия

<variant>гемолитическая анемия

<variant>острая постгеморрагическая анемия

<variant>В12- дефицитная анемия

Вопрос Больная с железодефицитной анемией, последний гемоглобин 65 г/л.

Разработайте тактику дальнейшего ведения больной

<variant>экстренная госпитализация

<variant>плановая госпитализация

<variant>амбулаторное лечение

<variant>стационар на дому

<variant>дневной стационар

<question>Критерием эффективности лечения В-12 дефицитной анемии является:

<variant>ретикулоцитоз

<variant>нормализация числа лейкоцитов

<variant>снижение цветового показателя

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 58 из 100

<variant>прирост гемоглобина и числа эритроцитов

<variant>нормализация числа лейкоцитов и тромбоцитов

<question>У больной 14 лет последние 4 месяца десневые и носовые кровотечения, кожные геморрагии в области бедер. При осмотре: бледность кожи и видимых слизистых с легким желтушным оттенком, л/узлы не увеличены, печень, селезенка не пальпируются. В анализе крови: Нв-72 г/л, Эр-2,1x10¹²/л, L-2,0x10⁹/л, п-1%, с-40%, л-53%, м-6%, Тр-40x10⁹/л, СОЭ-48 мм/ч. Предполагаемый диагноз:

<variant>апластическая анемия

<variant>гемолитическая анемия

<variant>железодефицитная анемия

<variant>В12- дефицитная анемия

<variant>тромбоцитопеническая пурпура

<question>Наиболее характерный показатель для гипопластической (апластической) анемии:

<variant>уменьшение количества миелокариоцитов.

<variant>снижение цветового показателя

<variant>нейтрофилез в периферической крови

<variant>микросфероцитоз

<variant>увеличение количества миелокариоцитов.

<question>Первым объективным критерием эффективности терапии препаратами железа является:

<variant>ретикулоцитарный криз на 7-й день терапии

<variant>уменьшение общей слабости

<variant>увеличение уровня эритроцитов

<variant>уменьшение выраженности сидеропенического синдрома

<variant>прирост гемоглобина

<question>Характерная картина костного мозга при железодефицитной анемии:

<variant>уменьшение количества сидеробластов

<variant>преобладание лимфоцитов

<variant>уменьшение количества мегакариоцитов

<variant>мегалобластоз

<variant>миелоидная метаплазия

<question>Ребенку 5 месяцев. Заболел остро, высокая температура до – 38,9 С, чихание, отмечается одышка с удлинённым выдохом, цианоз носогубного треугольника. В легких аускультативно выслушиваются обильные мелкопузырчатые хрипы по всем полям.

Какая дальнейшая тактика врача наиболее верная?

<variant>срочная госпитализация

<variant>экстренная госпитализация

<variant>противовирусные препараты в амбулаторных условиях

<variant>назначение бронхолитиков

<variant>антибактериальная терапия в амбулаторных условиях

<question>Мальчик 7 лет, жалобы на влажный кашель, повышение температуры до 38,1°С. Состоит на «Д» учете с диагнозом рецидивирующий бронхит. Настоящее обострение началось 5 дней назад. Объективно состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые. В зеве легкая гиперемия. Носовое дыхание затруднено за счет отделяемого. В легких жесткое дыхание, удлинённый выдох, с обеих сторон сухие и крупнопузырчатые незвучные

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 59 из 100
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс	

влажные хрипы, изменяются при кашле. Какова наиболее правильная длительность диспансерного наблюдения?

<variant>2 года

<variant>1 год

<variant>2 года

<variant>5 лет

<variant>с учета не снимается

<question>Ребенок 6 месяцев. На приеме у врача общей практики. Жалобы на одышку, кашель. Объективно: бледные кожные покровы, цианоз носогубного треугольника, частота дыхания - 60 в минуту. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Какой наиболее используемый препарат в амбулаторных условиях для купирования обструкции?

<variant>сальбутамол

<variant>интал

<variant>ингаляционные глюкокортикостероиды

<variant>муколитики

<variant>теотарт

<question>Ребенок 7 месяцев. На дом вызвали врача общей практики. Мама жалуется на кашель, одышку, беспокойство, нарушение сна. Из анамнеза-на грудном вскармливании. Профилактические прививки по календарю. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. В зеве яркая гиперемия. Аускультативно в легких жесткое дыхание, разнокалиберные влажные «свистящие», «жужжащие» хрипы, частота дыхания - 60 в минуту. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Какая НАИБОЛЕЕ правильная дальнейшая тактика врача?

<variant>срочная госпитализация

<variant>госпитализация в плановом порядке

<variant>противовирусные препараты в амбулаторных условиях

<variant>назначение бронхолитиков

<variant>антибактериальная терапия в амбулаторных условиях

<question>Девочка 3 лет. Жалобы на одышку, кашель. Объективно: бледные кожные покровы, цианоз носогубного треугольника, частота дыхания - 50 в минуту. При осмотре: удлиненный выдох, одышка с втяжением межреберий и надключичных ямок, напряжением крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, в легких - жесткое дыхание, разнокалиберные влажные «жужжащие» хрипы. Сердечные тоны ясные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Какой способ введения симпатомиметиков является наиболее целесообразным?

<variant>ингаляционный

<variant>внутривенный

<variant>пероральный

<variant>сублингвальный

<variant>подкожный

<question>Ребенку 1 год. Со слов матери ребенок болен в течение суток. Заболевание началось с повышения температуры тела до 37.8 С, грубого, «лающего» кашля, осиплости голоса, одышки. При осмотре температура тела 37.6С, кожные покровы бледные, одышка инспираторного характера при беспокойстве. По внутренним органам без патологии.

Какому заболеванию соответствует характер кашля?

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 60 из 100

<variant>ларингиту

<variant>бронхиту

<variant>фарингиту

<variant>трахеиту

<variant>пневмонии

<question>У мальчика 3-х лет вечером появились следующие симптомы: повышение температуры до 37.7С, осиплость голоса, «лающий кашель», вялость, затрудненное дыхание в виде в виде стеноза при беспокойстве. По внутренним органам без патологии. Какой из симптомов наиболее важен в оценке тяжести состояния?

<variant>затрудненное дыхание

<variant>осиплость голоса

<variant>«лающий кашель»

<variant>вялость

<variant>субфебрильная температура

<question>Ребенок 3-х лет. Участковый врач посетил ребенка на дому. Жалобы на повышение температуры до 37.8С, осиплость голоса, грубый «лающий» кашель, затрудненное дыхание. При осмотре: состояние среднетяжелое, самочувствие страдает умеренно. В зеве –слабая гиперемия, мелкая зернистость задней стенки глотки. При физическом напряжении вдох становится шумным, удлинненным. В покое дыхание свободное. Признаков дыхательной недостаточности нет. Какой диагноз наиболее вероятен?

<variant>Острая респираторная вирусная инфекция, стеноз гортани I степени

<variant>Острая респираторная вирусная инфекция стеноз гортани II степени

<variant>Острая респираторная вирусная инфекция, стеноз гортани I, II степени

<variant>Острая респираторная вирусная инфекция стеноз гортани III степени

<variant>Острая респираторная вирусная инфекция, стеноз гортани IV степени

<question>Ребенок 4-х лет. Заболевание началось внезапно с подъема температуры тела до 37.6С, осиплости голоса, грубого «лающего» кашля и затрудненного дыхания. При осмотре состояние тяжелое, самочувствие страдает. Ребенок беспокоен, возбужден. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Дыхание шумное с втяжением вспомогательной мускулатуры в покое. Тахикардия. Какой диагноз наиболее вероятен?

<variant>Острая респираторная вирусная инфекция, стеноз гортани II степени

<variant>Острая респираторная вирусная инфекция, стеноз гортани I степени

<variant>Острая респираторная вирусная инфекция, стеноз гортани I, II степени

<variant>Острая респираторная вирусная инфекция, стеноз гортани III степени

<variant>Острая респираторная вирусная инфекция, стеноз гортани IV степени

<question>Ребенку 2 года. Болеет 2-день, начало болезни острое с подъема температуры тела до 38С, «лающего» кашля, осиплости голоса. Объективно: Ребенок беспокойный. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Одышка инспираторного характера в покое, с втяжением межреберных промежутков и эпигастральной области. Сердечный ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Какая наиболее вероятная степень стеноза гортани?

<variant>стеноз гортани II степени

<variant>стеноз гортани I степени

<variant>стеноз гортани I, II степени

<variant>стеноз гортани III степени

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 61 из 100

<variant>стеноз гортани IV степени

<question>Ребенок 10 мес. Болеет 1-ый день, начало болезни острое с подъема температуры до 37.7С, затрудненного дыхания, грубого «лающего» кашля, осиплости голоса. Объективно: кожные покровы бледные. Одышка инспираторного характера при беспокойстве. По внутренним органам без патологии. Что является наиболее вероятной причиной заболевания?

<variant>парамиксовирусы

<variant>стрептококк

<variant>стафилакокк

<variant>пневмококк

<variant>гемофильная палочка

<question>На приеме у врача общей практики ребенок 5 лет. Болеет 2-ой день, отмечает подъем температуры тела до 38С, заложенность носа. При осмотре: симптомы интоксикации выражены умеренно. Температура тела 37.4С, кашель влажный «лающий», голос хриплый, осиплый. Дыхание свободное, одышки нет. В зеве легкая гиперемия. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Сог-тоны ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Какой наиболее вероятный диагноз?

<variant>ларингит

<variant>бронхит

<variant>синусит

<variant>фарингит

<variant>эпиглоттит

<question>Ребенок 3-х лет. Заболевание началось внезапно с осиплости голоса, грубого «лающего» кашля и одышки. При осмотре состояние тяжелое, самочувствие страдает. Ребенок беспокоен, возбужден. Дыхание шумное с втяжением вспомогательной мускулатуры в покое. Температура тела 37.6С. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Тахикардия. С какими заболеваниями наиболее целесообразно проводить дифференциальную диагностику?

<variant>инородное тело

<variant>дифтерия

<variant>коклюш

<variant>бронхит

<variant>фарингит

<question>Девочка 3-х лет. Получала амбулаторное лечение по поводу Острая респираторная вирусная инфекция. На 2-ой день в динамике появились влажный «лающий» кашель, осиплость голоса, беспокойство. При осмотре: самочувствие не страдает. Голос хриплый, осиплый. Дыхание свободное, одышки нет. В зеве легкая гиперемия. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Сог тоны ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Какой диагноз наиболее вероятен?

<variant>ларингит

<variant>бронхит

<variant>фарингит

<variant>инородное тело

<variant>пневмония

<question>Ребенок 3-х лет. Жалобы на повышения температуры тела до 38.5С, снижение аппетита, кашель, отделяемое из носа. Из анамнеза: заболела после длительной прогулки в

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 62 из 100

прохладную погоду вечером. Объективно: вялый, капризный, кашель грубый, «лающий», обильный насморк, осиплость голоса. Ночью состояние ухудшилось, присоединилось умеренно выраженная инспираторная одышка с втяжением яремной ямки, Частота дыхания-40 в мин. Над легкими легочный звук, жесткое дыхание.

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

<variant>острый ларинготрахеит, стеноз гортани

<variant>острый ларингит

<variant>острый назофарингит

<variant>обструктивный бронхит

<variant>острый бронхит

<question>Ребенок 4-х лет, врач общей практики посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача скорой неотложной помощи. Жалобы на головную боль, выделения из носа, кашель, подъем температуры тела до 38С, затрудненное дыхание. При осмотре: температура тела до 37.8С. Ребенок беспокойный. Кашель грубый, «лающий». Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Одышка инспираторного характера в покое, с втяжением межреберных промежутков и эпигастральной области.

С какими заболеваниями наиболее целесообразно проводить дифференциальную диагностику по программе ИВБДВ?

