

Тестовые задания по специальности «Детская хирургия»

Основным возбудителем острого гематогенного остеомиелита является:

- стрептококк
- стафилококк;
- палочка сине-зеленого гноя;
- клебсиелла

Вызвать развитие острого гематогенного остеомиелита могут:

- только гр.+ микрофлора;
- только гр. - микрофлора;
- только стафилококк;
- только ассоциации микроорганизмов
- все перечисленные микроорганизмы.

Максимальная заболеваемость о. аппендицитом у детей наблюдается в возрасте:

- до 1 года;
- 9 – 12 лет;
- 1 – 3 лет;
- 5 – 7 лет;
- 7 – 9 лет;

Острый аппендицит у детей:

- до 3х лет не наблюдается;
- как и у взрослых – самое распространённое заболевание живота, требующее неотложного оперативного вмешательства;
- развивается медленнее, а деструктивные изменения не типичны;
- не осложняется аппендикулярным инфильтратом.

Положение червеобразного отростка в брюшной полости:

- не отражается на клинической картине о.аппендицита;
- определяет операционный доступ;
- может создавать диагностические затруднения;
- не может создавать сложностей при аппендэктомии.

Острый аппендицит вызывается:

- специфическим возбудителем;
- собственной микрофлорой кишечника;
- паразитами;
- вирусами.

Агенезия лёгкого, это

- отсутствие только бронхов;
- отсутствие сосудов лёгкого;
- отсутствие всех элементов лёгкого;
- отсутствие долевых бронхов и сосудов.

При односторонней агенезии лёгкого:

- дети не жизнеспособны и умирают сразу после рождения;
- отсутствует дыхательная недостаточность;
- грудная клетка симметричная;
- клинические проявления скудные, явных признаков дыхательной недостаточности нет, если нет воспаления лёгкого.

При гипоплазии лёгкого:

- имеется только рудиментарный бронх;
- необходимо срочное оперативное вмешательство;
- отсутствуют сосуды и ткань лёгкого;
- показана компьютерная томография.

При врождённых кистах лёгких у детей радикальным может быть только:

- консервативное лечение;
- наблюдение и симптоматическое лечение;
- оперативное лечение;
- Физиотерапевтическое лечение.

Экстрофией мочевого пузыря называют:

- снижение тонуса стенки мочевого пузыря;
- заброс мочи из пузыря в мочеточники;
- отсутствие передней стенки мочевого пузыря и, соответственно, передней брюшной стенки;
- кистозное выпячивание терминального отдела мочеточника в пузырь.

Экстрофия мочевого пузыря всегда сопровождается:

- врождённым вывихом бедра;
- врождённым пороком сердца;
- атрезией пищевода;
- {тотальной эписпадией и расхождением костей лонного сочленения.

Дивертикулом мочевого пузыря называют:

- кистозное выпячивание мочеточника в мочевой пузырь;
- инородное тело мочевого пузыря;
- утолщение стенки мочевого пузыря;
- сообщение мочевого пузыря с прямой кишкой.

Для дивертикула мочевого пузыря характерным симптомом является:

- выделение мочи по каплям;
- редкое мочеиспускание;
- никтурия;
- симптом двойного мочеиспускания.

Гипоспадией называют:

- сужение отверстия крайней плоти;
- расщепление дорсальной стенки уретры;
- ущемление головки полового члена кольцом крайней плоти;
- отсутствие нижней стенки уретры в дистальных отделах.

Меатостенозом называют:

- сужение наружного отверстия мочеиспускательного канала;
- сужение отверстия крайней плоти;
- сужение мочеточникового отверстия;
- стеноз пиелоретрального сегмента.

Диагностика дивертикула мочевого пузыря основывается на данных:

- сцинтиграфии;
- ренографии;
- цистоскопии и цистографии;

- ангиографии.

Слабым местом пупочного кольца является:

- верхний отдел, т.к. там проходит пупочная вена;
- нижний отдел;
- центральный отдел;
- правый отдел.

Основным симптомом пупочной грыжи у детей является:

- выраженное беспокойство;
- задержка стула;
- выпячивание округлой или овальной формы в области пупочного кольца;
- рвота.

