

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ</b> АК <b>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы»</b>	 <b>SKMA</b> <small>—1979—</small>	<b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> <b>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</b>
Кафедра «Педиатрия-1»		38/11
Контрольно-измерительные средства		1 стр. из 29

## **КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА**

Вопросы программы для рубежного контроля 1

**Код дисциплины: DH 6311**

**Название дисциплины: Детская хирургия**

**Название и шифр ОП: 6B10113 «Педиатрия»**

**Объем учебных часов/кредитов: 3 кредита/90часов**

**Курс и семестр изучения: бкурс, XI семестр**

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	2 стр. из 29

Составитель: ассистент Н.С. Нарходжаев

Заведующий кафедрой: Жоғары PhD, acc.проф К.С.Кемельбеков

Протокол: №2 от «25 02 2025 г.

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ</b> АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> - 1979 -	<b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11	
Контрольно-измерительные средства		3 стр. из 29

<question>Мальчик 5 лет во время игры получил ранение кисти стеклом. Родители доставили ребенка в приемное отделение через 18 часов после получения травмы.

Дежурным хирургом выставлен диагноз: Резаная рана кисти с повреждением сухожилия глубокого сгибателя 2 пальца правой кисти. При ранении кисти с повреждением сухожилия, первичную хирургическую обработку раны и восстановление сухожилия на фоне современной антибактериальной терапии, при отсутствии признаков воспаления, можно выполнить у ребенка в сроки до:

- <variant> до 24 часов
- <variant> до 6 часов
- <variant> до 12 часов
- <variant> до 36 часов
- <variant> до 48 часов

<question>На консультацию обратилась мама с 5 месячной девочкой. Мама заметила, что дочь держит левую ногу не так, как правую. При осмотре отмечено: слева сохраняется симптом ограничения отведения бедра, дополнительная складка на бедре. На рентгенограмме - у девочки присутствуют ядра окостенения головок бедренных костей, слева ядро меньших размеров. На схеме Рейнберга: слева ядро окостенения находится в верхненаружном квадранте. Выставлен диагноз: врожденная дисплазия, подвыших левого бедра. Какая тактика лечения наиболее верна?

- <variant> Стремена Павлика
- <variant> Широкое пеленание
- <variant> Подушка Фрейка
- <variant> Шина Цито
- <variant> Шина Волкова

<question>На прием к детскому хирургу обратились родители 2 месячного ребенка с жалобами на «мокнущие» пупочные ранки, выделение мочи из пупка, усиливающее во время плача ребенка. Периодическое выделение мочи из пупка связано:

- <variant> Полным свищом урахуса
- <variant> Недостаточным уходом за пупочной ранкой
- <variant> Наличие заднего клапана уретры
- <variant> Экстрофией мочевого пузыря
- <variant> Полным свищом желточного протока

<question>У ребенка 3-х месяцев в области шеи имеется опухолевидное безболезненное образование с истонченной кожей, флюктуирует. Какое заболевание надо исключить?

- <variant> лимфангиома
- <variant> киста шеи
- <variant> лимфаденит
- <variant> свищ шеи
- <variant> дермоидная киста

<question>На прием обратились родители мальчика 9 лет с жалобами на пульсирующие боли в области кончика 3 пальца левой кисти, повышение температуры тела до 38 С.

Болен в течение 8 дней. За медпомощью не обращались. Локально: отек тканей, гиперемия проксимальной фаланги, где имеется свищ с гнойным отделяемым. Движения ограничены, боль при пальпации. В подмышечной области слева пальпируются увеличенный лимфатический узел. Определите Ваш предварительный диагноз:

- <variant> Костный панариций
- <variant> Паронихия

<b>OÝNTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</b> <b>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</b>	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> <b>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</b>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	4 стр. из 29

<variant> Кожный панариций

<variant> Подкожный панариций

<variant> Подногтевой панариций

<question> К Вам обратились родители девочки 14 лет с жалобами на увеличение в объеме правой нижней конечности. В анамнезе ребенок перенес рожистое воспаление. Выставлен диагноз слоновости правой нижней конечности. Какие Ваши рекомендации в данном случае по терапии данного пациента?

<variant> Многоэтапное пластические операции в сосудистом Центре

<variant> Применить криодеструкцию

<variant> Применить рентгенотерапию

<variant> Склеротерапия

<variant> Перевязка измененных лимфатических сосудов

<question> На прием к детскому хирургу обратился отец ребенка 6 лет с жалобами на пульсирующие боли, отек тканей, гиперемия в области кончика пальца. Движения ограничены, боль при пальпации. Определите Ваш предварительный диагноз:

<variant> Подкожный панариций.

<variant> Кожный панариций

<variant> Подногтевой панариций

<variant> Паронихия.

<variant> Костный панариций.

<question> К хирургу консультативной поликлиники обратился мальчик 13 лет с жалобами на повышение температуры тела до 38,7 С. Во время осмотра на коже верхней трети правого бедра, обнаружено воспаление ярко красного цвета с резко очерченными границами, кожа отечная, при пальпации резкая болезненность, флюктуация. Определите Ваш предварительный диагноз:

<variant> Рожистое воспаление

<variant> фурункул

<variant> Флегмона

<variant> Карбункул

<variant> Абсцесс.

<question> В инфекционное отделение приглашен хирург к ребенку 2 месяцев. У ребенка отсутствует самостоятельный стул. Стул только после клизм. Проведено обследование ребенка. Выставлен диагноз: Болезнь Гиршпунга. Ректосигмоидная форма. Гиршпунг ассоциированный энтероколит. Выберите метод оперативного лечения у данного пациента.

<variant> Наложение терминальной колостомы в переходной зоне

<variant> Операция Duhamel

<variant> Выполнить операцию Soave

<variant> Выполнить операцию Svenson

<variant> выполнить операцию Soave-Boley

<question> В поликлинику обратились родители 6 месячной девочки с жалобами на образование левой паховой области. Хирургом выставлен диагноз: Паховая грыжа слева. Какие Ваши рекомендации в данном случае по срокам проведения операции.

<variant> Сразу же по установлению диагноза

<variant> Оперативное лечение по достижения возраста 1 года

<variant> Оперативное лечение после ущемления

<variant> Оперативное лечение в возрасте 3 лет

<variant> Оперативное лечение после вправления грыжи

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SKMA</b> - 1979 -	<b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11	
Контрольно-измерительные средства	5 стр. из 29	

- <question> При стационарном лечении ребенка матери (отцу) или иному лицу, осуществляющему уход за ребенком, предоставляется возможность находиться с ним в медицинской организации бесплатно:
- <variant> с детьми в возрасте до пяти лет
  - <variant> с детьми в возрасте до года
  - <variant> с детьми в возрасте до двух лет
  - <variant> с детьми в возрасте до трех лет
  - <variant> с детьми в возрасте до четырех лет
- <question> К Вам на прием обратились родители 6 месячной девочки с жалобами на образование в правой паховой области. Выставлен диагноз: Паховая грыжа справа. Какие Ваши рекомендации в данном случае родителям по срокам проведения операции.
- <variant> По установлению диагноза
  - <variant> По достижению возраста 2-х лет
  - <variant> Возраст после 5-и лет, при отсутствии признаков ущемления
  - <variant> После 1 года, при отсутствии признаков ущемления
  - <variant> Диаметр выпячивания свыше 3,0 см
- <question> Во время планового оперативного вмешательства по поводу грыжи белой линии живота хирургом обнаружены диспластические изменения в апоневрозе мышц живота было произведено выделение грыжевого мешка из окружающих тканей, вскрытие мешка, погружение сальника в брюшную полость. Назовите дальнейшие действия хирурга при проведении операции, направленные на предотвращение рецидива заболевания.
- <variant> выполнить наложение двурядного шва с образованием дупликатуры апоневроза
  - <variant> ушить края дефекта апоневроза однорядным узловым швом
  - <variant> применить сетчатый трансплантат
  - <variant> выполнить наложение кисетного шва
  - <variant> выполнить пластику по Мартынову
- <question> Вас вызвали на консультацию к ребенку 5 лет. Жалобы на появление алой крови в стуле. Боли в животе. Стул до 8-12 раз. На ирригографии выявлено ригидность стенок толстой кишки, псевдополипоз. Данная клиническая картина позволила Вам установить диагноз Неспецифического язвенного колита. Укажите показания к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита.
- <variant> Прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии
  - <variant> Младший возраст
  - <variant> Медленная стабилизация состояние ребенка при консервативном лечении
  - <variant> Псевдополипоз
  - <variant> Поражение толстой кишки на всем протяжении
- <question> К детскому урологу обратились родители девочки 12 лет с жалобами на боли в левой поясничной области. В общем анализе мочи - лейкоцитурия. Во время проведения компьютерной томографии поясничной области обнаружено, что паренхима левой почки резко истончена до 1 мм, имеется гидрополость размером 10,0 см x 8,0 см., мочеточник прослеживается на всем протяжении, не дилатирован. Какой Ваш предварительный диагноз?
- <variant> Гидронефроз слева
  - <variant> Опухоль Вильмса
  - <variant> Урогематома забрюшинного пространства
  - <variant> Гидрокаликоз почки
  - <variant> Пузирно-мочеточниковый рефлюкс IV