<variant>стеноз гортани II степени

<variant>эпиглоттит

<variant>обструктивный бронхит

<variant>стеноз гортани III степени

<variant>инородное тело

<question>Девочка 9-месяцев. Жалобы мамы на повышение температуры до 38,1°С, беспокойство, затруднение дыхания, Из anamnesismorbi: Заболевание началось 3 дня назад с редкого сухого кашля. Лечение не принимали. Состояние в динамике ухудшилось. На момент осмотра: затрудненный шумный выдох, цианоз носогубного треугольника, влажный кашель, одышка, в легких - легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно- жесткое дыхание, сухие свистящие и среднепузырчатые влажные хрипы на вдохе, частота дыхания 59 в 1 мин. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

<variant>острый обструктивный бронхит

<variant>острый трахеит

<variant>острый бронхит

<variant>острая пневмония

<variant>острый бронхиолит

<question>Девочка 2 лет. Жалобы на повышение температуры до 38,0°С, заложенность носа, кашель, снижение аппетита. Болеет в течение 2-х дней. Из анамнеза жизни: родилась в срок, с нормальным весом и ростом. До 1 года была на грудном вскармливании. Растет и развивается соответственно возрасту. Проф.прививки в срок. При осмотре: сохраняется субфебрилитет, частый продуктивный кашель. Частота дыхания 36 в 1 мин. Носовое дыхание затруднено за счет слизистого отделяемого. В легких - перкуторный звук не изменен, рассеянные среднепузырчатые влажные хрипы. Сердечный ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

<variant>острый бронхит

<variant>острая пневмония

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 63 из 100

<variant>острый ларингит

<variant>острый трахеобронхит

<variant>острый обструктивный бронхит

<question>Девочка 6 лет. Заболевание началось остро с катаральных явлений, повышения температуры до 37,5С, редкий кашель. Самостоятельно ребенку давали лазолван, ибупрофен без положительной динамики. На 4-й день болезни отмечается ухудшение состояния, повышение температуры до 38,5С, влажный кашель. На момент осмотра самочувствие несколько нарушено. Симптомы интоксикации. В легких дыхание жесткое, сухие, а затем среднепузырчатые хрипы на вдохе и в начале выдоха. Хрипы рассеянные, симметричные, исчезают после кашля. Перкуторно ясный легочный звук, с коробочным оттенком. В сердце шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез не нарушены. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

<variant>пневмония

<variant>туберкулез

<variant>бронхиальная астма

<variant>хронический облитерирующий бронхиолит

<variant>аденовирусная инфекция

<question>В поликлинику обратилась мама с девочкой 4-х лет, с жалобами на кашель, одышку, беспокойство, повышение температуры тела до 38,0 С. Болен 3- день. Из анамнеза: в возрасте 11 месяцев перенес корь, осложнившуюся пневмонией. В течение последующих 2-х лет 2 раза перенес пневмонию. При осмотре: дистанционные хрипы, одышка с втяжением межреберных промежутков, цианоз носогубного треугольника, Частота дыхания- 58 в 1 мин, в легких - сухие и влажные мелко - и средне-пузырчатые хрипы. На R-грамме: повышение прозрачности легочной ткани. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

<variant>хронический облитерирующий бронхиолит

<variant>бронхиальная астма

<variant>хронический бронхит

<variant>хроническая пневмония

<variant>затяжная пневмония

<question>Ребенок 11 лет, пришел на прием с жалобами на повышение температуры тела до 38,2°С, кашель. В анамнезе: в течение 3 лет периодически отмечается упорный (более 2 месяцев) кашель с выделением мокроты с обострением до 3-х раз в год, отмечают кратковременное улучшение. Данное обострение началось 8 дней назад с t - 37,8°С, с насморка, кашля. В динамике безулучшения. На момент осмотра: малопродуктивный кашель с выделением гнойной мокроты, в зеве – умеренная гиперемия, в легких - жесткое дыхание, сухие и среднепузырчатые влажные хрипы. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

<variant>хронический бронхит

<variant>хронический облитерирующий бронхиолит

<variant>хроническая пневмония

<variant>бронхиальная астма

<variant>затяжная пневмония

<question>Девочка 9 лет, заболела остро. Отмечаются головная боль, слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. При осмотре: сухой кашель, затруднение носового дыхания, Частота дыхания-22 в мин. Аускультативно в легких жесткое дыхание,

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 64 из 100

рассеянные сухие и среднепузырчатые влажные хрипы. После откашливания хрипы практически исчезают. Перкуторно-ясный легочный звук. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий. Стул и диурез в норме. Выставлен предварительный диагноз: острый бронхит. С какими заболеваниями наиболее целесообразно проводить дифференциальную диагностику?

<variant>пневмония

<variant>бронхиальная астма

<variant>ларингит

<variant>аденовирусная инфекция

<variant>парагрипп

<question>Ребенок 3 лет. Родители обратились к врачу общей практики с жалобами на длительный кашель после перенесенной Острой респираторной вирусной инфекции. На момент осмотра: состояние средней тяжести. Бледность кожных покровов. Т-37.2 С. затрудненный шумный выдох, влажный кашель, в легких - легочный звук с коробочным оттенком, жесткое дыхание, сухие свистящие и среднепузырчатые влажные хрипы на вдохе, Частота дыхания 46 в 1 мин. Выставлен предварительный диагноз: о.обструктивный бронхит. С какими заболеваниями наиболее целесообразно проводить дифференциальную диагностику?

<variant>бронхиальная астма

<variant>стенозирующий ларингит

<variant>муковисцидоз

<variant>инородное тело

<variant>пневмония

<question>Девочке 10 лет. Заболела остро после переохлаждения, отмечался подъем температуры до 39 С, появился сухой болезненный кашель. При осмотре: Кожные покровы чистые, бледные. В зеве легкая гиперемия. Перкуторно ясный легочный звук. В легких аускультативно жесткое дыхание, рассеянные симметричные сухие и среднепузырчатые влажные хрипы. Частота дыхания -22 в мин. Тоны сердца ритмичные.

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

<variant>острый бронхит

<variant>хронический бронхит

<variant>пневмония

<variant>острый трахеобронхит

<variant>острый обструктивный бронхит

<question>В поликлинику обратилась мама с ребенком 7 месяцев. У ребенка на фоне Острой респираторной вирусной инфекции на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37.8С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. В зеве умеренная гиперемия, носовое дыхание затруднено за счет отделяемого. При аускультации-удлиненный выдох, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон. Частота дыхания -60 в мин. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

<variant>бронхиолит

<variant>бронхиальная астма

<variant>рецидивирующий бронхит

<variant>пневмония

<variant>плеврит

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 65 из 100

<question>Мальчик 5 месяцев. Родители обратились в поликлинику с жалобами на кашель, повышение температуры до 38.6 С. Объективно: дыхание шумное, слышно на расстоянии. Частота дыхания -70 в мин. Над легкими тимпанит. Аускультативно-удлинение и затруднение выдоха. Влажные мелкопузырчатые хрипы по всем полям. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

- <variant>острый бронхиолит
- <variant>острая пневмония
- <variant>острый бронхит с обструктивным синдромом
- <variant>плеврит
- <variant>острый бронхит

<question>Ребенок 3,5 лет. Жалобы на слабость, потерю аппетита, жажду, нередко рвоту, полиурию. Объективно: Кожные покровы чистые, бледные. Отмечается задержка роста и нервно-психического развития, мышечный гипотонус. Дефицит массы тела составляет 12 %. Часто болеет. Искривление трубчатых костей-вальгусная деформация нижних конечностей. Не может самостоятельно ходить. Частые переломы. Врач подозревает синдром Дебре-де Тони-Фанкони. Какие изменения в моче наиболее характерны?

- <variant>гиперфосфатурия, глюкозурия, фосфатурия, гипераминоацидурия
- <variant>гематурия, протеинурия
- <variant>лейкоцитурия, бактериурия
- <variant>нейтрофильная лейкоцитурия, микрогематурия
- <variant>гиперкальциурия, гипофосфатурия, глюкозурия

<question>На приеме у врача общей практики ребенок 3 месяцев. От 5 беременности, протекавшей на фоне анемии, роды 5 срочные. Родился недоношенным, с весом 2000 г., ростом 44 см. С рождения на искусственном вскармливании. Жалобы мамы на потливость при кормлении и во время сна. Объективно: кожные покровы бледные. Отмечается лунообразная облысение затылка. Вялость, дряблость мышц. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?

- <variant>рахит, начальный период
- <variant>рахит, период разгара
- <variant>рахит, период реконвалесценции
- <variant>хондропатия
- <variant>гипотиреоз

<question>На профилактическом приеме у врача общей практики ребенок 4 мес. Со слов мамы, жалобы на потливость, плохой сон, вздрагивание во сне. Из анамнеза: ребенок от первой беременности и первых родов, родился в срок, с нормальным весом. На грудном вскармливании. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледноватые. На волосистой части головы облысение затылка. Большой родничок 2,5х2,5см. Отмечается выраженная потливость волосистой части головы. Мышечная гипотония. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?

- <variant>вит Д дефицитный рахит, ранний период
- <variant>псевдодефицитный гипокальциемический рахит
- <variant>вит Д-резистентный рахит
- <variant>вторичный рахит
- <variant>глюкозоаминофосфатный диабет

<question>Ребенку 6 месяцев, находится на искусственном вскармливании. С 4 месяцев введена манная каша. Фруктовые соки и овощное пюре не получал. Прибавка в весе

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 66 из 100

неравномерная. Профилактика рахита не проводилась. Дважды ребенок перенес острую респираторную вирусную инфекцию. Выражены лобные и теменные бугры, краниотабес. Большой родничок- 3,0х3,5 см, края мягкие, податливые, затылок уплощен, облысевший. Липкий пот с кислым запахом. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, края развернуты, на ребрах «четки». Мышечная гипотония. Биохимический анализ крови: Са– 1,5 ммоль/л, Р-0,7 ммоль/л, щелочная фосфатаза–3,1 ммоль/л.Какой диагноз наиболее вероятен?

<variant>рахит II, период разгара, острое течение

<variant>рахит III,период разгара, рецидивирующее течение

<variant>рахит III,период разгара, подострое течение

<variant>рахит I,начальный период, острое течение

<variant>рахит II,период разгара, подострое течение

<question>Ребенку 4 года, часто болеет острой респираторной вирусной инфекцией. Жалобы со слов мамы на плохой аппетит, отдышку, шум в ушах, мелькание «мошек» перед глазами, плохо запоминает стихи, быстро утомляется, не переносит душных помещений. Объективно: бледность и сухость кожных покровов, истончение и ломкость ногтей и волос. Сосочки языка умеренно атрофированы. Тоны сердца приглушены. В общем анализе крови: эр– $2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин–76г/л, цветной показатель–0,8, ретикулоциты – 3,5%, лейкоциты – $8,7 \times 10^9/л$, эозинофилы – 5%, палочкояд – 3%, сегментояд-41%, лимфоциты – 43%, моноциты – 6%, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++, полихромазия, скорость оседания эритроцитов- 9 мм/час.Какой из диагнозов наиболее вероятен?

<variant>железодефицитная анемия, II степени, среднетяжелая форма

<variant>белководефицитная анемия

<variant>витамин В₁₂ – дефицитная анемия

<variant>острый лейкоз, лимфобластный вариант

<variant>гипопластическая анемия, врожденная форма без аномалий развития

<question>Девочке 9 месяцев. Жалобы со слов мамы на снижение аппетита, вялость, бледность кожи. С 3 месяцев на искусственном вскармливании, с 5 месяцев вскармливается преимущественно кашами, соки не получала. В общем анализе крови: эритроциты- $2,7 \times 10^{12}/л$, Hb- 75 г/л, цветной показатель- 0,6, ретикулоциты – 2,8%, лейко- $14 \times 10^9/л$, с/я-28%, п/я-2%, лимфоциты-56%, моноциты-7%, эозинофилы-1%.Какой из диагнозов наиболее вероятен?

<variant>железодефицитная анемия

<variant>гипопластическая анемия

<variant>белководефицитная анемия

<variant>гемолитическая анемия

<variant>витаминодефицитная анемия

<question>Мальчик 1 год. Жалобы со слов мамы на снижение аппетита, вялость. Объективно: кожные покровы бледные и сухие. С 2 месяцев на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью, с 5 месяцев в качестве прикорма введена каша, соки и пюре не получал. В общем анализе крови: эритроциты- $2,6 \times 10^{12}/л$, Hb- 81 г/л, цветной показатель- 0,6, ретикулоциты–2,8%, лейко- $13 \times 10^9/л$, сегментоядерные-29%, палочкоядерные-2%, лимфоциты- 56%, моноциты- 8%, эозинофилы-1%. Какой наиболее вероятный диагноз?

<variant>Железодефицитная анемия

<variant>Витаминодефицитная анемия

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 67 из 100

<variant>Белководефицитнаяанемия

<variant>Апластическая анемия

<variant>Гемолитическая анемия

<question>Мальчик 1 год. Жалобы со слов мамы на снижение аппетита, вялость. Объективно: кожные покровы бледные и сухие. С 2 месяцев на искусственном вскармливании адаптированной молочной смесью, с 5 месяцев в качестве прикорма введена каша, соки и пюре не получал. В общем анализе крови: эритроциты- $2,6 \times 10^{12}/л$, Hb - 81 г/л, цветной показатель- 0,6, ретикулоциты-2,8%, лейко- $13 \times 10^9/л$, сегментоядерные-29%, палочкоядерные-2%, лимфоциты- 56%, моноциты- 8%, эозинофилы-1%.Какой уровень Hb наиболее вероятен при анемии?

<variant>110 г/л

<variant>120 г/л

<variant>130 г/л

<variant>115 г/л

<variant>125 г/л

<question>Девочке 8 месяцев. Жалобы со слов мамы на снижение аппетита, вялость, бледность кожи. С 2 месяцев на искусственном вскармливании, с 5 месяцев вскармливается преимущественно кашами, соки не получала. Состоит на «Д» учете с диагнозом: Железодефицитная анемия, IIстепень, средне тяжелая форма. В общем анализе крови: эритроциты- $2,7 \times 10^{12}/л$, Hb- 75 г/л, цветной показатель- 0,6, ретикулоциты – 2,8%, лейко- $14 \times 10^9/л$, сегментояд- 28%, палочкояд-2%, лимфоциты-56%, моноциты-7%, эозинофилы-1%. Участковый врач решает вопрос по профилактическим прививкам. Когда проводят профилактические прививки при железодефицитной анемии?

<variant>при легкой степени заболевания

<variant>по календарному плану

<variant>на фоне антигистаминной терапии

<variant>при тяжелой степени заболевания

<variant>на фоне антибактериальной терапии

<question>На приеме ребенок 4-лет. Жалобы на быструю утомляемость, плохой аппетит, сонливость. Из анамнеза: ребенок первый, родился в срок, с нормальным весом. Состоит на Д учете у окулиста с диагнозом миопия слабой степени. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту.Объективно: кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные, на ощупь сухие. Частые стоматиты. По органам без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Склонность к запорам. Диурез в норме. Выставлен предварительный диагноз железодефицитная анемия. Какой наиболее главный диагностический критерий железодефицитной анемии?

<variant>снижение концентрации сывороточного железа

<variant>снижение количества эритроцитов

<variant>бледность кожи и слизистых оболочек

<variant>снижение уровня гемоглобина в единице объема крови

<variant>снижение концентрации гемоглобина в одном эритроците

<question>Мальчик 9 лет. Жалобы на повышенную утомляемость, возбудимость, раздражительность, снижение аппетита, головные боли. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечается сухость, шелушение кожи, дистрофические изменения ногтей. «Заеды» вокруг рта. Тенденция к артериальной гипотонии. Тахикардия. Функциональный систолический шум на верхушке.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 68 из 100

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, живот мягкий, без болезненный. Какой показатель наиболее вероятный в диагностике данного заболевания?