При небольших пупочных грыжах у детей раннего возраста показано:

- плановое оперативное лечение до 6 мес.
- массаж, гимнастика, укрепление брюшного пресса;
- экстренное оперативное лечение;
- ношение лейкопластырной повязки.

Грыжи белой линии живота проявляются:

- жидким стулом;
- опухолевидными образованиями, определяемыми на белой линии от пупка до мечевидного отростка.
- вздутием живота,
- расширением пупочного кольца.

Основным методом лечения пупочных грыж у детей раннего возраста является:

- плановая операция;
- массаж, гимнастика;
- ношение бандажа;
- обработка выпячивания раствором марганцево-кислого калия.

Возникновение паховых грыж у детей раннего возраста связано:

- с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины;
- коротким и широким паховым кольцом;
- повышением внутрибрюшного давления;
- малым объёмом брюшной полости.

Чаще встречается:

- односторонняя паховая грыжа у мальчиков;
- двухсторонняя паховая грыжа у мальчиков;
- односторонняя слева у девочек.
- двухсторонняя паховая грыжа у девочек.

Приобретённые паховые грыжи у детей встречаются:

- часто;
- чрезвычайно редко у мальчиков старше 10 лет;
- одинаково часто у детей разного возраста;
- только у девочек.

Практически все паховые грыжи у детей являются:

- прямыми;

- косыми, т.к. спускаются по паховому каналу;
- одинаково часто косые и прямые;
- скользящими.

Содержимым грыжевого мешка при паховой грыже чаще является:

- петля тонкой кишки и сальник;
- червеобразный отросток;
- дивертикул Меккеля;
- сигмовидная кишка.

Согласно Приказу МЗ РФ № 562Н от 31. 10. 2012 г. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия» специализированная медицинская помощь может быть оказана

5

- опытными фельдшерами;
- врачами любого профиля;
- сертифицированными детскими хирургами;
- опытным младшим медперсоналом.

Согласно приказу №320 наблюдение за ребёнком с подозрением на острый аппендицит с целью исключения заболевания допустимо до:

- 2 часов;
- 4 часов;
- 7 часов;
- 10 часов.

С целью ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей Приказ МЗ № 320 предписывает:

- динамическое наблюдение в течение суток;
- полипозиционную рентгенографию соответствующего сегмента;
- пункцию кости и измерение внутрикостного давления;
- измерение местной температуры.

Грыжа, одной из стенок грыжевого мешка которой является стенка полого органа, покрытая брюшиной, называется:

- скользящей;
- ущемлённой;
- косой;
- эмбриональной.

При неосложнённой паховой грыже у мальчиков грыжевое выпячивание:

- безболезненное, округлой формы, эластичной консистенции, урчащее;
- резко болезненное;
- напряжённое, с гиперемией кожи;
- флюктуирующее.

Патогномоничными симптомами паховомошоночной грыжи являются:

- выпячивание, симптом кашлевого толчка, урчание при вправлении;
- отсутствие яичка в мошонке;
- симптом просвечивания;
- расширение вен семенного канатика.

При паховой грыже у ребёнка показано:

- укрепление мышц брюшного пресса;
- плановое оперативное лечение;
- УВЧ-терапия;
- ношение суспензория.

Целью оперативного лечения при паховых и пахово-мошоночных грыжах является:

- укрепление передней стенки пахового канала;
- удаление грыжевого мешка;
- пластика задней стенки пахового канала;
- укрепление передней и задней стенок пахового канала.

Наиболее частым осложнением паховых и пахово-мошоночных грыж является:

- ущемление;
- некроз гидатид Морганьи;
- атрофия яичка;
- перекрут яичка.

У нормально развивающегося плода яички располагаются в мошонке:

- к моменту рождения;
- к 6 месяцам внутриутробного развития;
- к 4 месяцам внутриутробного развития;
- после рождения.

Яичко следует в мошонку-

- под действием силы тяжести;
- вслед за гунтеровым тяжём;
- под действием внутрибрюшного давления;
- под действием кремастерной мышцы.

Крипторхизмом называется:

- задержка яичка на нормальном пути следования в мошонку;
- наличие только одного яичка;
- расширение вен семенного канатика;
- врождённое отсутствие яичек, обусловленное незакладкой эмбриональной половой железы.

