

Кафедра « Врач общей практики – 3»

044-79/22

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине
«Превентивная педиатрия» 6 курс

Стр. 1 из 52

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 2

Название ОП: «Общая медицина»

Код дисциплины: OVP 6301-4

Название дисциплины: Амбулаторно - поликлиническая педиатрия

Объем учебных часов/кредитов: 64 часов, 4 кредит

Курс и семестр изучения: 6 курс, 11 семестр

Кафедра « Врач общей практики – 3»

044-79/22

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине
«Превентивная педиатрия» 6 курс

Стр. 2 из 52

Составитель: ассистент Оралбек. А. О

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



Протокол № 1 Дата 01.09.2023 г.

<question>У ребенка 7-ми лет отмечено повышение температуры тела до фебрильных цифр, боли в сердце, сердцебиение. Выявлены бледность кожных покровов, расширение границ сердца преимущественно влево, тахикардия, транзиторная экстрасистолия, ослабление сердечных тонов, неинтенсивный систолический шум максимально в 5-й точке.

В данном случае можно думать о:

<variant> Миокардите

<variant>Эндокардите

<variant>Перикардите

<variant> Функциональных изменений в сердце

<variant>Панкардите

<question>Для конъюгационной гипербилирубинемии характерно

<variant> нормальные размеры печени и селезенки;

<variant>изменение окраски стула и мочи;

<variant> нормальный уровень гемоглобина, гематокрита, эритроцитов;

<variant>ретикулоцитоз.

<variant> гематокрита

<question>Девочка от 1-й патологически протекавшей беременности, преждевременных стремительных родов на 34-35-й неделе. Родилась в асфиксии, оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. Состояние после рождения тяжелое, кожные покровы цианотичные, с “мраморным рисунком”. Дыхание аритмичное, с втяжением межреберных промежутков, тахипноэ. Тоны сердца приглушены, тахикардия, негрубый систолический шум. Монотонный крик, судорожная готовность, вертикальный нистагм, симптом “заходящего солнца”, крупноразмашистый тремор конечностей. В анализе крови $15 \times 10^9/\text{л}$ лейкоцитов. Наиболее информативное исследование для подтверждения диагноза у этого ребенка:

<variant> Нейросонография

<variant>Рентгенография грудной клетки

<variant> Спинно - мозговая пункция

<variant>УЗИ сердца

<variant>Бронхография

<question> Характер одышки, наблюдаемый при обструктивном бронхите:

<variant> спираторная

<variant>инспираторные

<variant>смешанный

<variant>Дыхание Куссмауля

<variant>Шик одышка

<question>~ Нетипичная рентгенологическая картина обструктивного бронхита:

<variant> очаговые тени легких

<variant>повышение прозрачности легких

<variant>усиление легочной картины

<variant>горизонтальное расположение стенки

<variant>удлинение теней легких

<question> Характер одышки, наблюдаемый при обструктивном бронхите:

<variant>экспираторная

<variant>инспираторные

<variant>смешанный

<variant>Дыхание Кулсмауля

<variant>Шик одышка

<question> У ребенка диагностирована гемолитическая болезнь новорожденных по системе АВО. Желтуха с рождения. В 1-й день жизни уровень гемоглобина 140 г/л, концентрация свободного билирубина в пуповинной крови 70 мкмоль/л. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, селезенка - на 2 см. Определяющим методом лечения у этого ребенка является:

<variant> Заменное переливание крови

<variant>Внутривенное введение белковых препаратов

<variant> Дробные переливания эритроцитарной массы

<variant>Светотерапия

<variant>Химиотерапия

<question> Ребенку 5 дней с гемолитической болезнью новорожденных (общий билирубин 200 мкмоль/л, связанный 35 мкмоль/л) назначено внутривенное введение альбумина. Обоснуйте целесообразность назначения альбумина:

<variant>Связывание свободного билирубина

<variant>Борьба с гипопроотеинемией

<variant>Выведение связанного билирубина

<variant>Предупреждение нарастания анемии

<variant>Улучшение конъюгационной функции печени

<question> Девочка 6 лет, поступила с жалобами: кашель, слабость, повышение температуры тела 38, 4°С. Объективно: кожные покровы бледные, ЧП 34 раза в минуту. При перкуссии легких справа укорочен легочный звук, в этом месте при аускультации слышны слабые сухие и влажные мелкопузырчатые хрипы. Метод диагностического обследования, который дает наиболее результативные данные в данном случае:

<variant> рентгенография

<variant> бронхография

<variant> бронхоскопия

<variant> пикфлоуметрия

<variant> спирография

<question> У ребенка с гемолитической болезнью новорожденных на 8-й день жизни гемоглобин 150 г/л, свободный билирубин 70 мкмоль/л, связанный - 100 мкмоль/л. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, селезенка - у края реберной дуги. Назначьте лечение:

<variant> Желчегонные

<variant> Кортикостероиды

<variant>Заменное переливание крови

<variant>Витамины группы В

<variant>Антибиотики

<question>У ребенка А (II) группа крови, у матери О (I). Состояние при рождении удовлетворительное. Желтуха появилась на 3-й день жизни. Печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка - у края реберной дуги. На 4-й день жизни в анализе крови: свободный билирубин 66 мкмоль/л, связанный - 0, гемоглобин 140 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $15 \times 10^9/л$. Укажите наиболее вероятный диагноз:

<variant> ГБН, анемическая форма

<variant>ГБН, желтушная форма

<variant> Транзиторная желтуха новорожденных

<variant>ГБН, отечная форма

<variant>Конъюгационная желтуха

<question>Ребенок четырех месяцев поступил в стационар в связи с недостаточной прибавкой массы с рождения. Родился на 36-й неделе беременности, протекавшей с неоднократной угрозой выкидыша. Первые дни жизни кормился через зонд, далее - сцеженным молоком матери. Постоянно срыгивает. Стул со склонностью к запорам. Укажите наиболее вероятную причину стойкой дистрофии у этого ребенка:

<variant>Перинатальное поражение ЦНС

<variant>Дефекты вскармливания

<variant>Порок развития ЖКТ

<variant>Порок сердца

<variant>недონесенный ребенок

<question>Ребенок 4 месяцев плохо прибавляет в массе, аппетит снижен. Родился с массой 3400. Сейчас - 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>Гипотрофия III степени

<variant>Гипотрофия I степени

<variant>Паратрофия

<variant>Гипостатура

<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 23%. Ваш диагноз:

<variant> Гипотрофия II степени

<variant> Гипостатура

<variant>Паратрофия

<variant>Гипотрофия I степени

<question>Ребенок одного года с гипотрофией II степени. Из анамнеза известно, что с рождения отмечается одышка, навязчивый кашель. В легких выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. С года обращает внимание “большой живот”, обильный зловонный стул с жирным пятном на поверхности. Дважды отмечалось выпадение прямой кишки.

Наиболее вероятной причиной гипотрофии у данного больного является:

<variant> Муковисцидоз

<variant>Целиакия

<variant>Сепсис

<variant> Фенилкетонурия

<variant>Кишечная инфекция

<question>Ребенок 7,5 месяцев. Родился в срок, развивался хорошо. По поводу рахита получал витамин Д2, в течение двух месяцев по 15 тыс МЕ в сутки. В последнее время плохо ест, отмечаются рвота, беспокойство, жажда, запоры, температура тела субфебрильная. Выражены лобные и теменные бугры, “четки”, большой родничок закрыт. Питание резко снижено, кожа сухая, бледная. Имеется лейкоцитурия. Наиболее вероятная причина ухудшения состояния ребенка:

<variant> Гипервитаминоз Д

<variant> Мочевая инфекция

<variant>Дистрофия

<variant>Рахит

<variant>Гиптрофия

<question>Мальчик 4 лет на приеме у педиатра после перенесенного ОРВИ. При осмотре отмечается отставание в физическом развитии. Кожные покровы бледные, в подмышечных и паховых областях пятнистая гиперпигментация кожи. Имеется порок развития костей, гипоплазия неба. В анализе крови: Нв 85 г/л, эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты $12,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $3,4 \times 10^9/л$. В пунктате костного мозга - гипопластический эритропоэз. Ваш диагноз:

<variant>Наследственная панцитопеническая апластическая анемия

<variant>Наследственная гемолитическая анемия Минковского-Шоффара

<variant>Талассемия

<variant>Фолиеводефицитная анемия

<variant>Тромбоцитопеническая пурпура

<question>На приеме у педиатра ребенок 3 лет. При осмотре ребенок вялый, имеется задержка физического и психического развития. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком. Гепатоспленомегалия. В крови снижены гемоглобин и

эритроциты, ретикулоцитоз, найдены мишеневидные эритроциты, повышен уровень свободного билирубина. Ваш диагноз:

<variant> Талассемия

<variant>Фанкони

<variant> Минковского-Шоффара

<variant>Инфантильный пикноцитоз

<variant>Наследственная гемолитическая анемия, обусловленная дефицитом

<question>Ребенок четырех месяцев на естественном вскармливании. Развивается хорошо. Начато введение прикорма в виде манной каши. Стал беспокоен, капризен, появились гиперемия щек, подбородка, чешуйчатое шелушение в области бровей, зудящая сыпь на ногах. Небольшая гиперемия конъюнктив. Стул учащен, разжижен. Появившиеся симптомы можно объяснить как:

<variant>Экссудативно-катаральный диатез

<variant>Крапивница

<variant>Лимфатико-гипопластический диатез

<variant>Респираторная инфекция

<variant>Кишечная инфекция

<question>В клинику поступил ребенок восьми месяцев, часто болеющий респираторными заболеваниями, протекающими тяжело и длительно. Ребенок избыточного питания, мало подвижен, подкожная клетчатка пастозная. За ушными раковинами корочки, после снятия которых появляется мокнутие. Имеют место блефарит, увеличение всех групп лимфоузлов. При рентгенологическом обследовании выявлено увеличение вилочковой железы. Имеющиеся у ребенка симптомы можно объяснить как проявления:

<variant>Лимфатико-гипопластической конституции

<variant>Микседемы (гипотиреоз)

<variant>Экссудативно-катарального диатеза

<variant>Лимфогранулематоза

<variant>Нервно-артритического диатеза

<question>У девочки 3-х лет внезапно повысилась температура тела до 39°C, стала беспокойной. При осмотре обнаружены гиперемия задней стенки глотки, единичные «звездчатые» геморрагические высыпания на коже ягодиц и бедер, ригидность затылочных мышц. Пульс 140 ударов в минуту, АД - 70/20 мм рт.ст.

