Тесты для клинических ординаторов третьего года по специальности «Детская хирургия».

1. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается. Укажите правильный ответ:

1. ректовестибулярный свищ
2. ректовагинальный свищ
3. ректоуретральный свищ
4. ректовезикальный свищ
5. ректопромежностный свищ

2. Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах ее атрезии у детей является. Определите правильный метод исследование:

а. рентгенография по Вангенстину;

б. контрастное исследование кишки через свищ;

в. исследование свища зондом;

г. электромиография промежности;

д. профилометрия.

3.Укажите наиболее характерные признаки свища в мочевую систему при атрезии прямой кишки у детей:

1. отхождение мекония через уретру
2. отхождение газов через уретру
3. выделение газов и мекония при надавливании на живот
4. наличие газов в мочевом пузыре при рентгеновском исследовании
5. все перечисленное

4. Выберити показание к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является:

1. безсвищевая форма атрезии
2. свищ в мочевой пузырь
3. свищ уретральный
4. узкий и длинный промежностный свищ
5. все перечисленное

5. В основе болезни Гиршпрунга лежит. Определите правильный ответ:

1. врожденный аганглионоз участка толстой кишки
2. гипертония мышечного слоя кишки
3. поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
4. токсическая дилятация

6. Определите показанием к колостоме у новорожденного с атрезией прямой кишки:

1. тяжелое общее состояние
2. недостаток опыта хирурга
3. недостаток опыта анестезиолога
4. клоакальная форма
5. все перечисленное

7. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. Выберите форму болезни Гиршпрунга:

1. острую
2. подострую
3. хроническую
4. ректальную
5. ректосигмоидальную

8. Определите целесообразный метод исследование при подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга:

1. ирригографию
2. ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа
3. дачу бариевой смеси через рот
4. колоноскопию
5. определение активности ацетилхолинэстеразы

9. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга, после колостомы, выполненной в период новорожденности:

1. 3 мес
2. 6 мес
3. 9 мес
4. 12 мес
5. в 3 года и старше

10. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Укажите диагноз:

1. гипоплазия легкого
2. аплазия легкого
3. агенезия легкого
4. ателектаз
5. булы

11. Назовите для диагностики пороков развития у новорожденных и грудных детей используют различные методы исследования, из которых наиболее информативны и возможны в антенатальном периоде:

1. лапароскопия
2. ультразвуковое исследование
3. рентгенография
4. эндоскопия
5. ангиография

12. Укажите наиболее распространенные виды врожденной аномалии пищевода у новорожденных:

1. врожденный изолированный трахеопищеводный свищ
2. атрезия пищевода с верхним и нижним свищом
3. атрезия пищевода без свища
4. атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом
5. атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом

13. При возникновении неукротимой рвоты у новорожденного во время первого кормления необходимое обследование должно включать. Укажите правильный ответ:

1. рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта
2. аускультацию брюшной полости
3. повторное кормление ребенка, но в вертикальном положении
4. обзорную рентгенографию грудной и брюшной полости
5. проведение зонда в желудок

14. Выберите предельное расстояние между сегментами пищевода для наложения прямого анастомоза должно составлять:

1. 0.5 см
2. 1.0 см
3. 1.5 см
4. 2.0 см
5. 2.5 см

15. Определите клинические симптомы пилоростеноза:

1. на 1 сутки после рождения
2. на 2 неделе жизни
3. на 3 неделе жизни
4. на 4 неделе жизни
5. после 1 месяца жизни

16. Назовите характер рвоты при пилоростенозе - рвота:

1. твороженным молоком
2. желчью
3. мекониальная
4. с примесью крови
5. слизью

17. Определите наиболее достоверные признаки пилоростеноза:

1. симптом "песочных часов"
2. вздутие эпигастрии после кормления
3. пальпация увеличенного привратника
4. гипотрофия
5. олигурия

18.Укажите оптимальный оперативный доступ к привратнику:

1. верхняя срединная лапаротомия
2. поперечная лапаротомия
3. правосторонний парамедианный доступ с вертикальным рассечением кожи
4. правосторонний параректальный доступ с вертикальным рассечением кожи
5. правосторонний трансректальный доступ с рассечением кожи по ходу эластических волокон

19. Отметьте оптимальный метод питания после неосложненной пилоромиотомии:

1. дробное по 5 мл с первых суток после операции
2. дробное через 6 часов после операции
3. дробное по "форсированной схеме"
4. по 20 мл через 3 часа после операции с интервалом 2 часа
5. постоянное капельное через желудочный зонд - парентеральное питание

20. Наличие на обзорной рентгенограмме двух уровней доказывает. Выберите правильный ответ:

1. атрезию тощей кишки
2. острую форму болезни Гиршпрунга
3. атрезию пилорического канала
4. полную врожденную непроходимость 12-перстной кишки
5. артерио-мезентериальную непроходимость

21. Из перечисленных видов кишечного шва при атрезии тонкой кишки наиболее целесообразным у новорожденного является. Выберите правильный ответ:

1. однорядный непрерывный шов
2. двухрядный узловой
3. однорядный узловой атравматической нитью
4. механический шов
5. двухрядный - 1-й ряд непрерывный, 2-й ряд узловой

22. У ребенка 7 дней внезапно ухудшилось состояние: беспокойство, повторная рвота желчью, затем исчезновение стула, кровь в стуле, болезненность при пальпации живота, страдальческое выражение лица. Определите наиболее вероятный диагноз:

1. язвенно-некротического колита
2. инвагинации кишечника
3. заворота кишки
4. полипа прямой кишки
5. геморрагического синдрома с меленой

23. Укажите наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных:

1. ятрогенные повреждения
2. дефицит лизоцима
3. язвенно-некротический энтероколит 2 и 3 стадии
4. порок развития стенки кишки
5. заменное переливание крови

24. У ребенка 3 недель не заживает пупочная ранка, постоянные слизистые гнойные выделения, гиперемия кожи, инфильтрация мягких тканей в околопупочной области, грануляция. При зондировании пупочной ранки зонд уходит на глубину 1.5 см. Определите Диагноз:

1. фунгуса пупка
2. полного свища пупка
3. кальциноза пупочной ямки
4. неполного свища пупка
5. тромбофлебита пупочной вены

25. Периодическое выделение различных количеств мочи из пупка обычно вызвано:

1. экстрофией мочевого пузыря
2. полным свищом урахуса
3. эписпадией
4. клапаном задней уретры
5. дивертикулом мочевого пузыря

26. У новорожденного при рождении обнаружено опухолевидное образование размером 8\*10 см, в проекции пупка над дефектом брюшной стенки - 4см, через пуповинные оболочки видны петли кишечника, печень. Отметьте правильный диагноз:

1. эмбриональная грыжа пупочного канатика малых размеров
2. гастрошизис
3. эмбриональная грыжа пупочного канатика средних размеров
4. эмбриональная грыжа пупочного канатика больших размеров
5. ничего из перечисленного

27. В клинику доставлен новорожденный с эмбриональной грыжей пупочного канатика средних размеров, глубоко недоношенный с нарушением мозгового кровообращения 3 степени, подозрением на врожденный порок сердца. Дайте рекомендации:

1. немедленную операцию (1 этап по Гроссу)
2. консервативную терапию (обработку оболочек антисептиками)
3. коррекцию порока сердца
4. подшивание пластикового мешка
5. начать энтеральное кормление как можно раньше

28. Укажите среди пороков развития и заболеваний органов грудной полости наиболее частой причиной асфиксического синдрома, требующего срочной хирургической:

1. лобарная эмфизема
2. деструктивная пневмония
3. ложная диафрагмальная грыжа
4. врожденные ателектазы
5. опухоль средостения

29. У ребенка с резко выраженной дыхательной недостаточностью невозможно провести через нос катетер для отсасывания слизи. Укажите наиболее вероятной причиной этого состояния:

1. трахео-пищеводный свищ
2. синдром Пьера-Робена
3. атрезия хоан
4. макроглоссия
5. порок развития твердого неба

30. Ребенок с диагнозом "атрезия пищевода" готовится к операции. В каких мероприятиях он не нуждается?