При крипторхизме показано:

- Плановое оперативное лечение с 6 месячного возраста;
- плановое оперативное лечение с 5 лет;
- только гормональное лечение;
- физиолечение.

Среди травм, требующих госпитализации, черепно-мозговые повреждения по частоте:

- стоят на первом месте;
- следуют за переломами нижних конечностей;
- следуют за ожогами;
- следуют за переломами всех трубчатых костей.

Для клинической картины черепно-мозговой травмы у детей раннего возраста характерно:

- отсутствие общемозговых симптомов;
- преобладание общемозговых симптомов над очаговыми;
- отсутствие признаков повреждения головного мозга при наличии температурной реакции;
- отсутствие вегетативных расстройств.

Сотрясение головного мозга классифицируется на:

- лёгкую и тяжёлую степени;
- лёгкую, среднюю и тяжёлую степени;
- не классифицируется по степени тяжести и клиническим формам;
- формы с повреждением костей черепа и без таковых.

Ушибы головного мозга у детей подразделяются на:

- лёгкую и тяжёлую степени;
- лёгкую, среднюю и тяжёлую степени;
- не классифицируются по степени тяжести;
- среднюю и тяжёлую степени.

Причиной сдавления головного мозга является:

- перелом основания черепа с назальной литквореей;
- линейный перелом свода черепа;
- субапоневротическая гематома;
- эпидуральная гематома.

Постоянное недержание мочи при сохранении нормального мочеиспускания является следствием:

- врождённого гидронефроза;
- пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- уретероцеле;
- эктопии устья мочеточника.

Для пиелонефрита характерно:

- лейкоцитурия;
- дизурия;
- ночное недержание мочи;
- макрогематурия.

Быстро нарастающая припухлость в поясничной области имеет место при:

- гидронефрозе;
- удвоении почки;
- нефроптозе;
- разрыве почки.

К аномалиям структуры почек относят:

- гидронефроз;
- поликистоз;
- подковообразную почку;
- удвоение почек.

Наиболее объективным признаком уролитиаза является:

- гематурия;
- пиурия;
- почечная колика;
- отхождение камней.

При почечной колике с диагностической целью у ребёнка прежде всего следует провести:

- УЗИ;
- обзорную урографию;
- экскреторную урографию;

- цистографию.

Состояние солитарной почки при агенезии или аплазии второй:

- величина почки не изменена;
- почка увеличена в размерах;
- почка увеличена и гидронефротически трансформирована;
- почка удвоена.

Активный пузырно-лоханочный рефлюкс можно выявить с помощью:

- цистоскопии;
- нисходящей цистографии;
- микционной цистоуретрографии;
- урофлуометрии.

Пиурия является обязательным симптомом:

- закрытого гидронефроза;
- опухолей почек;
- нефроптоза;
- пиелонефрита и цистита.

Поллакиурия, это:

- учащённые позывы с выделением небольшого количества мочи;
- редкие позывы к мочеиспусканию;
- ночное недержание мочи;
- недержание мочи.

Для определения количества остаточной мочи следует:

- потребовать ещё раз помочиться;
- провести УЗИ;
- выполнить обзорную урографию;
- провести цистографию.

Обязательным компонентом пиелонефрита является:

- гипертермия;
- лейкоцитоз;
- бактериурия;
- гематурия.

Для остеогенной саркомы наиболее типичной является следующая локализация:

- плоские кости;
- диафизы длинных трубчатых костей;
- метафизы длинных трубчатых костей;
- зона эпифизарного хряща.

Остеогенной саркомой поражаются преимущественно дети в возрасте:

- первых месяцев жизни;
- 1,5 – 2 лет;
- 2х – 3х лет;
- старше 5 лет.

Рентгенологически для остеомы характерно:

- остеопороз;
- деструкция поражённого участка;

- дополнительная костная ткань с гладкими чёткими границами;
- слоистый периостит.

При остеоид-остеоме боль в зоне поражения:

- отсутствует;
- пульсирующая;
- отмечается только днём или при физической нагрузке;
- резкая, ноющего характера, не утихает в покое и усиливается по ночам.