Наиболее вероятно следующее заболевание:

<variant> Менингококковая инфекция

<variant>Тромбоцитопеническая пурпура

<variant> Геморрагический васкулит

<variant>Грипп с геморрагическим синдромом

<variant>Корь

<question>У ребенка 2 месяцев жизни себорейные корочки на голове, стойкие опрелости на ягодицах и в кожных складках, покраснение кожи щек, «географический язык».Паратрофия. Тургор тканей снижен.Клиническая картина соответствует следующему диатезу:

<variant> Эксудативно-катаральному

<variant>Нервно-артритическому

<variant>Атопический дерматит

<variant> Лимфатико-гипопластическому

<variant>Нейродермит

<question>Масса тела ребенка при рождении 4100г, длина 53см. К 6 месяцам масса тела и длина соответственно 9500г и 70см. Кожи бледная, есть аллергические высыпания. Тургор тканей снижен. Обращает внимание вялость, адинамия, мышечная гипотония. Спленомегалия. По данным рентгенологического исследования увеличена вилочковая железа.Клиническая картина соответствует следующему диатезу:

<variant>Лимфатико-гипопластическому

<variant>Эксудативно-катаральному

<variant>Нервно-артритическому

<variant>Атопический дерматит

<variant>Нейродермит

<question>Ребенок 6 лет в психическом развитии опережает своих сверстников.

Беспокоен, иногда агрессивен, страдает логоневрозом, энурезом. Нарушен сон, нередко ночные страхи.Клиническая картина соответствует следующему диатезу:

<variant> Нервно-артритическому

<variant>Лимфатико-гипопластическому

<variant> Эксудативно-катаральному

<variant>Атопический дерматит

<variant>Нейродермит

<question>У ребенка 6 лет, весной, за городом, внезапно возник приступ удушья с кашлем.Приступ купировался через 10 минут без применения лекарств. Подобные кратковременные приступы имели место и в прошлом году. В анамнезе – пищевая аллергия. При осмотре: кашля и одышки нет, проявления атопического дерматита. В легких коробочный перкуторный звук, дыхание несколько ослаблено, хрипы не выслушиваются. В крови: лейкоциты 8,7x10x9/л, эозинофилия до 9%, СОЭ - 10 мм/ч. На рентгенограмме органов грудной клетки – повышение прозрачности легких, некоторое усиление бронхососудистого рисунка, расширение корней.Ваш диагноз:

<variant> Бронхиальная астма

<variant> Хронический бронхит

<variant>Стенозирующий ларингит

<variant>Инородное тело бронха

<variant>Пневмония

<question>У девочки двух лет внезапно повысилась температура тела до 39,2С, стала беспокойной. При осмотре обнаружены гиперемия задней стенки глотки, на коже предплечий, ягодиц и бедер единичные геморрагические высыпания звездчатой формы, диаметром 3-7 мм, пульс 140 ударов в минуту, ригидность затылочных мышц.

Наиболее вероятно следующее заболевание:

<variant>Менингококковая инфекция

<variant>Скарлатина

<variant>Грипп с геморрагическим синдромом

<variant>Геморрагический васкулит

<variant>Узелковый полиартериит

<question>У ребенка двух лет во время игры внезапно возник приступ кашля и удушья.

В анамнезе - пищевая аллергия, атопический дерматит. Выражен сухой приступообразный кашель. Грудная клетка вздута, правый угол лопатки отстаёт при дыхании. На рентгенограмме грудной клетки определяется понижение прозрачности легочной ткани в нижней доле справа. В боковой проекции затемнение носит характер треугольной тени. В остальных участках повышение прозрачности, корни легких широкие. Ваш диагноз:

<variant> Инородное тело бронха

<variant>Обструктивный бронхит

<variant>Бронхиальная астма

<variant> Пневмония

<variant>Острый бронхит

<question>Ребенок 4-х лет родился от 3-х родов (первые дети умерли в раннем возрасте от пневмонии и дистрофии). С первых месяцев жизни у ребенка постоянный приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой. Несколько раз в год болеет пневмониями. Резко отстаёт в физическом развитии. Отмечается деформация грудной клетки. В легких - мозаичность перкуторных и аускультативных данных. Масса сухих и влажных хрипов. Тоны сердца глухие. Печень выступает из подреберья на 3 см. Стул обильный, зловонный с большим количеством нейтрального жира. В анализе крови - нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. При бронхоскопии - диффузный катарально-гнойный эндобронхит. Ваш диагноз:

<variant> Муковисцидоз

<variant>Порок развития легких

<variant> Хронический бронхит

<variant>Синдром Картагенера

<variant>Пневмония

<question>Больной 14 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 3-х лет. Внезапно после эпизода сухого кашля ухудшилось состояние, появилась одышка. В легких

выслушиваются рассеянные сухие хрипы, справа (соответственно проекции верхней доли) ослабление дыхания. Наиболее вероятная причина ухудшения состояния больного:

<variant>Развитие ателектаза на фоне бронхиальной астмы

<variant>Пневмония с ателектазом

<variant>Приступ бронхиальной астмы

<variant>Острый бронхит

<variant>Гемосидероз

<question>У ребенка шести лет в течение последнего года неоднократные ОРВИ протекают с обструктивным синдромом. Настоящее заболевание началось 15 дней назад с кратковременного повышения температуры тела до 37,5С. При осмотре температура тела нормальная, экспираторная одышка, кашель, сухие хрипы в легких. У данного ребенка наиболее вероятен следующий диагноз:

<variant> Бронхиальная астма

<variant>Пневмония

<variant>Обструктивный бронхит

<variant> Муковисцидоз

<variant>Ларингоспазм

<question>У ребенка 4-х лет с первого месяца жизни отмечен постоянный влажный кашель, частые пневмонии, подтвержденные рентгенологически. Отстает в физическом развитии. Стул жидкий и зловонный. Увеличены размеры печени. Старшие братья умерли в раннем возрасте от пневмонии и кишечной инфекции невыясненной этиологии. Наиболее вероятно следующее заболевание:

<variant> Муковисцидоз

<variant>Хроническая пневмония

<variant> Синдром Картагенера

<variant>Поликистоз легких

<variant>Гемосидероз

<question>Ребенок 5 лет госпитализирован на 6-й день болезни с жалобами на повышение температуры тела, постоянный влажный кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты, одышку при физической нагрузке. В возрасте двух месяцев перенес коклюш, с 1 года повторные правосторонние нижнедолевые пневмонии. Отстает в физическом развитии. При аускультации в проекции средней доли справа мелкопузырчатые влажные хрипы. Наиболее вероятен диагноз:

<variant> Бронхоэктазия

<variant>Ателектаз средней доли

<variant> Туберкулез

<variant>Муковисцидоз

<variant>Гемосидероз

<question>Ребенок трех лет поступил в клинику с жалобами на приступообразный кашель, возникший накануне. Приступ кашля возник за ужином, внезапно, когда ребенок пил вишневый компот, продолжался 20-30 минут. Во время приступа лицо было багровым. Несколько приступов кашля повторилось ночью. При осмотре: гиперемия зева, голос осипший. Аускультативно справа в нижних отделах незначительное ослабление дыхания, умеренное количество влажных средне- и крупнопузырчатых хрипов над всей поверхностью правого легкого. В анамнезе аллергия на пыльцу растений в виде риноконъюнктивита. Состояние расценено как:

<variant> Инородное тело бронха

<variant> Бронхиальная астма

<variant> Обструктивный бронхит

<variant> Ларинготрахеит

<variant> Коклюш

<question>Мальчик трех лет поступил в больницу с жалобами на частые пневмонии, постоянный кашель с вязкой мокротой. Отстает в физическом развитии, кожа бледная, формируются “барабанные” пальцы, ногти в виде “часовых стекол”, одышка при минимальной физической нагрузке. В легких мозаичность перкуторного звука, жесткое дыхание, сухие и влажные разнокалиберные хрипы по всем легочным полям. Печень 2,5см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул с рождения зловонный, неустойчивый. Наиболее вероятен диагноз:

<variant> Муковисцидоз

<variant> Токсокароз

<variant> Хронический бронхит

<variant> Врожденный порок развития легких

<variant> Синдром Картагенера

<question>Мальчик шести лет в периоде новорожденности перенес среднедолевую пневмонию. В последующем повторные пневмонии до 3 раз в год. Частые синуситы. Значительно отстает в физическом развитии. Кожа бледная, выраженный сосудистый рисунок на груди, микрополиадения. Гипертрофия миндалин. Тоны сердца глухие, выслушиваются справа от грудины по среднеключичной линии. В легких сухие и влажные разнокалиберные хрипы над всей поверхностью. Наследственностьотягощена ХОБЛ у дяди и бронхиальной астмой у бабушки по линии отца. Наиболее вероятен диагноз:

<variant> Синдром Картагенера

<variant> Муковисцидоз

<variant> Туберкулез

<variant> Хронический бронхит

<variant> Пневмония

<question>Ребенок трех лет болен в течение двух месяцев. В клинической картине лихорадка интермиттирующего характера, высыпания на коже анулярного типа преимущественно над суставами, лимфаденопатия, признаки миоперикардита, увеличение печени и селезенки, боли и ограничение подвижности в коленных и лучезапястных суставах. В анализах крови лейкоцитоз до $18 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный сдвиг влево до 15% п/я лейкоцитов, СОЭ - 65 мм/час. Наиболее вероятен диагноз:

<variant>Ювенильный ревматоидный артрит

<variant>Дерматомиозит

<variant>Системная красная волчанка

<variant>Острая ревматическая лихорадка

<variant>Узелковый полиартериит

<question>У ребенка пяти лет, получающего лечение по поводу эпилепсии, повысилась температура тела до $37,8^\circ\text{C}$; на лице, туловище и конечностях появилась пятнисто-папулезная, мелкая сыпь, более яркая на щеках и наружной поверхности рук; гиперемия задней стенки глотки с цианотичным оттенком. Слизистая оболочка полости рта блестящая, бледно-розовая, увеличены затылочные лимфатические узлы. Наиболее вероятный диагноз в данном случае:

<variant> Краснуха

<variant> Корь

<variant>Скарлатина

<variant>Лекарственная болезнь

<variant>Ветряная оспа

<question>У ребенка 5 год температура тела 38°C , Жалобы на боли в мышцах, в пальцах кистей, за грудиной. При осмотре выявлено: либидо, подкожные узелки, локальные отеки, цианоз II и IV пальцев левой кисти, расширение границ сердца, тахикардия. Наиболее вероятен диагноз:

<variant> Узелковый полиартериит

<variant> Системная красная волчанка

<variant>Ювенильный дерматомиозит

<variant>Системная склеродермия

<variant>Пурпура Шенляйна-Геноха

<question>Ребенок 8 месяцев. Вес 9 кг. Обратились по поводу судорожного синдрома. При осмотре: температура тела $36,7^\circ\text{C}$, кожные покровы бледные, зубов нет. Голова «квадратной» формы, облысение затылка выражены реберные четки. Отмечаются положительные симптомы Хвостека, Люста. Неотложные мероприятия:

<variant> 10% раствор глюконата кальция в дозе 1,8 мл в/в

<variant>глюконат кальция 0,5 по 1 таблетке x 3 раза в день

<variant> 10% раствор глюконата кальция в дозе 3,2 мл в/в

<variant> 10% раствор глюконата кальция 3,8 мл в/в

<variant> 10% раствор глюконата кальция 0,5 мл в/в

<question> Пиелонефрит характеризуется:

<variant> лихорадкой, лейкоцитурией, бактериурией

<variant> лихорадкой, лейкоцитурией, гематурией

<variant> лихорадкой, дизурией, гематурией

<variant> лихорадкой, лейкоцитурией, протеинурией, гипотензией

<variant> лихорадкой, протеинурией, микрогематурией, гипостенурия

<question>Беременность у матери первая, возраст 17 лет, семья неполная, курит, образование 9 классов. Отца ребенка нет. На дородовом патронаже участковая медсестра должна поддержать общественную стратегию направленную на продолжение снижения частоты курения среди всего населения и в частности курения беременной женщины, потому что это приводит:

<variant> к снижению массы тела новорожденного

<variant> уродствам плода

<variant> фетоплацентарной недостаточности

<variant> внутриутробной инфекции плода

<variant> к эклампсии

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

<variant> 61-80 ммоль/л

<variant> 31-50 ммоль/л

<variant> 21-30 ммоль/л

<variant> 51-60 ммоль/л

<variant> 10-20 ммоль/л

<question>Ноющие, тупые боли в правом подреберье, усиливаются при сильных эмоциях, погрешностях в диете. Диспепсические явления. Прием спазмолитиков (ношпы и других) не улучшает состояния. Наиболее вероятен предварительный диагноз:

<variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу

<variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу

<variant> хронический панкреатит

<variant> хронический энтерит

<variant> хронический колит

<question>У девочки 4 лет в течение месяца анорексия, быстрая утомляемость, предпочитает лежать. В последнюю неделю значительно побледнела, на коже появились отдельные кровоизлияния, периодически появляются « температурные свечи». Необходимо провести в первую очередь исследование:

<variant> стерильную пункцию

<variant> коагулограмму

<variant> электрофорез сывороточных белков

- <variant> определение концентрации железа в сыворотке
- <variant> определение осмотической стойкости эритроцитов
- <question>Ребенок 3 месяца, вес 5,0 кг, переносит ОРЗ, на момент осмотра повышение температуры тела до 38,9С. Необходимо назначить для снижения температуры тела:
- <variant> Питьевой режим, физические методы охлаждения, парацетамол - 0,01г
- <variant>Питьевой режим, парацетамол - 0,01г
- <variant> Физические методы охлаждения, парацетамол - 0,025г
- <variant> Питьевой режим, физические методы охлаждения, в/в физраствор 0,9%, парацетамол - 1г
- <variant> Питьевой режим, физические методы охлаждения, в/в 5% раствор глюкозы, парацетамол - 0,2г
- <question>При проведении III послеродового патронажа к новорожденному мама ребенка пожаловалась участковому педиатру, что 2 часа назад у нее повысилась температура до 37,5С, появилось болезненное при пальпации уплотнение на левой груди, небольшая гиперемия. При сцеживании молоко обычного цвета, без примесей слизи и крови. Действия участкового педиатра.
- <variant>продолжать кормить грудью с обязательным сцеживанием остатков молока после кормления
- <variant> запретить кормление грудью
- <variant> сцеживать молоко и кормить ребенка пастеризованным молоком
- <variant> запретить кормление грудью назначив бактериологическое исследование молока
- <variant> перевести ребенка временно на донорское молоко
- <question>Мальчик 9 лет обратился к участковому педиатру. Из анамнеза: От II беременности, роды первые. Вес при рождении 3900, рост 51 см. Болеет редко. Любит сладкое, мучное. Ведет малоподвижный образ жизни. Родители полные. При осмотре: рост 136 см, вес 58 кг, распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное, стрии нет. АД 100/50.мм.рт.ст. Метод исследования не проводить ребенку:
- <variant> рентгенограмма черепа
- <variant> анализ суточной мочи на сахар и ацетон
- <variant> 17-КС и 17-ОКС в суточном количестве мочи
- <variant> уровень холестерина, β -липопротеидов, триглицеридов
- <variant> общий белок крови и белковые фракции
- <question>13-летнего мальчика отмечается периодически иктеричность склер, у младшего брата пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное исследование патологии не обнаружило. Печеночные пробы выявили: общий билирубин – 38,8 мкмоль/л, прямой – 3,5 мкмоль/л, АСТ, щелочная фосфатаза – норма, сканирование – норма. Наиболее вероятным диагнозом у больного является:
- <variant> болезнь Жильбера

<variant> вирусный гепатит

<variant> врожденная гемолитическая анемия

<variant> синдром Дабин-Джонсона

<variant> желчекаменная болезнь

<question>Ребенку 7 лет. Болен 5-й день. Температура тела 37,6С. Жалобы на затрудненное дыхание, инспираторную одышку, слабость. При осмотре: налеты в зеве, речь шепотом, кожа бледная, ЧСС 120 в 1 мин, глухие тоны, левая граница сердечной тупости на 2 см кнаружи от соска. Предположительный диагноз:

<variant> дифтерия

<variant> ложный круп

<variant> ангина

<variant> ревматизм

<variant> ОРВИ, миокардит

<question>Укажите признаки нефротического синдрома:

<variant> протеинурия, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия, отеки

<variant> гематурия

<variant> цилиндрурия

<variant> артериальная гипертензия

<variant> анемия

<question>У больного с широким открытым артериальным протоком редко наблюдаются:

<variant> цианоз и "барабанные пальцы"

<variant> выбухание грудной клетки над областью сердца слева

<variant> "машинный" шум

<variant> усиленный разлитой верхушечный толчок

<variant> расширение границ сердца влево

<question>Критерии Киселя – Джонсона используются в диагностике:

<variant> ревматической лихорадки

<variant> дерматополимиозита

<variant> системной красной волчанки

<variant> ревматоидного артрита

<variant> саркоидоза

<question>У детей дошкольного возраста наиболее частым врожденным пороком сердца с цианозом является:

<variant> стеноз легочной артерии

<variant> незаращенный боталлов проток

<variant> коарктация аорты

<variant> первичная легочная гипертензия

<variant> тетрада Фалло

<question>При болезни Верльгофа противопоказаны за исключением:

<variant> глюконат кальция

<variant> уксус

<variant> алкоголь

<variant> салицилаты, НПВП

<variant> карбенициллин, аминазин

<question>К порокам развития бронхо-легочной системы не относятся:

<variant> саркоидоз Бэка

<variant> гипоплазия доли легкого

<variant> синдром Вильямса-Кэмбелла

<variant> трахеопищеводный свищ

<variant> синдром Картагенера

<question>Высокий риск развития синдрома врожденной краснухи имеется в случаях:

<variant> если женщина во время беременности переносит краснуху

<variant> если не привитая против краснухи женщина во время беременности контактирует с больным краснухой

<variant> если женщина переносит краснуху при сроке 36-38 недель

<variant> если имеется фетоплацентарная недостаточность

<variant> не имеется фетоплацентарная недостаточность

<question>Клиническую картину внутриутробных инфекций в большей степени определяют:

<variant> сроки внутриутробного поражения

<variant> токсичность возбудителя

<variant> путь проникновения инфекции

<variant> состояния реактивности организма плода

<variant> состояния реактивности организма матери

<question>Сухой кашель при хроническом бронхите обусловлен:

<variant> воспалением слизистой оболочки крупных бронхов

<variant> воспалением слизистой оболочки мелких бронхов

<variant> гипертрофией слизистой оболочки бронхов

<variant> атрофией слизистой оболочки бронхов

<variant> повышенной чувствительностью рефлексогенных зон слизистой оболочки крупных бронхов

<question>Для профилактики гастритов не рекомендуется:

<variant> бессолевая диета

<variant> правильный режим и характер питания

<variant> устранение профессиональных вредностей

<variant> отказ от алкоголя

<variant> лечение заболеваний, приводящих к хроническому гастриту

<question>Ведущие симптомы бронхиальной астмы:

- <variant> удушье с затрудненным выдохом, сухие свистящие хрипы
- <variant> удушье с затрудненным вдохом, кашель со слизистой мокротой
- <variant> кашель с кровохарканьем, одышка
- <variant> удушье с затрудненным вдохом, сухие свистящие хрипы
- <variant> кашель с выделением гнойной мокроты

<question> В12- фолиеводефицитные анемии не являются следствием ...

- <variant> дефицита железа в организме
- <variant> дефицита фолиевой кислоты
- <variant> дефицита витамина В12 в организме
- <variant> врожденного дефицита фактора Кастля в желудке
- <variant> нарушения обмена фолиевой кислоты в организме

<question>В окончательном диагнозе острого лейкоза решающее значение имеет обнаружение в костном мозге:

- <variant> высокого процента бластных клеток
- <variant> отсутствия мегакариоцитов
- <variant> появления нетипичных для костного мозга клеток
- <variant> угнетения красного (эритроидного) ростка
- <variant> нарушения созревания в миелоидном ростке

<question>При остром гломерулонефрите не ограничивают:

- <variant> углеводы
- <variant> воду
- <variant> соли
- <variant> белок
- <variant> жареное

<question>В качестве фитотерапии при пиелонефрите не назначают:

- <variant> кукурузные рыльца
- <variant> петрушку
- <variant> шиповник
- <variant> можжевельник
- <variant> листья брусники

<question>При остром пиелонефрите в анализе крови отмечается:

- <variant> лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
- <variant> снижение СОЭ
- <variant> выраженная анемия
- <variant> снижение эритроцитов
- <variant> повышение цветного показателя

<question>Различают 2 основных вида дискинезии:

- <variant> гипертоническую, гипотоническую

<variant> воспалительную, функциональную

<variant> атрофическую, гипертрофическую

<variant> желчнокаменную, бескаменную

<variant> инфекционную, паразитарную

<question> При язвенной болезни среди этиологических факторов ведущая роль принадлежит:

<variant> хеликобактер пилори

<variant> генетическому фактору

<variant> нарушению нейрогуморальной регуляции

<variant> гиперпродукции соляной кислоты и пепсина

<variant> нарушению защитных факторов

<question> При остром простом бронхите с лихорадкой противопоказаны:

<variant> горчичники

<variant> витаминотерапия

<variant> антибиотики

<variant> антигистаминные препараты

<variant> отхаркивающие средства

<question> При обструктивном остром бронхите не отмечается:

<variant> шум трения плевры

<variant> жужжащие хрипы

<variant> свистящие хрипы

<variant> сухие хрипы

<variant> дистанционные хрипы

<question> У Оли 1 года 3 месяцев жалобы на переваливающуюся «утиную» походку, О-образное искривление голеней. 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. Ваш диагноз.

<variant> рахит, витамин D-дефицитный

<variant> дисплазия тазобедренных суставов

<variant> фосфат-диабет

<variant> витамин D-зависимый рахит

<variant> все вышеперечисленное

<question> Сухой, грубый, лающий кашель характерен для поражения:

<variant> гортани

<variant> бронхов

<variant> легких

<variant> трахеи

<variant> плевры

<question>Частота сердцебиений плода в норме:

<variant> 120-140 ударов в минуту

<variant> менее 100 ударов в минуту

<variant> 160-180 ударов в минуту

<variant> 100-110 ударов в минуту

<variant> 200 ударов в минуту

<question> Первый «перекрест» в формуле крови у доношенных детей происходит в возрасте:

<variant> на 5-й день жизни

<variant> на 10-й день жизни

<variant> в 1-й день жизни

<variant> на 20-й день жизни

<variant> на 30-й день жизни

<question> На приеме ребенок 7 месяцев. Со слов мамы у ребенка отмечается задержка стула до 2-3 дней. Ребенок от третьих родов, протекавших на фоне анемии.