1. каждые 10-15 мин отсасывание содержимого ротоглотки

2. определение группы крови и резус-фактора

3. анализ крови на свертьывающую и антисвертывающую системы

4. промывание желудка

231. Если ребенок 1,5 лет выпил уксусную эссенцию, необходимо, кроме:

1) диагностическая эндоскопия 2) промывание желудка

3) внутриносовая новокаиновая блокада 4) контроль диуреза

32. Профилактическое бужирование при ожогах пищевода начинается в конце недели:

1) первой, при ожоге I степени 2) первой, при ожоге II-III степени

3) третьей, при ожоге I степени 4) третьей, при ожоге II-III степени

33. Промывание желудка детям нужно выполнять:

1) через зонд 2) приемом большого количества воды с вызыванием рвоты

34. Основными симптомами ожога ротоглотки и пищевода являются, кроме:

1) диарея, анемия 2) дисфагия 3) саливация 4) осиплость голоса

35. Для подтверждения диагноза рубцового сужения пищевода выполняют:

1) обзорную рентгенографию грудной клетки

3) УЗИ

2) контрастную рентгенографию пищевода, эзофагоскопию 4) радиоизотопное исследование

36. Основными симптомами перфорации пищевода являются, кроме:

1) рвота кровью 2) дисфагия 3) боли за грудиной 4) крепитация на шее

37. В начальной стадии деструктивной пневмонии рентгенологически выявляется:

1) напряженный пиопневматоракс 2) пневмоторакс

3) инфильтрат, плащевидный плеврит

4) абцеса

38. Снижение тонуса кардии возникает при:

1) ахалазиякардия

2) диафрагмальной-плевральной грыже

3) врожденном стенозе пищевода

4) врожденном коротком пищеводе, грыже пищеводного отверстия диафрагмы

39. Желудочно-пищеводный рефлюкс осложняется:

1) стенозом кардинального отдела пищевода

2) стенозом пищевода на границе средней и нижней третей, язвенно-эрозивным эзофагитом

3) дивертикулом пищевода

4) перфорацией пищевода

40. В диагностике желудочно-пищеводного рефлюкса ведущую роль не играют:

1) ФЭГДС

2) поэтажная манометрия пищевода и кардинального отдела желудка

3) рН-метрия пищевода и желудка

4) обзорная рентгенография грудной клетки

41. Характерной формой эпителиального копчикового хода у детей, определяемой макроскопически, является:

A) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку;

Б) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика;

B) копчиковая киста;

Г) воронкообразное кожное втяжение;

Д) все перечисленное.

42.Для дифференциальной диагностики эпителиального копчикового хода оптимальным методом исследования у детей является:

A) зондирование;

Б) пальцевое ректальное исследование;

B) рентгенофистулография;

Г) ректороманоскопия, колоноскопия;

Д) весь перечисленный комплекс исследований.

43. Оптимальным положением больного при операции удаления копчикового хода является:

A) на животе;

Б) на спине;

B) на левом боку;

Г) на правом боку;

Д) любое из перечисленных.

44. Удаление копчикового хода у детей при хроническом течении следует производить:

A) по установлению диагноза;

Б) через 2-3 мес. после стихания острого процесса;

B) при обострении процесса;

Г) после 5-6 лет;

Д) в любые сроки.

45. При врожденном сужении прямой кишки оптимальным является:

A) хирургическое вмешательство по установлению диагноза;

Б) консервативная терапия, бужированне;

B) консервативная терапия, при отсутствии эффекта - операция;

Г) рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;

Д) любой из перечисленных вариантов.

46. Ректовестубулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

A) по установлении диагноза;

Б) в 1.5 года;

B) в 3-4 года;

Г) в 7 лет;

Д) в более старшем возрасте.

47. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

A) 3 часа после рождения;

Б) 6 часов после рождения;

B) 16 часов после рождения;

Г) 24 часа после рождения;

Д) 32 часа после рождения.

48. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается:

A) ректовестибулярный свищ;

Б) ректовагинальный свищ;

B) ректоурутральныйсвиш;

Г) ректовезикальный свищ;

Д) ректопромежностный свищ.

49. Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах ее атрезии у детей является:

A) рентгенография по Вангенстину;

Б) контрастное исследование кишки через свищ;

B) исследование свища зондом;

Г) электромиография промежности;

Д) профилометрия.

50. В основе болезни Гиршпрунга лежит:

A) врожденный аганглиоз участка толстой кишки;

Б) гипертрофия мышечного слоя кишки;

B) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;

Г) токсическая дилятация толстой кишки;

51. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:

А) острую;

Б) подострую;

В) хроническую;

Г) ректальную;

Д) ректосигмоидальную.

52. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у детей целесообразно выполнить:

А) ирригографию;

Б) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа;

В) дачу бариевой смеси через рот;

Г) колоноскопию;

Д) определение активности ацетилхолинэстеразы.

53. У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является:

A) радикальная операция;

Б) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки;

B) колостома петлевая на поперечно-ободочную кишку;

Г) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки;

Д) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки.

54. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга, после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:

A) 3 мес;

Б) 6 мес;

B) 9 мес;

Г) 12 мес;

Д) в 3 года и старше.

55. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:

A) острую;

Б) подострую;

B) хроническую;

Г) ректальную;

Д) ректосигмоидальную.

57. У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсирован ная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:

A) консервативное лечение с помощью сифонных клизм;

Б) радикальное оперативное вмешательство;

B) пристеночную цекостому;

Г) двухствольнуюстому на восходящий отдел кишки;

Д) терминальную колостому на переходной зоне кишки.

58. Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с ныраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятна:

A) болезнь Гиршпрунга;

Б) долихосигма;

B) хронический колит;

Г) неспецифический язвенный колит;

Д) болезнь Крона.

59. Ребенок 4 лет поступает в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:

A) консервативную терапию, сифонные клизмы;

Б) срочное радикальное оперативное вмешательство;

B) срочную колостому;

Г) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки;

Д) колостомию после консервативных мероприятий и удовлетворительного состояния больного.

60. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Наиболее вероятный диагноз:

A) опухоль толстой кишки;

Б) удвоение кишечника;

B) лимфангиомабрюшной полости;

Г) каловый камень;

Д) холодный аппендикулярный инфильтрат.

61. У ребенка 1.5 месяцев острый гнойный парапроктит. Наиболее рациональным вариантом лечения является

A) разрез мягких тканей и дренирование;

Б) радикальное иссечение инфильтрата и свища;

B) антибактериальная терапия;

Г) физиотерапевтические методы лечения;

Д) повязка с мазью Вишневского.

62. У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°С. Состояние ребенка средней тяжести. Наиболее вероятная у него форма неспецифического язвенного колита:

A) острая;

Б) первично-хроническая;

B) хроническая;

Г) скоротечная;

Д) подострая.

63. У ребенка на протяжении полугода дважды отмечено выделение слизи, крови и гноя из прямой кишки на фоне нормального стула. При этом отмечались незначительные приступообразные боли в животе. Температура субфебрильная.

В этом случае следует думать:

A) об острой форме неспецифического язвенного колита;

Б) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита;

B) о хронической форме неспецифического язвенного колита;

Г) о подострой форме неспецифического язвенного колита;

Д) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита.

64. Для диагностики неспецифического язвенного колита у детей основным исследованием является:

A) бактериологическое;

Б) рентгенологическое;

B) эндоскопическое;

Г) пальцевое ректальное;

Д) биохимия крови.

65. У ребенка 6 лет отмечено появление алой крови в стуле. Боли в животе. Стул до 8-10 раз. При ирригографии выявлено укорочение и сужение толстой кишки, ригидность ее стенки, псевдополипоз. Клиническая картина позволяет установить диагноз:

A) колита;

Б) болезни Гиршпрунга;

B) неспеиифического язвенного колита;

Г) болезни Крона;

Д) семейного полипоза.

66. Ребенку ошибочно была поставлена очистительная клизма раствором нашатырного спирта. Сразу отмечены боли в области прямой кишки. Спустя несколько часов появились боли в животе и перитонеальные знаки. Ребенку показано:

A) наблюдение, антибиотики, обезболивающие препараты;

Б) сифонная клизма;

B) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;

Г) цекостомия;

Д) сигмостомия.

67. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Боли в животе. Перитонеальные знаки. Свободный газ в брюшной полости на обзорной рентгенограмме. Ребенку необходима:

A) ревизия и санация брюшной полости;

Б) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома;

B) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости;

Г) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны;

Д) ревизия раны, наблюдение

68. У ребенка 4 лет отмечены кровотечения алой кровью во время дефекации. При ректальном обследовании обнаружен полип слизистой прямой кишки. Ему следует рекомендовать:

A) осмотр прямой кишки в зеркалах, прошивание ножки и удаление полипа;

Б) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа;

B) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа;

Г) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа;

Д) криодеструкцию полипа.

69. У ребенка 6 лет, оперированного по поводу атрезии прямой кишки, наблюдается периодическое недержание жидкого кала. Степень недостаточности анального жома определяется, как:

А) первая;

Б) вторая;

В)третья;

Г)четвертая;

Д) пятая.

70. У ребенка 7 лет, оперированного по поводу травмы промежности, наблюдается постоянное недержание жидкого кала и периодически плотного. Степень недостаточности анального жома составляет:

A) первую;

Б) вторую;

B) третью;

Г) четвертую;

Д) пятую.

71. У ребенка 8 лет, оперированного по поводу болезни Гиршпрунга по методике Дюамеля, наблюдается постоянное недержание жидкого и плотного кала. Степень недостаточности анального жома составляет:

A) первую;

Б) вторую;

B) третью;

Г) четвертую;

Д) пятую.

72. У ребенка выпадение прямой кишки наблюдается при акте дефекации и умеренной физической нагрузке (напряжения). Требуется вправление выпавшей кишки. В этом случае стадию выпадения следует расценить, как:

A) компенсированную;

Б) субкомпенсированную;

B) декомпенсированную;

Г) II степень;

Д) III степень.

73. Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет пронести:

A) обзорная рентгенография брюшной полости;

Б) пальцевое исследование прямой кишки;

B) ирригография с воздухом;

Г) лапароскопия;

Д) колоноскопия.

74. У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к распространению. Наиболее вероятен диагноз:

A) фурункл;

Б) карбункл;

B) флегмона;

Г) рожистое воспаление;

Д) абсцесс подкожной клетчатки.

75. У ребенка 5 лет множественные гнойники конусовидной формы, очаги с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое течение. Указанное состояние характерно:

A) для фурункулеза;

Б) для рожистого воспаления;

B) для флегмоны;

Г) для псевдофурункулеза;

Д) для абсцессов подкожной клетчатки.

76. У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:

A) фурункулез;

Б) псевдофурункулез;

B) абсцесс подкожной клетчатки;

Г) флегмона;

Д) рожистое воспаление.

77. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз:

A) фурункулез;

Б) псевдофурункулез;

B) флегмона подкожной клетчатки;

Г) абсцесс;

Д) рожистое воспаление.

78. У ребенка 10 лет на задней поверхности шеи резко болезненный инфильтрат, в центре которого три гнойных стержня. Наиболее вероятен диагноз:

A) фурункул;

Б) карбункул;

B) флегмона;

Г) рожистое воспаление;

Д) абсцесс подкожной клетчатки.

79.У ребенка первые часы после рождения появилась обильная рвота желчью. После кормления рвота усиливается. Появилось вялость адинамия эксикоз, за сутки ребенок потерял в весе 256 гр. Живот мягкий, вздут в эпигастральной области, после рвоты вздутие уменьшается. Нижние отделы живота запавшие. На обзорном R-грамме органов брюшной полости, отчетливо видны два горизонтальных уровня жидкости, газ в кишечнике отсутствует.  
А) препилоричесная атрезия

Б) болезнь Гиршпрунга

В) пилоростеноз

Г) атрезия 12-перстной кишки выше фатерова соска

Д) атрезия 12-перстной кишки ниже фатерова соска

80.У мальчика в возрасте трех недель клинической предварительно ставится диагноз пилоростеноз. В клинике ежедневная потеря в весе по отношению к весу при рождении составляет 0,2-0,3%  
А) легкая.

Б) среднее тяжеля

В) тяжеля

Г) крайне тяжелая

Д) агональная

81.Больному проводится гемотрансфузия с целью восполнения кровопотери. Через 30 минут от начала переливание крови, больной беспокойный, жалобы на чувства стеснения в груди головокружение, на сильные боли в пояснице и в животе, озноб повышается t -38-40 С. Тахикардия:  
Ваш вероятный диагноз:

1)острая сосудистая недостаточность.

2)септический шок.

3)гемотрансфузионный шок.

4)острый панкреатит.

инфекционно-токсический шок

82. В хирургический стационар доставлен ребенок 14 лет. Из анамнеза известно, что в течении недели беспокоили боли в эпигастрии, отрыжка. За два часа до поступления в стационар появились "кинжальные" боли в животе, рвота съеденной пищей. Состояние ребенка тяжелое. Выражение лица страдальческое. Положение вынужденное на левом боку с согнутыми нижними конечностями. Язык сухой, обложен налетом. Живот не участвует в дыхании, при пальпации напряжен, резко болезненный, выражены симптомы раздражения брюшины. Пульс 120 в минуту. Т=37,5\*С.

А) острый гастрит

Б) отравление

В) острый холецистит

Г)перфорация язва желудка

Д) острый панкреатит

83. В приемный покой доставлен ребенок 2-х лет. В течении суток ребенок капризный, сон поверхностный, не спит, лежит на правом боку, рвота, жидкий стул. При пальпации живота ребенок ведет себя беспокойно, плачет, активно напрягает мышцы живота. Пульс 132 в минуту, Т- 38,1\*С.

А) Вирусная инфекция

Б) пневмония

В) инвагинация

Г) острый аппендицит

Д) глистная инвазия

84. У ребенка с деструкцией легких после дренирования плевральной полости сохраняются симптомы дыхательной недостаточности, по дренажу выделяется воздух и гной, на контрольной рентгенограмме сохраняется коллабирование легкого. Что необходимо дополнительно предпринять для расправления легкого?

выполнить плевральную пункцию во 2 межреберье.

поменять антибиотики.

выполнить дополнительное дренирование во 2 межреберье.

оперативное лечение- торакотомия, ушивание свища.

выполнить окклюзию бронха

85. У ребенка 6 месяц приступообразные боли в животе, рвота. Perrectum обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов.

А) Острый аппендицит

Б) инвагинация кишечника

В) кишечная инфекция

Г) опухоль брюшной полости

Д) аппендикулярный инфильтрат

86. У новорожденного с диагнозом пилоростеноза во время операции-пилоромиотомии по Фреде-Ромштедта произошла перфорация слизистой. В таких случаях проводится:

А) операция Микулича

Б) операция Вебера-Ромштедта

В) операция Трика.

Г) Операция Wangensteina

87. Ребенок 2 лет страдает хроническим запором с рождения. Стул после клизмы. Уточнить диагноз позволит:

Обзорная рентгенография брюшной полости.

Ирригография с воздухом.

Ирригография с бариевой взвесью.

Дача бариевой взвеси через рот.

Колоноскопия.

88.У ребенка 10 месяцев приступообразные боли в

животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевидное образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено.

Предположительный диагноз

–инвагинация кишечника. Клиническую картину

следует расценить как:

А) начальный период

Б) период ярких клинических проявлений

В) период непроходимости кишечника

Г) явления перитонита

Д) период осложнений

89 У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов.

