

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		1 стр. из 132

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы программы для рубежного контроля-2

Название образовательной
программы

«Общая медицина 6B10101»

Код дисциплины

OVP 6301-2

Дисциплина

«Амбулаторно-поликлиническая педиатрия»

Объем учебных часов
кредитов

450 час/15 кред

Курс

6

Семестр

11,12

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		2 стр. из 132

Составитель: ассистент Абдиева Б.М.

Зав.кафедрой, д.м.н., профессор

 Досыбаева Г.Н.

Протокол № 10 от «29» 05 2023 г.

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			3 стр. из 132

<question> У девочки 6 лет, с жалобами на зуд в области наружных половых органов, ощущение жжения после мочеиспускания. При осмотре обнаружено, что малые губы склеены вместе на некотором протяжении серой или белой тонкой полупрозрачной пленкой. Какая тактика правильная:

- <variant>гигиена половых органов
- <variant>антибактериальная терапия
- <variant>противовирусная терапия
- <variant>иммуномодулирующая терапия
- <variant>гормональная терапия

<question> 15-летняя девочка пришла на прием с матерью. Девочку в течение 2 дней беспокоят боли в животе, тошнота, рвота, диарея, снижение аппетита. Последний менструальный период был 3 недели назад. Температура 37,6°C. При осмотре – болезненность и напряженность живота при пальпации в правом нижнем квадранте. В крови – лейкоциты – 12 600/мм³. Что является вероятной причиной состояния у пациентки?

- <variant>Острый аппендицит
- <variant>Бактериальный брыжеечный лимфаденит
- <variant>Дивертикулит
- <variant>Беременность в маточной трубе
- <variant>Острая кишечная непроходимость

<question> К детскому врачу обратилась мама с жалобами на увеличение молочных желез и периодические скудные кровянистые выделения из половых путей у 2 недельной девочки. Из анамнеза: вес при рождении 2850 г, родители здоровы, наследственность не отягощена. Ваш диагноз?

- <variant>гормональный криз новорожденного
- <variant>гормонопродуцирующая опухоль яичника
- <variant>полная форма преждевременного полового развития
- <variant>родовая травма новорожденной
- <variant>врожденная дисфункция коры надпочечников

<question> У девочки 13 лет, появились жалобы на жажду, учащенный диурез, потерю массы тела. Заболела после перенесенного гриппа. Уровень гликемии 22,3 ммоль/л. Кетонурия+++. Какой из перечисленных диагнозов вероятен?

- <variant>Другие специфические типы сахарного диабета (инфекции)
- <variant>Почечная глюкозурия
- <variant>Сахарный диабет типа 2
- <variant>Стрессовая гипергликемия
- <variant>Сахарный диабет типа 1

<question> Пациенту с геморрагическим синдромом назначено исследование коагулограммы. Выберите показатель, по которому оценивают активность внешнего механизма свертывания крови:

- <variant>D димеры
- <variant>АЧТВ
- <variant>фибриноген
- <variant>тромбиновое время
- <variant>протромбиновое время

<question> На приеме пациент, 3 года с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов в течение 2 месяцев. Температура нормальная, признаков инфекции нет. Увеличены передние и задние лимфоузлы до 4 см, безболезненные, плотной консистенции. В общем анализе крови без изменений. Выберите следующий шаг диагностического обследования:

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		4 стр. из 132

<variant>биопсия лимфатического узла
 <variant>Рентген органов грудной клетки
 <variant>УЗИ органов брюшной полости
 <variant>иммунофенотипирование крови
 <variant>ИФА на инфекции

<question> Больная 17 лет обратилась к участковому врачу с жалобами на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб. Из анамнеза: известно, что часто болеет ОРВИ. Около 5 лет периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание. При осмотре: температура 37,8°C. Периферических отеков нет. Л/узлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 78 в минуту. АД 110/70 мм РТ.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания положительный слева. Мочеиспускание учащенное до 8 раз в день, ночью – 3 раза, болезненное. Что из перечисленного является последующим действием при ведении данного больного?

<variant>Назначение лабораторно – инструментальных исследований
 <variant>Назначение медикаментозного лечения
 <variant>Назначение осмотра узких специалистов
 <variant>Назначение хирургического вмешательства
 <variant>Назначение немедикаментозного лечения

<question> У больного имеют место симптомы бронхоэктазов, хронического ринита, синусита, а также частичное обратное расположение внутренних органов. Вероятный диагноз:

<variant>Синдром Картагенера.
 <variant>Гипоплазия легочной артерии.
 <variant>Поликистоз доли легкого.
 <variant>Синдром Вильямса—Кэмпбелла.
 <variant>Синдром Мунье—Куна

<question> Что является причиной развития синдрома раздраженной кишки?

<variant>Функциональные расстройства
 <variant>Вирусная инфекция
 <variant>Бактериальная инфекция
 <variant>Повышенная чувствительность к пищевым компонентам
 <variant>Злокачественные новообразования кишечника

<question> У мальчика 10 лет возникли высыпания на коже голеней. При осмотре: на коже голеней патологический процесс представлен пустулами диаметром 3- 5 мм на гиперемизированном основании, отмечается незначительная болезненность. Какие лабораторные тесты подтвердят диагноз?

<variant>Бактериологический анализ кожи на стафилококк
 <variant>Микроскопический анализ кожи на грибок
 <variant>Микроскопический анализ на чесоточного клеща
 <variant>Гистологическое исследование кожи
 <variant>Мазок отпечаток на атипичные клетки

<question> Мальчик 11 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в суставах мигрирующего характера, одышку при умеренной физической нагрузке, колющие боли в области сердца. 2 недели назад перенес гнойную ангину. Объективно: мальчик пассивный из-за припухлости в голеностопных суставах. Границы относительной тупости сердца увеличены влево, тахикардия, систолический шум на верхушке. Голеностопные суставы припухшие, болезненные на ощупь. На туловище бледно-красные высыпания в виде безболезненных при пальпации пятен. ОАК:

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		5 стр. из 132

СОЭ – 28 мм/час, лейкоциты – 11×10^9 /л, фибриноген – 6,4 г/л, АСЛ-О 1:750 ед. Какие характерные кожные проявления вероятно появились у ребенка?

<variant>Кольцевидная эритема

<variant>Буллезные высыпания

<variant>Розеола

<variant>Петехиальные высыпания

<variant>Крапивница

<question>Девочка 8 лет жалуется на боли в коленных суставах, обычно появляются после физической нагрузки, общая слабость. Со слов мамы часто болеет ангиной и ОРВИ. Мама заметила, что по утру ребенок капризничает, долго не встает, предпочитает оставаться в постели до обеда. При осмотре: припухлость и деформация суставов кистей рук, ограничение объема движений, положительный симптом сжатия кисти. Отечность правого коленного сустава. В ОАК – эритроциты - 3,5 млн, Нв - 122 г/л, лейкоц – 10 тыс, Лф - 35%, эозинофилы -1%, моноциты -2%, тромбоциты – 360 тыс, СОЭ – 30 мм/ч, СРБ - положительный. РФ - отрицательный. АНА - положительный. Вероятный диагноз ?

<variant>Ювенильный идиопатический артрит

<variant>Острая ревматическая лихорадка

<variant>Болезнь Рейтера

<variant>Постстрептококковый артрит

<variant>Острый бруцеллез

<question>Девочка 14 лет, жалуется на колющие боли в области сердца, припухлость в коленных суставах, лихорадку до 38,5 градусов. Из анамнеза: часто болела ангиной с детства. В 7 летнем возрасте отекали локтевые и правый коленный суставы, тремор и непроизвольные движения конечностей на фоне фебрильной лихорадки. Ухудшения состояния в течение 2 недель после перенесенной очередной ангины. Объективно: артрит коленных суставов. При аускультации: 1 тон ослаблен, систолический шум на верхушке. ЧСС 110 уд/мин., пульс 110 в мин., ритм правильный. Какой из ниже указанных состояний развился у девочки?

<variant>повторная ревматическая лихорадка

<variant>двухсторонняя пневмония

<variant>лихорадка неясного генеза

<variant>острая ревматическая лихорадка

<variant>неревматический миокардит

<question>Девочка 13 лет, жалуется на дискомфорт и боли в области сердца, тремор кистей, повышение температуры тела до 39 градусов. Со слов отца месяц назад перенесла гнойную ангину. Позже мама заметила изменения почерка ребенка, появились подергивания лицевой мускулатуры и тремор кистей. Объективно: границы относительной тупости сердца увеличены влево на 1,0 см. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Общий анализ крови: СОЭ – 45 мм/час, лейкоциты – 11 тыс, фибриноген – 8,0 г/л, антистрептолизин «О» 1:850 ед. На ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС – 100 в минуту, атрио-вентрикулярная блокада I степени. Вероятный диагноз?

<variant>Острая ревматическая лихорадка, кардит, малая хорея, НК I

<variant>Системная красная волчанка, полиартрит, кардит, НК I

<variant>Повторная ревматическая лихорадка, недостаточность митрального клапана, НК II A

<variant>Неревматический миокардит, подострое течение. НК I

<variant>Острая ревматическая лихорадка, кардит, полиартрит, НК I

<question>Девочка 11 лет, жалуется на боли и ограничения движения в правом голеностопном суставе, в левом коленном суставах, повышения температуры тела до 40 градусов. Из анамнеза: частые ангины с детства, последний эпизод 1 месяц назад после переохлаждения. Со слов мамы

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			6 стр. из 132

изменился почерк девочки в течение недели и стала забывчивей. Объективно: артрит в пораженных суставах, безболезненные узелки над локтевыми суставами. Границы относительной тупости сердца не увеличены. При аускультации: тоны сердца ясные, шумов нет. Температура тела – 38,7 градусов. ОАК: Лейкоциты- 11* 10⁹/л, гемоглобин- 123 г/л, СОЭ 40 мм/ч. РФ – отрицательно, СРБ – 41 мг/мл. ЭКГ – ритм синусовый с ЧСС 88 в мин, вертикальное положение ЭОС. ЭхоКГ – патологических потоков не выявлено. Выберите адекватную схему вторичной бициллинопрофилактики в данной ситуации:

<variant>10 лет после последнего эпизода или до достижения 21 года

<variant>5 лет после последнего эпизода или до 40-летнего возраста.

<variant>Пожизненная профилактика.

<variant>5 лет после последнего эпизода лет

<variant>До достижения 18 лет

<question>Мальчика 8 лет доставили в стационар в тяжелом состоянии, со слов мамы ребенок жалуется на боли в коленных, локтевых и плечевых суставах, далее появились высыпания, лихорадка до 39,8 градусов. Из анамнеза: заболел остро, 2 недели назад появилась артралгия, увеличилась шейные лимфоузлы, вчера присоединились высыпания и лихорадка. При осмотре: «земляничный» язык (фото), гиперемия конъюнктив, сухость и гиперемия губ, полиморфная сыпь на туловище и конечностях, увеличение заднешейных лимфоузлов.

Отечность стоп. Объективно: границы сердца увеличены, тоны приглушены, систолический шум на верхушке. ОАК: Нб – 115 г/л, лейкоциты – 12 x10⁹/л, тромбоциты – 410x10⁹ /л, СОЭ – 42 мм/час. СРБ – 32 мг/мл, АНА – отрицательно, АСЛ-О – 100 МЕ/л. На ЭКГ признаки ишемии. Вероятный диагноз?

<variant>болезнь Кавасаки

<variant>геморрагический васкулит

<variant>системная красная волчанка

<variant>острая ревматическая лихорадка

<variant>узелковый периартериит

<question>Мальчик 10 лет болен в течение года. В росте не прибавил, похудел на 5 кг, часто хромот, отмечает боли в коленях, пятках, снижение зрение. Окулист выявил иридоциклит. Объективно: деформация обеих коленных суставов, мышечная атрофия. При обследовании: НБ -121 г/л, лейкоциты 10x10⁹/л, СОЭ - 23 мм/час. РФ – 10 МЕ/л, СРБ – 5 мг/л, HLA B27 положительный. Какая тактика лечения оптимальна в первую очередь?

<variant>НПВП

<variant>сульфасалазин

<variant>антибиотики

<variant>лефлунамид

<variant>локальная терапия с ГКС

<question>У девочки 8 лет отмечаются бледность кожных покровов, слизистых, слабость, головокружение, снижение аппетита, нравятся резкие запахи, есть сырое тесто. Кожа сухая, «заеды» в углу рта, глоссит. Тоны сердца звучные, короткий систолический шум на верхушке. Результаты исследований: сывороточное железо - 9,5 мкмоль/л, ферритин 25 нг/мл, Эритроциты 2,3x10¹²/л, Гемоглобин 80 г/л, ЦП 0,7; ретикулоциты 4%. Какая терапия необходима?

<variant>Железа (III) гидроксид полимальтоза перорально

<variant>Железа оксида сахарат парентерально

<variant>Рекомбинантный эритропоэтин альфа

<variant>Дарбэпоэтин альфа

<variant>Эпоэтин бета

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			7 стр. из 132

<question>"Девочка 16 лет с юношеской артериальной гипертензией в течение 2 лет постоянно принимает эналаприл в дозе 10 мг в сутки с хорошим эффектом. Но в последние 2 месяца появился приступообразный сухой кашель. Проведите коррекцию в терапии:

<variant>Заменить эналаприл на лозартан

<variant>Уменьшить дозу эналаприла

<variant>Заменить эналаприл на каптоприл

<variant>Оставить эналаприл, подключить ацетилцистеин

<variant>Оставить эналаприл, подключить ингаляции с амброксолом

<question>У мальчика 8 мес одышка, длительный кашель, особенно во время сна, вялость, частые простудные заболевания. Мальчик спокоен, малоподвижен, повышенной упитанности. Кожа бледная, с мраморным рисунком. Температура 36,0С. Частота дыхания 45 в 1 мин. Перкуторно - над легкими легочной звук, аускультативно - везикулярное дыхание. В анализе крови: СОЭ 5 мм/ч, лейкоцитов $5,2 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоцитов 83%, эозинофилов 4%. На рентгенограмме органов грудной клетки (см. вложение). Вероятный диагноз?

<variant>Тимомегалия

<variant>Острый бронхит

<variant>Эмфизема справа

<variant>Врожденный порок сердца

<variant>Острая правосторонняя пневмония

<question>У 11-месячной девочки в течение 6-8 недель после начала прикорма в виде злаковой каши отмечается снижение аппетита, метеоризм, обильный, жидкий стул со зловонным запахом, болезненность при пальпации живота, увеличение размеров живота, мышечная гипотония, слабость, вялость, признаки остеонной гиперплазии. Вес 7800, масса при рождении 3500. Вероятный диагноз?

<variant>Целиакия

<variant>Муковисцидоз

<variant>Экссудативная энтеропатия

<variant>Дисахаридазная недостаточность

<variant>Нарушение микробиоты кишечника

<question>"Мальчик 15 лет с жалобами на изжогу, отрыжку воздухом сразу после еды, иногда дисфагия и одинофагия, давящие боли за грудиной после приема пищи. На ФЭГДС: в нижней трети пищевода выявлены гиперемия, рыхлость слизистой, единичная эрозия, кардия зияет. Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки розовая.

Что из перечисленного необходимо в терапии 1 линии?

<variant> Омепразол, фамотидин

<variant>Ранитидин

<variant>Домперидон

<variant>Висмута трикалия дицитрат

<variant>Магния гидроксид и алюминия гидроксид

<question>Ребенок 12 лет поступает в сопорозном состоянии в приемный покой детской больницы в 6 утра. В последнее время мама отмечает слабость, похудание, иногда тошноту и боли в животе, много пьет и часто ходит в туалет. В анализах крови – гемоглобин 125 г/л, лейкоциты $7,9 \cdot 10^9$, СОЭ 12 мм/ч, общий белок 65 г/л, глюкоза 12,5 ммоль/л, калий 3,5 ммоль/л, мочевины 6,9 ммоль/л. ОАМ – уде вес 1030, белок – отс, глюкоза 2,9, кетоновые тела +++, эритроциты 2-3 в п/зр, лейкоциты 4-5 в п/зр. Вероятный диагноз?

<variant>Сахарный диабет 1 типа, аутоиммунный, кетоацидоз 3 степени

<variant>Несахарный диабет

<variant>Почечная глюкозурия

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		8 стр. из 132

<variant>Гематурический синдром

<variant>Сахарный диабет 1 типа, идиопатический, кетоацидоз 2 степени

<question>Ребенку 5 месяцев. 2 месяца назад переехали из другой страны. Родился на 42 неделе, весом 4050, ростом 52 см. В роддоме позднее отхождение мекония. Мама жалуется на сниженный аппетит, затруднение при глотании, метеоризм, запоры. При осмотре масса тела 5600 г, рост 60 см, сухость, бледность и шелушение кожных покровов, холодные кисти и стопы, отеки лица и век, ломкие, сухие, тусклые волосы. Ваш предварительный диагноз?

<variant>Врожденный гипотиреоз

<variant>Долихосигма

<variant>Ахондроплазия

<variant>Гипопитуитаризм

<variant>Нефротический синдром

<question>"У девочки 13 лет появились головные боли, боли в животе, боли в коленных, коленных и голеностопных суставах; кашель, сыпь по типу «бабочки» на лице. Объективно: АД 135/90 мм рт ст. в легких влажные рассеянные хрипы, печень +2-2,5 см из-под края реберной дуги. Лабораторно: гемоглобин 88 г/л, эритроциты – 3,9*10¹² г/л, тромбоциты 90*10⁹, СОЭ - 58 мм/час; в анализе мочи белок 1,2 г/л.

Какой из перечисленных методов исследования необходим для подтверждения диагноза?

<variant>Определение антинуклеарных аутоантител, антител к двуспиральной

ДНК<variant>Рентген суставов

<variant>Электроэнцеелография

<variant>Фиброэзофагогастродуоденоскопия

<variant>Определение скорости клубочковой фильтрации

<question>Мама 2-хлетнего мальчика жалуется на возникновение немотивированной усталости и пожелтение кожи в течение 2-х дней у ребенка. Неделю назад был насморк после переохлаждения. Прошел пятидневный курс по поводу желтухи новорожденных. Жизненные показатели в пределах нормы. Объективно – желтушности кожи и конъюнктивы. Селезенка пальпируется на 3 см ниже реберной дуги. Hb 98 г/л, средняя концентрация гемоглобина в эритроците (МСНС) 38%. Тест Кумбса отрицательный. Развитие какого осложнения вероятно?

<variant>Холецистит

<variant>Острый миелогенный лейкоз

<variant>Синдром Пламмера-Винсона

<variant>Остеомиелит

<variant>Скелетные деформации

<question>9-летний мальчик обратился по поводу болей при глотании и жжения во рту в течение последних 10 дней. За последние 3 недели появилась быстрая утомляемость. У отца были камни в желчном пузыре, холецистэктомия в 30 лет. Объективно - Т тела 37,7°C, пульс 105/мин, АД 110/65 мм рт ст., ЧДД 28/мин. Бледность слизистых оболочек, умеренная желтушность склер, опухший красный язык. В крови – Hb 98 г/л, MCV 102 мкм³, ретикулоциты 0,4%; эритроциты без центральной бледности. Что могло бы предотвратить жалобы пациента?

<variant>Назначение фолиевой кислоты

<variant>Холецистэктомия

<variant>Безглютеновая диета

<variant>Вакцинация против пневмококков

<variant>Инъекции витамина PP

<question>14-летняя девочка с жалобами на повторяющиеся носовые кровотечения в течение нескольких месяцев. Эпизоды возникают неожиданно и прекращаются через несколько минут, если наклоняется и наклоняет голову вперед. Менструации регулярные, обильные, интервал 27

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		9 стр. из 132

дней. Последний менструальный цикл был три недели назад. В крови – Hb 110 г/л, гематокрит 34%, лейкоциты 7000/мм³, тромбоциты 180 000/мм³, протромбиновое время 13 сек, частичное тромбопластиновое время 45 сек, время кровотечения 10 мин. Вероятный диагноз?

<variant>Болезнь Виллебранда

<variant>Тромбоцитопения

<variant>Иммуная тромбоцитопеническая пурпура

<variant>Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

<variant>Гемофилия

<question>9-летний мальчик с жалобами на болезненную припухлость в правом колене, которая появилась после столкновения во время футбольного матча с другим игроком. Несколько месяцев назад у него было сильное кровотечение после удаления зуба. При осмотре выраженная болезненность и припухлость правого коленного сустава. На нижних конечностях синяки разной стадии заживления. Показатели - тромбоциты – 235 000/мм³, АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) 78 сек, протромбиновое время 14 сек, время кровотечения 4 мин. Концентрация какого показателя вероятнее всего будет снижена в плазме крови?

<variant>Тромбин

<variant>С-реактивный белок

<variant>Плазмин

<variant>Фактор VII

<variant>Фактор Виллебранда

<question>16-летний мальчик обратился к врачу из-за жидкого стула в течение 3-х недель. Стул 2-3 раза в день, иногда с кровью. Периодически беспокоят спастические боли в животе, усталость, потеря веса 2 кг. Объективно - Т тела 37,1°C, пульс 82/мин, АД 106/68 мм рт ст.. Болезненность нижней части живота при пальпации. Кал на я/г отрицателен. В крови – Hb 118 г/л, лейкоциты 12 400/мм³, СОЭ 14 мм/ч. На колоноскопии – воспаленная, рыхлая слизистая, при контакте с эндоскопом кровоточивость. Какая тактика целесообразна?

<variant>Назначение 5-АСК

<variant>Назначение фолиевой кислоты

<variant>Назначение иммуноглобулинов

<variant>Назначение десмопрессина

<variant>Назначение циклоспоринов

<question>Ранее здоровый 4-летний мальчик был доставлен к врачу его родителями в связи с лихорадкой, диффузной болью в суставах и сыпи на животе в течение прошлой недели. Он эмигрировал из Китая со своей семье 2 года назад. Посещает детский сад. О его прививках ничего не известно. Температура тела 38,5°C, пульс 125/мин, АД 100/60 мм рт ст. при осмотре – на теле полиморфная сыпь, конъюнктивит. Язык блестящий и красный, губы потрескавшиеся, руки и ноги красные и опухшие; правосторонняя передняя шейная лимфаденопатия. Какой следующий шаг рекомендован для управления заболеванием?

<variant>Эхокардиография

<variant>Измерение титра антистрептолизина О

<variant>ANA измерение

<variant>Анализ вирусных иммуноглобулиновых антител

<variant>Monospot тест

<question>Ергали, 9 лет, поступил с жалобами на боли за грудиной, кислый вкус во рту, изжога, снижение аппетита. Считает себя больным в течении 1 года, когда появились вышеуказанные жалобы. Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы

-	OŇTÝSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		10 стр. из 132

бледные, чистые. Отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, болезненность при пальпации в эпигастриальной области, точке Кера. Язык густо обложен грязно - серым налетом. Стул неустойчивый. Ваш диагноз?

<variant>ГЭРБ

<variant>Язвенная болезнь желудка или ДПК.

<variant>ДЖВП

<variant>Реактивный панкреатит

<variant>Ахалазия пищевода

<question>Алина, 15 лет, регулярно принимает нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в связи с ревматоидным артритом. В анамнезе НПВС-индуцированный эрозивный гастрит. Какая группа препаратов показана для профилактики возможного развития эрозивного гастрита?

<variant>Ингибитор протонной помпы

<variant>H2 гистаминоблокатора

<variant>Антибиотики

<variant>Антациды

<variant>Цитопротекторы.

<question> Федору, 13 лет, верифицирован диагноз язвенной болезни хеликобактерной этиологии. Была проведена эрадикационная терапия. Когда должен проводиться контроль эффективности эрадикации хеликобактер путем быстрого уреазного теста?

<variant>Через 4 недели после прекращения приема антибиотиков

<variant>На следующий день после прекращения приема антибиотиков

<variant>Через 2 недели после прекращения приема антибиотиков

<variant>Через 6 недель после прекращения приема антибиотиков

<variant>Через 10 недель после прекращения приема антибиотиков

<question>"У подростка 13 лет появились острые боли внизу живота, рези при частом мочеиспускании. Заболел остро после переохлаждения. Об-но: кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, PS 78 уд. в мин. Живот мягкий, болезненный над лонным сочленением. АД 110/75 мм рт. ст. ОАК: лейкоциты- 10,9 10/л, СОЭ 16 мм/ч. ОАМ: лейкоциты 20-25 в п/з, эритроциты-6-8 в п/з., слизь++ , бактерии+++.

Какой предварительный диагноз?

<variant>Острый цистит

<variant>Острый пиелонефрит

<variant> Острый гломерулонефрит

<variant> Мочекаменная болезнь

<variant>Варикоцеле.

<question>На прием к врачу пришла мать с ребенком в возрасте 14 дней. Жалобы на частый стул до 7-8 раз в сутки, непереваренный, с комочками и зеленью. Такой характер стула отмечался еще в родильном доме с 3-4 дня жизни.

Следует ли заподозрить ОКИ у новорожденного?

<variant> Нет, здоров, транзиторный дисбактериоз

<variant> Да, острокишечная инфекция

<variant> Нет, урегулировать питание матери

<variant> Да, ферментопатия новорожденного

<variant> Лучше обследовать ребенка

<question>Девочка 12 лет пришла на прием с жалобами на выраженные боли в эпигастрии и пилородуоденальной зоне в течение последних 10 дней. Проведено ЭГДС: слизистая пищевода розовая, кардия сомкнута. В желудке мутная слизь; слизистая антрального отдела желудка

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			11 стр. из 132

гнездно гиперемирована, отечна, на стенках плоские выбухания. Слизистая луковицы отечна, гиперемирована, на передней стенке рубец 0.6 см, на задней – язвенный дефект 1.0x0.8 см округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++) . Какое лечение из нижеперечисленного Вы назначите ?

<variant> Стол1, ИПП + амоксициллин + кларитромицин, 10 дней

<variant> Стол 1, ИПП+амоксициллин+ метронидазол, 7 дней

<variant> Стол 5, ИПП+амоксициллин+ранитидин, 10 дней

<variant> Стол 5, ИПП+амоксициллин+ кларитромицин+Де-Нол, 7дней

<variant> Стол 4, Де-Нол +амоксициллин+имидазол, 4 недель

<question>Мальчик 12 лет. При профилактическом осмотре у врача ВОП выявлены протеинурия и лейкоцитурия, эритроцитурия. АД до 130/90 мм рт/ст. При осмотре - бледность лица и кожных покровов, пастозность век. В крови: общий белок 62 г/л, мочевины- 7.84 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л. В ОАМ удел. вес 1020, белок – 1,0 г/л; макрогематурия, цилиндры гиалиновые до 10 в п/зр. Поставьте клинический диагноз.

<variant> Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма

<variant> Хронический пиелонефрит, латентное течение

<variant> Острый пиелонефрит, средней тяжести, активная фаза

<variant> Острый гломерулонефрит, нефротический синдром

<variant> Хронический гломерулонефрит, нефритический синдром

<question>У ребенка 12 лет, на фоне получаемой эрадикационной терапии в связи с хр. гастродуоденитом хеликобактерной этиологии появилось расстройство стула в виде диареи до 4 раз в сутки. В копрограмме лейкоциты до 2-3 в п/зрения, слизь ++, иодофильная флора +++. Какой группы препарат должен быть первостепенным в терапии данной дисфункции кишечника?

<variant> пробиотик

<variant> ферментный препарат

<variant> кишечный антисептик

<variant> адсорбент

<variant> нитрофураны

<question>Девочка 13 лет. Состоит у ВОП на учете около 2-х лет с хроническим гастритом. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. Отмечается бледность кожных покровов, субиктеричность склер, "лакированный" язык. Метеоризм, диарея. Какая картина крови в ОАК характерна для данного заболевания?

<variant> гиперхромная, макроцитарная анемия

<variant> гиперхромная, микроцитарная анемия

<variant> гипохромная, железодефицитная анемия

<variant> гипохромная, анемия тяжелой степени

<variant> нормохромная, нормоцитарная анемия

<question>У мальчика 9 лет с тугоухостью, в моче - гематурия (дед по материнской линии умер в 45 лет от ХПН). Какой вероятный диагноз и тактика обследования?

<variant> Синдром Альпорта, биопсия почки

<variant> О. гломерулосклероз, лабораторное обследование

<variant> Хр. гломерулонефрит, гематурическая форма, наблюдение

<variant> Мочекаменная болезнь, экскреторная урография

<variant> Цистит, миксионная цистоскопия

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			12 стр. из 132

<question>Ребенок родился на 41 неделе, весом 4300, ростом 56 см. Отмечается отечность лица и туловища. Родничок 4 х 4 см, открыт сагитальный шов на 0,5 см. Нарастает адинамия, сонливость, приступы апноэ, стридорозное дыхание. Быстро охлаждается. Выраженная желтуха. Что из перечисленного является первостепенным шагом в диагностике?

<variant>Определение Т3 и Т4 в крови

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

<variant>Определение кортизола в крови

<variant>Определение глюкозы крови

<variant>Определение глюкозы мочи

<question>Вызов врача на дом к ребёнку, 10 мес., вес- 10 кг. Жалобы на повышение Т° тела до 39,1°С, на фоне которой появились непроизвольные подергивания конечностей и потеря сознания на несколько секунд. Состояние средней степени тяжести. Ребенок несколько заторможен. Аппетит снижен, но хорошо пьет. Кожные покровы влажные, горячие, умеренная гиперемия лица. Носовое дыхание затруднено, отделяемое слизистое. Зев и задняя стенка глотки отёчные, гиперемированы. В лёгких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД 36 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 132 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Менингеальных и очаговых знаков нет. В аптечке у Вас лежит ампула 0,5% р-р диазепама 2 мл/10мг и суспензия парацетамола 100мл, в 5 мл/120 мг. Окажите неотложную помощь ребенку.

<variant> диазепама 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) в дозе 0,5 мл + 10-15мг/кг парацетамола – 100мг - 4,2 мл

<variant>диазепама 0,01 мл/кг (0,2 мг/кг) в дозе 0,3 мл + 5-10мг/кг парацетамола –150мг-6 мл

<variant> диазепама 0,1 мл/кг (0,6 мг/кг) в дозе 1 мл + 8-16мг/кг парацетамола – 160мг-6,5мл

<variant>диазепама 0,5мл/кг (2 мг/кг) в дозе 5 мл + 15-20 мг/кг парацетамола – 200мг-8мл

<variant> только per os жаропонижающие 10-15мг/кг парацетамола – 200мг-8 мл

<question>На приеме у врача общей практики девочка 11 лет. За месяц до обращения к врачу перенесла ангину. Последнее время стала уставать, хуже учиться, появились раздражительность, плаксивость, подергивания мимической мускулатуры, неустойчивость походки, изменился почерк. Объективно: расширение границ сердца, тахикардия, систолический шум на верхушке сердца; снижение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, нарушение координационных проб. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant> Острая ревматическая лихорадка, кардит, малая хорея

<variant> Острая ревматическая лихорадка, кардит

<variant>Острая ревматическая лихорадка, малая хорея

<variant>Острая ревматическая лихорадка, кардит, артрит

<variant>Острая ревматическая лихорадка, артрит, малая хорея

<question>Ребенку 3 года. Жалобы матери на плохой аппетит, вялость, плаксивость, негативизм при общении с детьми. При опросе выяснилось пристрастие к поеданию угля, сырого фарша, газетной бумаги. Объективно: бледность ладоней. Кожа суховатая, в углах рта мокнувшие трещины, тургор тканей и тонус мышц несколько снижены. Дыхание жесткое. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке в 5 точке. Страдает энурезом. ОАК – эритроциты 4,1х10¹²/л, НВ 112 г/л, ЦП 0,7. Какое обследование следует назначить?

<variant> Уровень сывороточного железа

<variant> АЛТ и АСТ

<variant> Уровень билирубина

<variant> ЭКГ

<variant> Щелочная фосфатаза

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()	
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		13 стр. из 132	

<question>Девочка, 7 мес. Масса при рождении 3140г, рост 51 см. Из анамнеза: на грудном вскармливании был до 4 месяцев, в рационе питания - кефир с 4 месяцев, яблочный сок 1-2 раза в неделю, с 6,5 мес. подключили овощное пюре, ест пюре неохотно, не каждый день. При обследовании: ребенок вялый, отмечается бледность и сухость кожных покровов, тахикардия, систолический шум на верхушке сердца. Вес-8 кг, рост – 70 см. В анализах крови - Нв - 84 г/л, эр. - 3,5х10¹²/л, ЦП - 0,6, отмечается анизоцитоз, пойкилоцитоз, СОЭ - 10 мм/час. Назовите какой из признаков относится к сидеропеническому синдрому?

<variant> сухость кожных покровов

<variant> снижение аппетита

<variant> вялость

<variant> тахикардия

<variant> систолический шум на верхушке сердца

<question>Девочка, 7 мес. Масса при рождении 3140г, рост 51 см. Из анамнеза: Во время беременности с 32 недели мать проходила курс лечения по поводу анемии, препараты железа принимала не регулярно. Девочка на грудном вскармливании была до 4 месяцев, в рационе питания - кефир с 4 месяцев, яблочный сок 1-2 раза в неделю, с 6,5 мес. подключили овощное пюре, ест пюре неохотно, не каждый день. При обследовании бледность и сухость кожных покровов, тахикардия, систолический шум на верхушке сердца. Вес-8 кг, рост – 69 см. В анализах крови - Нв - 84 г/л, эр. - 3,5х10¹²/л, ЦП - 0,6, отмечается анизоцитоз, пойкилоцитоз, СОЭ - 10 мм/час. ОЖСС 75 мкмоль/л, железо сывороточное 11,0 мкмоль/л. Вероятный диагноз?

<variant> железодефицитная анемия средней степени тяжести

<variant> железодефицитная анемия тяжелой степени тяжести.

<variant> железодефицитная анемия легкой степени тяжести

<variant> латентный дефицит железа

<variant> гемолитическая анемия

<question>Девочка, 10 лет. Жалобы на тупые боли в правом подреберье, горечь во рту по утрам, неустойчивый стул в течении последних 2 недель. Из анамнеза: часто употребляет газированные напитки, бургеры. Ведет малоподвижный образ жизни. При осмотре: отмечает болезненность при пальпации в правом подреберье, + симптомы Кера, Ортнера, Мерфи. Какой из основных перечисленных диагностических обследований необходимо провести на амбулаторном этапе:

<variant> УЗИ органов брюшной полости

<variant> ФГДС

<variant> Дуоденальное зондирование

<variant> ЭКГ

<variant> Холангиохолецистография

<question>При оценке физического развития 8-месячного ребенка его масса тела составляла 7300 г, длина 68 см. Ребенок родился с массой тела 3200 г, длиной 50 см. До 4 мес был на грудном вскармливании, затем переведен на адаптированную смесь. С 5,5 мес введен один прикорм в виде каши (манной овсяной), с 6,5 мес — овощное пюре, с 7 мес — мясо. В 5 мес развитие соответствовало возрасту, затем отмечались низкие прибавки массы тела, по 80-100 г, а после 7 мес потеря массы тела. Стул 2-3 раза в день, периодически 5 раз. Ваш предположительный диагноз:

<variant> Целиакия.

<variant> Муковисцидоз.

<variant> Галактоземия.

<variant> Лактазная недостаточность.

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			14 стр. из 132

<variant>Сахарозная недостаточность.

<question>Девочка 8 месячного возраста осмотрена участковым врачом. Со слов матери жалобы на повышение температуры тела до 39С, вялость, отказ от груди, рвоту. Сегодня, на 4-й день болезни присоединилась желтуха, ребенок стал резко возбужденным, отмечались судороги, рвота типа "кофейной гущи". В анамнезе: 3 месяца назад ребенку проводилось переливание крови. Общий билирубин 165 мкмоль/л, прямая фракция - 144 мкмоль/л, АЛТ - 5,8 мкмоль/л, АСТ - 3,7 мкмоль/л, тимоловая проба -12 Ед. Первоочередные действия участкового врача в данной ситуации:

<variant> передать экстренное извещение, больного срочно госпитализировать

<variant> передать экстренное извещение, срочно кровь на маркерную диагностику

<variant> срочно маркерная диагностика, затем госпитализация

<variant> срочно ОАК, затем госпитализация

<variant> передать экстренное извещение, до получения результатов маркерной диагностики наблюдать на дому

<question>"У ребенка 1,5 лет после приема кока-колы и пиццы в торговом центре возникла двухкратная рвота, трехкратный жидкий стул, повышение температуры тела до 37, 50С, боль в животе при пальпации. Стул обильный, зловонный, типа «болотной тины», с комочками слизи. Какой антибактериальный препарат воздействует на этиологический фактор в данном случае?

<variant> Ципрофлоксацин

<variant>Амикацин

<variant>Тобрамицин

<variant>Цефтриаксон

<variant>Фуразолидон

<question>Больной 12 лет, заболел остро, через 3 часа после употребления торта с масляным кремом. Появились слабость, тошнота, многократная рвота съеденным. Присоединился жидкий стул, обильный, без примесей. Температура тела 37,8°. Кожные покровы бледные, конечности холодные. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт. ст. Сердечные тоны приглушены. Какова тактика врача?

<variant> назначить энтеросорбенты

<variant> промыть желудок

<variant> назначить лактулозу

<variant> назначить спазмолитики в/м

<variant> назначить ципрофлоксацин

<question>Ерлан 6 лет, мать ребенка обратилась с жалобами на повышение температуры тела до 37,5, боли в животе, периодическую тошноту. В ОАК: эозинофилия, СОЭ 15 мм/ч.

Эпидемиологический анамнез: правила личной гигиены соблюдаются не всегда. Данные микроскопии фекалия: обнаружены овальные яйца гельминтов, диаметром 0,1 мм с двуконтурной оболочкой. Назначьте эффективный препарат для лечения ребенка:

<variant> пирантел .

<variant>азитромицин.

<variant>кандазол.

<variant>невиграмон.

<variant>метронидазол.

<question>"У девочки 7 лет отмечается температура 37,70С, рвота, слабость, отсутствие аппетита. При осмотре склеры и кожные покровы желтушные, сыпи нет, болезненность при пальпации в правом подреберье, печень выступает на 2,5- 3,0 см, моча темная, стул светлый.

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			15 стр. из 132

Суставы не изменены. Билирубин общий 95 мкмоль/л, ПИ 80% , Анти-HAV – JgM положительный,

Вероятный диагноз?