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	6 стр. из 29

<question> В отделение плановой хирургии поступил мальчик 3 лет с диагнозом:  
 Крипторхизм. Абдоминальная ретенция. Какая оперативная методика наиболее целесообразна при высоких формах ретенции яичка?

<variant> Лапароскопический двухэтапный метод коррекции абдоминальных форм крипторхизма по Fowler - Stephens

<variant> Временная фиксация яичка за апоневроз

<variant> Препаровка сосудов семенного канатика в позадибрюшинном пространстве

<variant> Стадийное перемещение яичка

<variant> Методика микрохирургической аутотрансплантации

<question> Ребенку 6 сутки жизни. Диагноз экстрофия мочевого пузыря. Диастаз лонных костей составляет 5 см. Что необходимо сделать хирургу во время операции для обеспечения закрытия мочевого пузыря и брюшной стенки без натяжения, во избежание расхождения швов и пролапса мочевого пузыря?

<variant> Остеотомия костей таза

<variant> Наложение уретерокутонеостом с двух сторон

<variant> Пластика устьев мочеточников с созданием их замыкательных аппаратов

<variant> Пересадка мочеточников в сигмовидную кишку

<variant> Создание изолированного пузыря из кишечника

<question> У ребенка 15 лет жалобы на увеличение левой половины мошонки и чувство тяжести в ней. При физикальном осмотре: в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гродьевидного сплетения, их наполнение увеличивается при напряжении. Яички в мошонке. Каковы ваши диагноз и тактика лечения:

<variant> Варикоцеле, плановое оперативное лечение

<variant> Варикоцеле, экстренная операция

<variant> Гидроцеле, плановая операция

<variant> Перекрут гидатиды правого яичка, экстренное оперативное лечение

<variant> Пахово-мошоночная грыжа, оперативное лечение в плановом порядке

<question> В урологическое отделение поступил мальчик 4 лет. После проведенного исследования лечащим врачом выставлен диагноз: Пузирно-мочеточниковый рефлюкс справа. Укажите основной вид диагностики при пузирно-мочеточниковом рефлюксе у детей.

<variant> Микционная цистография

<variant> Восходящая уретрография

<variant> Инфузионная урография

<variant> Микционная урография

<variant> Урофлоуметрия

<question> В каком возрасте целесообразней провести оперативное вмешательство по поводу крипторхизма?

<variant> до 2 лет

<variant> период новорожденности

<variant> 6 мес – 1 год

<variant> 6-9 лет

<variant> начиная с 10 лет

<question> Какая операция чаще применяется при гидроцеле у детей младшего возраста ?

<variant> Росса

<variant> Винкельмана

<variant> Ру-Краснобаева

<variant> Мартынова

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	7 стр. из 29

<variant> Бассини

<question>На профилактическом осмотре у подростка 16 лет выявлено увеличение левой половины мошонки, выраженная дилатация вен грозьевидного сплетения. Яичко уменьшено в размерах, консистенция дряблая. Какое Ваше заключение?

<variant> Варикоцеле

<variant> Водянка оболочек яичка

<variant> Пахово-мошоночная грыжа

<variant> Киста семенного канатика

<variant> Орхоэпидидимит

<question>К детскому хирургу обратились родители 3-х летнего мальчика с жалобами на затрудненное мочеиспускание. Мочеиспускание затруднено, моча выделяется по каплям, ребенок беспокоится. В анамнезе: 3 мес. назад оперирован по поводу гипоспадии мошоночной формы. Проведена операция - Выпрямление полового члена, с формированием наружного отверстия уретры на уровне н/з полового члена. Хирургом дано направление на госпитализацию с диагнозом:

<variant> Меатостеноз

<variant> Стеноз уретры

<variant> Дисфункция мочевого пузыря

<variant> Цистит

<variant> Уретрит

<question>Родился ребенок с врожденным пороком развития. В родзал приглашен дежурный хирург. При осмотре: в проекции мочевого пузыря отсутствуют передняя брюшная стенка и передняя стенка мочевого пузыря, гиперемия слизистой, которая легко кровоточит, пупок определяется нечетко, кожа вокруг рубцово изменена, мацерирована, моча вытекает по коже. Какое Ваше заключение?

<variant> Экстрофия мочевого пузыря

<variant> Эписпадия

<variant> Опухоль мочевого пузыря

<variant> Выпадение слизистой уретры

<variant> Разрыв мочевого пузыря

<question>Детским хирургом во время профилактического осмотра у мальчика 13 лет выявлено увеличение левой половины мошонки за счет выраженной дилатации вен грозьевидного сплетения. Яичко уменьшено в размерах. Болезненное. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятный?

<variant> Варикоцеле

<variant> Пахово-мошоночная грыжа

<variant> Водянка оболочек яичка

<variant> Киста семенного канатика

<variant> Орхоэпидидимит

<question>У мальчика с рождения отмечено расщепление крайней плоти. Ребенок мочится тонкой струйкой с натуживанием. Наружное отверстие уретры обнаружено в области венечной борозды, точечное. Диагноз?

<variant> гипоспадия

<variant> эписпадия

<variant> экстрофия мочевого пузыря

<variant> атрезия уретры

<variant> гипоплазия уретры

<b>OÝNTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</b> <b>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</b>	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> <b>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</b>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	8 стр. из 29

<question> К Вам обратились родители 7 летнего мальчика с жалобами на интенсивные боли в дистальной фланге 2 пальца левой кисти. Боли последние сутки, «невыносимые», «сверлящие». Болен в течении 8 дней, у ребенка повышение температуры тела до 39.00, общее недомогание, головные боли. Во время осмотра наблюдается колбообразное утолщение дистальной фаланги, гиперемия кожи над ним. Пальпац резко болезненная.

Ваш предварительный диагноз?

- <variant> Костный панариций
- <variant> Подкожный панариций
- <variant> Пандактилит
- <variant> Тендовагинит
- <variant> Кожный панариций

<question> Вас вызвал на консультацию педиатр к ребенку 8 лет с жалобами на боли в области левой голени, повышение температуры тела до 37,8°C. После рентгенографии костей голени, вы обнаружили светлые линейные просветления большеберцовой кости. Выставлен диагноз: Острый гематогенный остеомиелит костей левой голени. В какие сроки появляются на рентгенограммах светлые линейные просветления у больных гематогенным остеомиелитом?

- <variant> К концу 2-ой недели
- <variant> К концу 1-ой недели
- <variant> К концу 3-ой недели
- <variant> К концу 4-ой недели
- <variant> Первые сутки от начала заболевания

<question> В приемное отделение обратились родители ребенка 9 лет с жалобами на боли в области левого бедра, повышение температуры тела до 39°C. Больна в течении 4 суток. Состояние тяжелое. Во время осмотра обращает на себя внимание отечность нижней трети левого бедра, резкая болезненность при пальпации, некоторое ограничение функции. На рентгенографии - костных изменений нет, отмечается инфильтрация мягких тканей. Какой Ваш предварительный диагноз:

- <variant> Острый гематогенный остеомиелит
- <variant> Болезнь Осгуда - Шляттера
- <variant> Склерозирующий остеомиелит Гарре
- <variant> Флегмона правого бедра
- <variant> Реактивный артрит

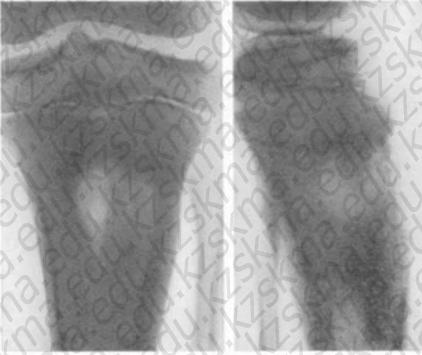
<question> К Вам обратились родители месячного ребенка с жалобами на беспокойство во время дефекации и болезненное образование в перианальной области. После осмотра выставлен диагноз: Подслизистый парапроктит. Ваш выбор оптимальной тактики лечения.