Выражена картина непро

ходимости кишечника. В этом случае предпочтительна:

А) срединная лапаротомия

Б) поперечная лапаротомия

В) разрез в правой подвздошной области

Г) параректальный доступ справа

Д) параректальный доступ слева

90. У ребенка 7 лет после падения с высоты состо

яние средней тяжести. Жалобы на

боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной

стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно с:

А) рентгенографии брюшной полости

Б) ультразвукового исследования

В)

лапароскопии

Г) лапароцентеза

Д) внутривенной урографии

91.Ребенок 5 лет проглотил гвоздь длиной 40 мм. На обзорной рентгенограмме

гвоздь в желудке. Наиболее рациональна в этом случае:

А) гастроскопия

Б) гастротомия

В) наблюдение

Г) стимуляция моторик

и кишечника

Д) дача бариевой взвеси и наблюдение

92. У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения. Начать обследование целесообразно с:

А) контрастного исследования желудка и 12-перстной

кишки

Б) гастродуоденоскопии

В) лапароскопии

Г) ларпаротомии и ревизии брюшной полости

Д) колоноскопи

93. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной. Дальнейшие действия предусматривают:

А) измерение

внутрикостного давления

Б) дополнительную остеоперфорацию

В) ушивание раны

Г) промывание костномозгового канала

Д) дренирование раны

94.Девочка в возрасте 1 суток и с весом 3000 г поступила в отделение хирургии новорожденных с диагнозом атрезии прямой кишки с ректовестибулярным свищом. Его длина 2 см, диаметр –4 мм. Хорошо отходит меконий. Ребенку

показано:

А) экстренная операция

Б) отсроченная операция

В) бужированиесвища и операция в 6 –8 месяцев

Г) операция в возрасте 1 года

Д) операция в 4 –5 лет

95.У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибринозные наложения, инфильтрация тканей незначительна. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

А) одномоментное введение антибиотиков и ушивание раны наглухо

Б) резиновый выпускник

В) марлевый тампон

Г) промывание брюшной полости

Д) тампон Микулича

96. У ребенка во время операции по поводу запущенной формы инвагинации кишечника обнаружены некроз дистального отдела подвздошной кишки и сомнительная жизнеспособность вышележащих отделов подвздошной кишки на протяжении 50 см.

Определите тактику хирурга:

1. резекция явно некротизированного участка кишки, илеостома, плановая релапаротомия через 12 часов
2. резекция всей подвздошной кишки, илеостома
3. резекция всей подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз
4. выведение на кожу измененного участка кишки петлей
5. резекция некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз

97. У ребенка с травмой живота, во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение.

Укажите наиболее рациональные действия хирурга в данном случае:

1. спленоэктомия

2. попытка ушивания дефекта

3. перевязка селезеночной артерии

4. оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке

5. спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки

98. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением.

Определите рациональные действия хирурга:

1. спленоэктомия
2. попытка ушивания дефекта
3. перевязка селезеночной артерии
4. оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке
5. спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки

99. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная.

Укажите наиболее целесообразные действия хирурга:

1. лапароцентез
2. лапароскопия, осмотр брюшной полости
3. лапароскопия, установка длительного дренажа
4. лапаротомия, ревизия брюшной полости
5. наблюдение, консервативная терапия

100. У ребенка 10 лет, подозрение на повреждение печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная.

Определите действие хирурга в данном случае:

1. лапароцентез
2. лапароскопию
3. лапаротомию
4. наблюдение
5. консервативная терапия

101. Выберите правильный метод лечения при абсцессе легкого без дренирования в бронх:

1. радикальная операция

2. бронхоскопический дренаж

3. пункция абсцесса

4. бронхоскопия с катетеризацией бронха

5. дренирование абсцесса

102. Определите рациональный доступ при операции по поводу разрыва селезенки:

1. срединная лапаротомия
2. поперечная лапаротомия
3. разрез в левом подреберье
4. параректальный доступ
5. трансректальный доступ

103. У ребенка с травмой живота подозрение на повреждение печени. Состояние тяжелое. Гемодинамика нестабильная.

Определите целесообразные лечебные действия в данном случае:

1. лапароцентез
2. лапароскопия
3. лапаротомия
4. консервативная терапия
5. наблюдение

104. У мальчика 4 лет с момента рождения не определяется в мошонке правое яичко. Объективно- правая половина мошонки укорочена, яичко не пальпируется ни в мошонке, ни в области пахового канала, на УЗИ в брюшной полости яичко визуализируется.

Укажите наиболее вероятный диагноз?

1. брюшная ретенция

2. монорхизм

3. синдром текстикулярной феминизации

4. эктопия яичка

5. атрофия яичка

105. У ребенка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

Определите действия хирурга:

1. лапароцентез
2. лапароскопия
3. лапаротомия
4. наблюдение
5. консервативная терапия

106. Укажите, какая неотложная помощь необходима при нарушении дыхания у больных с синдромом Пьера-Робина?

1. подача увлажненного кислорода

2. искусственное дыхание рот в рот, рот в нос

3. выведение и фиксация языка

4. интубация трахеи

5. подключение к аппарату

107. Выберите, какая техника кормления ребенка применяется при синдроме Пьера-Робина?

1. в положении на спине

2. в положении на правом боку

3. в положении на левом боку

4. в положении на животе и кормление через зонд

5. в положении на спине и кормление через зонд

108. Ребенок 1-го месяца лечится по поводу нагноившейся кефалогематомы теменной области.

Определите возможные осложнения?

1. контактный остеомиелит костей черепа

2. развитие остеофита

3. позднее закрытие родничка

4. развитие атеромы

5. развитие некротической флегмоны

109. Определите, с каким заболеванием необходимо дифференцировать мозговую грыжу?

1. кефалогематомой

2. гидроцефалией

3. микроцефалией

4. краниостенозом

5. колобомой

110. Какая операция проводится при незаращении верхней губы?

1. нейлопластика

2. лябиуспластика

3. уранопластика

4. ринопластика

5. хейлопластика

111. Укажите, какая операция проводится принезаращении неба?

1. нейлопластика

2. лябиуспластика

3. уранопластика

4. ринопластика

5. хейлопластика

112. Укажите, основной метод диагностики при атрезии хоан:

1. ультразвуковое исследование

2**.** рентгенограмма черепа с введением йодолипола

3. эндоскопическое исследование

4. радионуклидное исследование

5. объективный осмотр

113. Выберите, как называется симптомокомплекс, включающий в себя микрогению, незаращение неба и западение языка:

1. колобома

2. ранула

3. синдром Пьера Робена

4. синдром Марфана

5. микростома

114. Определите, на каком сроке проводится лечение спинномозговых грыж:

1. первые месяцы жизни

2. первые 6 месяцев

3. после 1 года

4. после трех лет

5. после пяти лет

115. Вскоре после рождения у ребенка вздулся живот, ребенок стал беспокойным. Первое же кормление привело к вытеканию пищи изо рта, девочка начала кашлять и задыхаться. При физикальном обследовании отмечается одышка, втягивание межреберий и двухсторонние хрипы в легких.

Определите, какая пищеводная аномалия, наиболее часто приводит к подобным явлениям:

1. атрезия пищевода без свища

2. атрезия пищевода с верхним пищеводно-трахеальным свищем

3. атрезия пищевода с нижним пищеводно-трахеальным свищем

4. диафрагмальная грыжа

5. неполная атрезия пищевода

116. Укажите возраст, в котором следует направлять на операцию ребенка с врожденной воронкообразной деформацией грудной клетки III степени:

1. с рождения

2. 1-3 лет

3. 3-6 лет

4. 6-10 лет

5. 10-14 лет

117. На каком сроке необходимо проводить оперативное лечение диафрагмальных грыж?

1. 0-1 год

2. 2-3 года

3. 4-5 лет

4. 6-7 лет

5. при установлении диагноза

118. Укажите метод исследования, имеющего значение в дифференциальной диагностике диафрагмальных грыж:

1. клиническое исследование

2. физикальное обследование

3. рентгенография грудной клетки

4. исследование пищеварительного тракта с контрастным веществом

5. ультразвуковое исследование брюшной полости

119. Какое лечение наиболее приемлемо при халазиикардии?

1. базисное

2. оперативное

3. консервативное

4. эндоскопическое

5. физиотерапетическое

120. Какой метод считается наиболее надежным при диагностике ахалазии пищевода:

1. ультразвуковой

2. эндоскопический

3. рентгенологический

4. лабораторный

5. объективный

121. Укажите, чем отличаются истинные диафрагмальные грыжи от ложных:

1. наличием кишечных петель

2. наличием грыжевого мешка

3. отсутствием грыжевого мешка

4. прохождением через щель Богдалека

5. прилежанием печени

122. Назовите пробу, рекомендуемую проводить в сомнительных случаях при подозрении на атрезию пищевода:

1. проба с синькой

2. проба Элефанта

3. проба Ортнера

4. проверка симптома Щеткина-Блюмберга

5. проба Нечипоренко

123. Укажите причину возникновения срединных кист шеи:

1. нарушение облитерации вилочковой железы

2. остаток жаберной щели

3. нарушение обратного развития щитовидно-язычкого протока

4. воспаление лимфатических желез

5. появление сосудистых мальформаций

124. В приемный покой доставлен ребенок 2-х лет. В течение суток ребенок капризный, не спит, лежит на правом боку, поджав обе ноги. Отмечается рвота и выраженные боли в животе. При пальпации живота ребенок ведет себя беспокойно, плачет, активно напрягает мышцы живота, отмечается резкая болезненность. Пульс 132 в минуту, Т- 38,1\*С.