<variant> Вирусный гепатит А желтушная форма

<variant> Листериоз

<variant>Иерсиниоз

<variant>Вирусный гепатит В желтушная форма

<variant>Вирусный гепатит Е желтушная форма

<question>Пациент А, 15 лет, поступил в отделение нефрологии. При осмотре было выявлено болезненность в области поясницы справа. Пациент отмечает однократную рвоту, чувство дискомфорта при мочеиспускании и малый объем выделенной мочи. Вы - врач поручили медицинской сестре подготовить пациента к цистоскопии с целью осмотра слизистой оболочки мочевого пузыря пациента. Пациент встревожен, настаивает на отсутствии необходимости в исследовании. Ваши действия:

<variant> Получить согласие пациента, объяснив необходимость проведения исследования

<variant>Незамедлительно начать процедуру

<variant>Приложить грелку к пояснице пациента

<variant>Дать обезболивающие средства

<variant>Сообщить главному врачу об отсутствии необходимости в исследовании со слов пациента

<question>При остром пиелонефрите типичными признаками являются нижеперечисленные, кроме:

<variant> артериальная гипертензия

<variant> абдоминальный болевой синдром

<variant> дизурия

<variant> фебрильная лихорадка

<variant> лейкоцитурия

<question>Клиника синдрома раздраженной кишки выражается:

<variant> все перечисленные признаки

<variant> апорами

<variant> поносами

<variant> болями

<variant> вздутием живота

<question>Назовите признаки перехода хронического гепатита в цирроз печени

<variant> все перечисленные

<variant> расширение вен пищевода

<variant> появление геморроидальных узлов

<variant> "голова медузы"

<variant> асцит

<question>Отметьте основной критерий хронического холецистита при ультразвуковой диагностике:

<variant> утолщение стенки желчного пузыря

<variant> деформация желчного пузыря

<variant> наличие камней

<variant> признаки застоя желчи

<variant> увеличение желчного пузыря в размерах

<question>Укажите признаки внешнесекреторной недостаточности функции поджелудочной железы?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		16 стр. из 132

<variant> все перечисленное

<variant> снижение массы тела

<variant> стеаторея

<variant> амилорея

<variant> диарея

<question>Длительность диспансерного наблюдения детей с муковисцидозом составляет:

<variant> в течение всего периода жизни

<variant> 1 год

<variant> 3 года

<variant> 5 лет

<variant> зависит от частоты обострений заболевания

<question>Назовите длительность диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими тубулоинтерстициальный нефрит:

<variant> с учета не снимаются

<variant> 1 год

<variant> 2 года

<variant> 3 года

<variant> 5 лет

<question>Укажите длительность диспансерного наблюдения детей, перенесших острый гломерулонефрит:

<variant> 5 лет

<variant> 1 год

<variant> 3 года

<variant> 7 лет

<variant> 10 лет

<question>Какая анемия сопровождается высоким ретикулоцитозом:

<variant> гемолитическая

<variant> хроническая постгеморрагическая

<variant> железодефицитная

<variant> гипопластическая

<variant> витамин В6 -дефицитная

<question>При системной красной волчанке сыпь локализуется преимущественно на:

<variant> спинке носа и щеках

<variant> туловище

<variant> груди

<variant> ушных раковинах

<variant> нижних конечностях

<question>Для инфекционного эндокардита характерны следующие симптомы:

<variant> все перечисленное

<variant> поражение аортального клапана

<variant> увеличение СОЭ

<variant> лихорадка

<variant> гиперкоагуляция

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

<variant> цианоз и "барабанные пальцы"

<variant> усиленный разлитой верхушечный толчок

<variant> выбухание грудной клетки над областью сердца слева

<variant> "машинный" шум

	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		
			044/62-22 ()
			17 стр. из 132

<variant> расширение границ сердца влево

<question>При системной красной волчанке чаще наблюдается:

<variant> наличие LE - клеток

<variant> синдром Рейно

<variant> периорбитальная эритема

<variant> дисфагия

<variant> миозит

<question>Укажите признаки нефротического синдрома:

<variant> протеинурия, гипопроотеинемия, гиперхолестеринемия, отеки

<variant> гематурия

<variant> цилиндрурия

<variant> артериальная гипертензия

<variant> анемия

<question>При ревматизме часто поражается:

<variant> митральный клапан

<variant> левый желудочек

<variant> аортальный клапан

<variant> трикуспидальный клапан

<variant> все перечисленное

<question> Пиелонефрит характеризуется:

<variant> лихорадкой, лейкоцитурией, бактериурией

<variant> лихорадкой, лейкоцитурией, гематурией

<variant> лихорадкой, дизурией, гематурией

<variant> лихорадкой, лейкоцитурией, протеинурией, гипотензией

<variant> лихорадкой, протеинурией, микрогематурией, гипостенурия

<question>Клинические проявления острой надпочечниковой недостаточности при первой стадии:

<variant> усиление слабости, гиперпигментации кожных покровов и слизистых (при первичной ХНН); головная боль, нарушение аппетита, тошнота, снижение АД;

<variant> резкая слабость, озноб, боли в животе, гипертермия, тошнота и многократная рвота с выраженными признаками дегидратации, олигурия, сердцебиение, прогрессирующее падение АД;

<variant> коматозное состояние, сосудистый коллапс, анурия и гипотермия.

<variant> возникают симптомы внутреннего кровотечения

<variant> полное потеря сознания

<question>При системной склеродермии наблюдаются:

<variant> плотный отек, атрофия, пигментация

<variant> кожные высыпания и подкожные узелки по ходу сосудов

<variant> эритема лица в виде "бабочки"

<variant> параорбитальная эритема и отечность век (гелиотропные веки)

<variant> поражение кожи в виде кольцевидной эритемы, ревматоидные узелки

<question>Укажите признаки тиреотоксикоза II степени:

<variant> потеря массы тела до 20%, ЧСС – 100 - 120 мин, основной обмен повышает + 30 до + 60

<variant> снижение основного обмена 50% низкое поглощение после приема его индикаторных доз, снижение уровня иод, связанного с белком

<variant> умеренное снижение веса до 10% , тахикардия до 100 в мин, 1 основной обмен не превышает + 30%

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			18 стр. из 132

<variant> прогрессирующее снижение массы тела на 30 % и более, тахикардия более 120 в мин
основной обмен повышен более чем на 60%

<variant> потеря массы тела до 20%, ЧСС- 100- 120 мин, основной обмен повышает до 15 %

<question>Назовите клинические признаки у больного с острым нефротическим синдромом:

<variant> Периферические отеки, расширение границ сердца, АГ

<variant> Влажные хрипы в легких, нистагм

<variant> Асцит, расширение вен

<variant> Сколиоз, кашель, повышение температуры

<variant> Увеличение щитовидной железы, систолический шум на верхушке сердца

<question>Наследственная фолиеводефицитная анемия характеризуется :

<variant> гиперхромной анемией

<variant> мегалобластической анемией

<variant> апластической анемией

<variant> гипохромной анемией

<variant> нормохромной анемией

<question>В₁₂- фолиеводефицитные анемии НЕ являются следствием:

<variant> дефицита железа в организме

<variant> дефицита фолиевой кислоты

<variant> дефицита витамина В₁₂ в организме

<variant> врожденного дефицита фактора Кастля в желудке

<variant> нарушения обмена фолиевой кислоты в организме

<question>Окончательный диагноз апластической анемии ставится на основании:

<variant> трепанобиопсии

<variant> общего анализа крови

<variant> коагулограммы

<variant> стеральной пункции

<variant> цитогенетического исследования

<question>При отеках назначают.

<variant> Мочегонные

<variant> Антибиотики

<variant> Витамины

<variant> Макролиды

<variant> Антигистамины

<question>Судорожный синдром - это:

<variant> внезапные, частые, непроизвольные сокращения мышц, сопровождающийся расстройством сознания

<variant> внезапные, частые, непроизвольные сокращения мышц, не сопровождающийся расстройством сознания

<variant> внезапные, нечастые, непроизвольные сокращения мышц, сопровождающийся расстройством сознания

<variant> внезапные, частые, произвольные сокращения мышц, сопровождающийся расстройством сознания

<variant> внезапные, частые, непроизвольные сокращения мышц, сопровождающийся расстройством кишечника

<question>Лабораторный признак характерный для геморрагической болезни новорожденных:

<variant> удлинение времени свертывания

<variant> увеличение длительности кровотечения

<variant> тромбоцитопения

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		19 стр. из 132

<variant> положительный этаноловый тест

<variant> гиперфибриногемия

<question>Для неспецифического язвенного колита характерны три ведущих симптома:

<variant> Боли в животе + лихорадка + нарушение функции кишечника

<variant> Выделение крови с калом + лихорадка + потеря аппетита

<variant> Нарушение функции кишечника + лихорадка + потеря аппетита

<variant> Лихорадка + выделение крови с калом + боли в животе

<variant> Боли в животе + выделение крови с калом + нарушение функции кишечника

<question>Синдром холестаза:

<variant> кожный зуд, повышение уровня билирубина, щелочной фосфатазы;

<variant> эпизодические носовые кровотечения, «синячки» на коже в местах удара;

<variant> слабость, утомляемость, нарушение сна, депрессия, астения, апатия, снижение работоспособности;

<variant> желтушность кожи, склер, потемнение мочи и обесцвечивание кала;

<variant> повышение уровня гаммаглобулинов, артралгия, миалгия;

<question>Общий признак для неспецифического язвенного колита и болезни Крона:

<variant> Наличие язвенных дефектов в кишечной стенке

<variant> Строгая ограниченность зоны поражения

<variant> Воспаление затрагивает все слои кишечной стенки

<variant> Лимфоидная гиперплазия всех слоев кишечной стенки

<variant> Часто встречаются криптогенные абсцессы

<question>Для кожно-геморрагического синдрома при геморрагическом васкулите не характерно:

<variant> располагается в основном на лице, животе

<variant> характер сыпи – мелкоочечные кровоизлияния

<variant> подсыпает волнообразно

<variant> симметричная

<variant> не исчезает после надавливания

<question>Клиника хронического миелолейкоза сопровождается следующими симптомами, кроме:

<variant> снижением АД

<variant> анемическим синдромом

<variant> геморрагическим синдромом

<variant> болями в костях

<variant> увеличением печени, селезенки, лимфоузлов

<question>Особенностью кровоизлияний при гемофилии является все, кроме:

<variant> кровоизлияния не имеют излюбленной локализации

<variant> кровотечения имеют поздний, отсроченный характер

<variant> кровоизлияния имеют тенденцию к распространению, возникают периодически

<variant> гематомы сдавливают крупные артерии и нервы

<variant> кровоизлияния рассасываются медленно

<question>В анализе крови при апластической анемии можно обнаружить все перечисленное, кроме:

<variant> высокого ретикулоцитоза

<variant> снижения уровня гемоглобина фу Ет

<variant> гиперхромии и макроцитоза эритроцитов

<variant> выраженного агранулоцитоза

<variant> резкого снижения числа тромбоцитов

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			20 стр. из 132

<question>Диагностическими критериями при тромбоцитопенической пурпуре являются все ниже перечисленное, кроме:

- <variant> гемартрозы
- <variant> полиморфная, полихромная сыпь
- <variant> экхимозы
- <variant> положительные пробы «жгута» и «щипка»
- <variant> носовые кровотечения

<question> Предпочтительный признак при неспецифическом язвенном колите:

- <variant> примесь крови к каловым массам
- <variant> нарушение общего состояния
- <variant> повышение температуры
- <variant> боли в животе
- <variant> учащение стула

<question> Язвенный дефект у детей часто локализуется:

- <variant> в луковице 12 – перстной кишки
- <variant> на малой кривизне желудка
- <variant> в антральном отделе желудка
- <variant> на большой кривизне желудка
- <variant> в постбульбарном отделе

<question> Характерный симптом язвенной болезни желудка:

- <variant> Мойнигановский ритм боли
- <variant> разлитая боль в животе
- <variant> приступообразная боль в эпигастрии
- <variant> кинжальная боль
- <variant> рвота фонтаном

<question> Для гемофилии характерны все вышеперечисленное, кроме:

- <variant> нарушено протромбиновое время
- <variant> нарушения свертывания крови
- <variant> носовые кровотечения
- <variant> кровоизлияния в суставы
- <variant> постгеморрагическая анемия с ретикулоцитозом

<question> Для болезни Верльгофа характерны вышеперечисленные признаки, кроме:

- <variant> нормальная длительность кровотечения по Дюке
- <variant> снижение тромбоцитов
- <variant> увеличение длительности кровотечения
- <variant> замедление или отсутствие ретракции кровяного сгустка
- <variant> нормальная свертываемость

<question> Для геморрагического васкулита смешанной формы характерно все перечисленное, кроме:

- <variant> носовые кровотечения
- <variant> кожный синдром
- <variant> суставной синдром
- <variant> абдоминальный синдром
- <variant> ДВС-синдром

<question> При болезни Верльгофа противопоказаны все перечисленное, кроме

- <variant> глюконат кальция
- <variant> уксус
- <variant> алкоголь

ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		21 стр. из 132

<variant> салицилаты, НПВП

<variant> карбенициллин, аминазин

<question>Какие инструментальные дифференциально-диагностические методы исследования, проводят при наследственных нефритах, кроме:

<variant> компьютерное томографическое исследование

<variant> УЗИ почек

<variant> аудиограмма

<variant> внутривенная урография

<variant> цистоскопия, цистография

<question>У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников следующих симптомов, кроме:

<variant> Spina bifida

<variant> тугоухости

<variant> гематурии

<variant> патологии зрения

<variant> развитии ХПН в ранние сроки

<question>Основными синдромами ХПН являются, за исключением:

<variant> интестинальный

<variant> азотемический

<variant> анемический

<variant> нарушение КЩС

<variant> остеодистрофический

<question>Для гипергликемической комы характерно следующее, кроме:

<variant> бледность

<variant> постепенное начало

<variant> сухость слизистых оболочек и кожных покровов

<variant> запах ацетона изо рта

<variant> дыхание Кусмауля

<question>Дифференцировать ревматическую хорею приходится со всеми перечисленными патологиями, кроме

<variant> менингитом

<variant> атаксией

<variant> локальным тиком

<variant> распространенным гиперкинезом

<variant> неврозом навязчивых движений

<question>Укажите признак, нехарактерный для анафилактического шока:

<variant> повышение АД.

<variant> отек легких.

<variant> отек мозга.

<variant> отек гортани.

<variant> бронхоспазм.

<question>Для хореи характерны следующие клинические проявления, кроме:

<variant> кардит

<variant> хореические гиперкинезы

<variant> психоэмоциональные нарушения

<variant> расстройства статики и координации

<variant> мышечная гипотония, сосудистая дистония

<question>Какой признак является прогностически неблагоприятным при менингококкемии?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	22 стр. из 132

<variant> раннее появление и быстрое нарастание геморрагической сыпи

<variant> ранний возраст

<variant> преимущественное расположение сыпи на лице и туловище

<variant> наличие гнойного менингита

<variant> гипотермия

<question>Острое желудочно-кишечное кровотечение характеризуется всем, кроме:

<variant> гипертермия

<variant> кровавая рвота

<variant> мелена

<variant> бледность кожных покровов

<variant> коллапс

<question>Противопоказаниями к проведению люмбальной пункции является все перечисленное, кроме:

<variant> гипертермия

<variant> кома 3 степени

<variant> коллапс

<variant> инфекционно-токсический шок 3 степени

<variant> наличие стволовой симптоматики

<question>Какие критерии диагностики СПИДа, за исключением:

<variant> лимфоцитоз

<variant> лимфопения

<variant> полилимфоадения

<variant> субфебрилитет

<variant> наличие в семье больного наркоманией

<question>Укажите признак, нехарактерный для анафилактического шока:

<variant> повышение АД

<variant> отек легкого

<variant> отек мозга

<variant> отек гортани

<variant> бронхоспазм

<question>У ребенка 3-х лет имеется извращение вкуса и обоняния, бледность кожи, вялость. При обследовании обнаружена анемия, снижен уровень сывороточного железа. Какая форма анемии имеется у данного ребёнка?

<variant> железодефицитная

<variant> гемолитическая

<variant> мегалобластическая

<variant> апластическая

<variant> гипопластическая

<question>Причиной клинических проявлений при геморрагическом васкулите является:

<variant> поражение сосудистой стенки

<variant> ускоренный фибринолиз

<variant> активация антикоагулянтной системы

<variant> снижение уровня факторов свертывания

<variant> тромбоцитопения

<question> У ребенка 13 лет, страдающего хроническим панкреатитом, после стрессовой ситуации возникла острая боль опоясывающего характера в верхней части живота, была рвота, не принесящая облегчения. Положительные симптомы Кэра, Мейо-Робсона, Шоффара. Причина повышения протеолитических ферментов в крови:

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			23 стр. из 132

<variant> деструкция ацинарных клеток

<variant> освобождение катехоламинов

<variant> ингибирование протеиназ нейтрофилов

<variant> выделение альфа-1-антитрипсина

<variant> активация плазминогена

<question> Ребенку 3 года. Со слов матери в течение трех недель отмечается слабость, головокружение, повышение температуры, носовые кровотечения. При осмотре состояние ребенка тяжелое, отмечается кожный геморрагический синдром, гепатоспленомегалия, полилимфаденопатия, симптомы интоксикации. Ваш предварительный диагноз:

<variant> Острый лейкоз

<variant> Гемофилия А

<variant> Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

<variant> Геморрагический васкулит

<variant> Апластическая анемия

<question> Саша, 12 лет, при проведении фиброгастродуоденоскопии были выявлены следующие изменения: умеренно выраженная эритема и рыхлость слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода, кратковременное провоцированное субтотальное пролабирование слизистой оболочки пищевода на 1,5-2,0 см, выраженное снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Данные эндоскопические признаки характерны для:

<variant> Гастроэзофагеального рефлюкса

<variant> Пищевода Барретта

<variant> Дуоденогастрального рефлюкса

<variant> Грыжи пищеводного отдела диафрагмы

<variant> Стриктуры пищевода

<question> Мальчик 6 лет, предъявляет жалобы на зябкость, сонливость. Со слов мамы, очень медлительный, учится плохо, отстает в умственном развитии, с рождения склонность к запорам. При объективном осмотре – диспропорционального телосложения – короткие руки и ноги, широкие кисти рук с короткими пальцами, короткая широкая шея, широкая плоская переносица. Волосы тонкие, тусклые. Кожные покровы очень сухие, холодные на ощупь. Со стороны сердечно – сосудистой системы: пульс 60, АД 90/50 мм рт.ст., тоны сердца приглушены, систолический функциональный шум на верхушке. Живот вздут, расширено пупочное кольцо. При исследовании - обнаружена гипоплазия щитовидной железы. Механизм данных изменений:

<variant> дефект биосинтеза Т4 и Т3 вследствие нарушений в щитовидной железе

<variant> снижение продукции пролактина в гипофизе

<variant> повышение продукции альдостерона в результате активации ренин-ангиотензиновой системы

<variant> недостаточность антидиуретического гормона приводит к гиперлипидемии

<variant> недоразвитие или деструкция клеток всех зон коры надпочечников приводит к снижению синтеза глюкокортикостероидов, минералокортикоидов, андрогенов

<question> Саше 4 года. Состояние тяжелое. Обильное кровотечение из носа. Бледный. На коже туловища и конечностей обильная геморрагическая сыпь, полиморфная, полихромная, несимметричная. Пульс 100 в 1 мин. Селезенка 1,0 см. В развернутом анализе крови: Нв-92 г/л, эр.- $2,7 \times 10^9$ /л, лейкоц.- $4,5 \times 10^9$ /л, тромбоц.- 15×10^9 /л, с-68, л-32, СОЭ-18 мм/час, длительность кровотечения по Дюку-15 мин, свертываемость-3 мин.15 сек.-3 мин. 40 сек. Для данного заболевания характерно:

<variant> снижение ретракции кровяного сгустка

<variant> уменьшение длительности кровотечения

	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			24 стр. из 132

<variant> снижение свертываемости крови

<variant> отрицательная проба щипка

<variant> снижение в крови уровня VIII фактора

<question> Ребенок Т., 3 года, госпитализирован с диагнозом ОРВИ. На 3 день у больного появилась одышка, резкая слабость, нитевидный пульс, частый кашель с пенистой мокротой у рта. При аускультации в нижних отделах легких с обеих сторон влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия. На рентгенограмме: альвеолярный отек легких, очаговых теней нет. На ЭхоКГ: снижение насосной функции левого желудочка.

Осложнение, которое развилось у ребенка:

<variant> Острая левожелудочковая сердечная недостаточность

<variant> Хроническая сердечная недостаточность

<variant> Застойная сердечная недостаточность

<variant> Острая правожелудочковая сердечная недостаточность

<variant> Тотальная сердечная недостаточность

<question> Ребенку 12 лет. Болен хроническим гломерулонефритом. В сыворотке крови: остаточный азот-56,1 ммоль/л, креатинин-0,38 мкмоль/л, мочевины-16,9 ммоль/л. Что из перечисленного является вероятным объяснением?

<variant> развитие хронической почечной недостаточности

<variant> развитие у больного острой почечной недостаточности

<variant> обострение хронического гломерулонефрита

<variant> транзиторная азотемия

<variant> вторичное инфицирование

<question> Исходя из диагностических критериев Киселя-Джонса - Нестерова, диагноз ревматизма правомочен при наличии:

<variant> хореи, полиартрита

<variant> лихорадки, ангулярной сыпи

<variant> кардита, артралгии

<variant> ревматических узелков, уровня серомукоида - 350 ЕД

<variant> кардита, лейкоцитоза

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

<variant> определение в крови амилазы

<variant> определение в крови эластазы

<variant> определение в крови трипсина

<variant> определение в крови щелочной фосфатазы

<variant> определение в крови глюкозы

<question> Мальчик 8 лет, находится в бессознательном состоянии в течение 1 часа, дыхание Кулсмауля, 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 у больного ожидаются:

<variant> гипергликемия, ацетонемия, ацидоз

<variant> гипогликемия, ацетонемия, ацидоз

<variant> гипогликемия, ацетонемия, алкалоз

<variant> гипогликемия, алкалоз, ацетонурия

<variant> гипергликемия, ацетонемия, алкалоз

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		25 стр. из 132

<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. Из перечисленного вероятным объяснением судорог у ребенка является:

- <variant> гипогликемия
- <variant> гипокальциемия
- <variant> гипوماгнемия
- <variant> гиперкальциемия
- <variant> гипергликемия

<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%. Из нижеперечисленных методов приемлемым скрининговым тестом в диагностике анемии является:

- <variant> стерильная пункция
- <variant> осмотическая стойкость эритроцитов
- <variant> исследование сывороточного железа
- <variant> кровь на стерильность
- <variant> уровень свободного гемоглобина

<question> Ребенку 2 недели. Находится на стационарном лечении по поводу некротической флегмоны. Через неделю после начала заболевания состояние резко ухудшилось: стал вялым, беспокойным, была 3-х кратная рвота, подъем температуры до 39°. Об-но: Состояние тяжелое, стонет. Кожные покровы бледные, чистые. Большой родничок 2х2см выбухает, пульсирует. Неврологический статус: ребенок беспокойный, монотонный резкий крик с периодическими вскрикиваниями, выражена гиперестезия. Положение в постели вынужденное на боку с запрокинутой головой. Выражена ригидность затылочных мышц. Обследование необходимое для уточнения диагноза в первую очередь:

- <variant> спинномозговая пункция (СМП)
- <variant> бактериологический посев из содержимого флегмоны
- <variant> УЗИ головного мозга
- <variant> кровь на стерильность
- <variant> кал на бактериологический посев

<question> Ребенок родился на 42 неделе, весом 4000, ростом 51 см. Отмечается отечность лица и туловища. Б.Р. 4 х 4 см, открыт сагитальный шов на 0,5 см. Нарастает адинамия, сонливость, приступы апноэ, стридорозное дыхание. Плохо удерживает тепло. Затяжная желтуха. Из перечисленного приемлемым следующим шагом в диагностике является:

- <variant> определение Т3 и Т4
- <variant> определение 17-КС и 17-ОКС в моче
- <variant> определение кортизола в крови
- <variant> сахар крови
- <variant> сахар мочи

<question> У ребенка, страдающего лимфатико-гипопластическим диатезом, внезапно появились озноб, бледность, снижение артериального давления, брадикардия, тошнота, рвота, частое мочеиспускание. Причина вышеперечисленных симптомов :

- <variant> Гипоталамический синдром
- <variant> инфекционный токсикоз
- <variant> анафилактическая реакция
- <variant> Тимико-почечная недостаточность
- <variant> кетоацидоз

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		26 стр. из 132

<question>У девочки школьного возраста в течение нескольких дней отмечается артрит, гиперкинезы, выявлено расширение границ сердца влево. Заболевание, связь с которым можно выявить при данной патологии:

<variant> Стрептодермия

<variant> ОРВИ

<variant> Пневмония

<variant> Уретрит

<variant> Менингит

<question>Ребенку 12 лет, в течение 2-х лет отмечаются рецидивы заболевания в виде нестойкого артрита, хореи, носовых кровотечений, с повышением уровня С реактивного белка и антистрептолизина О. Симптом, который ожидаете обнаружить при объективном осмотре:

<variant> грубый систолический шум на верхушке сердца

<variant> сыпь в виде «бабочки»

<variant> деформация суставов

<variant> гемипарез

<variant> отставание в физическом развитии

<question> У 9-летнего ребенка после удаления зуба началось кровотечение. В коже наблюдаются геморрагические элементы, кровоизлияния в склеру. Предположительно диагноз тромбоцитопеническая пурпура. Необходимым показателем предполагаемой диагностики является :

< variant> количество тромбоцитов

<variant > время свертывания крови

< variant> гемоглобин

< variant> частичное тромбопластиновое время

< variant> протромбин

<question>У ребенка 3 лет с жалобами на геморрагическую сыпь, слабость, периодическое повышение температуры предположен острый лейкоз. Изменения в крови, которые вы ожидаете:

<variant> тромбоцитопения

<variant> ретикулоцитоз

<variant> высокий гематокрит

<variant> гипохромная анемия

<variant> эозинофилия

<question>Ребенку 5 лет. Жалобы на длительные носовые кровотечения, обильное кровотечения из мест инъекций, возникающие спустя 1,5ч, повышение температуры до 37,8°C, болезненность и увеличение в объеме правого коленного сустава. При осмотре множественные экхимозы на коже туловища, конечностей. Заподозрена гемофилия. Симптом, который достоверно свидетельствует в пользу гемофилии:

<variant> гемартроз

<variant> возраст, в котором впервые возник геморрагический синдром

<variant> кровоизлияния на коже

<variant> повышение температуры

<variant> носовое кровотечение

<question>Ребенку 1,5 года. Вес 8 кг. Жалобы на длительную диарею. Отмечено появление отеков на лице, конечностях, живот увеличен. При биопсии тонкой кишки выявлены лимфангиэктазии. Показатель, который вы ожидаете в лабораторных данных:

<variant> сывороточный белок в кале

<variant> высокая протеинурия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()	
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		27 стр. из 132	

<variant> гиперхолестеринемия

<variant> высокое СОЭ

<variant> патогенная флора в кале

<question>Мальчик 14 лет. Высокая температура, однократная рвота, вялость, отсутствие аппетита. Отмечает острые боли в правом подреберье. Кожа бледная. Тахикардия. Печень не пальпируется. Положительный симптом Ортнера. Стула не было сутки. Диурез не нарушен. Вероятная этиология заболевания:

<variant> бактерии

<variant> вирусы

<variant> пищевые аллергены

<variant> аутоантигены

<variant> лямблии

<question>Ребенку 3 дня. Появилось беспокойство, температура повысилась до 38⁰С, кожа диффузно гиперемирована, осмотр и лабораторные данные патологии со стороны внутренних органов не выявил. Стул до 5 раз в день, жидкий с белыми комочками. Причина повышения температуры у ребенка:

<variant> Транзиторное нарушение теплового обмена

<variant> Сепсис

<variant> Системная реакция на воспаление

<variant> Острая кишечная инфекция

<variant> Стрептодермия

<question>Ребенок 12 лет. Страдает пузырно-мочеточниковым рефлюксом, вторичным пиелонефритом. Последние месяцы отмечает повышенный диурез. Предположено нарушение функции почек. Лабораторный показатель, который это подтвердит:

<variant> гипостенурия

<variant> гипопроteinемия

<variant> никтурия

<variant> лейкоцитурия

<variant> протеинурия

<question>Девочка 8 лет поступила на 6 день заболевания с фебрильной температурой, энурезом, поллакиурией. Отеков и артериальной гипертензии не обнаружено. В крови нейтрофильный лейкоцитоз. Мочевой синдром характерный для данной патологии:

<variant> протеинурия, пиурия

<variant> микрогематурия, протеинурия

<variant> макрогематурия, цилиндрурия

<variant> протеинурия, оксалурия

<variant> бактериурия, цилиндрурия

<question>Девочка 6 лет, в анамнезе эпизод дизурии. Беспокоят боли в животе, плохое самочувствие, субфебрильная температура. АД 90/60 мм рт ст. Живот при пальпации безболезнен. В пробе Нечипоренко лейкоцитов – 12 тыс., эритроцитов 1 тыс. Изменения, которые будут обнаружены при УЗИ почек:

<variant> расширение чашечно – лоханочной системы

<variant> удвоение почек

<variant> расширение мочеточника

<variant> повышение эхогенности мозгового слоя

<variant> расширение коркового слоя

<question>Ребенок 14 лет, 7 лет наблюдается с хроническим гломерулонефритом. Отмечается обострение: асцит, олигоурия, высокая протеинурия, азотемия, гиперхолестеринемия,

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			28 стр. из 132

микрогематурия. АД не повышено. Показатель, который свидетельствует о нарушении функции почек у данного больного:

- <variant> азотемия
- <variant> высокий уровень протеинурии
- <variant> высокий холестерин
- <variant> олигурия
- <variant> асцит

<question>Ребенок 8 лет. В течение 3х дней субфебрильная температура, боли в животе, моча цвета кока-колы, АД 145/90 мм рт ст, выделил за день 380 мл, на лице и голени отеки.

Предположено заболевание почек. Мочевой синдром характерный для данной патологии:

- <variant> макрогематурия, незначительная протеинурия
- <variant> незначительная протенурия, лейкоцитурия
- <variant> выраженная протеинурия, микрогематурия
- <variant> цилиндрурия, оксалурия
- <variant> кетонурия, макрогематурия

<question>Ребенок 2 года поступил с урежением мочеиспускания, отеками на лице и ногах. АД 90/60 мм рт ст. Живот увеличен, притупление в боковых областях. Печень +2 см. Моча желтая, олигоурия. В пробе Зимницкого удельный вес мочи 1005-1014. В крови остаточный азот 32 ммоль/л. Симптом, который в большей степени указывает на нефротический синдром:

- <variant> асцит
- <variant> азотемия
- <variant> олигоурия
- <variant> периферические отеки
- <variant> гипостенурия

<question>Ребенку 6 лет. В течение нескольких лет отмечается микрогематурия. У родственников заболеваний почек нет, у бабушки глухота с детства. При осмотре отеков, гипертензии, дизурии нет. В моче микрогематурия, следы белка. Аудиограмма выявила тугоухость. Происхождение данного заболевания:

- <variant> наследственное
- <variant> системное
- <variant> обменное
- <variant> микробно-воспалительное
- <variant> врожденное

<question>Мальчик 3 лет поступил с асцитом, гидротораксом, гидроперикардом, олигурией. АД 90/50 мм рт ст. В моче белок 3,0 г/л, цилиндрурия. Показатель, изменение которого в патогенезе обусловили данную клинику:

- <variant> снижение онкотического давления плазмы
- <variant> снижение активности антидиуретического гормона
- <variant> повышение холестерина
- <variant> гипостенурия
- <variant> повышение выработки ренина в почках

<question>Ребенку 14 лет, в течение 6 лет страдает смешанной формой гломерулонефрита. Поступил с жалобами на боли в ногах, отставание в росте, выявлено genu varum. Причина развития данных симптомов заключается в:

- <variant> недостатке активных метаболитов витамина D
- <variant> приеме преднизолона
- <variant> ограничении в физической нагрузке
- <variant> азотемии

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		29 стр. из 132

<variant> дисэлектрוליтемии

<question>На приеме мальчик 11 лет с вторичным пиелонефритом. Последние 6 мес отмечается повышение диуреза, слабость. В крови азотемия, снижение гемоглобина. Сывороточное железо 14 мкмоль/л. В моче 8-10 лейкоцитов в поле зрения. Причина развития анемии:

<variant> снижение выработки эритропоэтинов в почках

<variant> азотемия

<variant> недостаточное поступление железа в организм

<variant> обострение пиелонефрита

<variant> частое назначение антибиотиков

<question>Ваня, 9 лет. На «Д» учете не состоит. За последний год похудел. Жалуеться на боль в горле, нарушения зрения. Пьет охотно. Дыхание шумное, кожа сухая, гнойнички, гиперемия щек, зев гиперемирован. ЧД 20 в 1 мин. В легких хрипов нет. Отеков нет. Ожидаемое в лабораторных данных:

<variant> кетонурия

<variant> снижение насыщения крови кислородом

<variant> гипогликемия

<variant> азотемия

<variant> лимфоцитоз

<question>У ребенка второго полугодия жизни отмечается отставание в нервно-психическом развитии, муцинозные отеки, брадикардия, запоры. Ожидаемое в лабораторных данных при данном заболевании:

<variant> низкий уровень Т3, Т4

<variant> гипохолестеринемия

<variant> кетонурия

<variant> тромбоцитопения

<variant> гипопропротеинемия

<question>У ребенка школьного возраста отмечаются упорные гнойничковые поражения кожи, жажда, энурез, потеря массы тела. Ожидаемое в лабораторных данных:

<variant> гипергликемия

<variant> гиперкалиемия

<variant> лейкоцитурия

<variant> лейкоцитоз

<variant> увеличение СОЭ

<question>Мальчик 10 лет. Страдает гипоацидным гастритом. Жалобы на светобоязнь, ночную слепоту. Кожные покровы бледные, ксероз конъюнктивы, роговицы, кератомалиция, ксероз кожи, сухость, тусклость волос. Недостаточность какого витамина имеет место?

<variant> ретинол

<variant> никотиновая кислота

<variant> пантотеновая кислота

<variant> тиамин

<variant> рибофлавин

<question>Девочка 40 дней. Жалобы на желтушность кожи и склер, кровоточивость из мест инъекций. Печень и селезенка увеличены. Лабораторный показатель, который позволит выявить паренхиматозную желтуху:

<variant> увеличение содержания трансаминаз

<variant> высокий лейкоцитоз

<variant> положительный анализ кала на скрытую кровь

<variant> выявление анемии в ОАК

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			30 стр. из 132

<variant> гиперхолестеринемия

<question>Ребенок 1 год 6 мес. Имеет хорошую прибавку массы тела. Беспокоят частые простудные заболевания, бледность. Получает цельное молоко, вегетарианские прикормы. Кровоточивости, гепатоспленомегалии, температуры нет. В крови выявлена анемия.

Ожидаемые изменения в лабораторных данных:

<variant> гипохромия

<variant> низкое количество ретикулоцитов

<variant> бластемия

<variant> низкая железосвязывающая способность крови

<variant> полицитемия

<question>У ребенка с грубой задержкой психического развития в возрасте 1 года поставлен диагноз: Фенилкетонурия. Исследование, которое подтвердит данное заболевание:

<variant> проба Фелинга

<variant> проба Апта

<variant> потовая проба

<variant> биохимический анализ крови

<variant> сахарная кривая

<question>У новорожденного ребенка с 1-го дня жизни желтуха, сохраняется больше месяца.

Выявлена гепатомегалия. В крови увеличен уровень прямого билирубина, высокие показатели трансаминаз. Характер желтухи:

<variant> паренхиматозная

<variant> механическая

<variant> конъюгационная

<variant> физиологическая

<variant> гемолитическая

<question>Новорожденный 7 дней, самочувствие не нарушено, отмечается желтушность кожи, склер, которые появились на 3-й день жизни. Кожа без сыпи. Печень, селезенка не увеличены. Кал окрашен. В крови гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина, трансаминазы в пределах нормы. Исход, который вероятен при данном состоянии:

<variant> исчезновение симптомов самопроизвольно

<variant> развитие энцефалопатии

<variant> гепатоспленомегалия

<variant> печеночная недостаточность

<variant> появление геморрагического синдрома

<question>На приеме больной 14-ти лет с жалобами на боли, припухлость и тугоподвижность в лучезапястных, голеностопных и коленных суставах, утреннюю скованность. Мальчик болен в течение 1,5 лет. Происхождение данного заболевания:

<variant> иммунопатологическое

<variant> наследственное

<variant> вирусное

<variant> микробно-воспалительное

<variant> функциональное

<question>Ребенок 1.5 года. Недостаточно прибавляет в весе. Appetit сохранен. Температура на нормальных цифрах. Кожа сухая, опрелости в паховой области. На белье ребенка «крахмальные пятна». ЧД 36 в 1 мин. ЧСС 112 в 1 мин. Печень на 1 см ниже края реберной дуги. Энурез. Изменения, которые вы ожидаете в анализах мочи:

<variant> глюкозурия

<variant> низкий удельный вес мочи

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			31 стр. из 132

<variant> протеинурия, гематурия

<variant> лейкоцитурия

<variant> бактериурия

<question>У девочки 10 лет артралгии, ЧД 20 в 1 мин, ЧСС 80 в 1 мин. Три недели назад перенесла лакунарную ангину. Обнаружено приглушение I - тона, дующий систолический шум на верхушке. Правый коленный сустав увеличен в объеме, болезненный при пальпации. Изменения на ЭхоКГ, которые вероятны в данном состоянии:

<variant> отечность и неполное закрытие митрального клапана

<variant> снижение фракции выброса

<variant> отечность и неполное закрытие аортального клапана

<variant> расширение полости правого желудочка

<variant> вегетации на клапанах

<question>Аскар, 3 года. Болен 4 года, в течение которого сохраняется артрит 3-х крупных суставов, отмечена их деформация, ограничение разгибания в коленном суставе. Выявлена полиадения, со стороны внутренних органов без патологии. Лабораторное исследование, которое необходимо для точной постановки диагноза:

<variant> ревматоидный фактор

<variant> креатинфосфокиназа

<variant> антинуклеарный фактор

<variant> антистрептолизин О

<variant> С реактивный белок

<question>У ребенка 12-ти лет, впервые сразу после удаления зуба началось кровотечение, остановить которое не удавалось около 5 часов. При осмотре множественные синяки на коже, кровоизлияние в склеру, бледность, по органам без патологии. Дома однократно было необильное носовое кровотечение. Исследование, которое необходимо провести в первую очередь:

<variant> определение количества тромбоцитов

<variant> определение активности фактора VIII

<variant> УЗИ селезенки

<variant> трепанобиопсия

<variant> определение сывороточного железа

<question>Ребенку 1 год 3 месяца. Плохо ест, любит сырое тесто. Кожа, слизистые бледные. По внутренним органам без особенностей. При обследовании: Нв – 85 г/л, эрит- $3,7 \times 10^{12}/л$.

