

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

## КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля 1

**Название ОП:** «Общая медицина»

**Код дисциплины:** ОVP 6301-4

**Название дисциплины:** Превентивная педиатрия

**Объем учебных часов/кредитов:** 64 часов, 4 кредит

**Курс и семестр изучения:** 6 курс, 11 семестр



Кафедра « Врач общей практики – 3»

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

044-79/22  
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 3 мес крик слабый, кожные покровы бледные, влажные, тремор подбородка, тахикардия. Глазные яблоки плавающие, нистагм. Уровень глюкозы в крови – 2,0 ммоль/л, уровень кальция – 2,3 ммоль/л, Уровень магния – 0,92 ммоль/л.

Наиболее вероятным объяснением судорог у ребенка является:

- <variant>Гипогликемия
- <variant>Гипокальциемия
- <variant>Гипомагниемия
- <variant>Гиперкальциемия
- <variant>Гипергликемия

<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. Ваш диагноз:

- <variant>Острый цистит
- <variant> Острый гломерулонефрит
- <variant>Хронический пиелонефрит
- <variant>Тубулопатия
- <variant> Острый пиелонефрит

<question> У ребенка кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты в течение 6 месяцев. Из перечисленного наиболее приемлемым в обследовании пациента является:

- <variant> Бронхоскопия
- <variant> Ангиография
- <variant>Томография
- <variant>Бронхография
- <variant>Пункция плевральной полости

<question> У ребенка, повышение температуры, слабость. С 2-х летнего возраста состоит на Д-учете по поводу хронического бронхолегочного процесса, обострения 2-3 раза в год. В легких разновысотные сухие и влажные среднепузырчатые хрипы. На рентгенограмме- деформация бронхов слева, расширение корней легких. Приемлемый следующий шаг в диагностике:

- <variant> Бронхоскопия
- <variant>Томография
- <variant> Ангиография
- <variant>Бронхография
- <variant>Пункция плевральной полости

<question> При осмотре трехмесячного ребенка врач обратил внимание на его повышенную потливость, облысение затылка, размягчение костей черепа по краям большого родничка. Наиболее приемлемым следующим шагом в лечении является:

- <variant>витамин D3 в дозе 1000 МЕ в сутки
- <variant>витамин D3 в дозе 2000-3000 МЕ в сутки
- <variant>витамин D3 в дозе 5000-10000 МЕ в сутки
- <variant>витамин D2 в дозе 2000 МЕ в сутки
- <variant>витамин D2 в дозе 10000 МЕ в сутки

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

<variant> R-графия органов грудной клетки

<variant>Общий анализ мочи

<variant>Биохимический анализ крови

<variant>Посев мокроты на флору

<variant> Общий анализ крови

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

<variant> 1 года

<variant> 2 лет

<variant>3 лет

<variant>4 лет

<variant>5 лет

<question>Ребенку 1,8 года, выражена потливость волосистой части головы, повышена нервно-рефлекторная возбудимость. При осмотре: умеренный ларингоспазм с монотонным плачем на выдохе, дистальное тетаническое сокращение мышц в конечностях (верхние конечности - «рука акушера», нижние конечности – карпо-педальный спазм).

Ваш диагноз:

<variant> Спазмофилия

<variant>Эпилепсия

<variant> Фебрильные судороги

<variant>Аффективно- респираторные приступы

<variant>Вегетативный пароксизм

<question> Ребенок 1 года поступил в стационар 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, на рентгенограмме – там же очаговая инфильтрация. Изменения в общем анализе крови у данного больного:

<variant>Лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренное СОЭ

<variant>Лейкопения, понижение СОЭ

<variant>Лимфоцитоз, ускоренное СОЭ

<variant>Токсическая зернистость нейтрофилов, прогрессирующая анемия

<variant>Анемия, лимфоцитоз, понижение СОЭ

<question> Мальчику 2,5 месяц От второй беременности на фоне гестоза II половины. Родился с массой 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. Вес ребенка при осмотре 4300г.

Ваш диагноз:

<variant> Гипотрофия II степени, пилоростеноз

<variant>Гипотрофия I степени, холецистит

<variant> Паротрофия, дискенезия желчевыводящих путей

<variant> Гипотрофия II, постнатальная, (пилороспазм)

<variant> Гипотрофия III, панкреатит

<question>Девочка 8 лет после испуга почувствовала сердцебиение, нарастающую слабость, головокружения. Объективно: бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта и носа, ЧД до 24 в минуту, тоны сердца приглушены, ЧСС 150 в минуту. Пульс ритмичный, плохо определяется на a. radialis. А/Д 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, диурез повышен.

Первоначальным шагом в ведении данного пациента является:

<variant> ЭКГ

<variant>ФКГ

<variant>МРТ

<variant>ЭХО-КГ

<variant> Рентгенография

<question>У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. Изменения на рентгенограмме у данного больного:

<variant>Усиление легочного рисунка в прикорневых зонах, повышение прозрачности

<variant>Деформация бронхов, расширение корней легких

<variant>Единичные очаговые тени

<variant>Увеличение трахеобронхиальных лимфоузлов

<variant>Снижение пневматизации медиальных отделов

<question> У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8 С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. В общем анализе крови – Лейк –  $5,8 \times 10^9$  /л, э – 14%, п\я – 1%, с – 48%, л- 29%, м- 8%, СОЭ – 3 мм\ч. Ваш диагноз:

<variant> Обструктивный бронхит

<variant>Рецидивирующий бронхит

<variant> Бронхиолит

<variant>Пневмония

<variant>Плеврит

<question>Мальчик 8 лет, находится в бессознательном состоянии в течение 1 часа, дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи, глазные яблоки мягкие, запах ацетона изо рта. В течение 3 недель беспокоила жажда, частые мочеиспускания, похудел на 1 кг.

Из ниже перечисленных лабораторных данных ожидаются у больного:

<variant>Гипергликемия, ацетонемия, ацидоз

<variant>Гипогликемия, ацетонурия, алкалоз

<variant>Гипермагниемия, ацетонемия, алкалоз

<variant>Гипокальциемия, алкалоз, ацетонурия

<variant>Гиперкальциемия, ацетонемия, алкалоз

<question> У ребенка 5 лет в анамнезе бронхит более 3 раз в год. Болен 3 день, температура 38С, кашель сухой, укорочение легочного звука в межлопаточной области, аускультативно сухие хрипы, на рентгенограмме – усиление легочного рисунка в области корней.

Ваш диагноз:

<variant> Рецидивирующий бронхит

<variant> Хронический бронхит

<variant> Острый простой бронхит

<variant> Острая пневмония

<variant> Бронхиолит

<question> Ребенку 1 год, со слов матери жалобы на ухудшение состояние ребенка, вялость, отказ от еды, повышение температуры до 38,8С, влажный кашель. Объективно: Кожные покровы бледные, периоральный цианоз, раздувание крыльев носа в момент кормления, ЧДД до 62/мин., втяжение межреберных промежутков. Перкуторно над легкими - коробочный оттенок, справа в подлопаточной области участок притупления, там же выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. ЧСС 160 /1 мин. Лабораторно: ОАК Нв-122г/л, Эр 3,8 x10<sup>12</sup>/л, L – 10,8 x10<sup>9</sup>/л, п/я - 4%, с- 53%, л-36%,м – 7%, СОЭ 17 мм/ч. R – грамма легких - очаговые инфильтративные тени в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких. В план общего лечения включить лекарственные препараты:

<variant> Цефазолин, сальбутамол

<variant> Амбробене, интерферон

<variant> Рифампицин, ацикловир

<variant> Берудуал, дексаметазон

<variant> Пантенол, цефазолин

<question> Вызов к ребенку 8 лет. Жалобы на повышение температуры до 38,8 С, боли в подложечной области, иррадиирующие в левую лопатку, поясницу, опоясывающего характера, жажду, тошноту, рвоту. Болен 2 год Ухудшение в состоянии после погрешностей в диете. Перенесенные заболевания: ОРВИ, эпидпаротит в 6 лет. Объективно: живот вздут, болезненность в эпигастрии, в левом подреберье. По другим органам без особенностей. В анализе крови – Нв - 120 г/л, Эр. - 3,95x10<sup>12</sup>/л, Л - 11,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 15 мм/ча Диастаза мочи - 132 Е. Сахар крови - 6,8 ммоль/л. Ваш диагноз:

<variant> хронический панкреатит

<variant> хронический гастрит

<variant> хронический гастродуоденит

<variant> хронический холецистит

<variant> хронический вирусный гепатит

<question> В выписке роддома на новорожденного ребенка указаны данные клинического анализа крови: эритроциты - 5,4x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 187 г/л, ЦП - 1,0, лейкоциты - 12,5x10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 45%, эозинофилы - 3%, моноциты - 6%, лимфоциты - 44%, базофилы - 0%. Скорость оседания эритроцитов - 2 мм/час. Участковый врач расценивает данные анализа крови:

<variant> норму

<variant> эритроцитоз

<variant> лейкоцитоз

<variant> анемию

<variant> лимфоцитоз

<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.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> Болезнь Гиршпрунга

<variant> Опухоль кишечника

<variant> Кишечная непроходимость

<variant> Целиакия

<variant> Муковисцидоз

<question> У ребенка на приеме в СВА установлено повышение температуры тела, желтушность кожных покровов, боль в левом подреберье, спленомегалия.

Лабораторно: нарастающая анемия с ретикулоцитозом, трансаминазы в норме.

Пациент нуждается в лечении у специалиста:

<variant> Гематолога

<variant> Иммунолога

<variant> Онколога

<variant> Рабиолога

<variant> Педиатра

<question> СВА обратилась мама с ребенком 4 лет. Из анамнеза: ребенок рос и развивался соответственно возрасту. На 10 день после перенесенной ОРВИ состояние ребенка ухудшилось, появилась одышка, стал вялым, бледным. При осмотре: пульс слабый, тахикардия. Границы сердца: правое – по правой парастернальной линии, левая – на 3 см влево от среднеключичной. Тоны приглушены. Печень выступает на 3 см из под реберного края.. Дополнительный метод исследования в первую очередь:

<variant> Электрокардиография

<variant> Гистеросальпингография

<variant> УЗИ паренхиматозных органов

<variant> Гастроэндоскопия

<variant> Эхоэнцефалография

<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 НВ - 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> У ребенка с лимфатико-гипопластическим диатезом, внезапно появились вялость, бледность, снизилось давление, брадикардия, тошнота, рвота, частое обильное мочеиспускание. Вероятная причина появления симптомов:

<variant> гипоталамический синдром

<variant> инфекционный токсикоз

<variant> анафилактикоидная реакция

<variant> тимико-надпочечниковая недостаточность

<variant> кетоацидотическое состояние

<question> Ребенку 2 года, фактическая 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 – каплевидное 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%. Ваш диагноз:

<variant> Лимфатико-гипопластический диатез

<variant> Атопический дерматит

<variant> Нервно-артритический диатез

<variant> Аллергический дерматит

<variant> Хронический тонзиллит

<question> Ребенок 6 месяцев. Контакт с больным ОРВИ. Заболел остро. При осмотре: состояние средней степени тяжести, сознание ясно Ребенок беспокоен. Периодически при беспокойстве отмечается инспираторная одышка до 60, лающий приступообразный кашель. В покое дыхание ровное, нет втяжения податливых участков грудной клетки. Голос осипший. Диагноз по классификации:

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит стеноз I степени

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит стеноз II степени

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит стеноз III степени

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит стеноз IV степени

<variant> ОРВИ, ларинготрахеит стеноз V степени

<question> Экссудативный перикардит с формированием спаечного процесса может развиваться при заболевании:

<variant> Дерматомиозит

<variant> Узелковый периартрит

<variant> Системная склеродермия

<variant> Ювенильный ревматоидный артрит

<variant> Системная красная волчанка

<question> Ребенок прививается по индивидуальному прививочному календарю, в связи с частыми ОРВИ. Был привит третьей дозой АКДС в 7 месяцев. Первую ревакцинацию АКДС участковый врач должен запланировать в:

<variant> 1 год 9 месяцев

<variant> 1 год 7 месяцев

<variant> 12 месяцев

<variant> 1 год 10 месяцев

<variant> 2 года

<question> Ребёнок 6 месяцев с рахитом 2 степени, получал витамин «Д» - 3000 МЕ/сут., дозировку которого мать ребенка не соблюдала, глицерофосфат кальция, цитратную смесь. На фоне лечения повышение температуры тела до 37,3С, вялость, отсутствие прибавки в весе. Проба Сулковича резко положительная. Ваш диагноз:

<variant> Гипервитаминоз «Д»

<variant>Спазмофилия

<variant>витамин-Д-зависимый рахит

<variant> витамин-Д- резистентный рахит

<variant>витамин-Д-дефицитный рахит

<question>Ребенку 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. Ваш диагноз:

<variant> Пилороспазм

<variant> Пилоростеноз

<variant>Перинатальная энцефалопатия

<variant>Дисбактериоз кишечника

<variant>Лактазная недостаточность

<question>На приеме ребенок 2-х лет жалобы на повышение температуры 37,4 С, при осмотре на неизменном фоне кожи пятнистая сыпь на лице, туловище ,больше на разгибателях, носогубный треугольник «чистый». При пальпации затылочные и заднешейные лимфатические узлы увеличены. Ваш диагноз:

<variant> краснуха

<variant>скарлатина

<variant> корь

<variant>энтеровирусная инфекция

<variant>аллергическая сыпь

<question>Ребенку один месяц. Вес ребенка 3500 грамм. Находится на искусственном вскармливании. Ребенку в сутки положено:

<variant>700 мл. адаптированной молочной смеси

<variant>500 мл. адаптированной молочной смеси

<variant>600 мл. адаптированной молочной смеси

<variant>800 мл. адаптированной молочной смеси

<variant>900 мл. адаптированной молочной смеси

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

<variant>Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание

<variant>Острое респираторное заболевания

<variant>Пневмонии нет. Кашель или простуда

<variant>Пневмонии нет. Астмоидное дыхани

<variant>Очень тяжелое фебрильное заболевание

<question>На приеме девочка 7 месяцев. После осмотра обнаружено отставание в психомоторном развитии. Родители являются троюродными братом и сестрой. У них темные волосы и карие глаз У девочки светлые волосы, голубые глаза и очень светлая кожа. Девочка редко гулит, мимика бедная, не сидит, не ползает, прорезывание зубов не намечается. Пот имеет специфический «мышинный» запах. Со слов матери у ребенка с рождения отмечается склонность к запорам. Ваш диагноз:

<variant> Фенилкетонурия

<variant>Галактоземия

<variant> Фруктоземия

<variant>Гликогеновая болезнь

<variant>Гипотиреоз

<question>На приеме ребенок, имеющий 5-6 острых заболеваний в течение года, протекающих без выраженной лихорадки, с температурой в пределах 38С. Заболевание имеет часто затяжной, волнообразный характер, с осложнениями в виде отитов, синуситов.