Вскармливание ребенка осуществлялось цельным коровьим молоком с 3 месяцев. В питании ребенка преобладают каши из манной крупы. Овощи ест плохо.

Самостоятельно не сидит. При осмотре пальпируются реберные «четки», борозда Гаррисона. живот увеличен в объеме, б/б. Печень на 1,5 см. выступает из-под края реберной дуги. Со стороны легких и сердца изменений нет. Увеличение живота при данном заболевании связано:

<variant> мышечной гипотонией

<variant> лактазной недостаточностью

<variant> альбуминовой недостаточностью

<variant> опухолью кишечника

<variant> с метеоризмом

<question> Мать одномесячного ребенка обратилась к врачу с жалобами на налет на слизистой оболочке полости рта. Во время кормления грудью отмечается беспокойство, ребенок плохо сосет. Налет сохраняется в течение 6 дней. При осмотре: ребенок беспокойный, в полости рта - яркая гиперемия щек, языка, твердого неба, на щеках творожистый налет. По другим органам и системам без особенностей. Ваш диагноз:

<variant> молочница, средней степени тяжести

<variant> молочница, легкой степени тяжести

<variant> молочница, тяжелой степени тяжести

<variant> острый герпетический стоматит

<question> Ребенку 5 месяцев. Вес ребенка 6300 грамм. Находится на искусственном вскармливании смесью «Нутрилон». Ребенку в сутки необходимо:

<variant> 900 мл. смеси, 50 мл. сока, 50 мл. фруктового пюре

- <variant> 700 мл.смеси, 20 мл. сока, 50 мл. фруктового пюре
- <variant> 800 мл.смеси, 50 мл. сока, 50 мл. фруктового пюре
- <variant> 600 мл. смеси, 20 мл. сока, 50 мл. фруктового пюре
- <variant> 1000 мл.смеси, 50 мл. сока, 50 мл. фруктового пюре
- <question>Механизм действия фолиевой кислоты на плод:
- <variant> предупреждает развитие дефектов нервной трубки
- <variant> предупреждает развитие дефектов сердечно-сосудистой системы
- <variant> предупреждает развитие дефектов легочной системы
- <variant> предупреждает развитие дефектов желудочно-кишечного тракта
- <variant> предупреждает развитие дефектов мочевыделительной системы
- <question>Гингивит - это воспаление слизистой оболочки:
- <variant> десневого края челюстей
- <variant> языка
- <variant> неба
- <variant> десневого сосочка
- <variant> губ
- <question> На приеме у семейного врача здоровый ребенок возраст - 2 месяца, растет и развивается соответственно возрасту. Назначьте профилактические прививки по календарному плану:
- <variant> ИПВ, АКДС,НІb, ВГВ, ПКВ
- <variant> ОПВ, БЦЖ, ВГВ
- <variant> АДС-М, ОПВ, ВГВ
- <variant> АКДС, БЦЖ, ВГВ, ОПВ
- <variant> НІb, АКДС, ВГВ
- <question>Аntenatalная профилактика рахита проводится беременным женщинам с:
- <variant> с 30-32 недель
- <variant> с 18-20 недель
- <variant> с 14-16 недель
- <variant> с 22-24 недель
- <variant> с 10-12 недель
- <question> Основные симптомы при обструктивном бронхите, кроме одного:
- <variant> ассиметричные влажные мелкопузырчатые хрипы
- <variant> Сухой кашель продолжительностью 2 недели
- <variant> одышка
- <variant> симптомы неочевидной интоксикации
- <variant> диффузные влажные хрипы
- <question>~ Возбудитель, который чаще всего вызывает острый обструктивный бронхит у детей:
- <variant> РС-вирус
- <variant> ротавирус

<variant> микоплазма

<variant> хламидия

<variant> вирус гриппа

<question>На приеме ребенок 15 дней. Со слов матери, 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. Ваш предварительный диагноз:

<variant> пилороспазм

<variant> перинатальная энцефалопатия

<variant> пилоростеноз

<variant> дисбактериоз кишечника

<variant> лактазная недостаточность

<question>Стоматит- это:

<variant> воспаление слизистой оболочки полости рта

<variant> воспаление мышечной оболочки полости рта

<variant> воспаление кровеносных сосудов полости рта

<variant> воспаление лимфатических сосудов полости рта

<variant> воспаление нервных окончаний полости рта

<question>Больного беспокоят постоянные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникшие после обильного приема жирной пищи. При пальпации болезненность в зонах Шофара и Мейо-Робсона, понос без примеси крови, слабость, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без существенного сдвига формулы влево. Из перечисленных лабораторных данных является наиболее информативным тестом у ребенка при данном заболевании:

<variant> определение в крови амилазы

<variant> определение в крови трипсина

<variant> определение в крови эластазы

<variant> определение в крови щелочной фосфатазы

<variant> определение в крови глюкозы

<question>Ребенок перенес полиомиелит. Тактика в отношении дальнейшей вакцинации:

<variant> не вакцинировать вообще

<variant> вакцинировать после серологического обследования в отношении напряжения

ммунитета

<variant> вакцинировать уменьшенными дозами

<variant> вакцинировать по плану обычными дозами

<variant> вакцинировать с учетом последствий

<question>У ребенка 2,5 лет жалобы на частые болезненные мочеиспускания. Данные жалобы связаны с переохлаждением и беспокоят в течение 2 дней. Состояние средней тяжести за счет дизурических явлений. Периферических отеков нет, интоксикация не выражена. При обследовании выявлена лейкоцитурия. Наиболее вероятен у больного диагноз:

<variant> острый цистит

<variant> острый гломерулонефрит

<variant> острый пиелонефрит

<variant> хронический пиелонефрит

<variant> тубулопатия

<question>Уровень гемоглобина у новорожденного в норме при рождении составляет:

<variant> 180 г/л

<variant> 120 г/л

<variant> 140 г/л

<variant> 160 г/л

<variant> 240 г/л

<question>Ребенок 5 мес находится на грудном вскармливании. Получает яблочный сок и фруктовое пюре. Развивается удовлетворительно. Дайте рекомендации по питанию:

<variant> ввести овощное пюре

<variant> начать прикорм манной кашей

<variant> включить в рацион готовое мясное пюре

<variant> добавить морковный сок

<variant> дать творог

<question>При прободении язвы желудка или 12- перстной кишки в свободную брюшную полость характерными ранними симптомами являются:

<variant> «кинжальная боль» в животе

<variant> многократная рвота

<variant> высокая лихорадка

<variant> «доскообразный» живот

<variant> печеночная тупость

<question>Комплекс исследований необходим при железодефицитной анемии у детей:

<variant> сывороточное железо, ферритин крови

<variant> билирубин и его фракции, осмотическая стойкость эритроцитов

<variant> билирубин крови, стеральная пункция

<variant> белок и белковые фракции, кривая Прайс-Джонса

<variant> ОАК, гематокрит

<question>При гемофилии наиболее информативное исследование:

<variant> определение плазменных факторов свертывания крови

- <variant> определение гемоглобина
- <variant> определение времени кровотечения
- <variant> подсчет тромбоцитов
- <variant> количество лейкоцитов
- <question>Признак, нехарактерный для бронхиальной астмы:
- <variant> повышение концентрации хлоридов в поте и моче
- <variant> приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой
- <variant> гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты
- <variant> рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы
- <variant> жесткое дыхание
- <question>При «аспириновой» астме нельзя использовать:
- <variant> напроксен
- <variant> сальбутамол
- <variant> интал
- <variant> тавегил
- <variant> эуфиллин
- <question>Здоровый ребенок начинает хорошо держать голову:
- <variant> с 1,5 – 2 месяцев
- <variant> с рождения
- <variant> с 4 недель
- <variant> с 3-х месяцев
- <variant> с 4-х месяцев
- <question>Риск рождения недоношенного ребенка имеется у женщин с:
- <variant> инфекционными заболеваниями в первом триместре
- <variant> нарушениями деятельности сердечно - сосудистой системы
- <variant> дискинезиями желчевыводящих путей во время беременности
- <variant> вегетососудистой дистонией
- <variant> хроническим гастритом
- <question>Дифференцированное наблюдение за детьми с лимфатико-гипопластическим диатезом предусматривает обязательные консультации:
- <variant> эндокринолога
- <variant> гастроэнтеролога
- <variant> отоларинголога
- <variant> окулиста
- <variant> невропатолога
- <question>Врачебные наблюдения за детьми с экссудативно-катаральным диатезом проводятся в поликлинике:
- <variant> ежемесячно до 1 года
- <variant> 1 раз в год с года до 4 лет

<variant> 1 раз в 3 месяца до 1 года

<variant> 3 раза в год после 4 лет

<variant> 3 раза на первом месяце жизни

<question>Первый клинический анализ здоровому ребенку проводится:

<variant> в 2 месяца

<variant> в 1 месяц

<variant> в 6 месяцев

<variant> в 1 год

<variant> в 3 года

<question>Профилактическая доза витамина D 3 водного раствора у детей составляет:

<variant> 500 МЕ в сутки

<variant> 2500 МЕ в сутки

<variant> 3500-10000 МЕ в сутки

<variant> 50000-0000 МЕ в сутки

<variant> 1500 МЕ в сутки

<question>Новорожденного из группы риска должны посетить участковый врач и медсестра в:

<variant> в день выписки

<variant> в течение одной недели

<variant> в течение двух недель

<variant> в роддоме

<variant> в течение первых трех дней после выписки

<question>Ко второй группе здоровья относятся дети:

<variant> с фоновой патологией

<variant> совершенно здоровые

<variant> с врожденными пороками сердца

<variant> с болезнью Дауна

<variant> с диагнозом – гидроцефалия

<question>Наблюдение и лечение детей с экссудативно-катаральным диатезом проводит специалист:

<variant> участковый врач

<variant> иммунолог

<variant> невропатолог

<variant> дерматолог

<variant> эндокринолог

<question>Ребенок с диагнозом рахит II степени, подострое течение относится к группе здоровья:

<variant> 2 Б

<variant> 2А

<variant> 1

<variant> 3

<variant> 3А

<question>Ребенок с наличием хронического заболевания в стадии компенсации относится к группе здоровья:

<variant> третьей

<variant> второй

<variant> четвертой

<variant> первой

<variant> пятой

<question>Ребенок с наличием хронического заболевания в стадии субкомпенсации относится к группе здоровья:

<variant> четвертой

<variant> второй

<variant> первой

<variant> третьей

<variant> пятой

<question>Ребенка с наличием хронического заболевания в стадии декомпенсации позволяет отнести к группе здоровья:

<variant> пятой

<variant> второй

<variant> третьей

<variant> четвертой

<variant> первой

<question>Снижение массы тела при нормальной длине диагностируется как:

<variant> гипотрофия

<variant> гипостатура

<variant> гипосомия

<variant> гипоплазия

<variant> рахит

<question>Равномерное снижение массы и роста диагностируется как:

<variant> гипостатура

<variant> гипоплазия

<variant> гипосомия

<variant> гипотрофия

<variant> рахит

<question>Наиболее часто встречающимся вариантом дефицитной анемии у детей является:

<variant> железодефицитная

<variant> белководефицитная

<variant> смешанная

<variant> фолиеводефицитная

<variant> витамин B12-дефицитная

<question>Главным диагностическим критерием железодефицитной анемии при наличии перечисленных характерных симптомов является:

<variant> снижение концентрации сывороточного железа

<variant> снижение уровня гемоглобина в единице объема крови

<variant> снижение концентрации гемоглобина в 1 эритроците

<variant> уменьшение количества эритроцитов

<variant>повышение железосвязывающей способности сыворотки крови

<question> Жалуется на кашель с выделением слизисто –гнойной мокроты у ребенка в течение 6 месяцев. Наиболее эффективным методом диагностики при обследовании больного в данном случае является:

<variant> бронхоскопия

<variant>ангиография

<variant>томография

<variant>бронхография

<variant>пункция плевральной полости

<question>Наиболее физиологический метод регидратации:

<variant> оральный

<variant> катетеризация

<variant> ректальный

<variant> внутрикостный

<variant> венопункция

<question>Наиболее целесообразный раствор для оральной регидратации:

<variant> регидрон

<variant> глюкосолан

<variant> гемодез

<variant> оралит

<variant> хлоразол

<question>Основной задачей диспансеризации является:

<variant> своевременная коррекция обнаруженных сдвигов и лечение больных

<variant> оценка физического развития

<variant> выявление отклонений в состоянии здоровья

<variant> привлечение необходимых специалистов для уточнения диагноза

<variant> организация и проведение реабилитационных мероприятий

<question>Из ниже перечисленных препаратов не обладает антихеликобактерной активностью:

<variant> алмагель

- <variant> фуразолидон
- <variant> метронидазол (трихопол)
- <variant> амоксициллин
- <variant> де-нол
- <question>Для клинической картины кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта характерно:
- <variant> рвота «кофейной гущей»
- <variant> опоясывающие боли в животе
- <variant> примесь алой крови в стуле
- <variant> кинжальные боли в животе
- <variant> жидкий стул
- <question>~ Муколитик, используемый для борьбы с Бронхообструкцией:
- <variant> амброксола гидрохлорид
- <variant> трипсин
- <variant> йодистый калий
- <variant> платифиллин
- <variant> атропин
- <question>~ Не применять при остром обструктивном бронхите:
- <variant> тусупрекс, кофеин
- <variant> солутан, бронхолитин
- <variant> эуфиллин
- <variant> сальбутамол
- <variant> горячая ванна для ног
- <question> Часто используется при лечении острого обструктивного бронхита:
- <variant> эуфиллин
- <variant> но-шпа
- <variant> сальбутамол
- <variant> бронхолитин
- <variant> теофедрин
- <question>Основной причиной острого холецистита у детей является:
- <variant> инфекция
- <variant> диетические погрешности
- <variant> физическая нагрузка
- <variant> переохлаждение
- <variant> травма
- <question>Ребенок должен быть осмотрен при поступлении в школу следующими специалистами:
- <variant> ЛОР, стоматолог, ортопед, окулист, невропатолог, логопед
- <variant> ЛОР, стоматолог, окулист, ортопед, невропатолог
- <variant> ЛОР, окулист, невропатолог, эндокринолог
- <variant> ЛОР, стоматолог, окулист, психиатр

<variant> ЛОР, стоматолог, логопед, психиатр, окулист

<question>На врачебном участке не должно превышать от рождения до 15 лет:

<variant> 800 детей

<variant> 1100 детей

<variant> 1000 детей

<variant> 10 детей

<variant> 1500 детей

<question>Детская городская поликлиника оказывает лечебно-профилактическую помощь детям в возрасте, включительно:

<variant> 14 лет 11 месяцев, 29 дней

<variant> 10 лет 3 месяца, 20 дней

<variant> 15 лет 11 месяцев, 29 дней

<variant> 12 месяцев, 25 дней

<variant> 13 лет 6 месяцев, 29 дней

<question>Признаки, характерные для хронической пневмонии с бронхоэктазами:

<variant> влажные хрипы постоянной локализации

<variant> непостоянные влажные хрипы

<variant> проводные хрипы

<variant> крепитация

<variant> сухие рассеянные хрипы

<question>В этиологии внегоспитальной (внебольничной) пневмонии у детей ведущее значение имеет:

<variant> пневмококк

<variant> стафилококк

<variant> клебсиелла

<variant> пиогенный стрептококк

<variant> кишечная палочка

<question>О развитии дыхательной недостаточности свидетельствуют:

<variant> одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки

<variant> амфорическое дыхание

<variant> укорочение перкуторного звука

<variant> сухие хрипы

<variant> разнокалиберные влажные хрипы

<question>Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии у детей старшего возраста является:

<variant> пневмококк

<variant> микоплазма

<variant> клебсиелла

<variant> гемофильная палочка

<variant> синегнойная палочка

<question>Наиболее информативным исследованием для выявления туберкулеза внутригрудных лимфоузлов является:

<variant> томограмма прямая и боковая

<variant> обзорная рентгенограмма легких

<variant> боковая рентгенограмма легких

<variant> бронхоскопия

<variant> бронхография

<question>Укажите признак, нехарактерный для бронхиальной астмы:

<variant> повышение концентрации хлоридов в поте и моче

<variant> приступы бронхоспазма с экспираторной одышкой

<variant> гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты

<variant> рассеянные непостоянные сухие свистящие хрипы

<variant> жесткое дыхание

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

<variant> пероральных кортикостероидов

<variant> ингаляционных кортикостероидов

<variant> кетотифена

<variant> кромогликата

<variant> бета2-адреномиметиков

<question>Клинические проявления гемофилии А связаны с дефицитом:

<variant> VIII фактора

<variant> XI фактора

<variant> IX фактора

<variant> V фактора

<variant> VII фактора

<question>Для клинической картины гемофилии не характерно проявление:

<variant> лимфоаденопатия

<variant> гемартрозы

<variant> межмышечные гематомы

<variant> кровотечения

<variant> кровоизлияния во внутренние органы

<question>Антибактериальный препарат является эффективным при пневмонии, вызванной хламидиями:

<variant> сумамед

<variant> пенициллин

<variant> ампиокс

<variant> цефалоспорины

<variant> ампициллин

<question>В этиологии острого бронхита имеют этиологическое значение все, за исключением:

<variant> стафилококка

<variant> вируса гриппа

<variant> риносинтициальный вирус

<variant> микоплазма

<variant> вирус парагриппа

<question>В этиологии обструктивного бронхита не имеют этиологическое значение:

<variant> стафилококка

<variant> риновируса

<variant> риносинтициального вируса

<variant> аденовируса

<variant> вируса парагриппа 3 типа

<question>В клинической картине бронхита не отмечается:

<variant> затруднение вдоха

<variant> затруднение выдоха

<variant> втяжение уступчивых мест грудной клетки

<variant> одышка 70-90 дыханий в минуту

<variant> масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов

<question>Развитию хронического бронхолегочного заболевания не является:

<variant> частые респираторные вирусные инфекции

<variant> ранний возраст

<variant> неадекватная терапия острой пневмонии

<variant> пороки развития бронхолегочной системы

<variant> туберкулезная интоксикация

<question>Общепринятой классификации хронической пневмонии соответствует форма:

<variant> с бронхоэктазами

<variant> с плевритом

<variant> с обструктивным синдромом

<variant> с нарушением цилиарного аппарата

<variant> с гемосидерозом легких

<question>Симптом не регистрируется в клинической картине крупозной пневмонии:

<variant> мелкопузырчатые хрипы в начале заболевания

<variant> высокая лихорадка

<variant> боль в боку

<variant> ослабленное дыхание

<variant> острое начало

<question> Кортикостероиды при острой пневмонии не назначаются с целью борьбы с:

<variant> кашлем

<variant> шоком

<variant> отеком мозга

<variant> отеком легкого

<variant> синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

<question> У больного трех лет выявлено: лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, подъем температуры до 38 градусов. Наибольшую диагностическую значимость имеет один из показателей гемограммы:

<variant> бластные клетки – 10%

<variant> лейкоциты – 29 000

<variant> тромбоциты – 60 000

<variant> лимфоциты – 81%

<variant> СОЭ-47мм/час

<question> Признакам, позволяющим заподозрить острый лейкоз не относится:

<variant> деформирующий артрит

<variant> лимфаденопатия

<variant> кожно-геморрагический синдром

<variant> оссалгии

<variant> рефрактерная к антибактериальной терапии ангина

<question> Форма № ... - история развития ребенка:

<variant> 112/y

<variant> 030/y

<variant> 055/y

<variant> 080/y

<variant> 027/y

<question> Форма № ... - контрольная карта диспансерного наблюдения:

<variant> 030/y

<variant> 112/y

<variant> 080/y

<variant> 058/y

<variant> 027/y

<question> Форма № ... - карта профилактических прививок.

<variant> 063/y

<variant> 027/y

<variant> 055/y

<variant> 079/y

<variant> 076/y

<question>Форма № ... - экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку:

<variant> 058/y

<variant> 079/y

<variant> 042/y

<variant> 118/y

<variant> 059 y

<question>Наиболее часто встречается у детей:

<variant> алиментарная анемия

<variant> гемолитическая анемия

<variant> геморрагическая анемия

<variant> гипопластическая анемия

<variant> анемия сложного генеза

<question>Не характерным признаком железодефицитной анемии является:

<variant> появление бластных клеток

<variant> гипохромия

<variant> микроцитоз

<variant> анизоцитоз

<variant> пойкилоцитоз

<question>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>Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии II степени составляет:

<variant> 3-7 дней

<variant> 10 дней

<variant> 1-2 дня

<variant> до 14 дней

<variant> 1 месяц

<question>Дефицит массы тела при III степени гипотрофии составляет:

<variant> 30 % и более

<variant> 20 -30 %

<variant> 5-8 %

<variant> 5-15 %

<variant> 10-20 %

<question>Форма № ... - медицинская карта ребенка для оформления в школу:

<variant> 026/y

<variant> 064/y

<variant> 044/y

<variant> 059/y

<variant> 112/y

<question>Форма № ... - журнал учета инфекционных заболеваний:

<variant> 060/y

<variant> 030/y

<variant> 063/y

<variant> 112/y

<variant> 058/y

<question>Форма № ... - журнал учета профилактических прививок:

<variant> 064/y

<variant> 060/y

<variant> 063/y

<variant> 030/y

<variant> 112/y

<question>Для клинической картины перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки не характерен:

<variant> опоясывающие боли

<variant> рвота, не приносящая облегчения

<variant> доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки

<variant> кинжальные боли в животе

<variant> резкое ухудшение состояния больного

<question>Основным методом диагностики желудочно-дуоденального кровотечения является:

<variant> фиброэзофагогастродуоденоскопия

<variant> обзорный снимок брюшной полости

<variant> УЗИ брюшной полости

<variant> рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с барием

<variant> колоноскопия

<question>Характер боли при дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу:

<variant> постоянные распирающие боли в правом подреберье

<variant> опоясывающие

<variant> кратковременные приступообразные боли в правом подреберье

<variant> поздние боли в верхней половине живота

<variant> тупые распирающие боли в околопупочной области

<question>Вызов на дом к ребенку 5 лет. Жалобы на слабость, вялость, затруднение дыхания и глотания. Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура 38,5С. Кожные покровы чистые, бледноватые. Шейные лимфоузлы увеличены, безболезненны. В зеве гиперемия слизистых, миндалины увеличены, с беловатым налетом. Живот мягкий, несколько болезненный, гепатоспленомегалия.