Изменения в анализах крови, которые вы также ожидаете:

<variant> снижение гематокрита

<variant> гиперхромия

<variant> низкое количество ретикулоцитов

<variant> тромбоцитопения

<variant> лейкоцитоз

<question>У девочки 4-х лет в течение 1 месяца анорексия, быстрая утомляемость, предпочитает лежать. В последнюю неделю значительно побледнела, на коже появились отдельные кровоизлияния, периодически температурные «свечи». Исследование, которое будет информативным для диагноза:

<variant> стерильная пункция

<variant> рентгенография грудной клетки

<variant> биохимический анализ крови

<variant> уровень железа в сыворотке крови

<variant> осмотическая стойкость эритроцитов

-	ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		32 стр. из 132

<question>Мальчик 4 лет, жалобы на гематомы на нижних конечностях. Из анамнеза: отмечалась кровотоочивость из пупочного остатка. С 2 летнего возраста у ребенка стали появляться гематомы. Из анамнеза установлено, что по материнской линии мальчики страдали кровотоочивостью. Лабораторное обследование, которое позволит точно установить диагноз:

<variant> уровень фактора VIII

<variant> ОАК

<variant> исследование функции тромбоцитов

<variant> время кровотоечения

<variant> пункция костного мозга

<question>Девочка 14 лет, предъявляет жалобы на боли в животе после приема пищи, отрыжку, тошноту, жжение в эпигастрии, склонность к запорам в течение нескольких лет. Исследование для установления этиологии заболевания:

<variant> обследование на хеликобактер

<variant> кал на скрытую кровь

<variant> дуоденальное зондирование

<variant> кал на дисбактериоз

<variant> pH метрия желудочного сока

<question>У ребенка семи лет последнее время появилось чувство распирания в правом подреберье, тошнота, горечь во рту, снижение аппетита. При обследовании выявлен хронический холецистит. Эхографические данные, подтверждающие диагноз:

<variant> уплотнение стенки желчного пузыря

<variant> гомогенность содержимого желчного пузыря без осадка

<variant> повышенная эхоплотность печеночной паренхимы

<variant> перегиб желчного пузыря в пришеечном отделе

<variant> увеличение полости желчного пузыря

<question>Ребенок 1 месяц поступил с жалобами на затянувшуюся желтуху, беспокойство, срыгивания после кормления. При осмотре: выраженная желтушность кожных покровов, гипотония, гипорефлексия. Живот умеренно вздут. Гепатоспленомегалия. В крови анемия, тромбоцитопения, гипербилирубинемия. Достоверный метод исследования для установления этиологии внутриутробной инфекции:

<variant> молекулярно – биологический (ПЦР)

<variant> серологический (ИФА)

<variant> вирусологический

<variant> бактериологический

<variant> биохимический

<question>Ребенку 12 лет. Длительно наблюдается с заболевание почек, протекающим с протеинурией, гематурией, нарушением слуха. Последние месяцы участился диурез, появились слабость, отеки, анемия. Информативный метод обследования для выявления осложнения данного заболевания:

<variant> определение креатинина крови

<variant> протеинограмма

<variant> проба Нечипоренко

<variant> определение гематокрита

<variant> коагулограмма

<question>Ребенок 5 лет. Похудел. Аппетит сохранен. Температура на нормальных цифрах. Кожа сухая, опрелости в паховой области. ЧД 25 в 1 мин. ЧСС 92 в 1 мин. Печень не увеличена. Энурез. Изменения в лабораторных данных, которые ожидаете:

<variant> кетонурия

-	OŇTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			33 стр. из 132

<variant> лейкоцитурия

<variant> гематурия

<variant> протеинурия

<variant> цилиндрuria

<question>Девочка, 14 лет. Жалуется на повышенную потливость, беспокойство, плаксивость, снижение успеваемости. Эти явления отмечает у себя около года. При осмотре: поведение беспокойное, говорит много и быстро. Пониженного питания, кожа влажная на ощупь, экзофтальм, симптом Грефе, утолщение шеи. При аускультации сердца тоны усиленные, тахикардия. АД 130/70 мм.рт.ст. Исследование, которое позволят точно установить диагноз:

<variant> определение гормонов щитовидной железы

<variant> ЭКГ

<variant> эхокардиография

<variant> определение сахара крови, мочи

<variant> рентгенограмма области турецкого седла

<question>Аминокислота женского молока, стимулирующая рост и дифференциацию сетчатки глаза, нервной системы, надпочечников, эпифиза и гипофиза у детей:

<variant> таурин

<variant> триптофан

<variant> валин

<variant> цистеин

<variant> тирозин

<question>При наборе клинико-лабораторных признаков острой надпочечной недостаточности дифференциальный диагноз проводится с:

<variant> хронической надпочечной недостаточностью

<variant> с анафилактическим шоком

<variant> с острой аллергической реакцией

<variant> с аллергической реакцией немедленного типа

<variant> не проводится так как ОНН высоко специфичен и не встречается ни при каких других неотложных состояниях

<question>Мальчик, родился в срок с массой тела 3250 г Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. К груди приложен в первые сутки. Грудь взял хорошо. На 5 сутки жизни: кожные покровы чистые, розовые. Слизистые чистые. Отмечено симметричное увеличение грудных желез. Кожа над железами не изменена. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Стул при осмотре жидкий, желтый с белыми комочками, с примесью зелени и прожилками слизи. Живот несколько вздут, отмечено урчание при пальпации. Мошонка отечна, увеличена в размерах. Переходные состояния, имеющиеся у ребенка имеются:

<variant> транзиторный катар кишечника, половой криз

<variant> мастит, транзиторный катар кишечника

<variant> гормональный криз, физиологическая эритема

<variant> дисбактериоз, мастопатия

<variant> дисбактериоз, водянка яичника

<question>Ребенку 2 дня. Родился доношенным, закричал сразу, к груди приложен в родзале. На 2-е сутки жизни появилось беспокойство, затем – рвота с желчью, вздутие живота, обезвоживание. Меконий не отходил. Мама заметила соленый вкус кожи ребенка. Вязкость и плотность мекония обусловлена:

<variant> Отсутствием трипсина

<variant> Недостаточной выработкой инсулина

<variant> Недостаточностью альфа1-антитрипсина

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			34 стр. из 132

<variant> Недостаточностью амилазы

<variant> Обезвоживанием

<question>К участковому врачу обратился ребенок 10 лет с жалобами на вялость, слабость, отсутствие аппетита, тошноту, однократную рвоту. Укажите исследование, которое является первоочередным для постановки диагноза данному ребенку:

<variant> Определение тимоловой пробы и уровня аминотрансфераз

<variant> Определение уровня билирубина в крови

<variant> Исследование мочи на желчные пигменты

<variant> Общий анализ крови и мочи

<variant> Копрологическое исследование

<question>Назовите синдром проявляющийся увеличением размеров щитовидной железы, пучеглазием, тахикардией, повышением АД.

<variant> тиреотоксикоз

<variant> гипотиреоз

<variant> гипокортицизм

<variant> гиперкортицизм

<variant> эндемический зоб

<question>Больному Ж, 11 лет. Ребенок был обследован в диагностическом центре, поставлен диагноз: Острый Нефритический синдром. Первоочередной целью лечения является:

<variant> Вывод из острого состояния, ликвидация азотемий

<variant> Верификация диагноза, ликвидация азотемий

<variant> Нормализация АД, ликвидация азотемий

<variant> Уменьшение протеинурии, гематурии

<variant> Улучшение микроциркуляций в почках

<question>Ребенку 14 лет. Поставлен диагноз: Гломерулонефрит, обусловленным нефротическим синдромом. Назовите соответствующие клинические признаки:

<variant> Гематурия, протеинурия, повышение АД и отеки

<variant> Гематурия, снижение АД

<variant> Протеинурия, Снижение АД

<variant> Олигурия, кашель влажный

<variant> Бактериурия, отеки

<question> Информативным исследованием для выявления туберкулеза внутригрудных лимфоузлов является:

<variant> компьютерная томография легких

<variant> обзорная рентгенограмма легких

<variant> пикфлоуметрия

<variant> бронхоскопия

<variant> бронхография

<question> Мальчику 12 лет, поставлен диагноз «Системный склероз». Для уточнения диагноза в данном случае показано:

<variant> Исследование пищевода с барием

<variant> Эхография сердца

<variant> Реография сосудов

<variant> Рентгенография суставов

<variant> Компьютерная томография

<question> Ребенок 1 год 2 мес. родился недоношенным, вскармливание искусственное, все виды прикорма получал с опозданием, часто болеет. При обследовании отмечается бледность, желтушный оттенок кожи, увеличение селезенки (на 4 см ниже края реберной дуги). В крови

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			35 стр. из 132

гемоглобин 80 г/л, эритроциты $2,0 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 1,2 ед, ретикулоциты 20%, непрямой билирубин 30,8 ммоль/л. Для установления диагноза в первую очередь необходимо:

<variant> желчные пигменты в моче

<variant> реакцию Кумбса

<variant> фракции гемоглобина

<variant> активность трансаминаз

<variant> осмотическую резистентность эритроцитов

<question>Девочке 7 лет выставлен диагноз вторичного приобретенного гипотиреоза.

Вероятная причина заболевания:

<variant> Аденома гипофиза

<variant> Аутоиммунный тиреоидит

<variant> Аплазия щитовидной железы

<variant> Эктопия щитовидной железы

<variant> Гипоплазия щитовидной железы

<question>У больного с аутоиммунной гемолитической анемией на высоте гемолитического криза в анализе периферической крови лейкоциты $15,8 \times 10^9$ /л, резкий сдвиг влево до бластов (3%).

Вероятной интерпретацией в анализе крови будет:

<variant> Лейкемоидная реакция псевдобластного типа

<variant> Острый лейкоз

<variant> Хронический миелолейкоз

<variant> Лейкемоидная реакция лимфоидного типа

<variant> Лейкемоидная реакция миелоидного типа

<question>У подростка - хронический гломерулонефрит, имеется снижение функции почек (СКФ - 78 мл/мин белок в моче - 1,32 г/л). Этому больному показан золотой стандарт нефропротективной терапии:

<variant> Ингибитор АПФ

<variant> Блокатор кальциевых каналов

<variant> Эссенциале

<variant> В - блокаторы

<variant> Иммуносупрессоры

<question>Ребенок 3 лет с гастроэнтеритом. Выявлены дегидратация, отеки, петехии, гепатоспленомегалия, микроангиопатическая анемия, тромбоцитопения, ОПН. НЕ характерное осложнение для этого заболевания

<variant> Нефрокальциноз

<variant> Нарастающая анемия

<variant> Сердечная недостаточность

<variant> Гипертензия

<variant> Уремия

<question>Ребенку 12 лет, выраженные отеки, протеинурия 8 г/л, макрогематурия, АД 150/95 мм.рт.ст., СОЭ 65 мм/ч, холестерин 12,9 ммоль/л, СКФ 66 мл/мин. Вероятный диагноз:

<variant> фокально - сегментарный гломерулосклероз

<variant> мезангиокапиллярный ГН

<variant> нефротический синдром с минимальными изменениями

<variant> мембранознозная нефропатия

<variant> экстракапиллярный ГН

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		36 стр. из 132

<question>У больной с 8 лет развиваются отеки разной локализации, возникновение которых всегда связано с психоэмоциональным напряжением или травмой и никогда не сопровождается крапивницей и зудом. У данной больной в первую очередь следует заподозрить:

- <variant> отек Квинке
- <variant> вторичный иммунодефицит
- <variant> врожденный дефект системы комплемента
- <variant> посттравматический лимфостаз
- <variant> дифтерия

<question>У ребенка выраженные отеки лица, ног. Выставлен диагноз: Хроническая почечная недостаточность. Снижения СКФ ≤ 60 мл/мин/1,73м². Стадия ХПН по международной классификаций:

- <variant> III Умеренное снижение СКФ
- <variant> I Повреждение почек с нормальной или сниженной СКФ
- <variant> II Повреждение почек с легким снижением СКФ
- <variant> IV Тяжелое снижение СКФ
- <variant> V Почечная недостаточность

<question>Девочка 11 лет с диагнозом хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Беспокоит одышка, тахикардия в покое, отеки. Ключевым исследованием при ХСН является:

- <variant> ЭхоКГ
- <variant> ЭКГ
- <variant> Биохимия крови
- <variant> ЭЭГ
- <variant> РЭГ

<question>Мама с ребенком 5 лет на приеме у врача. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы бледные. Печень и селезенка не увеличены. В анализе крови: Нв-96 г/л, эр.- 3.1×10^9 /л, цв. показатель – 0,85. Укажите диагностический критерий железодефицитной анемии по степени тяжести:

- <variant> 110 - 90 г/л
- <variant> менее 70 г/л
- <variant> 90-70 г/л
- <variant> 110 г/л
- <variant> 50-70 г/л

<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. Эффективность проводимой ферротерапии отражает:

- <variant> ретикулоцитарный криз
- <variant> увеличение цветового показателя
- <variant> увеличение показателя гематокрита
- <variant> прирост количества эритроцитов
- <variant> появление мегалобластов в периферической крови

<question>Ребенку 6 лет, жалобы на слабость, недомогание, усталость, снижение аппетита. При осмотре участковый педиатр обратил внимание на бледность кожных покровов, печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови НВ - 93 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$, Ц.П. - 0,89. Главным диагностическим критерием железодефицитной анемии при наличии перечисленных характерных симптомов является:

- <variant> снижение концентрации сывороточного железа
- <variant> снижение уровня гемоглобина в единице объема крови

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			37 стр. из 132

<variant> снижение концентрации гемоглобина в 1 эритроците

<variant> уменьшение количества эритроцитов

<variant> повышение железосвязывающей способности сыворотки крови

<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>Ребенок 3-месячного возраста на приеме у врача по воду профилактических прививок. Жалоб нет. Ребенок развивается соответственно возрасту. При осмотре отмечается бледность и сухость кожных покровов. Из акушерского анамнеза выяснилось, что беременность у матери протекала с анемией 1 степени. Лабораторные анализы ребенка: ОАК – гемоглобин 100 г/л, анализы мочи и кала без патологии. Поставлен диагноз Анемия I степени. Длительность диспансерного наблюдения:

<variant> 1 год

<variant> 1 год 6 мес

<variant> 2 года

<variant> 3 года

<variant> 1 год 9 мес

<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. Вероятный возбудитель:

<variant> кишечная палочка

<variant> стрептококк

<variant> стафилококк

<variant> пневмококк

<variant> цитомегаловирус

<question>Показания к назначению жаропонижающих препаратов у детей:

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

<variant> фоновые заболевания: гипотрофия, рахит, анемия

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

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

<variant> лихорадка выше 37 градусов в подмышечной впадине

<question>У мальчика 7 лет, страдающего хроническим холециститом, при обследовании в желчи были обнаружены вегетативные формы лямблий.

Какой из перечисленных предварительных диагнозов правомочен в данном случае?

<variant> Лямблиозный холецистит

<variant> Хронический холецистит

<variant> Кишечный лямблиоз

<variant> Хронический холецистопанкреатит

<variant> Дискинезия желчевыводящих путей

<question>Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на боли, чаще голодные, в ночное время, раздражительность и слабость. Болен около 3-х лет, в последнее время боли участились, появилась отрыжка кислым, рвота, запоры. Объективно: бледный, пониженного питания,

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		
			044/62-22 ()
			38 стр. из 132

красный дермографизм. Язык обложен толстым белым налетом. Живот мягкий, локальная болезненность в эпигастрии.

Какой из перечисленных предварительных диагнозов является вероятным?

<variant> Язвенная болезнь 12 - перстной кишки

<variant> Функциональная диспепсия

<variant> Хронический гастродуоденит

<variant> Дискинезия желчевыводящих путей

<variant> Хронический холецистит

<question>Девочка 11 лет. При осмотре тремор, мышечная ригидность, расстройства координации, нарушения речи и глотания, гепатомегалия, спленомегалия, желтуха. Осмотр с помощью щелевой лампой показал наличие зеленовато-бурого кольца по периферии роговицы. Какой из перечисленных предварительных диагнозов является вероятным?

<variant> Болезнь Вильсона - Коновалова

<variant> Врожденный гемохроматоз

<variant> Аутоиммунный гепатит

<variant> Недостаточность альфа1-трипсина

<variant> Хронический гепатит вирусной этиологии

<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> 7 дней и более

<variant> 10 дней и более

<variant> 20 дней и более

<variant> 30 дней и более

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

<variant> 10мл/кг на каждый градус выше 37

<variant> 15мл/кг на каждый градус выше 38

<variant> 10мл/кг на каждый градус выше 38

<variant> 15мл/кг на каждый градус выше 37

<variant> 10мл/кг на каждый градус выше 39

<question>Ребенку 10 мес , мама пришла к врачу с жалобами на жидкий стул, беспокойство, 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>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> мазок из зева на BL

<variant> спинномозговая пункция

<variant> кал на яйца глист и простейших

<variant> УЗИ головного мозга

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			39 стр. из 132

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

- <variant> диареи А
- <variant> дизентерии
- <variant> энтерите
- <variant> сальмонеллезе
- <variant> холере

<question>Частая причина, вызывающая врожденный гипертензионно-гидроцефальный синдром:

- <variant> аномалии развития ликворных путей
- <variant> внутриутробные инфекции
- <variant> внутричерепная родовая травма
- <variant> пиодермия
- <variant> менингококковая инфекция

<question>Ребенку 8 мес, наблюдается у невропатолога с врожденным гипертензионно – гидроцефальным синдромом. Укажите характерные изменения на глазном дне:

- <variant> частая атрофия
- <variant> отек диска зрительного нерва
- <variant> нагноение
- <variant> помутнение
- <variant> слезотечение

<question>К развитию приобретенного гипертензионно - гидроцефального синдрома у детей первого года жизни часто приводит причина:

- <variant> менингиты, арахноидиты
- <variant> опухоль центральной нервной системы
- <variant> черепно-мозговая травма
- <variant> спазмофилия
- <variant> кефалогематома

<question>Ребенку 1 год, наблюдается у невропатолога с диагнозом: Гипертензионно – гидроцефальный синдром. Профилактические мероприятия при гипертензионно – гидроцефальном синдроме:

- <variant> измерение окружности головы ребенку до года ежемесячно, осмотр невролога 1 раз неделю, обследование на ВУИ
- <variant> кал на стафилакокк, обследование на ВУИ, осмотр невролога 1 раз неделю
- <variant> осмотр невролога 1 раз неделю, обследование на ВУИ, кровь на стафилакокк
- <variant> осмотр невролога 1 раз неделю, обследование на ВУИ, кал на скрытую кровь
- <variant> измерение окружности головы ребенку до года ежемесячно, общий анализ крови

<question>В эффективность лечения гипертензионно - гидроцефального синдрома включены индикаторы:

- <variant> мониторинг роста окружности головы 1 раз в неделю, отсутствие судорог и общемозговой симптоматики
- <variant> мониторинг роста окружности головы 1 раз в месяц, отсутствие судорог и общемозговой симптоматики
- <variant> мониторинг роста окружности головы 2 раза в неделю, наличие судорог и общемозговой симптоматики
- <variant> мониторинг роста окружности головы 1 раз в квартал, отсутствие судорог и наличие общемозговой симптоматики

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			40 стр. из 132

<variant> мониторинг роста окружности головы 1 раз в год, отсутствие судорог и общемозговой симптоматики

<question>Ребенку 6 мес. Во время беременности мать перенесла вирусный гепатит, гестоз второй половины. Ребенок родился в срок с весом 2800г. С рождения ребенок беспокоен, монотонный плач, отмечается задержка психомоторного развития, судорожная готовность. Внутренние органы – без патологии. Фактором риска при судорогах у данного ребенка является:

<variant> отягощенный акушерский анамнез

<variant> поствакцинальные осложнения

<variant> отравление лекарствами

<variant> эпилепсия в анамнезе

<variant> низкий уровень кальция

<question>На приеме у врача мама с ребенком 3 мес, жалобы на частые срыгивания после кормления, наблюдается судорожная готовность. На УЗИ головного мозга - выраженная внутричерепная гипертензия. Необходимо ребенку дальнейшее обследование:

<variant> электро - энцефалограмма

<variant> рентгенограмма

<variant> диафаноскопия

<variant> магнитно-резонансная томография

<variant> пневмоэнцефалография

<question>Педиатр 4-х месячного ребенка направил на консультацию к неврологу. Поводом из перечисленных данных, зафиксированных в амбулаторной карте послужил:

<variant> тремор рук и подбородка

<variant> рефлекс Бабинского

<variant> рефлекс Моро

<variant> хватательный рефлекс

<variant> не может сидеть

<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. Причина судорог у ребенка вызвана.

<variant> снижением глюкозы

<variant> снижением магния

<variant> снижением кальция

<variant> повышением кальция

<variant> повышением глюкозы

<question>У больного 2мес гипертоническая, гиперестезия, тремор подбородка, пронзительный раздраженный крик, тахикардия, высокие сухожильные рефлексы, отмечаются тонические судороги. Уровень глюкозы в крови – 5,5 ммоль/л, кальция – 0,9 ммоль/л, магния – 0,92 ммоль/л. Вероятная причина судорог у ребенка:

<variant> гипокальциемия

<variant> гипомagneмизм

<variant> гипогликемия

<variant> гипергликемия

<variant> гипермагнезизм

<question>Больной 7 лет, с жалобами на повышение температуры до 37,0-37,8 °С в течение трех недель, снижение аппетита, слабость, недомогание, повышенную потливость, схваткообразные боли в животе перед актом дефекации, частый (6 - 8 раз в сутки) жидкий стул с прожилками крови и слизью, боли в крупных суставах. При осмотре - кожа бледная,

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			41 стр. из 132

единичные узелки полушаровидной формы на голених. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот не вздут, мягкий, резко болезненный в левой половине живота. Печень у края реберной дуги. В ОАК: НБ 100 г/л, Эр - $3,8 \cdot 10^{12}$, СОЭ - 17 мм/ч. Кал на скрытую кровь - положительно. При проведении ректороманоскопии выявлены отек и гиперемия слизистой оболочки прямой кишки, выраженная контактная кровоточивость, геморрагии, эрозии и две язвы неправильной формы, густые наложения на стенках кишки. Осложнением данного заболевания является:

<variant> Кишечные кровотечения

<variant> Токсическая дилатация кишечника

<variant> язва желудка

<variant> гельминтоз

<variant> острый гастрит

<question> Самым ранним рентгенологическим признаком неспецифического язвенного колита является:

<variant> «Зернистость» слизистой оболочки кишечника

<variant> Утолщение кишечной стенки

<variant> Псевдополипоз

<variant> Изъязвления стенки кишки

<variant> Отсутствие гаустраций

<question> Ребенок 8 лет, жалуется на головную боль, слабость, тошноту. Кожные покровы иктеричные, склеры белые. В анамнезе вторичный пиелонефрит, обструктивная уропатия. В анализах крови: о. белок 48 г/л, билирубин 18,2 ммоль/л, мочевины 16,3 ммоль/л, остаточный азот 68 ммоль/л, креатинин 0,18 ммоль/л, холестерин 7,2 ммоль/л. В общем анализе мочи белок 0,064 г/л, лейкоциты 8-10 в пзр., эр. 1-2 в пзр. У мальчика наблюдается:

<variant> реализация почечной недостаточности

<variant> обострение хронического пиелонефрита

<variant> присоединение гломерулонефрита

<variant> вирусный гепатит

<variant> развитие интерстициального нефрита

<question> Девочка 7 лет. В течение 2-х лет беспокоят боли в поясничной области справа.

Симптом поколачивания Положительный с обеих сторон. В анализах мочи: белок 0,03 г/л, эритроциты 8-9 в п.зр., лейкоциты 20-22 в п.зр., эр. 1-2 в п.зр. Проба Нечипоренко: лейкоц. 18.000, эр. 1200 в мл. У ребенка отмечается:

<variant> хронический пиелонефрит

<variant> острый гломерулонефрит

<variant> хронический гломерулонефрит

<variant> интерстициальный нефрит

<variant> хронический цистит

<question> Ребенок 10 лет, заболел остро, боли в животе схваткообразного характера.

Высыпания симметричные на разгибательной поверхности конечностей. В анамнезе - 2 недели назад перенес ангину. В ан. мочи: белок abs, лейкоц. 8-10-12 в п.зр., эр. сплошь в п.зр.

Предполагаемым диагнозом является:

<variant> капилляротоксический нефрит

<variant> острый гломерулонефрит, нефритический синдром

<variant> обострение хронического пиелонефрита

<variant> острый цистит с гематурией

<variant> наследственный нефрит с гематурией

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		42 стр. из 132

<question>Больной 12 лет. С 5 лет аллергический дерматит, последние 2 года в анализах мочи: оксалаты- 36,2 мг/сут, эр. 2-4 в п.эр., белок 0,08 г/л, лейкоциты 2-3 в п.эр. Данное заболевание может осложниться развитием:

- <variant> нефролитиаза
- <variant> гломерулонефрита
- <variant> почечной недостаточности
- <variant> вторичная почка
- <variant> уретрит

<question>Ребенку 9 лет. Проведено обследование. В пробе по Зимницкому выявлено: СД. - 1.200 мл. ДД. - 800 мл, НД. - 400 мл, удельный вес мочи от 1004 до 1007 ед. У пациента наблюдаются:

- <variant> снижение концентрационной функции почек
- <variant> нормальные показатели мочи
- <variant> полиурия
- <variant> никтурия
- <variant> повышение контрационной способности

<question>Ребенку 9 лет. Проведено обследование. В пробе по Зимницкому выявлено: СД. - 1.200 мл. ДД. - 800 мл, НД. - 400 мл., удельный вес мочи от 1004 до 1007 ед. Показатели относительной плотности мочи характеризуют нарушение нефрона:

- <variant> петли Генле
- <variant> проксимального
- <variant> дистального
- <variant> гломерулы
- <variant> собирательных трубочек

<question>Анализ крови в виде: мочевины 14,3 ммоль/л, креатинина 0,2 мкмоль/л, остат. азота 56,2 ммоль/л, У ребенка 8 лет с диагнозом хронический гломерулонефрит, смешанная форма свидетельствует о нарушении:

- <variant> гломерулярной функции почек
- <variant> кавальцевой функции почек
- <variant> тотальном нарушении функции почек
- <variant> функции петли Генле
- <variant> всех функций нефрона

<question>Ребенок 2 года, Заболел остро с появления распространенных отеков. Обнаружен асцит. В ОАК: СОЭ 42 мм/ч., общ. белок 32 г/л, холестерин 18,4 ммоль/л, мочевины 6,2 ммоль/л, В ОАМ: о. белок 10,1 г/л, сут. диурез 250 мл. При назначении кортикостероидов отмечалась положительная динамика. Учитывая возраст ребенка и клинические проявления поставлен диагноз:

- <variant> липоидный нефроз
- <variant> о. гломерулонефрит, нефротический синдром
- <variant> о. гломерулонефрит, нефритический синдром
- <variant> ОПН
- <variant> отек Квинке

<question>Ребенок 2 года, Заболел остро с появления распротраненных отеков. Обнаружен асцит. В ОАК: СОЭ 42 мм/ч., общ. белок 32 г/л, холестерин 18,4 ммоль/л, мочевины 6,2 ммоль/л. В ОАМ: о. белок 10,1г/л, сут. диурез 250 мл. При назначении кортикостероидов отмечалась положительная динамика. Морфологической картиной при данном состояний будет:

- <variant> минимальный гломерулонефрит
- <variant> фокально-сегментарный гломерулосклероз

	ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			43 стр. из 132

<variant> мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит

<variant> мезангиальный гломерулонефрит

<variant> тубулоинтерстициальные изменения

<question>Больная 15 лет. После переохлаждения появилась отеки. В анализах мочи: Суточный диурез 400мл, белок 4,4 г/л, Эр. 20-25 в п.зр. Выписалась стационара с ОАМ - белок 0,9 г/л, эр. 3-5 в п.зр. через 6 мес. вновь появились отеки, печень 3-4 см из подреберья, лимфоаденопатия, артралгии, миалгии. На коже уртикарные высыпания. В анализах крови СОЭ 36 мм/час, LE-клетки обнаружены. У ребенка развилась картина:

<variant> волночного нефрита

<variant> острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом

<variant> острой почечной недостаточности

<variant> острого пиелонефрита

<variant> амилоидоза почки

<question>Мальчик 6 мес., поступил в клинику с жалобами на бледность, астению, снижение аппетита. Ребенок от первой беременности с токсикозом второй половины родился недоношенным. С 2 мес на искусственном вскармливании. В 3 мес перенес острую кишечную инфекцию, с 4 мес - дисбактериоз кишечника. Кожные покровы бледные с лимонно-желтым оттенком, не большая субектеричность склер. Пульс 110 уд/мин, симметричный, удовлетворительного наполнения, границы сердца: верхняя - II ребро, левая - 1 см -кнаружи от левой сосковой линии, правая - правая парастернальная линия. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Анализ периферической крови: эритроциты - $3,17 \times 10^{12}/л$, Hb - 110 г/л, ЦПК - 0,93, лейкоциты- $5,6 \times 10^9/л$, с/я - 32%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 72%, моноциты- 3%, ретикулоциты - 6%, СОЭ - 4мм/ч. Макроцитоз +++, пойкилоцитоз+++, мегалобласты ++, тельца Жолли. В отделении ребенку выставлен диагноз: В₁₂-дефицитная анемия.План дополнительного обследования не включает определение:

<variant> определение железосвязывающей способности сыворотки

<variant> определение восстановленного глутатиона в эритроцитах

<variant> концентрации витамина В₁₂ в сыворотке крови

<variant> концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови

<variant> концентрации фолиевой кислоты в эритроцитах крови

<question>Мальчик 7 мес. поступил в клинику с жалобами на бледность, астению, снижение аппетита. Ребенок от первой беременности с токсикозом второй половины родился недоношенным. С 2 мес на искусственном вскармливании. В 3 мес перенес острую кишечную инфекцию, с 4 мес-дисбактериоз кишечника. Кожные покровы бледные с лимонно-желтым оттенком, небольшая субектеричность склер. По органам - без особенностей. Анализ периферической крови:эритроциты.. $3,17 \times 10^{12}/л$, Hb- 110 г/л; ЦПК - 0,93, лейкоцит- $5,6 \times 10^9/л$, с/я - 32%, эозинофилы - 3%, лимфоциты -72%, моноциты-3%,ретикулоциты- 6%, СОЭ - 4мм/ч. Макроцитоз +++, пойкилоцитоз+++, мегалобласты ++, тельца Жолли. В отделении ребенку выставленпредварительный диагноз: В₁₂-дефицитная анемия.Обозначьте критерии гематологической ремиссии:

<variant> повышения уровня эритроцитов

<variant> появления ретикулоцитарной реакции

<variant> нормализации картины периферической крови

<variant> нормализации костномозгового кроветворения

<variant> нормализация уровня витамина В₁₂ в крови

<question>Больной 1,5 лет. Клинические признаки: повторные гнойные инфекции, экзема, спленомегалия, геморрагии дают основание врачу заподозрить иммунодефицитный синдром:

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		44 стр. из 132

<variant> синдром Вискотта - Олдрича

<variant> синдром Ди-Джорджа

<variant> синдром Джобса

<variant> синдром Лум-Бар

<variant> Швейцарский тип агаммаглобулинемии

<question>На приеме ребенок 12 лет с жалобами на «голодные» боли в эпигастрии, натошак или через 1,5-2 часа после приема пищи. Объективно: кожные покровы чистые, розовые. Живот: синдром Менделя положительный в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс, болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень не увеличена, безболезненна. По другим органам без патологии. Укажите частое осложнение данного заболевания:

<variant> кровотечение

<variant> перфорация

<variant> малигнизация

<variant> непроходимость

<variant> пенетрация в поджелудочную железу

<question>Мать 1,5 месячной девочки предъявляет жалобы на частые срыгивания ребенка, возникающие как сразу после еды, так и через какое-то время после кормления, а также перед приемом пищи. Находится на грудном вскармливании, сосет активно. Срыгивает створоженным молоком. Стул и мочеиспускание без патологии. За 1 месяц жизни прибавила 700 грамм. Из анамнеза известно, что роды были стремительными. Срыгивает с первых дней жизни. Развилось данное заболевание:

<variant> вследствие спазма привратника

<variant> вследствие стеноза привратника

<variant> вследствие кишечной непроходимости

<variant> вследствие дисбактериоза кишечника

<variant> вследствие лактазной недостаточности

<question>На приеме ребенок 11 лет, получивший стационаре с диагнозом В-12 дефицитная анемия. Продолжает лечение: в/м цианокобаламин и внутрь фолиевую кислоту в возрастных дозировках. Причиной развития данной формы анемии послужило заболевание:

<variant> язвенная болезнь желудка

<variant> хронический пиелонефрит

<variant> хронический гломерулонефрит

<variant> болезнь Верльгофа

<variant> гипотиреоз

<question>Расширение желудочков головного мозга и увеличение субарахноидального пространства в результате повышения давления спинно-мозговой жидкости, сопровождающееся различными признаками и симптомами - это:

<variant> гидроцефалия

<variant> микроцефалия

<variant> опухоль головного мозга

<variant> киста головного мозга

<variant> менингит

<question>Больная 15 лет, ХПН с анурией. Находится на программном гемодиализе 5 лет. АД на гемодиализе 75/40 мм рт.ст. В междиализный период-120/75 мм рт.ст. на фоне комбинированной антигипертензивной терапии. Видимых отеков нет. Какая из ниже перечисленных тактик в борьбе с синдиализной гипотонией целесообразна?

<variant> Увеличение продолжительности сеанса гемодиализа

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			45 стр. из 132

<variant> Повышение температуры диализата

<variant> Усиление диуретической терапии

<variant> Инфузия коллоидных растворов

<variant> Прекращение процедуры

<question> Мальчик 6 лет заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез. АД=95/45 мм рт.ст. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Выделил за сутки 300 мл мочи. Общий анализ мочи: уд вес-1,028, белок – 6,0 г/л, лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок – 41 г/л, альбумины – 19 г/л, холестерин – 13 ммоль/л, общие липиды – 13,2г/л (норма – 1,7-4,5), калий –3,81 ммоль/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л (норма–до 110 мкмоль/л).Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин. Оцените функциональное состояние почек:

<variant> без нарушения функции почек

<variant> острая почечная недостаточность

<variant> почечная недостаточность острого периода

<variant> концентрационная функция почек снижена

<variant> хроническая почечная недостаточность

<question> Мальчик 10 лет, две недели назад перенес ангину. Появились головная боль, стал мало мочиться, моча была темно-коричневого цвета, мутная. При осмотре отмечают одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт. ст. За сутки выделили 300 мл мочи. Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты- измененные покрывают все поле зрения. Анализ крови: Hb 105 г/л; лейкоц. $9,2 \times 10^9$ /л 7% с/я 71% эоз. 1% лимф. 18% мон 3% тромб. 530×10^9 , СОЭ 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, альбумины 32 г/л, мочевины 15 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, калий 6,1 мэкв/л. Клиренс по эндогенному креатинину – 52 мл/мин. Как вы оцениваете функцию почек у больного?

<variant> почечная недостаточность острого периода

<variant> острая почечная недостаточность

<variant> без нарушения функции почек

<variant> концентрационная функция почек снижена

<variant> хроническая почечная недостаточность

<question> Девочка 13 лет. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, "лакированный" язык. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. В ОАК гиперхромная, макроцитарная анемия.

Какая форма поражения слизистой оболочки желудка при эндоскопии вероятна?

<variant> атрофическая

<variant> смешанная

<variant> эрозивная

<variant> гипертрофическая

<variant> поверхностная

<question> Больной, 14 лет. Поступил с жалобами на желтуху, утомляемость, потерю аппетита. Болеет с детства. Заболевание протекало волнообразно. При осмотре отмечается иктеричность склер, умеренная желтушность кожных покровов, вегетативная лабильность. Печень увеличена на +2см. Содержание непрямого билирубина 68 мкмоль/л; трансаминазы в пределах нормы.

Какой предполагаемый синдром у данного ребенка?

<variant> Синдром Жильбера

<variant> Синдром Криглера Найяра

<variant> Синдром Дрискола

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		46 стр. из 132

<variant> Синдром Ротора

<variant> Синдром Дабина Джонсона

<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, Кера. Был выставлен диагноз дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу.

При диспансеризации в СВА детей с дискинезиями желчевыводящих путей не обязательно проводить:

<variant> желудочное зондирование

<variant> дуоденальное зондирование

<variant> анализ кала на яйца глист

<variant> общий анализ крови и мочи

<variant> УЗИ органов брюшной полости

<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 характерна для:

<variant> туберкулезной интоксикации

<variant> лимфогранулематоза

<variant> туберкулеза лимфатических узлов

<variant> инфекционного мононуклеоза

<variant> краснухи

<question> У ребенка, родившегося на 32-й неделе беременности, в первые дни жизни отмечены мышечная гипотония и гипорефлексия, периодические судороги и приступы асфиксии, брадикардия, вздутие живота, рвота фонтаном с примесью желчи, неустойчивый стул. В анализе крови лейкоциты $15 \times 10^9/\text{л}$.

Причина дисфункции желудочно-кишечного тракта у этого ребенка:

<variant> порок развития ЖКТ (пилоростеноз)

<variant> перинатальное поражение ЦНС

<variant> внутриутробная пневмония

<variant> сепсис

<variant> энтероколит

<question> Ребенок поступил под наблюдение поликлиники в возрасте 1 месяца. Родился от беременности, которой предшествовал аборт. Настоящая беременность протекала с угрозой выкидыша, анемией. Родился в срок, в асфиксии. Вскармливается искусственно, адаптированной молочной смесью.

Прежде всего угрожает ребенку:

<variant> церебральная дисфункция

<variant> рахит I степени

<variant> дистрофия

<variant> анемия II степени

<variant> гипотрофия

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

Причина гипотрофии у данного больного:

-	OŇTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			47 стр. из 132

<variant> муковисцидоз

<variant> фенилкетонурия

<variant> целиакия

<variant> сепсис

<variant> кишечная инфекция

<question> Последствия гипогликемии у новорожденных, перенесших асфиксию:

<variant> апноэ, судороги

<variant> острая почечно-печеночная недостаточность

<variant> острая сердечно-легочная недостаточность

<variant> острая крапивница

<variant> синдром Лайела

<question> При нейросонографическом исследовании у ребенка 2-х месячного возраста наблюдается увеличение желудочков мозга, согласно клинической классификации – это ... гидроцефалия

<variant> внутренняя

<variant> наружная

<variant> смешанная

<variant> поверхностная

<variant> желудочковая

<question> При нейросонографическом исследовании у ребенка 4-х месяцев наблюдается увеличение желудочков мозга и расширение субарахноидального пространства, согласно клинической классификации - это гидроцефалия:

<variant> смешанная

<variant> внутренняя

<variant> наружная

<variant> поверхностная

<variant> желудочковая

<question> При шоке, обусловленном острой кровопотерей, в стадии централизации кровообращения у новорожденного ребенка НЕ наблюдается:

<variant> брадикардия

<variant> симптом "бледного пятна"

<variant> бледность кожных покровов, мраморный рисунок

<variant> слабый пульс

<variant> тахипноэ

<question> Ребенку 4 дня. В первые часы жизни у ребенка появилась рвота до 8 раз в сутки. Появляется рвота вскоре после кормления с примесью слизи, желчи, по объему несколько превышает съеденное молоко. Кожные покровы сухие, тургор и эластичность снижены, стул малыми порциями, меконий. Данное состояние характерно для:

<variant> высокой кишечной непроходимости

<variant> трахеопищеводного свища

<variant> меконияльной непроходимости

<variant> пилороспазма

<variant> атрезии пищевода

<question> Следствием гипертермии у новорожденных детей может быть:

<variant> дегидратация

<variant> гипонатриемия

<variant> гипоосмолярность

<variant> повышение сродства гемоглобулина к кислороду

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			48 стр. из 132

<variant> понижение сродства гемоглобулина к кислороду

<question> У новорожденного ребенка с кефалогематомой: тромбоциты $220 \times 10^9/\text{л}$, ретракции фибринового сгустка 75%, фибриноген 0,8 г/л, протромбиновый индекс 0,4, время кровотечения по Дьюку 5 мин, свертываемость крови по Ли-Уайту 20 мин. Вероятная причина изменений в данном случае:

<variant> нарушение коагуляционного гемостаза

<variant> патологии нет

<variant> гиперкоагуляция

<variant> нарушение сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза

<variant> первая стадия синдрома внутрисосудистого свертывания

<question> У новорожденного ребенка, родившегося с массой тела 2700,0, рост 48 см, диагностировано субарахноидальное кровоизлияние. Укажите частую причину субарахноидального кровоизлияния:

<variant> нарушения целостности менингеальных сосудов

<variant> деформации черепа со смещением его пластин

<variant> трещины и перелом костей свода черепа с разрывом сосудов эпидурального пространства

<variant> повреждения концевых ветвей передних и задних мозговых артерий

<variant> ротации головы ребенка

<question> Укажите причину, вызывающую рвоту у новорожденного с первых дней жизни при наличии дополнительной триады симптомов: непереносимость молока, увеличение печени, врожденная катаракта:

<variant> галактоземия

<variant> муковисцедоз

<variant> целиакия

<variant> лактазная недостаточность

<variant> сольтерияющая форма адреногенитального синдрома

<question> У матери с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (3 аборта, кольпит, эндометрит), родился доношенный ребенок с весом 3500 гр. Закричал сразу, к груди приложен в родзале. Прививки получил в срок. Период адаптации протекал спокойно. В возрасте 3 месяцев, на фоне полного здоровья, мать заметила, что ребенок начал беспокоиться, появился цианоз носогубного треугольника, апноэ. Врач должен думать в первую очередь при данном состоянии об угрозе:

<variant> синдром внезапной смерти

<variant> пневмония

<variant> ВПС

<variant> родовая травма

<variant> сепсис

<question> В этиологической структуре инфекции мочевой системы у доношенных новорожденных на 1-ом месте находится:

<variant> кишечная палочка

<variant> клебсиелла

<variant> протей

<variant> энтерококк

<variant> стафилококк

<question> Длительная вентиляция легких при респираторном дистресс-синдроме у новорожденных детей опасна развитием таких осложнений, как:

<variant> бронхолегочная дисплазия

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			49 стр. из 132

<variant> отечно-геморрагический синдром

<variant> пневмония

<variant> болезнь гиалиновых мембран

<variant> синдром Вильсона-Микити

<question> К развитию дефицита витамин-К-зависимых факторов свертывания в организме новорожденного приводят:

<variant> недостаточность белково – синтетической функции печени и нарушение функции тромбоцитов

<variant> нарушение функции костного мозга

<variant> гипокальциемия

<variant> недостаточное образование и поступление витамина К

<variant> гипофосфатемия

<question> Общая интоксикация, увеличение гиперемии на фоне кожной инфильтрации, инфильтрация с выраженным венозным застоем и флюктуацией в центре характерно для:

<variant> флегмоны новорожденных

<variant> пузырьчатки новорожденных

<variant> везикулопустулез

<variant> псевдофурункулез

<variant> язвы у новорожденного

<question> На субарахноидальное кровоизлияние у новорожденных указывает симптом:

<variant> геморрагический ликвор

<variant> рвота

<variant> судороги

<variant> симптом Грефе

<variant> мышечная гипотония

<question> Чаще вызывает судорожный синдром у недоношенных детей :

<variant> гипогликемия, гипокальциемия

<variant> гипоксия, гипофосфатемия

<variant> асфиксия, гипокалемия

<variant> внутричерепная родовая травма, гипермагниемия

<variant> пренатальное поражение ЦНС, гипомагниемия

<question> Конъюнктивит чаще наблюдается:

<variant> при хламидиозе

<variant> при токсоплазмозе

<variant> при микоплазмозе

<variant> при цитомегалии

<variant> при краснухе

<question> Повторяющиеся ритмичные подергивания в половине лица, в конечностях с одной стороны – по гемитипу. На стороне судорог могут быть явления гемипареза. У детей сохранены реакции на внешние раздражители. Поражается одно полушарие (гематома, порок развития, ишемический инсульт). Определите вид судорог у новорожденного:

<variant> фокальные клонические судороги

<variant> мультифокальные клонические судороги

<variant> тонические судороги

<variant> миоклонические судороги

<variant> «минимальные» судороги

<question> Развитие геморрагического синдрома у новорожденных с атрезией желчных ходов обусловлено:

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		50 стр. из 132

<variant> с нарушением всасывания в кишечнике витамина К

<variant> с поражением паренхимы печени

<variant> с повышением проницаемости капилляров

<variant> снижением синтеза факторов свертывания крови

<variant> с отрицательным влиянием желчных кислот на функцию тромбоцитов

<question> Ребенок родился в срок 40 недель гестации с массой 3750 г. Закричал сразу.