- <variant> Вскрыть парапроктит
- <variant> Антибактериальная терапия
- <variant> Физиолечение, динамическое наблюдение
- <variant> Операция Габриэля
- <variant> Пункционный

<question> К хирургу обратились родители подростка 14 лет с жалобами на боли в области правой голени. Болен в течении 6 месяцев. Заболевание мальчик связывает со спортивной травмой. При осмотре врач отметил незначительное утолщение конечности и болезненность в области проксимального метафиза большеберцовой кости.

Рентгенологически отмечается зона деструкции округлой формы с выраженным перифокальным склерозом. (Рис.). Определите Ваш предварительный диагноз?

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	9 стр. из 29



<variant> Абсцесс Броди

<variant> Osteomyelitis antibiotic.

<variant> Склерозирующий остеомиелит Гарре

<variant> Альбуминозный остеомиелит Оллье

<variant> Хронический остеомиелит

<question> В приемное отделение неотложной хирургии поступил ребенок 12 лет с диагнозом: Острый гематогенный остеомиелит бедренной кости справа. Укажите методику оперативного лечения, которую Вы примените в комплексном лечении острого гематогенного остеомиелита.

<variant> Сызганова- Ткаченко-Султанбаев-Ормантаев

<variant> Селиванова - Школьникова

<variant> Вишневского

<variant> Диково-Капосова

<variant> Краснобаева

<question> На прием обратился подросток с жалобами на болезненное образование на шее. Состояние удовлетворительное. При объективном осмотре, по задней поверхности шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятный?

<variant> Фурункул

<variant> Карбункул

<variant> Флегмона

<variant> Фурункулез

<variant> Псевдофурункулез

<question> У ребенка фурункул в области шеи. Какая тактика хирурга в данном случае?

<variant> Вскрыть одним разрезом

<variant> Выдавить некротический стержень

<variant> Сделать крестообразный разрез

<variant> Наложить повязку с мазью

<variant> Наложить повязку с гипертоническим раствором

<question> В отделение гнойной хирургии поступил мальчик 9 лет с диагнозом гнойный артрит правого коленного сустава. Боли в течении 7 дней. Получал амбулаторное лечение: проведена пункция коленного сустава, антибактериальная терапия. При поступлении отмечается увеличение в объеме правого коленного сустава, резкая болезненность. На рентгенографии обнаружен отек мягких тканей расширение суставной полости правого коленного сустава. Ваш выбор тактики лечения.

<variant> Пункция и иммобилизация

<variant> Артроскопическое дренирование

<b>OÝNTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</b> <b>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</b>	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> <b>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</b>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	10 стр. из 29

<variant> Артrotомия

<variant> Иммобилизация. Антибактериальная терапия

<variant> Артроскопия, промывание полости сустава антисептиком

<question> К детскому хирургу обратились родители шестилетнего ребенка с жалобами на боли в области кончика 2 пальца правой кисти. Во время осмотра хирург отметил гиперемию и отек тканей (Рис.). Боль при пальпации. Движения резко ограничены. Ваш предварительный диагноз?



<variant> Паронихия

<variant> Кожной пайпанари,

<variant> Подкожный панариций

<variant> Под ногтевой панариций.

<variant> Костный панариций

<question> Ребенку 6 лет проведена аппендэктомия. Через 6 часов после аппендэктомии дежурной медицинской сестрой отмечено ухудшение состояния: бледность кожных покровов, снижение артериального давления. Дежурным хирургом диагностирована клиника внутрибрюшного кровотечения. Каковы Ваши действия?

<variant> Ревизия через доступ в правой подвздошной области (через п/о раны)

<variant> Срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости

<variant> Консервативное лечение

<variant> Лапароцентез

<variant> Лапароскопия

<question> У ребенка 5 лет, на 9 день после операции по поводу деструктивного аппендицита, разлитого гнойно-калового перитонита, лечащим врачом отмечено ухудшение состояния. Повышение температуры тела 39°C. Дыхание учащенное и поверхностное, кашель, чувство тяжести в правом подреберье. На обзорной рентгенографии органов грудной клетки определяется высокое стояние купола диафрагмы справа, незначительный плевральный выпот. Лабораторное исследование: анемия, нейтрофильный лейкоцитоз нарастание СОЭ, С-реактивный белок - 92 мг/л. Ваш предварительный диагноз.

<variant> Поддиафрагмальный абсцесс

<variant> Правосторонняя пневмония

<variant> Вялотекущий перитонит

<variant> Правосторонняя плевропневмония

<variant> Эксудативный плеврит

<question> У 1,5 мес. ребенка отмечается беспокойство при разгибании левой ножки во время пеленания в течение 2 дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа

<b>OÝNTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</b> <b>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</b>	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> <b>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</b>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	11 стр. из 29

свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура тела 37,5С. Предварительный диагноз:

<variant> эпифизарный остеомиелит левой бедренной кости

<variant> ушиб левой стопы

<variant> перелом костей стопы

<variant> перелом левой бедренной кости

<variant> флегмона правого бедра

<question> У 1,5 мес. ребенка отмечается беспокойство при разгибании левой ножки во время пеленания в течение 2 дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура тела 37,5С. Местно- увеличение объема сустава.

Дальнейшая рациональная тактика хирурга:

<variant> диагностическая пункция сустава

<variant> назначение антибактериальной терапии, наблюдение

<variant> дренирование сустава

<variant> остеоперфорация

<variant> остеопункция и измерение внутрикостного давления

<question> У 1,5 мес. ребенка отмечается беспокойство при разгибании левой ножки во время пеленания в течение 2 дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура тела 37,5С. При пункции сустава получен гной. Вид иммобилизации:

<variant> вытяжение по Шеде или отводящая шина Виленского

<variant> гипсовая лонгета наложенная до верхней трети бедра

<variant> наложением циркулярной гипсовой повязки до верхней трети бедра

<variant> свободное пеленание

<variant> наложение гипсовой тазобедренной повязки

<question> Ребёнок 28 дней перестал двигать правой ручкой, она свисает вдоль туловища.

Пассивные движения при переодевании ребёнка болезненны. Объективно - отек мягких тканей, местное повышение температуры тела в области плечевого сустава. Ваш предварительный диагноз:

<variant> эпифизарный остеомиелит правой плечевой кости

<variant> флегмона правого плеча

<variant> подмышечный лимфаденит

<variant> перелом правого плечевой кости

<variant> вывих правого плечевого сустава

<question> Ребенок Д. Возраст 10 дней доставлен в приемный покой больницы. При осмотре обнаружили обширный болезненный очаг гиперемии в области левой лопатки. Жалобы со слов родителей на повышение температуры и беспокойство ребенка.