Вышеописанная симптоматика соответствует клиническому типу:

<variant> Оториноларингологическому

<variant>Инфантильному

<variant>Смешанному

<variant>Вегетативному

<variant> Соматическому

<question>На приеме мальчик 10 лет с жалобами на мелкоточечную сыпь на ногах, которая быстро распространилась по всему телу. Температура тела субфебрильная. В анамнезе пищевая сенсibilизация, болеет ОРВИ 2-3 раза в год. Состояние средней степени тяжести. На коже голеней, ягодиц, предплечий, вокруг суставов, на ушных раковинах обильная экссудативно-геморрагическая сыпь, симметричная, местами сливная. На слизистой оболочке неба единичные петехии. Тоны сердца несколько приглушены. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул и моча без патологии. Ваш диагноз:

<variant>Геморрагический васкулит

<variant>Острый лейкоз

<variant>Скарлатина

<variant>Гемофилия

<variant>Тромбоцитопеническая пурпура

<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. Ваш диагноз:

<variant>Инфекционный мононуклеоз

<variant>Дифтерия зева

<variant>Лимфогранулематоз

<variant>Аденовирусная инфекция

<variant>Гнойная ангина

<question>Вызов на дом к ребенку 6 месяцев. Заболел остро. Со слов мамы у ребенка отмечаются повышение температуры до 39,5С, кашель, насморк. Была однократная рвота. При осмотре кожные покровы бледные, ребенок возбужден, наблюдается судорожная готовность, неотчетливые менингеальные симптомы.

Ваш диагноз:

<variant> ОРВИ, нейротоксикоз

<variant>Токсическая пневмония

<variant>Кишечный токсикоз

<variant> Серозный менингит

<variant>Грипп Н<sub>1</sub>Н<sub>1</sub>

<question>У ребенка 2 лет, с острой респираторной вирусной инфекцией, ночью появился лающий кашель, охриплость, одышка с удлиненным вдохом. Ваш диагноз:

- <variant>Стенозирующий ларинготрахеит
- <variant>Острая пневмония
- <variant>Обструктивный бронхит
- <variant>Бронхиальная астма,
- <variant>Острый тонзиллит

<question>Вызов на дом к девочке 13 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 38,2С, живот вздут, несколько напряжен в эпигастрии. Симптом Ортнера сомнителен. Отмечается болезненность в точке Мейо-Робсона. Лейкоцитоз- $12,8 \times 10^9$ /л. Стул был после очистительной клизмы, каловые массы плотные, жирные. Ваш диагноз:

- <variant> острый панкреатит
- <variant>острый гастродуоденит
- <variant>острый гастрит
- <variant> острый холецистит
- <variant>острый дуоденит

<question>Вызов на дом к ребенку 11 месяцев. Со слов мамы у ребенка отмечаются частые беспокойства, во время которых наблюдается дрожание конечностей. При осмотре отмечается гиперестезия, монотонный плач, тремор, мышечная гипотония, положительный симптом Хвостека, Труссо. Ваш диагноз:

- <variant> спазмофилия
- <variant> эпилепсия
- <variant>отек мозга
- <variant>опухоль мозга
- <variant>гипогликемия

<question>На приеме девочка 13 лет. Болеет 2,5 год Жалобы на боли в правом подреберье, ноющие, давящие, усиливающиеся после приема холодной, жирной, жареной пищи, также беспокоят слабость, утомляемость, тошнота и горечь во рту. Изредка бывает рвота, стул неустойчивый. Ваш диагноз:

- <variant>хронический холецистит
- <variant>острый гастрит
- <variant>острый панкреатит
- <variant>вирусный гепатит
- <variant>энтероколит

<question> На приеме мальчик 10 лет. Обратился с жалобами на боли в поясничной области, повышение температуры тела в течении 4 дней. При осмотре состояние средней степени тяжести за счет симптомов интоксикации. Температура 38 градусов, положительный симптом поколачивания, в ОАМ – лейкоцитурия, бактериурия. УЗИ - признаки воспалительных изменений в чашечно – лоханочной системы. Ваш диагноз:

- <variant> пиелонефрит
- <variant>наследственный нефрит
- <variant> цистит

<variant>гломерулонефрит

<variant>интерстициальный нефрит

<question>На приеме ребенок 2 месяцев, с 1 месячного возраста находится на искусственном вскармливании. Мама кормит сладкими неадаптированными смесями. При осмотре ребенок беспокоен, на щеках отмечаются гиперемия, отечность, трещины, молочные корки, краснота в паховых областях, на шее, в подмышечных впадинах. Со слов мамы сон тревожный. Ваш диагноз:

<variant>экссудативно-катаральный диатез

<variant>лимфатико-гипопластический

<variant>аллергический дерматит

<variant>нейродермит

<variant>стрептодермия

<question>На приеме мальчик 5 лет. Жалуется на боль в правом колени. При осмотре правое колено увеличено в объеме, движения в нем ограничены, болезненны. Неделию назад появился двухсторонний увеит. Ваш диагноз:

<variant>ревматоидный артрит

<variant>бруцеллез

<variant>ревматическая лихорадка

<variant>болезнь Бехтерева

<variant>системная красная волчанка

<question>Девочка 14 лет. 3 года назад развилась картина нефротического синдрома с протеинурией до 30 г/л, АД 210/120 мм. рт. ст., остаточный азот в крови до 72 ммоль/л. В биохимических анализах крови выявлена 35% гамма – глобулинов, холестерин 1,1 ммоль/л. В общем анализе крови - СОЭ 80 мм/ч. У пациентки в крови обнаружено LE – клетки. Ваш диагноз:

<variant>Системная красная волчанка

<variant>Дерматомиозит

<variant>Узелкового периартериит

<variant>Склеродермия

<variant>Вазоренальная гипертензия

<question>Ребенок 6 лет. При осмотре состояние ребенка тяжелое, температура тела 39,8С. резкая одышка с ЧД – 60 в мин., цианоз носогубного треугольника, генерализованный цианоз при беспокойстве, напряжение крыльев носа, частый мучительный кашель, втяжение межреберья. При перкуссии – тимпанит. В легких нестойкие сухие хрипы. На рентгенограмме – усиление легочного рисунка в прикорневых отделах, нежно очерченные полосы и ячеистость напоминают пчелиные соты. Ваш диагноз при направлении в стационар:

<variant>Интерстициальная пневмония

<variant>Острая пневмония

<variant>Бронхиальная астма

<variant>Крупозная пневмония

<variant>Обструктивный бронхит

<question>На приеме девочка 11 лет, жалуется на внезапно начинающиеся и так же внезапно заканчивающиеся приступы сердцебиения. Во время приступа пульс

200, малый, частый. АД 80/50 мм рт.ст. Аускультативно – маятникообразный ритм, тоны ясные, шума нет. Ваш диагноз:

- <variant>Пароксизмальная тахикардия
- <variant>Синусовая тахикардия
- <variant>Мерцательная аритмия
- <variant>Непароксизмальная тахикардия
- <variant>Экстрасистолия

<question>Вызов на дом к девочке 12 лет, жалобы на лихорадку, озноб, боли в области сердца. Перкуторно: расширение границ сердца во все стороны.

Аускультативно: приглушение тонов, шум над верхушкой, в 3-4 м/р, не связанны с фазами сердца, типа «хруст снега», усиливающийся при надавливании, не иррадирующий. Ваш диагноз:

- <variant>Экссудативный перикардит
- <variant>Фибринозный перикардит

- <variant>Фибринозный плеврит
- <variant>Неревматический кардит
- <variant>Врожденный порок сердца

<question>Ребенок 2 года, вес 12 кг. Жалобы на зуд в заднем проходе, чаще в ночное время. Ребенок стал раздражительным, капризным, ухудшился аппетит. В соскобе с перианальной складки обнаружены яйца остриц. Суточная доза пирантела:

- <variant> 120 мг
- <variant> 80 мг
- <variant>100 мг
- <variant>140 мг
- <variant>160 мг

<question>Ребенок 10 лет с диагнозом хронический бронхит относится к группе здоровья:

- <variant> III группе здоровья
- <variant>II группе здоровья
- <variant>II А группе здоровья
- <variant> I группе здоровья
- <variant>II Б группе здоровья

<question>Ребенку три месяца, родился с весом 3000гр., 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 вскармливании 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. Поставьте группу здоровья ребенку в 3 месяца:

- <variant> II Б группе здоровья
- <variant> I группе здоровья
- <variant>II А группе здоровья
- <variant>III группе здоровья
- <variant>III А группе здоровья

<question>Ребенок 2 месяцев. Отказывается от груди. При осмотре отмечается втяжение грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.

Тактика врача согласно ИВБДВ:

- <variant>дать первую дозу антибиотика, направить срочно в стационар
- <variant>дать первую дозу антибиотика, оставить под наблюдение участкового врача
- <variant>дать первую дозу антибиотика, повторный осмотр через два дня
- <variant>дать первую дозу антибиотика, направление на обследование
- <variant>антибиотик не нужен, наблюдение на дому

<question>У годовалого ребенка после вакцинации развился анафилактический шок. Однократная доза 0,1% раствора адреналина, при оказании неотложной помощи составляет:

- <variant> 0,1 мл
- <variant> 0,2 мл
- <variant>0,3 мл
- <variant>0,5 мл
- <variant>1 мл

<question>Ребенку 5 лет, вес 20 кг. Во время эпилептического приступа необходимо ввести раствор седуксена. Определите объем введения.

- <variant> 1,0 мл в/в
- <variant>1,5 мл в/в
- <variant> 0,5 мл в/в
- <variant>2,0 мл в/в
- <variant>2,5 мл в/в

<question>Девочка 6 лет. Жалобы на приступообразный кашель, шумное дыхание. Приступ удушья возник после употребления шоколада. При осмотре состояние средней тяжести, дыхание слышное на расстоянии, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, масса сухих хрипов по всей поверхности легких, тоны приглушены. Рентгенограмма грудной клетки – усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, повышение прозрачности, очаговых теней нет. Для купирования приступа назначить:

- <variant> Сальбутамол
- <variant> Адреналин
- <variant>Глюканат кальция
- <variant>Эуфиллин
- <variant>Глюкоза

<question>У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8 С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. В общем анализе крови – Лейк –  $5,8 \times 10^9$ /л, э – 14%, п\я – 1%, с – 48%, л- 29%, м- 8%, СОЭ – 3 мм\ч. на рентгенограмме – усиление легочного рисунка в области корней. При данном заболевании стартовая терапия включает:

- <variant>Сальбутамол
- <variant>Аугментин
- <variant>Амброксол
- <variant>Оксигенотерапия

OÑTÚSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Врач общей практики – 3»		044-79/22 Стр. 15 из 52
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Превентивная педиатрия», 6 курс		

<variant>Преднизолон

<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, на рентгенограмме – там же очаговая инфильтрация.

При данном заболевании стартовая терапия включает:

<variant>Аугментин

<variant>Фенобарбитал

<variant>Лазикс

<variant>Сальбутамол

<variant>Преднизолон

<question>При осмотре ребенка в возрасте 3,5 лет выявлено раздражение и расчесы вокруг заднепроходного отверстия. Следующий шаг в диагностике наиболее приемлем:

<variant>Кал на яйца глист

<variant>Копрограмма

<variant>Кал на дисбактериоз

<variant>Бак. посев кала

<variant>Общий анализ крови

<question>У ребенка 10 лет, состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации, температура 38,7 С, положительный симптом поколачивания. В ОАМ - лейкоцитурия, бактериурия. УЗИ признаки воспалительных изменений в ЧЛС. Для ликвидации гипертермии у данного ребенка необходимая доза препарата:

<variant> Парацетамол из расчета 10-15 мг/кг

<variant>Парацетамол из расчета 20 мг/кг

<variant>Аспирин 5 мг/кг

<variant> Парацетамол из расчета 5 мг/кг

<variant>Аспирин 15 мг/кг

<question>У ребенка по поводу необычно тяжело протекающей фолликулярной ангины в общем анализе крови обнаружено: Нв – 75 г/л, СОЭ-72 мм/ч, эр.  $2,1 \times 10^{12}/л$ , тромб.  $42,5 \times 10^9/л$ , Л –  $3,2 \times 10^9/л$ , бласты - 35%, с/я-8, лимф-50, мон – 7%.