Приложен к груди в первые сутки, грудь взял хорошо, сосал активно. На третьи сутки жизни масса тела 3600 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета.

Выявите переходные стояния:

<variant> транзиторная убыль массы тела, токсическая эритема, мочекислый инфаркт

<variant> физиологическая эритема, транзиторная убыль массы тела, олигурия

<variant> транзиторная убыль массы тела, мочекислый инфаркт, мелена

<variant> мекони, физиологическая эритема, транзиторная убыль массы тела

<variant> транзиторная убыль массы тела, олигурия, потница

<question> Субарахноидальные кровоизлияния возникают в результате:

<variant> нарушения целостности менингеальных сосудов

<variant> деформации черепа со смещением его пластин

<variant> перелома костей свода черепа с разрывом сосудов эпидурального пространства

<variant> повреждения концевых ветвей задних мозговых артерий

<variant> повреждения концевых ветвей передних мозговых артерий

<question> Укажите уровень поражения нервной системы, если у ребенка обнаружены следующие клинические симптомы: спастический тетрапарез, вегетовисцеральный синдром, аритмия дыхания и сердечной деятельности, желудочно-кишечные дискинезии, нарушение терморегуляции, шок:

<variant> краниоспинальная локализация

<variant> ствол лицевого нерва на уровне околоушной железы

<variant> шейный отдел спинного мозга

<variant> пояснично-крестцовый отдел

<variant> тройничный нерв

<question> У новорожденного ребенка диагностирована кефалогематома, по каким признакам ее можно от дифференцировать от мозговых грыж:

<variant> не переходит на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненна

<variant> образование переходит через швы, исчезает через 2—3 дня

<variant> плоское, тестоватой консистенции, проходит над швами, флюктуирует

<variant> пульсирует, отражая дыхательные движения, расположена чаще в области лба

<variant> выпячивают мозговые оболочки и вещества мозга через родничок и дефекты кости

<question> У новорожденного ребенка заподозрена мозговая грыжа. Какие признаки подтверждают этот диагноз?

<variant> выпячивают мозговые оболочки и вещества мозга через родничок и дефекты кости

<variant> плоское, тестоватой консистенции, проходит над швами, флюктуирует

<variant> пульсирует, отражая дыхательные движения, расположена чаще в области лба

<variant> переходит через швы, исчезает через 2—3 дня

<variant> не переходит на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненна

<question> Этиологическим фактором омфалита является:

<variant> грамотрицательная флора

<variant> грамположительная флора

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	51 стр. из 132

<variant> условно-патогенная флора

<variant> ассоциированная флора

<variant> грибковая инфекция

<question> Ребенку с муковисцидозом назначено обследование. Укажите на необоснованное назначение:

<variant> бронхография

<variant> бактериологическое исследование мокроты

<variant> определение хлоридов в поте

<variant> определение трипсина в кале

<variant> рентгенография органов грудной клетки

<question> Больной, 12 лет, при проведении фиброгастродуоденоскопии были выявлены следующие изменения: умеренно выраженная эритема и рыхлость слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода, кратковременное провоцированное субтотальное пролабирование слизистой оболочки пищевода на 1,5-2,0 см, выраженное снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Данные эндоскопические признаки характерны для:

<variant> гастроэзофагеального рефлюкса

<variant> пищевода Барретта

<variant> дуоденогастрального рефлюкса

<variant> грыжи пищеводного отдела диафрагмы

<variant> стриктуры пищевода

<question> Причиной развития хронического гастродуоденита, желудка и 12 перстной кишки является:

<variant> хеликобактер пилори

<variant> стафилококк

<variant> стрептококки

<variant> гарднереллы

<variant> кишечная палочка

<question> Диагноз хронического холецистита НЕ достоверен при выявлении:

<variant> скрыты симптомы кровопотери

<variant> боли в правом подреберье

<variant> воспалительной реакции крови

<variant> утолщения стенки желчного пузыря на УЗИ

<variant> признаков интоксикации

<question> Информативный лабораторный показатель диагностики острого и обострения хронического панкреатита:

<variant> амилазы в сыворотке крови

<variant> липазы сыворотке крови

<variant> трипсина сыворотке крови

<variant> диастазы в моче

<variant> диастазы в сыворотке крови

<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. Длительность диспансерного наблюдения за больным после выписки из стационара составляет:

<variant> до 18 лет

<variant> 1 год

<variant> 3 года

<variant> 5 лет

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		52 стр. из 132

<variant> 6 мес.

<question>Ребенок дошкольного возраста заболел остро, температура высокая, тяжело снижается, отказывается от еды, вялый. Отеков, повышения АД нет. В моче нейтрофильная лейкоцитурия. Этиология данного заболевания:

<variant> микробная

<variant> вирусная

<variant> аутоиммунная

<variant> грибковая

<variant> ятрогенная

<question> У ребенка на 2-ой день после рождения цианоз, грантинг; ретракция грудной клетки; тахипноз; раздувание крыльев носа; низкий уровень сатурации кислорода; ослабленное дыхание в легких. Ваш предварительный диагноз:

<variant> респираторный дистресс синдром

<variant> неонатальная пневмония

<variant> внебольничная пневмония

<variant> легочная форма муковисцидоза

<variant> легочные проявления тетрады Фалло

<question>У ребенка на коже несимметричная полихромная, полиморфная геморрагическая сыпь в виде синяков, носовое кровотечение, возникшее сразу после туалета носовых ходов. По органам без особенностей. Происхождение данного заболевания:

<variant> иммунопатологическое

<variant> наследственное

<variant> вирусное

<variant> микробно-воспалительное

<variant> функциональное

<question>У ребенка 10 лет при объективном обследовании в обоих подреберьях пальпируются болезненные бугристые, плотно-эластические образования. Имеются лабораторные признаки хронической почечной недостаточности. В первую очередь следует думать:

<variant> О поликистозе почек

<variant> Об удвоении почек

<variant> О мультикистозе почек

<variant> О хроническом пиелонефрите

<variant> Об эхинококкозе почек

<question>У девочки 12 лет высокорослость, булимия, жажда, ожирение III степени, розовые стрии на коже молочных желез, бедер, плеч, живота. Артериальное давление - 135/ 85 мм рт. ст. Ваш предварительный диагноз:

<variant> гипоталамический синдром с нарушением жирового обмена

<variant> конституционально-экзогенное ожирение

<variant> церебральное ожирение

<variant> вазоренальная гипертензия

<variant> синдром вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу

<question>Девочка 13 лет. Болея около 2-х лет хроническим гастритом. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, субиктеричность склеры, ""лакированный"" язык. Иногда жжение языка, чувство ""ползания мурашек"" в конечностях. В ОАК гиперхромная, макроцитарная анемия. Какая эндоскопическая картина хронического гастрита будет соответствовать этому клиническому описанию:

<variant> атрофическая форма

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			53 стр. из 132

<variant> эрозивная форма

<variant> гипертрофическая форма

<variant> поверхностная

<variant> смешанная форма

<question> Мальчик 9 лет обратился к участковому педиатру. Из анамнеза: От II беременности, роды первые. Вес при рождении 3900, рост 51 см. Болеет редко. Любит сладкое, мучное. Ведет малоподвижный образ жизни. Родители полные. При осмотре: рост 136 см, вес 58 кг, распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное, стрии нет. АД 100/50. Какие методы исследования необходимо ему провести, кроме:

<variant> общий белок крови и белковые фракции

<variant> анализ суточной мочи на сахар и ацетон

<variant> рентгенограмма черепа

<variant> 17-КС и 17-ОКС в суточном количестве мочи

<variant> уровень холестерина, липопротеидов, триглицеридов

<question> Ребенок 7 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на повышение температуры до 38,5 С, головную боль, кашель, рвоту, отсутствие аппетита. 2 дня назад прилетел после отдыха из Таиланда. Объективно: Кожа чистая, температура 39°С, зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, лимфоузлы увеличены до второго размера, язык обложен, густым белым налетом. В легких: жесткое дыхание, хрипы не прослушиваются. Частота дыханий 20 в минуту. Пульс-100 в минуту. Живот мягкий. Стул разжижен до 5 раз в сутки, без патологических примесей. Из перечисленных целесообразно провести:

<variant> серологическое исследование

<variant> рентгенография грудной клетки

<variant> анализ мокроты

<variant> общий анализ крови

<variant> бактериологическое исследование

<question> Мальчик 7 лет. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения. Из анамнеза известно, что после года от ушибов появляются обширные подкожные гематомы. Объективно: Кожные покровы бледные, на нижних конечностях гематомы, правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения ограничены. Из перечисленных методов исследования важным для подтверждения диагноза является:

<variant> определение антигемофильных факторов

<variant> длительность кровотечения по Дьюку

<variant> время свертывания по Ли-Уайту

<variant> общий анализ крови

<variant> исследование костного мозга

<question> Девочка 10 месяцев. Жалобы на резкий запах аммиака от памперсов. Объективно: вялая, бледная, выражена чрезмерная потливость, красный дермографизм. Краниотабес, расширенная нижняя апертура грудной клетки, плоский таз, утолщения на фалангах пальцев. Зубы отсутствуют. Выявлены симптомы «складного ножа», «дряблых плеч», функциональный кифоз в поясничном отделе. Живот «лягушачий», печень не увеличена. Из перечисленных методов обследования информативным для постановки диагноза является:

<variant> биохимический анализ крови

<variant> УЗИ почек

<variant> кислотно-основного состояния

<variant> рентгенография трубчатых костей

<variant> биохимический анализ мочи

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		54 стр. из 132

<question> Девочка 4 года. Жалобы на частое мочеиспускание, слабость, чувство голода. Объективно: бледная, выражена мышечная слабость. В биохимическом анализе крови: сахар – 4,5 ммоль/л, остаточный азот – 4,8 ммоль/л, калий- 3,2 ммоль/л. В общем анализе мочи: белок- 0,002 ‰, сахар -1%, лейкоциты -5-7 в поле зрения. Из перечисленных вероятный диагноз:

<variant> Почечная глюкозурия

<variant> Сахарный диабет

<variant> Несахарный диабет

<variant> Рахит

<variant> Синдром де Тони-Дебре-Фанкони

<question> Ребенок 12-ти лет. Беспокоит раздражительность, артралгии, неустойчивая походка, затруднения при подъеме по лестнице. При пальпации тестоватая плотность мышц голеней и предплечий. Исследование, которое позволит точно установить диагноз:

<variant> уровень креатинфосфокиназы

<variant> уровень СРБ

<variant> рентгенограмма суставов

<variant> антитела к ДНК

<variant> уровень лейкоцитов

<question> Ребенок, 1 год 5 месяцев поступил с жалобами на плохую прибавку массы тела, которая отмечается с первых месяцев жизни. При осмотре живот увеличен, периферические отеки, диарея. Со стороны почек, сердца без патологии. В крови гипопропротеинемия, в кале стеаторея. Исследование, которое позволит точно установить диагноз:

<variant> эндоскопия тонкого и толстого кишечника

<variant> рентгеноконтрастное исследование ЖКТ

<variant> водородный дыхательный тест

<variant> сахарная кривая

<variant> копрограмма

<question> Ребенку 1 год, 8 месяцев. Маму беспокоят опрелости, плохо поддающиеся лечению, недержание мочи. В весе не набирает. Пьет и ест охотно. На коже гнойнички. В сердце короткий систолический шум на верхушке. Мочится часто, безболезненно. В ОАК анемия легкой степени. Специалист, в консультации которого нуждается ребенок в первую очередь:

<variant> эндокринолог

<variant> дерматолог

<variant> гематолог

<variant> уролог

<variant> кардиолог

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

<variant> ультразвуковая доплерография почек

<variant> ангиография почечных сосудов

<variant> ретроградная пиелография

<variant> экскреторная урография

<variant> биопсия почки

<question> На приеме больной 10 лет. Жалобы на отеки конечности, боли в животе, пояснице, повышение температуры, изменение цвета мочи (мясного помоя). Выставлен диагноз: Острый нефротический синдром. Укажите дополнительные диагностические методы исследования:

<variant> Биопсия почки, кожи, маркеры на вирусных гепатитов А, В, С

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			55 стр. из 132

<variant> ОАК, ОАМ, АЛат, АСаТ

<variant> Осмотр глазного дна, ЭКГ, рентгенография грудной клетки

<variant> Креатинин, мазок из зева, консультация невролога и отоларинголога

<variant> Тимоловая проба, общий белок, Эхо КГ

<question> Мальчик 7 лет болен в течение 6 месяцев. Беспокоит слабость, снижение аппетита.

Родители отмечают бледность ребенка, малую подвижность, быструю утомляемость, замкнутость. Часто болеет простудными заболеваниями с увеличением лимфоузлов. При обследовании выявлена бледность кожи, бронзовая пигментация в подмышечных и паховых областях, на шее, половых органах, геморрагические проявления типа петехий на лице. Малые признаки дизэмбриогенеза (деформация ушных раковин, гипоспадия). Отставание в физическом развитии, пропорциональное снижение роста и массы тела. Снижено артериальное давление, тахикардия, приглушены сердечные тоны. Печень и селезенка не увеличены.

Определите вариант анемии:

<variant> Анемия Фанкони

<variant> Анемия Эстрема-Дамешека

<variant> Анемия Блекфана-Даймонда

<variant> Приобретенная острая апластическая анемия

<variant> Парциальная гипопластическая анемия

<question> Больная 6 лет с жалобами на неоднократное появление отека губ, языка при употреблении цитрусов. Первоочередное мероприятие в данном случае:

<variant> устранить контакт с аллергеном, ввести антигистаминные препараты

<variant> ввести антигистаминные препараты, не устраняя аллерген

<variant> ввести антигистаминные препараты, антибиотики

<variant> устранить контакт с аллергеном, назначить антибиотик

<variant> устранить контакт с аллергеном, назначить витамины

<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> Ребенок 8 месяцев, перенес острую респираторную вирусную инфекцию, участковый педиатр при осмотре обратил внимание на бледность кожных покровов, печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови НВ - 90 г/л, эритроциты - $3,1 \times 10^{12}$, Ц.П. - 0,8. Поставлен диагноз: Железодефицитная анемия. Провести необходимые исследования:

<variant> сывороточное железо, ферритин крови

<variant> билирубин крови, стерильная пункция

<variant> билирубин и его фракции, осмотическая стойкость эритроцитов

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

<variant> ОАК, гематокрит

<question> Часто встречающиеся коматозные состояния у детей сахарным диабетом:

<variant> кетоацидотическая

<variant> гиперосмолярная

<variant> гипогликемическая

<variant> лактат-ацидотическая

<variant> гиповолемическая

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		56 стр. из 132

<question> Риск заболевания диабетом ребенка, когда оба родителя больны диабетом составляет:

<variant> более 60 %

<variant> 6-20%

<variant> 3-5%

<variant> нет зависимости

<variant> противоположная зависимость

<question> Для тиреотоксического сердца не характерны следующий клинический симптом:

<variant> протодиастолический шум на аорте

<variant> тахикардия, сохраняющаяся во время сна

<variant> учащенный пульс

<variant> повышение А/Д с большим ударным объемом

<variant> функциональный систолический шум

<question> Укажите значимый «глазной симптом» при тиреотоксическом зобе:

<variant> экзофтальм

<variant> широкое раскрытие глазных щелей

<variant> редкое и неполное мигание

<variant> тремор век

<variant> усиленный блеск глаз

<question> Выделите менее значимые изменения нервной системы и психики при тиреотоксическом зобе:

<variant> атрофия и парез мышц плечевого пояса

<variant> моторное возбуждение эмоциональная неустойчивость «судорожный» рев

<variant> расстройство сна, головные боли

<variant> частый, мелкий, ритмичный тремор пальцев вытянутых рук

<variant> потливость, стойкий красный дерматографизм, кожный зуд, повышение температуры

<question> Определение гликозилированного гемоглобина в крови у пациента с сахарным диабетом необходимо для:

<variant> повседневной коррекции доз инсулина

<variant> оценки уровня компенсации заболевания

<variant> определения типа диабета

<variant> выявления диабетической нефропатии

<variant> выявления диабетической нейропатии

<question> Мальчик 8 лет. 2-3 недели назад появились жажда, частое мочеиспускание, похудел. Последние 2 дня стал вялым, заторможенным, появились тошнота и рвота. Час назад потерял сознание. Дыхание шумное «куссмаулевское», гиперемия щек, сухость кожи. Запах ацетона. Язык «малиновый», сухой. Печень +3см. Обследование должно быть направлено в первую очередь на исключение:

<variant> диабетической гипергликемической комы

<variant> диабетической гипогликемической комы

<variant> острой легочно-сердечной недостаточности

<variant> менингококкового менингита

<variant> ацетонемической рвоты

<question> Большое значение при обследовании у детей для определения функции щитовидной железы имеют:

<variant> радиоиммунный анализ уровня тиреоидных гормонов

<variant> определение белковосвязанного йода

<variant> определение основного обмена

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		57 стр. из 132

<variant> определение общего холестерина

<variant> определение тирозина в крови

<question>Какой степени увеличения щитовидной железы отвечает характеристика: «толстая шея», увеличенная железа, хорошо видна при осмотре:

<variant> III степень

<variant> Ia степень

<variant> Ib степень

<variant> II степень

<variant> IV- степень

<question> Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников характеризуется:

<variant> локальной депигментацией кожных покровов

<variant> пигментацией кожи и слизистых

<variant> гипертоническими кризами

<variant> постоянно повышенным артериальным давлением

<variant> прибавкой массы тела

<question> Пониженный уровень ТТГ и свободных фракций Т4, Т3 в крови является характерным признаком:

<variant> первичного гипотиреоза

<variant> вторичного гипотиреоза

<variant> тиреотоксикоза

<variant> эутиреоза

<variant> периферической резистентности к тиреоидным гормонам

<question> Выберите признак, нехарактерный для сахарного диабета 1 типа:

<variant> склонность к кетоацидозу

<variant> низкая чувствительность к экзогенному инсулину

<variant> молодой возраст

<variant> высокая чувствительность к экзогенному инсулину

<variant> связь с вирусной инфекцией

<question> Назовите изменения в гормональном профиле, характерные для первичного гипогонадизма у мальчиков допубертатного возраста:

<variant> ↑ЛГ, ↓ тестостерона

<variant> ЛГ в норме, ↑ тестостерона

<variant> ↓ ЛГ, ↓ тестостерона

<variant> ↓ ЛГ, ↑ тестостерона

<variant> ЛГ в норме, ↓ тестостерона

<question> Назовите изменения в гормональном профиле, характерные для вторичного гипогонадизма у мальчиков:

<variant> ↑ ЛГ, ↑ тестостерона

<variant> ↑ЛГ, ↓ прогестерона

<variant> ↓ ЛГ, ↓ тестостерона

<variant> ↓ ЛГ, ↑ тестостерона

<variant> ↑ ЛГ, ↓ эстрадиола

<question> Когда необходимо определять уровень гликемии для исключения синдрома «утренней зари» у детей с сахарным диабетом?

<variant> Перед завтраком

<variant> Перед обедом

<variant> Перед ужином

<variant> В 22 часа

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			58 стр. из 132

<variant> В 6 часов утра

<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.

Объясните причину судорог у ребенка:

<variant> гипогликемия

<variant> гипокальциемия

<variant> гипوماгнемия

<variant> гиперкальциемия

<variant> гипергликемия

<question> Больная 12 лет. Страдает сахарным диабетом 4 года. Получает инсулинотерапию. Во время урока физкультуры потеряла сознание, были кратковременные судороги. Кожа влажная.

У ребенка вероятнее всего:

<variant> диабетическая гипергликемическая кома

<variant> диабетическая гипогликемическая кома

<variant> острая легочно-сердечная недостаточность

<variant> менингококковый менингит

<variant> ацетонемическая рвота

<question> Больная 13 лет. Страдает сахарным диабетом 1 типа. Постоянно декомпенсирована. Рост низкий, масса избыточна, вторичных половых признаков нет, печень увеличена. Гликемия в течение суток 14,0 – 22,0 ммоль/л. Получает инсулин в дозе 1,4 ед/кг/сутки. Отец страдает сахарным диабетом 2 типа.

Вероятная причина хронической декомпенсации диабета:

<variant> недостаточная доза инсулина

<variant> передозировка инсулина

<variant> влияние неблагоприятной наследственности по диабету

<variant> пубертатный возраст

<variant> влияние собственных эстрогенов

<question> У ребенка жажда, полиурия, признаки обезвоживания. Гликемия во все часы не превышает норму, реакция мочи на ацетон и глюкозу отрицательная. Анализ мочи без патологии. Гиперазотемии нет. Удельный вес мочи в течение суток 1000,0-1004,0-1007,0.

Определите имеющееся состояние:

<variant> хроническая почечная недостаточность

<variant> хроническая надпочечниковая недостаточность

<variant> диабетическая нефропатия

<variant> несахарный диабет

<variant> врожденный канальцевый синдром

<question> Больной, 10 лет, при проведении фиброгастроуденоскопии были выявлены следующие изменения: умеренно выраженная эритема и рыхлость слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода, кратковременное спровоцированное субтотальное пролабирование слизистой оболочки пищевода на 1,5-2,0 см, выраженное снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера. Данные эндоскопические признаки характерны для:

<variant> гастроэзофагеального рефлюкса

<variant> пищевода Барретта

<variant> дуоденогастрального рефлюкса

<variant> грыжи пищеводного отдела диафрагмы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		59 стр. из 132

<variant> стриктуры пищевода

<question> Ребенок 7 месяцев, находится на искусственном вскармливании. Принимает адаптированную смес, но 2 дня назад мать дала коровье молоко, после чего у ребенка отмечался понос в сутки 10 раз и 1-2 кратная рвота. При осмотре ребенок беспокойный, тургор тканей понижен; глаза запавшие, при плаксивости нету слез, большой тродничок запавший, слизиистая оболочка сухая, губы красные, сердечные тоны приглушены.

Степень дегидратации:

<variant> средняя

<variant> легкая

<variant> тяжелая

<variant> дегидратации нет

<variant> очень тяжелая

<question> Мальчик, 9 лет болен ревматизмом в течение 3-х лет. В течение последних 2-х месяцев появились боли и тяжесть в эпигастрии во время еды и сразу после еды, периодически тошнота, изжога. На фиброгастроуденоскопии: поражение антрального отдела желудка в виде гипертрофии слизистой, гастроэзофагеальный рефлюкс.

Ваш первоочередной метод обследования из дополнительных:

<variant> морфологическое исследование

<variant> копрограмма

<variant> желудочное зондирование

<variant> дуоденальное зондирование

<variant> ультразвуковое исследование

<question> Информативный лабораторный показатель диагностики острого и обострения хронического панкреатита:

<variant> амилазы в сыворотке крови

<variant> липазы сыворотке крови

<variant> трипсина сыворотке крови

<variant> диастазы в моче

<variant> диастазы в сыворотке крови

<question> Мальчик 12 лет предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастрии натошак или через 1,5-2 часа после приема пищи, изжогу, отрыжку, иногда бывает рвота кислым содержимым приносящая облегчение, аппетит хороший. При пальпации живота болезненность в пилородуоденальной зоне. Болен 1 год. Предположительный диагноз: язвенная болезнь хеликобактерной этиологии.

Золотой стандарт в диагностике хеликобактериоза:

<variant> гистологический

<variant> бактериологический

<variant> бактериоскопический

<variant> биохимический

<variant> серологический

<question> Девочка 14 лет, страдает экзогенно-конституциональным ожирением II степени, предъявляет жалобы на появление болей в животе в правом подреберье после бега, прыжков, приема мороженого, больна в течение года. Боли чаще сопровождаются субфебрилитетом, тошнотой, рвотой. При объективном исследовании: склеры слегка субиктеричны, положительные симптомы Кэра, Грекова – Ортнера, Менделя в зоне Шоффара. На УЗИ: увеличение размеров желчного пузыря, с фокальными образованиями, деформация его стенок.

Клинико-инструментальные данные соответствуют для:

<variant> желчекаменной болезни

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		60 стр. из 132

- <variant> хронического холангита
- <variant> цирроза печени
- <variant> хронического холецистита
- <variant> дискинезии желчевыводящих путей

<question> Девочка 14 лет жалуется на боли в животе с локализацией в эпигастрии, повышенный аппетит, изжогу. Больна в течение года, но ранее не обследовалась. Отец девочки страдает язвенной болезнью. При проведении фиброгастродуоденоскопии выявлены следующие изменения: слизистая желудка отечна, гиперемирована, имеются множественные эрозии в антруме. Уреазный тест с биоптатом положительный. Тактика лечения больной:

- <variant> эрадикация хеликобактериоза
- <variant> коррекция гипопротеинемии
- <variant> коррекция водно-электролитных нарушений
- <variant> коррекция нарушенного пищеварения
- <variant> коррекция гиповитаминозов

<question> Спрогнозируйте время появления клинических симптомов целиакии у детей первого года жизни:

- <variant> через 1,5–2 месяца после введения в рацион глютенсодержащих продуктов
- <variant> через 1,5–2 месяца после введения в рацион казеинсодержащих продуктов
- <variant> через 3 года после введения в рацион глютенсодержащих продуктов
- <variant> через 1 неделю после введения в рацион глютенсодержащих продуктов
- <variant> через 1 неделю после введения в рацион казеинсодержащих продуктов

<question> Ребенку, поступившему в отделение гастроэнтерологии, с жалобами на появление зловонного, сероватого цвета стула. Из данных объективного осмотра имеется болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена. Проведено копрологическое исследование, где выявлено наличие стеатореи 1 типа (нейтральный жир +++). Изменения в копрограмме это следствие:

- <variant> экзокринной недостаточности поджелудочной железы
- <variant> эндокринной недостаточности поджелудочной железы
- <variant> дискинезии сфинктера Одди
- <variant> дискинезии сфинктера Люткенса
- <variant> недостаточность эластазы-1

<question> Девочка 13 лет. Больна около 2-х лет хроническим гастритом. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, субиктеричность склеры, "лакированный" язык. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. В ОАК гиперхромная, макроцитарная анемия. Эндоскопическая картина хронического гастрита соответствующая этому клиническому описанию:

- <variant> атрофическая форма
- <variant> эрозивная форма
- <variant> гипертрофическая форма
- <variant> поверхностная
- <variant> смешанная форма

<question> Ребенок 3 месяца, сосет активно, молока у матери достаточно, но после каждого кормления наблюдается срыгивание.

Склонность детей первого года жизни к срыгиванию и рвоте:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	61 стр. из 132

<variant> слабое развитие кардиального сфинктера

<variant> вход в пищевод расположен высоко

<variant> малым физиологическим объемом желудка

<variant> относительно короткий пищевод

<variant> слизистая оболочка желудка относительно толще

<question> Ребенок 14 дней, масса тела при рождении 3400 г, выписан из роддома на 4 сутки.

После грудного вскармливания с первых дней отмечалась неоднократная рвота, понос, повышение температуры тела и симптомов отравления нет. В копрограмме Ph кала снижен на 5,5, жирная кислотность ++.

Клинико- лабораторные данные соответствуют:

<variant> недостаточности лактозы

<variant> дисбактериозу

<variant> недостаточности сахарозы

<variant> целиакии

<variant> кишечной форме муковисцидоза

<question> При остром и хроническом панкреатите значительный лабораторный показатель:

<variant> амилаза в сыворотке крови

<variant> липаза в сыворотке крови

<variant> трипсин в сыворотке крови

<variant> диастаза в моче

<variant> диастаза в сыворотке крови

<question> У детей основной признак дифференциальной диагностики болезни Крона от неспецифического язвенного колита:

<variant> кровь в стуле

<variant> рвота с кровью

<variant> скрытые признаки кровотечения

<variant> анальные трещины

<variant> парапроктит

<question> К функциональным нарушениям билиарного пути гиперкинетического типа характерно:

<variant> схваткообразная боль в правом подреберье

<variant> схваткообразные боли, часто по всему животу

<variant> боли усиливаются в положении на правом боку

<variant> опоясывающие боли

<variant> боли в животе усиливаются при физическом нагрузке

<question> Годовалому ребенку проводят обследование, которые с подозрением на синдром мальабсорбции. Выберите обследование, которые будут достоверным при данной патологии:

<variant> тест с Д - ксилозой

<variant> тест на толерантность к глюкозе

<variant> рентгенологическое обследование толстой кишки

<variant> йодлиповая проба

<variant> амилаза крови

<question> Ребенок страдает функциональным расстройством желудка смешанного типа. У матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Диспансерный учет должен составить:

<variant> 3 года

<variant> 6 месяцев

<variant> 1 год

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		62 стр. из 132

<variant> 2 года

<variant> 4 года

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

<variant> кардиальный отдел желудка

<variant> антральный отдел желудка

<variant> луковица двенадцатиперстной кишки

<variant> постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки

<variant> малая кривизна желудка

<question> При изучении биоптата тонкой кишки у ребенка с поносом выявлены лимфангизктазии, интерстициальный отек, капли жира и макрофаги в лимфатических сосудах. Данные признаки характерны для:

<variant> экссудативной энтеропатии

<variant> муковисцидоза

<variant> лактазной недостаточности

<variant> целиакии

<variant> хронического энтероколита

<question> Мальчик 10 лет жалуется на тяжесть в животе после принятия пищи, отрыжку тухлым, иногда рвоту, сниженный аппетит, склонность к разжиженному стулу. При осмотре – язык обложен белым налетом, болезненность в эпигастральной зоне. Выделите ведущий клинический синдром у ребенка:

<variant> диспепсический

<variant> астеновегетативный

<variant> болевой

<variant> интоксикационный

<variant> полигиповитаминоз

<question> У больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки изменился характер боли – стали усиливаться после применения еды, стали появляться при беге и быстрой ходьбе. Выявлены лабораторные признаки воспаления. Клинико – лабораторные данные свидетельствуют в пользу развития осложнения:

<variant> перивисцерита

<variant> кровотечения

<variant> перфорации

<variant> пенетрации

<variant> стеноза привратника

<question> Мальчику 12 лет. Диагноз язвенной болезни двенадцатиперстной кишки установлен год назад. Злоупотребляет острой едой. Отец также страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При проведении желудочного зондирования дебит-час базальной секреции соляной кислоты составила 5 ммоль-л. Уреазный тест с биоптатом положительный. При морфологическом обследовании биоптата уковицы двенадцатиперстной кишки у пациента выявлены признаки желудочной метаплазии. Факторы, способствующие развитию желудочной метаплазии в двенадцатиперстной кишке:

<variant> гиперацидоз

<variant> погрешности в диете

<variant> колонизация слизистой оболочки *H.pylori*

<variant> наследственная предрасположенность

<variant> давность заболевания

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			63 стр. из 132

<question> Ребенку 1 месяца. На протяжении последних двух недель периодически беспокоит рвота после еды. В рвотных массах есть примесь желчи. При осмотре - легкая субиктеричность кожи и склер, вздутие верхней части живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. при проведении рентгенологического обследования установлено наличие газа в желудке, стеноз двенадцатиперстной кишки. Возможная причина развития вышеуказанной симптоматики:

<variant> врожденная аномалия развития поджелудочной железы

<variant> пилороспазм

<variant> пилоростеноз

<variant> фетальный гепатит

<variant> кардиоспазм

<question> У ребенка 13 лет, страдающего хроническим панкреатитом, после стрессовой ситуации (контрольная работа в школ- возникла острая боль опоясывающего характера в верхней части живота, имело место рвота, не принеся облегчения. Пальпация живота выявила наличие положительных симптомов Керте, Мейо-Робсона, Шоффара. В крови выявлен повышенный уровень амилазы. Ведущим патогенетическим механизмом, лежащим в основе патологического процесса, является:

<variant> активация протеолитических ферментов

<variant> гиперсекреция желудочного сока

<variant> гиперпродукция желчи

<variant> увеличение синтеза жирных кислот

<variant> гиперпродукция глюкагона

<question> У 5-месячного ребенка после введения прикорма появился понос. Испражнения в большом количестве, зловонные. Беспокоят также вялость и снижение массы тела. При осмотре – ребенок пониженного питания, живот увеличен в объеме. Прирост гликемии по лактозе – 3,5 ммоль-л. Причина развития поноса у данного ребенка:

<variant> непереносимость глютена

<variant> инфекционный энтерит

<variant> нарушение переваривания и всасывания дисахаридов

<variant> нарушение всасывания моносахаридов

<variant> патология экзокринных желез

<question> При неспецифическом язвенном колите развивается хроническое воспаление слизистой оболочки кишечника. В связи с чем это происходит?

<variant> с активацией Т - хелперов

<variant> с активацией Т - супрессоров

<variant> с активацией Т - киллеров

<variant> с активацией макрофагов

<variant> с активацией интерферонов

<question> Избыточная вязкость секрета выводных протоков желез при муковисцидозе обусловлена :

<variant> накоплением в клетке ионов хлора

<variant> накоплением в клетке мукополисахаридов

<variant> накоплением в клетке гликозаминогликанов

<variant> накоплением в клетке ионов водорода

<variant> накоплением в клетке ионов калия

<question> 7-летнюю девочку доставили к врачу по поводу рвоты, сопровождающейся появлением примеси крови в рвотных массах. Со слов матери, накануне дочь жаловалась на

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		64 стр. из 132

боль в эпигастрии и отсутствие аппетита. утром в день осмотра у нее была многократная рвота, а в полдень – обильная рвота кофейной гущей. По пути в больницу у девочки появилось головокружение, и в смотровую отец принес ребенка на руках. Сразу по поступлении в пункт неотложной помощи следует провести все перечисленные мероприятия, КРОМЕ:

<variant> эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта для установления локализации и причины кровотечения

<variant> катетеризации крупной вены для последующего вливания жидкостей

<variant> взятия крови для определения гематокрита и групповой принадлежности

<variant> введения назогастрального зонда

<variant> подробного расспроса родителей для получения полных анамнестических данных

<question>У доношенного трехдневного ребенка внезапно появляется раздражительность, многократная рвота и двукратный кровавый стул. Объективное обследование особых изменений не выявило. Данные лабораторного исследования – гематокрит 50%, лейкоцитоз 15 тысяч (нейтрофилы 30%, лимфоциты 50%, моноциты 5%, эозинофилы 15%). Все перечисленные мероприятия необходимы для обследования и назначения лечения, кроме :

<variant> ограничения лактозы в диете из-за возможного нарушения всасывания ее в кишечнике

<variant> рентгенологического обследования брюшной полости для выявления незавершенного поворота кишечника с заворотом

<variant> ректосигмоидоскопии и биопсии прямой кишки для исключения возможного аллергического энтероколита

<variant> посева кала для исключения инфекционной природы гемоколита

<variant> выяснения характера и качества питания, которое получал ребенок

<question>Диагностика хронической патологии печени должна включать все приведенные исследования, кроме:

<variant> постановки серологических реакций на гепатит А

<variant> постановки серологических реакций на гепатит В

<variant> офтальмологического исследования

<variant> постановки серологических реакций на антинуклеарные антитела

<variant> постановки серологических реакций на антитела против гладкомышечных клеток

<question>У ранее здорового 8-месячного мальчика, у которого в течение 4 дней отмечаются понос, нарушения всасывания, сниженный диурез, имеются раздражительность, сухость слизистых оболочек, сниженный тургор кожи, тахикардия, тахипноэ, холодные конечности. Какая из следующих мер НЕ подходит для обследования и лечения ребенка:

<variant> внутривенная пиелография для исключения обструкции мочевых путей

<variant> посев кала, мочи, крови

<variant> определение количества форменных элементов и электролитного состава крови

<variant> проведение внутривенной инфузии физиологического раствора

<variant> прекращение перорального кормления и введение жидкости парентерально в течение

<question>Пациентка, 9 лет, жалуется на тошноту, снижение аппетита, боли в области правого подреберья. Со слов матери подобные жалобы беспокоят в течение последнего года, ухудшение состояния отмечается после употребления в пищу жареного. При осмотре девочка вялая, выраженная бледность кожи, отмечается густой желтоватый налет на языке, болезненность при пальпации живота, максимально выраженная в области правого подреберья, положительные симптомы Ортнера, Кера. Информативным методом параклинического исследования в данном случае будет:

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			65 стр. из 132

<variant> ультразвуковое исследование

<variant> фиброгастродуоденоскопия

<variant> ирригография

<variant> колоноскопия

<variant> сцинтиграфия

<question> Дана 14 лет. Периодические отмечается иктеричность склер, у младшего брата пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное исследование патологии не обнаружило. В биохимическом анализе: общий билирубин – 78мкмоль-л, прямой – 3,5 мкмоль-л, АЛТ 0,1 ммоль-л, АСТ 0,1\ммоль-л,.