Предварительный диагноз:

<variant> флегмона новорожденных

<variant> рожистое воспаление

<variant> экссудативный дерматит

<variant> карбункул

<variant> отек Квинке

<question> Ребенок Д. Возраст 10 дней доставлен в ППЭХ. При осмотре обнаружили обширный болезненный очаг гиперемии в области левой лопатки. Жалобы со слов родителей на повышение температуры и беспокойство ребенка. Врачебная тактика:

<b>OÝNTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</b> <b>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</b>	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> <b>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</b>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	12 стр. из 29

<variant> насечки с захватом границ здоровой кожи

<variant> крестообразный разрез

<variant> вскрытие и дренирование

<variant> физиолечение

<variant> ранняя некрэктомия

<question> Ребенок Г. 6 лет - обратился в больницу на 3 сутки от начала заболевания с жалобами на повышение температуры, озноб, головную боль, болезненность в области лопатки. При осмотре локально определяется опухолевидное образование, с гиперемированной эрозированной поверхностью, местной гипертермией, при этом отмечается выделение гнойного отделяемого из нескольких свищевых отверстий. В анализах крови: Эр-3,5, Нб-125г/л, лейкоцит – 20, СОЭ-18мм/ч. Тактика хирурга:

<variant> широко вскрывают крестообразным разрезом

<variant> наложение насечек в шахматном порядке

<variant> вскрытие линейным разрезом

<variant> наложение закрытого дренажа

<variant> наложение гипертонической повязки

<question> Ребенок П. 14 лет - обратился в больницу на 1 сутки от начала заболевания с жалобами на разлитую припухлость, гиперемию, гипертермию, болезненность всей правой ягодичной области. В центре имеется флюктуации. В анализах крови: Эр-3,5, Нб-125 г/л, лейк – 15,2, СОЭ-10 мм/ч. Ваш диагноз:

<variant> флегмона

<variant> фурункул

<variant> инфицированная рана

<variant> парапротит

<variant> карбункул

<question> У 6 мес. ребенка на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребенок сучит ножками. Стул накануне был нормальным. Болен в течение 8 часов. Подозрение на кишечную инвагинацию. При пальцевом исследовании Per Rectum выделения в виде «малинового желе». Тактика детского хирурга:

<variant> проведение пневмокомпрессии

<variant> оперативное

<variant> расправление барием под экраном

<variant> очистительная клизма

<variant> лапароскопия

<question> У 6 мес. ребенка на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребенок сучит ножками. Стул накануне был нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе». Ваш диагноз:

<variant> инвагинация кишечника

<variant> дизентерия

<variant> копростаз

<variant> геморрагический васкулит

<variant> полип прямой кишки

<question> Девочка 13 лет, больна в течение 3 дней, отмечались боли в животе, повышение температуры тела, рвота. При осмотре ребенок бледный, вялый. Температура тела 37,9С. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размером 6х6 см. Симптом Щёткина-Блюмберга слабо положителен. Лейкоцитоз 16,2. Ваш диагноз:

<variant> аппендикулярный инфильтрат

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ</b> АК «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11	
Контрольно-измерительные средства		13 стр. из 29

<variant> копростаз

<variant> перекрут кисты брыжейки

<variant> дистопия почки

<variant> кишечная инвагинация

<question> Девочка 13 лет, больна в течение 3 дней, были боли в животе, повышение температуры тела, рвота. При осмотре ребенок бледный, вялый. Температура тела 37,9С. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размером 6х6 см. Симптом Щёткина-Блюмберга слабо положителен. Лейкоцитоз  $10,2 \times 10^9/\text{л}$ . Подозрение на аппендикулярный инфильтрат. Тактика хирурга:

<variant> Консервативная терапия

<variant> Наблюдение в динамике

<variant> Лапаротомия, вскрытие и дренирование инфильтрата

<variant> Аппендэктомия

<variant> Обходной анастомоз

<question> 2 летний мальчик доставлен в приемное отделение через сутки от начала заболевания с подозрением на острый аппендицит. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,6С, насморка, кашля. Выражена одышка. Дыхание жёсткое, прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс 106 в минуту. Ребёнок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот. Для исключения или подтверждения острого аппендицита целесообразно начинать с ... .

<variant> пальпацией живота в состоянии сна

<variant> общего анализа крови

<variant> обзорной рентгенографии органов брюшной полости

<variant> УЗИ брюшной полости

<variant> ректального пальцевого исследования

<question> У ребенка 14 дней в связи с отсутствием стула в течение последних 2 сут., появилось вздутие живота. Ребёнок плохо ест, срыгивает. Родители не смогли сделать очистительную клизму, так как не нашли анального отверстия. При осмотре девочки наружные половые органы сформированы правильно. Промежность испачкана каловыми массами. Для уточнения диагноза целесообразно провести исследование:

<variant> ирригография через свищ

<variant> фиброгастроскопия

<variant> флюорография

<variant> фиброколоноскопия

<variant> томография

<question> У ребенка 7 лет отмечались сильные приступообразные боли в животе, повторная рвота с примесью жёлчи. Стула не было 2 сут. Из анамнеза известно что, в возрасте 3 лет выполнена аппендэктомия. Предварительный диагноз:

<variant> спаечная болезнь

<variant> заворот кишок

<variant> копростаз

<variant> атония кишечника

<variant> гастрит

<question> У ребенка 7 лет отмечались сильные приступообразные боли в животе, повторная рвота с примесью жёлчи. Стула не было 2 сут. Из анамнеза известно что, в возрасте 3 лет выполнена аппендэктомия. Подозрение на спаечную кишечную непроходимость. Тактика хирурга:

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	14 стр. из 29

<variant> Проведение срочной операции после подготовки  
<variant> Проведение операции в плановом порядке  
<variant> Продолжать проведение консервативного расправления  
<variant> Провести фиброколоноскопию  
<variant> Наблюдение в динамике

<question> В соматическом отделении находится ребёнок 2 лет с двусторонней пневмонией. Несмотря на проводимое лечение у ребёнка нарастает вздутие живота, рвота с примесью жёлчи, одышка. Стула не было в течение 1,5 суток. При осмотре живот вздут, мягкий. Перистальтика кишечника вялая. Ваш диагноз:

<variant> динамическая кишечная непроходимость  
<variant> странгуляционная кишечная непроходимость  
<variant> обтурационная кишечная непроходимость  
<variant> врожденная кишечная непроходимость  
<variant> смешанная кишечная непроходимость

<question> У ребёнка 2 лет с двусторонней пневмонией, несмотря на проводимое лечение нарастает вздутие живота, рвота с примесью жёлчи, одышка. Стула не было в течение 1,5 сутки. При осмотре живот вздут, мягкий. Перистальтика кишечника вялая. Подозрение на динамическую кишечную непроходимость. Тактика хирурга:

<variant> консервативное лечение  
<variant> проведение срочной операции  
<variant> оперативное, после консервативного лечения  
<variant> наблюдение  
<variant> оперативное лечение после наблюдения

<question> Больной 7 лет, поступил через 1 сутки с момента заболевания. Заболевание началось внезапно, боль в области эпигастрии, затем локализовалась в правой половине живота. Температура тела 38С, тахикардия. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, на всем протяжении мягкий и незначительно болезненный при глубокой пальпации, симптомы раздражения брюшины сомнительны. Предварительный диагноз:

<variant> острый аппендицит  
<variant> язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки  
<variant> острый панкреатит  
<variant> острый гастрит  
<variant> острый дивертикулит

<question> Девочка 11 лет. Острые боли в низу живота, над лоном справа. Боли иррадируют в правую половину губу и прямую кишку. У ребенка частые и болезненные мочеиспускания, также частый жидкий стул с примесью слизи и крови. При ректальном обследовании обнаруживается болезненное нависание и инфильтрат справа. Ваш диагноз:

<variant> тазовый аппендицит  
<variant> инвагинация кишечника  
<variant> цистит  
<variant> дизентерия  
<variant> киста правого яичника

<question> Больной 12 лет. Болен 7 дней. Боли в животе, рвота, гектическая температура. Состояние тяжелое. Асимметрия живота за счет выбухания правой половины. Пальпаторно выявляется резкая болезненное образование с флюктуацией. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В крови высокий лейкоцитоз и сдвиг формуле влево.