Скрининговый тест в диагностике анемии:

<variant> Стерильная пункция

<variant> Кровь на стерильность

<variant>Осмотическая стойкость эритроцитов

<variant>Исследование сывороточного железа

<variant>Уровень свободного гемоглобина

<question>Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи цвета «мясных помоев». В общем анализе мочи : количество- 70,0 мл, цвет- красный, реакция – щелочная, удельный вес- 1023, эритроциты- измененные, сплошь, лейкоциты- 2-3 в п\з, белок 0,99%. госпитализирован в нефрологическое отделение. Длительность диспансерного наблюдения за больным после выписки из стационара:

<variant> 5 лет

<variant>1 год

<variant>3 года

<variant> 6 мес

<variant>10лет

<question>У ребенка 8 месяцев фебрилитет, выраженная интоксикация, тени под глазами, прорезываются зубы, редко мочится. В ОАК – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ –25мм/час; В ОАМ – лейкоцитурия, бактериурия. Ваш диагноз:

<variant> Острый пиелонефрит

<variant>Острый гломерулонефрит

<variant> Острый цистит

<variant> «Реакция» на зубы

<variant> Острая пневмония

<question>Ребенку 3 года. После ОРЗ на теле появились синячки, петехии, носовое и десневое кровотечение. В ОАК: эрит-4,6x10<sup>12</sup>/л, Нв-130г/л, Ц.П-0,9, лейкоц-7,4x10<sup>9</sup>/л, тромб-50тыс, СОЭ-5мм/ч. Ваш диагноз:

<variant> ИТП

<variant>тромбоцитопатия

<variant>геморрагический васкулит

<variant>болезнь Виллебранда

<variant> лейкоз

<question>Ребенок М., от 4 беременности, 1 сутки, на УЗИ на сроке 27 неделе установлена поза плода «будды», значительное увеличение массы плаценты. Кожа резко бледная, иктеричным оттенком, отеки по всей поверхности тела, гепатоспленомегалия. В биохимии – гипербилирубинемия. В ОАК – эр. 2,5x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 70 г/л, ЦПК 0,75, тромбоциты 100 тыс. Предупреждение данного состояния новорожденного могло бы при раннем назначении лечения:

<variant>Введение антирезусного иммуноглобулина

<variant>Прерывание беременности

<variant>Пересадка кожного лоскута мужа

<variant>Плазмоферез

<variant>Гемосорбция

<question>У ребенка 3 лет боли в горле при глотании, температура 39,2 С, головные боли, гнойный налет на миндалинах. Метод диагностического обследования для уточнения диагноза:

<variant> Мазок из зева на флору (BL)

<variant> Общий анализ крови

<variant>Общий анализ мочи

<variant>Биохимический анализ крови

<variant>R-графия органов грудной клетки

<question> Ребенок родился на 42 неделе, весом 4000, ростом 51 см. Отмечаются отечность лица и туловища. Б.Р.4x4см, открыт сагитальный шов на 0,5 см. Нарастает адинамия, сонливость, приступы апноэ, стридорозное дыхание. Плохо удерживает тепло. Затяжная желтуха.

Наиболее приемлемый следующий шаг в диагностике:

<variant> Определение Т3 и Т4

<variant>Определение кортизола в крови

<variant>Сахар крови

OŃTÚSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Врач общей практики – 3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Превентивная педиатрия», 6 курс	044-79/22 Стр. 17 из 52

<variant> Определение 17-КС и 17-ОКС в моче

<variant>Сахар мочи

<question>На приеме ребенок 11 месяцев. Со слов мамы ребенок длительное время получал противосудорожную терапию. Последнее время часто потеет, стал беспокойным, плохо спит. После осмотра врач поставил диагноз: Рахит II, подострое течение, период разгара. Развитию рахита способствовал прием следующего препарата:

<variant> фенобарбитал

<variant> глюконата кальция

<variant>диазепам

<variant>пенициллина

<variant>препаратов железа

<question>На приеме ребенок 12 лет. Обратился с жалобами на боли в правом подреберье возникающие через 20-30 минут после еды ноющего характера. При пальпации живота определяется болезненность в точке проекции желчного пузыря. Положительные симптомы Ортнера, Кер Был выставлен диагноз дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. При диспансеризации детей с дискинезиями желчевыводящих путей в СВА исследование не обязательно:

<variant> желудочное зондирование

<variant>анализ кала на яйца глист

<variant> дуоденальное зондирование

<variant>общий анализ крови и мочи

<variant>УЗИ органов брюшной полости

<question>Вызов на дом к девочке 7 месяцев. Выставлен диагноз: ОРВИ, фебрильные судороги. Для неотложной терапии судорог ребенку вводится раствор седуксена в дозе:

<variant> 0,1мл/кг

<variant> 0,01мл/кг

<variant>0,05 мл/кг

<variant>0,2 мл/кг

<variant>1мл/кг

<question>На приеме мальчик 2 лет с жалобами на зуд в заднем проходе, чаще в ночное время. Ребенок стал раздражительным, капризным, ухудшился аппетит. Для постановки диагноза информативен лабораторный метод:

<variant>Соскоб с перианальной складки

<variant>Общий анализ крови

<variant>Общий анализ мочи

<variant>Кал на яйца глист

<variant>Дуоденальное зондирование

<question> Вызов на дом к девочке 3 лет с жалобами на экспираторную одышку, сильный кашель. Из анамнеза выяснено, что ребенок играл с бусами без присмотра взрослых. Внезапно у ребенка появился приступообразный кашель, затрудненное дыхание. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,8 С, цианоз носогубного треугольника, западение межреберных промежутков справ ЧСС – 130/мин, тоны сердца приглушены . При сравнительной перкуссии легких определяется притупление перкуторного звука справа ниже угла лопатки,

OŃTÚSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Врач общей практики – 3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Превентивная педиатрия», 6 курс	044-79/22 Стр. 18 из 52

аускультативно – в той же области резко ослабленное дыхание. Над остальными участками легких – пуэрильное дыхание. Обследование методом выбора впервую очередь является:

- <variant> бронхография
- <variant> рентгенография
- <variant> томография
- <variant> УЗИ легких
- <variant> спирография

<question> На приеме девочка 14 лет. Жалуется на боли в животе, больше в эпигастриальной области. Боль возникает через 1,5-2 часа после приема пищи. После полного клинико - лабораторного обследования врач поставил диагноз язвенная болезнь желудка, Нр ассоциированная. Препарат, целесообразно применить для эрадикации геликобактерии пилори:

- <variant> кларитромицин
- <variant> амоксициллин
- <variant> азитромицин
- <variant> метронидазол
- <variant> эритромицин

<question> Вызов на дом к ребенку 11 месяцев. Со слов мамы у ребенка отмечаются частые беспокойства, во время которых наблюдается дрожание конечностей. При осмотре отмечается гиперестезия, монотонный плач, тремор, мышечная гипотония, положительный симптом Хвостека, Труссо. Был выставлен диагноз спазмофилия.

Терапия при спазмофилии:

- <variant> кальция
- <variant> витамина D
- <variant> фосфора
- <variant> паратгормона
- <variant> железа

<question> На приеме мальчик 8 лет, обратился с жалобами на подъем температуры тела до 37,2-37,5С 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: Кожные покровы чистые, розовые. Умеренные катаральные явления в зеве. Покраснение конъюнктивы век. В легких - перкуторно легочный звук, выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы. В ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. На рентгенограмме грудной клетки - неоднородная очаговая инфильтрация легочных полей. Препаратом выбора является:

- <variant> Макролиды
- <variant> Цефалоспорины
- <variant> Тетрациклины
- <variant> Аминогликозиды
- <variant> Карбопенемы

<question> На приеме ребенок 3 месяцев. Обратился с жалобами на беспокойство, раздражительность, 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 18%. Рост соответствует норме.

Масса тела для расчета питания данному ребенку:

- <variant> 5,400г
- <variant> 4,430г
- <variant> 4,964г
- <variant> 5,510г
- <variant> 4,956г

<question>На приеме ребенок 4 лет. Обратился с жалобами на кашель. Со слов мамы ребенок болел вирусной инфекции, по поводу чего получал лечение. Но кашель не проходит. Во время осмотра общее состояние не страдает, кожные покровы чистые, бледные. Кашель сухой, редкий. Необходимый препарат для данного больного:

- <variant> либексин
- <variant> мукалтин
- <variant> амброксол
- <variant> амбробене
- <variant> амбро

<question>В поликлинику обратилась девочка 13 лет, с жалобами на длительный кашель (в течение 3 месяцев, который начался зимой после простуды. По ночам девочка просыпается от кашля и сама слышит свистящие хрипы, кроме того, при беге она часто закашливается и останавливается, появляются свистящие хрипы. Часто закладывает нос. Температура тела нормальная, насморк. Мать страдает поллинозом. Подтверждает ваш диагноз:

- <variant> Спирография
- <variant> Бронхография
- <variant> Бронхоскопия
- <variant> Рентгенография легких
- <variant> Пикфлоуметрия

<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 год. На протяжении последних 3 лет ежедневные приступы удушья с затрудненным выдохом, приступы в ночное время, купируются ингаляциями сальбутамол. 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. В лечение данного состояния необходимы группа препаратов:

- <variant> Ингаляционные глюкокортикостероиды
- <variant> Муколитические препараты
- <variant> Антигистаминные препараты
- <variant> Антибактериальные препараты
- <variant> Бронхолитические препараты

<question>На приеме ребенок 12 лет, страдающей бронхиальной астмой на протяжении 7 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

OŃTÚSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Врач общей практики – 3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Превентивная педиатрия», 6 курс	044-79/22 Стр. 20 из 52

ингаляционный беротек. Группа препаратов не рекомендуемое назначать в данной ситуации:

- <variant> ветта - адrenoблокаторы
- <variant> блокаторы кальциевых каналов
- <variant>ингибиторы АПФ
- <variant>антагонисты АТ II рецепторов
- <variant>миотропные спазмолитики

<question>На приеме ребенок 5 месяцев. Жалобы на потливость, плохой сон, вздрагивание во сне. Ребенок находится на грудном вскармливании. При осмотре кожные покровы чистые, бледные, влажные, тонус мягких тканей снижены, краниотабес, уплощение затылка. В анализе крови содержание кальция 2,02ммоль/л, фосфора 1,71 ммоль/л. Был выставлен диагноз рахит I I степени, острое течение, начальный период. Доза витамина Д<sub>3</sub>:

- <variant> Вит. Д<sub>3</sub> 2000 МЕ
- <variant> Вит. Д<sub>3</sub> 500 МЕ
- <variant>Вит. Д<sub>3</sub> 1000 МЕ
- <variant>Вит. Д<sub>3</sub>1500 МЕ
- <variant>Вит. Д<sub>3</sub> 3000 МЕ

<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. Необходимое обследование для данного ребенка:

- <variant>Ультразвуковая доплерография почек
- <variant>Пункционная биопсия почки
- <variant>Ангиография почечных сосудов
- <variant>Ретроградная пиелография
- <variant>Экскреторная урография

<question>Мама обратилась к врачу ВОП с жалобами, что ее 3-месячная девочка 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. Для постановки клинического диагноза наиболее информативным является обследование:

- <variant> эхокардиография
- <variant>фонокардиография
- <variant> электрокардиография
- <variant>рентгенография сердца
- <variant>спирография

<question>Вызов на дом к девочке 12 лет, жалобы на лихорадку, озноб, боли в области сердца. Перкуторно расширение границ сердца во все стороны. Аускультативно приглушение тонов, шум над верхушкой, в 3-4 м/р, не связанны с

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Врач общей практики – 3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Превентивная педиатрия», 6 курс	044-79/22 Стр. 21 из 52

фазами сердца, типа «хруст снега», усиливающийся при надавливании, не иррадирующий. Обследование, необходимое для подтверждения диагноза:

- <variant> рентгенография
- <variant> пикфлоуметрия
- <variant> электрокардиография
- <variant> бронхография

<variant> спирография

<question> Вызов на дом к ребенку 7 месяцев. Со слов мамы заболел остро. Жалобы на повышение температуры, насморк, кашель. Для обслуживания ребенка на дому необходимо время:

- <variant> 30 минут
- <variant> 5 минут
- <variant> 10 минут
- <variant> 15 минут
- <variant> 20 минут

<question> На приеме мальчик. После осмотра врач поставил диагноз здоров и направил в прививочный кабинет на вакцинацию против эпидемического паротита.