Выберите синдром:

<variant> синдром Жильбера

<variant> синдром Ротора

<variant> хронический гепатит

<variant> синдром Дабин-Джонсона

<variant> синдром Криглер-Найяр

<question> Характерные изменения секреторной и кислотообразующей функции желудка при язвенной болезни у детей:

<variant> повышение кислотности желудочного сока, дебит часа соляной кислоты

<variant> снижение объема секреции

<variant> снижение кислотности желудочного сока

<variant> кислотность желудочного сока не изменена

<variant> снижение дебит часа соляной кислоты

<question> Для обострения хронического холецистита характерно, кроме:

<variant> «положительный» Френикус-симптом слева

<variant> боли, связанные с приемом пищи

<variant> «положительный» симптом Кера

<variant> иррадиация болей в правое плечо, лопатку

<variant> субфебрильная температура

<question> При биохимическом исследовании крови у больных хроническим холециститом в стадии обострения обнаруживают:

<variant> диспротеинемию с увеличением глобулинов

<variant> диспротеинемию с увеличением альбуминов

<variant> гиперхолестеринемию

<variant> гиперазотемию

<variant> снижение щелочной фосфатазы

<question> Показанием для назначения метронидазола при хроническом холецистите является:

<variant> обнаружение в желчи лямблий

<variant> некупирующийся болевой синдром

<variant> со стороны крови высокий лейкоцитоз, увеличение СОЭ

<variant> в биохимическом анализе увеличение количества сиаловых кислот

<variant> сопутствующий дисбактериоз

<question> Мальчик 13 лет, страдающий хроническим панкреатитом, в течение 2 дней жалуется на резкое усиление болей, иррадиирующих в спину, повышение температуры тела до 38-39⁰С, многократной, не приносящей облегчение рвоту. При пальпации живота отмечается защитное напряжение мышц в верхнем отделе, больше слева, при глубокой пальпации там же имеется плотное образование. В генезе данного состояния имеет место:

<variant> аутолиз поджелудочной железы и реактивное воспаление брюшины

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		66 стр. из 132

- <variant> гиперплазия ацинарной части поджелудочной железы и инкапсуляция
- <variant> фиброз паренхимы поджелудочной железы и сужение фатерова соска
- <variant> значительный отек поджелудочной железы и холестаз
- <variant> гипертрофия головки, тела поджелудочной железы и дуоденостаз
- <question> Ребенку 4 дня. В первые часы жизни у ребенка появилась рвота до 8 раз в сутки. Появляется рвота вскоре после кормления с примесью слизи, желчи, по объему несколько превышает съеденное молоко. Кожные покровы сухие, тургор и эластичность снижены, стул малыми порциями, меконий. Данное состояние характерно для:
- <variant> высокой кишечной непроходимости
- <variant> пилороспазма
- <variant> трахеопищеводного свища
- <variant> мекониальной непроходимости
- <variant> атрезии пищевода
- <question> Больной С., 13 лет, в связи с развившимся полиартритом 2-й месяц принимает внутрь индометацин. Внезапно появились боли в эпигастрии, слабость, повторная рвота темными массами. При осмотре бледный, пульс-120 в минуту, АД 90/70 мм.рт. ст. Живот при пальпации мягкий, мышечного напряжения нет. Назовите тип часто встречающихся осложнений:
- <variant> кровотечение
- <variant> малигнизация
- <variant> стриктуры
- <variant> перфорация
- <variant> пенетрация
- <question> Мальчик, 9 лет, жалуется на изжогу, отрыжку с примесью пищи, давящие боли в области эпигастрия и за грудиной сразу после приема пищи. На ФЭГДС: в нижней трети пищевода слизистая гиперемирована, отечная, кардия зияет. Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки шероховатая, розовая. Назовите предварительный диагноз:
- <variant> гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- <variant> хронический эритематозный гастрит
- <variant> хронический эрозивный гастрит
- <variant> хронический атрофический гастрит
- <variant> хронический гиперпластический гастрит
- <question> Девочка 11 лет. Беспокоят тупые боли и тяжесть в эпигастрии после еды, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту. Метеоризм, диарея. Бледная, "лакированный" язык. Иногда жжение языка, чувство "ползания мурашек" в конечностях. В ОАК гиперхромная, макроцитарная анемия. При эндоскопии укажите тип повреждения слизистой оболочки желудка:
- <variant> атрофическая
- <variant> смешанная
- <variant> эрозивная
- <variant> гипертрофическая
- <variant> поверхностная
- <question> У мальчика 14 лет, через 4 часа после приема жирной пищи появились схваткообразные боли в левом подреберье, тошнота, многократная рвота. При обследовании выявлена резкая болезненность в точке Мейо-Робсона. Укажите эффективную терапию:
- <variant> ферменты поджелудочной железы
- <variant> желчегонные

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		67 стр. из 132

<variant> слабительные

<variant> блокаторы -Н 2 гистаминовых рецепторов

<variant> ингибиторы протонной помпы

<question>14-летняя девочка жалуется на частые боли в животе в течение последних 6 месяцев.

Боли обычно локализуются в области пупка, часто провоцируются едой и сопровождаются тошнотой. Основной причиной данного состояния может быть все перечисленное, кроме:

<variant> патологии Меккелева дивертикула

<variant> непереносимости лактозы

<variant> язвенной болезни

<variant> синдрома раздраженной кишки

<variant> хронического панкреатита

<question>Выберите из перечисленных : при каком заболевании характерно повышение уровня соляной кислоты в межпищеварительной фазе секреции?

<variant> язвенной болезни

<variant> хронического гастрита

<variant> хронического дуоденита

<variant> гастроэзофагеального рефлюкса

<variant> дуодено-гастрального рефлюкса

<question> Девочка 14 лет. Предъявляет жалобы на боли за грудиной. В течение 3-х лет наблюдается у гастроэнтеролога по поводу рефлюкс-эзофагита.

Что из перечисленного ниже является вероятной причиной болевого синдрома:

<variant> раздражение слизистой оболочки пищевода

<variant> метеоризм

<variant> гиперацидность

<variant> спазм сфинктера Одди

<variant> повышение внутрибрюшного давления

<question>Укажите вероятную причину возникновения острых стрессовых язв:

<variant> гиперпродукция катехоламинов

<variant> нарушение выработки слизи

<variant> повышение уровня пепсиногена

<variant> нарушение выработки простагландинов

<variant> снижение кислотообразующей функции

<question> К агрессивному фактору, определяющему возможность развития язвенной болезни относится все, кроме:

<variant> антродуоденальный кислотный тормоз

<variant> пилорический хеликобактер

<variant> гиперпродукция HCl и пепсина

<variant> гастродуоденальная дисмоторика

<variant> травматизация гастродуоденальной слизистой оболочки

<question> В клинике хронических гастродуоденитов выделяют 2 основных клинических типа:

<variant> язвенно-подобный, дискинетический

<variant> эзофагитный, гастритный

<variant> энтеритический, колитный

<variant> холециститоподобный, дискинетический

<variant> панкреатитоподобный, дуоденитоподобный

<question>Для декомпенсированной стадии ДВС-синдрома не характерны:

	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			68 стр. из 132

- <variant> некротические изменения на слизистой ротовой полости
- <variant> «мраморный» рисунок кожи
- <variant> положительный симптом «белого пятна»
- <variant> выраженный геморрагический синдром
- <variant> гипертермия, неврологические расстройства

<question>У больного клинический диагноз: "Дерматомиозит идиопатический, активность 3 степени, острое течение, поражение глоточных, скелетных мышц, функциональная недостаточность (ФН)2".

Какой из перечисленных методов обследования является информативным?

- <variant> Электромиография
- <variant> Электрокардиография
- <variant> Компьютерная томография
- <variant> Ультразвуковое исследование
- <variant> Рентгенография конечностей

<question>У ребенка 3., 10 лет, в течение последнего года отмечается утренняя скованность в суставах, слабость в руках, невозможность сжать их в кулак. При осмотре: веретенообразная деформация межфаланговых суставов пальцев рук, ограничение движения в них. СОЭ в пределах 25-35 мм/час. Предварительный диагноз:

- <variant> **ЮРА**
- <variant> **Синдром Рейтера**
- <variant> **Реактивный артрит**
- <variant> **Ревматическая лихорадка**
- <variant> Бруцеллез

<question>Девочка 12 лет в течении 15 минут пробыла под водой. При осмотре признаков жизни нет. Какие мероприятия необходимо провести?

- <variant> освободить дыхательные пути от инородных тел, проводить сердечно - легочную реанимацию;
- <variant> позвать на помощь прохожих;
- <variant> транспортировать девочку в ближайшую больницу для реанимационных мероприятий;
- <variant> сердечно-легочную реанимацию;
- <variant> вызвать скорую помощь.

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

- <variant> Острый гломерулонефрит
- <variant> Острый пиелонефрит
- <variant> Цистит
- <variant> Атонический мочевой пузырь
- <variant> Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

<question>Девочке 8 лет. Вызов на дом. Заболела остро 2 дня назад. Температура тела в течение суток повышалась до 38,0-40,0°C; озноб. Девочка осунулась. Мочится часто, моча мутная. Предположительный диагноз:

- <variant> Острый пиелонефрит
- <variant> Острый цистит
- <variant> Острый уретрит

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		69 стр. из 132

<variant> Острый гломерулонефрит

<variant> Инфекция мочевых путей

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

<variant> Дифтерия

<variant> Ложный круп

<variant> Ангина

<variant> Ревматизм

<variant> ОРВИ, миокардит

<question>13-летнего мальчика отмечается периодически иктеричность склер, у младшего брата пациента была дважды желтуха подобного рода. Физикальное исследование патологии не обнаружило. Печеночные пробы выявили: общий билирубин - 38,8 мкмоль/л, прямой - 3,5 мкмоль/л, АСТ, щелочная фосфатаза - норма, сканирование - норма. Вероятным диагнозом у больного является:

<variant> болезнь Жильбера

<variant> вирусный гепатит

<variant> врожденная гемолитическая анемия

<variant> синдром Дабин-Джонсона

<variant> желчекаменная болезнь

<question>При оценке физического развития восьмимесячного ребенка его масса тела составляла 7300 г, длина 68 см. Ребенок родился с массой тела 3200 г, ростом 50 см. До 4 мес. был на грудном вскармливании, затем переведен на адаптированную смесь. С 5,5 мес. введен один прикорм в виде каши (манной, овсяной), с 6,5 мес. - овощное пюре, с 7 мес. - мясо. До 5 мес. развитие соответствовало возрасту, затем отмечались низкие прибавки массы тела, по 80-100 г, а после 7 мес. - потеря массы тела. Стул 2-3 раза в день, периодически до 5 раз. Ваш предположительный диагноз:

<variant> Муковисцидоз

<variant> Целиакия

<variant> Галактоземия

<variant> Лактазная недостаточность

<variant> Сахарозная недостаточность

<question>Ученица 10 класса жалуется на резкий озноб, мучительную головную боль, жажду. Болеет первый день. Температура тела 40,0° С. Сознание спутанное. Кожные покровы цианотичные, на ягодицах, бедрах геморрагические высыпания от мелкоочечных петехий до кровоизлияний размером 3-4 см. Единичные розеолезные и розеолезно-папулезные элементы на коже живота, спины, верхних конечностей. Ригидность мышц затылка, симптом Кернига сомнительный, пульс 120 ударов в 1 мин, слабого наполнения, тоны сердца глухие, АД 85/55 мм рт. ст., ЧД 28 в 1 мин. В крови: лейкоцитоз 22х10⁹ /л со сдвигом влево, СОЭ 26 мм/ч.

Прежде всего следует думать о:

<variant> Менингококцемии

<variant> Гриппе

<variant> Септицемии

<variant> Тромбоцитопенической пурпуре

<variant> Болезни Шенлейна-Геноха (геморрагическом васкулите)

<question>Мальчик 8 лет, находится в бессознательном состоянии в течение 1 часа, дыхание Кулсмауля, гиперемия щек, сухость кожи, глазные яблоки мягкие, запах ацетона изо рта. В

-	ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			70 стр. из 132

течение 3 недель беспокоила жажда, частые мочеиспускания, похудел на 1 кг. Ваш предварительный диагноз:

<variant> диабетическая кетоацидотическая кома

<variant> сахарный диабет

<variant> несахарный диабет

<variant> менингит

<variant> гипогликемическая кома

<question>Ребенку 1 год, заболел остро, подъем температуры до 38. 9 гр., дважды рвота, не связанная с приемом пищи, общее беспокойство, плачь, отказывается употреблять пищу, скорой помощью доставлен в приемный покой стационара, при осмотре на коже ягодич, нижних конечностей мелкоточечная геморрагическая сыпь, гиперестезия на осмотр, вынужденное положение - запрокидывание головы, напряжение затылочных мышц. Ваше мнение о диагнозе:

<variant> менингококковая инфекция, менингококкцемия, менингит

<variant> нейротоксикоз

<variant> коревая краснуха

<variant> корь

<variant> геморрагический васкулит

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

Ваш диагноз:"

<variant> сотрясение головного мозга

<variant> ушиб головного мозга легкой степени тяжести

<variant> ушиб головного мозга средней степени тяжести

<variant> проходящее нарушение мозгового кровообращения

<variant> вегетативный пароксизм

<question>Мальчику 2,5 месяца. 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. Поставьте диагноз:

<variant> пилоростеноз, гипотрофия II степени

<variant> ацетонемическая рвота

<variant> гипотрофия I степени,

<variant> постнатальная, эндогенная (пилороспазм), гипотрофия II

<variant> гипотрофия III

<question>Мальчик 5 лет, поступает в стационар с жалобами на отказ от еды, боли в животе, жидкий стул 2-4 раза в день, рвоту, сыпь. Об-но: состояние средней тяжести, симптомы интоксикации, бледность кожи, сыпь папулезная, симптомы "перчаток" и "носов", эксикоз не выражен, стул 3-4 раза в день, обильный, бурно-зеленого цвета, с неприятным запахом. РПГА на зоонозы - 1:400. Ваш диагноз?

<variant> иерсиниоз

<variant> скарлатина

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	71 стр. из 132

<variant> сальмонеллез

<variant> шигеллез

<variant> эшерихиоз

<question>В лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в период обострения применяются:

<variant> все перечисленное

<variant> антибиотики

<variant> де-нол

<variant> антисекреторные препараты

<variant> фурановые препараты

<question>У девочки 7 лет, частое болезненное мочеиспускание, мочится малыми порциями, боль при пальпации в надлобковой области, лейкоцитурия. Предполагаемый диагноз:

<variant> цистит

<variant> нет правильного ответа

<variant> гидронефроз

<variant> гломерулонефрит

<variant> пиелонефрит

<question> У мальчика 14 лет имеет место деформация кисти по типу «бутоньерки», гипотрофия мышц тыла кистей, ограничение объема движений. В анализах крови СОЭ-33мм/ч, РФ в латекс-тесте 1:40. Кроме этого, есть изменения на глазном дне и миопия средней степени. Препарат противопоказанный для лечения основного заболевания :

<variant> делагил

<variant> метотрексат

<variant> диклофенак

<variant> сульфосалазин

<variant> циклофосфамид

<question> Девочка, 8 лет, поступила в клинику с жалобами на появление сыпи на теле. При осмотре состояние особо не страдает, выявлена геморрагическая сыпь, локализуемая вокруг суставов, симметричная, не исчезает при надавливании, петехиальная. В лечении назначается:

<variant> гепарин

<variant> дицинон

<variant> адроксон

<variant> метотрексат

<variant> ранферон-12

<question> Пациенту 10 лет. Поступил в стационар через 3 дня после перенесенной ангины, с жалобами на повышение температуры тела до 38⁰, недомогание, головную боль, отеки на лице, изменение прозрачности мочи. Объективно: кожа бледная, пастозность лица, АД 115/70 мм. рт.ст. В анализе крови: СОЭ - 34 мм/ч, лейкоциты – 13,0 х 10⁹/л, с/я - 84%. В общем анализе мочи: прозрачность - мутная, удельный вес - 1008, белок - 0,66 г/л, эритроциты – до 10 п/зр, лейкоциты - 25-38-45 в п/зр. В уроцитогамме: сегментоядерные лейкоциты –84%, лимфоцитарные – 16%. Ваш диагноз:

<variant> Острый пиелонефрит

<variant> Острый нефритический синдром

<variant> Нефротический синдром

<variant> Токсическая нефропатия

<variant> Тубулоинтерстициальный нефрит

<question> Девочка 9 лет, направлена к эндокринологу. Беспокоят ощущения приливов, потливость. За 3 месяца похудела на 5 кг. При объективном осмотре: эмоционально

-	OŇTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			72 стр. из 132

неустойчива, возбудима, плаксива. Повышена двигательная активность – замечен мелкий тремор пальцев рук. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь; при взгляде вниз виден участок склеры над радужкой. Положительный симптом Грефе. Щитовидная железа диффузно увеличена, плотноэластической консистенции, над железой прослушивается сосудистый шум. Тахикардия в покое, границы сердца расширены влево, усилен верхушечный толчок. Стул частый. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant> Диффузно - токсический зоб

<variant> Пароксизмальная тахикардия

<variant> Гипотиреоз

<variant> Эутиреоидный зоб

<variant> Атаксия мозжечка

<question> У ребенка 8 мес. отмечается неустойчивый, зловонный с блеском стул. Отстает в физическом развитии. При рождении отмечалась кишечная непроходимость вследствие меконияльного илеуса. Вероятный диагноз у больного:

<variant> Муковисцидоз, кишечная форма

<variant> Экссудативная энтеропатия

<variant> Целиакия

<variant> Лактозная недостаточность

<variant> Сахарозная недостаточность

<question> У девочки 9 лет боли в правом коленном суставе, одышка при физической нагрузке. Температура тела 37,8С. Две недели назад перенесла лакунарную ангину. Обнаружено приглушение 1-тона, систолический шум на верхушке. Правый коленный сустав увеличен в объеме, болезненный при пальпации. Из перечисленного приемлемое лечение:

<variant> нестероидные противовоспалительные препараты

<variant> препараты хинолонового ряда

<variant> кардиотропные препараты

<variant> сердечные гликозиды

<variant> бициллинотерапия

<question> Мальчик 12 лет. Жалобы на боли в правом коленном суставе. Из анамнеза известно, что месяц назад перенес ангину, осложнившуюся конъюнктивитом, уретритом. Объективно: конъюнктивы обоих глаз гиперемированы. Правый коленный сустав деформирован, теплый на ощупь, движения ограничены и болезненны. Печень выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги. При мочеиспускании отмечается жжение и боли. Вероятный диагноз:

<variant> Болезнь Рейтера

<variant> Ревматическая лихорадка

<variant> Системная красная волчанка

<variant> Анкилозирующий спондилит

<variant> Ювенильный ревматоидный артрит

<question> У ребенка 8 лет в течение последнего года отмечается утренняя скованность в суставах, трудно вставать с постели, одеваться. При осмотре: деформация межфаланговых суставов пальцев рук, коленных суставов, ограничение движения в них. Со стороны внутренних органов патологии нет. Вероятный диагноз:

<variant> Ювенильный ревматоидный артрит

<variant> Синдром Рейтера

<variant> Реактивный артрит

<variant> Ревматизм

<variant> Бруцеллез

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		73 стр. из 132

<question> У ребенка появилась мелкая папулезно-геморрагическая сыпь на руках и ногах, симметричная, более выраженная в области коленных и голеностопных суставов, температура тела субфебрильная, жалуется на боли в животе. В общем анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. Из перечисленного приемлемой фармакотерапией является:

- <variant> антиагреганты, антикоагулянты
- <variant> антибактериальная терапия
- <variant> нестероидная противовоспалительная терапия
- <variant> кровоостанавливающая терапия
- <variant> обезболивающие средства

<question> В ОАМ у ребенка 3-х лет отмечаются лейкоцитурия, бактериурия, в ОАК – лейкоцитоз, нейтрофилия, повышенное СОЭ. Объективно: лихорадка, симптомы интоксикации. Что из перечисленного является приемлемым следующим шагом в диагностике?

- <variant> УЗИ почек
- <variant> анализ мочи по Нечипоренко
- <variant> экскреторная урография
- <variant> цистоскопия
- <variant> клиренс по эндогенному креатинину

<question> Девочка 14 лет. Жалобы на субфебрильную температуру в течение 2 месяцев, покраснение на лице, увеличение шейных и подмышечных лимфоузлов, похудание, полиартралгии. Объективно: на лице покраснения в области скуловых дуг и переносицы. Лимфатические узлы в подмышечной области, в области шеи увеличены до размеров фасоля, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью, эластической консистенции. Из перечисленных методов обследования первоочередным является:

- <variant> кровь на LE клетки
- <variant> рентгенография грудной клетки
- <variant> антинуклеарные антитела
- <variant> миелограмма
- <variant> гистология лимфоузла

<question> Мальчик, 10 лет. Жалобы на носовые кровотечения. Объективно: экхимозы различной величины и давности. На лице, шее и руках петехиальные элементы. Все периферические лимфатические узлы с фасоля, подвижные, безболезненные. Печень и селезенка не пальпируются. Анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 101 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 59%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 28%, моноциты - 8%, СОЭ - 5 мм/час, тромбоциты - $12 \times 10^9/л$. Целесообразно назначение лекарственного препарата :

- <variant> преднизолон 2 мг\кг\сутки
- <variant> гепарин 200ед\кг\сутк
- <variant> дицинон 0,25г в\в в сутки
- <variant> ферроплекс 10 мг 3 раза в сутки
- <variant> иммуноглобулин 1,0г\кг\сутки

<question> При осмотре ребенка в возрасте 3,5 лет выявлено раздражение и расчесы вокруг заднепроходного отверстия. Из нижеперечисленных заболеваний вероятный диагноз:

- <variant> Энтеробиоз
- <variant> Дизентерия
- <variant> Коли-инфекция
- <variant> Аскаридоз
- <variant> Лямблиоз

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		74 стр. из 132

<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. Из нижеперечисленных вероятный диагноз у больного:

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

<question> У ребенка 10 лет, состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации, температура 38,7⁰С, положительный симптом поколачивания. В ОАМ - лейкоцитурия, бактериурия. УЗИ признаки воспалительных изменений в ЧЛС. Из нижеперечисленного необходимо назначить для ликвидации гипертермии у данного ребенка:

- <variant> введение жаропонижающих препаратов
- <variant> физические методы охлаждения
- <variant> введение аминазина с пипольфеном
- <variant> введение дроперидола
- <variant> введение антибиотика

<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. Из нижеперечисленных вероятный диагноз у больного:

- <variant> Острый пиелонефрит
- <variant> Острый цистит
- <variant> Острый гломерулонефрит
- <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-4,6x10¹²/л, Нв-130г/л, Ц.П-0,9, лейкоц-7,4x10⁹/л, тромб-50тыс., СОЭ-5мм/ч. Из нижеперечисленных вероятный диагноз у больного:

- <variant> Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
- <variant> Лейкоз
- <variant> Тромбоцитопатия
- <variant> Геморрагический васкулит
- <variant> Болезнь Виллебранда

<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, с иктеричным оттенком, отеки по всей поверхности тела, гепатоспленомегалия. В биохимии – гипербилирубинемия. В ОАК – эр. 2,5x10¹² /л, гемоглобин – 70 г/л, ЦПК- 0,75, тромбоциты- 100 тыс. Лечение, которое при раннем назначении могло бы предупредить данное состояние новорожденного:

- <variant> введение антирезусного иммуноглобулина
- <variant> пересадка кожного лоскута мужа
- <variant> плазмоферез
- <variant> прерывание беременности
- <variant> гемосорбция

<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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		75 стр. из 132

течение 3 недель беспокоила жажда, частые мочеиспускания, похудел на 1 кг. Лечение, которое при раннем назначении могло бы предупредить данное состояние ,пациента:

<variant> введение инсулина

<variant> обильное питье

<variant> соблюдение диеты

<variant> соблюдение дозированной физической нагрузки

<variant> психоэмоциональный покой

<question> Вызов к ребенку 8 лет. Жалобы на повышение температуры до 38,8°C, боли в подложечной области, иррадиирующие в левую лопатку, поясницу, опоясывающего характера, жажду, тошноту, рвоту. Болен 2 года. 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. - $3,95 \times 10^{12}/л$, Л - $11,0 \times 10^9/л$, СОЭ - 15 мм/час. Диастаза мочи - 132 ЕД. Сахар крови - 6,8 ммоль/л. Предварительный диагноз:

<variant> Хронический панкреатит

<variant> Хронический гастроуденит

<variant> Хронический холецистит

<variant> Хронический гастрит

<variant> Хронический вирусный гепатит

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

<variant> Ювенильный дерматомиозит

<variant> Ревматизм

<variant> Ревматоидный артрит

<variant> Склеродермия

<variant> Системная красная волчанка

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

Предварительный диагноз:

<variant> Болезнь Гиршпрунга

<variant> Муковисцидоз

<variant> Опухоль кишечника

<variant> Кишечная непроходимость

<variant> Целиакия

<question> 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. Рассчитайте суточную дозу пирантела:

<variant> 120 мг

<variant> 100 мг

<variant> 80 мг

<variant> 140 мг

<variant> 160 мг

<question> Ребенок 8 месяцев. Вес 9 кг. Обратились по поводу судорожного синдрома. При осмотре: температура тела 36,7 С, кожные покровы бледные, зубов нет. Голова «квадратной»

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		76 стр. из 132

формы, облысение затылка, выражены реберные четки. Отмечаются положительные симптомы Хвостека, Люста. Неотложные мероприятия:

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

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

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

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

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

<question> Девочке 12 лет. Заболела несколько часов назад, когда появились сильные боли в животе, больше в области эпигастрия, иррадиирующие в позвоночник и имеющие опоясывающий характер. Дважды была рвота, не приносящая чувства облегчения. Объективно: бледная, язык обложен белым налетом, температура 37,8 С, живот вздут, несколько напряжен в эпигастрии. Симптом Ортнера сомнителен. Болезненность в точке Мейо-Робсона. Лейкоцитоз- $12,8 \times 10^9/\text{л}$. Стул был после очистительной клизмы, каловые массы плотные, жирные.

Предположительный диагноз:

<variant> Острый панкреатит

<variant> Острый гастродуоденит

<variant> Острый гастрит

<variant> Острый дуоденит

<variant> Острый холецистит

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

Предварительный диагноз:

<variant> Болезнь Верльгофа

<variant> Аномалия Мея-Хеглина

<variant> Тромбастения Гланцмана

<variant> Болезнь Виллебранта

<variant> Синдром Вискотта-Олдрича

<question> Ребенок 1 год, вес 10 кг. Отмечается повышение температуры до 39,5 С, кожа бледная с цианотическим оттенком ногтевых лож и губ, положительный симптом «белого пятна». Конечности холодные. Неотложные мероприятия:

<variant> 100 мг парацетамол + сосудорасширяющие препараты

<variant> 100 мг парацетамол

<variant> 120 мг парацетамол+ обтирание спиртово-водочным раствором

<variant> 150 мг парацетамол+лед на область крупных сосудов

<variant> 200 мг парацетамол+ампициллин 250 мг

<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 субиктеричные. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, точке желчного пузыря. В ОАК: Нв- 90г/л, Эр.-- $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, лейко- $10,5 \times 10^9/\text{л}$, п/я- 2%, сегментоядерные- 55%, э-8%, лимф -25%, м- 10%, СОЭ-17мм/ч. Кал на я/г- найдены яйца гельминта. Диагноз глистная инвазия:

<variant> Описторхоз

<variant> Трихинеллез

<variant> Дифиллоботриоз

<variant> Аскаридоз

<variant> Энтеробиоз

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		77 стр. из 132

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

- <variant> Целиакия
- <variant> Дуоденит
- <variant> Панкреатит
- <variant> Синдром раздраженного кишечника
- <variant> Муковисцидоз

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

- <variant> Пилороспазм
- <variant> Пилоростеноз
- <variant> Перинатальная энцефалопатия
- <variant> Дисбактериоз кишечника
- <variant> Лактазная недостаточность

<question> У ребенка 12 лет после ангины выявлены: субфебрилитет, вялость, расширение границ сердца, глухость I-тона на верхушке, здесь же дующий систолический шум; артрит коленного сустава. В анамнезе частые ангины. Вероятный диагноз:

- <variant> Острая ревматическая лихорадка
- <variant> Дефект межжелудочковой перегородки
- <variant> Неревматический кардит
- <variant> Хроническая ревматическая болезнь, стеноз митрального клапана
- <variant> Ювенильный ревматоидный артрит

<question> 12-летняя девочка больна в течение нескольких месяцев. Отмечается лихорадка, сыпь на теле, в брюшной полости и перикарде экссудат, в моче протеинурия и гематурия. В анализе крови ускоренная СОЭ, анемия, лейкопения. Предварительный диагноз:

- <variant> Системная красная волчанка
- <variant> Ювенильный ревматоидный артрит
- <variant> Ревматизм
- <variant> Гломерулонефрит
- <variant> Геморрагический васкулит

<question> Ребенок 13-ти лет. Беспокоит раздражительность, артралгии, неустойчивая походка, затруднения при подъеме по лестнице. При пальпации тестоватая плотность мышц голеней и предплечий. В крови креатинфосфокиназа, СОЭ повышены. Вероятный диагноз:

- <variant> Дерматомиозит
- <variant> Системная красная волчанка
- <variant> Склеродермия
- <variant> Геморрагический васкулит
- <variant> Ревматизм

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		78 стр. из 132

<question>Девочка 9 лет. Поступила в хирургическое отделение с болью в животе. Температура тела 37.8⁰ С. В крови лейкоцитоза нет. Утром на коже конечностей отмечена макуло-папулезная сыпь, исчезающая при надавливании. Вероятный диагноз:

- <variant> Геморрагический васкулит
- <variant> Острый лейкоз
- <variant> Корь
- <variant> Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
- <variant> Менингококкцемия

<question>Девочка 1,5 года. Маму беспокоит, что девочка ест мел. При осмотре бледность кожи, слизистых, ломкость ногтей. Кровоточивости нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается короткий систолический шум на верхушке. Печень +1 см. Селезенка не пальпируется. Сывороточное железо 7 ммоль/л. Вероятный диагноз:

- <variant> Железодефицитная анемия
- <variant> Острый лейкоз
- <variant> Врожденный порок сердца
- <variant> Тромбоцитопеническая пурпура
- <variant> Гемолитическая анемия

<question>У девочки 12 лет в течение нескольких месяцев отмечаются ночные боли в эпигастрии, аппетит сохранен, имеются признаки ваготонии. На ФГДС дефект слизистой двенадцатиперстной кишки. Частое осложнение данного заболевания:

- <variant> кишечное кровотечение
- <variant> стеноз привратника
- <variant> нарушение всасывания
- <variant> перфорация кишечника
- <variant> кишечная непроходимость

<question>Ребенок 8 лет жалуется на ноющие боли в области эпигастрия вскоре после еды. Изредка беспокоит тошнота, часто отрыжка, постоянно запоры. При осмотре: умеренная пальпаторная болезненность в эпигастрии, обложенность языка. Стул “овечий”. Вероятный диагноз:

- <variant> Гастродуоденит
- <variant> Холецистит
- <variant> Панкреатит
- <variant> Дискинезия желчных путей
- <variant> Колит

<question>Больной 12 лет, поступил в стационар с жалобами на сильные приступообразные боли, режущего, колющего характера в эпигастриальной области, чаще всего в ночное время. В дневное время боли стихают после приема пищи. Пальпация живота затруднена, отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, положительной симптом Менделя. Вероятный диагноз:

- <variant> Язвенная болезнь 12-перстной кишки
- <variant> Синдром раздраженного кишечника
- <variant> Острый гастрит
- <variant> Острый холецистит
- <variant> Острый аппендицит

<question>Ребенку 2 недели, находится на грудном вскармливании. В весе прибавил 100гр. Температуры, интоксикации нет. Беспокоен. При осмотре живот вздут. Кал пенистый, кислый, желто-зеленый. Вероятный диагноз:

- <variant> Первичная лактазная недостаточность

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			79 стр. из 132

<variant> Целиакия

<variant> Острая кишечная инфекция

<variant> Экссудативная энтеропатия

<variant> Вторичная лактазная недостаточность

<question>Девочку 13 лет, в течение последних 4 месяцев беспокоит наличие жидкого стула от 2 до 4 раз в день, преимущественно в утренние часы, при эмоциональном возбуждении отмечает императивные позывы к дефекации. Стул часто содержит примесь слизи, в ночное время стула не отмечается. При осмотре отклонений нет. Вероятный диагноз:

<variant> Синдром раздраженного кишечника

<variant> Целиакия

<variant> Острая кишечная инфекция

<variant> Хронический гастрит

<variant> Лактазная недостаточность

<question>У ребенка 8 месяцев отмечается недостаточная прибавка массы тела, раздражительность, Находится на грудном вскармливании, в течение двух месяцев получает овсяную и манную каши. При осмотре: патологии со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой систем нет, имеет место псевдоасцит, стул обильный с жирным блеском. В копрограмме стеаторея. Количество натрия, хлора в поту Не превышает нормы. Вероятный диагноз:

<variant> Целиакия

<variant> Муковисцидоз

<variant> Острая кишечная инфекция

<variant> Экссудативная энтеропатия

<variant> Вторичная лактазная недостаточность

<question>У девочки, 14 лет, отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ — 30 мм/ч. Вероятное обострение:

<variant> Хронического холецистита

<variant> Дискинезии желчевыводящих путей

<variant> Язвенной болезни желудка

<variant> Хронического гастродуоденита

<variant> Кишечной формы муковисцидоза

<question>Ребенку 8 мес. Отстает в физическом развитии. Наблюдается у нефролога.

Периодически возникают выраженные отеки, в моче высокая протеинурия. Лечение малоэффективно. У родственников больного отмечалась ранняя детская смертность. Вероятный диагноз:

<variant> Врожденный нефротический синдром

<variant> Острый гломерулонефрит, нефротический синдром

<variant> Врожденная аномалия мочеполовой системы

<variant> Инфекция мочевыделительной системы

<variant> Наследственный нефрит

<question>У недоношенного ребенка на 9 сутки жизни ухудшилось состояние. гипотония, потерял в массе 40г, однократно рвота «кофейной гущей». При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Выявлены хрипы в легких, одышка, тахикардия, гепатоспленомегалия, стул с зеленью.

Вероятный диагноз:

<variant> Сепсис

<variant> Пневмония

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		80 стр. из 132

<variant> Энтероколит

<variant> Гепатит

<variant> Миокардит

<question>Новорожденный ребенок вял, отказывается от груди, срыгивает. В весе потеря к 5 дню жизни более 18%. Кожа бледно-серая. Признаки менингоэнцефалита. В легких крепитирующие хрипы. Живот вздут, гепатолиенальный синдром. Пупочная ранка покрыта корочкой, гноится. В крови – лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево. Вероятный диагноз:

<variant> Сепсис

<variant> Врожденный токсоплазмоз

<variant> Листериоз

<variant> Врожденный сифилис

<variant> Флегмонозный омфалит

<question>У девочки 10 месяцев отмечены фебрильная температура в течение 5 дней, мочится часто, плачет при мочеиспускании, срыгивает, трижды рвота, жидкий стул. Кашля, изменений в легких нет. В копрограмме отклонений нет. Вероятный диагноз:

<variant> Острый пиелонефрит

<variant> Острая кишечная инфекция

<variant> Менингит

<variant> Пневмония

<variant> ОРВИ

<question>У девочки после купания в холодной реке отмечена боль внизу живота, частое мочеиспускание, рези при мочеиспускании. Отеков, гипертензии нет. В моче белка нет, лейкоцитурия, эритроциты свежие, плоский эпителий. Вероятный диагноз:

<variant> Острый цистит

<variant> Острый постстрептококковый гломерулонефрит

<variant> Острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдромом

<variant> Острый пиелонефрит

<variant> Вульвит

<question>У ребенка трех лет массивные отеки на лице, туловище, голенях и стопах, асцит, печень +3см. Суточный диурез составил 300 мл, АД – 95/55 мм рт.ст. В биохимическом анализе крови гипопроteinемия, гиперхолестеринемия, остаточный азот 14,2 ммоль/л, мочеви́на 5,5 ммоль/л. В моче высокая протеинурия, эритроцитов и лейкоцитов нет. Вероятный диагноз:

<variant> Липоидный нефроз

<variant> Острая почечная недостаточность

<variant> Острый гломерулонефрит

<variant> Аллергический отек Квинке

<variant> Вторичный нефротический синдром

<question>Ребенку 2 года, часто болеет. Выявлена бледность кожи, слизистых, энурез, ломкость ногтей. При осмотре температура в норме, кожа и слизистые бледные. Кровоточивости нет. Выслушивается систолический шум на верхушке. Печень +2 см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не учащено. Сывороточное железо 9 ммоль/л. Вероятный диагноз:

<variant> Железодефицитная анемия

<variant> Острый лейкоз

<variant> Врожденный порок сердца

<variant> Пиелонефрит

<variant> Гемолитическая анемия

<question>У ребенка в возрасте 2 недель на волосистой части головы в области устьев волосяных фолликул появились элементы гнойничковой сыпи, окруженные слабовыраженным

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			81 стр. из 132

венчиком гиперемии. Отмечаются умеренные симптомы интоксикации, температура повысилась до 37,30. В ОАК – анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ. Вероятный диагноз:

- <variant> Псевдофурункулез
- <variant> Эксфолиативный дерматит
- <variant> Пиодермия
- <variant> Фурункулез
- <variant> Флегмона

<question>Ребенок 6 мес. При рождении отмечался меконеальный илеус, дважды перенес пневмонию. Беспокоит упорный коклюшеподобный кашель с первого месяца жизни. На момент осмотра: аппетит удовлетворительный, но в весе не прибавляет. Одышки нет. В легких разнокалиберные влажные и сухие хрипы с обеих сторон. Запоры. Вероятный диагноз:

- <variant> Муковисцидоз
- <variant> Обструктивный бронхит
- <variant> Острый простой бронхит
- <variant> Очаговая пневмония
- <variant> Аллергический трахеит

<question>Ребенок 2 лет поступает в приемный отдел больницы с судорожным синдромом. Объективно: светловолосый, голубоглазый, правильного телосложения, от ребенка исходит «мышинный запах», на коже рук элементы экземы; значительно отстаёт в психомоторном развитии. Вероятный диагноз:

- <variant> Фенилкетонурия
- <variant> Болезнь кленового сиропа
- <variant> Гликогеноз II типа
- <variant> Синдром Клайнфельтера
- <variant> Болезнь Дауна

<question>Новорожденный, 25 дней. Отмечается с 3-го дня жизни желтушность кожи, склер, периодически осветленный кал. Печень +2см, селезенка не пальпируется. В крови гипербилирубинемия, присутствует прямой билирубин. Вероятный диагноз:

- <variant> Фетальный гепатит
- <variant> Физиологическая желтуха
- <variant> ГБН, желтушная форма
- <variant> Фенилкетонурия
- <variant> Ложная желтуха

<question>Девочка 5 лет, Жалобы на однократную рвоту, отеки на лице, ногах, появление мочи в виде «мясных помоев». Заболела через 2 недели после перенесенной ангины, суточный диурез 300-400мл. Вероятный диагноз:

- <variant> Гломерулонефрит
- <variant> Пиелонефрит
- <variant> Цистит
- <variant> Мочекаменная болезнь
- <variant> Туберкулез почек

<question>Больная 12 лет. Страдает сахарным диабетом 4 года. Получает инсулинотерапию. Во время урока физкультуры потеряла сознание, были кратковременные судороги. Кожа влажная. Температура в норме. Вероятный диагноз:

- <variant> Гипогликемическая кома
- <variant> Диабетический кетоацидоз
- <variant> Острая сердечная недостаточность

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()	
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		82 стр. из 132	

<variant> Менингит

<variant> Фебрильные судороги

<question>Ребенка беспокоит повышенная утомляемость, приступообразные, острые, боли в животе, повышение температуры. При пальпации живота болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Кэра, Ортнера. В анализе крови умеренный лейкоцитоз. Стул оформлен. Исследование, которое позволит точно выставить диагноз:

<variant> УЗИ печени, желчного пузыря

<variant> копрограмма

<variant> биохимия крови

<variant> ФГДС

<variant> дуоденальное зондирование

<question>У 8-летнего ребенка через 12 дней после перенесенной ангины появилась припухлость обоих коленных суставов, через 3-4 дня эти признаки исчезли. При осмотре признаки кардита. На коже туловища и плеч кольцевидная эритема. СОЭ – 45 мм/час. Антибиотик, который необходим для лечения данного заболевания-это:

<variant> пенициллин

<variant> гентамицин

<variant> левомицетин

<variant> линкомицин

<variant> ванкомицин

<question>Мальчику 12 лет, в связи с болями в эпигастрии, проведена фиброгастродуоденоскопия со взятием биопсии. Диагностирован поверхностный гастродуоденит. При исследовании биоптата обнаружена *Helicobacter pylori*. Препарат для эрадикации возбудителя:

<variant> омепразол

<variant> алмагель

<variant> гастрोцепин

<variant> но шпа

<variant> креон

<question>Ребенка беспокоит повышенная утомляемость, приступообразные, острые, кратковременные боли в животе без повышения температуры. При пальпации живота положительные симптомы Мерфи, Кера, область эпигастрия безболезненная. В анализе крови без отклонений. При дуоденальном зондировании время закрытия сфинктера Одди - 9 мин. Лекарственный препарат, который целесообразно включить в план общего лечения:

<variant> спазмолитики

<variant> желчегонные

<variant> ингибиторы протонной помпы

<variant> антибиотики

<variant> обезбаливающие

<question>Ребенок 6 дней. Субфебрильная температура, срыгивает. В течение двух дней на коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании отмечаются единичные полиморфные, окруженные венчиком гиперемии, вялые пузыри диаметром до 2 см с серозно-гнойным содержимым. По органам патологии нет. Мама обрабатывала кожу бриллиантовой зеленью. Препарат необходимо назначить больному:

<variant> цефтриаксон

<variant> диазолин

<variant> ихтиоловая мазь

<variant> анальгин

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			83 стр. из 132

<variant> преднизолон

<question>Новорожденный мальчик. Отмечается снижение рефлексов, вялое сосание. Родился переносенным, вес при рождении 4000кг. При осмотре: кожа сухая, бледная, пастозная; брадикардия. Живот увеличен, большой язык, пупочная грыжа. Стул через день. Скрининг тест, который необходимо провести для установления диагноза:

<variant> уровень ТТГ

<variant> тест на фенилкетонурию

<variant> сахар крови

<variant> инсулин крови

<variant> хлориды пота

<question>У девочки 3-х лет дизурия, высокая температура. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Отеков нет. В ОАК нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево. В ОАМ следы белка, пиурия. Ваша дальнейшая тактика для постановки диагноза:

<variant> бактериологическое исследование мочи

<variant> проба Нечипоренко

<variant> консультация хирурга

<variant> определение общего белка

<variant> кровь на стерильность

<question>Девочка 7 лет. Жалобы на боли в животе, учащенное мочеиспускания. Температура тела 38⁰, кожные покровы бледные, отеков нет, пальпация левой почки болезненна. В ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускорение СОЭ. ОАМ: белок-0.09г/л, эритроциты-1-2 в п/з., бактериурия, лейкоциты- сплошь все поля зрения. Лечение, которое необходимо назначить при данном заболевании:

<variant> антибиотики

<variant> антиагреганты

<variant> антикоагулянты

<variant> глюкокортикоиды

<variant> ограничение жидкости

<question>Мальчик 9лет, поступил с жалобами на отеки, слабость, отсутствие аппетита. Часто болеет фарингитами. Объективно: выраженные периферические и полостные отеки. АД-150/80мм.рт. ст. В ОАМ: высокая протеинурия, макрогематурия, цилиндрурия. Препараты для симптоматической терапии при данном заболевании:

<variant> диуретики, гипотензивные

<variant> антикоагулянты, антиагреганты

<variant> антибиотики, глюкокортикоиды

<variant> цитостатики, иммуномодуляторы

<variant> нестероидные противовоспалительные препараты, хинолиновые препараты

<question>Двухнедельный ребенок от отягощенной беременности. При осмотре: кожные покровы интенсивно желтушные, экзантемы. Гепатоспленомегалия. В биохимическом анализе крови повышен уровень общего билирубина, в основном за счет непрямой фракции. ИФА на ЦМВ положителен. Целесообразно назначение данному больному:

<variant> специфический иммуноглобулин

<variant> фототерапия

<variant> антибиотик

<variant> желчегонный препарат

<variant> инфузионная терапия

<question>Новорожденный ребенок родился от матери пожилого возраста. При осмотре выявлены следующие симптомы: плоское лицо, широкая переносица, «монголоидный» разрез

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			84 стр. из 132

глаз, отставание в психомоторном развитии, грубый систолический шум у левого края грудины, мышечная гипотония. Исследование, которое необходимо для постановки диагноза:

<variant> кариотип ребенка

<variant> ультразвуковое исследование внутренних органов

<variant> проба Феллинга

<variant> анализ родословной

<variant> определение гормонов щитовидной железы

<question> Девочка 3 лет. С 8 месячного возраста плохая прибавка в весе, вздутие живота, периодически возникающая рвота, обильный частый стул. В анализе кала - стеаторея.