<variant>снижение уровня ферретина в сыворотке крови

<variant>снижение тромбоцитов

<variant>снижение общей железосвязывающей способности сыворотки крови

<variant>нормальный уровень гемоглобина

<variant>повышения уровня ферритина в сыворотке крови

<question>Девочка 1 года. Жалобы со слов мамы на быструю утомляемость, снижение аппетита. Извращение вкуса - ест глину. Объективно: кожные покровы бледные и сухие, в углах рта заеды. Аускультативно – систолический шум на верхушке сердца. В общем анализе крови: эритроц.- $2,6 \times 10^{12}/л$, НВ-81г/л, цветной показатель-0,7, ретикулоциты-2,8%, лейкоц.- $11 \times 10^9/л$, сегментоядерные- 28%, палочкоядерные- 2%, лимфоциты- 56%, моноциты- 8%, эозинофилы-2%, скорость оседания эритроцитов- 6 мм/час. Какой из диагнозов наиболее вероятен?

<variant>железодефицитная анемия

<variant>анемия Минковского-Шоффара

<variant>анемия Фанкони

<variant>гемолитическая анемия

<variant>мегалобластная анемия

<question>Ребенок 3 мес, родился в срок, с весом 3400гр, ростом 52см. Выписан на 3-сутки. На грудном вскармливании. На момент осмотра: ребенок беспокойный, пугливый. Сосет хорошо, не срыгивает. Сон нарушен, со слов мамы, часто вздрагивает, особенно при засыпании. Кожные покровы чистые, очень влажные, усиливается поливостовое и кормлении, сильно потеет волосистая часть головы. Отмечается облысение затылка. По органам без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?

<variant>рахит, начальный период

<variant>рахит, период разгара

<variant>рахит, период реконвалесценции

<variant>фосфат-диабет

<variant>синдром Дебре-де Тони-Фанкони

<question>В поликлинике на приеме у врача общей практики ребенок 5 мес. Из анамнеза: родился в срок, с весом 2950 гр, ростом 51см. Состоит на «Д» у невропатолога с диагнозом перинатальная энцефалопатия. Мед.отвод от проф. прививок. При осмотре: большой родничок $3,0 \times 3,5$ см, не выбухает, мягкий. Выступают теменные, лобные бугры. Окружность головы увеличена. Повышенная потливость волосистой части головы, спины. Передняя часть грудной клетки вместе с грудиной несколько выпячивается вперед. Отмечается утолщение на границе костной и хрящевой части ребер. Мышечная гипотония. Живот вздут. Склонность к запорам. Какое обследование необходимо провести в диагностике заболевания?

<variant>активность щелочной фосфотазы

<variant>биохимический анализ крови, билирубин, АСТ, АЛТ

<variant>общий анализ крови

<variant>общий анализ мочи

<variant>рентгенограмма костей

<question>Ребенок 5 мес, на плановом профилактическом осмотре жалобы на потливость,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 69 из 100

беспокойство, частые вздрагивания, облысение затылка. Из анамнеза: родился в срок, с нормальным весом. Объективно: Сильно потеет. Затылок уплощен, отмечается асимметрия головы. Отчетливо выступают лобные и теменные бугры, сильно выступает лоб. Грудная клетка с боков сдавлена, нижняя апертура несколько развернута. На боковых поверхностях по линии прикрепления диафрагмы гариссонова борозда. Подкожно-жировая клетчатка умеренно истончена. Мышечный тонус умеренно снижен. Какое исследование необходимо назначить для диагностики заболевания?

<variant>уровень кальция и фосфора в крови

<variant>общий анализ мочи

<variant>уровень общего белка и белковых фракций

<variant>рентгенография органов грудной клетки

<variant>компьютерная томография органов грудной клетки

<question>Ребенок 1,5 месяца, жалобы на беспокойство, потливость. Ребёнок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза во 2 триместре, мать во время беременности поливитаминные препараты не принимала, роды 1 срочные. Вес при рождении 3300 г., длина 50 см., оценка по Апгар 8/9 баллов. Ребенок родился в сентябре. На искусственном вскармливании (адаптированные молочные смеси). При осмотре отмечается гнейс, облысение затылочной области. По внутренним органам без изменений. Какой наиболее вероятный предварительный диагноз?

<variant>рахит

<variant>железодефицитная анемия

<variant>гипотрофия

<variant>спазмофилия

<variant>витамин Д-резистентный рахит

<question>Девочке 7 месяцев. Ее кормят грудью согласно требованию, 5 раз в день и 1 раз ночью. Ребенку дают чай, манную, рисовую, овсяную каши со сливочным маслом, желток. Мама решила давать чай. Почему ребенку нельзя давать чай?

<variant>Есть риск развития анемии

<variant>Есть риск развития гипотрофии

<variant>Есть риск развития кишечной инфекции

<variant>Есть риск развития паратрофии

<variant>Есть риск развития дистрофии

<question>Ребенку 2 года, масса тела - 16 кг. Часто болеет респираторными заболеваниями. Вялый, апатичный, пастозный. Эластичность кожи, тургор мягких тканей снижены, мускулатура развита слабо. Увеличены все группы периферических лимфатических узлов до III-IV степени, не спаяны между собой и подлежащими тканями. Дыхание через нос затруднено, миндалины гипертрофированы. Рентгенограмма грудной клетки – капельное сердце, тимомегалия. В анализе крови: Нв-120 г/л, Эр- $4,2 \times 10^{12}/л$, Л- $6,4 \times 10^9/л$, п-22%, с/я-25%, лимф-62%, мон-10%. О каком диагнозе можно думать:

<variant>лимфатико-гипопластический диатез

<variant>аллергический диатез

<variant>нервно-артритический диатез

<variant>эктссудативно-катаральный диатез

<variant>хронический тонзиллит

<question>Ребенок 2,5 месяца, находится на смешанном вскармливании. При осмотре отмечается краснота в паховых областях, на шее, в подмышечных впадинах. На щеках

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 70 из 100

гиперемия, отечность, трещины, молочные корки, ребенок беспокоен, сон тревожный.

Поставьте предварительный диагноз:

<variant>экссудативно-катаральный диатез

<variant>аллергический дерматит

<variant>лимфатико-гипопластический диатез

<variant>опрелость

<variant>стрептодермия

<question>Ребенку 7 месяцев. С рождения на естественном вскармливании.

Жалобы на беспокойство, потливость, плохой сон. Объективно: отсутствие зубов, отмечаются увеличенные лобные и теменные бугры, рахитические четки, распластанным живот, расширенная нижняя апертура грудной клетки, край печени выступает на 3 см из-под реберной дуги, пальпируется край селезенки. В сыворотке крови: Са - 1,7 мм/л, Р 1.12мм/л. Ваш диагноз?

<variant>Рахит II, период разгара, подострое течение

<variant>Рахит I, период разгара, подострое течение

<variant>Рахит I, период разгара, острое течение.

<variant>Гипервитаминоз «Д»

<variant>Рахит III, период разгара, подострое течение

<question>Ребенок 3 месяцев, мама обратилась с жалобами на одышку при кормлении, плохую прибавку в массе тела. При обследовании границы сердца расширены вправо, II тон над легочной артерией ослаблен, вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум с максимумом во II-III м/р. R-графия сердца в форме «сапожка», дуга легочной артерии западает ЭКГ-гипертрофия правого желудочка. Что из перечисленного является показанием для неотложной (паллиативной) операции?

<variant>нарастание тяжелой дистрофии и анемизации

<variant>частые бронхиты и пневмонии

<variant>наличие сердечной недостаточности I ст

<variant>периодически гипоксемические приступы

<variant>одышка и тахикардия в покое, купирующаяся консервативной терапией

<question>У ребенка в возрасте 1г. 3мес. жалобы на переваливающуюся «утиную» походку. При осмотре девочки состояние удовлетворительное, умеренно выражены лобные и теменные бугры, реберные «четки», выражено О-образное искривление голеней.

Мышечный тонус удовлетворительный. Со стороны сердца и легких патологии нет, паренхиматозные органы не увеличены. О какой патологии следует думать?

<variant>рахит, витамин D-дефицитный

<variant>фосфат-диабет

<variant>хондродистрофия

<variant>витамин D-независимый

<variant>дисплазия тазобедренных суставов

<question>Ребенок 10 лет, предъявляет жалобы на периодические приступы затрудненного дыхания. Из анамнеза: приступы затрудненного дыхания беспокоят в течение последних 1,5 лет, 3-4 раза в год, купируются самостоятельно, ночные приступы отсутствуют. В анамнезе атопический дерматит. При объективном осмотре и рентгенологическом исследовании органов грудной патологии не обнаружено. По данным спирографии ПСВ-85%. Поставьте диагноз:

<variant>Интермиттирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 71 из 100

<variant>Интерметирующая бронхиальная астма, средней степени тяжести

<variant>Персистирующая бронхиальная астма легкой степени тяжести

<variant>Персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести

<variant>Персистирующая бронхиальная астма, тяжелой степени тяжести

<question>Ребенок 12 мес, отмечается выраженный токсикоз, одышка смешанного характера, температура 38°C. При перкуссии определяется притупление перкуторного звука справа под углом лопатки. Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки - стойкие мелкопузырчатые хрипы. Ваш предварительный диагноз

<variant>пневмония

<variant>Альвеолит

<variant>бронхиолит

<variant>обструктивный бронхит

<variant>бронхиальная астма, приступ

<question>Ребенок 12 лет. Жалобы на продуктивный кашель с выделением слизистого или слизисто-гноной мокроты во время обострения, Болеет в течение 2-3 лет, обострения до 2-3 раз в год В легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются стойкие влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон, которые сохраняются в течение нескольких месяцев. На рентгенографии легких – усиление легочного рисунка. Ваш диагноз:

<variant>Хронический бронхит

<variant>Рецидивирующий бронхит

<variant>Хроническая пневмония

<variant>Хронический облитерирующий бронхиолит

<variant>Хроническая обструктивная болезнь легких

<question>К порокам с обогащением малого круга кровообращения относят:

<variant>открытый артериальный проток, ДМПП, ДМЖП

<variant>декстрокардия, аортальный стеноз

<variant>тетрадаФалло, болезнь Эбштейна

<variant>транспозиция магистральных сосудов

<variant>стеноз легочной артерии, коарктация аорты

<question>Ребенок 6 месяцев,обратились с жалобами матери на одышку, затруднение при кормлении, отставание в физическом развитии, рвоту, повторные простудные заболевания, стоны по ночам. Мать перенесла грипп в 8 месяцев беременности. Данные жалобы у ребенка с 3 мес. Состояние ребенка тяжелое за счет сердечной недостаточности, бледность, слабость, отеки лица, стоп. Одышка в покое, тахикардия. Тоны сердца глухие, аритмия. Печень +5-6см. На рентгенограмме - кардиомегалия. На ЭКГ – атриовентрикулярная блокада I степени. На УЗИ – дилатация полостей сердца, гипокинез миокарда. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>Врожденный поздний кардит

<variant>Фиброэластоз

<variant>Врожденный порок сердца

<variant>Эластофиброз

<variant>Кардиомиопатия

<question>У ребенка с латентным течением ОРЛ обнаружено при объективном осмотре: одышка, сердцебиение, мелкопузырчатые хрипы в легких, цианотический румянец, цианоз слизистых оболочек. Аускультативно хлопающий I тон, рочующий пресистолический шум, митральный щелчок. На ЭКГ–гипертрофия левого предсердия. Рентгенологически

OŇTÚSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 72 из 100

увеличение левого предсердия, признаки застоя в малом круге кровообращения. Наиболее вероятный порок сердца

<variant>стеноз митрального клапана

<variant>недостаточность митрального клапана

<variant>стеноз трехстворчатого клапана

<variant>стеноз аортального клапана

<variant>недостаточность аортального клапана

<question>Мальчик 11 месяцев поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0кг), появление одышки и цианоза при физическом и эмоциональном напряжении. При осмотре кожные покровы с диффузным цианотичным оттенком. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Границы относительной сердечной тупости: левая по левой средне-ключичной линии, правая по правой парастернальной линии. Верхняя Пм/р. ЧСС 150 в мин. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум, II тон ослаблен во II м/р слева. Что из перечисленного является наиболее приемлемым следующим шагом в диагностике?

<variant>ЭКГ, ЭХО-КС, R-графия сердца

<variant>ЭКГ, ФКГ, кардиоинтервалография

<variant>ЭКГ, R-графия сердца

<variant>Суточное мониторирование ЭКГ, ФКГ

<variant>ФКГ, R-графия сердца

<question>Вызов врача общей практики на дом к ребенку 10 лет. Болен вторые сутки.

Температура тела 39,0 °С. Боли в животе и пояснице, головная боль. Кожа бледная, чистая. Не мочился в течение 19 час. Предположительный диагноз:

<variant>Острый гломерулонефрит

<variant>Острый пиелонефрит

<variant>Цистит

<variant>Атонический мочевой пузырь

<variant>Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

<question>Ребенку 5 лет. Жалобы на частые болезненные мочеиспускания, боли в животе, повышение температуры до 38,5°, вялость. Болеет в течении 3 дней. В анализе мочи: белок-0,099 г/л, лейкоциты - 20-30 в поле зрения, бактерии ++. Ваш, предварительный диагноз?

<variant>Острый пиелонефрит

<variant>Острый гломерулонефрит

<variant>Инфекция мочевыводящих путей

<variant>Острый цистит

<variant>Хронический пиелонефрит

<question>На ЭКГ регистрируются деформированные комплексы QRS одинаковой формы с частотой 180 в мин. Какое нарушение сердечного ритма наиболее вероятно?