Вакцинация против эпидемического паротита проводится в возрасте:

- <variant> 12 месяцев
- <variant> 9 месяцев
- <variant> 6 месяцев
- <variant> 3 месяца
- <variant> 2 месяца

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

- <variant> 21-30%
- <variant> 5%
- <variant> 6-10%
- <variant> 11-20%
- <variant> 31-50%

<question> На приеме мальчик 15 лет. Жалуется на боль в правом колене. При осмотре правое колено увеличено в объеме, движения в нем ограничены, болезненны. Ваш диагноз:

- <variant> ревматоидный артрит
- <variant> бруцеллез
- <variant> болезнь Бехтерева
- <variant> ревматическая лихорадка
- <variant> СКВ

<question> Вызов на дом к девочке 14 лет. Жалобы на повышение температуры тела, резкие боли в животе, рвоту. Болезненность, дефанс мышц в правом подреберье, в зоне Шоффар. Положительные симптомы Ортнера, Керра. Тактика лечения:

- <variant> Спазмолитики, антибиотики
- <variant> Нитрофураны, эубиотики

<variant>Антигистаминные, желчегонные

<variant>Антибиотики, нитрофураны

<variant>Гипертензивные, антипиретики

<question>На приеме девочка 8 лет. По назначению гематолога в течении 3 месяцев получала лечение по поводу железодефицитной анемии. Жалоб не

предъявляет. При осмотре общее состояние удовлетворительное, по органам и системам патологических изменений нет. Показатель эффективности при проводимой ферротерапии:

<variant>ретикулоцитарный криз

<variant>увеличение показателя гематокрита

<variant>прирост количества эритроцитов

<variant>появление мегалобластов в периферической крови

<variant>увеличение цветового показателя

<question>Вызов на дом к ребенку 11 месяцев. Со слов мамы у ребенка отмечаются частые беспокойства, во время которых наблюдается дрожание конечностей. При осмотре отмечается гиперестезия, монотонный плач, тремор, мышечная гипотония, положительный симптом Хвостека, Труссо. Необходимо начинать терапию с введения препарата:

<variant> кальция

<variant>витамина D

<variant> паратгормона

<variant>фосфора

<variant>железа

<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 - капельное сердце, тимомегалия. В анализе крови: Нв-120 /л, Эр.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, Л- $6,4 \times 10^9$ /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>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. Ваш диагноз:

<variant> Ювенильный дерматомиозит

<variant>Ревматоидный артрит

<variant> Ревматизм

<variant>Склеродермия

<variant>Системная красная волчанка

O'NTUSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Врач общей практики – 3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Превентивная педиатрия», 6 курс	044-79/22 Стр. 23 из 52

<question>Участкового педиатра вызвали к ребенку 2 лет. Ребенок заболел остро: повысилась температура до 39 градусов, появились катаральные явления, беспокойство. Внезапные кратковременные судороги. Ваш диагноз:

- <variant> Фебрильные судороги
- <variant> Эпилепсия
- <variant>Спазмофилия
- <variant>Менингит
- <variant>Вирусный энцефалит

<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. Ваш диагноз:

- <variant> Болезнь Верльгофа
- <variant>Тромбастения Гланцмана
- <variant> Болезнь Виллебранта
- <variant> Синдром Вискотта-Олдрича
- <variant> Аномалия Мея-Хеглина

<question>Ребенок 11 лет жалобы на похудание (потеря веса 7кг), боли в правом подреберье, эпигастрии, тошноту, головную боль, раздражительность, повышенную потливость, лихорадку. Объективно: отстаёт в физическом развитии. Кожные покровы субиктеричны Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, точке желчного пузыря. В ОАК -Нв 90г/л, Эр  $3,0 \times 10^{12}/л$ , лейкоц  $10,5 \times 10^9/л$ , п/я 2%, сегментоядерные 55%, э-8%, лимф -25%, м 10%, СОЭ17мм/ч. Кал на я/г- найдены яйца гельминта. Определите глистную инвазию.

- <variant> Описотрхоз
- <variant>Дифилоботриоз
- <variant>Аскаридоз
- <variant> Трихинеллез
- <variant>Энтеробиоз

<question>У девочки 4 месяцев с неустойчивым стулом в анамнезе, после вакцинации развилась кишечная дисфункция. Вакцина, способная вызвать данное состояние:

- <variant> Полиомиелита
- <variant>Туберкулезная
- <variant>Паротитная
- <variant> Коклюшная
- <variant>Коревая

<question>Девочка 3,5 год Утром проснулась с высокой температурой 39,6°С, слюноотечением, болью в горле, дисфагией, афонией. Сидит, запрокинув голову назад. Дыхание стридорозное со втяжением уступчивых мест грудной клетки. Вечером ребенок был здоров. На боковой рентгенограмме грудной клетки: «положительный симптом большого пальца». Ваш диагноз:

- <variant> Эпиглотит
- <variant> Стенозирующий ларингит
- <variant>Острый обструктивный бронхит

<variant>Бронхиальная астма

<variant>Аллергический отек гортани

<question>Девочке 4 месяца. Жалобы на влажный продуктивный кашель, насморк. Болеет 3 дня. Сегодня состояние резко ухудшилось: температура 39°C, 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.

Ваш диагноз:

<variant>Внебольничная Пневмония, ДН II степени

<variant>Острый обструктивный бронхит, ДН II степени

<variant>Бронхиолит, ДН II степени

<variant>Острый простой бронхит, ДН I степени

<variant>Бронхиальная астма

<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°C, частота дыхания 30 в минуту, дыхание свистящее, выслушиваются сухие хрипы. Сердечные тоны приглушены. На рентгенограмме : усиление легочного рисунка с обеих сторон. Лекарственное средство наиболее показано в данном случае:

<variant> Флутиказон дипропионат

<variant>эуфиллин

<variant> Серетид

<variant>лазолван

<variant>Кромогликат натрия

<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>Биопсия слизистой оболочки носа

<variant>Генетическое исследование

<variant>Посев мокроты

<variant>Тепловизионное исследование

<variant>Бронхоскопия

<question>Девочка 4 год. 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 пониженного 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>Мальчик 4 года. Жалобы на тошноту, отсутствие стула в течение 4 дней. Из анамнеза известно, что такая 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 кишках.

Диагностическое исследование является наиболее целесообразным:

<variant> Ректоромоноскопия

<variant> Колоноскопия

<variant> Гистологическое исследование

<variant> Ирригоскопия

<variant> Пальцевое исследование прямой кишки

<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 год. 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 1см, 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.

Лекарственные препараты наиболее целесообразно включить в план лечения:

<variant> Глюкокортикостероиды

<variant> Цефалоспорины

<variant> Антигистаминные

<variant> Гемостатики

<variant> Витаминотерапия

<question>В СВА на приеме мама с мальчиком 5-ти лет. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. На коже правого плеча экхимоз диаметром до 4 см. Периферические лимфатические узлы незначительно увеличены, преимущественно в околичностной области. Тоны сердца слегка приглушены, функциональный систолический шум. Печень и селезенка не увеличены. Правый коленный сустав шаровидной формы, движения в нем ограничены и резко болезненны. Из анамнеза: ребенок с раннего возраста страдает носовыми кровотечениями, после легких травм отмечались гематомы на туловище и конечностях. Анализ крови: эритроциты  $3,6 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 110 г/л, лейкоциты  $6,5 \times 10^9/л$ , СОЭ 20 мм/ч, тромбоциты  $2,0 \times 10^9/л$ .

Ваш диагноз:

<variant> Гемофилия А

<variant> Тромбастения Гланцманна

<variant> Апластическая анемия

<variant> Болезнь Верльгофа

<variant> Геморрагический васкулит

<question>На приеме у врача СВА мать с 2 летним ребенком. Из анамнеза: со слов матери ребенок игрался в другой комнате внезапно начался кашель, одышка, которая исчезла через 15 минут. При осмотре: температура тела нормальная, ребенок активен. При аускультации легких слева в нижней доле свистящие хрипы на выдохе. Ваш диагноз:

<variant> Инородное тело бронха

<variant> Хронический бронхит

<variant> Бронхиальная астма

<variant> Пневмония

<variant> Коклюш

<question>Вызов врача общей практики к ребенку 8 лет, который выявил у ребенка бледность, вялость, температура тела повышена до 39,0 градусов, акроцианоз, одышку в покое, ЧД - 50 в минуту, пульс – 100 в 1 минуту.

Укорочение легочного звука ниже угла лопатки, там же влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Ваш диагноз:

<variant> Пневмония

<variant> Бронхиолит

<variant> Муковисцидоз

<variant> Бронхиальная астма

<variant> Острый бронхит

<question>Мальчику 11 лет, обратился с жалобами на боли в животе, боль и ограничение движений в левом коленном и голеностопных суставах. Из анамнеза заболевания: две недели назад переболел ангиной, когда отмечал повышение температуры тела 39 С, боль в горле. Получал симптоматическое лечение.

Объективно: отечность и ограничение движений голеностопных суставов.

Выявлено расширение границ сердечной тупости на 2 см влево, тахикардия 120 ударов за 1 минуту, ослабленный 1 тон, "мягкий" систолический шум на верхушке сердца. Ваш диагноз:

<variant> Острая ревматическая лихорадка

<variant> Системная красная волчанка

<variant> Ювенильный ревматоидный артрит

<variant> Болезнь Рейтера

<variant> Реактивный артрит

<question>Для расчёта показателя «длительность одного случая с временной утратой нетрудоспособности» необходимы данные:

<variant> Число дней нетрудоспособности, число случаев с временной утраты трудоспособности

<variant> Среднегодовая численность населения, длительность одного листка нетрудоспособности

<variant> Число случаев с временной утратой трудоспособности, среднегодовое число работающих

<variant> Число дней нетрудоспособности, общее число заболеваний

<variant> Общее число заболеваний, численность работающих на предприятии

<question>Документ выдаваемый студентам и учащимся в случае заболевания:

<variant> Справка установленной формы

<variant> Листок нетрудоспособности

<variant> Документ не выдается

<variant> Справка произвольной формы

<variant> Листок нетрудоспособности с указанием места учебы

<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>В функцию участкового врача ВОП входит:

- <variant>Экспертиза временной нетрудоспособности.
- <variant>Обслуживание гинекологических больных
- <variant>Осмотр и лечение психических больных детей и с аутизмом
- <variant>Профилактические осмотры военных
- <variant>Экспертиза стойкой нетрудоспособности

<question>Листок нетрудоспособности в случае рождения мертвого ребенка выдается:

- <variant>На 70 календарных дней
- <variant>На 80 календарных дней
- <variant>На 100 календарных дней
- <variant>На 117 календарных дней
- <variant>На 126 календарных дней

<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>Укажите поэтапные уровни экспертизы нетрудоспособности в ЛПУ:

- <variant>Лечащий врач, ВКК, специалист по экспертизе временной нетрудоспособности, МСЭК
- <variant>ВКК, специалист по экспертизе временной нетрудоспособности, лечащий врач, МСЭК
- <variant>Работник социальной службы, ВКК, специалист по экспертизе временной нетрудоспособности,
- <variant>ВКК, специалист по экспертизе временной нетрудоспособности, Работник социальной службы,
- <variant>МСЭК, Работник социальной службы, ВКК, специалист по экспертизе временной нетрудоспособности,

<question>Не входит в функцию лечащего врача, осуществляющего экспертизу временной нетрудоспособности:

- <variant>Определяет группу инвалидности
- <variant>Определения признаков временной нетрудоспособности оценивая состояние здоровья, характера и условий труда и социальных факторов
- <variant>Фиксации жалоб, анамнестические и объективные данные, назначает обследование и лечение, указывает степень функциональных нарушений, наличие осложнений, обуславливающих нетрудоспособность
- <variant>Рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия, вид лечебно-

охранительного режима

<variant>Определяет сроки нетрудоспособности с учётом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, травмах

<question>Листок нетрудоспособности является:

<variant>основанием на получение пособия из средств социального страхования

<variant>документом дающим право на получение льготного проезда

<variant>Основным документом, удостоверяющим стойкую нетрудоспособность

<variant>Освобождающий от общественных нагрузок

<variant>документом дающим право на получение инвалидности

<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>При направлении на МСЭК листок нетрудоспособности подписывает:

<variant>Лечащий врач

<variant>врач функциональной диагностики

<variant>Заведующий лабораторией

<variant>Фельдшер-акушер

<variant>Акушер-гинеколог

<question>Функция не свойственная для листка нетрудоспособности:

<variant>Управленческая

<variant>Юридическая

<variant>Медицинская

<variant>Финансовая

<variant>Статистическая

<question>Экспертиза трудоспособности - это вид медицинской деятельности, целью которой НЕ является:

<variant>Определения критериев экономической эффективности

<variant>Оценка состояния здоровья пациента

<variant>Определение сроков и степени нетрудоспособности пациента

<variant>Установление возможности осуществления трудовой деятельности

<variant>Обеспечение качества и эффективности проводимого лечения

<question>Основанием для направления на МСЭК НЕ является:

<variant>Необходимость повышения выплат

<variant>Наличие признаков инвалидности

<variant>Окончание сроков инвалидности

<variant>Переосвидетельствование

<variant>Необходимость продления больничного листка

<question>Укажите полное определение инвалидности:

<variant>Инвалидность - социальное явление, влекущее за собой социальные последствия - невозможность или резкое ограничение возможности работать в результате нарушений функций организма.

<variant>Инвалидность - расстройства функций жизненно важных органов, как результат заболеваемости.

<variant>Инвалидность - стойкая или значительная потеря трудоспособности вследствие которой продолжать профессиональную деятельность частично или полностью невозможно.