Предварительный диагноз и тактика хирурга:

<variant> аппендикулярный абсцесс, вскрытие абсцесса

<b>OÝNTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</b> <b>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</b>	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> <b>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</b>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	15 стр. из 29

<variant> инвагинация кишечника, лапаротомия  
<variant> аппендикулярный инфильтрат, консервативное лечение  
<variant> опухоль брюшной полости, удаление опухоли  
<variant> мезоаденит, консервативное лечение  
<question> У ребенка 10 лет резкие боли в животе, тошнота, рвота. В анамнезе носовое кровотечение. При пальпации живота выявляется болезненность в правой половине и легкое напряжение мышц живота справа. Был стул с кровью. Предварительный диагноз и тактика врача:  
<variant> болезнь Шенлейн-Геноха, назначение гормонов  
<variant> полип кишечника -полипэктомия  
<variant> острый аппендицит - аппендэктомия  
<variant> острый дивертикулит -дивертикулэктомия  
<variant> инвагинация кишечника -дезинвагинация  
<question> Ребенку 1 год. Отмечаются ограничение движений в правой верхней конечности, при осмотре определяется болезненность, локальный отек в области правой ключицы. Лечение показано:  
<variant> повязка Дезо  
<variant> кокситно-гипсовая повязка  
<variant> восмиобразная гипсовая повязка  
<variant> повязка по Кузьминскому –Карпенко  
<variant> закрытая репозиция под местной анестезией  
<question> 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. Ваш диагноз:  
<variant> атрезия 12-перстной кишки ниже фатерова соска  
<variant> болезнь Гиршпрунга  
<variant> пилоростеноз  
<variant> атрезия сigmoidной кишки  
<variant> атрезия 12-перстной кишки выше фатерова соска  
<question> У девочки 6 месяцев при осмотре обнаружено болезненное грыжевое выпячивание в правой паховой области с момента заболевания прошло 45 минут. Показано лечение:  
<variant> экстренная операция грыжесечение  
<variant> консервативное вправление грыжи  
<variant> плановая операция грыжесечение  
<variant> герниотомия по диспансерному графику  
<variant> диагностическая лапароскопия  
<question> В приемное отделение экстренной хирургии поступил ребенок 1 года. Со слов мамы ребенок с рождения страдает запорами, у ребенка увеличен в объеме живот. Очистительные клизмы малоэффективны. Показано:  
<variant> ирригография  
<variant> обзорная рентгенография брюшной полости  
<variant> биопсия стенки тонкой кишки  
<variant> УЗИ органов брюшной полости  
<variant> копrogramma

<b>OÝTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</b> <b>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</b>	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> <b>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</b>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	16 стр. из 29

<question> Ребенок в возрасте 1 месяца, жалобы со слов родителей на рвоту фонтаном, беспокойство. При осмотре живота в эпигастральной области отмечается выбухание. При пальпации определяется симптом «песочных часов» и уплотнение в проекции пилорического отдела желудка. Предварительный диагноз:

<variant> пилоростеноз

<variant> пилороспазм

<variant> адреногенитальный синдром

<variant> синдром Дебре-Фибигера

<variant> стеноз 12-перстной кишки

<question> Ребенок 1,5 месяца, жалобы со слов родителей на рвоту фонтаном, беспокойство. При осмотре живота в эпигастральной области отмечается выбухание. При пальпации определяется симптом «песочных часов» и уплотнение в проекции пилорического отдела желудка. Оптимальная тактика хирурга:

<variant> операция по Фреде-Рамштеду

<variant> консервативное лечение

<variant> операция Росса

<variant> операция Винкельмана

<variant> операция по Коэну

<question> Ребенку 3 года, жалобы на слабость, частые срыгивания, отсутствие самостоятельного стула с момента рождения, только после клизмы. При осмотре живот увеличен в объеме. При надавливании на переднюю брюшную стенку остаются пальцевые вдавления (симптом «глины»). Предварительный диагноз:

<variant> болезнь Гиршпрунга

<variant> аноректальные пороки

<variant> долихосигма

<variant> хронические запоры

<variant> кишечная непроходимость

<question> У девочки 4-х лет, при пальпации отмечается разлитая болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки по всем отделам брюшной полости.

Симптомы перитонизма более выражены в нижних отделах живота, положительный симптом Щёткина – Блюмберга. Отмечается гиперемия наружных урогениталий.

Предварительный диагноз:

<variant> пельвиоперитонит

<variant> острый аппендицит

<variant> перекрут кисты яичников

<variant> аппендикулярный инфильтрат

<variant> аппендикулярный перитонит

<question> При профилактическом осмотре у ребенка в детском саду выявлено

выпячивание в области пупочного кольца. Которая исчезает в спокойном состоянии. Но появляется при натуживании и крике. Пупочное кольцо увеличено в размере. Выберите необходимый план обследования:

<variant> осмотр и пальпация пупочного кольца

<variant> ортостатические пробы

<variant> УЗИ органов брюшной полости

<variant> осмотр и пальпация мошонки

<variant> допплерография

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Педиатрия-1»		38/11
Контрольно-измерительные средства		17 стр. из 29

<question> При осмотре у ребенка в детском саду выявлено выпячивание в области пупочного кольца. Которая исчезает в спокойном состоянии. Но появляется при натуживании и крике. Пупочное кольцо увеличено в размере. Предварительный диагноз:

- <variant> пупочная грыжа
- <variant> грыжа белой линии живота
- <variant> грыжа пупочного канатика
- <variant> паховая грыжа
- <variant> вентральная грыжа

<question> Ребенок 2-х месяцев жалобы со слов мамы на рвоту «фонтаном», при осмотре определяется выбухание эпигастрия. При пальпации - симптом «песочных часов».

Предложите схему обследования:

- <variant> УЗИ
- <variant> ФГДС
- <variant> МРТ
- <variant> колоноскопия
- <variant> КТ

<question> К вам обратились родители ребенка 2-х лет с жалобами, что ребенок перестал двигать правой ручкой, она свисает вдоль туловища пассивные и активные движения болезненны. Выше изложенные жалобы появились при переодевании ребенка. Ваш диагноз:

- <variant> подвыих головки правой лучевой кости
- <variant> острый гематогенный остеомиелит плечевой кости
- <variant> закрытый перелом в/з правой плечевой кости
- <variant> закрытый перелом с/з правого ключицы
- <variant> ревматоидный артрит

<question> В приемное отделение экстренной хирургии поступает новорожденный ребенок 7 сутки жизни. Вялый, стонет. Кожные покровы бледно-серого цвета, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное. Сердечные тоны глухие. Обращают внимание резкое вздутие, напряжение и болезненность живота. Под кожная венозная сеть расширена. Перистальтика не выслушивается. Перкуторно – исчезновение печеночной тупости.

Предварительный диагноз:

- <variant> перитонит
- <variant> острый панкреатит
- <variant> острый аппендицит
- <variant> ОНМК
- <variant> опухоль брюшной полости

<question> В приемное отделение экстренной хирургии поступает новорожденный ребенок 7 сутки жизни. Вялый, стонет. Кожные покровы бледно-серого цвета, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное. Сердечные тоны глухие. Обращают внимание резкое вздутие, напряжение и болезненность живота. Под кожная венозная сеть расширена.

Перистальтика не выслушивается. Перкуторно – исчезновение печеночной тупости. Для подтверждения диагноза «Перитонит» необходимо сделать:

- <variant> обзорную рентгенографию брюшной полости
- <variant> диагностическую лапароскопию
- <variant> обзорную рентгенограмму грудной клетки
- <variant> ирригографию
- <variant> КТ брюшной полости

<b>OÝNTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</b> <b>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</b>	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> <b>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</b>
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	18 стр. из 29

<question> В приемное отделение экстренной хирургии поступает новорожденный ребенок 7 сутки жизни. Вялый, стонет. Кожные покровы бледно-серого цвета, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное. Сердечные тоны глухие. Обращают внимание резкое вздущие, напряжение и болезненность живота. Подкожная венозная сеть расширена. Перистальтика не выслушивается. Перкуторно – исчезновение печеночной тупости.

Тактика хирурга:

<variant> экстренная операция после 2-3 часовой подготовки

<variant> экстренная операция в течение 1 часа

<variant> экстренная операция в течение 5 часов после предоперационной подготовки

<variant> необходимо 24ч лечить консервативно в реанимации, после оперировать

<variant> выжидательная тактика

<question> Ребенок в возрасте 2 месяцев поступает через 16 часов с момента заболевания. Со слов мамы жалобы на беспокойство, наличие опухолевидного образования в правой парадигматической области. Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела в пределах нормы. Местно при осмотре в парадигматической области справа выявляется опухолевидное образование по ходу семенного канатика, размером 1.0x1.5см, спускающееся в мошонку, при пальпации резко болезненное, мягко-эластичной консистенции и невправляемое в брюшную полость. Ваш диагноз:

<variant> ущемленная парадигматическая грыжа справа

<variant> остро развившаяся водянка семенного канатика справа

<variant> ущемленная сообщающаяся водянка семенного канатика справа

<variant> перекручивание семенного канатика справа

<variant> парадигматический лимфаденит справа

<question> Из родильного дома доставлен новорожденный ребенок, масса тела 2600 гр.