Определите, какой диагноз наиболее вероятен?

1.ОРВИ

2. гастрит

3. инвагинация

4. аппендицит

5. гепатит

125. У ребенка на 4 сутки после операции появились симптомы ранней спаечной непроходимости кишечника.

Укажите тактику врача в данном случае:

1. срочная операция
2. операция в плановом порядке
3. наблюдение за дальнейшим состоянием
4. дача бария и проведение консервативных мероприятий
5. перевод в реанимационное отделение

126. У ребенка 6 мес., приступообразные боли в животе, рвота. Perrectum обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов.

Какой диагноз наиболее вероятен?

1. острый аппендицит
2. инвагинация кишечника
3. кишечная инфекция
4. опухоль брюшной полости
5. неспецифический язвенный колит

127. Укажите возможную причину хронической кишечной инвагинации?

1. полип прямой кишки

2. дивертикул Меккеля

3. хронический аппендицит

4. лимфосаркома подвздошной кишки

5. геморрой

128. Определите наиболее вероятный характер выделяемой из кишечника крови, соответствующей тонкокишечной инвагинации:

1. кровь темно-вишневого цвета, сроки появления через 4-6 часов

2. кровь типа «малинового желе», сроки появления через 4-6 часов

3. кровь алого цвета, сроки появления через 20-30 минут

4**.** черный, дегтеобразный стул, сроки – через 10-12 часов+

5. кровь с примесью слизи и гноя, сроки – через 10 -12 часов

129. Ребенок в возрасте 5 лет доставлен скорой помощью с клинической картиной повторно развившейся инвагинации кишечника. При первом поступлении месяц назад, проводилась консервативная дезинвагинация. Определите тактику врача в данном случае:

1. консервативное расправление инвагината

2. срочная операция

3. плановая операция

4. наблюдение в динамике

5. консультирование и назначение лечения на дому

130. У ребенка в возрасте 6 лет диагностирована тонкокишечная инвагинация. Определите тактику хирурга в данном случае:

1. наблюдение

2. консервативное расправление инвагината

3. исследование кишечника с барием

4. операция в плановом порядке

5. операция в экстренном порядке

131. Во время операции по поводу острого аппендицита, у ребенка обнаружен катарально измененный отросток.

Определите тактику хирурга в данном случае:

1. аппендэктомия
2. ревизия брюшной полости, аппендэктомия
3. переход на срединную лапаротомию
4. ушивание брюшной полости после введения антибиотиков
5. ревизия брюшной полости без аппендэктомии

132. Определите, через какое время возможно подключение ребенка к «протертому» столу после аппендэктомии:

1. сразу после операции
2. через сутки
3. на 3 сутки
4. на 5 сутки
5. по желанию пациента

133. У ребенка 6 месяцев диагностирована инвагинация кишечника. Давность заболевания 9 часов.

Определите тактику хирурга в данном случае:

1. операция в плановом порядке
2. консервативное расправление инвагината
3. экстренная операция
4. поднаркозная пальпация живота
5. наблюдение в динамике

134. Какой перелом является наиболее частым при переломах верхнего конца плеча:

1. надбугорковый

2. чрезбугорковый

3. подбугорковый

4. перелом хирургической шейки+

5. остеоэпифизеолиз

135. В каком случае возникает абдукционное повреждение проксимального конца плечевой кости: (при падении на)

1. локоть или кисть, отведенной от туловища руки

2. локоть или кисть, приведенной к туловищу руки

3. локоть с элементом ротации

4. кисть в положении супинации

5. кисть в положении пронации

136. При вколоченном переломе верхнего конца плечевой кости без смещения в плечевом суставе нарушается:

1. отведение

2. приведение

3. сгибание

4. разгибание

5. все виды движения сохранены

137. Определите, какую оптимальную лечебную тактику включает травматическая отслойка кожи значительной площади:

1. консервативное ведение: холод, мазевые повязки

2**.** дренирование кармана с пассивной аспирацией

3. наложение швов на раневую поверхность

4. отсечение лоскута с пластикой по Красовитову

5. кожную пластику местными тканями

138. Укажите наиболее частую техническую погрешность, которая встречается при пункции плевральной полости:

1. ранение межреберных сосудов

2. ранение межреберных нервов

3. пункционная биопсия грудной стенки с непроходимостью иглы

4. ранение легкого

5. негерметичность системы

139. У ребенка после травмы на рентгенограмме грудной клетки имеется гомогенное затемнение левой половины грудной клетки, со смещением средостения вправо.

Определите, с чем это может быть связано:

1. с плащевидным пневмотораксом

2. с простым пневмотораксом

3. с пневмотораксом

4. с напряженным пневмотораксом

5. с гемопневмотораксом

140. Укажите, какие грыжи встречаются чаще всего у детей старшего возраста:

1. передние грыжи диафрагмы

2. истинные левосторонние грыжи

3. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

4. задние ложные грыжи

5. френоперикардиальные грыжи

141. У ребенка 7 дней, внезапно ухудшилось состояние: беспокойство, повторная рвота желчью, затем исчезновение стула, кровь в стуле, болезненность при пальпации живота, страдальческое выражение лица. Какой диагноз наиболее вероятен?

1. язвенно-некротический колит

2. инвагинация кишечника

3. заворот кишки

4. полипа прямой кишки

5. геморрагический синдром с меленой

142. У новорожденного 2 дней жизни, внезапно ухудшилось состояние, возникла одышка, цианоз, тахикардия до 180 в мин, слабый пульс. При перкуссии и аускультации выявлено: слева-перкуторный звук, пуэрильное дыхание, справа-тимпанит, дыхание резко ослаблено.

Какой диагноз наиболее вероятен?

1. пневмоторакс справа

2. диафрагмальная грыжа справа

3. врожденная лобарная эмфизема справа

4. напряженная киста правого легкого

5. все перечисленное может иметь место

143. У ребенка 1 года, хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы.

Укажите, какая форма болезни Гиршпрунга наиболее вероятна:

1. острая

2. подострая

3. хроническая

4. ректальная

5. ректосигмоидальная

144. Ребенок 6 мес. находится на лечении по поводу деструктивной пневмонии. В течение последних дней отмечается ухудшение состояния, рвота, вздутие живота, задержка стула. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - равномерно раздутые петли кишечника.

Укажите наиболее вероятную причину изменений со стороны живота:

1. спаечная непроходимость кишечника

2. инвагинация кишечника

3. динамическая непроходимость кишечника

4. перитонит

5. острый аппендицит

145. Состояние больного тяжелое. Беспокоит одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки определяется полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа.

Какой диагноз наиболее вероятен?

1. пиопневмоторакс

2. буллезная форма бактериальной деструкции легких

3. абсцесс легкого

4. пиоторакс

5. медиастинальная эмфизема

146. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, частично коллабированное легкое без смещения средостения.

Определите наиболее вероятный диагноз:

1. осумкованный плеврит

2. отграниченный пиопневмоторакс

3. пиопневмоторакс

4. напряженный пиопневмоторакс

5. буллезная форма бактериальной деструкции легких

147. Укажите тактику лечения при пиотораксе:

1. интенсивную терапию без вмешательства в очаг

2. дренирование плевральной полости по Бюлау

3. пункцию плевральной полости

4. дренирование плевральной полости с активной аспирацией

5. бронхоскопию

148. Укажите ведущий симптом при врожденном коротком пищеводе:

1. рвота

2. икота

3. дисфагия

4. регургитация

5. саливация

149. Определите метод операции при ахалазии пищевода:

1. эзофагогастромиотомия

2. гастростомия

3. эзофагогастрофундопликация

4. эзофагогостромиотомия с эзофагогастрофундопликацией

5. гастростомия с эзофагогастрофундопликация

150. Укажите ведущий симптом при ахалазии пищевода:

1. дисфагия

2. регургитация

3. рецидивирующая пневмония

4. пищеводная рвота

5. рвота с желудочным содержимым

151. Укажите, какая картина наиболее характерна для ахалазии пищевода при обзорной рентгенограмме грудной клетки:

1. смещение средостения влево

2. расширение тени средостения

3. смещение средостения вправо

4. отсутствие газового пузыря

5. высокое стояние левого купола диафрагмы

152. Определите, какие данные наиболее достоверны для подтверждения диагноза незрелости кардиального отдела пищевода:

1. контрастное обследование пищевода в положении стоя

2. жесткая эзофагоскопия

3. контрастное обследование пищевода в положении лежа +

4. фиброэзофагоскопия

5. рН-метрия

153. Укажите, наиболее частую причину медиастинитов у детей:

1. бактериальная деструкция легких

2. опухоли средостения

3. кисты средостения

4. перфорации пищевода

5. перикардит

154. У ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого.