<variant>пароксизм желудочковой тахикардии

<variant>желудочковая экстрасистолия

<variant>пароксизм суправентрикулярной тахикардии

<variant>синусовый ритм

<variant>пароксизм фибрилляции желудочков

<question>Для прогрессирующей стенокардии наиболее характерно

<variant>депрессия сегмента ST в грудных отведениях

<variant>появление отрицательных зубцов Т в нескольких отведениях

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 73 из 100

<variant>ЭКГ в норме

<variant>появление патологических зубцов Q в грудных отведениях

<variant>сглаживание зубцов T

<question>Физиологическая задержка импульса в АВ-узле

<variant>0,12-0,25 сек

<variant>2,0-1,2 сек

<variant>0,12-0,2 сек

<variant>1,2-2,0 сек

<variant>1,12-0,2 сек

<question>Диспансерное наблюдение после перенесенной острой пневмонии с полным клинико-лабораторным выздоровлением осуществляется в течение:

<variant>1 года

<variant>3 месяцев

<variant>6 месяцев

<variant>2 лет

<variant>зависит от возраста ребенка

<question>В этиологии внебольничной (домашней) пневмонии у детей в возрасте от 1 до 5 лет ведущее значение имеет:

<variant>пневмококк

<variant>пиогенный стрептококк

<variant>стафилококк

<variant>клебсиела

<variant>кишечная палочка

<question>Укажите оптимальные сроки назначения антибиотиков при пневмонии :

<variant>дополного рассасывания инфильтрата в легком

<variant>донормализации температуры

<variant>донормализации СОЭ

<variant>в течение 4-5 дней стойкой нормальной температуры тела

<variant>доликвидации токсикоза

<question>Какие из перечисленных злаков не содержат глютен?

<variant>гречка, рис, кукуруза

<variant>гречка, рис, овес

<variant>гречка, пшеница, кукуруза

<variant>гречка, овес, пшено

<variant>гречка, рис, пшеница

<question>Особенностью лейкоцитарной формулы при остром лимфобластозном лейкозе (ОЛЛ) является?

<variant>лейкемическое зияние

<variant>палочкоядерный сдвиг

<variant>базофилия

<variant>лимфоцитоз

<variant>эозинофилия

<question>У ребенка пневмония. К основным жалобам присоединились – боли при кашле и глубоком вдохе, наклоне вправо, болезненность при пальпации большой грудной мышцы слева. Вероятно, у пациента развился:

<variant>плеврит

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 74 из 100

<variant>ателектаз

<variant>пневмосклероз

<variant>эмфизема

<variant>деструкция

<question>Сергей 1 год, лихорадит в течение 5-дней. Состояние тяжелое, температура 38,5 С., влажный кашель, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа, круги под глазами. В легких локальное укорочение легочного звука справа ниже угла лопатки, там же на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. В ОАК – лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. На R-графии грудной клетки в нижних отделах очаговые изменения, корень легких утолщен. Ваш диагноз:

<variant>острая пневмония

<variant>острый бронхит с обструктивным синдромом

<variant>острый бронхиолит

<variant>острый бронхит

<variant>плеврит

<question>Каламкас 1 год, в течение последних 5 дней температура фебрильная. Общее состояние тяжелое, температура тела 39,5°C, кашель влажный, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа, темные круги под глазами. При перкуссии в легких - локальное укорочение легочного звука справа ниже угла лопатки, там же на фоне ослабленного дыхания влажные мелкопузырчатые хрипы. Ваш диагноз?

<variant>правосторонняя острая пневмония

<variant>острый бронхит с обструктивным синдромом

<variant>острый бронхиолит

<variant>острый бронхит

<variant>плеврит

<question>Мать ребенка 9 месяцев обратилась к педиатру с жалобами на кашель. Объективно: состояние тяжелое, токсикоз с эксикозом, генерализованный цианоз, одышка с участием вспомогательной мускулатуры. В легких перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации - мелкопузырчатые влажные хрипы. Сердечные тоны приглушены, тахикардия. На рентгенограмме – повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

<variant>бронхиолит

<variant>острая респираторная инфекция

<variant>острый бронхит

<variant>обструктивный бронхит

<variant>бронхопневмония

<question>Ребенок 3 лет. Заболел остро, появились катаральные явления, затем сухой кашель с болями за грудиной. В легких сухие и влажные среднепузырчатые хрипы по всем полям. Перкуторно легочный звук не изменен. Ваш диагноз:

<variant>острый трахеобронхит

<variant>острая пневмония

<variant>острый бронхит с обструктивным синдромом

<variant>острый бронхиолит

<variant>плеврит

<question>Ребенку 4 года. В анамнезе атопический дерматит. Сейчас беспокоит сухой кашель и повышение температуры тела, обнаружен свистящий выдох. Аускультативно

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 75 из 100
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс	

сухие свистящие хрипы на выдохе. После кашля количество хрипов уменьшается. Ваш диагноз:

<variant>обструктивный бронхит

<variant>острая пневмония

<variant>крупозная пневмония

<variant>острый бронхит

<variant>плеврит

<question>Ребёнок 1 год. Состоит на диспансерном учете по поводу атопического дерматита. В настоящее время заболел ОРВИ. На 3-й день болезни присоединились грубый кашель, беспокойство, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Появились шумное дыхание, слышное на расстоянии, и осиплость голоса. В лёгких выслушивают рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Что определяет ухудшение состояние ребёнка?

<variant>коклюш

<variant>острый стенозирующий ларинготрахеит

<variant>обструктивный бронхит

<variant>ателектаз

<variant>пневмония

<question>Ребенок 5 лет заболел остро, появились катаральные явления, затем сухой лающий кашель с болями за грудиной. При осмотре: перкуторно над легкими легочный звук, при аускультации - сухие и влажные средние пузырьчатые хрипы по всем полям. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

<variant>ларинготрахеит

<variant>острый бронхит

<variant>рецидивирующий бронхит

<variant>бронхопневмония

<variant>экссудативный плеврит

<question>На приеме у семейного врача девочка 13 лет. Из анамнеза: страдает хроническим тонзиллитом в течение многих лет. Через 2 недели после обострения хронического тонзиллита появились размашистые подергивания конечностей, изменилась походка, стала раздражительной, эмоционально лабильной. При обследовании обнаружено нарушение координации движений, мышечная гипотония. Ваш предполагаемый диагноз?

<variant>малая хорея

<variant>невроз навязчивых движений

<variant>опухоль мозжечка

<variant>неврастения

<variant>энцефалит

<question>Мальчику 10 лет, жалобы на боль в животе, боль и невозможность движений в коленных и правом локтевом суставах. Две недели назад переболел ангиной. При осмотре лихорадка 38.5 С, суставы увеличены в объеме, слегка отечные, движения ограничены. Деятельность сердца ритмичная, тахикардия, ЧСС 120 в минуту, границы сердца расширены влево на 2 см, тахикардия 120 ударов в 1 минуту, ослабленный 1 тон, галоп, «мягкий» систолический шум на верхушке сердца. Какому диагнозу наиболее отвечает описанная клиническая картина?

<variant>ревматическая лихорадка

<variant>системная красная волчанка

<variant>ювенильный ревматоидный артрит

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 76 из 100

<variant>болезнь Рейтера

<variant>реактивный артрит

<question>Мама 2-х месячного ребенка жалуется на упорный кашель с первых недель жизни. Из анамнеза аппетит удовлетворительный, но в весе не прибавляет. Объективно: над легкими перкуторный звук с участками укорочения и притупления, аускультативно - разнокалиберные влажные и сухие хрипы с обеих сторон. Стул обильный, зловонный, вязкий с блестящими комочками до 8 раз в сутки. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

<variant>муковисцидоз

<variant>целиакия

<variant>обструктивный бронхит

<variant>бронхиолит

<variant>пневмония

<question>Мальчик 7 лет. На первом году жизни трижды перенес пневмонию. Неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудноотделяемой мокротой. При осмотре: кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, симптомы «часовых стекол», «барабанных палочек». ЧД 40 в 1 минуту, ЧСС 120 ударов в 1 минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. В легких на фоне ослабленного дыхания разнокалиберные влажные и сухие хрипы. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный. Содержание хлоридов пота 62 ммоль/л. Ваш диагноз:

<variant>муковисцидоз, смешанная форма

<variant>целиакия, кишечная форма

<variant>целиакия, легочная форма

<variant>муковисцидоз, кишечная форма

<variant>муковисцидоз, легочная форма

<question>Ребенку 3 месяца, вес при рождении 3100 г. При осмотре вес 5400 г. На контрольном кормлении высосал 130 мл молока. Функциональное состояние органов и систем соответствует возрасту. Ребенок получает с грудным молоком в сутки на 1 кг массы тела: белка – 2,2 г, жиров – 6,0 г, углеводов -12,0 г, ккал –115. Дайте оценку питания ребенка:

<variant>питание сбалансированное, соответствует возрасту ребенка

<variant>отмечается дефицит в белках, жирах, углеводах

<variant>ребенок получает недостаточное количество молока

<variant>отмечается дефицит в белках и жирах

<variant>отмечается дефицит углеводов и калорий

<question>Ребенку 6 месяцев. Родился с массой 3000 г. На момент осмотра вес 8000г. Находится на естественном вскармливании, высасывает 550 мл молока, получает 2 прикорма: овощное пюре, манную кашу со сливочным маслом, яблочное пюре, желток. В сутки на 1 кг массы тела получает 4,0 г белка, 6,5 г. жира; 15 г углеводов. Всего 130 ккал/кг. Укажите наиболее правильное заключение:

<variant>ребенок получает избыточное питание

<variant>питание сбалансированное по всем пищевым ингредиентам

<variant>питание не содержит достаточного количества белков

<variant>питание не содержит достаточного количества углеводов

<variant>питание не содержит достаточного количества жиров

QONTUSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 77 из 100

<question>Ребенку 5 лет. Жалобы на головокружение, общую слабость, вялость, плохой аппетит. Быстро устает от подвижных игр. Кожа сухая, бледная, волосы истончены, деформация и ломкость ногтей, атрофия сосочков языка. Укажите лабораторный признак, который является главным диагностическим критерием при данной патологии:

- <variant>снижение концентрации сывороточного железа
- <variant>снижение уровня гемоглобина в единице объема крови
- <variant>снижение концентрации гемоглобина в одном эритроците
- <variant>снижение количества эритроцитов
- <variant>повышение уровня ретикулоцитов

<question>На приеме мальчик 10 лет с жалобами на мелкопятнистую сыпь на ногах. Со слов матери у ребенка субфебрильная температура в течение 4 дней. В анамнезе пищевая сенсibilизация, болеет ОРВИ 2-3 раза в год. Объективно: состояние средней степени тяжести. На коже разгибательных поверхностей нижних конечностей, вокруг коленных и голеностопных суставов, на ягодицах, мелкопятнистые, симметрично расположенные синячковые элементы, не исчезающие при надавливании. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул и моча без патологии. Ваш предварительный диагноз?

- <variant>геморрагический васкулит
- <variant>острый лейкоз
- <variant>скарлатина
- <variant>гемофилия
- <variant>тромбоцитопеническая пурпура

<question>Ребенок в возрасте 6 лет, предполагаемый диагноз: геморрагический васкулит, средней степени тяжести. Какие лабораторные изменения являются подтверждением диагноза?

- <variant>ускоренное СОЭ, лейкоцитоз, повышение С-реактивного белка
- <variant>замедленное СОЭ, повышенное СРБ, лейкоцитоз
- <variant>замедленное СОЭ, повышенное СРБ, лейкопения
- <variant>ускоренное СОЭ, лейкопения, снижение уровня СРБ
- <variant>ни один из перечисленных показателей не может подтвердить диагноз

<question>12-летний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением успеваемости и частыми просьбами выйти в туалет. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг. При общем осмотре частота пульса в покое 110 уд/мин., артериальное давление 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа увеличена почти в 2 раза по сравнению с нормой. Какой патологией могут быть обусловлены данные изменения?

- <variant>тиреотоксикозом
- <variant>тиреоидитом Хашимото
- <variant>медуллярной карциномой щитовидной железы
- <variant>сахарным диабетом I типа
- <variant>ювенильным гипотиреозом

<question>Ребенку 6 лет. Острый приступ бронхиальной астмы, длительностью 1,5 часа, который сопровождается сильным кашлем, заложенностью носа, затруднением дыхания. Родители дали ребенку таблетку бромгексина и эуфиллина, после чего обратились в поликлинику по месту жительства. Какой из методов лечения наиболее целесообразно провести?

- <variant>ингаляция небулайзером b2-агонистами

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 78 из 100

<variant>промывание желудка зондовым методом

<variant>комплекс дыхательных упражнений

<variant>ультрафиолетовое облучение

<variant>ингаляция небулайзером b-адреномиметиками

<question>Больной ребенок 8 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой. С маленьких лет частые бронхиты, обострения в весенне-осенний период года. На протяжении последних 3 лет ежедневные приступы удушья с затрудненным выдохом, приступы в ночное время, купируются ингаляциями сальбутамола. Объективно: состояние средней тяжести, дистанционное свистящее дыхание, частота дыхания - 32 в минуту. Над легкими коробочный звук, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, над всей поверхностью легких сухие свистящие хрипы. Какую группу препаратов необходимо добавить в лечение данного состояния?

<variant>глюкокортикостероиды

<variant>муколитики

<variant>антигистаминные

<variant>антибиотики

<variant>бронхолитики

<question>У ребенка 12 лет, страдающей бронхиальной астмой на протяжении 7 лет, в последнее время отмечается повышение артериального давления до 130/80 мм.рт.ст. и выше. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Больной ребенок регулярно принимает ингаляционный беротек. Какую группу препаратов следует немедленно исключить из схемы лечения?