отмечается пенистое выделение изо рта, беспокойство, приступы цианоза. На

рентгенографии пищевода слепо заканчивается верхний сегмент пищевода, имеются газы в желудке и кишечнике. Предварительный диагноз:

<variant> атрезия пищевода

<variant> атрезия 12-перстной кишки

<variant> атрезия тощей кишки

<variant> атрезия прямой кишки

<variant> атрезия анального отверстия

<question> Новорожденный - возраст 2 дня. Состояние тяжелое. Цианоз носогубного треугольника, одышка, рвота с желчью. При осмотре асимметрия грудной клетки, выбухание левой половины грудной клетки. Дыхание ослабленное прослушивается кишечные шумы, перкуторно - притупление. Живот запавший, ладьевидный. Ваш диагноз:

<variant> ложная врожденная диафрагмальная грыжа

<variant> секвестрация легкого

<variant> врожденный трахеопищеводный свищ

<variant> атрезия пищевода

<variant> истинная диафрагмальная грыжа

<question> У новорожденного после отпадения пуповины с первых дней наблюдается выделение кишечного содержимого из пупка. Пупок инфильтрированный, гиперемирован. Ребенок плохо прибавляет в весе, истощается, отстает в физическом развитии. Общее состояние с каждым днем ухудшается. Ваш диагноз:

<variant> полный свищ пупка

<variant> пупочная грыжа

<variant> грыжа пупочного канатика

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	19 стр. из 29

<variant> Меккелев дивертикул

<variant> флегманозный омфалит

<question> Мальчик 9 лет. Лечился в хирургическое отделение по поводу острого гематогенного остеомиелита левой бедренной кости. Через 2 месяца в средней трети бедра отмечается подвижность, деформация. Осложнение развившееся в процессе лечения:

<variant> патологический перелом и формирование ложного сустава

<variant> анкилоз и укорочение бедра

<variant> анкилоз и формирование ложного сустава

<variant> вывих бедра и формирование ложного сустава

<variant> артроз и укорочение бедра

<question> Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребенка яичек в мошонке. Ребенку 2 года. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранен. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку.

Предварительный диагноз:

<variant> ложный крипторхизм

<variant> орхоэпидидимит

<variant> анорхизм

<variant> монорхизм

<variant> эктопия яичка

<question> Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребенка яичек в мошонке. Ребенку 2 года. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранен. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку.

Подозрение на «ложный крипторхизм». Тактика детского хирурга:

<variant> наблюдение

<variant> гормональное лечение

<variant> операция

<variant> физиопроцедура

<variant> массаж паховой области

<question> У ребёнка 11 лет жалобы на увеличение левой половины мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздевидного сплетения, их наполнение увеличивается при напряжении. Яички в мошонке. Предварительный диагноз:

<variant> варикоцеле

<variant> инфаркт яичка

<variant> орхиоэпидидимит

<variant> крипторхизм

<variant> водянка яичка

<question> Ребёнка 11 лет жалуется на увеличение левой половины мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздевидного сплетения, их наполнение увеличивается при напряжении. Яички в мошонке. Выставлен диагноз: «Варикоцеле слева». Хирургический доступ:

<variant> косой разрез в левой подвздошной области

<variant> параректальный разрез

<variant> поперечный разрез на уровне передне-верхней ости подвздошной кости

<variant> чрезмоночный доступ

<variant> косой разрез в паховой области

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	20 стр. из 29

<question> Ребёнка 11 лет жалуется на увеличение левой половины мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздевидного сплетения, их наполнение увеличивается при напряжении. Яички в мошонке. Выставлен диагноз: «Варикоцеле слева». Тактика хирурга:

<variant> операция Иванисевича – Ерохина

<variant> наблюдение в динамике

<variant> консервативная терапия

<variant> склерозирующая терапия

<variant> тестикулосафенный венный анастомоз

<question> Девочке 1 мес., 2 дня назад родители обнаружили в правой паховой области безболезненное опухолевидное образование размером 1,5x 1 см округлой формы, не вправляющееся в брюшную полость. Состояние ребенка удовлетворительное. Ваш диагноз:

<variant> киста Нукке

<variant> невправимая паховая грыжа

<variant> ущемленная паховая грыжа

<variant> паховый лимфаденит

<variant> флегмона паховой области

<question> У мальчика с рождения отмечено расщепление крайней плоти. Ребенок мочится тонкой струйкой с натуживанием. Наружное отверстие уретры обнаружено в области венечной борозды, точечное. Предварительный диагноз:

<variant> гипоспадия

<variant> экстрофия мочевого пузыря

<variant> эпипспадия

<variant> атрезия уретры

<variant> гипоплазия уретры

<question> У мальчика с рождения отмечено расщепление крайней плоти. Ребенок мочится тонкой струйкой с натуживанием. Наружное отверстие уретры обнаружено в области венечной борозды, точечное. Выставлен диагноз: «Гипоспадия» Тактика хирурга:

<variant> мяотомия

<variant> эндоскопическая электрорезекция

<variant> V-образная пластика уретры

<variant> бужирование

<variant> пластика стенки уретры местными тканями

<question> У мальчика 4 мес. с рождения обнаружено увеличение левой половины мошонки. При пальпации определяется опухолевидное образование эластической консистенции с ровными контурами, безболезненное, размером 5x3,5 см, не вправляющееся в брюшную полость. К вечеру образование несколько увеличивается в размерах. Наружное паховое кольцо не расширено. Предварительный диагноз:

<variant> сообщающаяся водянка яичка

<variant> крипторхизм

<variant> киста семенного канатика

<variant> водянка оболочек яичка

<variant> эктопия яичка

<question> У мальчика 4 мес. с рождения обнаружено увеличение левой половины мошонки. При пальпации определяется опухолевидное образование эластической консистенции с ровными контурами, безболезненное, размером 5x3,5 см, не вправляющееся в брюшную полость. К вечеру образование несколько увеличивается в

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Педиатрия-1»		38/11
Контрольно-измерительные средства		21 стр. из 29

размерах. Наружное паховое кольцо не расширено. Диагноз: «Сообщающаяся водянка яичка». Тактика детского хирурга:

<variant> наблюдение в динамике

<variant> оперативное лечение в плановом порядке

<variant> пункцию оболочек с эвакуацией жидкости

<variant> повторные пункции с введением гидрокортизона

<variant> назначение гормональных препаратов

<question> У девочки 3 мес. отмечено расширение пупочного кольца с выпячиванием безболезненного, эластической консистенции образования размерами 1,5x1,5 см, легко вправляемого в брюшную полость. Предварительный диагноз:

<variant> пупочная грыжа

<variant> грыжа белой линии живота

<variant> грыжа пупочного канатика

<variant> простой омфалит

<variant> флегмонозный омфалит

<question> У девочки 3 мес. отмечено расширение пупочного кольца с выпячиванием безболезненного, эластической консистенции образование размером 1,5x1,5 см, легко вправляемое в брюшную полость. Выставлен диагноз: «Пупочная грыжа» Тактика детского хирурга:

<variant> лейкопластырная повязка, массаж

<variant> оперативное лечение в плановом порядке

<variant> склерозирующая терапия

<variant> оперативное лечение в экстренном порядке

<variant> назначение гормональных препаратов

<question> У девочки 6 лет при профилактическом осмотре обнаружено по срединной линии на 3 см выше пупочного кольца безболезненное выпячивание размером 0,5x0,5 см, легко вправляемое в брюшную полость. При этом определяется дефект апоневроза по срединной линии размерами 0,5x0,5 см. Ваш диагноз:

<variant> грыжа белой линии живота

<variant> пупочная грыжа

<variant> грыжа пупочного канатика

<variant> простой омфалит

<variant> флегмонозный омфалит

<question> У девочки 6 лет при профилактическом осмотре обнаружено по срединной линии на 3 см выше пупочного кольца безболезненное выпячивание размером 0,5x0,5 см, легко вправляемое в брюшную полость. При этом определяется дефект апоневроза по срединной линии размерами 0,5x0,5 см. Диагноз: «Грыжа белой линии живота» Тактика детского хирурга:

<variant> оперативное лечение в плановом порядке

<variant> лейкопластырная повязка, массаж, ЛФК

<variant> склерозирующая терапия

<variant> оперативное лечение в экстренном порядке

<variant> медикаментозная терапия

<question> У месячного мальчика с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счёт опухолевидного образования мягко-эластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость с урчанием, но при беспокойстве ребёнка проявляющегося вновь. Правое паховое кольцо расширено.