- <variant>Инвалидность - длительная потеря трудоспособности.
- <variant>Инвалидность - острое расстройство функций жизненно важных органов,
- <question>Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, который выдается студенту ПТУ, если он заболел во время производственной практики:
- <variant>справка 095/у
- <variant>справка произвольной формы
- <variant>лист нетрудоспособности
- <variant>выписка из истории болезни
- <variant>справка 095/у и больничный лист
- <question>Единицей наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:
- <variant>каждый случай нетрудоспособности в связи с заболеванием
- <variant>каждый случай обращения
- <variant>каждый листок нетрудоспособности
- <variant>каждый заболевший человек
- <variant>каждый выздоровевший человек
- <question> Социальное явление, влекущее за собой социальные последствия - невозможность или резкое ограничение возможности работать в результате нарушений функций организма называется:
- <variant>инвалидность
- <variant>опекунство
- <variant>отягощенность
- <variant>заболеваемость
- <variant>алкоголизм
- <question>«Доказательная медицина» -это:
- <variant>интеграция лучших исследовательских данных с клиническим опытом и потребностям пациента
- <variant>интеграция лучших доклинических исследовательских данных в клиническую практику
- <variant>интеграция мнений ведущих специалистов медицины в клиническую практику
- <variant>рациональное использование лекарственных средств с учетом личного опыта врача
- <variant>информационно-методическая доктрина, направленная на отбор основных ЛС
- <question>Метод исследования, который используется для выявления распространенности астмы у детей школьного возраста:
- <variant>поперечное исследование
- <variant>мета-анализ
- <variant>случай-контроль
- <variant>рандомизированное
- <variant>когортное
- <question>Укажите информационные предпосылки для внедрения доказательной медицины:
- <variant>увеличение количества медицинских журналов и публикаций
- <variant>дефицит средств, выделяемых на нужды здравоохранения
- <variant>право пациента на информацию о состоянии своего здоровья
- <variant>представление о медицинской помощи как услуге

<variant>лечебная деятельность врача сопряжена с давлением, оказываемым со стороны руководства

<question>Выберите аргумент сторонников доказательной медицины (ДМ)

<variant>ДМ должна быть частью процесса: принимаемые решения должны учитывать и индивидуальный опыт, предпочтения пациента и доступные доказательства

<variant>ДМ не нова, новым является только название

<variant>ДМ основана только на доказательствах и принижает значение собственного суждения клинициста

<variant>часто в литературе отсутствуют данные о результатах рандомизированных клинических испытаний

<variant>часто бывает очень трудно получить доступ к необходимым доказательствам и выбрать лучшие из них

<question>Укажите преимущество доказательной медицины (ДМ):

<variant>ДМ доступна для специалистов с опытом работы в различных областях на любом этапе карьеры

<variant>необходим временной ресурс

<variant>необходимо приобретение компьютерной техники и доступа к мировым информационным ресурсам

<variant>ДМ неизбежно обнаруживает пробелы в имеющихся свидетельствах

<variant>требует наличия компьютерной грамотности и навыков у врачей старшего возраста.

<question>«Золотым стандартом» исследований в медицине является:

<variant>рандомизированные контролируемые испытания (РКИ)

<variant>контролируемые испытания без рандомизации

<variant>когортные, ретроспективные испытания

<variant>неконтролируемые испытания

<variant>описательные испытания

<question>Для рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ) характерно:

<variant>унифицированный подбор пациентов (строгие критерии отбора)

<variant>контролируемое исследование без рандомизации

<variant>исследование, в котором определенная когорта пациентов прослеживается в течение некоторого времени

<variant>метод отслеживания состояния пациента назад – от конечной точки испытаний к моменту начала

<variant>исследование распространенности того или иного состояния и воздействия тестируемого агента в конкретный момент времени

<question>Для нерандомизированных испытаний с одновременным контролем характерно:

<variant>контролируемое исследование без рандомизации

<variant>унифицированный подбор пациентов (строгие критерии отбора)

<variant>исследование, в котором определенная когорта пациентов прослеживается в течение некоторого времени

<variant>метод отслеживания состояния пациента назад – от конечной точки испытаний к моменту начала

<variant>исследование распространенности того или иного состояния и воздействия тестируемого агента в конкретный момент времени

<question>Для исследования типа «случай-контроль» характерно:

<variant>метод отслеживает состояние пациента назад – от конечной точки испытаний к моменту начала

- <variant>унифицированный подбор пациентов (строгие критерии отбора)
- <variant>контролируемое исследование без рандомизации
- <variant>исследование, в котором определенная когорта пациентов прослеживается в течение некоторого времени
- <variant>исследуют распространенность того или иного состояния и воздействия тестируемого агента в конкретный момент времени
- <question>Современные клинические исследования предусматривают следующий дизайн испытаний:
- <variant>сравнительные, рандомизированные, двойные слепые и проспективные
- <variant>несравнительные, рандомизированные, двойные слепые и проспективные
- <variant>сравнительные, нерандомизированные, двойные слепые и проспективные
- <variant>сравнительные, рандомизированные, ретроспективные
- <variant>сравнительные, нерандомизированные, проспективные
- <question>Основным аспектом доказательной медицины является:
- <variant>Критическая оценка научной информации на предмет достоверности и полезности и выявление обоснованных сведений для ответа на вопросы;
- <variant>Выявление обоснованных сведений в медицине.
- <variant>Критическая оценка доказательств в экономике здравоохранения
- <variant>Выявление лучших результатов биологических исследований;
- <variant>выявление лучших эпидемиологических результатов.
- <question>Планируется изучение частоты возникновения интерстициального нефрита после применения цефтриаксона. Исследование, которое даст наиболее достоверные сведения:
- <variant>проспективное когортное исследование
- <variant>серия случаев
- <variant>независимое слепое исследование
- <variant>рандомизированное контролируемое исследование
- <variant>поперечное исследование
- <question>При поиске информации в электронных базах данных лимиты используют для:
- <variant>Прицельного поиска
- <variant>Расширения поиска
- <variant>Углубления поиска
- <variant>Увеличения объема получаемой информации
- <variant>Облегчения поиска
- <question>Использование оператора “or” позволяет:
- <variant>Расширить поиск
- <variant>Сужать поиск
- <variant>Определить поиск
- <variant>Выравнить поиск
- <variant>Изменить поиск
- <question>Оператор “not” используется для:
- <variant>Сужения поиска
- <variant>Расширения поиска
- <variant>Изменения поиска
- <variant>Определения траектории поиска

<variant>Выделения поиска

<question>В отделение кардиологии завезли новый препарат, кордарон с целью оценки эффективности и безопасности лечения этим препаратом.

Исследование, которое наилучшим образом подойдет для оценки эффективности и безопасности данного препарата:

<variant>рандомизированное

<variant>поперечное

<variant>мета-анализ

<variant>случай-контроль

<variant>когортное

<question>Больной с ревматоидным артритом утверждает, что после приема пироксикама у него появились боли в эпигастрии. Сформулируйте клинический вопрос для изучения данной проблемы:

<variant>Возникновение гастропатий после приема НПВС у больных с ревматоидным артритом

<variant>Побочные эффекты пироксикама

<variant>Частота гастропатий у больных ревматоидным артритом

<variant>Осложнения после приема пироксикама у больных с коллагенозами

<variant>Частота развития осложнений при болях в эпигастрии у больных ревматоидным артритом

<question>Определите градации рекомендаций в доказательной медицине, если имеется, по крайней мере, 1 мета-анализ или систематически обзор или РКИ, оцененные как 1++ и применимые к соответствующей популяции:

<variant>рекомендаций А

<variant>рекомендаций В

<variant>рекомендаций С

<variant>рекомендаций Д

<variant>рекомендаций Е

<question>У 2-х месячного ребенка наблюдается кашель, отказывается есть и пить. При осмотре наблюдается втяжение уступчивых мест грудной клетки. Выбрать классификацию проблемы «кашель» согласно программы ИВБДВ:

<variant>Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание

<variant>Пневмония

<variant>Пневмонии нет. Кашель или простуда

<variant>Пневмонии нет. Астмоидное дыхание.

<variant>Очень тяжелое фебрильное заболевание

<question>Вызов к ребенку 3-х месяцев. Жалобы мамы ребенка на кашель в течение 2-х дней, повышение температуры до 38,3<sup>0</sup>С, снижение аппетита. Сегодня с утра отказывается есть и пить, наблюдается выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, ЧДД – 65 в минуту. Тактика врача ОВП согласно программы ИВБДВ:

<variant>Дать 1 дозу подходящего антибиотика, направить немедленно в стационар

<variant>Смягчить горло и облегчить кашель с помощью безопасного средства, назначить последующий визит через 3 дня

<variant>Дать 1 дозу быстродействующего бронхолитика, назначить последующий визит через 5 дней

<variant>Дать 1 дозу быстродействующего бронхолитика, направить немедленно в стационар

<variant>Дать антибактериальный препарат для пневмонии, назначить последующий визит через 2 дня

<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>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>Ребенок 4 месяца. Отказывается от груди, не может пить. Температура 37,7<sup>0</sup>С. При осмотре отмечается втяжение грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, кивательные движения головой. ЧДД – 45 в минуту. Классификация состояния по программе ИВБДВ:

<variant>Тяжелая пневмония или очень тяжелое заболевание

<variant>Пневмония

<variant>Пневмонии нет. Кашель или простуда

<variant>Пневмонии нет. Астмоидное дыхание.

<variant>Очень тяжелое фебрильное заболевание

<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. Appetit снижен, пить может. Доза амоксициллина (по программе ИВБДВ), дальнейшая тактика.

<variant>Сироп 250мг/5 мл - 2,5 мл x 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
- <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 8 недель жизни, вес 4,0 кг. Состояние классифицировано по ИВБДВ как «очень тяжелое фебрильное заболевание». Доза амоксициллина, дальнейшая тактика согласно программы ИВБДВ.
- <variant>ампициллин – 200 мг гентамицин 16 мг – в/м, направить срочно в стационар
- <variant>Сироп 250мг/5 мл - 2,0 мл х 2 р/день, направить в ЦПМСП для обследования
- <variant>ампициллин – 100 мг х 4р/день гентамицин 16 мг х 2 р/день, повторный осмотр через 2 дня
- <variant>бициллин-1 – 600 тыс. ЕД - в/м, направить срочно в стационар
- <variant>Сироп 250мг/5 мл- 5,0 мл, направить срочно в стационар
- <question>В поликлинику на приём к врачу пришла девочка 5 лет. Жалобы на повышение температуры, кашель, затрудненное дыхание. Болеет 4-5 день. Состояние средней тяжести. Зев гиперемирован. В легких влажные хрипы. Тактика лечения данному больному согласно ИВБДВ:
- <variant>Ампициллин 50 мг/кг в/м каждые 6 часов 5 дней
- <variant>Ампициллин 100 мг/кг в/в каждые 8 часов 5 дней
- <variant>Ампициллин 150 мг/кг в/м каждые 6 часов 5 дней
- <variant>Ампициллин 120 мг/кг в/в каждые 6 часов 5 дней
- <variant>Ампициллин 80 мг/кг в/м каждые 6 часов 5 дней
- <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 х 2 раза в день
- <variant>Амоксициллин 250 мг по 1 таб х 3 раза в день
- <variant>Амоксициллин 250 мг по 1/2 таб х 2 раза в день
- <variant>Амоксициллин 250 мг по 1 таб х 4 раза в день
- <variant>Амоксициллин 250 мг по 1 таб х 1 раза в день
- <question>Ребенок 2 месяца. Отказывается от груди. При осмотре отмечается втяжение грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Тактика врача согласно ИВБДВ:
- <variant>дать первую дозу антибиотика, направить срочно в стационар
- <variant>дать первую дозу антибиотика, оставить под наблюдение участкового врача
- <variant>дать первую дозу антибиотика, повторный осмотр через два дня
- <variant>дать первую дозу антибиотика, направление на обследование
- <variant>антибиотик не нужен, наблюдение на дому
- <question>В поликлинику обратилась девочка 5 лет, с жалобами на длительный кашель (в течение 3 месяцев), который начался зимой после простуды. По ночам девочка просыпается от кашля и сама слышит свистящие хрипы, кроме того, при беге она часто закашливается и останавливается, появляются свистящие хрипы.

Часто закладывает нос. Температура тела нормальная, насморк. Мать страдает поллинозом.

Подтверждает ваш диагноз:

<variant>спирография

<variant>рентгенография

<variant>бронхография

<variant>бронхоскопия

<variant>пикфлоуметрия

<question>В общие признаки опасности ИВБДВ НЕ входит:

<variant>не знать: может ли ребенок пить или сосать грудь

<variant>спросите: если рвота после каждого приема пищи

<variant>спросите: были ли у ребенка судороги

<variant>осмотрите: ребенок летаргичен или без сознания

<variant>спросите: может ли ребенок пить или сосать грудь

<question>Девочка 4 лет. Жалобы на кашель с приступами, шумное дыхание. При осмотре состояние средней тяжести, дыхание слышное на расстоянии, в легких масса сухих хрипов, тоны сердца приглушены. На рентгенограмме грудной клетки – усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Укажите дозу сальбутамола для данного больного:

<variant>сироп 5 мл

<variant>сироп 10 мл

<variant>сироп 15 мл

<variant>сироп 20 мл

<variant>сироп 25 мл

<question>Вызов на дом к ребенку 10 недель жизни, по ИВБДВ

классифицировано как очень тяжелое фебрильное заболевание. Укажите дозу ампициллина и тактика дальнейшая ваша:

<variant>сироп 240 - 2,5 мл х 4 р/день, направить срочно в стационар

<variant>сироп 240 - 2,5 мл х 2 р/день, направить в ЦПМСП для обследования

<variant>сироп 240 - 5,0 мл х 2 р/день, лечить согласно руководствам ИВБД

<variant>сироп 240 - 5,0 мл х 4 р/день, направить срочно в стационар

<variant>сироп 240 - 7,0 мл х 2 р/день, направить срочно в стационар

<question>Девочка 5 лет. Жалобы на одышку, приступообразный, продуктивный, мучительный кашель с трудноотделяемой мокротой. Часто болеет простудными заболеваниями. Объективно: девочка пониженного питания, пальцы в виде «барабанных палочек». В легких жесткое дыхание, влажные хрипы. Живот увеличен в размерах, мягкий. Хлориды пота 85 ммоль/л. Укажите эффективный лекарственный препарат:

<variant>N-Ацетилцистеин

<variant>Амброксол

<variant>Эуфиллин

<variant>Сальбутамол

<variant>мукалтин

<question>Ребенку 3 месяца. Мать с рождения отмечает шумное, слышное на расстоянии дыхание, усиливающееся при кормлении и беспокойств.