Обследование, которое позволит точно поставить диагноз:

<variant> гистологическое исследование слизистой 12-перстной кишки

<variant> определение в кале сывороточного белка

<variant> потовый тест

<variant> проба Греггсона

<variant> ФГДС

<question> Девочка 5 лет. Жалуется на боли в животе, нарушение зрения, дыхание Куссмауля, гиперемия щек, сухость кожи, глазные яблоки мягкие, запах ацетона изо рта, зев гиперемирован, тахикардия. В течение нескольких недель беспокоила жажда, частые мочеиспускания, похудел на 2 кг. Отделение, в которое необходима госпитализация:

<variant> эндокринологическое

<variant> гастроэнтерологическое

<variant> инфекционное

<variant> пульмонологическое

<variant> кардиологическое

<question> У пятилетней девочки в течение четырех дней отмечается лихорадка до 38,50С. В моче обнаружен белок – 0,33 г/л, в осадке – лейкоциты сплошь, эритроциты 0-1 в поле зрения. Рациональной диетотерапией при данном заболевании является:

<variant> увеличение жидкости

<variant> белковая диета

<variant> ограничение соли

<variant> ограничение углеводов

<variant> обогащение калий содержащими продуктов

<question> Больной 12 дневный, родился в срок с весом 4,5кг. Ребенок рыхлый, полный, подкожно жировой слой развитый хорошо. Тонус мышцы снижен, дыхание шумное затрудненное, голос грубый. При сосании появляется цианоз, беспокойный. На рентгенограмме грудной клетки тень средостения, вверху расширена, «капельное» сердце. Периодическое повышение температуры. Получал активное гормональное, дезинтоксикационное лечение, антибиотикотерапию, безрезультатно. Ребенок умер от нарастающей ДН. Вероятный предварительный диагноз:

<variant> тимико лимфатический статус, синдром внезапной смерти

<variant> острая надпочечниковая недостаточность

<variant> гемолитика уремический синдром

<variant> полигиповитаминоз

<variant> острая печеночная недостаточность.

<question> В отделении патологии новорожденных доношенный ребенок 11 дней. У малыша отмечается склонность к запорам (стул после введения газоотводной трубки) и сохраняется желтушность кожных покровов, недостаточная прибавка массы тела. Из анамнеза: мама наблюдается у эндокринолога. Ребенок родился с весом – 4200г. При осмотре: широкая

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()	
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		85 стр. из 132	

переносица, широко расставлены глаза, открытый рот, большой толстый язык, пупочная грыжа, общая пастозность. Ребенок вялый, сонливый. Взгляд фиксирует, но следит кратковременно. Выраженная вегето-сосудистая реакция кожи по парасимпатическому типу. Некоторая мышечная гипотония на фоне нормальных глубоких рефлексов. Несколько снижен рефлекс опоры и шаговой рефлекс. Очаговой симптоматики нет. ЧДД – 38 в 1 минуту, ЧСС 100 в 1 мин. Внутренние органы без видимой патологии. Заместительной терапией для данного состояния является:

- <variant> L- тироксин
- <variant> преднизолон
- <variant> мерказолил
- <variant> гидрокортизон
- <variant> дексаметазон.

<question>На приеме ребенок 6 лет. Жалобы на боли в суставах, утреннюю скованность, лихорадку. Суставной синдром с 2 лет. Эффект от нестероидных препаратов временный. При осмотре, состояние тяжелое, отстает в физическом развитии, пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных суставов. Пальпируются подмышечные, локтевые лимфоузлы. Коленные, голеностопные, лучезапястные суставы, увеличены в объеме, горячие на ощупь, с ограничением движения. Границы сердца расширены влево. Печень +5 см. В ОАК: Hb-90 г/л, L-15,0·10⁹/л, СОЭ-45мм/час. В ОАМ:белок-0,33% в п/зрения. Ваш диагноз:

- <variant> Ювенильный ревматоидный артрит
- <variant> Анкилозирующий спондилоартрит
- <variant> Болезнь Рейтера
- <variant> Синдром Стилла
- <variant> Синдром Вислера –Фанкони

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

- <variant> ювенильный дерматомиозит
- <variant> ревматизм
- <variant> ревматоидный артрит
- <variant> склеродермия
- <variant> системная красная волчанка

<question>При осмотре обнаружено, что у ребенка 2-х месяцев имеется отставание в росте, который составляет 25% от нормы. Нервно- психическое развитие соответствует возрасту. Вероятный диагноз:

- <variant> Нанизм
- <variant> гипотрофия I степени
- <variant> Хондродистрофия
- <variant> гипотрофия II степени
- <variant> гипотрофия III степени

<question>Больная 14 лет, жалуется на прогрессирующее уплотнение и утолщение кожи на пальцах рук, затрудненное дыхание, появление болей в левой половине грудной клетки и ощущение «кома» в горле после проглатывания пищи. В течение 2 месяцев синдром Рейно. Вероятный диагноз:

- <variant> ювенильный дерматомиозит
- <variant> ревматоидный артрит
- <variant> системная красная волчанка

-	ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			86 стр. из 132

<variant> системная склеродермия

<variant> ревматизм

<question>Больная 10 лет, жалуется на повышение температуры тела до 37,8°C, боли в суставах. В анамнезе 2 недели назад переболела ангиной. Перкуторно: границы сердца расширены на 1 см вправо, аускультативно – притупление обоих тонов, систолический шум. ФКГ: высокочистотный эндокардиальный шум. Лабораторно: СОЭ – 20 мм\час., L- 8,5x10⁹\л, количество антистрептолизина 0 увеличено.

Поставьте диагноз:

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

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

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

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

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

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

В первую очередь нужно исключить врожденную инфекцию:

<variant> листериоз

<variant> коревая краснуха

<variant> токсоплазмоз

<variant> фетальный гепатит

<variant> цитомегалия

<question>Ребенку 7 дней, извлечен щипцами. При осмотре малоактивен, сосет хорошо, крик громкий. Левая рука прижата к боку, ротирована, движения в ней отсутствуют, беспокойство при пеленании, вялый паразет верхних конечностей. Диагноз у ребенка: перелом левой ключицы. Целесообразная тактика лечения новорожденного:

<variant> Иммобилизация ключицы слева

<variant> Витамины

<variant> Гормоны

<variant> Физиопроцедуры

<variant> Противовоспалительные препараты

<question>Ребенок 7 дней, родился от первых родов с массой 3800г, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. У матери группа крови 0(I), у ребенка А (II). В анамнезе задержка отхождения мекония, рвота. При осмотре кожные покровы и склеры желтушной окраски, сухие, петехиальная сыпь на туловище, пупочная грыжа, лицо несколько отечно, переносица уплощена, макроглоссия, редкий стул, брадикардия, периодически ахоличный стул.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> Врожденный гипотиреоз

<variant> Токсический гепатит

<variant> Синдром Криглера-Найяра

-	ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			87 стр. из 132

<variant> Анемия Даймонда-Блэкфмана

<variant> Синдром врожденной краснухи

<question>Новорожденный 12 дней, родился в срок с массой 3000г, оценка по шкале Апгар 8 баллов. Жалобы на гнойное отделяемое из пупочной ранки, субфебрилитет. Объективно: ребенок вялый, срыгивает, плохо сосет, отек и гиперемия пупочного кольца, инфильтрация жировой клетчатки вокруг пупка, кожа горячая, расширены сосуды на передней брюшной стенке. Ваш предварительный диагноз:

<variant> Омфалит

<variant> Гангрена пупочного канатика

<variant> Заболевания пупочных сосудов

<variant> Язва пупка

<variant> Мокнувший пупок

<question>Новорожденный от III затяжных родов, родился в ягодичном предлежании, матери 48 лет. Объективно: правая рука ребенка приведена к туловищу, разогнута в локтевом суставе, повернута внутрь, ротирована в плечевом суставе, кисть повернута назад и кнаружи. Ваш предварительный диагноз:

<variant> Паралич Дюшен-Эрба

<variant> Перелом ключицы

<variant> Остеомиелит плеча

<variant> Врожденная миопатия

<variant> Врожденная гемигипоплазия

<question>У новорожденного характерен симптомокомплекс: спинальный шок, нарушения со стороны дыхательной системы, двигательные и чувствительные функции сфинктеров нарушено. Ваш диагноз:

<variant> кровоизлияние в спинной мозг

<variant> субарахноидальное кровоизлияние

<variant> внутрижелудочковое кровоизлияние

<variant> кефалогематома

<variant> травматическое повреждение плечевого сплетения

<question>У новорожденного в возрасте 4-х часов определяется распространенный отек мягких тканей в области теменных и затылочных костей черепа мягко-эластической консистенции. Ваш диагноз:

<variant> Родовая опухоль

<variant> Флегмона волосистой части головы

<variant> Кефалогематома

<variant> Перелом костей черепа

<variant> Ушиб теменной области

<question>Какие лекарственные препараты назначают детям с перинатальным поражением ЦНС при синдроме двигательных нарушений?

<variant> Актовегин, пирроцетам

<variant> Фенобарбитал, лоразепам

<variant> Витамин В6, фенобарбитал

<variant> Глицерол, магне В6

<variant> Викасол, этамзилат натрия

<question>У ребенка на 3 день затруднение носового дыхания, вокруг рта и носа макулопапулезные высыпания медного цвета. На подошвах и ладонях – диффузное покраснение. Губы сухие, утолщенные, радиальные трещины. Обнаружена гепато- и

-	OŇTÝSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		88 стр. из 132

спленомегалия, желтуха. У мамы положительная реакция Вассермана. В лечении из ниже перечисленного приемлемым является:

- <variant> Пенициллин
- <variant> Реоферон
- <variant> Метронидазол
- <variant> Кортикостероиды
- <variant> Сумамед

<question>На приеме ребенок 7 месяцев. После осмотра обнаружено отставание в психомоторном развитии, 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. Предполагаемый диагноз:

- <variant> фенилкетонурия
- <variant> фруктоземия
- <variant> галактоземия
- <variant> гликогеновая болезнь
- <variant> гипотиреоз

<question>Ребенок от 4 беременности, 1 родов в 42 недели. Первые 3 беременности закончились мед. абортами. Матери 35 лет страдает гипертонической болезнью. Беременность протекала в виде горохового супа. Масса ребенка после рождения 3000 г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 2 балла, генерализованный цианоз полностью отсутствует, двигательная активность и рефлекторная возбудимость. Пульс нитевидный 60 раз в мин. Дыхание отсутствует. Укажите диагноз:

- <variant> асфиксия тяжелой степени
- <variant> асфиксия умеренная
- <variant> асфиксия легкой степени
- <variant> асфиксия средней степени
- <variant> бронхиальная астма

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

Скорость оседания эритроцитов - 15 мм/час, СОЭ 26 мм/ч. В анализе мочи удельный вес - 1010, белок - 0,048, лейкоциты сплошь, эритроциты - 0, эпителий, слизь. Диагноз по классификации:

- <variant> пиелонефрит первичный, активный
- <variant> пиелонефрит первичный, активный, обструктивный
- <variant> пиелонефрит вторичный, активный
- <variant> пиелонефрит вторичный, активный, обструктивный
- <variant> пиелонефрит хронический, активный

<question>Через неделю после ОРЗ по всему телу ребенка появилась сыпь несимметричная полиморфная, полихромная, кровоизлияние на слизистой рта, кровотечение из носа.

Объективно: со стороны сердца умеренная тахикардия, тоны приглушены, систолический шум на верхушке. Предварительный диагноз:

- <variant> болезнь Верльгофа
- <variant> аномалия Мея-Хеглина

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()	
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	89 стр. из 132	

<variant> тромбастения Гланцмана

<variant> болезнь Виллебранта

<variant> синдром Вискотта-Олдрича

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

<variant> кортикостероиды

<variant> муколитики

<variant> гепатопротекторы

<variant> антикоагулянты

<variant> антибиотики

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

<variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу

<variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу

<variant> хронический панкреатит

<variant> хронический энтерит

<variant> хронический колит

<question> 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. Предварительный диагноз :

<variant> железодефицитная анемия

<variant> витаминодефицитная анемия

<variant> белководефицитная анемия

<variant> гемолитическая анемия

<variant> апластическая анемия

<question> Вызов на дом ребенку 6 лет. Жалобы на осиплость голоса, афония, дисфагия.

Состояние ребенка средней тяжести. При осмотре признаки стридора, одышка, цианоз.

Назначьте медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

<variant> Преднизолон 2-3 мг/кг в/в 7 дней

<variant> Преднизолон 5-6 мг/кг в/в 7 дней

<variant> Преднизолон 10-20 мг/кг в/в 7 дней

<variant> Преднизолон 4-5 мг/кг в/в 7 дней

<variant> Преднизолон т5-7 мг/кг в/в 7 дней

<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 фурациллина. 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

	OŇTÝSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			90 стр. из 132

<variant> Желтуха при синдроме Жильбера

<question> Мальчик 14 лет. Жалобы на изжогу, боли в эпигастрии, спустя 1,5-2 часа после приема пищи. В анамнезе отец страдает язвенной болезнью желудка. На ФГДС: язвенный дефект в антральном отделе желудка. К терапии первой линии относится:

<variant> омепразол 20 мг 2 раза в день через 12 ч., кларитромицин 15 мг/кг в 2 приема, метронидазол 20 мг/кг в 2 приема в течении 14 дней

<variant> субцитрат висмута 120 мг 4 раза, тетрациклин 25 мг/кг в 4 приема, фуразолидон 10 мг/кг в 3 приема.

<variant> сукральфат 500 мг по 1 таблетке 3 раза, Де-нол 120 мг по 1 таблетке 3-4 раза в день.

<variant> пантопразол 20 мг 1 раз в день, кларитромицин 30 мг/кг в 3 приема, амоксициллин 100 мг/кг 2 раза.

<variant> омепразол 50 мг 2 раза в день через 12 часов, метронидазол 50 мг/кг в 3 приема, тетрациклин 25 мг/кг в 4 приема.

<question> У 10-летнего ребенка кашель в течение трех недель на фоне симптомов интоксикации. Для раннего выявления туберкулеза у ребенка семейный врач должен назначить:

<variant> пробу Манту и флюорографию

<variant> пробу Пирке и флюорографию

<variant> пробу Манту с 2 ТЕ и рентгеноскопию

<variant> рентгенографию и флюорографию грудной клетки

<variant> пробу Коха и флюорографию

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

<variant> ревматизм, госпитализация

<variant> ревматизм, амбулаторное лечение

<variant> инфекционно-аллергический миокардит, госпитализация

<variant> инфекционно-аллергический миокардит, амбулаторное лечение

<variant> врожденный порок сердца, госпитализация

<question> У ребенка 6 месяцев обнаружено отставание в психомоторном развитии. Родители являются троюродными братом и сестрой. У них темные волосы и карие глаза. У девочки светлые волосы, голубые глаза и очень светлая кожа. Девочка редко гулит, мимика бедная, не сидит, не ползает, прорезывание зубов не намечается. Выражены явления аллергодерматоза. Несмотря на отсутствие симптомов рахита, ребенок легко потеет. Пот имеет специфический «мышинный» запах. Со слов матери у ребенка с рождения отмечается склонность к запорам. В анамнезе дважды ОРВИ с судорожным синдромом. Ваш предполагаемый диагноз:

<variant> фенилкетонурия

<variant> фруктоземия

<variant> галактоземия

<variant> гликогеновая болезнь

<variant> гипотиреоз

<question> Новорожденный, родился с весом-4200г. В возрасте двух дней определяется болезненность при движении правой руки, отек и крепитация в области правой ключицы. Рефлекс Моро справа НЕ вызывается. Ваш предварительный диагноз.

<variant> Перелом ключицы

<variant> Ушиб мягких тканей

<variant> Перелом плечевой кости

<variant> Церебральная ишемия

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		91 стр. из 132

<variant> Парез Эрба-Дюшенна

<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 изменение 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>Ребенку 12 лет, жалуется на ноющие, тупые боли в правом подреберье, усиливаются при сильных эмоциях, погрешностях в диете. Диспепсические явления. Прием спазмолитиков (но-шпы и других) не улучшает состояния. Ваш диагноз:

<variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу

<variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу

<variant> хронический панкреатит

<variant> хронический энтерит

<variant> хронический колит

<question>На приеме врача ребенок с жалобами на внезапное повышение температуры, боль в крупных суставах, признаки кардита, диагноз ОРЛ. Назначьте медикаментозное лечение

<variant> Амоксициллин, диклофенак

<variant> Азитромицин, амоксициллин

<variant> Метилпреднизалон, цефазолин

<variant> Кларитромицин, цефутоксим

<variant> Цефтазидим, ацетилсалициловая кислота

<question>При осмотре новорожденного врач выявляет следующие симптомы цианоз, ретракция грудной клетки, тахипноэ, раздувание крыльев носа, ослабленное дыхание в легких. Ваш диагноз:

<variant> РДС

<variant> Пневмония

<variant> Бронхит

<variant> Кардит

<variant> Пиелонефрит

<question>Больной Н.8 лет, стоит на «Д» учете с диагнозом нефротический синдром. Назначьте тактику лечения:

<variant> Диета 7, преднизолон 80 мг/кг

<variant> Диета 7, диуретики

<variant> Диета 8, преднизолон 40 мг/кг

<variant> Диета 7, циклоспорины 5 мг/кг

<variant> Преднизолон 30 мг/ кг

<question>Больной М, 12 лет. 3 недели назад болел фарингитом, Жалобы на изменение цвета мочи, отеки и повышение артериального давления, боли в пояснице, повышение температуры до 39 градусов. При осмотре: отеки на нижних конечностях, расширение границ сердца. Ваш диагноз:

<variant> Острый нефротический синдром

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		92 стр. из 132

<variant> Острый пиелонефрит

<variant> Острая пневмония

<variant> Кардит врожденный

<variant> Острый бронхолит

<question>Ребенку 3 года, обращается первый раз. Жалобы на отеки лица и колени, асцит, АД- 90/60 мм.рт.ст, В моче: белки- 3,3 г/л, эритроциты- 2-5 в п/з, лейкоциты- 2 в п/з, гр. Цилиндры – 5-6 в п/з, Общий белок в крови- 50 г/л, холестерин- 9 ммоль/л. Ваш диагноз:

<variant> Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом

<variant> Пиелонефрит

<variant> Мочекаменная болезнь

<variant> Интерстициональный нефрит

<variant> Почечная колика

<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, непрямоy 78ммоль/л. Выставлен диагноз «Неонатальная желтуха». Данная желтуха по клинической классификации относится к виду:

<variant> Коньюгационная желтуха

<variant> Гемолитическая желтуха

<variant> Механическая желтуха

<variant> Паренхиматозная желтуха

<variant> Смешанная желтуха

<question>Мальчик, 2 лет наблюдается по поводу кишечной формы муковисцидоза. Получает заместительную ферментотерапию. В настоящее время стул нормализовался. Ваша тактика:

<variant> Ферментотерапия в той же дозировке

<variant> Отмена ферментотерапии

<variant> Повысить дозу ферментов

<variant> Уменьшение дозы ферментов

<variant> Уменьшить дозу ферментов через месяц

<question>У ребенка 3 месяцев на второй день заболевания ОРВИ появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер, усилилась бледность. При аускультации сердца в точке Боткина стал четко определяться умеренной силы систолический шум. При обследовании увеличенного в объеме живота пальпируются умеренно плотные печень +3 см и селезенка +2,5 см. В анализе крови: эритроциты – 2,4 г/л, гемоглобин 79 г/л, ретикулоциты 36 %, лейкоцитоз 12 г/л, СОЭ 10 мм/ч. Ваш предположительный диагноз:

<variant> Гемолитическая анемия

<variant> Вирусный гепатит

<variant> Септический эндокардит

<variant> Острый лейкоз

<variant> Железодефицитная анемия

<question>Ребенок 7 месяцев. Родился в Закавказьи. Имеется сплено – и гепатомегалия. В анализах крови анемия гипохромная, обнаруживаются мишеневидные эритроциты, сывороточное железо повышено. Ваш предположительный диагноз:

<variant> Серповидно – клеточная анемия

<variant> Анемия Минковского - Шеффара

<variant> В-12 дефицитная анемия

-	OŇTÝSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			93 стр. из 132

<variant> Фолиеводефицитная анемия

<variant> Лейкоз

<question>У ребенка 6 лет дебют чистого нефротического синдрома. Ваша тактика:

<variant> Диета, преднизолон 60 мг/кг

<variant> Диета, преднизолон 40 мг/кг

<variant> Диета, диуретики 1-2 недели, затем преднизолон 30 мг/кг

<variant> Диета, диуретики 1-2 недели

<variant> Циклоспорин А - 5 мг/кг

<question>Девочка 3 лет, после перенесенного ОРЗ: отеки, асцит, олигурия. Ваш диагноз и тактика:

<variant> Нефротический синдром, анализ мочи, преднизолон

<variant> Кардит, эхокардиограмма

<variant> Пиелонефрит, антибиотики

<variant> Аллергический отек, антигистаминные препараты

<variant> Пневмония, обзорная рентгенография грудной клетки

<question>У ребенка 10 лет транзиторные отеки, в моче - протеинурия, гематурия, болен 1 год. Морфологическая картина: при световой микроскопии мезангиальные депозиты и двойные контуры мембраны. Иммунофлюоресценция: гранулярное отложение IgG и C3 в мезангии и субэндотелии капиллярных петель. Электронная микроскопия: мезангиальная пролиферация с иммунными депозитами: интерпозиция мезангия между базальной мембраной клубочков и эндотелием, субэндотелиальные электронно-плотные депозиты, окруженные новой базальной мембраной, что приводит к появлению двойных контуров.

Ваше заключение:

<variant> мембрано - пролиферативный ГН

<variant> минимальные изменения

<variant> фокально-сегментарный гломерулосклероз

<variant> мембранозная нефропатия

<variant> экстракапиллярный ГН

<question>Мальчик 5 лет, выраженные отеки до анасарки, АД 90/55мм.рт.ст., креатинин в сыворотке крови 0,065ммоль/л, об.белок 35 г/л, холестерин 19,3 ммоль/л, протеинурия 1,5 г/сут (более 1 г/м2/сут), эр. 2 в п/з. Вероятный диагноз:

<variant> нефротический синдром с минимальными изменениями

<variant> мембранозная нефропатия

<variant> очаговый сегментарный гломерулосклероз

<variant> мембранопротеративный гломерулонефрит

<variant> JgA нефрит

<question>Больной А., 7 лет. Жалобы на болезненность и отечность в месте укуса пчелы. При осмотре: на предплечье отмечается отек, гиперемия, уртикарии диаметром около 10 см. Поставьте диагноз:

<variant> инсектная аллергия

<variant> атопический дерматит

<variant> контактный дерматит

<variant> латексная аллергия

<variant> экзема

<question>Больная М. 9лет. обратилась к аллергологу с жалобами на отек губ, век, лица при употреблении орехов. При осмотре кожа в зонах отека плотноэластической консистенции, белого цвета, припухлая. Ваш диагноз:

<variant> отек Квинке

-	ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			94 стр. из 132

<variant> острая крапивница

<variant> атопический дерматит

<variant> инсектная аллергия

<variant> латексная аллергия

<question>У ребенка 3 лет на фоне премедикации (лидокаин) через 15 минут появились затрудненное дыхание, отек в области шеи и лица, афония. Ваша тактика:

<variant> Ввести 2% раствор супрастина 0,1 мл/год жизни, 3 % преднизолон 1 мг/кг в/м

<variant> Ввести 2% раствор супрастина 0,1 мл/год жизни, провести интубацию

<variant> Вести 2% раствор супрастина 0,1 мл/год жизни, пенициллин 250 000 в/м.

<variant> Ввести 2,5% раствор пипольфена 0,1 мл/год жизни, пенициллин 250 000 в/м

<variant> Ввести 2,5% раствор пипольфена 0,1 мл/год жизни, провести интубацию

<question>Ребенок 13 лет со стенозом митрального клапана, последнее время беспокоит одышка, нарушение сна, появление страха, тахикардия. При осмотре пастозность лица, диффузный цианоз, в легких крепитирующие хрипы. Для снятия отека необходимо ввести:

<variant> Фуросемид 1 мг/кг разовая доза

<variant> 0,05 % строфантин 0,1 мл/год

<variant> Дроперидол 0,5 мг/год

<variant> Дигоксин 0,01 мг/кг

<variant> Морфина сульфат 0,15 мг/кг

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

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

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

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

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

<variant> Анемия железодефицитная, I-II степени, гипохромная, смешанной этиологии

<question>Мама с ребенком 4 лет на приеме в СВА. Состояние средней степени тяжести. Обильное кровотечение из носа. Бледный. На коже туловища и конечностей обильная геморрагическая сыпь, полиморфная, полихромная, несимметричная. Пульс 100 в 1 мин. Селезенка +1,0 см. В развернутой анализе крови: Нв-94 г/л, эр.- $2,7 \times 10^9/л$, лейкоц.- $4,5 \times 10^9/л$, тромбоц.- $15 \times 10^9/л$, с-68, л-32, СОЭ-18мм/час, длительность кровотечения по Дюку-15 мин, свертываемость-3 мин., 40 секунд. Включить в план общего лечения лекарственный препарат:

<variant> преднизолон

<variant> гепарин

<variant> амбробени

<variant> аспирин

<variant> метотрексат

<question>На прием врачу обратилась мама, девочки 8 лет с жалобами на лихорадку, слабость, недомогание, миалгию и артралгию. Из анамнеза: заболела остро. Мать отмечает снижение массы тела и мышечной силы в течение последнего месяца. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозные высыпания с лиловым оттенком на лице в параорбитальной области, в области декольте и над пястно-фаланговыми и проксимальными

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	95 стр. из 132

межфаланговыми суставами кистей и над крупными суставами конечностей. Также наблюдаются покраснение, шелушение и растрескивание кожи ладоней, трофические нарушения в виде ксеродермии, ломкости ногтей, алопеции. Резкая болезненность мышц голеней и предплечий. Группа лекарственных препаратов для лечения данного заболевания:

<variant> глюкокортикостероиды

<variant> антибиотики

<variant> лазикс

<variant> сальбутамол

<variant> корглюкон

<question>У ребенка 10 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> ведение жаропонижающих препаратов

<variant> физические методы охлаждения

<variant> введение аминазина с пипольфеном

<variant> введение дроперидола

<variant> введение антибиотика

<question>Ребенку с предварительным диагнозом «ревматическая лихорадка» необходимо назначить:

<variant> госпитализацию

<variant> биохимический анализ крови

<variant> консультацию кардиоревматолога

<variant> клинический анализ крови

<variant> ЭКГ амбулаторно

<question>К врачу обратилась мама с 3-х мес ребенком, находящимся на искусственном вскармливании. При осмотре отмечают гиперемия и шелушение щек, в паховых и подмышечных складках покраснение кожи, мацерация, папулезная сыпь. Ваш диагноз:

<variant> атопический дерматит

<variant> пеленочный дерматит

<variant> нейродермит

<variant> контактный дерматит

<variant> стрептодермия

<question>Ребенку 5 месяцев, жалобы на жидкий стул, рвоту в течение 2-х дней.

Необходимо провести в первую очередь исследование в условиях ПМСП:

<variant> копрологическое исследование

<variant> УЗИ брюшной полости

<variant> биохимический анализ крови

<variant> вирусологическое исследование

<variant> кал на яйца глист

<question>Ребенку 4 года, проходит медицинский осмотр в детский сад. Необходимый первоочередной анализ:

<variant> кал на яйца глист 3-хкратно

<variant> общий анализ кала

<variant> кал на бактерионосительство

<variant> кал на копрограмму

<variant> кал на скрытую кровь

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		96 стр. из 132

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

- <variant> нейросонография
- <variant> спинно-мозговая пункция
- <variant> рентгенография грудной клетки
- <variant> УЗИ сердца
- <variant> бронхография

<question>Девочка от 3-й патологически протекавшей беременности, преждевременных стремительных родов на 32-34-й неделе. Родилась в асфиксии, оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. Состояние после рождения тяжелое, кожные покровы цианотичные. Крик слабый, судорожная готовность, нистагм, тремор конечностей. Вероятен следующий диагноз:

- <variant> перинатальное поражение ЦНС
- <variant> менингит
- <variant> врожденный порок сердца
- <variant> внутриутробная пневмония
- <variant> гемолитическая болезнь

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

Для подтверждения диагноза необходимо провести исследование:

- <variant> исследование ликвора
- <variant> общий анализ крови
- <variant> общий анализ мочи
- <variant> кал на яйца глист
- <variant> общий анализ кала

<question>Ребенок от 2-ой беременности, преждевременных родов на 33-35-й неделе. Родился в асфиксии, оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы цианотичные, клонико - тонические судороги, крик слабый.

Для ликвидации судорог данному ребенку необходимая доза препарата:

- <variant> диазепам в дозе $0,5 \text{ мг/кг}$ массы в/м
- <variant> диазепам в дозе $1,0 \text{ мг/кг}$ массы в/м
- <variant> раствор седуксена $1,0 \text{ мл в/в}$
- <variant> диазепам в дозе $1,5 \text{ мг/кг}$ массы в/м
- <variant> диазепам в дозе $0,1 \text{ мг/кг}$ массы в/м

<question>У ребенка 5 мес крик слабый, кожные покровы бледные, тремор подбородка.

Глазные яблоки плавающие, нистагм. Уровень глюкозы в крови – $2,0 \text{ ммоль/л}$, уровень кальция – $2,3 \text{ ммоль/л}$, Уровень магния – $0,92 \text{ ммоль/л}$. К первоочередным мероприятиям при судорожном синдроме относится введение:

- <variant> диазепама
- <variant> лазикса

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		97 стр. из 132

<variant> преднизолона

<variant> витаминов

<variant> пенициллина

<question>Ребенок 8 лет перенес 2 атаки ревматизма, сформировалась митральная недостаточность. В этой ситуации проводить профилактику бициллином необходимо в течение .

<variant> 5лет

<variant> 2 лет

<variant> 3 лет

<variant> 1 года

<variant> 10 лет

<question>Больной , 7 лет, с жалобами на повышение температуры до 37,5⁰-37,8 ° С в течение трех недель, снижение аппетита, слабость, недомогание, повышенную потливость, схваткообразные боли в животе перед актом дефекации, частый (6–8 раз в сутки) жидкий стул с прожилками крови и слизью, боли в крупных суставах. При осмотре кожа бледная, чистая. Живот не вздут, мягкий, резко болезненный в левой половине живота. В ОАК: Нв . 100 г/л, Эр - 3,8' 10¹², СОЭ - 17 мм/ч. Кал на скрытую кровь положительно. При проведении ректороманоскопии выявлены отек и гиперемия слизистой оболочки прямой кишки, выраженная контактная кровоточивость, геморрагии, эрозии и две язвы неправильной формы, густые наложения на стенках кишки. Лечение данного заболевания является:

<variant> Спазмолитики

<variant> Сульфаниламидные препараты

<variant> Антидиарейные препараты

<variant> Заместительная ферментативная терапия

<variant> Антибиотики

<question>Больная, 11 лет, в течение шести лет отмечает резкую слабость, повышенную утомляемость, значительное похудание, усиленное выпадение волос, кровоточивость десен, головокружение, боли в костях и мышцах, жидкий стул 1 - 10 раз в день со зловонным запахом и слизью, вздутие, урчание живота, отеки ног. Отмечается бледность кожи, снижение ее тургора. Подкожный жировой слой отсутствует. Голени пастозны. Мышечный тонус снижен. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Язык влажный, сосочки сглажены, по краям - отпечатки зубов. Десна рыхлые, легко кровоточат. В углах рта - трещины. Живот умеренно вздут, больше вокруг пупка, при пальпации умеренно болезненный по всей поверхности живота, больше в вокруг пупка. Пальпируется болезненная печень на 3 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии. Назначьте диету:

<variant> Диеты № 4б

<variant> Диеты №5

<variant> Диеты № 1а

<variant> Диеты № 15

<variant> Диеты № 8

<question>Девочка 2,5 года. Жалобы на болезненность при мочеиспускании, частыми, малыми порциями. Два дня назад была ОРВИ. В анализах мочи: мутная, белок 0,058 г/л, эпителий 10-12 в п.зр., лейкоциты 15-18 в п.зр., эритроциты (свежие) 8-10 в п.зр. Предлагаемым диагнозом является:

<variant> инфекция мочевыводящих путей. Острый цистит

<variant> острый гломерулонефрит, нефритический синдром

<variant> липоидный нефроз

<variant> хронический цистит

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			98 стр. из 132

<variant> диметаболическая нефропатия

<question>Больной 12 лет. С 5 лет аллергический дерматит, последние 2 года в анализах мочи: оксалаты 36,2 мг/сут, эр. 2-4 в пзр., белок 0,08 г/л, лейкоциты 2-3 в пзр. У ребенка возможен диагноз:

<variant> диметаболической нефропатии

<variant> наследственного нефрита с гематурией

<variant> хронического пиелонефрита

<variant> интерстициальный нефрит

<variant> хронический гломерулонефрит

<question>Мальчик 6 лет. В 3-4 лет родители заметили снижение слуха, при потуплении в подготовительный класс школы обнаружено в анализах мочи белок 0,09 г/л, лейкоциты 12-14 в п.зр., лейкоциты 2-3 в п.зр. При пробе Нечипоренко: лейкоц. 1800, эр. 12.000 в мл.