Предварительный диагноз

<variant> инфекционный мононуклеоз

<variant> дифтерия зева

<variant> лимфогранулематоз

<variant> аденовирусная инфекция

<variant> гнойная ангина

<question>Для эрадикации геликобактерии пилори целесообразно применить препарат:

<variant> азитромицин.

<variant> амоксициллин .

<variant> кларитромицин

<variant> метронидазол.

<variant> эритромицин.

<question>На приеме ребенок 8 мес. Из анамнеза от 1 беременности, родился в срок, с массой 3400. С 1,5 мес находится на искусственном вскармливании. Вскармливался беспорядочно, прикормы введены несвоевременно. Головку держит с 2,5 мес, сидит с 7 мес, не стоит. При осмотре: вялый, выражена потливость. Кожные покровы бледные. Общая мышечная гипотония. Голова квадратной формы с выступающими лобными буграми. Большой родничок 2,0x 2,5 см., края податливы. Зубов нет. Грудная клетка с боков сдавлена, аппертура развернута. Выражены «браслетки». Живот «лягушачий», мягкий. Печень выступает из подреберья на 3 см. Стул неустойчивый. У данного ребенка в биохимическом анализе крови возможны изменения:

<variant> снижение Са, ацидоз, снижение щелочной фосфатазы

<variant> снижение Са, снижение Р, повышение щелочной фосфатазы

<variant> снижение Р, алкалоз, повышение щелочной фосфатазы

<variant> повышение щелочной фосфатазы, снижение Р, диспротеинемия

<variant> снижение Са, снижение Р, снижение щелочной фосфатазы

<question>Вызов на дом к ребенку 8 лет. Жалобы на приступы удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой. Из анамнеза с маленьких лет часто болеет бронхитами, обострения особенно 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. Необходимо добавить в лечении данного состояния группу препаратов:

- <variant> муколитические препараты
- <variant> антигистаминные препараты
- <variant> ингаляционные глюкокортикостероиды
- <variant> антибактериальные препараты
- <variant> бронхолитические препараты

<question>Ребенку 2 месяца. Приглашен на плановую вакцинацию. Родился от ВИЧ-инфицированной женщины. При объективном осмотре: общее состояние удовлетворительное. Находится на искусственном вскармливании. Вес ребенка 4800 гр. По внутренним органам данные без патологии. Тактика участкового врача:

- <variant> допустить к вакцинации после осмотра врача центра СПИД
- <variant> допустить к вакцинации
- <variant> допустить к вакцинации после осмотра инфекциониста
- <variant> мед.отвод на 6 месяцев
- <variant> постоянный мед.отвод

<question>Ребенку 3 месяцев, родился с весом 3000гр., ростом 50 см., оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. К груди приложен в первые 30 минут после рождения, в настоящее время находится на искусственном вскармливании. Матери 17 лет, беременность первая, семья неполная, курила, образование 9 классов. Отца ребенка нет. Ухаживает за ребенком бабушка. Семья материально обеспечена. 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. Сроки проведения медицинских осмотров:

- <variant> 1 раз в месяц до 6 месяцев, далее при благоприятном течении ежемесячно
- <variant> 3 раза в месяц до 6 месяцев, далее при благоприятном течении ежемесячно
- <variant> 4 раза в месяц до 6 месяцев, далее при благоприятном течении ежемесячно
- <variant> 2 раза в месяц до 6 месяцев, далее при благоприятном течении ежемесячно
- <variant> ежемесячно до года

<question>У ребенка после вакцинации вакциной Тританрикс через 2 часа появился пронзительный крик, продолжающийся в течение 4 часов. Возникновение крика связано с:

- <variant> повышением кровяного давления
- <variant> повышением внутричерепного давления
- <variant> повышением спинно-мозгового давления
- <variant> местной реакцией
- <variant> повышением температуры

<question>На приеме девочка 9 лет с жалобами на слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до фебрильных цифр в последние 2-а 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>Часто болеющие дети на поликлиническом этапе нуждаются в назначении:

<variant> витаминов, метаболитов

<variant> витаминов, антиоксидантов, пробиотиков, иммуномодуляторов

<variant> витаминов, лизоцим-ингибиторов протеолиза, гормонов

<variant> антиоксидантов, гомеопатических препаратов

<variant> витаминов, гомеопатических препаратов, лизоцим-ингибиторов протеолиза, метаболитов, антиоксидантов, пробиотиков.

<question>На приеме ребенок 3 месяцев. Визит по поводу вакцинации V2-АКДС, ОПВ, Hib. Предыдущая плановая вакцинация осложнилась тяжелой общей реакцией. На момент осмотра общее состояние удовлетворительное. По внутренним органам данные без патологии. Согласно приказа № 636 решить о иммунизации:

<variant> не подлежит, врач оформляет временный медотвод

<variant> подлежит, по общепринятому календарю, но без коклюшного компонента

<variant> подлежит, по индивидуальному календарю

<variant> не подлежит, врач оформляет постоянный медотвод

<variant> подлежит, по общепринятому календарю

<question>На рентгенограмме лучезапястного сустава ребенка 4 лет расширение метафизов длинных трубчатых костей, размытость линии зоны обызвествления, остеопороз. Са крови – 2,05 ммоль/л, Р – 0,65 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 2437 ЕД: Оцените представленные данные:

<variant> активный рахит, гипофосфатемия, Са снижен, ЩФ увеличена

<variant> подострый рахит, гиперфосфатемия, Са и ЩФ в норме,

<variant> активный рахит, гипофосфатемия, Са и ЩФ в норме,
 <variant> рецидивирующий рахит, гипофосфатемия, гипокальциемия, ЩФ снижена,
 <variant> активный рахит, гипофосфатемия, гиперкальциемия, ЩФ увеличена
 <question>Жалобы матери на плохой аппетит, срыгивание у ребенка 4 мес. Ребенок от срочных родов с массой 3,400 гр. С месяца на искусственном вскармливании. Вес 4,700 гр. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-серые, сухие, легко собираются в складку, плохо расправляются. Слизистая рта ярко-розовая, суховата. Подкожно-жировой слой слабо выражен. Мышцы дряблые. Живот слегка вздут. Стул неустойчив. Поставьте диагноз по классификации:
 <variant> дистрофия по типу гипотрофии II степени, период стабилизации, постнатального происхождения, алиментарного генеза
 <variant> дистрофия по типу гипотрофии II степени, период прогрессирования, постнатального происхождения, алиментарного генеза
 <variant> дистрофия по типу гипотрофии I степени, начальный период, постнатального происхождения, смешанного генеза.
 <variant> дистрофия по типу гипотрофии I степени, период прогрессирования, постнатального происхождения, смешанного генеза.
 <variant> дистрофия по типу гипотрофии III степени, период разгара, постнатального происхождения, смешанного генеза.
 <question>На приеме ребенок 4 года. Жалобы на повышение температуры до 38С, общую слабость, вялость, затруднение носового дыхания. Объективно: одутловатость лица, пальпаторно передне- и заднешейные лимфоузлы увеличены до 2-3 см. Зев: гиперемирован, миндалины увеличены. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка - на 2 см. Клинический диагноз:
 <variant> инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести
 <variant> инфекционный мононуклеоз, стертая форма, легкой степени
 <variant> инфекционный мононуклеоз, тяжелой степени тяжести, гепатит, лимфаденит
 <variant> инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести, гепатоспленомегалия
 <variant> инфекционный мононуклеоз, тяжелой степени тяжести, гепатит, лимфаденит. осложнение – ангина
 <question>Девочка, 8 лет. Жалобы на кашель со скудной мокротой, одышку в ночное время. Больна в течение 6-и месяцев, после ОРВИ . Объективно: температура тела 36,8 С, частота дыхания 30 в минуту, дыхание свистящее, выслушиваются сухие хрипы. Сердечные тоны приглушены. На рентгенограмме : усиление легочного рисунка с обеих сторон.
 Лекарственное средство из перечисленных наиболее показано:
 <variant> серетид
 <variant> флутиказон дипропионат

<variant> эуфиллин

<variant> лазолван

<variant> кромогликат натрия

<question>Девочка 11 лет. Жалобы на внезапно возникшую боль в эпигастрии и в левом подреберье с иррадиацией в спину, тошноту, кровавую рвоту. Реакция Грегersona – положительная. Состоит на «Д» учете по поводу хронической ревматической болезни сердца, принимает диклофенак. Группа лекарственных препаратов, из ниже перечисленных, является наиболее целесообразным:

<variant> коллоидный субцитрат висмута

<variant> антибиотики

<variant> прокинетики

<variant> спазмолитики

<variant> антациды

<question>Иммунопрофилактика в РК проводится приказу:

<variant> 2295, 119, 636, 1691, 8

<variant> 113, 145, 2295, 636, 119

<variant> 760, 2295, 636, 7, 145

<variant> 535, 2295, 7, 145, 1691

<variant> 72, 636, 1691, 145

<question>К семейному врачу обратилась мама с ребенком 5 лет с жалобами на задержку стула в течение 5 суток и на боли в животе. При физикальном исследовании со стороны органов грудной клетки патологии не выявлено. Живот мягкий, болезненный при пальпации, симптомы раздражения отсутствуют. Наиболее целесообразно провести в первую очередь лечение:

<variant> очистительную клизму

<variant> сифонную клизму

<variant> назначение слабительных

<variant> масляная клизма

<variant> лекарственная клизма

<question>К семейному врачу обратился мальчик 9 лет с жалобами на частый зуд в перианальной области в вечерние и ночные часы, иногда отмечает схватко-образные боли в области пупка и учащенный стул. Последние дни плохо спит. С подозрением на аппендицит доставлен со скорой помощью в больницу. Из анамнеза: мальчик скрывал выше указанные симптомы, который уже давно беспокоят. При осмотре обнаружено трещины в перианальной области. После консультации хирурга диагноз аппендицит не подтвержден. Из дополнительных методов исследования наиболее целесообразно провести в первую очередь:

<variant> микроскопия кожи перианальной области

<variant> анализ кала на я/глист

<variant> копрограмма

<variant> общий анализ мочи в развернутом виде

<variant> общий анализ крови в развернутом виде

<question>На профилактическом приеме у семейного врача ребенок в возрасте 3 месяцев. На момент осмотра мать жалоб не предъявляет. Ребенок находится на грудном вскармливании. Из анамнеза: от 1 беременности, от 1 родов в сроке 38-39 недель. Вакцинация БЦЖ сделано в родильном доме на третьи сутки жизни. Контакт с туберкулезными больными отрицает. Объективно: физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту. По органам без патологических изменений. При осмотре левого плеча признаков развития БЦЖ нет. Тактика врача:

<variant>вакцинировать до 6 мес жизни без предварительной пробы Манту

<variant>вакцинация противопоказана

<variant> вакцинировать до 6 мес после предварительной пробы Манту

<variant> вакцинировать через 6 мес жизни без предварительной пробы Манту

<variant> вакцинировать в 1 год после предварительной пробы Манту

<question>Ребенку 4 года, болен 2 день, температура тела 37,7С, насморк, кашель, гиперемия зева, частота дыханий 25 в 1 минуту, ЧСС -115 в минуту. В легких выслушивается жесткое дыхание, проводится равномерно, хрипов нет, перкуторно звук не изменен. Включить в план общего лечения лекарственные препараты:

<variant> теплое питье, отхаркивающие

<variant> антибиотики , отхаркивающие

<variant> анальгетики , сульфаниламиды

<variant> эуфиллин, сульфаниламиды

<variant> антигистаминные, отхаркивающие

<question>Ребенок здоров, держит головку, фиксирует взор. Масса тела 5000 г, длина 58 см (при рождении 3500г и 52 см соответственно). Развитие данного ребенка соответствует возрасту:

<variant> 2 мес

<variant> 3 мес

<variant> 4 мес

<variant> Оценить трудно по имеющимся данным

<variant> 1 мес.

<question>У ребенка 8 лет с благополучным ранним анамнезом, вакцинированного по возрасту, на 3 день болезни по клиническим данным диагностирована токсическая дифтерия зева (1 степени). Целесообразно начать введение антитоксической противодифтерийной сыворотки:

<variant> немедленно

<variant> после окончания лихорадочного периода

<variant> до 4-5 го дня болезни

<variant> при развитии осложнений

<variant> в случае обнаружения токсигенных дифтерийных бактерий

<question>Общая продолжительность лечения железодефицитной анемии пероральными препаратами железа должна составлять:

<variant> 3-6 месяцев

<variant> 1 месяц

<variant> 1 год

<variant> 2-3 месяца.

<variant> 2-3 года

<question>Ребенок 3 года, вес 12 кг. Диагноз: Внебольничная правосторонняя очаговая пневмония, острое течение, не осложненная. Назначьте пенициллин в дозе:

<variant> Пенициллин по 300 тыс. ЕД х 4 раза в день

<variant> Пенициллин по 500 тыс. ЕД х 4 раза в день

<variant> Пенициллин по 400 тыс. ЕД х 4 раза в день

<variant> Пенициллин по 200 тыс. ЕД х 4 раза в день

<variant> Пенициллин по 100 тыс. ЕД х 4 раза в день

<question>Ребенку 2 года. Девочку уже не кормят грудью, и она получает пищу с общего семейного стола примерно 3 раза в день. Мясо в семье едят постоянно и дают ребенку. Из овощей и фруктов в рационе питания присутствуют картофель, морковь, капуста и яблоки. Порции еды небольшие и она съедает все, что ей предлагают. Мама просит врача дать совет по поводу питания ребенка. Совет врача:

<variant> на каждое основное кормление давать 250 мл пищи

<variant> кормить ребенка 4 раз в день

<variant> кормить ребенка 6 раз в день

<variant> между кормлениями давать чай

<variant> на каждое основное кормление давать 350 мл пищи

<question>Продолжительность курса лечения азитромицином при лечении пневмонии составляет:

<variant> 3 или 5 дней

<variant> 7-10 дней

<variant> 11-14 дней

<variant> 1-2 дня

<variant> 14-21 день

<question>Для приступа бронхиальной астмы характерно дыхание:

<variant> с удлиненным выдохом

<variant> с удлиненным вдохом

<variant> с затрудненным и вдохом и выдохом

<variant> Куссмауля

<variant> Чейн-Стокса

<question> Мать 1.5 месячного ребенка предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 37,8С, частые, болезненные мочеиспускания. В моче лейкоцитурия до 10-15 в п/зр., эритроцитурия до 7-9 в п/зр. Наиболее вероятен возбудитель:

<variant> кишечная палочка

<variant> стрептококк

<variant> цитомегаловирус

<variant> стафилококк

<variant> грибки

<question> У 7-летнего ребенка диагностирован «Неревматический кардит, идиопатический, поражение проводящей системы сердца, хроническое течение, тяжелый, НК2Б». Какие симптомы недостаточности кровообращения У данного ребенка вы обнаружили:

<variant> кашель, одышка, тахикардия, акроцианоз, разнокалиберные влажные хрипы в легких, печень выступает из-под крас реберной дуги на 4-5 см+

<variant> отеки на лице, асцит, кашель, одышка, гидроторакс, акроцианоз, гидроперикард

<variant> асцит, кашель, печень выступает из-под крас реберной дуги на 3-4 см, гидроперикард

<variant> отеки на ногах, одышка, гидроторакс, кашель, тахикардия, сухие хрипы в легких

<variant> асцит, кашель, одышка, печень выступает из-под крас реберной дуги на 4 см, гидроперикард

<question> Половое развитие у мальчиков должно начинаться не ранее:

<variant> 9 лет

<variant> 7 лет

<variant> 11 лет

<variant> 12 лет

<variant> 13 лет

<question> Ребенку 6 лет, жалуется на плохой аппетит, вялость, боли в животе без четкой локализации. Состояние при осмотре удовлетворительное, бледность кожи и видимых слизистых. Температуры не отмечалось. Катаральных явлений нет. По внутренним органам без патологии. Гемограмма в норме; в ОАМ-оксалатурия. Лечебным питанием у данного больного является:

<variant> картофельно-капустная диета

<variant> шпинат, петрушка, сельдерей

<variant> какао, шоколад, свекла

<variant> продукты, содержащие много кальция

<variant> продукты, содержащие много витамина С

<question>Реабилитация детей с хроническим панкреатитом на участке СВА включает:

- <variant> ферментотерапию, диету №5 на 1-2 года
- <variant> санаторно-курортное лечение диеты №1 на 3-4 года
- <variant> желчегонные препараты
- <variant> антибактериальную терапию
- <variant> курсами 2-3 раза в год

<question>К основным причинам дефицита железа не относится:

- <variant> гемолиз
- <variant> нарушение обеспечения железом плода при внутриутробном развитии
- <variant> алиментарный дефицит
- <variant> кровопотеря
- <variant> синдром нарушенного всасывания

<question> Относится к муколитикам, применяемым против бронхообструкции:

- <variant> N-ацетилцистеин, трипсин, йодид калия, дезоксирибонуклеаза
- <variant> платифиллин, атропин
- <variant> трипсин, химиотрипсин
- <variant> йод калия, платифиллин, трипсин
- <variant> димедрол, перистол

<question> Ребенок 3 лет, диагноз: деструктивная пневмония стафилококковой этиологии. Комбинация антибиотиков, эффективных при лечении этого заболевания:

- <variant> кефзол +сумамед
- <variant> гентамицин + метрагил
- <variant> пенициллин + гентамицин
- <variant> ампициллин + гентамицин
- <variant> левомицетин +пенициллин

<question>Основной причиной диареи является возбудитель:

- <variant> вирус кори
- <variant> вирус гриппа
- <variant> ротавирус
- <variant> вирус парагриппа
- <variant> RS-вирус

<question>Наиболее целесообразный раствор для оральной регидратации:

- <variant> регидрон
- <variant> гемодез
- <variant> глюколан
- <variant> оралит
- <variant> хлоразол

<question>Живой вирусной вакциной является:

- <variant> коревая
- <variant> АДС-М
- <variant> АДС

<variant> АКДС

<variant> БЦЖ

<question>Первую вакцинацию против кори делают в возрасте:

<variant> 12 месяцев

<variant> 4 месяцев

<variant> 2 месяцев

<variant> 6 месяцев

<variant> 8 месяцев

<question>Полную информацию о строении и возможных аномалиях развития желчевыводящих путей дает исследование:

<variant> ретроградная панкреатохолангиография (РПХ)

<variant> гепатобилисцинтиграфия

<variant> биохимическое исследование пузырной желчи

<variant> холецистография

<variant> ультразвуковое исследование

<question>В патогенезе заболеваний желчевыводящих путей не имеет фактор:

<variant> хеликобактерная инфекция

<variant> нервно-психические факторы

<variant> физико-химические свойства желчи

<variant> нарушение координированной деятельности сфинктерного аппарата

<variant> анатомические дефекты гепатобилиарной системы

<question>Основной задачей участкового педиатра не является:

<variant> продление оплачиваемого отпуска матери после рождения

<variant> снижение заболеваемости

<variant> снижение смертности детей

<variant> обеспечение оптимального физического развития детей ребенка

<variant> обеспечение оптимального нервно-психического развития детей

<question>К I группе здоровья относятся:

<variant> здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья

<variant> дети с хронической патологией в состоянии субкомпенсации

<variant> дети с хронической патологией в состоянии компенсации

<variant> дети с хронической патологией в состоянии декомпенсации

<variant> дети с риском возникновения хронической патологии и склонные к повышенной заболеваемости с наличием функциональных отклонений

<question>Диагностическим критерием при энтеробиозе является:

<variant> кожный зуд в области перианальной складки

<variant> отечность мягких тканей

<variant> желтушность склер

<variant> отеки на лице

<variant> суставные боли

<question>Диспансерное наблюдение за детьми с риском развития аллергических заболеваний проводят до:

<variant> 3 лет

<variant> 6 месяцев

<variant> 1 года

<variant> 5 лет

<variant> перевода в подростковый кабинет

<question>Первый дородовый патронаж осуществляют:

<variant> сразу после получения информации о взятии беременной на учет

<variant> на 32 неделе беременности

<variant> на 24-27 неделе беременности

<variant> на 10-15 неделе беременности

<variant> на 1 неделе беременности

<question>Второй дородовый патронаж проводится на неделе беременности:

<variant> 32 неделе

<variant> 40-41 неделе

<variant> 22-23 неделе

<variant> 24-27 неделе

<variant> 1 неделе

<question>Основным клиническим симптомом экссудативно-катарального диатеза является:

<variant> суставные боли

<variant> отставание в весе

<variant> субфебрильная температура

<variant> катаральные явления

<variant> молочный струп

<question>К первоочередным мероприятиям при судорожном синдроме относится введение:

<variant> седуксена

<variant> преднизолона

<variant> лазикса

<variant> витаминов

<variant> пенициллина

<question>При пиелонефрите поражаются:

<variant> лимфатическая система почек

<variant> сосудистая система почек

<variant> клубочек

<variant> слизистая мочевого пузыря

- <variant> лоханки, чашечки и интерстиций
- <question>Детская поликлиника в районе своей деятельности не обеспечивает:
- <variant> правовую защиту матерей и детей
- <variant> противоэпидемические мероприятия
- <variant> организационные мероприятия
- <variant> организацию и проведение комплекса профилактических мероприятий
- <variant> лечебно-консультативную помощь на дому
- <question>При грудном вскармливании преобладающей флорой кишечника является:
- <variant> бифидум-бактерии
- <variant> ацидофильные палочки
- <variant> кишечные палочки
- <variant> энтерококки
- <variant> стафилококки
- <question>Основным источником билирубина в организме является:
- <variant> гемоглобин
- <variant> цитохром
- <variant> миоглобин
- <variant> трансферрин
- <variant> каталаза
- <question>При пиелонефрите обычно не нарушается функция:
- <variant> клубочка
- <variant> проксимального отдела нефрона
- <variant> тубулярного отдела нефрона
- <variant> петли Генле
- <variant> дистального отдела нефрона
- <question>Основными факторами, повреждающими сосудистую стенку при геморрагическом васкулите, являются:
- <variant> иммунные комплексы
- <variant> вирусы
- <variant> бактериальные токсины
- <variant> микротромбы
- <variant> фактор активации тромбоцитов
- <question>Для геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите характерно:
- <variant> склонность элементов к слиянию
- <variant> наличие зуда
- <variant> несимметричность высыпаний
- <variant> наличие гематрозов
- <variant> аличие экхимозов
- <question>При гломерулонефрите поражается:

- <variant> клубочковый аппарат почек
- <variant> канальцевый аппарат почек
- <variant> интерстициальная ткань почек
- <variant> слизистая оболочка мочевого пузыря
- <variant> чашечно-лоханочная система почек
- <question>На первом месяце жизни новорожденные 2 группы здоровья наблюдаются:
- <variant> 5 раз
- <variant> 4 раза
- <variant> 3 раза
- <variant> 2 раза
- <variant> 1 раз
- <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>При обструктивном остром бронхите среднепузырчатые хрипы преобладают:
- <variant> у детей младшего возраста
- <variant> у взрослых
- <variant> у детей дошкольного возраста
- <variant> у детей старшего возраста
- <variant> у детей пубертатного периода
- <question>Лечебный стол, назначаемый при лечении гломерулонефрита у детей:
- <variant> №7
- <variant> №15
- <variant> №8
- <variant> №1
- <variant> №5
- <question>Длительность диспансерного наблюдения при хроническом гломерулонефрите:
- <variant> не снимают с диспансерного наблюдения
- <variant> 2 года
- <variant> 3 года
- <variant> 5 лет
- <variant> 1 год

<question>Для проведения пробы Зимницкого мочу собирают каждые ...

<variant> 3 часа

<variant> 2 часа

<variant> 1 час

<variant> 5 часов

<variant> 0,5 часа

<question>При обострении хронического гломерулонефрита в диете не ограничивают:

<variant> углеводы

<variant> жиры

<variant> жидкость

<variant> белок

<variant> соль

<question>Общепринятой теорией патогенеза острого лейкоза является:

<variant> клоновая теория

<variant> аллергическая реакция

<variant> нарушение функции эндокринных желез

<variant> нарушение функции системы иммунитета

<variant> бактериально-инфекционное воспаление

<question>Классификация острых лейкозов не предусматривает:

<variant> степень тяжести

<variant> клиническая ремиссия

<variant> клинико-гематологическая ремиссия

<variant> период разгара

<variant> лимфобластный, миелобластный

<question>Возникновению асфиксии в родах наиболее не подвержен:

<variant> доношенный новорожденный

<variant> переносенные новорожденные

<variant> недоношенные новорожденные

<variant> новорожденные с задержкой внутриутробного развития

<variant> новорожденные с внутриутробной инфекцией

<question>Осложнение характерное для врожденной краснухи:

<variant> катаракта

<variant> миокардит

<variant> хориоретинит

<variant> геморрагический синдром

<variant> пневмония

<question>Д - витаминная интоксикация не характеризуется::

<variant> размягчение костей

<variant> анорексия.

<variant> запоры

<variant> субфебрильная температура.

<variant> лейкоцитурия.

<question>Мальчику 1 год. Родители жалуются на переваливающуюся « утиную» походку. При осмотре ребенка: состояние удовлетворительное. Мышечный тонус удовлетворительный. Пальпируются лобные и теменные бугры, реберные «четки», выражено О-образное искривление голеней. Со стороны внутренних органов патологии нет. Предполагаемый диагноз:

<variant> витамин Д - дефицитный рахит

<variant> фосфат –диабет

<variant> витамин Д-зависимый рахит, псевдодефицитный, гипокальциемический

<variant> дисплазия тазобедренных суставов

<variant> болезнь Де-Тони Дебре-Фанкони

<question>Ребенку 8 лет, поступил в клинику с жалобами на головную боль, головокружение, однократную рвоту, тошноту, общую слабость. Из анамнеза: на уроке физкультуры ребенок упал, ударился головой о землю, было кратковременное нарушение сознания, ретроградная амнезия, в неврологическом статусе: нарушение конвергенции с обеих сторон, сглаженность носогубной складки справа, гипотония, D>S, анизорефлексия, симптом Бабинского справа, менингеальных симптомов нет. На 4 - 6 сутки имеющаяся неврологическая симптоматика регрессировала. Ваш диагноз:

<variant> вегетативный пароксизм

<variant> сотрясение головного мозга

<variant> ушиб головного мозга легкой степени тяжести

<variant> ушиб головного мозга средней степени тяжести

<variant> преходящее нарушение мозгового кровообращения

<question> Ученица 10 класса жалуется на резкий озноб, мучительную головную боль, жажду. Болея первый день. Температура тела 40,0° С. Сознание спутанное. Кожные покровы цианотичные, на ягодицах, бедрах геморрагические высыпания от мелкоточечных петехий до кровоизлияний размером 3-4 см. Единичные розеолезные и розеолезно-папулезные элементы на коже живота, спины, верхних конечностей.

Ригидность мышц затылка, симптом Кернига сомнительный, пульс 120 ударов в 1 мин, слабого наполнения, тоны сердца глухие, АД 85/55 мм рт. ст., ЧД 28 в 1 мин. В крови: лейкоцитоз 22x10⁹ /л со сдвигом влево, СОЭ 26 мм/ч. Прежде всего следует думать о:

<variant> септицемии

<variant> гриппе

<variant> менингококкцемии

<variant> тромбоцитопенической пурпуре

<variant> болезни Шенлейна-Геноха (геморрагическом васкулите)

<question>Вызов врача на дом к ребенку 10 лет. Болен вторые сутки. Температура тела 39,0°C. Боли в животе и пояснице, головная боль. Кожа бледная, чистая. Не мочился в течение 19 ч. Предположительный диагноз:

<variant> острый гломерулонефрит

<variant> цистит

<variant> острый пиелонефрит

<variant> атонический мочевой пузырь

<variant> пузырно-мочеточниковый рефлюкс

<question>Срок второго физиологического перекреста в формуле крови ребенка:

<variant> 4-5 год жизни

<variant> 5 день жизни

<variant> 10-11 месяц жизни

<variant> 2-3 год жизни

<variant> 5 лет жизни

<question>Частота дыхания у детей 5 лет / в 1 мин. /:

<variant> 20-30

<variant> 16-20

<variant> 30-40

<variant> 40-50

<variant> 50-60

<question>Признак не характерный для анафилактического шока:

<variant> повышение АД

<variant> отек легкого

<variant> отек мозга

<variant> отек гортани

<variant> бронхоспазм

<question> Патогенез сужения бронхиальной полости при остром обструктивном бронхите:

<variant> от отека слизистой оболочки бронхов и скопления слизи

<variant> из-за снижения функции эпителия яичка

<variant> от бронхоспазма

<variant> от сгущения слизи

<variant> повышения проводимости слизистой оболочки

<question> Девочка от 1-й патологически протекавшей беременности, преждевременных стремительных родов на 34-35-й неделе. Родилась в асфиксии, оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. Состояние после рождения тяжелое, кожные покровы цианотичные, с “мраморным рисунком”. Дыхание аритмичное, с втяжением межреберных промежутков, тахипноэ. Тоны сердца приглушены, тахикардия, негрубый систолический шум. Монотонный крик, судорожная готовность, вертикальный

нистагм, симптом “заходящего солнца”, крупноразмашистый тремор конечностей. В анализе крови $15 \times 10^9/\text{л}$ лейкоцитов.

Наиболее вероятен следующий диагноз:

<variant>Перинатальное поражение ЦНС

<variant>Менингит

<variant>Врожденный порок сердца

<variant>Внутриутробная пневмония

<variant> Гемолитическая болезнь

<question>При гипотиреозе у новорожденных процессы конъюгации билирубина

<variant>замедляются;

<variant>зависят от уровня ТТГ;

<variant> не изменяются;

<variant>ускоряются

<variant> изменяются;

<question>Ребенку 1 год. Родился с обвитием пуповины вокруг ножки, массой 4300 г, осенью. В настоящее время масса 9000 гр. На раннем искусственном вскармливании. С рождения неустойчивый стул: первые 2 месяца разжижен, частый, затем упорные запоры. Часто болел ОРВИ, в связи с чем редкие прогулки на воздухе. Первостепенная причина нарушения питания у данного ребенка:

<variant>Перинатальное поражение ЦНС

<variant>Раннее искусственное вскармливание

<variant>Неустойчивый стул с рождения

<variant>Неоднократные ОРВИ в зимне-весенний период

<variant>Недостаточное пребывание на воздухе

<question>Ребенок 1,5 месяца, болен ОРВИ 2-й день, температура тела $37,3^{\circ}\text{C}$. Лежит с раскинутыми и вытянутыми ногами. Не оказывает сопротивления при пассивных движениях, голову в вертикальном положении не удерживает. Родился недоношенным, массой 2200г. В настоящее время масса тела 2550г.

Наиболее вероятная причина мышечной гипотонии:

<variant>Перинатальное поражение ЦНС

<variant>Рахит

<variant>Менингит

<variant>Недоношенность

<variant>Менингоэнцефалит

<question>Состояние ребенка при рождении тяжелое. К концу первых суток появилось желтушное окрашивание кожи. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка на 1 см. Нв - 95 г/л , эритроциты $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$. Диагностирована ГБН.

Определите первоочередное мероприятие:

<variant>Операция заменного переливания крови

Кафедра « Врач общей практики – 3»

044-79/22

Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине
«Превентивная педиатрия» 6 курс

Стр. 51 из 52

<variant>Фототерапия

<variant>Гипербарическая оксигенация

<variant>Дробное переливание эритроцитарной массы

<variant>Внутривенное введение альбумина