Диагностирован стридор. Причиной стридора у данного ребенка может быть:

<variant>ларингомаляция

<variant>острый ринит

<variant>инородное тело дыхательных путей

<variant>отек слизистой оболочки бронхов

<variant>ларингостеноз

<question>У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон.

Изменения на рентгенограмме у данного больного:

<variant>усиление легочного рисунка в прикорневых зонах, повышение прозрачности

<variant>деформация бронхов, расширение корней легких

<variant>единичные очаговые тени

<variant>увеличение трахеобронхиальных лимфоузлов

<variant>снижение пневматизации медиальных отделов

<question>У ребенка семи месяцев на фоне ОРВИ на 4 день заболевания состояние ухудшилось, вновь повысилась температура до 37,8 С, появилась одышка экспираторного характера, оральные хрипы. При аускультации – удлиненный выдох, разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон. В общем анализе крови – Лейк –  $5,8 \times 10^9$  /л, э – 14%, п\я – 1%, с – 48%, л- 29%, м- 8%, СОЭ – 3 мм\ч. Ваш диагноз:

<variant>обструктивный бронхит

<variant>бронхиолит

<variant>рецидивирующий бронхит

<variant>пневмония

<variant>плеврит

<question>Классификация диареи у детей от 0 до 5 лет по ИВБДВ:

<variant>тяжелое обезвоживание, умеренное и обезвоживания нет

<variant>тяжелое обезвоживание и обезвоживания нет

<variant>умеренное обезвоживание и обезвоживания нет

<variant>тяжелое обезвоживание, умеренное обезвоживание

<variant>тяжелое обезвоживание, обезвоживание есть

<question>Девочка, 6 месяцев, болеет 3-й день. Со слов матери, у девочки отмечается жидкий стул до 7-8 раз в сутки, повторная рвота. При осмотре: девочка беспокойная, глаза запавшие, пьет с жадностью. Кожная складка расправляется в течение 2 секунд. Классифицируйте диарею по степени обезвоживания у этого ребенка, согласно схеме ИВБДВ.

<variant>умеренное обезвоживание

<variant>нет обезвоживания

<variant>легкое обезвоживание

<variant>тяжелое обезвоживание

<variant>очень тяжелое обезвоживание

<question>Девочка, 1 год 8 месяцев, была осмотрена ВОП. Данные осмотра: девочка активная, температура тела 36,9<sup>0</sup>С, кожные покровы бледноватые, эластичность кожи и тургор мягких тканей сохранены, жидкий стул до 5 раз в сутки. В количестве ... дополнительной жидкости мать должна давать этому ребенку после каждого жидкого стула, согласно схеме лечения ИВБДВ.

<variant>90 мл

<variant>40 мл

ОҢТҰСТІК-ҚАЗАҚСТАН <b>MEDISINA</b> <b>AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL</b> <b>ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра « Врач общей практики – 3»		044-79/22 Стр. 37 из 52
Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Превентивная педиатрия», 6 курс		

<variant>20 мл

<variant>120 мл

<variant>150 мл

<question>Ребенок 3 года. Жалобы: на повышение температуры тела до 37,4<sup>0</sup>С и жидкий стул. Диарея у ребенка продолжается 10 дней, крови в стуле нет.

Объективные данные: ребенок беспокоен и болезненно раздражим, жажды у него нет. Глаза не запавшие. Кожная складка расправляется медленно.

Классифицируйте диарею у ребенка согласно по ИВБДВ

<variant>умеренное обезвоживание

<variant>нет обезвоживания

<variant>тяжелое обезвоживание

<variant>затяжная диарея

<variant>гемоколит

<question>Ребенок 12 месяцев, жалобы на жидкий стул, повторную рвоту, отказ от еды. При осмотре: сонливый, кожная складка расправляется 4 секунды, глаза запавшие, отказывается от жидкости. Классифицируйте состояние и определите лечение.

<variant>Диарея. Тяжелое обезвоживание. План В в течение 3-х часов

<variant>Диарея. Умеренное обезвоживание. План Б в течение 4-х часов

<variant>Диарея. Умеренное обезвоживания. План Б в течение 6-ти часов

<variant>Диарея. Тяжелое обезвоживание. План В в течение 6-ти часов

<variant>Диарея. Умеренное обезвоживание. План А. Регидрон после каждого жидкого стула

<question>Ребенок 3 месяца (вес 5,0 кг). Жалобы: на повышение температуры тела до 37,4<sup>0</sup>С и жидкий стул. Диарея у ребенка продолжается 6 дней, крови в стуле нет. Объективные данные: ребенок беспокоен и болезненно раздражим, пьет с жадностью. Глаза не запавшие. Кожная складка расправляется медленно. ОРС необходимо дать ребенку в количестве ... .

<variant>375 мл в течение 4-х часов

<variant>50-100 мл после каждого жидкого стула

<variant>500 мл в течение 6-ти часов

<variant>600мл в течение 4-х часов

<variant>100-200 мл после каждого жидкого стула

<question>Ребенку 3 года, со слов мамы болен 15 дней, жалобы на слабость, температуру, рвоту, жидкий стул, пьет не охотно, к врачу не обращались. При осмотре ребенок без сознания, запавшие глаза, не может пить, кожная складка расправляется очень медленно. Длительность диареи у детей:

<variant>14 дней и более

<variant>10 дней и более

<variant>20 дней и более

<variant>7 дней и более

<variant>30 дней и более

<question>В лечение диареи на дому детям до 2 лет, ОРС (в мл) применяют после каждого жидкого стула и в интервалах:

<variant>50 - 100

<variant>30 – 50

<variant>70 - 100

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

<variant>120- 150

<variant>30 – 70

<question>Ребенку 3 мес , масса тела составляет 5300г. Определите количество ОРС в течение

4 часов данному ребенку:

<variant>200-400мл

<variant>100-400мл

<variant>300-700мл

<variant>200-300мл

<variant>300-500мл

<question>Основной причиной диареи является возбудитель:

<variant>ротавирус

<variant>вирус гриппа

<variant>вирус кори

<variant>вирус парагриппа

<variant>RS-вирус

<question>Для оральной регидратации наиболее целесообразный раствор :

<variant>регидрон

<variant>глюкосолан

<variant>гемодез

<variant>оралит

<variant>хлоразол

<question>Первостепенной целью лечения диареи является:

<variant> восстановление водно-электролитного баланса

<variant>нормализация температуры тела,

<variant>ликвидация симптомов интоксикации,

<variant>нормализации стула

<variant>эрадикация возбудителя

<question>Проведите расчет жидкости больному от потери на лихорадку:

<variant>10мл/кг на каждый градус Цельсия свыше 37

<variant>15мл/кг на каждый градус Цельсия свыше 38

<variant>10мл/кг на каждый градус Цельсия свыше 38

<variant>15мл/кг на каждый градус Цельсия свыше 37

<variant>10мл/кг на каждый градус Цельсия свыше 39

<question>Ребенку 10 мес , мама пришла к врачу с жалобами на жидкий стул, беспокойствие, болен 2-й день. При осмотре кожная складка расправляется медленно, пьет с жадностью, глаза запавшие. Оцените состояние больного:

<variant>умеренное обезвоживание

<variant>тяжелое обезвоживание

<variant>обезвоживания нет

<variant>обезвоживания есть

<variant>не тяжелое обезвоживание

<question>Мама с ребенком 6 мес обратилась к врачу с жалобами на жидкий стул, рвоту, температуру. При осмотре ребенок без сознания запавшие глаза, кожная складка расправляется очень медленно, пьет плохо.

Оцените состояние больного:

<variant>тяжелое обезвоживание

<variant>умеренное обезвоживание

<variant>обезвоживания нет

<variant>обезвоживания есть

<variant>не тяжелое обезвоживание

<question>На приеме у врача мама с ребенком 3 лет, жалобы на рвоту, жидкий стул, больна 3-й день. Дайте рекомендации маме по приему ОРС:

<variant>из чашки небольшими частыми глотками

<variant>давать жидкости из чашки большими частыми глотками

<variant>из бутылки небольшими частыми глотками

<variant>из соски большими частыми глотками

<variant>давать жидкости из соски небольшими частыми глотками

<question>Ребенку 7 месяцев, жалобы на жидкий стул, рвоту в течение 3-х дней. В анализе кала лейкоциты 10-15. Для уточнения диагноза показан диагностический метод обследования:

<variant>кал на бактерионосительство

<variant>спинномозговая пункция

<variant>мазок из зева на ВЛ

<variant>кал на яйца глист и простейших

<variant>УЗИ головного мозга

<question>Мама с ребенком 9 мес пришла на прием к врачу с жалобами на температуру, жидкий стул без примеси.

Симптомы наиболее вероятны для:

<variant>диареи А

<variant>дизентерии

<variant>энтерите

<variant>сальмонеллезе

<variant>холере

<question>Ребенок 4 лет. заболел остро: повысилась температура до 39,2 градусов, появились катаральные явления. Доза парацетамола при высокой лихорадке выше 38,5 по ИВБДВ:

<variant>сироп 10мл (2 ч.л.) или таблетка ½ (250мг)

<variant>сироп 5 мл (1 ч.л.) или таблетка ¼ (125мг)

<variant>сироп 10 мл (2 ч.л.) или таблетка ¼ (125мг)

<variant>сироп 5 мл (1 ч.л.) или таблетка ½ (250мг)

<variant>сироп 15 мл (1 ч.л.) или таблетка ½ (250мг)

<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>Участкового врача вызвали к ребенку 5 лет. Ребенок заболел остро: повысилась температура до 39 градусов, появились катаральные явления, беспокойство. Ваш диагноз:

<variant>ОРВИ Гипертермический синдром

<variant>ОРВИ Судорожный синдром

<variant>ОРВИ Обструктивный синдром

<variant>аденовирусная инфекция

OŃTÚSTIK-QAZAQSTAN <b>MEDISINA          AKADEMIASY</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN <b>MEDICAL          ACADEMY</b> АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра « Врач общей практики – 3» Тестовые задания рубежного контроля 1 по дисциплине «Превентивная педиатрия», 6 курс	044-79/22 Стр. 40 из 52

<variant>риновирусная инфекция

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

<variant>кишечная палочка

<variant>стафилококк

<variant>стрептококк

<variant>пневмококк

<variant>цитомегаловирус

<question>У ребенка 10-ти лет боли в горле при глотании, температура 39,2<sup>0</sup>С, головные боли, гнойный налет на миндалинах. Стартовая терапия при данном заболевании включает:

<variant>антибиотик

<variant>парацетамол

<variant> йодиол

<variant>мукалтин

<variant>фурацилин

<question>Ребенок восьми лет обратился к врачу с подозрением на дифтерию зева на второй день болезни. Температура тела 38,0-39,0С, резкие боли при глотании, яркая гиперемия миндалин, островки желтовато-белых, рыхлых налетов в углублениях миндалин, болезненные, немного увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Ваш диагноз:

<variant>лакунарная ангина

<variant>грибковая ангина

<variant>дифтерия зева

<variant>фолликулярная ангина

<variant>катаральная ангина

<question>Вызов на дом к девочке 5 лет, жалобы на лихорадку, озноб, боли в области сердца. Перкуторно расширение границ сердца во все стороны. Аускультативно приглушение тонов, шум над верхушкой, в 3-4 м/р, не связанны с фазами сердца, типа «хруст снега», усиливающийся при надавливании, не иррадирующий. Для подтверждения диагноза необходимое обследование:

<variant>рентгенография

<variant>электрокардиография

<variant>пикфлоуметрия

<variant>бронхография

<variant>спирография

<question>Ребенку 2 года, со слов матери жалобы на повышение температуры до 38,8<sup>0</sup>С, ухудшение состояние ребенка, вялость, влажный кашель. Объективно: Кожные покровы бледные, периоральный цианоз, раздувание крыльев носа в момент кормления, ЧДД до 62/мин., втяжение межреберных промежутков. Перкуторно над легкими - коробочный оттенок, справа в подлопаточной области участок притупления, там же выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. ЧСС 160 /1 мин. Лабораторно: ОАК Нв-122г/л, Эр 3,8 x10<sup>12</sup>/л, L – 10,8 x10<sup>9</sup>/л, п/я - 4%, с- 53%, л-36%,м – 7%, СОЭ 18 мм/ч. R – грамма легких - очаговые инфильтративные тени в правом легком. Усиление сосудистого рисунка легких. В план общего лечения включить лекарственные препараты

<variant>цефазолин, сальбутамол

<variant>рифампицин, ацикловир

<variant>амбробене, интерферон

<variant>берудуал, дексаметазон

<variant>пантенол, цефазолин

<question>Ребенок 6 лет пришел на прием с мамой. Жалобы на подъем температуры тела до 37,2-37,5, в течение недели, упорный сухой кашель со скудной мокротой, снижение аппетита. Заболевание развилось постепенно с упорного кашля, подъема температуры до субфебрильных цифр. При осмотре: умеренные катаральные явления в зева. Покраснение конъюнктивы век. В легких - перкуторно легочный звук, выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы. В ОАК L 10,8x10<sup>9</sup>/л; СОЭ 17 мм/ч. На R-грамме грудной клетки - неоднородная очаговая инфильтрации легочных полей. При бактериальном исследовании мокроты высеяна – микоплазма.