Предварительный диагноз:

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	22 стр. из 29

<variant> пахово-мошоночная грыжа  
 <variant> невправимая паховая грыжа  
 <variant> ущемленная паховая грыжа  
 <variant> паховый лимфаденит  
 <variant> водянка оболочек яичка

<question> Мальчику 1 мес., с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счёт опухолевидного образования мягко-эластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость с урчанием, но при беспокойстве ребёнка проявляющегося вновь. Правое паховое кольцо расширено. Тактика детского хирурга:

<variant> оперативное лечение в плановом порядке

<variant> наблюдение в динамике

<variant> срочная операция

<variant> массаж, ЛФК

<variant> антибактериальная терапия

<question> У месячного ребенка внутриутробно на 32-й неделе беременности при УЗИ плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек размерами до 14 мм. После рождения этот диагноз был подтверждён. Анализ мочи нормальный. Предварительный диагноз:

<variant> гидroneфроз

<variant> опухоль Вильмса

<variant> солитарная киста почки

<variant> пиелонефрит

<variant> киста брыжейки

<question> У месячного ребенка внутриутробно на 32-й неделе беременности при УЗИ плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек размерами до 14 мм. Анализ мочи нормальный. Исследование для уточнения диагноза:

<variant> инфузионная урография

<variant> антеградная пиелография

<variant> цистоскопия

<variant> лабораторное обследование

<variant> цистография

<question> Девочка 2,5 лет с 5 мес. постоянно лечится по поводу рецидивирующего пиелонефрита. На экскреторной урографии выявлено двухстороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники. Предварительный диагноз:

<variant> двухсторонний уретрогидroneфроз

<variant> поликистоз обеих почек

<variant> двухсторонний пиелонефрит

<variant> опухоль Вильмса

<variant> гидрокаликоз обеих почек

<question> Девочка, 2,5 лет, с 5 мес. постоянно лечится по поводу рецидивирующего пиелонефрита. На УЗИ выявлено двухстороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники. Исследование для уточнения диагноза:

<variant> инфузионная урография

<variant> ангиография

<variant> обзорная рентгенография

<variant> цистография

<variant> ретроградная пиелография

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы»	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	23 стр. из 29

<question> У мальчика 6 мес., страдающего хроническим пиелонефритом, при проведении цистографии обнаружено наличие расширенных извитых мочеточников и увеличенных лоханок с двух сторон. Выставлен диагноз: «Пузирно-мочеточниковый рефлюкс IV - V степени, уретрогидroneфроз». Тактика детского хирурга:

<variant> оперативное

<variant> консервативное

<variant> наблюдение в динамике

<variant> физиолечение

<variant> дренирование почек

<question> Девочка 6 лет жалуется на постоянные тупые боли в правой половине живота. В течение 2 лет у больной отмечается пиурия. Состояние больной удовлетворительное. При физикальном исследовании патологии не выявлено. В анализе мочи - белок, лейкоцитурия. При цистоскопии патологии не выявлено. Наэскреторной уrogramме: значительное расширение правой лоханки и чашек, сужение лоханочно-мочеточникового сегмента. Тактика детского хирурга:

<variant> пластика лоханочно-мочеточникового сегмента

<variant> консервативное лечение

<variant> антибактериальная терапия

<variant> уростатики

<variant> нефрэктомия

<question> При осмотре новорожденного мальчика в родильном доме выявлено неправильное формирование наружных урогениталий виде расщепления дорсальной стенки уретры. Головка уплощена, отмечается смещение наружного отверстия уретры к венечной борозде. Мочеиспускание свободное. Беременность у матери протекала на фоне токсикоза. Предварительный диагноз:

<variant> эписпадия

<variant> гермафродитизм

<variant> гипоспадия, стволовая форма

<variant> гипоспадия, промежностная форма

<variant> экстрофия мочевого пузыря

<question> Мальчик 4 года, при осмотре выявлено резкий отек крайней плоти и синюшно-багровая окраска головки члена, которая находится у венечной борозды, не закрывает головки полового члена. Мочеиспускание резко затруднено и болезненно, ребенок не может мочиться самостоятельно. Предварительный диагноз:

<variant> парафимоз

<variant> воспаление гидатиды Морганы

<variant> баланопостит

<variant> рубцовый фимоз

<variant> орхоэпидидимит

<question> Мальчик 5 лет, выявлено: крайняя плоть отечна и гиперемирована, попытка отодвинуть крайнюю плоть и открыть головку не удаётся, выделяется гнойное отделяемое. Отверстие крайней плоти узкое. Мочеиспускание болезненное, тонкой струйкой. Предварительный диагноз:

<variant> острый баланопостит

<variant> фимоз

<variant> крипторхизм

<variant> парафимоз

<variant> гипоспадия, головчатая форма

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	24 стр. из 29

<question> Данная патология выявлено в родильном доме, на передней брюшной стенке в проекции мочевого пузыря определяется участок слизистой оболочки задней стенки мочевого пузыря с открывающимися устьями мочеточников из которых постоянно течет моча. Слизистая отечна, гиперемирована, кожа вокруг мацерирована. Предварительный диагноз:

- <variant> экстрофия мочевого пузыря
- <variant> инфравезикальная обструкция
- <variant> обструктивный мегауретер
- <variant> пузырно-пупочный свищ
- <variant> дивертикул мочевого пузыря

<question> При обследовании у мальчика 2,5 года определяется опухолевидное образование в области левой половины мошонки, мягко-эластичной консистенций, безболезненное, при надавливании и горизонтальном положении уменьшается в объеме.

Предложите оптимальную схему лечения:

- <variant> операция по методике Росса
- <variant> операция по Ру-Краснобаеву
- <variant> операция Иванисевича-Ерохина
- <variant> перевязка яичковой вены
- <variant> операция Хайнеса-Андерсена-Кучера

<question> Ребенок 3 года, при осмотре определяется сужение отверстия крайней плоти, мочеиспускание нарушено, невозможно вывести головку полового члена. Во время мочеиспускания ребенок беспокоится, тужится, моча выходит тонкой струйкой.

Предварительный диагноз:

- <variant> фимоз
- <variant> парфимоз
- <variant> баланопостит
- <variant> эпипсодия
- <variant> гипоспадия, головчатая форма

<question> При осмотре у мальчика 13 лет, в левой половине видны расширенные и извитые вены через кожу мошонки (симптом «дождевых червей в мешке») увеличена. В горизонтальном положении вены спадаются. Ваш диагноз:

- <variant> варикоцеле II степени
- <variant> варикоцеле I степени
- <variant> пахово-мошоночная грыжа
- <variant> киста оболочек яичка
- <variant> варикоцеле III степени

<question> Ребенок 4 лет поступил с инородным телом в верхних дыхательных путях.