<variant> β -адреноблокаторы

<variant>блокаторы кальциевых каналов

<variant>ингибиторы АПФ

<variant>антагонисты АТ II рецепторов

<variant>миотропные спазмолитики

<question>Больной ребенок в возрасте 12 лет на приеме у семейного врача, предъявляет жалобы на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем. Такие приступы отмечаются в течение последнего года и возникают, как правило, на запах краски. Из анамнеза: до года проявления атопического дерматита, у матери бронхиальная астма. При объективном и рентгенологическом исследовании патологии не обнаружено. В анализе крови 6% эозинофилов. По данным спирометрии ОФВ₁ - 82%. Какой вариант лечения подходит данному больному?

<variant>селективные β_2 -адреномиметики короткого действия во время приступов

<variant>селективные β_2 -адреномиметики короткого действия регулярно

<variant>глюкокортикостероидные препараты регулярно

<variant>селективные β_2 -адреномиметики длительного действия регулярно

<variant>антигистаминные препараты во время приступов

<question>Мальчик 11 лет находится на «Д» учете с диагнозом: «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура». Уровень тромбоцитов - в пределах 15 тыс. За 4 года терапии 5 раз проводилось лечение преднизолоном из расчета 2 мг/кг. На фоне гормональной терапии уровень тромбоцитов максимально повышался до 45 тысяч, с последующим снижением до единичных на фоне отмены гормона. На терапию интерфероном ответа не получено. Тактика дальнейшего ведения ребенка: /

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 79 из 100

<variant>спленэктомия

<variant>лечениецитостатиками

<variant>лечение иммуноглобулинами

<variant>лечение преднизолоном в более высоких дозах

<variant>«пульс» -терапия преднизолоном

<question>Ерназ, 8 лет. Жалобы на температуру до субфебрильных цифр, слабость, кашель, похудел.Болеет в течение 2 месяцев, когда появилась слабость, аппетит снижен, отмечались головокружения, был обморок. В анализе крови Нв 98г/л, L - $2,8 \times 10^9$ /л, СОЭ 20мм/ч, тромб. 98тыс. п/1, с/12, л/25, бласты 12%. Для обоснования диагноза острого лейкоза необходимо провести:

<variant>пункция костного мозга

<variant>биохимическое исследование крови

<variant>ЭКГ

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<variant>рентген грудной клетки

<question>При гипотиреозе участковый педиатр должен:

<variant>направить больного на консультацию к эндокринологу

<variant>назначитьтиреоидные гормоны самостоятельно

<variant>провести повторное обследование через месяц и затем назначить тиреоидные гормоны

<variant>назначить диетотерапию

<variant>назначить повторный осмотр через 6 месяцев

<question>Детям с тиреотоксикозом в диете целесообразно:

<variant>увеличить энергетическую ценность рациона на 20-25%

<variant>уменьшить общее количество белка

<variant>снизить количество белка животного происхождения

<variant>увеличить в рационе количество жиров животного происхождения

<variant>увеличить в рационе количество жиров растительного происхождения

<question>Ребенок 5-ти лет находится на диспансерном учете с диагнозом: Гломерулонефрит, нефротическая форма, полная клинико-лабораторная ремиссия, функция почек сохранена. Укажите наиболее вероятный срок для снятия его с диспансерного учета:

<variant>через 5 лет

<variant>через 1 год

<variant>через 3 года

<variant>через 10 лет

<variant>с учета не снимать

<question>Младенческая форма атопического дерматита диагностируется у детей в возрасте:

<variant>до 3 лет

<variant>до 1 месяца

<variant>до 3 месяцев

<variant>до 6 месяцев

<variant>до 12 месяцев

<question>Витамин Д при лечении спазмофилии:

<variant>назначается после нормализации уровня кальция

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 80 из 100

<variant>назначается с первого дня лечения заболевания

<variant>противопоказан

<variant>является препаратом экстренной терапии судорожного синдрома при спазмофилии

<variant>назначается только детям первого года жизни

<question>Укажите ведущий клинический симптом в диагностике пневмонии:

<variant>локальная крепитация

<variant>одышка

<variant>ослабленное дыхание

<variant>многочисленные мелкопузырчатые хрипы

<variant>втяжение уступчивых мест грудной клетки

<question>Ступенчатый принцип антибактериальной терапии пневмонии заключается в:

<variant>пероральное назначение препарата после появления эффекта от парентерального введения этого же антибиотика

<variant>смене препарата при его неэффективности в течение 3 дней

<variant>назначение последовательно препаратов двух разных групп

<variant>назначение одновременно двух препаратов разных групп

<variant>последовательное назначение не менее 3 курсов антибактериальной терапии

<question>У девочки 7 лет ревматическая лихорадка с вовлечением в патологический процесс суставов. Какая из перечисленных характеристик суставного синдрома наиболее вероятна в данном случае?

<variant>летучий характер артрита

<variant>поражение мелких суставов

<variant>стойкая деформация суставов

<variant>несимметричное поражение суставов

<variant>усиление суставных болей по утрам, утренняя скованность

<question>Ребенку 2 месяца. При осмотре общее состояние тяжелое. Температура тела 40°C. Резкая бледность кожных покровов, видимых слизистых оболочек, выраженный периоральный цианоз. Тоны сердца приглушены, ЧСС 180 в одну минуту. В легких ослабленное дыхание справа, звучные мелкопузырчатые влажные хрипы ниже лопатки. Здесь же отмечается укорочение перкуторного звука. Живот вздут. Печень на 3.5 см выступает из-под края реберной дуги. Стул кашицеобразный. На рентгенограмме органов грудной клетки: на фоне интенсивной инфильтрации нижней доли правого легкого множественные буллы. Ваш диагноз:

<variant>правосторонняя деструктивная пневмония

<variant>крупозная пневмония

<variant>интерстициальная пневмония

<variant>правосторонний экссудативный плеврит

<variant>внутриутробная правосторонняя пневмония

<question>У ребенка 11 месяцев отмечается лихорадка, бледность кожи, цианоз носогубного треугольника, одышка. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, влажные мелкопузырчатые незвучные хрипы, ЧД 55 в минуту. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Предполагаемый диагноз:

<variant>двухсторонняя очаговая пневмония

<variant>острый бронхит

<variant>обструктивный бронхит

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 81 из 100

<variant>нижнедолевая пневмония справа

<variant>правосторонняя сегментарная пневмония

<question>У больного 12 лет высокая температура, влажный кашель с “ржавой” мокротой, одышка, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука, нежные крепитирующие хрипы. Предположительный диагноз:

<variant>лобарная пневмония

<variant>острый бронхит

<variant>обструктивный бронхит

<variant>бронхоэктатическая болезнь

<variant>экссудативный плеврит

<question>Больной, 8 лет. Внезапно повысилась температура тела до 40 С, появились головные боли, бред, кашель с “ржавой мокротой”, боли в грудной клетке. Врач в первую очередь должен думать о:

<variant>крупозной пневмонии

<variant>интерстициальной пневмонии

<variant>остром бронхите

<variant>остром бронхиолите

<variant>облитерирующем бронхиолите

<question>Ребенку 8 лет. В анамнезе частые ОРЗ, ангины. С трех лет состоит на диспансерном учете по поводу хронического тонзиллита. Через 3 недели после перенесенной ангины появились утомляемость, артралгия, тахикардия, расширение границ сердца, систолический шум. Предварительный диагноз и тактика врача общей практики:

<variant>острая ревматическая лихорадка, госпитализация

<variant>инфекционно-аллергический миокардит, госпитализация

<variant>инфекционно-аллергический миокардит, амбулаторное лечение

<variant>острая ревматическая лихорадка, амбулаторное лечение

<variant>врожденный порок сердца, госпитализация

<question>Ребенку 4 года, жалобы на снижение аппетита, извращение вкуса (потребность в приеме глины, мела), снижение веса. При осмотре ребенок пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие, волосы тусклые, сосочки языка сглажены. Ребенок плаксив. В анализах крови Hb-65 г/л, эритроциты $2,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,7, тромбоциты- 250×10^9 /л, лейкоциты $6,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы 3%, сегментоядерные 49%, лимфоциты 37%, моноциты 2%, ретикулоциты-1%. СОЭ 8 мм/час, сывороточное железо 8 мкмоль/л. Ваш диагноз?

<variant>железодефицитная анемия, тяжелой степени тяжести

<variant>железодефицитная анемия легкой степени

<variant>железодефицитная анемия средней степени тяжести

<variant>гемолитическая анемия

<variant>гипопластическая анемия

<question>У девочки 3 лет жалобы на слабость, головокружение, выпадение зубов, сухость кожи. Со слов мамы – ребенок кушает землю. Из анамнеза жизни: девочка от 3 доношенной беременности, семья социально неблагополучная. При осмотре ребенок вялый, неактивный. Волосы сухие, ломкие, кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, койлонихия (ложкообразные ногти), явления хейлита, стоматита. Выражена мышечная гипотония. Сердечные тоны глухие, ритм правильный, тахикардия. Предположительный диагноз:

<variant>железодефицитная анемия

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 82 из 100

<variant>анемия Фанкони

<variant>апластическая анемия

<variant>гемолитическая анемия

<variant>В₁₂деф. анемия

<question>У ребенка 10 лет после перенесенной скарлатины появились умеренные отеки на голенях и лице, АД 120 и 100 мм рт.ст, моча цвета «мясных помоев», протеинурия 1 г/л, лейкоцитурия до 15 в поле зрения. Какому из перечисленных клинических вариантов гломерулонефрита соответствует симптоматика заболевания у данного ребенка?

<variant>ОГН с нефритическим синдромом

<variant>ОГН с нефротическим синдромом

<variant>ОГН с изолированным мочевым синдромом

<variant>ОГН с нефротическим синдромом, гематурией и гипертензией

<variant>Смешанная форма гломерулонефрита

<question>Ребенок 5 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на отеки. При осмотре АД 90/60 мм рт ст, отеки на лице и голенях, асцит. В моче белок 3,7 г/л, эритроциты 5 в п/зр, лейкоциты 2 в п/зр., цилиндры зернистые 5-6 в п/зр., в крови общий белок 50 г/л, холестерин 9 ммоль/л. О каком заболевании следует думать в данном случае?

<variant>острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом

<variant>пиелонефрит

<variant>мочекаменная болезнь

<variant>острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом

<variant>интерстициальный нефрит

<question>У ребенка 1,5 лет отмечаются выраженные костные рахитические изменения. Ранний анамнез – грудное вскармливание, уход нормальный, профилактика витамина Д проводилась. УЗИ почек – врожденной патологии почек нет. Анализ мочи – без особенностей. Функции почек сохранены. Биохимия крови: Р – 0,6 ммоль/л, Са – 2,5 ммоль/л. Наиболее...

<variant>витамин Д – резистентный рахит (фосфат-диабет)

<variant>вероятный диагноз у данного больного

<variant>витамин Д – дефицитный рахит, остаточные явления

<variant>ренальная остеопатия в стадии ХПН

<variant>острый гломерулнефрит

<question>Какое из ниже перечисленных состояний является противопоказанием для направления ребенка на санаторно-курортное лечение:

<variant>вторичная гипертензия независимо от генеза

<variant>вегетососудистая дистония по гипотоническому типу

<variant>гипертоническая болезнь IА степень

<variant>гипертоническая болезнь I Б степень

<variant>гипертоническая болезнь IIA степень

<question>Бронхиальная обструкция выявляется с помощью:

<variant>спирографии, пневмотахографии

<variant>бронхоскопии

<variant>исследования газов крови

<variant>рентгенография легких

<variant>ангиопульмонографии

<question>Ребенок 1,2 года, заболел остро, повысилась температура до 38,9°C, появились

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 83 из 100

инспираторная одышка, частый лающий кашель, тахипноэ до 60 в мин. В этом случае можно думать о заболевании:

<variant>ОРВИ, ларинготрахеит, стеноз гортани II

<variant>ОРВИ, обструктивный бронхит

<variant>ОРВИ, бронхопневмония

<variant>ОРВИ, ларинготрахеит, стеноз гортани I

<variant>Инородное тело верхних дыхательных путей

<question>При патронаже к новорожденному ребенку врач обнаружил короткий систолический шум на верхушке сердца, повышение температуры тела до 37,8°C. Ваш предварительный диагноз:

<variant>ВПС(ОАП)

<variant>острый миокардит

<variant>подострый миокардит

<variant>острый кардит

<variant>ВПС (ДМПП)

<question>На приеме мальчик 14 лет – реконвалесцент обострения хронического тонзиллита. Жалобы на боли в ногах, слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение. При объективном осмотре: АД 115/70 мм.рт.ст., ЧДД – 24 в минуту, ЧСС - 115 в минуту, тоны сердца приглушены, левая граница сердца влево от левой среднеключичной линии на 2,0 см, верхняя – верхний край 2-го ребра, правая – на 1,5 см вправо от правого края грудины, систолический шум на верхушке сердца. Определите, какая из границ сердца расширена при данном заболевании:

<variant>Расширены все 3 границы сердца

<variant>Расширена левая граница сердца

<variant>Расширена правая граница сердца

<variant>Расширены левая и правая границы сердца

<variant>Расширена левая и верхняя границы сердца

<question>На приеме мальчик 14 лет – реконвалесцент обострения хронического тонзиллита. Жалобы на боли в ногах, слабость, утомляемость, одышку, сердцебиение. При объективном осмотре: АД 115/70 мм.рт.ст., ЧДД – 24 в минуту, ЧСС - 115 в минуту, тоны сердца приглушены, левая граница сердца влево от левой среднеключичной линии на 2,0 см, верхняя – верхний край 2-го ребра, правая – на 1,5 см вправо от правого края грудины, систолический шум на верхушке сердца. Определите тактику обследования и лечения ребенка:

<variant>Госпитализация в соматическое отделение без ЭКГ, ревмопробы

<variant>Госпитализация в соматическое отделение с ЭКГ, ревмопробами

<variant>ЭКГ, ревмопробы и амбулаторное лечение

<variant>ЭКГ, ревмопробы, организация дневного стационара

<variant>ЭКГ, ревмопробы, организация стационара на дому

<question>На приеме у ВОП мама с дочкой 11,5 лет. Температура - 38,7°C, беспокоят боли в суставах, мышцах. В области скуловых дуг, груди эритематозные высыпания. Границы сердца: левая - влево от левой среднеключичной линии на 1,5 см, верхняя – верхний край 2-го ребра, правая – на 1,5 см вправо от правого края грудины, тоны сердца приглушены, систолический шум средней интенсивности на верхушке сердца. ОАК: L–3,8x10⁹/л, СОЭ – 48мм/час, Нв – 106г/л, эр – 3,5x10¹²/л. В ОАМ белок–0,33%, эр – 6-8-10в п/зр. Определите состояние границ сердца и тактику ведения больного:

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 84 из 100

<variant>Расширены границы сердца, лечение в дневном стационаре поликлиники

<variant>Расширена левая граница сердца, госпитализации не подлежит

<variant>Расширена правая граница сердца, лечение амбулаторное

<variant>Расширены границы сердца, немедленная госпитализация

<variant>Расширена левая граница сердца, организация стационара на дому

<question>На .У больного язвенной болезнью боль возникает через непродолжительное время после еды, локализуется под мечевидным отростком, там же обнаруживается положительный симптом Менделя. Рвоты, со слов больного, не бывает. Локализация язвенного дефекта:

<variant>Кардиальный отдел желудка

<variant>Антральный отдел желудка

<variant>Луковица двенадцатиперстной кишки

<variant>Постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки

<variant>Малая кривизна желудка

<question>На Девочке 7 лет. После того, как пошла в школу, стала жаловаться на головную боль, слабость, боли в животе с локализацией в эпигастрии, не связанные с приемом пищи. Вышеизложенные жалобы беспокоят в течение 6 месяцев. В первую очередь необходимо провести диагностическое обследование:

<variant>Фиброгастродуоденоскопию

<variant>Рентгенографию желудка

<variant>Дуоденальное зондирование

<variant>pH-метрию желудка

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<question>На У ребенка 13 лет, страдающего хроническим панкреатитом, после стрессовой ситуации (контрольная работа в школе) возникла острая боль опоясывающего характера в верхней части живота, отмечалась рвота, не приносящая облегчения. При пальпации живота отмечается болезненность в точке Мейо-Робсона, зоне Шоффара. Биохимический анализ крови: амилаза – 200 Ед/л. Ведущим патогенетическим механизмом, лежащим в основе патологического процесса, является:

<variant>Активация протеолитических ферментов

<variant>Гиперсекреция желудочного сока

<variant>Гиперпродукция желчи

<variant>Увеличение синтеза жирных кислот

<variant>Гиперпродукция глюкагона

<question>На Мальчик 13 лет доставлен в стационар. Из анамнеза – в школе после проведения контрольной работы мальчик упал в обморок, затем отмечалась однократная рвота «кофейной гущей». Ранее не болел. Состояние при поступлении: бледность кожных покровов, покрыт холодным потом. Пульс нитевидный, тахикардия. Экстренно проведена эзофагогастродуоденоскопия – на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный дефект диаметром 2,0 см, из которого отмечается кровотечение. В анализе крови – гемоглобин 65 г/л, эритроциты $2,0 \cdot 10^{12}$, гематокрит 0,25. Поставьте диагноз по классификации:

<variant>Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, стадия «свежей» язвы, тяжелой степени тяжести, осложненная кровотечением. Постгеморрагическая анемия III степени

<variant>Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная,

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 85 из 100

стадия «свежей» язвы, средней степени тяжести, осложненная кровотечением.

Постгеморрагическая анемия III степени

<variant>Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, стадия рубцевания, тяжелой степени тяжести, осложненная кровотечением.

Постгеморрагическая анемия III степени

<variant>Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, стадия «свежей» язвы, тяжелой степени тяжести, осложненная кровотечением.

Постгеморрагическая анемия II степени

<variant>Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, впервые выявленная, стадия «свежей» язвы, средней степени тяжести, осложненная кровотечением.

Постгеморрагическая анемия II степени

<question>На 5-тинедельного ребенка появились желтуха с обесцвеченным стулом. Биохимия крови: прямой билирубин - 90 мкмоль/л. Какое обследование необходимо провести с целью дифференциальной диагностики врожденного гепатита от атрезии желчевыводящих путей:

<variant>Экскреция радионуклидов с желчью

<variant>Исследование уровня сывороточных аминотрансфераз

<variant>Определение общего белка

<variant>Определение альфа-фетопротеина

<variant>Определение непрямого билирубина

<question>Ребенок 9 лет. Жалобы на боли в подложечной области, отдающие в левую лопатку и поясницу, рвоту, жажду, вздутие живота. Ухудшение в состоянии после погрешностей в диете. Болеет 2 года. В анамнезе - эпидемический паротит в 6-летнем возрасте. Температура 38,8°C. Болезненность в эпигастрии и левой подреберной области. В анализе крови - Нв-120 г/л, Эр.-3,95x10¹²/л, Л-11,0x10⁹/л, СОЭ-15 мм/час. Диастаза мочи-132 ЕД. Глюкоза крови- 6,8 ммоль/л. Предварительный диагноз:

<variant>хронический панкреатит

<variant>хронический энтероколит

<variant>хронический холецистит

<variant>хронический гастродуоденит

<variant>острый аппендицит

<variant>Заболевание почек наследственного характера с поражением клубочков нефронов и прогрессирующим течением с исходом в хроническую почечную недостаточность

<question>Пациенту 3 года. С 4-х месячного возраста беспокоят повторяющиеся периоды рвоты и обезвоживания. Отстает в физическом и психомоторном развитии. Тургор кожи снижен. Полиурия. Частые запоры. Анализ крови: глюкоза - 4,5 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л. Анализ мочи: суточная глюкозурия- 0,02 г.; удельный вес мочи- 1001-1003; 17-ОКС и 17-КС в норме; ацетон - отрицательный. Клинико-лабораторные данные свидетельствуют в пользу наличия у ребенка:

<variant>Ацетонемической рвоты

<variant>Почечного несахарного диабета

<variant>Сахарного диабета

<variant>Почечной глюкозурии

<variant>Почечного солевого диабета

<question>Пациент А., 12 лет, жалобы на повышение температуры до 38°C, отеки на лице и ногах, изменение цвета мочи. Десять дней назад перенес тонзиллофарингит. АД-140/90

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		

044-
79/22
Стр. 86
из 100

мм.рт.ст. ОАК: Нв-106 г/л, эр.-3,3 x 10¹²/л, лейко.-8,8 x 10⁹/л, СОЭ-45 мм/час. ОАМ: удельный вес – 1022, белок – 0,99 г/л, лейкоциты – 10-12-14 п/зр, эритроциты измененные – 35-46 п/зр. БХАК: мочевина – 9,3 ммоль/л, креатинин – 117 мкмоль/л, общий белок – 62 г/л, АСЛО – 600 ед. Предварительный диагноз:

<variant>Транзиторного мочевого синдрома на фоне острой инфекции Острого гломерулонефрита

<variant>Острого гломерулонефрита

<variant>Первичного нефротического синдрома с гематурией

<variant>Острого тубуло-интерстициального нефрита

<variant>Острого пиелонефрита

<question>Ребенок в возрасте 22 дней поступает в отделение патологии новорожденных с диагнозом конъюгационная желтуха неясной этиологии. Состояние при поступлении: адинамия, плохо сосет. Отмечается пастозность лица, туловища, конечностей. Кожные покровы сухие, желтушные, шелушатся. Волосы сухие, ломкие. Рот полуоткрыт, язык большой, голос грубый. Тоны сердца приглушены, в легких без патологии. Живот мягкий, печень 3 см, отмечается склонность к запорам. Ваш предварительный диагноз:

<variant>Врожденный гипотиреоз

<variant>Болезнь Дауна

<variant>Паратрофия

<variant>Диабетическая фетопатия

<variant>Болезнь Гиршпрунга

<question>На приеме мама с ребенком 9 месяцев. При осмотре: выраженные теменные бугры, "четки", "браслетки", большой живот, мышечная гипотония. Ребенок сидит, при этом опирается на руки, не встает. Сон особо не нарушен, потливость умеренная. Укажите характер течения болезни у данного ребенка:

<variant>острое

<variant>затяжное

<variant>подострое

<variant>рецидивирующее

<variant>латентное

<question>Ребенок 10 месяцев. Кожа бледная, влажная, ребенок пастозен, тургор тканей снижен. Сидит, опираясь на руки, самостоятельно не встает. Выражены лобные и теменные бугры, грудная клетка деформирована ("грудь сапожника", "четки"). Живот увеличен в объеме, расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка немного увеличены, плотные. Стул неустойчивый. В крови гипофосфатемия, гипокальциемия, повышение уровня щелочной фосфатазы. Какая фаза рахитического процесса наиболее вероятна в данном случае:

<variant>разгара

<variant>остаточные явления

<variant>обострение

<variant>реконвалесценция

<variant>начальная

<question>Ребенок 15 дней часто срыгивает, как сразу, так и через какое-то время после кормления, чаще створоженным молоком. Сосет активно, стул обычной консистенции, без патологических примесей, диурез достаточный. Из анамнеза: роды стремительные, оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Срыгивает с первых дней жизни. Предварительный диагноз:

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 87 из 100

<variant>Пилороспазм

<variant>Пилоростеноз

<variant>Перинатальная энцефалопатия

<variant>Дисбактериоз кишечника

<variant>Лактазная недостаточность

<question>Ребенок 4 месяцев вес 6000г. Рассчитайте дозу парацетамола в сиропе:

<variant>2,5 мл

<variant>2,0 мл

<variant>3,0 мл

<variant>3,5 мл

<variant>4,0 мл

<question>При осмотре ребенка 5 месяцев, перенесшего ОРВИ, участковый педиатр обратил внимание на бледность кожных покровов. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: Нb – 96 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,8; выражены полихроматофилия, анизоцитоз. Какая анемия наиболее вероятна у ребенка:

<variant>железодефицитная

<variant>белководефицитная

<variant>витаминодефицитная

<variant>гемолитическая

<variant>апластическая

<question>У ребенка на обзорной рентгенограмме выявлен плеврит. Для уточнения необходимо провести:

<variant>диагностическую пункцию плевральной полости

<variant>бронхоскопию

<variant>бронхографию

<variant>томографию

<variant>спирометрию и пикфлоуметрию

<question>У годовалого ребенка на 2-ой день ОРВИ появились: шумная инспираторная одышка, выраженное втяжение межреберий, раздувание крыльев носа и лающий кашель. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>вирусный круп

<variant>эпиглоттит

<variant>бронхиолит

<variant>бронхиальная астма

<variant>инородное тело в бронхе

<question>Ребенок 1 года жизни поступил в стационар с выраженным токсикозом, одышкой, $t - 38^{\circ}C$. При перкуссии определяется коробочный оттенок перкуторного звука. Выслушиваются рассеянные хрипы, справа под углом лопатки – стойкие мелкопузырчатые влажные хрипы. Поставьте предварительный диагноз.

<variant>Пневмония

<variant>Бронхиолит

<variant>Альвеолит

<variant>Обструктивный бронхит

<variant>Бронхиальная астма (приступ)

<question>Наиболее вероятная причина экссудативного плеврита у ребенка 3 лет, в плевральной жидкости которого преобладают нейтрофилы:

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 88 из 100

<variant>неспецифическая бактериальная пневмония

<variant>туберкулез

<variant>обструктивный бронхит

<variant>муковисцидоз

<variant>хронический бронхит

<question>Ребенок 1 год. Жалобы на ухудшение состояния ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры до 38,8 С, влажный кашель. Объективно: Кожные покровы бледные, периоральный цианоз, раздувание крыльев носа в момент кормления, ЧДД до 60/мин., втяжение межреберных промежутков. Перкуторно над легкими - коробочный оттенок, справа в подлопаточной области участок притупления, там же выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. ЧСС 160 / мин. Лабораторно: ОАК Нв-122г/л, Эр 3,8 x10¹²/л, L – 10,8 x10⁹/л, п/я - 4%, с- 53%, л-36%,м – 7%, СОЭ 17 мм/ч

R – грамма легких выявляются очаговые инфильтративные тени в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких. Ваш диагноз:

<variant>Правосторонняя очаговая (внебольничная) пневмония, острое течение, осложненное ДН I

<variant>Правосторонняя интерстициальная пневмония, острое течение ДН I

<variant>Правосторонняя очаговая (внебольничная) пневмония, острое течение, осложненное абсцессом легкого, ДН I

<variant>Правосторонняя сегментарная (S₉) пневмония, острое течение, ДН 0 ст

<variant>Правосторонняя очаговая (внебольничная) пневмония, острое течение, осложненное ДН II

<question>Ребенок 1 год, вес 10 кг. Диагноз Правосторонняя очаговая (внебольничная) пневмония, острое течение, не осложненная. Вы назначите амоксициллин в дозе:

<variant>Амоксициллин 250 мг по 1 таб x 2 раза в день

<variant>Амоксициллин 250 мг по 1 таб x 3 раза в день

<variant>Амоксициллин 250 мг по 1/2 таб x 2 раза в день

<variant>Амоксициллин 250 мг по 1 таб x 4 раза в день

<variant>Амоксициллин 250 мг по 1 таб x 1 раза в день

<question>Ребенок 6 лет, обратился с жалобами на подъем температуры тела до 37,2-37,5, в течение недели, на упорный сухой кашель со скудной мокротой, снижение аппетита. Из анамнеза заболевание развилось постепенно с упорного кашля, подъема температуры до субфебрильных цифр. Объективно: Вес 25 кг. Кожные покровы чистые, розовые. Умеренные катаральные явления в зева. Покраснение конъюнктивы век. В легких - перкуторно легочный звук, выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы. В ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. На рентгенограмме грудной клетки - неоднородная очаговая инфильтрации легочных полей. Вы назначите азитромицин в суточной дозе:

<variant>азитромицин в первый день 250 мг x 1 раз в день, 2-5 день 125 мг

<variant>азитромицин 125 мг, по 1 капсуле x 1раз в день, в течение 3 дней

<variant>азитромицин 125 мг x 1раз в день, в течение 5 дней

<variant>азитромицин 250 мг x 1раз в день 5 дней

<variant>азитромицин в первый день 500 мг x 1 раз в день, 2-5 день 250 мг

<question>Высокое артериальное давление на руках и низкое в сосудах нижних конечностей характерно для следующего ВПС:

<variant>Коарктации аорты

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 89 из 100

<variant>Открытого артериального протока

<variant>Дефекта межжелудочковой перегородки

<variant>Дефекта межпредсердной перегородки

<variant>Болезни Фалло

<question>У мальчика 10 лет наблюдается боль и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38,0⁰С. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца приглушены. Неделью назад ребенок перенес ангину. Какие биохимическое исследования крови необходимо провести ребенку для подтверждения диагноза:

<variant>Кровь на АСЛО

<variant>Кровь на RF

<variant>Кровь на LE клетки

<variant>Кровь на СРБ

<variant>Кровь на антинуклеарный фактор

<question>Ребенку 4 года. Жалобы на появление одышки в покое, учащенное сердцебиение. При объективном осмотре границы сердца расширены влево на 2 см. В покое ЧСС-120 в 1 мин., число дыханий –32 в 1 мин. При аускультации со стороны сердца - ослабление 1 тона, систолический шум на верхушке. В легких – по задней поверхности в нижних отделах с обеих сторон прослушиваются мелкопузырчатые хрипы. На ЭхоКГ- значительная дилатация полостей сердца, без гипертрофии миокарда. На рентгенограмме сердце имеет шаровидную форму. Ваш диагноз:

<variant>Миокардит

<variant>Врожденный порок сердца

<variant>Пневмония

<variant>Ревматизм

<variant>Вторичная кардиопатия

<question>Мальчик, 11 месяцев, жалобы на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появлением одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении. Бронхитами и пневмониями не болел. Объективно: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Перкуторно границы сердца: левая – по левой средне-ключичной линии, правая - по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны громкие, ЧСС-140 в мин., ЧДД- 40 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во II межреберье слева. Какие рентгенологические изменения соответствуют заболеванию:

<variant>Расширение тени сердца – шаровидная, треугольная или трапециевидная

<variant>Увеличение левых отделов сердца, признаки застоя в малом круге кровообращения

<variant>Уменьшение пульсации контуров сердца при нормальной или слегка расширенной тени сердца

<variant>Тени сердца в форме «сапожка» с признаками гипертрофии левого желудочка

<variant>Увеличение правых отделов сердца и признаки застоя в малом круге кровообращения

<question>В приемное отделение доставлен мальчик 7 лет, который в школе потерял сознание. Объективно - ребенок бледный, цианоз носогубного треугольника и конечностей. Пульс аритмичный 50 уд. в мин., АД-80/40 мм рт. ст., на электрокардиограмме выявлена независимая деятельность предсердий и желудочков (количество зубцов Р превышает

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»		
Кафедра «Врач общей практики-3		044-
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		79/22
		Стр. 90
		из 100

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 91 из 100

<variant>миокардит неуточненный

<variant>миокардит при вирусных болезнях

<question>Ребенок 12 лет, обратился к участковому педиатру с жалобами на ноющую боль в области сердца на протяжении 2-х дней, сердцебиение и одышку при физической нагрузке, общую слабость. На зарегистрированной ЭКГ выявлена фибрилляция предсердий, в связи с чем пациент госпитализирован с диагнозом

<variant>острый вирусный миокардит, легкое течение

<variant>хронический инфекционно- иммунный миокардит, тяжелое течение

<variant>миокардит при болезнях, классифицированных в других рубриках

<variant>миокардит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках

<variant>острый миокардит, неуточненный этиологии

<question>Метод исследования для выявления воспалительных изменений в миокардите

<variant>Эндомиокардиальная биопсия

<variant>Эхокардиография

<variant>Сцинтиграфия миокарда с радиофарм препаратами

<variant>Коронароангиография

<variant>Электрокардиография

<question>Ребенок 12 лет, обратился к участковому педиатру с жалобами на ноющую боль в области сердца на протяжении 2-х дней, сердцебиение и одышку при физической нагрузке, общую слабость. На зарегистрированной ЭКГ выявлена фибрилляция предсердий, поставил диагноз Острый вирусный миокардит, малосимптомный клинический вариант, легкое течение. Выберите метод исследования, имеющий решающее значение в дифференциальной диагностике миокардита и ИБС

<variant>Эхокардиография

<variant>Электрокардиография

<variant>Коронорография

<variant>Внутрисердечное электрофизиологическое исследование

<variant>Рентгенография сердца

<question>У больного миокардитом при ультразвуковом исследовании сердца выявляются изменения

<variant>утолщение миокарда левого желудочка

<variant>снижение фракции выброса левого желудочка

<variant>однонаправленное движение створок митрального клапана

<variant>утолщение миокарда правого желудочка

<variant>дистрофия кардиомиоцитов

<question>Ребенок 9 лет, заболел остро, 14 декабря повысилась температура тела до 38,5 С, появились катаральные явления. Лечение получал дома, особого эффекта не было. 18 декабря появились боли в области сердца, неприятные ощущения за грудиной, чувство нехватки воздуха. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшной окраски, холодные на ощупь. В легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Увеличены размеры сердца. ЧД = 48-52 в мин. ЧСС – 148 в мин. АД – 90/60мм рт.ст. Поставьте диагноз:

<variant>острый диффузный инфекционно- аллергический миокардит

<variant>острый вирусный миокардит

<variant>хронический инфекционно- иммунный миокардит

<variant>острый миокардит осложненный

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 92 из 100

<variant>острый миокардит неуточненный

<question>Ребенок 9 лет, заболел остро, повысилась температура тела до 38,5 С, появились катаральные явления. На 4-й день заболевания состояние больного ухудшилось появились неприятные ощущения за грудиной, чувство нехватки воздуха, которые нарастали при движении. Доставлен в стационар в тяжелом состоянии. При осмотре кожные покровы синюшной окраски, на ощупь холодные. Отмечаются общая слабость, утомляемость, боли в области сердца. Размеры сердца увеличены. В легких дыхание ослаблено, влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД = 48-52 в мин. ЧСС – 148 в мин. АД – 90/60мм рт.ст. Проведите дифференциальную диагностику.

<variant>с перикардитом, кардиомиопатией, ревматическим миокардитом

<variant>с перикардитом, коклюшем, ревматизмом

<variant>с кардиомиопатией, ревматическим миокардитом, ОРВИ

<variant>острым миокардитом, кардиомиопатией, ревматизмом

<variant>с кардиомиопатией, ревматическим миокардитом, острым миокардитом

<question>Ребенок 7-ми лет, заболел дифтерией с ярко выраженным воспалением зева слизистая оболочка мягкого неба, миндалины покрыты плотными беловато-желтыми пленками, снимающиеся с большим затруднением. Мягкие ткани шеи отечные. На 9-ой день заболевания ребенок внезапно умер. Непосредственная причина смерти обусловлена

<variant>токсическим миокардитом, ранним параличом сердца

<variant>острой сердечной недостаточностью

<variant>фибринозным, дифтеритическим воспалением

<variant>заглоточным абсцессом, флегмоной

<variant>гнойным менингитом, тромбофлебитом яремной вены

<question>Расстройство вегетативной нервной системы это-...

<variant>вегетативная дисфункция

<variant>комплекс вегетативных проявлений

<variant>клинико-патогенетическая форма вегетативной дисфункции

<variant>эндокринная дисфункция

<variant>метаболическая дисфункция

<question>Ребенок на приеме с жалобами на тахикардию, боли в области сердца. Основные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне

<variant>АД, ЧСС

<variant>ОАК(6 параметров)

<variant>моча по Нечипоренко

<variant>ЭКГ видеомониторинг

<variant>суточное мониторирование АД

<question>Проведите дифференциальную диагностику пароксизмальных кризов

<variant>Вегетативные пароксизмы

<variant>Дыхательная недостаточность

<variant>Сердечная недостаточность

<variant>Почечная недостаточность

<variant>Печеночная недостаточность

<question>При вегетативной нервной системе назначьте режим и диету.

<variant>строгий режим труда и отдыха

<variant>отказаться от вредных привычек

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 93 из 100

<variant>запретить жирную пищу

<variant>пить много воды

<variant>свежий воздух, заниматься физкультурой

<question>Мальчик 11 лет, боли в грудной области, тахикардия. Осматривающий врач

<variant>педиатр

<variant>хирург

<variant>офтальмолог

<variant>пульмонолог

<variant>эндокринолог

<question>Ребенку 2 дня. Родился от 4-ой беременности, первые 3 беременности закончились выкидышами на раннем сроке. За 2 недели до родов у матери поднялась температура до 39 градусов, боли в пояснице, частые мочеиспускания. При осмотре - температура тела 38,5 С, кожные покровы бледные, папулезно-розеолезная сыпь на туловище, в легких дыхание ослабленное, крепитирующие хрипы. Пальпируются увеличенные шейные лимфоузлы, печень +2см. Мать проживает в сельской местности. В первую очередь нужно исключить врожденную инфекцию.

<variant>листериоз

<variant>коревая краснуха

<variant>токсоплазмоз

<variant>фетальный гепатит

<variant>цитомегалия

<question>Новорожденный, 2 недели, сосет не активно, срыгивает, стул неустойчивый. Кожа гиперемирована, шелушится, на волосистой части головы себорейные корочки. В подмышечной и паховой области гиперемия с мацерацией, выражена опрелость.

Ваш предварительный диагноз:

<variant>Себорейный дерматит

<variant>Адипонекроз

<variant>Ихтиоз

<variant>Стафилодермия

<variant>Стрептодермия

<question>Из рациона питания ребенка при целиакии необходимо исключить:

<variant>глютен

<variant>микроэлементы

<variant>моносахара

<variant>витамины

<variant>соли

<question>На приеме у врача ребенок 4 месяцев. Состоит на учете у невропатолога по поводу перинатального поражения ЦНС. Профилактические прививки получает по календарю. Ребенок относится к группе здоровья:

<variant>II Б

<variant>II А

<variant>I

<variant>III

<variant>IV

<question>На приеме ребенок 7 месяцев. После осмотра обнаружено отставание в психомоторном развитии, редко гулит, мимика бедная, не сидит, не ползает,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044- 79/22 Стр. 94 из 100

прорезывание зубов не намечается. Пот имеет специфический «мышинный» запах. Со слов матери у ребенка с рождения отмечается склонность к запорам. Предполагаемый диагноз:

<variant>фенилкетонурия

<variant>фруктоземия

<variant>галактоземия

<variant>гликогеновая болезнь

<variant>гипотиреоз

<question>Тяжелые поражения ЦНС у новорожденного. Определить возбудитель.

<variant>Циталомегаловирус

<variant>Токсоплазмоз

<variant>Герпес

<variant>Листериоз

<variant>Хламидий

<question>Клиническая классификация ЦМВИ по течению

<variant>острое, подострое, затяжное, хроническое

<variant>острое, подострое, затяжное

<variant>легкое, острое, хроническое

<variant>легкое, среднетяжелое, затяжное, хроническое

<variant>острое, затяжное, хроническое

<question>Ребенок родился на сроке беременности 32 недели с весом 2000г. При осмотре кожные покровы желтушной окраски, увеличены размеры печени и селезенки, петихиальная сыпь. Поставлен диагноз Врожденная ЦМВИ. Укажите основные диагностические исследования

<variant>ИФА, ПЦР

<variant>ОАК, ОАМ

<variant>ЭКГ, ИФА

<variant>ИФА, рентген

<variant>ЭКГ, ОАК

<question>Основные инструментальные исследования при ЦМВИ

<variant>НСГ, КТ, МРТ, ЭхоКГ

<variant>КТ, НСГ, МРТ, ЭхоКГ

<variant>УЗИ, КТ, МРТ, НСГ

<variant>УЗИ, ЭКГ, МРТ, ЭхоКГ

<variant>ПЦР, УЗИ, МРТ, КТ

<question>Ребенку 2 месяца. Заболел остро. Со слов мамы у ребенка отмечаются повышения температуры до 38,5 С, умеренная гиперемия слизистых оболочек задней стенки глотки. При исследовании сыворотки крови обнаружены иммуноглобулины класса М к циталомегаловирусной инфекции. Определите врачебную тактику:

<variant>Назначить антицитомегаловирусный иммуноглобулин

<variant>Провести этиотропное лечение

<variant>Назначить ацикловир, фоскарнет

<variant>Назначить антибактериальное лечение

<variant>Лечение ограничить патогенетическими средствами

<question>Ребенок стоит на «Д» учете с диагнозом ЦМВИ. Исходы при болезни ЦМВИ:

<variant>Выздоровление; трансформация в латентную форму

<variant>Инвалидность; врожденные аномалии

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		
		044-79/22 Стр. 95 из 100