Лекарственный препарат наиболее целесообразно включить в план общего лечения:

<variant>азитромицин

<variant>цефазолин

<variant>ампициллин

<variant>стрептомицин

<variant>гентамицин

<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: Нб-112 г/л, Эр-4,1x10<sup>12</sup>/л, Л-10,0x10<sup>9</sup>/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>В поликлинику на прием к врачу пришла девочка 3 лет, жалобы на повышение температуры, заложенность носа, чихание, сухой кашель. Болеет 2-3 день. Состояние средней тяжести. Зев гиперемирован. В легких жесткое дыхание, хрипов нет.

Лечение данному больному по протоколу в условиях ПМСП в первую очередь:

<variant>виферон 500000 МЕ 2 раза в сутки ректально 10 дней

<variant>виферон 150000 МЕ 2 раза в сутки ректально 10 дней

<variant>виферон 500000 МЕ 1 раза в сутки ректально 10 дней

<variant>виферон 1000000 МЕ 2 раза в сутки ректально 10 дней

<variant>виферон 150000 МЕ 1 раза в сутки ректально 10 дней

<question>У ребенка, повышение температуры, слабость. С 2-х летнего возраста состоит на Д-учете по поводу хронического бронхолегочного процесса,

обострения 2-3 раза в год. В легких разноразмерные сухие и влажные среднепузырчатые хрипы. На рентгенограмме - деформация бронхов слева, расширение корней легких. Наиболее приемлемым следующим шагом в диагностике является:

<variant>бронхоскопия

<variant>ангиография

<variant>томография

<variant>бронхография

<variant>томография

<question>У ребенка 5 лет, состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации, температура 38,7С, положительный симптом поколачивания. В ОАМ - лейкоцитурия, бактериурия. УЗИ признаки воспалительных изменений в ЧЛС. Для ликвидации гипертермии у данного ребенка необходимо назначить:

<variant>физические методы охлаждения

<variant>ведение лазикса

<variant>введение аминазина с пипольфеном

<variant>введение дроперидола

<variant>введение антибиотика

<question>У ребенка 3 лет боли в горле при глотании, температура 39,2<sup>0</sup>С, головные боли, гнойный налет на миндалинах. Метод диагностического обследования показан для уточнения диагноза:

<variant>мазок из зева на флору (BL)

<variant>общий анализ крови

<variant>общий анализ мочи

<variant>биохимический анализ крови

<variant>R-графия органов грудной клетки

<question>У ребенка 11,5 месяцев жизни с явлениями катаральной ангины ВОП обнаружил короткий систолический шум на верхушке сердца, повышение температуры тела до 38,8<sup>0</sup>С. Укажите дозу детского парацетамола для ребенка, требует ли состояние ребенка каких-либо мероприятий

<variant>0,200 - 1/2 таблетки, лечить на дому

<variant>0,200 - 1/4 таблетки, лечить на дому

<variant>0,200 - 1/3 таблетки, лечить на дому

<variant>0,500 – 1/2 таблетки, госпитализировать

<variant>0,500 - 1,3 таблетки, госпитализировать

<question>Показания к назначению жаропонижающих препаратов у детей:

<variant>лихорадка выше 38,5 у детей с врожденными пороками сердца

<variant>дети 2-3 года жизни с температурой 37,5 градусов

<variant>лихорадка выше 37,5 с аллергическими реакциями в анамнезе

<variant>фоновые заболевания: гипотрофия, рахит, анемия

<variant>лихорадка выше 37 градусов в подмышечной впадине

<question>Девочка 5 лет болеет второй день. Температура тела 37,5-38<sup>0</sup>С.

Схваткообразные боли в животе. Стул до 6-ти раз в сутки, скудный, слизисто-гнойный с единичными прожилками крови. Живот запавший, задний проход податлив. Каков наиболее вероятный диагноз:

<variant>дизентерия

<variant>иерсиниоз

<variant>вирусная диарея

<variant>сальмонеллез

<variant>кишечная коли-инфекция

<question>У мальчика 5 лет, состояние ближе к удовлетворительному, температура 37,8 С, кашель, насморк. Болен 2-й день. Назначьте первоочередное лечение данному ребенку:

<variant>постельный режим, обильное питье

<variant>полупостельный режим, обильное питье

<variant>постельный режим, питье ограничено

<variant>можно посещать детский сад

<variant>свободный режим, питье ограничено

<question>Ребенок, 2 года, вес 15 кг, заболел 3 дня назад. Температура тела 37,8<sup>0</sup>С, заложенность носа, умеренное слизистое отделяемое из носа. За ухом болезненное припухание, кожа гиперимирована. Классифицируйте данное состояние, согласно схемы ИВБДВ:

<variant>мастоидит

<variant>острая инфекция уха

<variant>хроническая инфекция уха

<variant>нет инфекции уха

<variant>катаральный отит

<question>У мальчика 3 лет более трех суток наблюдается повышенная температура 38,0 – 38,6<sup>0</sup>С, боли в горле при глотании. Объективно: яркая гиперемия слизистых, миндалины отечные, налеты на миндалинах. Подчелюстные лимфоузлы второго размера. Классифицируйте состояние ребенка по программе ИВБДВ:

<variant>стрептококковый фарингит

<variant>заглоточный абсцесс

<variant>нестрептококковый фарингит

<variant>лихорадка, фебрильное заболевание

<variant>лихорадка, простудное заболевание

<question>Марина, 3 года. Температура тела 39 С. Не может пить. Объективно: яркая гиперемия слизистых, миндалины отечные, налетов нет. Шейные лимфоузлы пальпируются до 2 размера. Классифицируйте состояние ребенка по программе ИВБДВ:

<variant>абсцесс глотки

<variant>нестрептококковый фарингит

<variant>стрептококковый фарингит

<variant>лихорадка, фебрильное заболевание

<variant>лихорадка, простудное заболевание

<question>Мама с ребенком 2 лет обратилась в поликлинику с жалобами на то, что ребенок не может пить. При осмотре ребенок не летаргичен, у него не было судорог, у него нет рвоты после каждого приема пищи. Когда врач дал ребенку воду, он не смог сделать глотательных движений. Температура тела 37,8<sup>0</sup>С. При осмотре отмечаются увеличенные шейные лимфатические узлы, белого налета в горле нет. Назначьте лечение данному ребенку по программе ИВБДВ:

<variant>бициллин -1 по 600 000 МЕ однократно в/м, срочно направить в стационар

<variant>бициллин-1 по 600 000 МЕ в/м, парацетомол 0,2 по ½ таб в течении 2 дней

<variant>смягчить горло с помощью безопасного средства, парацетомол 0,2 по ½ таб

<variant>бициллин-1 по 120000 МЕ в/м в течении 3 дней, парацетомол 0,2 по ½ таб, при высокой температуре тела

<variant>бициллин-1 по 120000 МЕ в/м в течении 5 дней, смягчить горло с помощью безопасного средства

<question>Какие показатели учитываются и оцениваются при классификации «корь» у больного ребенка по программе ИВБДВ

<variant>общий признак опасности, помутнение роговицы, язвы во рту, гнойные выделения из глаз

<variant>общий признак опасности, помутнение роговицы, язвы во рту

<variant>общий признак опасности, помутнение роговицы, язвы во рту, гнойные выделения из глаз, генерализованная сыпь

<variant>общий признак опасности, помутнение роговицы, язвы во рту, гнойные выделения из глаз, генерализованная сыпь, насморк

<variant>общий признак опасности, помутнение роговицы, язвы во рту, гнойные выделения из глаз, генерализованная сыпь, насморк, покраснение глаз

<question>Ребенок 3 года, жалобы на боли в ушах., в течение 5 дней, при осмотре температура – нормальная, гнойное отделяемое из ушей; болезненности и отека за ушами нет. Рекомендуемая тактика:

<variant>высушить уши и закапать ципрофлоксацин

<variant>направить на консультацию ЛОР врача

<variant>высушить уши и закапать амоксициллин

<variant>направить на стационарное лечение

<variant>объяснить маме как сушить уши

<question>Ребенок 4 года. Жалобы на боль в горле, боль при глотании, повышение температуры до 38<sup>0</sup>С. Ребенок может пить. При осмотре: в зеве гиперемия, гнойный налет в лакунах. Пальпируются увеличенные шейные лимфатические узлы, подвижные, не спаянные с окружающей клетчаткой. Классифицируйте согласно ИВБДВ:

<variant>стрептококковый фарингит

<variant>абсцесс глотки

<variant>нестрептококковый фарингит

<variant>гнойный тонзиллит

<variant>неосложненная лихорадка

<question>Девочке А. 3,5 года. Мать сказала, что у ребенка температура тела 38,4<sup>0</sup>С. Девочку беспокоит боль в горле. Ребенок может пить. Общих признаков опасности нет. Мама рассказала, что девочка плакала и жаловалась на боль в горле. Медицинский работник попросил ребенка открыть рот. Он обнаружил белый налет в зеве. Затем он обследовал лимфатические узлы на шее. Шейные лимфатические узлы оказались увеличенными. Классифицируйте состояние девочки:

<variant>стрептококковый фарингит

<variant>абсцесс глотки

<variant>нестрептококковый фарингит

<variant>легкий круп

<variant>гнойный тонзиллит

<question>Ребенок, 2 года, вес 12 кг, заболел остро 3 дня назад. Температура тела 38,8<sup>0</sup>С, жалобы на боль в ухе. Данные осмотра: за ухом болезненное припухание, кожа гиперемирована. Поставьте классификацию состояния, определите тактику лечения согласно схеме ИВБДВ:

<variant>мастоидит; амоксициллин сироп – 6,0 мл, парацетамол сироп – 5,0 мл; направить в стационар

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

<variant>мастоидит; амоксициллин сироп – 6,0 мл, парацетамол сироп – 5,0 мл; последующий визит через 5 дней

<variant>острая инфекция уха; ампициллин – 600 мг – в/м, парацетамол сироп – 5,0 мл; направить

<variant>в стационар мастоидит; ушные капли с амоксициллином, парацетамол сироп – 5,0 мл; направить в стационар

<variant>острая инфекция уха; ушные капли с ципрофлоксацином, парацетамол сироп – 5,0 мл; направить в стационар

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

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

<variant>Затяжная лихорадка. 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>Ребенок 5 лет лечился на дому по поводу лихорадки и сыпи по всему телу. На 9-й день болезни появилась шаткость походки. При поступлении температура 36,5°C, по всему телу корочки; менингеальные знаки отрицательные, в позе Ромберга неустойчив, голову держит плохо. Данные ликвора: белок 0,66 г/л, цитоз-8 клеток. Поставьте диагноз:

<variant>ветряная оспа, осложненная энцефалитом

<variant>простой герпес, осложненный энцефалитом

<variant>краснуха, осложненная энцефалитом

<variant>скарлатина, осложненная энцефалитом

<variant>корь, осложненная энцефалитом

<question>Ребенку 2 недели. Родился доношенным от неосложненной беременности и нормально протекавших родов. Вскармливался грудным молоком. Мать заболела ангиной. Лечение проводилось интенсивно бисептолом, полоскание горла раствором фурацилина. У ребенка появилось желтушное окрашивание кожи без нарушения общего состояния.

Ваш диагноз:

<variant>Лекарственная желтуха

<variant>Желтуха Ариеса-Люцея

<variant>Физиологическая желтуха

<variant>Желтуха от материнского молока

<variant>Желтуха при синдроме Жильбера

<question>Новорожденный от I беременности при сроке гестации 42 недели,

весом 4,5 кг, с отеками в области надключичных и подключичных ямок, голеней и

стоп. Язык большой. Голос хриплый, широкая переносица. Сосет слабо. На 3 день жизни появилось умеренное окрашивание кожи, которое держится 2 недели. В анализе крови: Эритроцитов  $3,8 \times 10^{12}$  г/л, гемоглобин- 148 г/л. Информативный метод исследования.

<variant>Билирубин и его фракции

<variant>Сахар крови

<variant>Тироксин крови

<variant>Хромосомный набор

<variant>Белок и белковые фракции

<question>Через 12 часов после рождения у ребенка появилась и нарастала желтуха. Через 24 часа билирубин 360 мкмоль/л, непрямой 254 мкмоль/л. Ребенку проведено заменное переливание крови. Назовите причину данной терапии.

<variant>Высокий почасовой прирост билирубина

<variant>Выраженная анемия

<variant>Критический уровень билирубина крови

<variant>Появление желтухи в первые сутки жизни

<variant>Показаний к проведению заменному переливанию крови не было

<question>У доношенного новорожденного весом 2800 гр, рост 47 см, от I нормально протекавшей беременности и родов, на 4-й день жизни появилось умеренное желтушное окрашивание кожи. Мать имеет А (II) резус

положительную кровь, у ребенка В (III), резус отрицательная кровь. Состояние ребенка не нарушено, сосет активно, рефлексы не угнетены. В анализе крови: Эритроциты  $4,2 \times 10^{12}$  г/л, общий билирубин 98 ммоль/л, непрямой 78 ммоль/л. Ваш диагноз.

<variant>Физиологическая желтуха

<variant>Механическая желтуха

<variant>Пренатальная гипотрофия

<variant>Гемолитическая болезнь по АВО несовместимости

<variant>Гемолитическая болезнь по резус-несовместимости

<question>Ребенок от 4 беременности, 2 срочных родов. Роды протекали без патологии. Вес ребенка 3200 гр. У матери 0(1) группа крови, резус-отрицательная, у ребенка 0(1) группа, резус-положительная. К концу 1 суток у ребенка появилось желтушное окрашивание кожи и склер, печень + 3,5 см, селезенка + 1,0 см.