Определите тактику лечения больного:

1. пункция кисты

2. дренирование кисты

3. радикальная операция

4. консервативная терапия

5. выжидательная тактика

155. Укажите понятие которому характерно утрата всех видов чувствительности?

1.анестезия

2.анальгезия

3.обморок

4.сопор

5. гипостезия

156. Определите длительность полной анестезии при использовании 2% лидокаина при перидуральной анестезии

1. 5-10 минут

2. 10-25 минут

3. 30-40 минут

4. 1-1,5 часа

5. 2-3 часа

157. Какой препарат увеличивает длительность полной инфильтрационной анестезии, при дабовление к раствору новокаина?

1.атропин

2.адреналин

3.совкаин

4.димедрол

5. преднизолон

158. Найдите метод анестезии, основанный на перерыве проводимости чувствительности нерва на протяжении:

1.проводниковая

2.перидуральная

3.спинальная

4.инфильтрационная

5.комбинированная

159. При какой анестезии происходит блокада на уровне корешков спинного мозга?

1. проводниковой

2. перидуральной

3. спинальной

4. инфильтрационной

5. комбинированной

160.Сколько капель 0,1 *%* раствор адреналина добавляется из расчета на 5 мл анестетика приперидуральной анестезии?

1.1 капля

2.2 капли

3.3 капли

4.4 капли

5. 5 капель

161. Укажите состояние для оценки которого используется Шкала Глазго ?

1. степени шока

2. тяжести комы

3. тяжести травмы

4. степени кровопотери

5. степени обезвоживания

162. Укажите, в каком возрасте лечится короткая уздечка языка:

1. 1-3 мес. 4. 9-12 мес.

2. 3-6 мес. 5. после 1 года

3. 6-9 мес.

163. Укажите, возможную причину макроглоссии:

1. гемангиома 4. тератома

2. атерома 5. гигрома

3. липома

164. Охарактеризуйте состояние языка при макроглоссии:

1. увеличенный язык, обложенный

2. увеличенный язык, с жирным блеском

3. увеличенный, «лаковый» язык

4. коричневый язык с отпечатками зубов по краям

5. увеличенный в размере, шершавый язык

165. Какое заболевание рентгенологически проявляются затемнением переднего средостения:

1. нейробластома

2. ганглионеврома

3. тератома

4. бронхогенная киста

5. лимфогранулематоз

166. Какое заболевание рентгенологически проявляются затемнением заднего средостения:

1. нейробластома

2. бронхогенная киста

3. тимома

4. тератома

5. лимфогранулематоз

167. Укажите, какие физикальные данные характерны для бронхоэктатической болезни?

1. шум трения плевры 4. коробочный звук
2. стридорное дыхание 5. амфорическое дыхание
3. разноколиберные хрипы

168. Укажите, какой симптом характерен для бронхоэктатической болезни и хронических нагноительных заболеваний легкого у детей?

1. цианоз носогубного треугольника
2. врожденные аномалии бронхолегочной системы
3. изменение ногтевых фаланг
4. хилоторакс
5. пневмоторакс

169. Ребенок, 2 года, поступил в стационар с жалобами на частый жидкий стул, вздутие живота, снижение аппетита, слабость, отставание в физическом развитии. Из анамнеза: симптомы заболевания появились у ребенка в возрасте 7 месяцев, после введения в качестве прикорма мучных продуктов. Объективно: ребенок пониженного питания, живот вздут , при пальпации живот мягкий, безболезнен. В анализах крови – анемия, гипопротеинемия. Кал обильный, зловонный, бледный с сероватым оттенком. Ваш предполагаемый диагноз? А. лактазная недостаточность В. амилазная недостаточность С. дисахаридазная недостаточность D. глютеноваяэнтеропатияE. функциональная диарея

170. Мальчик, 14 лет, поступил в стационар с жалобами на боль в правом подреберье, тошноту, рвоту, слабость, снижение аппетита. Объективно: язык обложен серым налетом, живот мягкий, болезнен в правом подреберье, положительны симптомы Ортнера ,Мерфи. На УЗИ: уплотнение и утолщение стенок желчного пузыря, наличие дополнительных эхосигналов вокруг желчного пузыря, большое количество хлопьев желчи в проекции желчного пузыря. Ваш предполагаемый диагноз: А. хронический холецистит В. хронический панкреатит С. хронический гастрит D. язвенная болезнь E. хронический гепатит

171. Девочка, 8 месяца. На грудном вскармливании. Отстает в физическом развитии. С 6 месяцев, когда родители ввели в рацион фруктовые соки, отмечается учащение стула, рвота, метеоризм. Объективно: вес ребенка 6кг., кожа бледная, сухая; подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Живот увеличен, напряжен, безболезнен. В анализе крови отмечается анемия. Кал обильный, зловонный, пенистый. Какой предварительный диагноз. Вы выставите данному ребенку? А. первичная дисахаридазная недостаточность В. муковисцидоз, кишечная форма С. глютеноваяэнтеропатияD. первичная экссудативная энтеропатияE. лактазная недостаточность

173.На приеме у педиатра девочка, 9 лет, с жалобами на сухой приступообразный кашель, усиливающийся в ночное время, затрудненное дыхание, общая слабость, нарушение сна. Заболевание началось остро 3 дня назад после переохлаждения, с насморка, чихания, кашля, повышения температуры. Девочка из группы часто болеющих: ОРЗ до 6-7 раз в год. Обструктивные бронхиты с 6 лет 2-3 раза в год. Последний эпизод обструкции дыхательных путей 2 месяца назад, лечилась амбулаторно. В семье отец страдает бабушка страдает поллинозом. При осмотре: свистящее дыхание. Из носа слизистые выделения, в зеве разлитая гиперемия. Над легкими жесткое дыхание, сухие хрипы с обеих сторон, перкуторно коробочный звук. ЧД 37 в минуту. SPO91, температура тела 36.9 С. Какой из нижеперечисленных диагнозов можно предположить у данного больного?

1. аллергический бронхит
2. бронхиальная астма
3. астматический бронхит
4. обструктивный бронхит
5. рецидивирующий бронхит

174.Ребенок в возрасте 6 месяцев. Мама обратилась к семейному врачу с жалобами на кожные сыпи на лице, беспокойства. С 5 месяцев на искусственном вскармливании, получает молочную смесь «Малютка». При осмотре, на щеках гиперемия, местами мелко-папулезные сыпи с мокнутием, себорейные чешуйки на голове. Общий анализ крови без особенностей, общий LgE – 12 кЕ/л. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

1. лекарственная экзантема
2. аллергическая крапивница
3. атопический дерматит
4. холодовая крапивница
5. пищевая токсикоинфекция

175.Мальчик Д., 11 лет, обратился с жалобами на приступообразный кашель, чувство нехватки воздуха, одышку при физической нагрузке, свистящее дыхание в ночное время. Объективно отмечается бледность кожных покровов, вынужденное положение, дистационные хрипы, аускультативно: на фоне жесткого дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы по всем полям. Из анамнеза: в раннем возрасте проявления атопического дерматита. Дедушка страдает хронической крапивницей.О каком заболевании идет речь?