Предполагаемый диагноз:

<variant> наследственный нефрит. Синдром Альпорта

<variant> острый гломерулонефрит, нефритический синдром

<variant> хронический цистит

<variant> хронический пиелонефрит

<variant> капилляротоксический нефрит

<question>Больной 10 лет. Заболел остро. Отеки по типу анасарки. В ОАК: общий белок 38 г/л., холестерин 12, ммоль/л, мочевины 7,6 ммоль/л, креатинин 0,008 МКМоль/л. В ОАМ: белок 4,6 г/л, лейкоц 8-9 в пзр., эр. 2-4 в пзр. Комплексным патогенетическим лечением является:

<variant> преднизолон, курантил, гепарин

<variant> метотрексат, курантил, цинилин

<variant> пенциллин, гепарин, аскорутин

<variant> индометацин, хибитс, фенилин

<variant> ампициллин, гепарин, циклофосфамид

<question>Мальчик 13 лет, болен с 7 лет. В дебюте калилляротоксический нефрит. Рецидивы 3-4 раза в год. Поступает с ОАК: общ. белок 60 г/л, холестерин 8,2 ммоль/л, мочевины 28 ммоль/л, креатинин 0,3 ммоль/л, остаточный азот 60 ммоль/л. Ребенку показано назначение:

<variant> гемодиализной терапии

<variant> пульс-терапии преднизолоном

<variant> заменное переливание крови

<variant> цитостатическая терапия

<variant> пересадка почки

<question>Мальчик 10 лет, болен 2 года, беспокоят боли в поясничной области. Симптом поколачивания положительный справа. В анализах мочи: лейкоц. 20-25 в п.зр., эр. в п.зр. Для уточнения диагноза ребенку показано обследование:

<variant> экскреторная урография

<variant> пункционная биопсия почки

<variant> компьютерная томография

<variant> ангиография почечных сосудов

<variant> радиоизотопная ренография

<question>Мальчик 11 лет, заболел остро, отеки по всему телу, в брюшной полости определяется уровень жидкости. В анализах крови: общ. белок 42 г/л., холестерин 14,2 ммоль/л, ост. азот 22 ммоль/л, мочевины 6,7 ммоль/л. В ан. мочи: суточный диурез 300мл, моча мутная, белок 9,3 г/л, эр. 1-2 в п.зр., лейкоц 2-4 в п.зр. Клиническим диагнозом является:

<variant> о. гломерулонефрит, нефритический синдром

<variant> о. гломерулонефрит, нефритический синдром

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()	
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		99 стр. из 132	

<variant> липоидный нефроз

<variant> о. почечная недостаточность

<variant> о.пиелонефрит

<question>Ребенок 6 лет. Жалобы родителей на О-образное искривление нижних конечностей, наблюдаемое с 2-х лет. Получала профилактические дозы витамина "Д".Предполагаемым диагнозом является:

<variant> фосфат - диабет

<variant> витамин Д-дефицитный рахит

<variant> тубулопатия

<variant> остеодисплазия

<variant> хондродистрофия

<question>Ребенок 8 лет, жалуется на головную боль, слабость, тошноту. Кожные покровы иктеричные, склеры белые. В анамнезе вторичный пиелонефрит, обструктивная уропатия. В анализах крови: общ. белок 48 г/л, билирубин-18,2 ммоль, мочевины 16,3 ммоль, креатин 0,1 ммоль/л, холестерин- 7,2 ммоль. В общем анализе мочи: белок 0,064 г/л, лейкоциты 8-10 в п.зр., эр. 1-2 в п.зр.Ребенку показано назначение:

<variant> гемодиализа

<variant> цитостатиков

<variant> пульс-терапии

<variant> кортикостероидов

<variant> трансплантации почки

<question>Девочка 2,5 года. Жалобы на болезненность при мочеиспускании, частыми, малыми порциями. Два дня назад была ОРВИ. В анализах мочи: мутная, белок 0,058 г/л, эпителий 10- 12 в п.зр, лейкоциты, эритроциты (свежие) 8-10 в п зр.Этиопатогенетическим лечением является назначение:

<variant> бактерицидные антибиотики

<variant> кортикостероидов

<variant> антикоагулянтов

<variant> антиагрегантов

<variant> витамины

<question>Ребенок 11 лет, заболел остро. В анамнезе 10 дней назад стрептодермия. Беспокоят сильные головные боли в течение 3-4 дней наблюдается изменение цвета мочи до "мясных помоев". АД 140/90 мм.рт.ст. В пробе Аддиса-Каковского: лейкоц. 3 млн, эр. Более 100 млн. Предполагаемым диагнозом может быть:

<variant> острый гломерулонефрит, нефритический синдром

<variant> острый пиелонефрит

<variant> острый гломерулонефрит, нефротический синдром

<variant> интерстициальный нефрит

<variant> мочекаменная болезнь

<question>Ребенок 11 лет, заболел остро после перенесенной 2 недели назад стрептодермии. Беспокоят сильные головные боли в течение 3-4 дней, изменение цвета мочи до "мясных помоев". АД 40/90 мм.рт.ст. В пробе Аддиса-Каковского: лейкоц. 3 млн, эр. более 100 млн. В настоящее время ребенку показано проведение :

<variant> ультрозвуковой доплерографии почек

<variant> пункционной биопсии почки

<variant> ангиографии почечных сосудов

<variant> ретроградной пиелографии

<variant> экскреторной урографии

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		100 стр. из 132

<question>Мальчик 12 лет. Жалоб особых не предъявляет, но при оформлении в спортивную школу в анализах мочи обнаружены эритроциты до 80-100 в п. зр., повторный анализ через 2 мес. показал ту же картину. Аудиограмма показала нормальный результат. В сыворотке крови – высокий уровень Ig A. Предполагаемым диагнозом у ребенка является:

- <variant> наследственный нефрит
- <variant> острый гломерулонефрит
- <variant> интерстициальный нефрит
- <variant> острый цистит
- <variant> синдром Альпорта

<question>Мальчик 12 лет. Жалоб особых не предъявляет, но при оформлении в спортивную школу в анализах мочи обнаружены эритроциты до 80-100 в п.зр., повторный анализ через 2 мес. показал ту же картину. Аудиограмма показала нормальный результат. В сыворотке крови - высокий уровень IgA. Для установления точного диагноза показано проведение:

- <variant> пункционной биопсии
- <variant> ангиографии сосудов почки
- <variant> экскреторная урография
- <variant> инфузионная урография
- <variant> УЗИ доплерография

<question>В детскую поликлинику обратилась мать с 3-х мес. ребенком, находящимся на искусственном вскармливании. В семье у старшего брата нейродермит. При осмотре отмечаются гиперемия и шелушение щек, в паховых и подмышечных складках покраснение кожи, мацерация, папулезная сыпь. Ваш предположительный диагноз :

- <variant> атопический дерматит
- <variant> пеленочный дерматит
- <variant> контактный дерматит
- <variant> аллергический дерматит
- <variant> нейродермит

<question>Родители новорожденной девочки 24 дней обратились к участковому врачу с жалобами на беспокойство ребенка в течение 3 дней, срыгивание нествороженным молоком до 6-8 раз в сутки. На грудном вскармливании - до 21-го дня жизни, сейчас ребенка кормят адаптированной смесью "Энфамил", разведенной цельным коровьим молоком, кормят при каждом крике ребенка. Для питья используют чай - 2 чайные ложки сахара на стакан воды. Масса тела 4300 г. На щеках покраснение, корочки, опрелости в паховых областях, гнейс на волосистой части головы. Живот вздут. При пальпации живота обильно срыгнула молоком. Печень на 2 см выступает из. под реберной дуги. Ваш предположительный диагноз :

- <variant> Ферментативная недостаточность
- <variant> Аллергодерматоз
- <variant> Алиментарная диспепсия
- <variant> Острая кишечная инфекция
- <variant> Детская экзема

<question>Девочка 10 месяцев поступила в клинику с жалобами на бледность, снижение аппетита, вялость. Родилась доношенной (масса тела 3300г, длина 49 см), от первой беременности, протекавшей с токсикозом, и срочных родов. С 3,5 мес находилась на искусственном вскармливании, фруктовые и ягодные соки практически не получала, с 5 мес вскармливается преимущественно кашами. ОАК: эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$, Hb - 76 г/л, лейкоциты - $13,2 \times 10^9/л$, ЦПК - 0,6, ретикулоциты - 2,8%, с/я - 29%, п/я - 2%, лимфоциты - 57%, моноциты - 8%, эозинофилы - 1 %. Ваш предположительный диагноз :

- <variant> Железодефицитная анемия

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			101 стр. из 132

<variant> Белководефицитная анемия

<variant> Витаминодефицитная анемия

<variant> Гемолитическая анемия

<variant> Гипопластическая анемия

<question> Мальчик 6 мес поступил в клинику с жалобами на бледность, астению, снижение аппетита. Ребенок от первой беременности с токсикозом второй половины родился недоношенным. С 2 мес на искусственном вскармливании. В 3 мес перенес острую кишечную инфекцию, с 4 мес - дисбактериоз кишечника. Кожные покровы бледные с лимонножелтым оттенком, не большая субиктеричность склер. Пульс 110 уд/мин, симметричный, удовлетворительного наполнения, границы сердца: верхняя - II ребро, левая - 1 см кнаружи от левой сосковой линии, правая - правая парастернальная линия. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> В₁₂ - дефицитная анемия

<variant> Железодефицитная анемия

<variant> Белководефицитная анемия

<variant> Гемолитическая анемия

<variant> Гипопластическая анемия

<question> Основные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне у пациентов с диарей:

<variant> Копрологическое, бактериологическое исследование

<variant> Общий анализ крови, мочи

<variant> Биохимический анализ крови, УЗИ

<variant> Кал на яйца глист и простейших, коагулограмма

<variant> УЗИ органов брюшной полости, копрология

<question> Оптимальным препаратом выбора для лечения рефлюкс-эзофита III степени является:

<variant> омепразол

<variant> тетрациклин

<variant> коллоидный субцитрат висмута

<variant> цизаприд

<variant> метоклопромид

<question> На приеме у педиатра мальчик 12 лет с жалобами на схваткообразные боли в области пупка, спустя несколько часов, боль сместилась в правый нижний квадрант живота и стала постоянной. Наблюдалось несколько эпизодов рвоты. Доставлен в приемное отделение стационара. При рентгенографии органы брюшной и грудной полостей в норме. В крови умеренный лейкоцитоз. В анализе мочи три лейкоцита в поле зрения. Ваш предварительный диагноз:

<variant> аппендицит

<variant> дивертикулит

<variant> ущемление грыжи

<variant> кишечная непроходимость

<variant> перитонит

<question> На приеме 12-летняя девочка, у которой внезапно появилась постоянная усиливающаяся боль в нижнем квадранте живота. Наблюдается тошнота без рвоты. Непосредственно перед началом болей у нее была нормальная дефекация. При осмотре определяется разлитая болезненность и напряжение в правой подвздошной области, без симптомов раздражения брюшины, выслушиваются кишечные шумы. Количество лейкоцитов

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			102 стр. из 132

18,0x10⁹/л. Активность амилазы сыворотки крови в пределах нормы. Анализ кала на скрытую кровь отрицательный. Ваша тактика:

<variant> диагностическая лапаротомия

<variant> амбулаторное лечение с назначением анальгетиков

<variant> повторная госпитализация при усилении болей

<variant> ирригография

<variant> ректороманоскопия

<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 3,8x10¹²/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>Мальчику 1 г. 6 мес. Из анамнеза известно, что часто болеет простудными заболеваниями. При осмотре состояние средней степени тяжести. Ребенок вялый, аппетит снижен, извращение вкуса. Кожные покровы бледные, сухие, волосы тусклые. Общая мышечная гипотония. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Печень выступает из под-края реберной дуги на 2,5 см. В анализе крови; Нв 62 г/л., эр. 2,3x 10¹²/л, ЦП- 0,75, рет. 4%, сыв. Fe - 9 ммоль/л, ОЖСС 108 мкмоль/л, коэф. насыщ. плазмы трансферрином 12%. Поставьте диагноз по классификации:

<variant> железодефицитная анемия, III степени, гипохромная, смешанной этиологии

<variant> железодефицитная анемия, II степени, гипохромная, смешанной этиологии

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

<variant> белководефицитная анемия, III степени, гипохромная, вирусной этиологии

<variant> железодефицитная анемия, I-II степени, гипохромная, смешанной этиологии

<question>На приеме у участкового педиатра 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 предварительный диагноз:

<variant> геморрагический васкулит

<variant> острый лейкоз

<variant> скарлатина

<variant> гемофилия

<variant> тромбоцитопеническая пурпура

<question>На приеме у участкового педиатра мальчик с жалобами на мелкоточечную сыпь. Температура тела субфебрильная. В анамнезе пищевая аллергия, болеет ОРВИ 3-4 раза в год. Состояние средней степени тяжести. На коже голеней, ягодиц, предплечий, вокруг суставов 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:

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		103 стр. из 132

<variant> геморрагический васкулит, кожная форма, острое течение
 <variant> геморрагический васкулит, суставная форма, острое течение
 <variant> геморрагический васкулит, смешанная форма, острое течение
 <variant> геморрагический васкулит, кожная форма, хроническое течение
 <variant> геморрагический васкулит, смешанная форма, хроническое течение
 <question>Карина, 8 лет. Перенесла ОРВИ 1,5 месяца назад. Жалобы на плохой аппетит, недомогание, лихорадку, боли в мышцах, костях, суставах. Девочка похудела на 5 кг. Эритематозная сыпь на лице, шее, груди, конечностях. Отмечена фоточувствительность. Волосы грубые, ломкие. Со стороны сердца – тахикардия. Гепатоспленомегалия, лимфаденопатия. Воспалительная реакция крови, в моче умеренные изменения в пользу нефрита. Врачом заподозрена системная красная волчанка. Из лабораторных показателей являются типичными тестами для постановки окончательного диагноза:
 <variant> Антинуклеарные антитела
 <variant> Гемолитический комплемент
 <variant> Общий белок
 <variant> Аминотрансферазы
 <variant> Холестерин
 <question>У ребенка 3 месяцев, на фоне ОРЗ повышение температуры тела до 38,9С. Необходимо назначить для снижения температуры тела:
 <variant> питьевой режим, физические методы охлаждения, парацетамол - 0,05г
 <variant> питьевой режим, парацетамол - 0,01г
 <variant> Физические методы охлаждения, парацетамол - 0,025г
 <variant> питьевой режим, физические методы охлаждения, в/в физраствор 0,9%, парацетамол - 0,1г
 <variant> питьевой режим, физические методы охлаждения, в/в 5% раствор глюкозы, парацетамол - 0,2г
 <question>Для купирования судорог больному ребенку с гидроцефалией назначается препарат:
 <variant> диазепам
 <variant> седуксен
 <variant> люминал
 <variant> фенobarбитал
 <variant> фуросемид
 <question>Больной ребенок 4 лет на приеме с диагнозом Гидроцефалия. С целью снижения внутричерепного и внутриглазного давления применяют:
 <variant> диуретики
 <variant> антибиотики
 <variant> витамины
 <variant> гормоны
 <variant> макролиды
 <question>Вызов на дом к девочке 7 месяцев. Диагноз: ОРВИ, фебрильные судороги. Для неотложной терапии судорог ребенку необходима доза диазепама:
 <variant> 0,5 мг/кг ректально или в/м
 <variant> 0,7 мг/кг ректально или в/м
 <variant> 0,3 мг/кг ректально или в/м
 <variant> 0,4 мг/кг ректально или в/м
 <variant> 0,2 мг/кг ректально или в/м
 <question>Ребенок 1г 6 мес поступил в клинику с диагнозом "Септическое состояние". Заболел накануне остро, отмечались подъем t до 39⁰С, многократная рвота, жажда, стул 4 раза в день,

-	ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			104 стр. из 132

жидкий с небольшим количеством слизи. У бабушки по линии матери: гидронефроз.

Объективно: кожа бледная, несколько сухая, потеря в весе до 500,0. АД 100/60 мм рт.ст. Живот вздут, несколько болезненный, локальной болезненности нет. Печень на 4,0 см ниже края реберной дуги. ОАК: СОЭ 34 мм/ч, Hb $23 \times 10^9/\text{л}$, п/я 14%, с/я 44%. ОАМ: мутная, уд.вес 1009, белок 0,066 г/л, эр. 4 в п/зр, L 30 в п/зр. Бактерии в моче: 150000 в 1 мл (E.coli). Копрограмма: слизь небольшое количество, L 4 в п/зр. Какой диагноз вероятен в данном случае?

<variant> острый пиелонефрит

<variant> Сепсис

<variant> пищевая токсикоинфекция

<variant> кишечная инфекция

<variant> Гидронефроз

<question>В стационар поступила девочка в возрасте 3,5 года, с жалобами на частое болезненное мочеиспускание, изменение цвета мочи. Состояние ребенка средней степени тяжести. На слизистой нижней губы и наружных половых органов герпетические высыпания. Моча красного цвета. В анализе крови: Hb -102 г/л, Эр.- $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, СОЭ-15 мм/ч. В анализе мочи: свежие эритроциты сплошь! Выставлен диагноз: Острый геморрагический цистит. Что НЕ рекомендуется назначать в терапии больного?

<variant> физиолечение

<variant> диета

<variant> питьевой режим

<variant> противовирусная терапия

<variant> фитотерапия

<question>Роме С. 3 года. Поступил в клинику с жалобами на отставание в росте, боли в ногах, деформацию конечностей. С 4-месячного возраста обнаружены признаки остеопатии. Лечение витамином Д₃ в терапевтических дозах - без эффекта. К годовалому возрасту стали заметны отставание в росте за счет укорочения нижних конечностей. О - образная деформация нижних конечностей. В крови: снижение неорганического фосфора, кальций в норме, щелочная фосфатаза повышена в 2 раза. В моче фосфатурия. На рентгенограмме: остеопороз с нарушением в метаэпифизарных ростковых зонах. Какой Ваш диагноз?

<variant> фосфат - диабет

<variant> витамин «Д» - дефицитный рахит

<variant> витамин «Д» - зависимый рахит

<variant> почечный тубулярный ацидоз

<variant> синдром де Тони – Дебре – Фанкони

<question>Наташе 10 лет. В течение 7 лет состоит на «Д» учете у нефролога по поводу нефронофтиза Фанкони. В течение последних 6 месяцев в анализах азотемия. Поступает с жалобами на быструю утомляемость, сниженный аппетит, жажду, полиурию. Объективно: отстаёт в физическом развитии; кожные покровы бледные, сухие, заеды в углах рта, «О»-образная деформация голеней. В общем анализе крови – нормохромная анемия II степени. В б/х анализе крови - креатинин 130 мкмоль/л, мочевины-16,8 ммоль/л, натрий-105 ммоль/л, сахар-5,6 ммоль/л. Относительная плотность мочи 1007-1012. Суточная глюкозурия-0,08 г. Выставлен диагноз: Нefронофтиз Фанкони, хроническая почечная недостаточность. Что нельзя назначать больному с дезинтоксикационной целью?

<variant> 20% р-р альбумина

<variant> 5% р-р глюкозы

<variant> 10% р-р глюкозы

<variant> реополиглюкин

<variant> физиологический раствор

-	OŇTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()	
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	105 стр. из 132	

<question>Пациенту 9 лет. 2 недели назад переболел лакунарной ангиной. Появились отеки на лице. Жаловался на головную боль. Накануне была моча цвета «мясных помоев». Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Клонико-тонические судороги. АД 190/100 мм.рт.ст. Пульс- 120 в 1мин. Диагноз: Острый нефритический синдром. Эклампсия. Что необходимо назначить ребенку в плане неотложной помощи?

<variant> ГОМК + магния сульфат + спинномозговая пункция

<variant> ГОМК + строфантин

<variant> ГОМК+альбумин

<variant> ГОМК+мезатон

<variant> ГОМК+кордиамин

<question>В клинику поступил мальчик 12 лет с жалобами на недомогание, тошноту, головную боль, умеренные отеки на лице и голени, изменение цвета мочи. Объективно: кожа бледная, пастозность на лице. Тоны сердца приглушены, АД 140/90 мм рт.ст. ОАМ: цвет мясных помоев, уд.вес: 1008, белок: 0,66 г/л, эр: сплошь в поле зрения, £ 2 в п/зр. Какой диагноз вероятен в данном случае:

<variant> острый ГН, нефритический синдром

<variant> острый ГН, нефротический синдром

<variant> острый ГН, изолированный мочевого синдром

<variant> острый ГН, смешанная форма

<variant> острый пиелонефрит

<question>Пациенту 9 лет. 2 недели назад переболел лакунарной ангиной. Появились отеки на лице. Жаловался на головную боль. Накануне была моча цвета «мясных помоев». Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Клонико-тонические судороги. АД 160/100 мм.рт.ст. Пульс-120 в 1мин. Диагноз: Острый нефритический синдром. Эклампсия. Что нельзя назначать в терапии данному больному?

<variant> преднизолон

<variant> Гепарин

<variant> Курантил

<variant> Резерпин

<variant> Фуросемид

<question>Ребенку 8 месяцев. Заболел остро. Отмечались повышение температуры до 39⁰С, многократная рвота, жажда, жидкий стул 4 раза в день. У бабушки по линии матери - гидронефроз. Объективно: кожа бледная, сухая, потеря в весе до 500 грамм. АД -80/50 мм рт ст. Живот вздут. Печень на 2,5 см ниже края реберной дуги. ОАК: СОЭ - 34 мм/ч, лейкоциты – 18 х 10⁹/л, п/я - 14%, с/я - 44%. ОАМ: моча мутная, уд. вес - 1009, белок - 0,066 г/л, эритроциты - 4 в п/зр, лейкоциты – 30-45 в п/зр. Бактерии в моче: 180000 в 1 мл (E.coli). Копрограмма: слизь небольшое количество, лейкоциты - 4 в п/зр. Ваш диагноз:

<variant> Острый пиелонефрит

<variant> Пищевая токсикоинфекция

<variant> Токсическая нефропатия

<variant> Дизентерия

<variant> Сепсис

<question> У 3 летнего ребенка появились диарея и рвота. Через 4 дней олигурия. В крови гиперазотемия и ацидоз. Вероятный диагноз:

<variant> Острая почечная недостаточность

<variant> Острый пиелонефрит

<variant> Шок

<variant> Острый нефротический синдром

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		106 стр. из 132

<variant> Хроническая почечная недостаточность

<question> В гемодиализное отделение поступил больной, 17 лет. Жалобы на повышение температуры, катаральное явление. В крови определяется фрагментированные эритроциты, гемолитическая анемия, тромбоцитопения. Ваш предварительный диагноз:

<variant> Гемолитико - уремический синдром

<variant> Болезнь Верль-Гофф

<variant> Аутоиммунная анемия

<variant> АФС-синдром

<variant> Острый диффузный гломерулонефрит

<question> Ребенку 14 лет. С рождения страдает рецидивирующим ИМС на фоне врожденной аномалии почек. Оперирован в возрасте 5 лет. В настоящее время жалуется на боли в костях. В моче: белок-0,3г/л, лейкоциты-3-4 в п/зр, эритроциты -2-3 в п/зр. СКФ-45мл/мин. в крови: ПТГ повышен (200пг/л), при нормальном уровне кальция и фосфора в крови. Какой из ниже перечисленных препаратов следует назначить больному?

<variant> Кальцитриол

<variant> Препараты фосфора

<variant> Препараты кальция

<variant> Поливитамины

<variant> Бисфосфонаты

<question> У годовалого ребенка появились диарея и рвота. Через 4 дней олигурия. В крови гиперазотемия и ацидоз. Какой из ниже перечисленных препаратов следует назначить больному?

<variant> Регидрон и обильное питье

<variant> Вести бикарбонат

<variant> 12 ч. не кушать

<variant> Ограничение жидкости

<variant> Парентеральное питание

<question> Девочке 15 лет. С 5 лет страдает СД 1 типа, получает инсулин под контролем сахара в крови. 4 года назад выявлена микроальбуминурия (МАУ 150 мг/сут), в связи с чем получала лизиноприл в течение 2 лет. МАУ исчезла. Последние 2 года лизиноприл самостоятельно отменила и МАУ не контролировала. Гипертонический криз 4 дня назад (200/100 мм рт.ст.). В настоящий момент АД 130/85 мм.рт.ст., протеинурия 0,3г/л. Какое лечение показано в настоящее время?

<variant> Лизиноприл + лозартан

<variant> Блокаторы Са каналов

<variant> Лизиноприл + амлодипин

<variant> Лизиноприл + корведилол

<variant> Монотерапия лизиноприлом

<question> Больному 15 лет, ХПН с остаточной функцией почек. Находится на программном гемодиализе 6 месяцев. АД в междиализный период-150/95мм рт.ст. на фоне комбинированной антигипертензивной терапии. Видимых отеков нет. Ваша тактика в борьбе с артериальной гипертензией:

<variant> Усиление диуретической терапии

<variant> Уменьшение времени гемодиализа

<variant> Уменьшение частоты сеансов гемодиализа

<variant> Снижение температуры диализата

<variant> Инфузия коллоидных растворов

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		107 стр. из 132

<question>У 10 мес. ребенка повышение температуры тела. В анализе С-реактивного белка повышен, лейкоцитурия, бактериурия. Тактика лечения:

<variant> Амоксициллин 7 дней в/м и 7 дней перорально

<variant> Бисептол 5 дней перорально

<variant> Фурагин 14 дней перорально

<variant> Офлоксацин 5 дней перорально

<variant> Гентамицин 5 дней в/м

<question>Мальчику 4 лет – стероид-резистентный нефротический синдром. На биопсии почек обнаружено – фокально-сегментарный гломерулосклероз. Иммуносупрессивная терапия какая и длительность лечения?

<variant> Циклоспорин А – 2 года

<variant> Циклофосфамид – 2 мес

<variant> Циклофосфамид – 4 мес

<variant> Циклоспорин А – 5 мес

<variant> Преднизолон – 6 мес

<question>Девочка 10 лет, заболела остро. Отмечалось повышение температуры до 38°C, боли в области почек, головные боли, тошнота, слабость, пастозность век. Лечилась амбулаторно с диагнозом: грипп. После лечения состояние несколько улучшилось, но девочка жаловалась на слабость, вялость, головокружение, снижение аппетита. 2 года назад в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия. Кожные покровы бледные, субфебрильная температура. АД 100/70 мм.рт.ст. Общ. анализ крови: Нв-136 г/л, Эр-4,8x10¹²/л, СОЭ-13 мм/ч, Л-8,2x10⁹/л, э-3, с-68, л-21, м-6. В анализах мочи: белок-0,21 г/л, Л-20-28 в п/зр. Эр-0-1 в п/зр. Проба по Зимницкому - плотность 1011-1015. Экскреторная урография- деформация чашечно-лоханочной системы, преимущественно справа, нефроптоз правой почки. Вероятный диагноз:

<variant> вторичный хронический пиелонефрит, период обострения с нарушением функции почек, нефроптоз справа

<variant> вторичный острый пиелонефрит, функция почек нарушена, нефроптоз

<variant> первичный хронический пиелонефрит, период обострения, ФПС

<variant> первичный хронический пиелонефрит, период обострения, функция почек нарушена

<variant> хронический гломерулонефрит, период обострения, ФПС

<question>Мальчик 10 лет, три недели назад перенес ангину. В течение последних двух дней стал мало мочиться, моча была темно-коричневого цвета, мутная. При осмотре отмечается одутловатость лица, отеки на голенях. АД 145/90 мм.рт.ст. За сутки выделил 300 мл мочи, моча красно-коричневого цвета, мутная. Общий анализ мочи: относительная плотность 1024, белок 1,5 г/л, эритроциты- измененные покрывают все поле зрения. Анализ крови: Нв 105 г/л; лейкоц. 9,2x10⁹, СОЭ 25 мм/час. Биохимический анализ крови: мочевины 15 ммоль/л, креатинин 140 мкмоль/л, АСЛ:О 1:1000, калий 6,1 мэкв/л. Клиренс по эндогенному креатинину – 72 мл/мин. Вероятный диагноз:

<variant> острый гломерулонефрит, нефритический синдром, почечная недостаточность острого периода

<variant> наследственный нефрит, функция почек сохранена

<variant> быстро прогрессирующий гломерулонефрит, ОПН

<variant> хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, ФПС

<variant> острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом, почечная недостаточность острого периода

<question>Девочка 11 лет. В возрасте 5 лет после ОРВИ у девочки появились отеки, повышение АД до 130/90 мм.рт.ст.; макрогематурия, протеинурия до 5 г/л. Получала терапию диуретиками, гипотензивными препаратами, гепарин, курантил, преднизолон. В 9-летнем

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			108 стр. из 132

возрасте проведен 1 курс цитостатиков. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки. Диурез 450 мл в сутки, моча мутная, бурого цвета.

Клинический анализ крови: Hb – 90 г/л, эр. – $3.1 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $6.6 \times 10^9/л$; СОЭ – 40 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1011, белок – 4,5 г/л, эритроциты измененные покрывают все п/зр, лейкоциты – 10-15 в п/зр. Биохимический анализ крови: белок – 48 г/л, альбумины – 22 г/л, холестерин – 7,6 ммоль/л, калий – 6,1 мэкв/л, мочевины – 20 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л. Клиренс по эндогенному креатинину: 42 мл/мин. Вероятный диагноз:

<variant> хронический гломерулонефрит, смешанная форма, ХПН

<variant> острый гломерулонефрит, ОПН.

<variant> нефротический синдром с минимальными изменениями, ФПС

<variant> хронический гломерулонефрит, смешанная форма, ФПС.

<variant> хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, ФПС

<question>Ребенку 6 лет, жалуется на плохой аппетит, вялость, боли в животе без четкой локализации. Состояние при осмотре удовлетворительное, бледность кожи и видимых слизистых. Температуры не отмечалось. Катаральных явлений нет. По внутренним органам без патологии. Гемограмма в норме; в ОАМ-оксалурия ++++. Что из перечисленного подтверждает диагноз?

<variant> Суточная экскреция щавелевой кислоты

<variant> Анализ мочи по Нечипоренко.

<variant> Проба Зимницкого.

<variant> Бактериологический посев мочи на флору.

<variant> Внутривенная урография.

<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. Какой из нижеперечисленных диагнозов вероятен у больного?

<variant> Острый цистит

<variant> Острый пиелонефрит

<variant> Острый гломерулонефрит

<variant> Хронический пиелонефрит

<variant> Тубулопатия

<question>У ребенка 10 месяцев фебрилитет, выраженная интоксикация, тени под глазами, прорезываются зубы, редко мочится. В ОАК – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ – 25 мм/час; в ОАМ – лейкоцитурия, бактериурия. Какой из нижеперечисленных диагнозов вероятен у больного?

<variant> Острый пиелонефрит

<variant> Острый цистит

<variant> Острый гломерулонефрит

<variant> «Реакция» на зубы

<variant> Острая пневмония

<question>Ребенок 2 лет, наблюдается у нефролога с рождения, выявлен при обследовании ПМР 4 степени двухсторонний. Дальнейшая тактика ведения этого ребенка?

<variant> Консультация уролога и оперативное лечение

<variant> Консервативное лечение в течение 6 месяцев.

<variant> Нефрэктомия

<variant> Немедикаментозные методы лечения

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		109 стр. из 132

<variant> Длительная антибактериальная терапия

<question>У ребенка 5 лет, с нефротической формой острого гломерулонефрита, на фоне комбинированной медикаментозной терапии, отмечен кушингоид, гипергликемия, явления остеопороза. Какой препарат мог вызвать развитие данного осложнения?

<variant> Преднизолон

<variant> Фуросемид

<variant> Дибазол

<variant> Резерпин

<variant> Цефазолин

<question>В клинику поступил мальчик 12 лет с жалобами на недомогание, тошноту, головную боль, умеренные отеки на лице и голенях, изменение цвета мочи. Объективно: кожа бледная, пастозность на лице. Тоны сердца приглушены, артериальное давление -140/90 мм рт. ст. В общем анализе мочи: цвет мясных помоев, удельный вес - 1008, белок - 0, 66 г/л, эритроциты сплошь в поле зрения, лейкоциты - 2 в поле зрения. Какой диагноз вероятен в данном случае:

<variant> Острый ГН, нефритический синдром

<variant> Острый ГН, нефротический синдром

<variant> Острый ГН, изолированный мочевого синдром

<variant> Острый ГН, смешанная форма

<variant> Острый пиелонефрит

<question>У ребенка 10 месяцев высокая температура, интоксикация. В крови – лейкоцитоз, высокая СОЭ, в моче – незначительная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия. Какой ваш предполагаемый диагноз?

<variant> Острый пиелонефрит

<variant> Цистит

<variant> Острый гломерулонефрит

<variant> Тубулоинтерстициальный нефрит

<variant> Интерстициальный нефрит

<question>Мама 5-летнего Миши обратилась к врачу по поводу проблем с ушами. При локальном осмотре видны гнойные выделения из слухового прохода слева. Длительность выделений со слов мамы более 14 дней. Ваш диагноз:

<variant> хроническая инфекция уха

<variant> мастоидит

<variant> острая инфекция уха

<variant> нет инфекции уха

<variant> возможно бактериальная инфекция

<question>Мама 3-летнего Максуда обратилась к врачу по поводу проблем болей в правом ухе. При локальном осмотре видны гнойные выделения из слухового прохода справа. Длительность заболевания со слов мамы 4 дня. Ваш диагноз:

<variant> острая инфекция уха

<variant> хроническая инфекция уха

<variant> мастоидит

<variant> нет инфекции уха

<variant> возможно бактериальная инфекция

<question>У больного 5 лет без видимой причины повысилась температура до 39°, появилась общая слабость, головная боль, рвота, угнетение сознания, сменяющееся психомоторным возбуждением, светобоязнью. Выражены менингеальные симптомы. Диагностирован бактериальный менингит. Ваши действия:

<variant> срочно госпитализировать в отделение интенсивной терапии.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		110 стр. из 132

<variant> оставить дома с рекомендацией вызова на дом невропатолога.

<variant> срочно госпитализировать в инфекционное отделение.

<variant> ввести эндолюмбально 5% раствор глюкозы 50 мл.

<variant> ввести эндолюмбально преднизолона (30mg).

<question>Больной без сознания. При осмотре – цианоз, на сонной артерии пульсации не обнаружено.

Какие мероприятия необходимо провести?

<variant> сердечно - легочную реанимацию;

<variant> лабораторные анализы;

<variant> поддержать жизнедеятельность медикаментозно;

<variant> вызвать невропатолога;

<variant> снять ЭКГ.

<question>Девочка 12 лет в течении 15 минут была под водой. При осмотре признаков жизни нет. Какие мероприятия необходимо провести?

<variant> освободить дыхательные пути от инородных тел, проводить сердечно - легочную реанимацию;

<variant> позвать на помощь прохожих;

<variant> транспортировать девочку в ближайшую больницу для реанимационных мероприятий;

<variant> сердечно-легочную реанимацию;

<variant> вызвать скорую помощь.

<question>У мальчика 14 лет имеет место деформация кисти по типу «бутоньерки», гипотрофия мышц тыла кистей, ограничение объема движений. В анализах крови СОЭ-33мм/ч, РФ в латекс-тексте 1:40. Кроме этого, есть изменения на глазном дне и миопия средней степени. Какой препарат для лечения основного заболевания противопоказан этому больному?

<variant> Делагил

<variant> Метотрексат

<variant> Диклофенак

<variant> Сульфосалазин

<variant> Циклофосфамид

<question> У больного 10 лет клинический диагноз: Ювенильный ревматоидный артрит, суставная форма, функция коленных суставов частично нарушена". В анализах на момент осмотра отклонений нет.

Какое из перечисленных лечебных мероприятий показано в данном случае?

<variant> Глюконат кальция + Реабилитационная

<variant> Делагил+ Реабилитационная

<variant> Ибупрофен+ Реабилитационная

<variant> Преднизолон+ Реабилитационная

<variant> Цефтриаксон+ Реабилитационная

<question> Мальчик 13 лет. При обследовании выявлены характерные симптомы: лиловая периорбитальная эритема, эритема над разгибательными поверхностями суставов, поражение мышц - боли, отек, кальциноз, в том числе дыхательных, глотательных.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> Дерматомиозит

<variant> Отек Квинке

<variant> Ревматическая лихорадка

<variant> Системная красная волчанка

<variant> Прогрессирующая мышечная дистрофия

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			111 стр. из 132

<question>Мальчик, 9 лет, жалуется на изжогу, отрыжку с примесью пищи, давящие боли в области эпигастрия и за грудиной сразу после приема пищи. На ФЭГДС: в нижней трети пищевода слизистая гиперемирована, отечная, кардия зияет. Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки шероховатая, розовая.

Вероятный диагноз?

<variant> гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

<variant> хронический эритематозный гастрит

<variant> хронический эрозивный гастрит

<variant> хронический атрофический гастрит

<variant> хронический гиперпластический гастрит

<question>Девочка 12 лет жалуется на боли в эпигастрии ноющего характера, проходящие после приема пищи, изжогу, иногда отрыжку кислым, склонность к запорам. Больна около трех лет. Бледная, раздражительная, красный дермографизм, повышенная потливость. Язык обложен белым налетом ближе к корню, отпечатки зубов. Живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной зоне. Печень и селезенка не увеличены. Вероятный диагноз:

<variant> острый гастрит

<variant> хронический гастродуоденит

<variant> хронический холецистит

<variant> дискинезия желчевыводящих путей

<variant> хронический панкреатит

<question>Больной, 14 лет жалуется на боли в области правого подреберья, боли ноющие, давящие, усиливаются после приема жирной пищи. Объективно у больного температура до 37, 2-37, 5 С, слабость, утомляемость, чувство горечи во рту. Положительные симптомы Керра, Ортнера, Мерфи. В анализе крови лейкоцитоз с нейтрофилезом, ускоренное СОЭ.

Целесообразная терапия при данной патологии:

<variant> Аmpiциллин + но-шпа + гепабене

<variant> Урсосан + креон + фитотерапия

<variant> Аmpiциллин + метронидазол + омез

<variant> Креон + контрикал + квамател

<variant> Фурозолidon + мезим-форте + денол

<question>Больная Р., 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе с иррадиацией в спину, многократную рвоту, нарушение общего самочувствия. В биохимическом анализе крови: амилаза 120 Ед/л, в копрограмме эластаза 87 мкг/мл кала. При УЗИ органов брюшной полости - поджелудочная железа увеличена в размерах, уплотнена.

План лечения при данной патологии:

<variant> Голод, контрикал, квамател

<variant> Стол № 5, но-шпа, аmpiциллин

<variant> Стол № 1, амоксициллин, метронидазол

<variant> Стол № 4, мезим-форте, хилак-форте

<variant> Стол № 5, гепабене, но-шпа.

<question>У ребенка 13 лет, страдающего хроническим панкреатитом, после стрессовой ситуации возникла острая боль опоясывающего характера в верхней части живота, была рвота, не принеся облегчения. Положительные симптомы Кертe, Мейо-Робсона, Шоффара. В лечении данного ребенка необходимо:

<variant> Введение ингибиторов протеолитических ферментов

<variant> Введение прокинeтиков

<variant> Введение холеретиков

<variant> Введение ферментных препаратов (мезим-форте, креон)

	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		112 стр. из 132

<variant> Назначение эрадикационной терапии

<question>Девочка 14 лет жалуется на боли в животе с локализацией в эпигастрии, повышенный аппетит, изжогу. Болея в течение года, но ранее не обследовалась. Отец девочки страдает язвенной болезнью.

При проведении фиброгастродуоденоскопии выявлены следующие изменения: слизистая желудка отечна, гиперемирована, имеются множественные эрозии в антруме. Уреазный тест с биоптатом положительный. Поставьте диагноз:

<variant> Хронический эрозивный антральный гастрит, Нр+, период обострения

<variant> Хронический эрозивный гастродуоденит, период обострения

<variant> Хронический эрозивный гастродуоденит, Нр+, период обострения

<variant> Язвенная болезнь желудка, Нр+, период обострения

<variant> Хронический эрозивный антральный гастрит, средней степени тяжести, Нр+, период обострения

<question>Ребенку 8 лет. Давность заболевания 3 года. Жалобы на боли в эпигастриальной области - тупые, ноющие, начинаются после еды, при приеме соленой и острой пищи. Иногда наблюдаются тошнота, редко рвота пищей, дающая облегчение. Общее состояние удовлетворительное. Девочка пониженного питания. Живот при пальпации болезненный в эпигастриальной области. При фракционном исследовании желудочного сока дебит соляной кислоты натошак 50 мг, в базальную фазу секреции за 30 минут - 37 мг, в фазу часового напряжения секреции - 109 мг, объем желудочного сока натошак - 32 мл, базального секрета - 39 мл, часовое напряжение секреции - 72 мл. Рентгеноскопия желудка: пищевод и кардия свободно проходимы, желудок гипотоничен, натошак содержит значительное количество жидкости, которое увеличивается в ходе исследования, перистальтика его вязкая, складки слизистой извитые. Контур желудка ровные. Луковица и петля 12-перстной кишки правильной формы, быстро опорожняются. Дуодено-еюнальный переход расположен обычно. Поставьте диагноз:

<variant> гастрит

<variant> язвенная болезнь желудка

<variant> дуодено-гастральный рефлюкс

<variant> функциональное расстройство желудка

<variant> гастродуоденит

<question>Девочка 6 лет. Поступила в стационар с жалобами на отсутствие прибавки в весе, низкие темпы роста, головные боли, боли в ногах, вздутие живота, учащенный обильный стул, эпизоды рвоты. В анамнезе вздутие живота и беспокойство ребенка с шестимесячного возраста (введен злаковый прикорм - геркулесовая каша). С 1,5 лет боли в животе, увеличение его размеров, вздутие, обильный частый стул, рвота. В анализе кала на копрологию - стеаторея. При ЭГДС выявлен субатрофический дуоденит. Ваш предварительный диагноз:

<variant> целиакия

<variant> панкреатит

<variant> пищевая аллергия

<variant> синдром раздраженного кишечника

<variant> муковисцидоз

<question>У девочки 10 лет, периодически после приема жирной пищи отмечается тошнота, тупая ноющая боль, тяжесть в правом подреберье. Страдает запорами с раннего возраста. ОАК – без патологии, на УЗИ - желчный пузырь увеличен в размере, имеются признаки застоя желчи в желчном пузыре. Других структурных изменений не выявлено. Предварительный диагноз:

<variant> Гипотоническая форма ДЖВП

<variant> Гиперкинетическая форма ДЖВП

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			113 стр. из 132

<variant> Острый холецистит

<variant> Вирусный гепатит

<variant> Дисбактериоз

<question>У девочки, 11 лет, отмечаются длительные боли и чувство распирания в правом подреберье. При обследовании: желтухи нет, положительный симптом Кера, температура субфебрильная, СОЭ — 30 мм/ч. Предварительный диагноз:

<variant> Хронический холецистит в фазе обострения

<variant> Хронический панкреатит в фазе ремиссии

<variant> Язвенная болезнь желудка в фазе обострения

<variant> Хронический гепатит

<variant> Другое заболевание

<question>Ребенок, 9 лет, жалуется на тошноту, снижение аппетита, боли в области правого подреберья. Со слов матери подобные жалобы беспокоят в течение последнего года, ухудшение состояния отмечается после употребления в пищу жареного. При осмотре девочка вялая, выраженная бледность кожи, отмечается густой желтоватый налет на языке, болезненность при пальпации живота, максимально выраженная в области правого подреберья, положительные симптомы Ортнера, Кера. При УЗ-исследовании желчного пузыря выявлено- форма пузыря деформирована, стенки утолщены до 4,0 мм. Поставьте диагноз:

<variant> Хронический некалькулезный холецистит, период обострения.