Ребенок стал вялым. В общем анализе крови: гемоглобин -100 г/л. Эритроциты  $3,0 \times 10^{12}$  г/л почасовой прирост билирубина 9,6 мкмоль/л.

Ваша первоочередная тактика лечения.

<variant>Заменное переливания крови

<variant>Адсорбенты

<variant>Фототерапия

<variant>Инфузионная терапия

<variant>Желчегонные препараты

<question>Доношенный ребенок в возрасте 5 дней, находится в физиологическом отделении родильного дома. Сосет активно, не срыгивает. Рефлексы врожденного автоматизма вызывается в полном объеме. По органам и систем без патологии. Из анамнеза: антенатальный и интранатальный период протекал без особенностей.

Со слов мамы новорожденный мочится мало. После обхода заведующим отделением выяснилось, что у ребёнка все клинические изменения является

признаками адаптации. Показатели ОАК, ОАМ в пределах возрастной нормы.  
Ваш диагноз.

<variant>Физиологическая анурия новорожденных

<variant>Экстренальная форма анурии

<variant>Субренальная форма анурии

<variant>Ренальная форма анурии

<variant>Аренальная форма анурии

<question>У доношенного новорожденного весом 2900 гр., ростом - 48 см., от II нормально протекавшей беременности и срочных родов, на 3-й день жизни появилось умеренное желтушное окрашивание кожи. Мать имеет А(II) резус-положительную принадлежность крови, у ребенка В (III). резус-отрицательная кровь. Состояние ребенка не нарушено, сосет активно, рефлексy не угнетены. В анализе крови: Эр.- $4,2 \times 10^{12}$ /л, общий билирубин - 108 ммоль/л, непрямой 78ммоль/л. Выставлен диагноз «Неонатальная желтуха». Данная желтуха по клинической классификации относится к виду:

<variant>Конъюгационная желтуха

<variant>Гемолитическая желтуха

<variant>Механическая желтуха

<variant>Паренхиматозная желтуха

<variant>Смешанная желтуха

<question>Абсолютным показанием для проведения заменного переливания крови у доношенного ребенка с ГБН в первые сутки жизни являются:

<variant>почасовой прирост билирубина более 6,8 мкмоль\ч в первые сутки жизни

<variant>снижение гемоглобина менее 160 г\л

<variant>значительная гепатоспленомегалия

<variant>выраженная желтуха

<variant>доказанная несовместимость крови матери и ребенка по группе или резус фактору

<question>Неонатальная желтуха – это

<variant>ОБС достигает 80 мкмоль/л

<variant>ОБС достигает 60 мкмоль/л

<variant>ОБС достигает 70 мкмоль/л

<variant>ОБС достигает 50 мкмоль/л

<variant>ОБС достигает 40 мкмоль/л

<question>Матери 20 лет в женской консультации не наблюдалась. Ребенок 2 беременности, роды в срок, масса при рождении 3200 г, рост 50 см. Состояние удовлетворительное. К концу 2 сутки жизни появилась желтуха, вялость, мышечная гипотония. Печень 2 см, селезенка - у края реберной дуги. Ваш диагноз:

<variant>Гемолитическая болезнь новорожденных

<variant>ГБН анемической формы

<variant>ББН отечная форма

<variant>Транзиторная желтуха новорожденных

<variant>Конъюгационная желтуха

<question>Вызов на дому ребенка. Желтуха появилась после 4 сутки жизни.

Состояние ребенка неудовлетворительное. Температура-37 С. Кожные покровы

желтые: ярко выражены на стопах и кистах. Диагноз: Опасная желтуха. Укажите лабораторные исследования

<variant>ОБС, АЛаТ, АСТ

<variant>ОАК, АЛаТ, АСТ

<variant>ОАМ, АЛаТ, АСТ

<variant>ОБС, ОАК, ОАМ

<variant>АЛаТ, АСТ

<question>Мама с ребенком на приеме у врача. Врач осмотрев ребенка поставила диагноз Неонатальная желтуха. Укажите тактику лечения:

<variant>Немедикаментозное лечение, фототерапия

<variant>Медикаментозное лечение, фототерапия

<variant>Хирургическое лечение

<variant>Немедикаментозное лечение, комплексное

<variant>Медикаментозное лечение, фототерапия

<question>Укажите основные диагностические мероприятия при неонатальной желтухе

<variant>У беременных женщин определять группу крови и резус фактор

<variant>У беременных женщин определять резус фактор и ОАК

<variant>У беременных женщин определять группу крови и ОАК

<variant>У беременных женщин определять Общий билирубин

<variant>У беременных женщин определять резус фактор и ОАМ

<question>Назовите факторы риска при неонатальной желтухе

<variant>Кефалогематома, гипогликемия, гипоальбуминемия

<variant>Кефалогематома, гипогликемия, гиперальбуминемия

<variant>Кефалогематома, гипергликемия, гиперальбуминемия

<variant>Снижения масса тела > 10% гипергликемия

<variant>Острый гемолиз, гиперальбуминемия

<question>Для новорожденных с желтухой и стабильной гипербилирубинемией, которая продолжается больше 3 недель, рекомендуется проведение теста на

<variant>Галактоземию

<variant>Галактозурию

<variant>Глюкозурию

<variant>Глюкоземию

<variant>Фруктоземию

<question>Оценить опасную желтуху по локализации.

<variant>3 стопа, кисти

<variant>2 любой локализации

<variant>1 конечности

<variant>3 стопы, кисти

<variant>2 кисты, ладони

<question>Мальчик 1 сутки жизни. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(II) резус-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было. Настоящая беременность II, и роды I. Масса ребенка при рождении -3500, рост- 51 см, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. Сразу после рождения отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При осмотре у ребенка выявлено увеличение размеров печени до +3,0 см и селезенки до +2,0 см. Ваш вероятный диагноз:

<variant>Гемолитическая болезнь новорожденных по резус-системе

<variant>Фетальный гепатит

<variant>Конъюгационная желтуха

<variant>Физиологическая желтуха

<variant>Гемолитическая болезнь новорожденных по АВО-системе

<question>Клинико – лабораторные признаки характерные для конъюгационной желтухе:

<variant>желтушность, печень не увеличена, увеличение непрямого билирубина

<variant>печень и селезенка увеличена, одышка, цианоз носогубного треугольника

<variant>желтушность, гепатомегалия, увеличение прямого билирубина

<variant>гепатомегалия, анемия

<variant>желтушность, анемия, ретикулоцитоз, увеличение непрямого билирубина

<question>Врач посетила на дому ребенка в возрасте 6 мес. Рекомендации по кормлению в целях развития здорового ребенка по программе ИВБДВ в возрасте 6 месяцев:

<variant>грудь по требованию 8 раз за 24 часа

<variant>грудь по требованию 6 раз за 24 часа

<variant>грудь по требованию 4 раз за 24 часа

<variant>грудь по требованию 7 раз за 24 часа

<variant>грудь по требованию 5 раз за 24 часа

<question>Обратилась мать с ребенком 6 лет с жалобами на головную боль, вялость, одышку, сердцебиение. Две недели назад перенесла гастроэнтерит.

Объективно: состояние ребенка тяжелое: вялость, бледность. В легких - влажные хрипы в нижних отделах. Границы сердца увеличены влево. Тоны сердца приглушены, шумов нет, тахикардия 120 ударов в 1 минуту. Печень выступает из под края реберной дуги на 2см. Периферический пульс слабый. На ЭКГ изменение сегмента ST и зубца T, аритмия. Ваш диагноз:

<variant> Неревматический кардит

<variant>Острая ревматическая лихорадка

<variant> Гипертрофическая кардиомиопатия

<variant> Инфекционный эндокардит

<variant> Острая пневмония

<question>Педиатр 4-х месячного ребенка направил на консультацию к неврологу.

Зафиксированные данные в амбулаторной карте для направления к неврологу:

<variant> Тремор рук и подбородка

<variant> Рефлекс Моро

<variant> Рефлекс Бабинского

<variant> Хватательный рефлекс

<variant> Не может сидеть

<question>Ребенку 7 лет. Жалобы на субфебрильную температуру и повышенную утомляемость. Кожные покровы с сероватым оттенком, тени под глазами. Врач обнаружил у ребенка мелкие плотные многочисленные лимфатические узлы во всех группах.

Подобная реакция лимфатических узлов наиболее характерна для заболевания:

<variant> Туберкулезная интоксикация

<variant> Лимфогранулематоз

<variant> Туберкулез лимфатических узлов

<variant> Инфекционный мононуклеоз

<variant> Краснуха

<question>Ребенок 6 лет заболел, температура тела 37,4 С, сыпь. Семейный врач выявил незначительную гиперемию задней стенки глотки, миндалин, дужек. По всему телу имеется пятнистая мелкая розовая сыпь, наиболее выраженная на разгибательных поверхностях рук, щеках, и ягодицах. Размер затылочных лимфатических узлов около 5 мм. В анамнезе имеется пищевая аллергия. Вчера ел шоколад, 3 недели назад в детском саду был случай скарлатины. Ваш диагноз:

<variant> Скарлатина

<variant> Краснуха

<variant> Пищевая аллергия

<variant> Корь

<variant> Ветряная оспа

<question>На 3 день болезни ветряной оспой у ребенка 4 лет температура тела 39,0С, сохраняется сыпь в виде макул, везикул, корочек. Появилась обильная сыпь на слизистой оболочке рта и конъюнктив. Поводом для вызова врача стало появление грубого «лающего» кашля приступообразного характера. Трактовать изменения в состоянии ребенка на 3 день болезни:

<variant> Синдром крупа при ветряной оспе

<variant> Присоединение коклюша

<variant> Присоединение ОРВИ с явлениями крупа

<variant> Присоединение острой пневмонии

<variant> Присоединение афтозного стоматита

<question>Ребенок 5 лет болен 4 дня. Температура тела все дни 38-39,2С, насморк, кашель, вялость, светобоязнь. При осмотре отмечаются гиперемия и отечность слизистой оболочки миндалин, дужек, задней стенки глотки, «пестрота» мягкого неба, много точечных белесоватых участков на слизистой оболочке рта в области переходной складки. Диагностические критерии, удостоверяющие в постановке диагноза:

<variant> пятна Бельского-Филатова-Коплика, катаральные симптомы

<variant> везикуло-папулезная сыпь, лакунарная ангина

<variant> геморрагическая сыпь, афтозный стоматит

<variant> мелкоточечная сыпь, увеличение заднешейных лимфоузлов

<variant> полиморфная, уртикарная сыпь, зуд

<question> На приеме ребенок 5 лет с жалобами 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. Ваш диагноз:

<variant> Инфекционный мононуклеоз

<variant> Дифтерия зева

<variant> Лимфогранулематоз

<variant> Аденовирусная инфекция

<variant> Аденоиды

<question>Больного беспокоят постоянные боли в левом подреберье с иррадиацией в спину, возникшие после обильного приема жирной пищи. При пальпации болезненность в зонах Шоффара и Мейо-Робсона, понос без примеси крови, слабость, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз без существенного сдвига формулы влево. Информативный лабораторный тест, подтверждающий у ребенка при данном заболевании:

- <variant> Определение в крови амилазы
- <variant> Определение в крови эластазы
- <variant> Определение в крови щелочной фосфатазы
- <variant> Определение в крови глюкозы
- <variant> Определение в крови трипсина

<question>Ребенку 3 месяца. Мать с рождения отмечает шумное, слышное на расстоянии дыхание, усиливающееся при кормлении и беспокойств.

Диагносцирован стридор.

Причиной стридора у данного ребенка может быть:

- <variant> Ларингомалация
- <variant> Отек слизистой оболочки бронхов
- <variant> Острый ринит
- <variant> Инородное тело дыхательных путей
- <variant> Ларингостеноз

<question>При диспансерном осмотре старшей группы детского сада выявлено несколько постоянно кашляющих детей. Носовое дыхание у них заметно затруднено, рот открыт, из носа слизисто - гнойное отделяемое. Такой же секрет стекает по задней стенке глотки.

Слизистые ротоглотки обычной окраски. При обследовании этих детей скорее всего может быть поставлен диагноз:

- <variant> Аденоидит
- <variant> Острый ринит
- <variant> Синусит
- <variant> Бронхит
- <variant> Пневмония

<question>Ребенок в возраст шка с втяжением уступчивых мест грудной клетки на вдохе, шумное дыхание, хриплый голос. Появившиеся симптомы наиболее вероятно свидетельствуют о:

- <variant> Стенозирующем ларинготрахеите
- <variant> Коклюше
- <variant> Аспирации инородного тела
- <variant> Пневмонии
- <variant> Бронхите

<question>У ребенка 2-х лет с длительным влажным кашлем и субфебрильной температурой до 37,7С появились одышка, цианоз носогубного треугольника, притупление перкуторного звука и ослабление дыхания в нижней доле правого легкого, небольшое смещение средостения вправо. Подобную клиническую картину может вызвать:

- <variant> Ателектаз
- <variant> Эмфизема
- <variant> Плеврит
- <variant> Пневмония



Кафедра « Врач общей практики – 3»

044-79/22

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

Стр. 52 из 52

<variant>Бронхит

<question>Ребенок восьми лет поступил в стационар с подозрением на дифтерию зева на второй день болезни. Температура тела 38,0-39,0С, резкие боли при глотании, яркая гиперемия миндалин, островки желтовато-белых, рыхлых налетов в углублениях миндалин, болезненные, немного увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Ваш диагноз:

<variant> Лакунарная ангина

<variant>Инфекционный мононуклеоз

<variant> Дифтерия зева (островчатая форма)

<variant>Ангина Симановского-Венсана

<variant>Грибковая ангина