1. обструктивный бронхит
2. бронхиальная астма
3. эмфизема легких
4. пневмония
5. острый бронхит

176.Мальчику 1 год. На приеме у семейного врача. Жалобы на высыпания на коже, сопровождающиеся зудом, плохой сон, беспокойство. Высыпания с зудом отмечаются с 1 месяца жизни. Ребенок с рождения находился на искусственном вскармливании, получал молочные смеси и с 3-х месяцев коровье молоко. При осмотре у ребенка на щеках, за ушами, разгибательной поверхности конечностей и животе имеются сливающиеся пятнисто-папулезные высыпания, местами кожа с мокнутием, трещинами и кровяными корочками. Ваш предварительный диагноз?

1. крапивница
2. токсикодермия
3. атопический дерматит
4. отек Квинке
5. дерматомикоз

177.Девочке 13 лет. На приеме у семейного врача. Жалобы на высыпания с зудом. Болеет в течение 7 лет. При осмотре кожа сухая со следами расчеса. Сыпь папулезная в области шеи, на сгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, а также за ушами. Отмечается шелушение, лихенизация и трещины в области тыльных поверхностей кистей, пальцев. Какой диагноз вы предполагаете?

1. чесотка
2. токсикодермия
3. отек Квинке
4. атопический дерматит
5. псориаз

178.Мальчику 16 лет. На приеме у семейного врача. Жалобы на высыпания с зудом. Болеет в течение 8 лет. При осмотре кожа сухая со следами расчеса. Сыпь папулезная на сгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, а также за ушами. Отмечается шелушение, лихенизация (на сухой коже располагается четко выраженный, усиленный кожный рисунок), трещины в области тыльных поверхностей кистей, пальцев, следы расчесов. Мальчик заметил, что чаще обострение сыпи отмечается в дождливую или пасмурную погоду, или после посещения бани. Какова вероятная причина заболевания?

1. пищевые аллергены
2. домашние животные
3. пыльцевые аллергены
4. грибковые аллергены
5. клещи домашней пыли

179. На прием обратилась мама с ребенком 9 месяцев с жалобами на кашель, повышение температуры, шумное дыхание. Ребенок болен 3 дня. При осмотре ребенок в сознании. ЧД 54 в минуту в покое, определяется втяжение нижней части грудной клетки на вдохе в покое. При перкуссии определяется притупление в подлопаточной области справа. При аускультации легких выслушиваются влажные хрипы справа в подлопаточной области. Какой диагноз можно предположить у данного больного?

А. острый бронхит

В. бронхиальная астма

С. бронхиолит

D. пневмония

E. обструктивный бронхит

180. В приемном блоке мама с мальчиком 2 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38 градусов, кашель, пониженный аппетит, вялость в течение 3 дней. При объективном осмотре ЧД в покое 48 в 1 минуту, втяжение нижней части грудной клетки на вдохе. Аускультативно над легкими выслушивается жесткое дыхание, разнокалиберные сухие и влажные хрипы в нижних отделах. Какое дополнительное обследование необходимо для подтверждения диагноза?

А. бронхография

В. бронхоскопия

С. рентгеноскопия

D. рентгенография

E. спирометрия

181. Девочка 10 месяцев поступила в приемное отделение с мамой. Жалобы на кашель, повышение температуры, шумное дыхание. Ребенок болен 3 дня. При осмотре ребенок в сознании. ЧД 58 в минуту в покое, слышны дистанционные хрипы на выдохе. При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются рассеянные сухие, свистящие хрипы на выдохе. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

А. острый (простой) бронхит

В. обструктивный бронхит

С. облитерирующий бронхит

D. рецидивирующий бронхит

Е. хронический бронхит

182. Ребенок 2 лет находится в стационаре. Жалобы на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку, цианоз носогубного треугольника и акроцианоз. Тахикардия. Грудная клетка бочкообразной формы, живот увеличен. Деформация пальцев рук и ног в виде «барабанных палочек», ногтей в виде «часовых стекол». обильный, частый, блестящий, жирный зловонный стул, неоформленный, замазкообразный, метеоризм. Рентген: усиление, тяжистость, сетчатость, ячеистость легочного рисунка, синдром «сотового легкого». Исследование функции внешнего дыхания обструктивные и рестриктивные нарушения. Концентрации электролитов пота Ca и Na повышены. Определите вероятный диагноз, исходя из вышеизложенных данных.

А. хронический бронхит

В. гемосидероз легких

С. бронхоэктатическая болезнь

D. бронхолегочная дисплазия

E. муковисцидоз

183. В отделении находится ребенок 3 лет с желтушностью кожи, одышкой, цианозом, кашлем с выделением «ржавой» мокроты, температура 38,5, боли в животе и за грудиной, суставные боли, В легких участки укорочения перкуторного звука, диффузно прослушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тахикардия, глухость сердечных тонов, гепатоспленомегалия. В крови микроцитарная, гипохромная анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, ретикулоцитоз. Повышенный уровень билирубина. В мокроте - сидерофаги. Рентген: понижение прозрачности легочных полей, крупные и мелкие очаговые тени, местами сливные, увеличены лимфатические узлы легочных корней, картина «хлопья ваты». Определите наиболее вероятный диагноз.

А. хронический бронхит

В. гемосидероз легких

С. бронхоэктатическая болезнь

D. пневмония

E. бронхиальная астма

184. На прием обратилась мама с девочкой 2 лет. Ребенок заболел 2 дня назад. Жалобы на повышение температуры тела до 38 градусов, насморк, кашель. При осмотре ребенок вялый, капризный. ЧД 46 в минуту, слышны дистанционные хрипы. Перкуторно определяется коробочный звук, при аускультации на фоне ослабленного дыхания определяется масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов. На рентгенограмме: повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, небольшие участки снижения прозрачности легочной ткани (субсегментарные ателектазы). Сливных инфильтративных теней нет. Какой из ниже перечисленных диагнозов можно предположить у данного больного?

А. острый (простой) бронхит

В. бронхиальная астма

С. бронхиолит

D. пневмония

E. обструктивный бронхит

185. У ребенка 3-х лет из очага туберкулезной инфекции, после постановки пробы Манту (результат 13 мм) и при дальнейшем обследовании, выявлена малая форма туберкулеза внутригрудных лимфоузлов. Проведено также обследование взрослых контактных лиц методом флюорографии, которое выявило у матери ребенка в области верхней доли правого легкого наличие кольцевидной тени с зоной перифокальной инфильтрации и немногочисленными очагами бронхогенной диссеминации. Выберите из перечисленных форм туберкулеза, которую вы можете предварительно выставить:

A. инфильтративный туберкулез легких

B. очаговый туберкулез легких

C. кавернозный туберкулез легких

D. диссеминированный туберкулез легких

E. туберкулема легких

186 Ребенку 8 дней жизни. Мама обратилась к участковому педиатру с жалобами на увеличение грудных желез. Из анамнеза: ребенок от 1-й беременности, 1-х физиологичных родов в сроке 39 недель, вес при рождении 3550,0, длина тела 51 см, окружность головы 35 см, окружность грудной клетки 33 см, по шкале Апгар 8/9 баллов. Выписан из роддома в удовлетворительном состоянии на 3 сутки, получил вакцины от гепатита и БЦЖ. При осмотре: общее состояние относительно удовлетворительное, сосет активно, сон спокойный, температура тела 36,4 º С. Грудные железы увеличены, без воспалительных явлений. Ваш диагноз?

A.мастит В.флегмонагруднойклетки

С.гормональныйкриз

D.локальныйотек

E.абсцесс

187..Ребенку 1 месяц. Жалобы мамы на повышение температуры тела до 39ºС, одышку, кашель, выделения из носа, слабость, вялость, слабо сосет. Ребенок от 4-й беременности, 4-х родов в сроке 38 недель, ВПР 4250,0, длина тела 52 см, вакцинирован в роддоме, находится на грудном вскармливании. Контакт с ОРВИ больным. При осмотре: бледность кожных покровов, аускультативно над легкими ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы, тахипное 65 в мин., тахикардия 148 в мин., сатурация 90-93%. Живот мягкий, безболезненный. Стул не осмотрен, мочится свободно. Ваш предварительный диагноз?

A.сепсис В.менингитС.пневмонияD.омфалит Е. Бронхит

188. Ребенку 12 часов жизни. Родился от 2-й беременности, 1-х физиологических родов в сроке 36 недель, вес при рождении 2800,0, длина тела 48 см, по шкале Апгар 6/7 баллов. Матери 28 лет. 1-я беременность медицинский аборт, группа крови 0 (I) Rh-фактор «-» (отрицательный). В анамнезе: ранний гестоз, угроза прерывания беременности в 12 недель. Группа крови у ребенка 0 (I) Rh-фактор «+» (положителный). Ребенок вялый, желтуха появилась через 4 часа после рождения, большой живот, уровень общего билирубина - 90 мкмоль/л. Ваш диагноз?