<variant> Острый некалькулезный холецистит

<variant> Хронический калькулезный холецистит, стадия ремиссии

<variant> Острый калькулезный холецистит, стадия ремиссии

<variant> Дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу.

<question>Саша 6 лет. Жалобы на боли в подложечной области, отдающие в левую лопатку и поясницу (временами боль носит опоясывающий характер), тошноту, рвоту, жажду вздутие живота. Ухудшение в состоянии после погрешностей в диете. Болен 2 года. В анамнезе - эпидемический паротит в 6-летнем возрасте. Температура 38,8 град. Пальпаторно - болезненность в эпигастрии в левой подреберной области, положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона, Керте, Воскресенского. В анализе крови – Нв - 120 г/л, Эр.-3,95 x 10¹²/л, Л-11,0 x 10⁹/л, СОЭ-15 мм/час. Диастаза мочи - 132 ЕД. Сахар крови - 6,8 ммоль/л. Предпочтительны в лечении:

<variant> Антибиотики

<variant> Сульфониламиды

<variant> Гормоны

<variant> Ферменты

<variant> антигистаминные препараты

<question>Ребенка беспокоит повышенная утомляемость, приступообразные, острые, кратковременные боли в животе, которые связаны с приемом жирной пищи. При осмотре кожные покровы розовые, чистые. При пальпации живота положительные симптомы Мерфи, Кера. В анализе крови: Нв-126 г/л, Эр.-3,96 x 10¹²/л, Л - 5,0 x 10⁹/л, СОЭ - 2 мм/час, э-4, с-67, л-29. При дуоденальном зондировании: скорость выделения желчи порции - 10 мин, время закрытия сфинктера Одди - 9 мин., после повторного раздражителя вновь выделяется темная желчь. Ваш диагноз:

<variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипермоторному типу

<variant> острый гастродуоденит

<variant> острый дуоденопанкреатит

<variant> дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу

<variant> острый гастрит

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		114 стр. из 132

<question> Девочке 12 лет. Заболела несколько часов назад, когда появились сильные боли в животе, больше в области эпигастрия, иррадирующие в позвоночник и имеющие опоясывающий характер. Дважды была рвота, не приносящая чувства облегчения. Объективно: бледная, язык обложен белым налетом, температура 37,8 град., живот вздут, несколько напряжен в эпигастрии. Симптом Ортнера сомнителен. Болезненность в точке Мейо-Робсона. Лейкоцитоз- $12,8 \times 10^9/\text{л}$. Стул после очистительной клизмы, каловые массы плотные, жирные. Ваш предположительный диагноз:

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

<question> У девочки 5 лет через 3 недели после перенесенной ОРВИ появились носовые кровотечения, синяки на туловище, конечностях. В ОАК уровень тромбоцитов снизился до $20 \times 10^9/\text{л}$. В миелограмме – отшнуровка тромбоцитов выражена. Выставлен диагноз: Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, влажная форма, острое течение. Ваша лечебная тактика:

- <variant> аминокaproновая кислота, адроксон, дицинон, преднизолон
- <variant> аминокaproновая кислота, введение факторов свертывания
- <variant> аминокaproновая кислота, адроксон, аспирин
- <variant> переливание тромбоконцентрата
- <variant> гепарин, курантил, антигистаминные

<question> Вызов на дом к девочке 13 лет. Заболела несколько часов назад, когда появились сильные боли в животе, больше в области эпигастрия, иррадирующие в позвоночник и имеющие опоясывающий характер. Дважды была рвота, не приносящая чувства облегчения. Объективно: бледная, язык обложен белым налетом, температура $38,2^{\circ}\text{C}$, живот вздут, несколько напряжен в эпигастрии. Симптом Ортнера сомнителен. Отмечается болезненность в точке Мейо-Робсона. Лейкоцитоз- $12,8 \times 10^9/\text{л}$. Стул был после очистительной клизмы, каловые массы плотные, жирные.

Ваш предварительный диагноз:

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

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

Ваш предварительный 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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	115 стр. из 132

поколачивания, в ОАМ – лейкоцитурия, бактериурия. УЗИ - признаки воспалительных изменений в чашечно – лоханочной системы.

Ваш предварительный диагноз:

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

<question> На приеме обратилась мать с ребенком, мальчик 5 лет. Жалуется на боль в правом колене. При осмотре правое колено увеличено в объеме, движения в нем ограничены, болезненны. Неделью назад появился двухсторонний увеит.

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> ревматоидный артрит
- <variant> болезнь Бехтерева
- <variant> бруцеллез
- <variant> ревматическая лихорадка
- <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., ост. азот в крови до 72ммоль/л. В биохимических анализах крови выявлена 35% гамма – глобулинов, холестерин 1,1ммоль/л. В общем анализе крови - СОЭ 80 мм/ч. У пациентки в крови обнаружено LE-клетки.

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> системная красная волчанка
- <variant> дерматомиозит
- <variant> узелковый периартериит
- <variant> склеродермия
- <variant> вазоренальная гипертензия

<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> У годовалого ребенка после вакцинации развился анафилактический шок.

Однократная доза 0,1% раствора адреналина, при оказании неотложной помощи:

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

<question> Ребенку 5 лет, вес 20 кг. Во время эпилептического приступа необходимо ввести 0,5% седуксен.

Объем введения:

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

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	116 стр. из 132

<variant> 1,5 мл в/в

<variant> 2,0 мл в/в

<variant> 2,5 мл в/в

<question> При осмотре ребенка в возрасте 3,5 лет выявлено раздражение и расчесы вокруг заднепроходного отверстия.

Следующий шаг в диагностике:

<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 38,7⁰С, положительный симптом поколачивания. В ОАМ - лейкоцитурия, бактериурия. УЗИ признаки воспалительных изменений в ЧЛ.

Необходимая доза препарата для ликвидации гипертермии у данного ребенка:

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

<variant> парацетамол из расчета 5 мг/кг

<variant> парацетамол из расчета 20 мг/кг

<variant> аспирин 5 мг/кг

<variant> аспирин 15 мг/кг

<question> Ребенку 3 года. После ОРЗ на теле появились синячки, петехии, носовое и десневое кровотечение. В ОАК: эрит - 4,6x10¹²/л, Нв - 130г/л, Ц.П - 0,9, лейкоц - 7,4x10⁹/л, тромб - 50тыс, СОЭ - 5мм/ч.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> ИТП

<variant> лейкоз

<variant> тромбоцитопатия

<variant> геморрагический васкулит

<variant> болезнь Виллебранда

<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 способствовала прием препарата:

<variant> фенobarбитал

<variant> глюконата кальция

<variant> диазепам

<variant> пенициллина

<variant> препаратов железа

<question> На приеме мальчик 2 года с жалобами на зуд в заднем проходе, чаще в ночное время. Ребенок стал раздражительным, капризным, ухудшился аппетит.

Информативен для постановки диагноза:

<variant> соскоб с перианальной складки

<variant> общий анализ крови

<variant> общий анализ мочи

<variant> кал на яйца глист

<variant> дуоденальное зондирование

-	O'ŇTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		117 стр. из 132

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

Для эрадикации хеликобактерии пилори целесообразно применить:

<variant> кларитромицин

<variant> азитромицин

<variant> амоксициллин

<variant> метронидазол

<variant> эритромицин

<question> При проведении скринингового исследования новорожденных в поликлинике у одного ребенка в меконии выявлен альбумин.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> муковисцидоз

<variant> фенилкетонурия

<variant> гипотиреоз

<variant> лактазная недостаточность

<variant> целиакия

<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 Шоффара. Положительные симптомы Ортнера, Керра.

Тактика лечения:

<variant> спазмолитики, антибиотики

<variant> нитрофураны, эубиотики

<variant> антигистаминные, желчегонные

<variant> антибиотики, нитрофураны

<variant> гипотензивные, антипиретики

<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 Готтрон. Ваш предварительный диагноз:

<variant> ювенильный дерматомиозит

<variant> ревматизм

<variant> ревматоидный артрит

<variant> склеродермия

<variant> системная красная волчанка

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

Ваш предварительный 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.

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
	Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()	
	КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	118 стр. из 132	

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> болезнь Верльгофа
- <variant> аномалия Мея-Хеглина
- <variant> тромбастения Гланцмана
- <variant> болезнь Виллебранта
- <variant> синдром Вискотта-Олдрича

<question> Мальчик 4 год. 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.

Показано диагностическое исследование:

- <variant> ректороманоскопия
- <variant> ирригоскопия
- <variant> колоноскопия
- <variant> гистологическое исследование
- <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 года. По поводу болезни получал курсы гормональной терапии, переливание тромбоцитарной массы, но эффект был кратковременный. Кожа бледная с множественными асимметричными разной величины, слизистые бледные. Склеры обычной окраски. Периферические лимфоузлы и селезенка не увеличены. Тахикардия, систолический шум на верхушке функционального характера. Печень выступает на 1 см, моча соломенно-желтого цвета. Анализ крови: эритроциты - $2,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 50 г/л; ЦП - 0,89; тромбоциты - $22 \times 10^9/л$, длительность кровотечения по Дьюку - 12 мин., время ретракции кровяного сгустка - 6 часов.

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 окологлазничной 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 предварительный диагноз:

- <variant> гемофилия А
- <variant> пластическая анемия
- <variant> тромбастения Гланцманна
- <variant> болезнь Верльгофа
- <variant> геморрагический васкулит

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()	
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		119 стр. из 132	

<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 предварительный диагноз :

- <variant> инородное тело бронха
- <variant> хронический бронхит
- <variant> бронхиальная астма
- <variant> пневмония
- <variant> коклюш

<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 39,0⁰С, 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 предварительный диагноз:

- <variant> острая ревматическая лихорадка
- <variant> системная красная волчанка
- <variant> ювенильный ревматоидный артрит
- <variant> болезнь Рейтера
- <variant> реактивный артрит

<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 Т, аритмия.

Ваш предварительный диагноз:

- <variant> неревматический кардит
- <variant> инфекционный эндокардит
- <variant> острая ревматическая лихорадка
- <variant> гипертрофическая кардиомиопатия
- <variant> острая пневмония

<question>

<question> Девочка от 1-й патологически протекавшей беременности, преждевременных стремительных родов на 34-35-й неделе. Родилась в асфиксии, оценка по шкале Апгар 4-5 баллов. Состояние после рождения тяжелое, кожные покровы цианотичные, с "мраморным рисунком". Дыхание аритмичное, с втяжением межреберных промежутков, тахипноэ. Тоны сердца приглушены, тахикардия, негрубый систолический шум. Монотонный крик, судорожная готовность, вертикальный нистагм, симптом "заходящего солнца", крупноразмашистый тремор конечностей. В анализе крови 15x10⁹/л лейкоцитов. Информативное исследование для подтверждения диагноза у этого ребенка:

- <variant> нейросонография
- <variant> спинно-мозговая пункция
- <variant> рентгенография грудной клетки
- <variant> УЗИ сердца

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			120 стр. из 132

<variant> бронхография

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

Ваш предварительный диагноз:

<variant> талассемия

<variant> Минковского-Шоффара

<variant> фанкони

<variant> инфантильный пикноцитоз

<variant> наследственная гемолитическая анемия, обусловленная дефицитом

<question> У девочки 3-х лет внезапно повысилась температура тела до 39⁰С, стала беспокойной. При осмотре обнаружены гиперемия задней стенки глотки, единичные «звездчатые» геморрагические высыпания на коже ягодиц и бедер, ригидность затылочных мышц. Пульс 140 ударов в минуту, АД - 70/20 мм.рт.ст.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> менингококковая инфекция

<variant> геморрагический васкулит

<variant> тромбоцитопеническая пурпура

<variant> грипп с геморрагическим синдромом

<variant> корь

<question> У ребенка двух лет во время игры внезапно возник приступ кашля и удушья. В анамнезе - пищевая аллергия, атопический дерматит. Выражен сухой приступообразный кашель. Грудная клетка вздута, правый угол лопатки отстает при дыхании. На рентгенограмме грудной клетки определяется понижение прозрачности легочной ткани в нижней доле справа. В боковой проекции затемнение носит характер треугольной тени. В остальных участках повышение прозрачности, корни легких широкие.

Ваш предварительный диагноз:

<variant> инородное тело бронха

<variant> пневмония

<variant> обструктивный бронхит

<variant> бронхиальная астма

<variant> острый бронхит

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

Ваш предварительный диагноз:

<variant> муковисцидоз

<variant> хронический бронхит

<variant> порок развития легких

<variant> синдром Картагенера

<variant> пневмония

	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			121 стр. из 132

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

Ваш предварительный диагноз:

<variant> ювенильный ревматоидный артрит

<variant> дерматомиозит

<variant> системная красная волчанка

<variant> острая ревматическая лихорадка

<variant> узелковый полиартериит

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

Ваш предварительный диагноз:

<variant> узелковый полиартериит

<variant> системная красная волчанка

<variant> ювенильный дерматомиозит

<variant> системная склеродермия

<variant> пурпура Шенляйна-Геноха

<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 предварительный диагноз:

<variant> спазмофилия

<variant> фебрильные судороги

<variant> эпилепсия

<variant> аффективно-респираторные приступы

<variant> вегетативный пароксизм

<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 - 70,0мл, 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> 6 мес

<variant> 1 год

<variant> 3 года

<variant> постоянно

<question> Основными путями введения адреналина при реанимации новорожденного в родильном зале являются:

<variant> эндотрахеально, внутривенно

<variant> внутримышечно

<variant> в пупочную вену

<variant> внутрисердечно

<variant> внутриартериально, внутривенно

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		122 стр. из 132

<question> Сульфат магния используется как противосудорожное средство в дозе:

- <variant> 50 мг/кг массы в сутки
- <variant> 100 мг/кг массы в сутки
- <variant> 10 мг/кг массы в сутки
- <variant> 20 мг/кг массы в сутки
- <variant> 5 мг/кг массы в сутки

<question> Ребенку 21 день, масса тела 4100,0. Родился от беременности с угрозой выкидыша, с массой 3300,0. Выписан из роддома на 6 день жизни с массой 3500,0. В последующие дни почти ежедневно бывает рвота до 3 раз в день, стул разжиженный до 4 раз в сутки, иногда стула совсем нет. Молока у матери много, ребенок сосет грудь энергично, после кормления бывает беспокоен. После рвоты, как правило, засыпает. Вероятный предварительный диагноз:

- <variant> пилороспазм
- <variant> пилоростеноз
- <variant> простая диспепсия
- <variant> кишечный токсикоз
- <variant> парентеральная диспепсия

<question> У новорожденного при рождении отсутствуют признаки дыхания, он бледен, не реагирует на раздражение, пульс около 84 ударов в минуту, конечности свисают.

Предварительный диагноз:

- <variant> асфиксия тяжелой степени тяжести
- <variant> асфиксия средней степени тяжести
- <variant> асфиксия легкой степени тяжести
- <variant> мертворожденный
- <variant> респираторный дистресс синдром

<question> У недоношенного новорожденного со сроком гестации 34 недель, на 21 день жизни в анализе крови: Нв- 50 г/л. Целесообразная тактика ведения больного:

- <variant> переливание эритроцитарной массы
- <variant> переливание свежезамороженной плазмы
- <variant> препараты железа
- <variant> витамины группы В
- <variant> переливание цельной крови

<question> У ребенка на 2 неделе жизни появились симптомы интоксикации, гепатомегалия, желтуха, темная моча, увеличение общего билирубина за счет прямого, в моче обнаружения клеток по типу совиный глаз. Вероятный диагноз :

- <variant> цитомегалия
- <variant> гепатит В
- <variant> листериоз
- <variant> микоплазмоз
- <variant> хламидиоз

<question> У новорожденного ребенка сразу после рождения отмечается септикоподобное состояние, гипертермия, геморрагическая сыпь по всему телу, признаки менингоэнцефалита, в анализах выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез, при посеве ликвора высеян *Listeria monocytogenes*. Целесообразно назначение данного лекарства:

- <variant> ампициллин
- <variant> далагил
- <variant> контрикал
- <variant> метронидазол
- <variant> сумамед

	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			123 стр. из 132

<question> Укажите препарат, при использовании которого могут наблюдаться побочные эффекты в виде тахикардии, судорог, возбуждения, рвоты, гипергликемии :

- <variant> эуфиллин
- <variant> глюконат кальция
- <variant> оксibuтират натрия
- <variant> магния сульфат
- <variant> ГОМК

<question> Укажите часто используемую в настоящее время длительность одного курса дексаметазона при бронхолегочной дисплазии (БЛД):

- <variant> 10 - 14 дней
- <variant> 1 мес-1,5 мес.
- <variant> 7-8 дней
- <variant> короткий трех-четырёхдневный курс
- <variant> длительные курсы более 30 дней

<question> Характерный симптомокомплекс при патологии уровня нервной системы у новорожденного: спинальный шок, нарушения: со стороны дыхательной системы, двигательные и чувствительные, функции сфинктеров. Предварительный диагноз:

- <variant> кровоизлияние в спинной мозг
- <variant> субарахноидальное кровоизлияние
- <variant> внутрижелудочковое кровоизлияние
- <variant> кефалогематома
- <variant> травматическое повреждение плечевого сплетения

<question> Для проведения дифференциального диагноза между нейротоксикозом и менингитом у детей необходимо:

- <variant> исследование ликвора
- <variant> определение менингеальных симптомов
- <variant> проведение компьютерной томографии
- <variant> R-графия черепа в 2-х проекциях
- <variant> исследование глазного дна

<question> Когда ребенок родился в состоянии апноэ :

- <variant> немедленно нужно провести интубацию трахеи
- <variant> показания к лечению определяются с опозданием на 1 минуту после проведения первой оценки по шкале Апгар

- <variant> немедленно нужно провести тактильную стимуляцию
- <variant> немедленно нужно ввести налоксон
- <variant> немедленно нужно ввести адреналин

<question> Левая рука новорожденного ребенка приведена к туловищу, разогнута в локтевом суставе, повернута внутрь, ротирована в плечевом суставе, пронирирована в предплечье, кисть в ладонном сгибании и повернута назад и кнаружи. Голова наклонена и повернута. Шея кажется короткой с большим количеством поперечных складок и упорным мокнутием. Данная клиническая картина относится к патологии:

- <variant> паралич Дюшенна — Эрба
- <variant> паралич Дежерин—Клюмпке
- <variant> синдром Кофферата
- <variant> синдром Бернара—Горнера
- <variant> повреждение грудного отдела спинного мозга

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			124 стр. из 132

<question> Молодая мама заметила увеличение молочных желез у своей новорожденной дочери, она обеспокоена тем, что кожа над ними слегка покраснела, при надавливании выделяется отделяемое серого цвета. Тактика врача будет верной в этой ситуации:

- <variant> не трогать, наблюдать
- <variant> наложить мазь Вишневского
- <variant> обработать кожу спиртом
- <variant> наложить марлевую повязку
- <variant> обработать фурациллином

<question> Обоснованием к назначению фенобарбитала у новорожденного с ГБН является:

- <variant> активация глюкуронилтрансферазы
- <variant> ускорение экскреции прямого билирубина
- <variant> улучшение оттока желчи
- <variant> уменьшение активности β -глюкуронидазы
- <variant> увеличение экскреции непрямого билирубина

<question> После быстрых родов новорожденный не дышит, неподвижен и синюшен, имея ЧСС 40. Околоплодные воды чистые. Начальные шаги реанимации:

- <variant> быстро придать новорожденному правильное положение, сменить влажные пеленки, очистить рот и нос, вытереть новорожденного и стимулировать его
- <variant> начать вентиляцию под положительным давлением со 100% кислородом
- <variant> определить ЧСС новорожденного
- <variant> начать непрямой массаж сердца
- <variant> начать интубацию трахеи

<question> Основные лекарственные средства, применяемые при СКВ:

- <variant> гормональные иммунодепрессанты (метилпред, преднизолон)
- <variant> антибактериальные средства (ампициллин, цефазолин)
- <variant> противовирусные средства (ацикловир, циклоферон)
- <variant> противогрибковые средства (экзодерил, пимафуцин)
- <variant> антибактериальные средства, противовирусные средства

<question> Ребенку 1 месяц, находится на грудном вскармливании. За месяц прибавил 700 г, самочувствие не страдает, сон и аппетит не нарушены. Стул с рождения кашицеобразный, желтого цвета, до 4 раз в сутки. У матери при посеве молока выявлен эпидермальный стафилококк. У ребенка при исследовании кала выявлен золотистый стафилококк 10^3 КОЕ/ г кала. Мероприятия при данной патологии:

- <variant> продолжить грудное вскармливание
- <variant> перевести на искусственное вскармливание
- <variant> кормить сцеженным пастеризованным грудным молоком
- <variant> запретить грудное вскармливание, назначить антибиотики
- <variant> продолжить грудное вскармливание, назначить антибиотики

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

- <variant> лекарственная желтуха
- <variant> желтуха Ариеса-Люцея
- <variant> физиологическая желтуха
- <variant> желтуха от материнского молока
- <variant> желтуха при синдроме Жильбера

-	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			125 стр. из 132

<question> Ребенок родился от 1 беременности, I срочных преждевременных родов в сроке 30 недель. Вес при рождении-1850, рост-42 см по шкале Апгар, оценен в 1-2 балла. Проведенные реанимационные мероприятия эффекта не дали, через 10 минут после рождения констатирована смерть. Это смертность будет относиться к смерти ребенка:

- <variant> перинатальную
- <variant> антенатальную
- <variant> интранатальную
- <variant> неонатальную
- <variant> позднюю неонатальную

<question> Ребенок родился от III беременности, II срочных родов при сроке 38 недель от женщины, работавшей контролером на химико-металлургическом комбинате. Беременность протекала на фоне длительно- текущего гестоза. Вес при рождении- 2300, рост –45. При осмотре у ребенка обнаружены множественные стигмы дизэмбриогенеза: мелкие черты лица, малый рост, узкое небо, маленькая нижняя челюсть, низко расположенные ушные раковины, крыловидная шея, врожденный порок сердца. Для уточнения диагноза необходимо провести консультацию:

- <variant> генетика
- <variant> хирурга
- <variant> кардиолога
- <variant> ортопеда
- <variant> стоматолога

<question> Ребенок П., родившийся на 34-й неделе гестации от матери, страдающей диабетом в течение 15 лет. Масса при рождении 2800 г. Состояние с рождения тяжелое за счет церебральных и респираторных расстройств. Рефлексы угнетены. В анализе крови через час после рождения уровень глюкозы – 2,5 ммоль/л. Для профилактики гипогликемии у данного ребенка необходимо определить уровень глюкозы:

- <variant> каждые 3 часа
- <variant> каждый час
- <variant> ежедневно
- <variant> каждые 2 часа
- <variant> каждый 6 часов

<question> Ребенок на 7-е сутки жизни переведен в отделение патологии новорожденных с диагнозом «Церебральная ишемия II степени, синдром возбуждения». На 10-е сутки состояние резко ухудшилось, стал запрокидывать голову назад, симптом Грефе положительный, гиперестезия, ригидность затылочных мышц, резкое беспокойство, гипертермия до 39,0С -. Возможные осложнения у этого новорожденного ребенка:

- <variant> менингит
- <variant> гидроцефалия
- <variant> цитомегалия
- <variant> ОРВИ
- <variant> энцефалит

<question> Ребенок на 7-е сутки жизни переведен в отделение патологии новорожденных с диагнозом «Церебральная ишемия II степени, синдром возбуждения». На 10-е сутки состояние резко ухудшилось, стал запрокидывать голову назад, симптом Грефе положительный, гиперестезия, ригидность затылочных мышц, резкое беспокойство, гипертермия до 39,0С -. Обследование необходимые для уточнения диагноза:

- <variant> люмбальная пункция
- <variant> ЭХОЭГ

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	126 стр. из 132

- <variant> глазное дно
- <variant> групповая и резус-принадлежность
- <variant> анализ крови на билирубин
- <question> Ребенок в возрасте 22 дней поступает в отделение патологии новорожденных с диагнозом конъюгационная желтуха неясной этиологии. Состояние при поступлении средней тяжести: адинамия, плохо сосет. Пастозность: лица, туловища, конечностей. Кожные покровы сухие, желтушные, шелушатся. Волосы сухие, ломкие. Рот полуоткрыт, язык большой, голос грубый. Тоны сердца приглушены, в легких без патологии. Живот мягкий, печень + 3 см, отмечается склонность к запорам. Ваш предварительный диагноз:
- <variant> врожденный гипотиреоз
- <variant> болезнь Дауна
- <variant> паратрофия
- <variant> диабетическая фетопатия
- <variant> болезнь Гиршпрунга
- <question> Ребенок В. наблюдается в отделении патологии новорожденных с диагнозом: «Врожденный порок развития головного мозга. Агенезия мозолистого тела?». Для уточнения необходимо провести ребенку обследование:
- <variant> магнитно - резонансное исследование головного мозга
- <variant> спинномозговая пункция
- <variant> нейросонография
- <variant> краниография
- <variant> компьютерное исследование головного мозга
- <question> У новорожденного определяется опухолевидное образование в области левой теменной кости, флюктуирующее при пальпации. Ваш предварительный диагноз:
- <variant> кефалогематома
- <variant> флегмона волосистой части головы
- <variant> родовая опухоль
- <variant> перелом костей черепа
- <variant> ушиб теменной области
- <question> У двухдневного новорожденного отмечаются гиперестезия кожи, тремор конечностей, гиперрефлексия, горизонтальный нистагм, спонтанный рефлекс Моро. Сосет активно, не срыгивает. Общее состояние удовлетворительное. Ваш предварительный диагноз:
- <variant> церебральная ишемия I степени
- <variant> церебральная ишемия II степени
- <variant> церебральная ишемия III степени
- <variant> родовая травма головного мозга
- <variant> родовая травма спинального мозга
- <question> У доношенного новорожденного ребенка на 2 сутки жизни появились судороги. В анализе крови Нв-180 г/л, Л.-15,0x10⁹/л, СОЭ-3 мм/ч, глюкоза- 2,1 ммоль/л. Тактика врача-неонатолога:
- <variant> введение глюкозы
- <variant> консультация невролога
- <variant> осмотр глазного дна
- <variant> перевод в неврологическое отделение
- <variant> введение седуксена
- <question> У новорожденного ребенка при осмотре отмечается затруднения носового дыхания, кожа бледновато-сероватым оттенком, с элементами пузырчатки, на ладонях и

	ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			127 стр. из 132

подошве отмечается диффузная пятнисто-папулезная сыпь, По внутренним органам без особенностей. Ваш предварительный диагноз:

- <variant> врожденный сифилис
- <variant> врожденный токсоплазмоз
- <variant> врожденный листериоз
- <variant> врожденный гепатит
- <variant> врожденный цитомегалия

<question> У ребенка обнаружена родовая травма позвоночного столба и спинного мозга, выполнена иммобилизация головы и шеи, для снятия болевого синдрома необходимо ввести седуксен, рассчитайте необходимую дозу препарата и кратность его введения, если вес ребенка составляет 3000г:

- <variant> 0,3мг 2-3 раза в сутки
- <variant> 0,3г 1раз в сутки
- <variant> 60мг 2раза в сутки
- <variant> 0,1мг 2-3 раза в сутки
- <variant> 15мг 2 раза в сутки

<question> У ребенка развился отек мозга. Необходимо ввести осмотический диуретик – 10% раствор сорбитола из расчета 0,25г/кг. Масса ребенка 4000г. Рассчитайте объем раствора, укажите кратность и путь введения препарата:

- <variant> 10мл однократно внутривенно капельно
- <variant> 15мл однократно внутривенно струйно
- <variant> по 7мл 2 раза в сутки внутривенно капельно
- <variant> 5мл однократно внутривенно капельно
- <variant> по 1мл 2 раза в сутки внутримышечно

<question> У ребенка была диагностирована гемолитическая болезнь новорожденного и по показаниям проведена операция заменного переливания крови (ОЗПК). Через 2 дня после ОЗПК появились гиперемия и инфильтрация пупочного кольца, стали пальпироваться пупочные сосуды. Из пупочной ранки появилось обильное серозно-гнойное отделяемое. Клинические симптомы свидетельствуют о наличии у ребенка:

- <variant> гнойного омфалита
- <variant> мокнущего пупка
- <variant> свища пупка
- <variant> фунгуса пупка
- <variant> гангрены пупочного канатика

<question> У новорожденного с рождения рвота с зеленью, усиливающаяся после кормления. Ребенок вялый, адинамичный, отказывается от груди. На вторые сутки развились явления эксикоза. Живот вздут в эпигастральной области, нижняя половина западает. Стул отсутствует с рождения. На рентгенограмме органов брюшной полости наличие двух газовых пузырей и двух уровней жидкости, затемнение нижней половины брюшной полости. Вероятный диагноз у больного:

- <variant> высокая кишечная непроходимость, атрезия 12-перстной кишки
- <variant> пилоростеноз
- <variant> адреногенитальный синдром
- <variant> низкая кишечная непроходимость
- <variant> диафрагмальная грыжа

<question> Ребенок 3 мес. Беспокоит упорный коклюшеподобный кашель с первых недель жизни. Аппетит удовлетворительный, но в весе не прибавляет. Над легкими перкуторный звук с

-	ONTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			128 стр. из 132

участками укорочения и притупления, аускультативно - влажные разнокалиберные и сухие хрипы с обеих сторон. Стул обильный, зловонный, вязкий с блестящими комочками до 8 раз в сутки. В гемограмме: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. На R-графии грудной клетки отмечается усиление легочного рисунка, корень утолщен. Ваш предварительный диагноз:

<variant> муковисцидоз легочно - кишечная форма

<variant> обструктивный бронхит

<variant> острый бронхит

<variant> очаговая пневмония

<variant> рецидивирующий бронхит

<question> Школьник. В анамнезе общения с домашними животными. Кашель сухой, одышка при физическом напряжении, периодический подъем температуры до субфебрильных цифр. В весе теряет. На рентгенограмме на фоне неизменной легочной паренхимы округлая тень с четкими контурами. В анализах крови эозинофилия (15 – 21%). Выявленное заболевание:

<variant> эхинококкоз легкого

<variant> эозинофильная пневмония

<variant> деструктивная пневмония

<variant> киста легкого

<variant> микотическая пневмония

<question> Ребенку 12 лет. 2 сторонняя нижнедолевая пневмония. Одышка. Кашель с отделением ржавой мокроты. На рентгенограмме множественные крупные и мелкие тени, местами сливающиеся, напоминающие хлопья ваты. В анализах крови анемия 3 степени, лейкоцитоз, нейтрофилез, анизоцитоз, пойкилоцитоз. Ваш предварительный диагноз:

<variant> гемосидероз легких

<variant> туберкулез легких

<variant> болезнь Хаммена –Ричи

<variant> аспергиллез легких

<variant> инородное тело бронхов

<question> Ребенку 8 месяцев. У матери урогенитальная патология. Торпидно протекающий конъюнктивит в первые дни жизни. затяжной воспалительный процесс в легких. лихорадка отсутствует. кашель стакатто- непродуктивный, нарастающий. одышки нет, выдох форсирован. На рентгенограмме легких диффузная негетерогенная инфильтрация за счет интерстициального компонента. В анализах периферической крови эозинофилия. Лабораторные методы, необходимые для верификации диагноза «Пневмония хламидийной этиологии»:

<variant> ПЦР, ИФА диагностика

<variant> посевы крови на стерильность

<variant> бактериологическое исследование мокроты

<variant> биопсия легкого

<variant> бронхоальвеолярный лаваж

<question> Для уменьшения вязкости мокроты при муковисцидозе НЕ используют:

<variant> панкреатин

<variant> трипсин, химотрипсин

<variant> ацетилцистеин

<variant> ингаляции физиологического раствора

<variant> бромгексин

<question> Девочка 14 лет, предъявляет жалобы на боли в животе после приема пищи, отрыжку, тошноту, жжение в эпигастрии, склонность к запорам. Данные жалобы в течение нескольких лет, не обследовано.

Ваш предварительный диагноз:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		129 стр. из 132

<variant> хронический гастродуоденит

<variant> язвенная болезнь 12-перстной кишки

<variant> хронический холецистит

<variant> язвенная болезнь желудка

<variant> хронический гастрит

<question> Девочка 8 лет, болеет 1,5г, жалобы на недомогание, слабость, постоянные боли в правом подреберье с периодическими усилениями; боли тупые, ноющие, давящие, возникают через 1-1,5 часа после приема жирной пищи, или после физической нагрузки. Болеет в течение 1,5 лет. Пальпация: болезненность в правом подреберье. Пузырные симптомы положительные; увеличена печень, болезненна. Ваш предварительный диагноз:

<variant> дискинезия желчевыводящих путей

<variant> хронический гепатит

<variant> хронический холецистит

<variant> хронический панкреатит

<variant> язвенная болезнь 12-перстной кишки

<question> При наличии аллергической реакции на оксациллин у детей противопоказан препарат:

<variant> Амоксициллин / клавуланат

<variant> Левофлоксацин

<variant> Доксициклин

<variant> Эртапенем

<variant> Кларитромицин

<question> Общее проявление неспецифического язвенного колита и болезни Крона:

<variant> наличие язв в стенке кишечника

<variant> ограничение пораженной области

<variant> воспаление закрывает все слои кишечника

<variant> лимфоидная гиперплазия всех слоев кишечника

<variant> часто встречаются криптогенные абсцессы

<question> Девочка 11 лет. При осмотре тремор, мышечная ригидность, расстройства координации, нарушения речи и глотания, гепатомегалия, спленомегалия, желтуха. Осмотр с помощью щелевой лампы показал наличие зеленовато-бурого кольца по периферии роговицы. Ваш диагноз:

<variant> Болезнь Вильсона-Коновалова

<variant> Аутоиммунный гепатит

<variant> Врожденный гемохроматоз

<variant> Недостаточность альфа1-трипсина

<variant> Хронический гепатит вирусной этиологии

<question> Новорожденный 12 дней, родился в срок с массой 3,000, оценка по шкале Апгар 8 баллов. Жалобы на гнойное отделяемое из пупочной ранки, субфебрилитет. Объективно: ребенок вялый, срыгивает, плохо сосет, отек и гиперемия пупочного кольца, инфильтрация жировой клетчатки вокруг пупка, кожа горячая, расширены сосуды на передней брюшной стенке. Вероятный диагноз у больного:

<variant> омфалит

<variant> гангрена пупочного канатика

<variant> заболевание пупочных сосудов

<variant> язва пупка

<variant> мокнувший пупок

<question> При ИТП на кровоточивость не влияет :

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	
 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Врач общей практики – 2»	044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	130 стр. из 132

- < variant> отсутствие плазменных факторов свертывания крови
- < variant> нарушение резистентности стенки кровеносного сосуда
- < variant> снижение сократительной способности кровеносных сосудов
- < variant> уменьшение количества тромбоцитов в периферической крови
- < variant> снижение адгезивных и агрегационных свойств тромбоцитов
- <question> Пациентке 7 лет, на 3-й день болезни поступила в клинику с жалобами на головную боль, отек лица, колен, мочу цвета «мясных помоев». В общем анализе мочи: объем - 70,0 мл, цвет-красный, реакция – щелочная, относительная плотность - 1023, эритроциты - изменены, вся область занята, лейкоциты - 2-3 в п/з, белок - 0,99%. Госпитализирован в нефрологическое отделение. Продолжительность диспансерного наблюдения за больным после выписки из стационара :
- <variant> до 18 лет
- <variant > 1 год
- <variant > 3 года
- <variant > 5 лет
- <variant > 6 месяцев
- <question>Осложненное желудочно-кишечное кровотечение характеризуется всеми перечисленными ниже, за исключением одного:
- < variant> гипертермия.
- <variant > мелена.
- < variant> бледность кожных покровов.
- < variant> коллапс.
- < variant> рвота кровью.
- <question> При гемолитическом кризе у больного с аутоиммунной гемолитической анемией в периферической крови выявляются лейкоциты $15,8 \times 10^9/\text{л}$, сильно смещенные влево, до бластов (3%). Проведите интерпритацию анализа:
- < variant> Лейкемоидная реакция псевдобластного типа
- < variant> Хронический миелолейкоз
- < variant> Лейкемоидная реакция лимфоидного типа
- < variant> Хронический лимфолейкоз
- < variant> Лейкемоидная реакция миелоидного типа
- <question> 9-летний мальчик жаловался на слабость, обильные кровотечения из носа без видимой причины, появление синяков на теле. Болеет уже 2 года, в зависимости от заболевания проходит курс гормонотерапии и переливание тромбоцитарной массы. Кожа, слизистые оболочки бледные, склеры в норме. Периферические лимфатические узлы и селезенка не увеличены. Наблюдается тахикардия и систолический шум на верхушке сердца. Печень на 1 см выступает из под реберной дуги, моча соломенно-желтая. В анализе крови: НВ-50г/л, эр- $2,4 \times 10^9/\text{л}$, ТК-0,89, тромб- $22 \times 10^9/\text{л}$. продолжительность кровотечения по Дюк-12 мин, время свертывания - 6 ч. Лекарства, включаемые в план:
-
- < variant> глюкокортикостероиды
- <variant > цефалоспорины
- < variant> антигистаминные препараты
- < variant> гемостатики
- <variant> витаминотерапия

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 -	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»		044/62-22 ()	
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА		131 стр. из 132	

<question> У ребенка в течении 3 дней наблюдается затрудненное носовое дыхание, макуло-папулезная сыпь вокруг рта и носа медного цвета. Диффузное покраснение на подошвах и ладонях. Губы сухие, увеличенные, потрескавшиеся. У матери реакция Вассермана положительная. Ваше лечение:

<variant > пенициллин

< variant> реоферон

< variant> метронидазол

< variant> кортикостероиды

<variant > сумамед

<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 предварительный диагноз:

<variant> острый пиелонефрит

<variant> острый цистит

<variant> острый гломерулонефрит

<variant> «реакция» на зубы

<variant> острая пневмония

-	ОҢТҮСТІК QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 2»			044/62-22 ()
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА			132 стр. из 132