Положение больного притранспортировке

- <variant> Строго сидя
- <variant> Лежа на животе
- <variant> Вполоборота
- <variant> Лежа на спине

<variant> В положении Тренделенбурга

<question> Девочка, 4 года, 3-й день после аппендэктомии. Жалобы на болезненность мочеиспускания и дефекации. Жидкий стул малыми порциями с примесью слизи. Иногда приступообразные боли в животе. При ректальном исследовании – плотный, резко болезненный инфильтрат, расположенный высоко. Ваш диагноз:

- <variant> абсцесс Дугласова пространства

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	25 стр. из 29

<variant> острый аппендицит, тазовое расположение

<variant> перитонит с сочувственным плевритом

<variant> межкишечный абсцесс

<variant> поддиафрагмальный абсцесс

<question> Характерными ранними рентгенологическими признаками для острого гематогенного остеомиелита являются:

1) равномерный остеопороз

2) гнездный остеопороз

3) остеосклероз

4) периостальная реакция

5) дефекты кортикального слоя кости

<variant> 2;4

<variant> 2;5

<variant> 1;3

<variant> 1;4

<variant> 3;5

<question> При остром гематогенном остеомиелите наиболее часто поражаются:

1) лучевая кость

2) кисти

3) плечевая кость

4) бедренная кость

5) кости черепа

<variant> 3;4

<variant> 1;2

<variant> 4;5

<variant> 1;5

<variant> 2;3

<question> Причиной болей при остром гематогенном остеомиелите является:

<variant> повышение внутрикостного давления на фоне воспаления

<variant> раздражение нервных окончаний токсинами возбудителя

<variant> разрушение нервных окончаний ферментами возбудителя

<variant> раздражение рецепторов кожи при отеке конечности

<variant> боли центрального происхождения

<question> Генерализации хирургической инфекции у новорожденного способствует:

1) снижение титра комплемента в сыворотке

2) аллергия

3) дефицит иммуноглобулинов

4) анемия

5) искусственное вскармливание

<variant> 1;3

<variant> 3;4

<variant> 3;5

<variant> 1;2

<variant> 4;5

<question> В пользу кишечной колики указывают следующие дифференциально-диагностические признаки:

1) отсутствие лейкоцитоза

2) напряжение мышц передней брюшной стенки

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	26 стр. из 29

- 3) отсутствие напряжения мышц брюшной стенки  
 4) исчезновение болей после очистительной клизмы

5) усиление болей после очистительной клизмы

<variant> 1;3;4

<variant> 1;2;5

<variant> 3;4;5

<variant> 2;3;4

<variant> 1;4;5

<question> Наиболее характерным симптомом для аппендикулярного инфильтрата является:

<variant> наличие уплотнения в правой половине живота

<variant> лейкоцитоз

<variant> отсутствие перистальтики

<variant> положительный симптом Щеткина

<variant> рвота

<question> Признаком абсцедирования аппендикулярного инфильтрата является:

<variant> гектическая лихорадка

<variant> постоянная лихорадка

<variant> отсутствие эффекта от дезинтоксикационной и противовоспалительной терапии

<variant> многократная рвота

<variant> задержка стула и газа

<question> Методом выбора лечения аппендикулярного абсцесса является:

<variant> вскрытие и дренирование гнойника над образованием

<variant> широкой лапаротомии

<variant> лапароскопическое дренирование абсцесса

<variant> пункции абсцесса через брюшную стенку

<variant> пункции абсцесса через прямую кишку

<question> Характерным клиническим признаком для межкишечного абсцесса является:

1) постоянная лихорадка

2) неустойчивый стул

3) многократная рвота

4) задержка стула и газа

5) высокий лейкоцитоз

<variant> 1,5

<variant> 2,3

<variant> 2,4

<variant> 1,3

<variant> 4,5

<question> Для абсцесса Дугласова пространства характерным клиническим признаком является:

1) частый стул со слизью и тенезмами

2) симптомы раздражения брюшины

3) задержка стула и газа

4) многократная рвота

5) наличие болезненного уплотнения при ректальном пальцевом исследовании

<variant> 1,5

<variant> 2,4

<variant> 1,3

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	27 стр. из 29

<variant> 4,5

<variant> 2,3

<question> Для абсцесса Дугласова пространства хирургическое лечение заключается во вскрытии через:

<variant> прямую кишку

<variant> переднюю брюшную стенку

<variant> промежность

<variant> влагалище

<variant> косой разрез в правой подвздошной области

<question> Для поддиафрагmalного абсцесса характерным клиническим признаком является:

<variant> влажные хрипы в нижних отделах легкого и высокое стояние диафрагмы на рентгенограмме

<variant> резко выраженная одышка

<variant> задержка стула и газа

<variant> многократная рвота

<variant> сухой кашель

<question> Методом выбора лечения поддиафрагmalного абсцесса является:

<variant> внеплевральным доступом, вскрытие и дренирование в межреберном пространстве

<variant> широкая лапаротомия

<variant> повторные пункции абсцесса

<variant> вскрытие через плевральную полость

<variant> консервативное лечение

<question> Острый аппендицит при тазовом расположении червеобразного отростка симулирует:

1) цистит

2) дизентерию

3) парапроктит

4) пиелонефрит

5) геморрой

<variant> 1,2

<variant> 3,4

<variant> 4,5

<variant> 1,5

<variant> 2,3

<question> Решающим методом исследования для исключения или подтверждения острого аппендицита у ребенка с абдоминальным синдромом при пневмонии является:

<variant> пальпация живота в состоянии естественного или медикаментозного сна

<variant> ректальное исследование

<variant> обзорная рентгенография органов брюшной полости

<variant> УЗИ брюшной полости

<variant> компьютерная томография

<question> К особенностям клиники острого аппендицита у детей ясельного возраста относят:

1) преобладание общих симптомов над местными

2) отсутствие рвоты

3) многократная рвота

<b>OÝNTÝSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY</b> <b>«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</b>	 <b>SKMA</b> <i>- 1979 -</i>	<b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> <b>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</b>
Кафедра «Педиатрия-1»		38/11
Контрольно-измерительные средства		28 стр. из 29

4) полиморфные кожные высыпания

5) выраженное двигательное беспокойство

<variant> 1; 3

<variant> 2; 4

<variant> 2; 5

<variant> 4; 5

<variant> 1; 5

<question> Для исключения острого аппендицита у ребенка с абдоминальным синдромом при геморрагическом васкулите проводят:

1) исследование коагулограммы

2) пробное лечение васкулита преднизолоном

3) пальпацию живота под наркозом

4) лапароскопию

5) УЗИ брюшной полости

<variant> 1;4

<variant> 1; 5

<variant> 3; 4

<variant> 2; 5

<variant> 2; 3

<question> После операции по поводу неосложненного аппендицита назначают:

1) анальгетики в сочетании с антигистаминными средствами (внутримышечно)

2) обезболивающие группы морфина

3) антибиотики (внутримышечно)

4) дезинтоксикационную инфузционную терапию

5) физиотерапию

<variant> 1; 5

<variant> 2; 3

<variant> 3; 4

<variant> 1; 2

<variant> 2; 5

<question> Наиболее характерными местными признаками для перитонита у новорожденных являются:

1) втянутый доскообразный живот

2) вздутый живот

3) локальное напряжение мышц живота

4) выраженный симптом Щеткина-Блюмберга

5) отек и гиперемия брюшной стенки

<variant> 2;5

<variant> 1;4

<variant> 1;5

<variant> 3;4

<variant> 2;3

<question> Стадиями разлитого перитонита являются:

1) тяжелая

2) реактивная

3) токсическая

4) септико-пиемическая

5) терминалльная

<b>ОҢТҮСТИК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ АҚ</b> «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 <b>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY</b> АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрия-1»	38/11
Контрольно-измерительные средства	29 стр. из 29

<variant> 2;3;5

<variant> 1;2;3

<variant> 3;4;5

<variant> 1;4;5

<variant> 1;2;4

<question> Реактивную стадию перитонита характеризуют:

1) резкие боли в животе

2) постоянные ноющие боли в животе

3) резкое вздутие живота выше уровня реберных дуг

4) резкое напряжение мышц живота

5) резко положительные симптомы раздражения брюшины

<variant> 1;4;5

<variant> 2;3;5

<variant> 1;2;5

<variant> 2;3;4

<variant> 1;3;5

<question> Токсическую стадию перитонита характеризуют:

1) резкие боли в животе

2) постоянно ноющие боли в животе

3) рвота съеденной пищей

4) жидкий стул

5) задержка стула и газов

<variant> 2;5

<variant> 1;3

<variant> 2;4

<variant> 3;4

<variant> 1;5

<question> Терминальную стадию перитонита характеризуют:

1) резкие боли в животе

2) постоянные боли в животе

3) рвота содержимым тощей кишки

4) усиленная перистальтика

5) отсутствие перистальтики

<variant> 2;3;5

<variant> 1;2;4

<variant> 2;4;5

<variant> 1;3;5

<variant> 1;3;4

<question> Консервативное лечение в амбулаторных условиях показано при:

<variant> простом омфалите

<variant> гнойном омфалите

<variant> флегмоне пупка

<variant> гангрене пупка

<variant> уремическом омфалите