<variant>Поражения костей; трансформация в латентную форму
 <variant>Осложнения; врожденные аномалии
 <variant>Панкреатит, эхинококкоз печени
 <question>Наибольшая опасность ЦМВИ для детей
 <variant>еще нерожденные дети, зараженные ВУИ
 <variant>старше 6 лет, болеющие аутизмом
 <variant>болеющие ОРВИ
 <variant>новорожденные дети, болеющие сахарным диабетом
 <variant>дети, болеющие рахитом
 <question>Ребенок родился на сроке беременности 32 недели с весом 2000г. При осмотре кожа желтушной окраски, гепатоспленомегалия, петихиальная сыпь. Поставлен диагноз: Врожденный ЦМВИ. Назначьте основное медикаментозное лечение:
 <variant>Цитотект в/в 1 мл 100и 50МЕ
 <variant>Цефуроксим 250мг табл
 <variant>Циклофосфамид 500-1000мг
 <variant>Теофиллин 50 мг капсула
 <variant>Цефтриаксон 75-100мг в/в
 <question>Профилактические мероприятия ЦМВИ:
 <variant>обязательное обследование женщин на ЦМВИ- при беременности
 <variant>чистый воздух
 <variant>контрольные обследования проводятся 2 раза в год
 <variant>часто мойте руки
 <variant>ежедневно чистите ногти
 <question>Индикаторы эффективности лечения ЦМВИ
 <variant>Отсутствие ЦМВ в крови
 <variant>Купирование симптомов заболевания
 <variant>Полное восстановление функций пораженного органа
 <variant>Стабильная прибавка веса
 <variant>Улучшение клинико-лабораторных и инструментальных показателей
 <question>На приеме ребенок 12 лет, страдающей бронхиальной астмой на протяжении 3 лет. В последнее время жалуется на головные боли и повышение артериального давления до 130/80 мм.рт.ст. и выше. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Больной ребенок регулярно принимает ингаляционный беротек. НЕ рекомендуется назначать в данной ситуации группу препаратов:
 <variant>бета-адреноблокаторы
 <variant>ингибиторы АПФ
 <variant>блокаторы кальциевых каналов
 <variant>антагонисты АТ II рецепторов
 <variant>миотропные спазмолитики
 <question>На приеме ребенок 2 лет. Фактическая масса тела - 16 кг. Обратились с жалобами на вялость, слабость, апатичность. Со слов мамы ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. При осмотре вялый, апатичный, пастозный. Эластичность кожи, тургор мягких тканей снижены, мускулатура развита слабо. Увеличены все группы периферических лимфатических узлов до III-IV степени, не спаяны между собой и подлежащими тканями. Дыхание через нос затруднено, миндалины гипертрофированы. Рентгенограмма грудной клетки - каплевидное сердце, тимомегалия. В

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 96 из 100

анализе крови: Нв-120 /л, Эр.-4,2x10¹²/л, Л-6,4x10⁹/л, п-22%, с-25%, лимфоциты-62%, моноциты-10%. Дополнительным исследованием у данного ребенка является определение:

<variant>кардиотимикоторакального индекса

<variant>индекса Эрисмана

<variant>кардиоторакального индекса

<variant>индекса упитанности Чулицкой

<variant>костного возраста

<question>На приеме ребенок 13 лет, заболел остро после перенесенной 2 недели назад стрептодермии. Жалуется на сильные головные боли в течение 3-4 дней, изменение цвета мочи до « мясных помоев». АД 140/90 мм.рт.ст. В анализе мочи по Аддиса – Каковскому: лейкоциты 3 млн, эритроциты более 100 млн. Необходимо провести данному ребенку обследование:

<variant>ультразвуковая доплерография почек

<variant>ангиография почечных сосудов

<variant>ретроградная пиелография

<variant>экскреторная урография

<variant>биопсия почки

<question>Мама обратилась к врачу с жалобами, что ее 3-х месячная дочка в последнее 2 месяца стала недостаточно активно сосать, высасывает только 50-70 грамм молока и засыпает. Во время кормления сильно потеет, появляется бледность кожи, частое дыхание, синева вокруг глаз и рта. Ребенок бледный, при плаче появляется цианоз носогубного треугольника, одышка, ЧДД- 60 в 1 мин, ЧСС - 150 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. Верхушечный толчок на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, шумов нет. Над легкими жесткое дыхание. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. Мама на 20-й неделе беременности перенесла ОРЗ. Роды прошли благополучно. Наиболее информативным для постановки клинического диагноза является обследование:

<variant>эхокардиография

<variant>электрокардиография

<variant>фонокардиография

<variant>рентгенография

<variant>спирография

<question>После выздоровления от острой пневмонии, ребенок проходивший лечение в стационаре будет находиться на диспансерном наблюдении в поликлинике в течение:

<variant>1 года

<variant>2 лет

<variant>3 лет

<variant>4 лет

<variant>5 лет

<question>В периоде обострения неспецифического язвенного колита в питании необходимо исключить:

<variant>молоко

<variant>хлеб

<variant>мясо

<variant>рыбу

<variant>яйца

OŇTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ			SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3»				044-79/22 Стр. 97 из 100
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс				

<question>Девочка, 6 лет. Жалобы на боли в мышцах и суставах конечностей, спины, затруднение при глотании твердой пищи. Объективно: кожные покровы красно-фиолетовой окраски, отечная эритема на верхних веках, определяется признак Готтрона. Предварительный диагноз:

<variant>ювенильный дерматомиозит

<variant>ревматизм

<variant>ревматоидный артрит

<variant>склеродермия

<variant>системная красная волчанка

<question>Ребенку 6 месяцев. Из анамнеза: с рождения задержка стула 1 раз в 2-3 дня, стул густой консистенции, после клизмы. При осмотре: живот увеличен в объеме, вздут, безболезненный, выше пупка пальпируется продолговатой формы образование. Предварительный диагноз:

<variant>болезнь Гиршпрунга

<variant>муковисцидоз

<variant>опухоль кишечника

<variant>кишечная непроходимость

<variant>целиакия

<question>На приеме девочка 9 лет с жалобами на слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до фебрильных цифр в последние два дня, боль в поясничном отделе позвоночника, принимала парацетамол от температуры. Из анамнеза: частые ОРВИ, у мамы хронический пиелонефрит. При осмотре состояние средней степени тяжести за счет симптомов интоксикации, кожные покровы бледные, пастозность век, «тени» под глазами, мочеиспускание с резями. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. В анализе крови: гемоглобин - 124 г/л, ЦП - 0,85, лейкоциты - $10,8 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, эозинофилы - 3%, моноциты - 5%, лимфоциты - 27%. Скорость оседания эритроцитов - 15 мм/час, СОЭ 26 мм/ч. В анализе мочи удельный вес - 1010, белок - 0,048, лейкоциты сплошь, эритроциты - 0, эпителий, слизь. Диагноз по классификации

<variant>пиелонефрит первичный, активный

<variant>пиелонефрит первичный, активный, обструктивный

<variant>пиелонефрит вторичный, активный

<variant>пиелонефрит вторичный, активный, обструктивный

<variant>пиелонефрит хронический, активный

<question>Ребенку три месяца, родился с весом 3000г., ростом 50 см., с оценкой по шкале Апгар на 8-10 баллов. Закричал сразу, к груди приложен в первые 30 минут после рождения, в настоящее время находится на искусственном вскармливании. В 1,5 мес. возрасте при переводе на смешанное вскармливание появился гнейс, покраснение и мокнутие на щеках, молочница, неустойчивый стул. В 3 месяца на фоне обострения диатеза после дачи морковного сока присоединилась ОРВИ, осложненная отитом. К группе здоровья относится ребенок в 3 месяца:

<variant>II Б группе здоровья

<variant>II А группе здоровья

<variant>I группе здоровья

<variant>III группе здоровья

<variant>III А группе здоровья

OŇTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3»	044-79/22 Стр. 98 из 100
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс	

<question>Через неделю после ОРЗ по всему телу ребенка появилась сыпь несимметричная полиморфная, полихромная, кровоизлияние на слизистой рта, кровотечение из носа. Объективно: со стороны сердца умеренная тахикардия, тоны приглушены, систолический шум на верхушке. Предварительный диагноз.

<variant>болезнь Верльгофа

<variant>аномалия Мея-Хеглина

<variant>тромбастения Гланцмана

<variant>болезнь Виллебранта

<variant>синдром Вискотта-Олдрича

<question>Ребенок пяти лет после выписки из стационара с синдромом Картагенера, нуждается в уходе матери. Оформить лист временной нетрудоспособности работающей матери:

<variant>выдается лист временной нетрудоспособности на период до 10 дней

<variant>выдается лист временной нетрудоспособности на период 3 дней

<variant>выдается лист временной нетрудоспособности на период до 5 дней

<variant>выдается справка временной нетрудоспособности

<variant>лист временной нетрудоспособности не выдается

<question>Мать девочки 8 лет обратилась к семейному врачу с жалобами на низкие темпы роста ребенка, отсутствие прибавки в весе, головные боли, боли в ногах, вздутие живота, эпизоды рвоты, учащенный обильный стул. В анамнезе: вздутие живота и беспокойство отмечалась с 6-месячного возраста. А с 1,5 лет боли в животе, увеличение его размеров, вздутие, обильный частый стул, рвота. В анализе кала на капрологию - стеаторея. При ФГДС выявлен субатрофический дуоденит. Предварительный диагноз:

<variant>целиакия

<variant>дуоденит

<variant>панкреатит

<variant>синдром раздраженного кишечника

<variant>муковисцидоз

<question>Ребенок 2 месяца. Аппетит снижен, отказывается от груди. При осмотре отмечается втяжение грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Одышка. Классификация по ИВБДВ:

<variant>тяжелая пневмония

<variant>очень тяжелое заболевание

<variant>пневмонии нет, кашель и простуда

<variant>пневмония, кашель

<variant>пневмония или простуда

<question>Девочка 4 месяцев. Жалобы на влажный продуктивный кашель, насморк. Болеет 3 дня. Сегодня состояние резко ухудшилось: температура 39С, грудь матери не сосет, дистанционные хрипы. Объективно: кожа бледная, влажная, периоральный цианоз, дыхание поверхностное, одышка смешанного типа, ЧД 60 в мин, втяжение яремных ямок и межреберных промежутков, PS 160 в мин, аускультативно – на фоне ослабленного дыхания множество сухих и влажных разнокалиберных хрипов по всем полям.

Наиболее вероятен предварительный диагноз:

<variant>внебольничная пневмония, ДН II степени

<variant>острый обструктивный бронхит, ДН II степени

<variant>бронхиолит, ДН II степени

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		044-79/22 Стр. 99 из 100

<variant>острый простой бронхит, ДН I степени

<variant>бронхиальная астма, status asthmaticus

<question>Мальчик 9 лет. Жалобы на частые простудные заболевания. Был выставлен диагноз рецидивирующий гнойный бронхит. У дяди синдром Картагенера. Объективно: температура 37,6С, кожа бледная с сероватым оттенком. Грудная клетка бочкообразная, в легких перкуторно коробочный звук, аускультативно масса влажных разнокалиберных хрипов. Рентгенологически: диффузная деформация бронхов. Наиболее информативным является исследование:

<variant>бронхоскопия

<variant>биопсия слизистой оболочки носа

<variant>генетическое исследование

<variant>посев мокроты

<variant>тепловизионное исследование

<question>Уровень хлоридов пота является решающим в постановке диагноза «муковисцидоз»:

<variant>61-80 ммоль/л

<variant>21-30 ммоль/л

<variant>31-50 ммоль/л

<variant>51-60 ммоль/л

<variant>10-20 ммоль/л

<question>Мальчик 8 лет. Жалобы на резкую слабость, головокружение, боли за грудиной, иктеричность склер, кровохарканье, одышку. Первый приступ болезни был в 1 год. Следующие кризы длились обычно 2-4 дня. Объективно: кожа бледная с цианотичным оттенком, пальцы в виде «барабанных палочек». В легких жесткое дыхание, влажные хрипы. Печень и селезенка +1 см выступают из-под края реберной дуги. В анализе мокроты: макрофаги, нагруженные гемосидерином. Из перечисленных наиболее целесообразным является лечение:

<variant>кортикостероиды

<variant>муколитики

<variant>гепатопротекторы

<variant>антикоагулянты

<variant>антибиотики

<question>Девочка 4 года. Жалобы на приступообразный, мучительный продуктивный, кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку. Часто болеет простудными заболеваниями с затяжным течением. Брат девочки также состоит на учете с диагнозом рецидивирующий бронхит. Объективно: девочка пониженого питания, пальцы в виде «барабанных палочек». В легких жесткое дыхание, влажные хрипы. Живот увеличен в размерах, мягкий. Хлориды пота 85 ммоль/л. Наиболее эффективным является препарат:

<variant>N-ацетилцистеин

<variant>амброксол

<variant>гвайфенезин

<variant>эуфиллин

<variant>сальбутамол

<question>Девочка 11 лет. Жалобы на внезапно возникшую боль в эпигастрии и в левом подреберье с иррадиацией в спину, тошноту, кровавую рвоту. Реакция Грегерсона – положительная. Состоит на «Д» учете по поводу хронической ревматической болезни

ОҢТҰСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики-3»		044-79/22
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс		Стр. 100 из 100

сердца, принимает диклофенак. Группа лекарственных препаратов, из ниже перечисленных, является наиболее целесообразным:

<variant>коллоидный субцитрат висмута

<variant>хилак-форте

<variant>кларитромицин

<variant>но-шпа

<variant>алмагель

<question>Для обслуживания ребенка на дому необходимо ... минут.

<variant>30

<variant>5

<variant>10

<variant>15

<variant>20

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ				SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики-3»					044-
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая педиатрия», 6 курс					79/22 Стр. 101 из 100