А. асфиксия умеренной степени, недоношенность 36 недельВ. ЗВУР, асфиксия умеренной степениС. ГБН по Rh-фактору, отечно-желтушная форма, асфиксия умеренной степени, недоношенность 36 недельD. ГБН по Rh-фактору, желтушная форма, ЗВУР Е. ГБН по Rh-фактору, анемическая форма, недоношенность 36 недель Е. ЗВУР, асфиксия тяжелой степени

189. Ребенку 20 дней. Жалобы мамы на желтушность кожных покровов и склеры глаз. Из анамнеза: ребенок от 3-й беременности, 3-х физиологических родов, вес при рождении 3890,0, длина тела 52 см, по шкале Апгар 8/9 баллов, вакцинирован в роддоме, у мамы группа крови В (ӀII) Rh-фактор положительный. При осмотре общее состояние средней тяжести, сосет вяло, на осмотр реагирует адекватно, определяется желтушность кожи ладоней и подошв, зона по Крамеру – 5, БР не напряжен, печень и селезенка не увеличены, стул кашицеобразный, желтый, мочится свободно. Ваш предварительный диагноз?

А. гемолитическая желтуха

В. механическая желтуха

С. Гепатит

D. конъюгационная желтуха

Е. физиологическая желтуха

190. Ребенку 15 дней, доставлен каретой скорой помощи. Жалобы мамы на повышение температуры тела до 39ºС, в течение 3-х дней, выделения из пупочной ранки, одышку, редкий кашель, слабость, отказ от груди. Ребенок от 1-й беременности, 1-х родов, ВПР 3350, 0, длина тела 50 см, вакцинирован в роддоме, находится на грудном вскармливании. Пупочный остаток отпал на 14 день. При осмотре: БР пульсирует, кожа вокруг пупочной ранки гиперемирована, сама ранка под корочкой, при удалении корочки имеются серозно-гнойные выделения. Аускультативно над легкими: на фоне ослабленного дыхания выслушиваются мелкопузырчатые влажные и крепитирующие хрипы, тахикардия, тахипноэ. Печень, селезенка не увеличены. Стул кашицеобразный, желтый, мочится свободно. Ваш предварительный диагноз?

А.сепсис

В.менингит

С.пневмония

D.омфалит

Е. бронхит

191. Ребенку 20 дней. Жалобы мамы на резкой повышение температуры тела до 40-41ºС, беспокойство, стонет, иногда вскрикивает, когда дотрагивается рукой, отказ от груди, однократную рвоту. Ребенок от 2-й беременности, 2-х родов, ВПР 3800,0, длина тела 51 см, вакцинирован в роддоме, находится на грудном вскармливании. При осмотре: глаза не открывает, сознание нарушено, реагирует на боль, голова запрокинута назад, БР напряжен, пульсирует, горизонтальный нистагм, появились тонико-клонические судороги. Ваш предварительный диагноз?

А. сепсис

В. Менингит

С. Пневмония

D. омфалит

Е. бронхит

192. Ребенку 5 дней. Мама обратилась к участковому педиатру с жалобами, что ее ребенок потерял вес. Из анамнеза: ребенок от 1 беременности,1 срочных физиологичных родов в сроке 40 недель, вес при рождении - 3800,0, длина тела - 52см, окружность головы-36 см, окружность грудной клетки-35 см. При осмотре: общее состояние относительно удовлетворительное, сосет активно, физиологические рефлексы средней живости, реакция на осмотр удовлетворительная, по внутренним органам без особенностей, стул со слов мамы регулярный, мочится достаточно. При взвешивании вес составил 3600,0. Потеря веса- 200,0 грамм за 5 дней. Ваша тактика?

А.лечениянетребует,потеряфизиологическаяВ.требуетлечения путем инфузионной терапииС. требуется введение дополнительного питанияD. требуется обследование на наличие заболеванийE. пероральная регидратация

193. Мальчик 12 лет. Болен в течение недели: появились боли в животе, стул до 3 раз в сутки. В последние два дня боль в животе стала схваткообразной, возникает перед актом дефекации. Стул участился до 4 раз в сутки, кашицеобразный с прожилками крови. Температура в пределах нормы. Для подтверждения диагноза, какое исследование необходимо провести?

А. эзофагогастродуоденоскопию В. ректороманоскопию С. холангиопанкреатографиюD. УЗИ органов брюшной полости E. рентгеноскопию желудка

194. Больного, 12 лет в течение двух недель беспокоили голодные и ночные боли в эпигастрии. В последние 2-3 дня он предъявляет жалобы на тупые боли в эпигастрии, проходят после еды и возобновляются через 1,5-2часа, метеоризм, снижение аппетита. При осмотре: язык обложен желтым налетом, при пальпации живота отмечается умеренное напряжение и вздутие, болезненность в эпигастральной области. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?A. ректороманоскопиюB.УЗИ органов брюшной полостиC.холецистографиюD.эзофагогастродуоденоскопиюE.рентгеноскопию брюшной полости

195.Ребенку 12 лет выставлен диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, в стадии «свежей язвы». Какое обследование необходимо провести для определения тактики лечения?

* 1. анализ на Helicobacterpylori
  2. генетику метаболизма лактозы
  3. анализ мочи на диастазу
  4. антитела к глиадину
  5. фекальный кальпротектин

196.Лабораторные признаки холестаза при хроническом гепатите характеризуются следующими маркерами:

A. повышение активности протромбинового времениB.повышение АЛТ, АСТC.повышение уровня щелочной фосфатазыD.повышение прямой фракции билирубинаE.повышение в крови холестерина

197.У девочки, 16 лет после приема аспирина через 12 часов появилась рвота свежей кровью, боли в животе. При обследовании сознание ясное, пульс- 84 в 1 минуту, жизненно важные функции стабильные, отмечается желтушность кожных покровов, гепатоспленомегалия. Вашим первым диагностическим шагом должно быть:

A.сканирование печениB.рентгенография ЖКТC.бариевая клизмаD.селективная артериографияE.эзофагогастродуоденоскопия

198.Девочка, 3-х лет. Из анамнеза: в течение 8 месяцев у ребенка разжиженный стул со слизью до 5–6 раз в день, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови. Боли беспокоят перед дефекацией, отмечается похудание, субфебрильная температура. Инфекционное заболевание исключено. При осмотре: живот вздут, при пальпации болезненность, сигма спазмирована. В анализе крови: анемия, лейкоцитоз, умеренное ускорение СОЭ. Положительная реакция Грегерсена, лейкоциты - 15-30 в п/зр, эритроциты -  40-50 в п/зр, слизь - ++++. Какое обследование верифицирует данное заболевание?

A.гастродуоденоскопия с биопсией

B.колонофиброскопия с биопсией

C.УЗИ внутренних органов

D.томография брюшной полостидуоденальное зондирование

199.У девочки, 9 лет появились жалобы на выраженную слабость, длительный субфебрилитет, боли в правом подреберье. Из анамнеза: в семье часто едят соленую речную рыбу. У отца выявлен панкреатит, у старшей сестры - описторхоз. При осмотре: увеличение печени, лимфатических узлов (шейных, подмышечных, паховых). Проба Манту – отрицательная. В анализе крови – эозинофилия 59%. Какой анализ необходим для подтверждения диагноза?

A.анализ на HelicobacterpyloriB.антитела на глистную инвазиюC.общий анализ кровиD.общий анализ мочитрансаминазы: АЛТ и АСТ

200.Ребенок, 9 месяцев болен 2-й день, поступает в инфекционную больницу с жалобами на частый, обильный жидкий стул со слизью до 5 раз в сутки. Объективно: ребенок в сознании, спокойный, глаза не запавшие, жажды нет, кожная складка на животе расправляется за 1 секунду, вес ребенка 12 кг. Назначена регидратационная терапия. Какой объем жидкости нужно дать ребенку в течение суток (мл)?

A.100-120

B.150-200

C.210-240

D.250-500

E.800-900