При установлении диагноза хондробластомы показано:

- лучевая терапия;
- химиотерапия;
- операция удаления опухоли в пределах здоровых тканей;
- выжидательная тактика в надежде на самоизлечение.

Для диагностики острого аппендицита у детей до 3 лет используют:

- реланиум;
- масочный наркоз;
- для осмотра ждут наступления естественного сна;
- медикаментозный сон с хлоралгидратом;

Если у ребёнка 2 лет, направленного на госпитализацию с диагнозом острый аппендицит, при осмотре в приёмном покое убедительных данных за аппендицит не находят, то следует:

- отпустить его домой;
- госпитализировать;
- отпустить домой, рекомендуя повторный осмотр в случае повторения болей в животе;
- отпустить домой под наблюдение хирурга поликлиники.

Абсцесс Дугласова пространства клинически проявляется:

- явлениями низкой кишечной непроходимости;
- явлениями высокой кишечной непроходимости;
- кровотечением из прямой кишки;
- частым скудным жидким стулом при выраженных явлениях интоксикации и гипертермии;

В диагностике абсцесса Дугласова пространства используют:

- ректороманоскопию;
- фиброколоноскопию;
- пальцевое ректальное исследование;
- пальпацию живота под наркозом.

Поставить диагноз острого аппендицита у ребёнка до 3 лет можно на основании симптома:

- активное напряжение мышц передней брюшной стенки;
- отталкивание руки врача;
- болезненность и беспокойство при бимануальной пальпации;
- локальная пассивная мышечная защита в правой подвздошной области.

При аппендикулярном инфильтрате у ребёнка 5 лет с давностью заболевания 5 суток и наличием интоксикации, гипертермии показано:

- консервативное лечение: холод, антибиотики;
- нижне-срединная лапаротомия, аппендэктомия промывание брюшной полости;
- средне-срединная лапаротомия, аппендэктомия, лапаростомия;
- аппендэктомия из инфильтрата доступом Волковича-Дьяконова, сигарообразный дренаж к ложу отростка.

Во время аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита (выпот гнойный) случайно обнаружен не изменённый Меккелев дивертикул. Ваша тактика в отношении дивертикула?

- удаление дивертикула;
- удаление дивертикула, промывание брюшной полости;
- резекция кишки;
- дивертикул не удаляется.

Месяц назад был вскрыт парааппендикулярный абсцесс, гнойник дренирован, отросток не был удалён. Рана зажила. Ваша тактика?

- аппендэктомия;
- выписать домой, рекомендовать операцию при появлении болей в животе;
- выписать, рекомендовать плановую операцию через 2 – 3 месяца;
- выписать под наблюдение хирурга по месту жительства, операция не ране, чем через 1,5 – 2 года.

Если во время операции по поводу острого аппендицита обнаружена перекрученная киста яичника, а отросток не изменён, то после удаления кисты следует:

- зашить брюшную полость наглухо;
- выполнить аппендэктомию кистетным способом;
- зашить брюшную полость и выполнить аппендэктомию в плановом порядке через 2-3 мес.
- выполнить аппендэктомию лигатурным способом.

Если у ребёнка с послеоперационным тазовым инфильтратом на фоне лечения отмечается повышение температуры тела, боль в нижних отдела живота, слизистые выделения из прямой кишки, то следует:

- сменить антибиотики;
- провести ректальное пальцевое исследование под наркозом и пункцию инфильтрата;
- выполнить ректороманоскопию;
- выполнить лапаротомию.

У ребёнка 10 лет на 4 сутки отмечаются явления ранней спаечно-паретической кишечной непроходимости. Ваша тактика?

- срочная операция;
- операция в плановом порядке;
- дача бария, наблюдение;
- консервативное лечение, при его эффективности – дача бария.

Перфоративный аппендицит. Периаппендикулярный абсцесс с ригидными плотными стенками. Аппендэктомия. Дальнейшая тактика?

- промывание брюшной полости;
- резиновый выпускник в ложе отростка;
- марлевый тампон;
- тампон Микулича.

При подозрении на о. аппендицит при неубедительной клинической симптоматике лапароскопия показана:

- во всех случаях;
- только девочкам;
- только детям до 3 лет;
- только мальчикам.

Раннее выявление врождённого вывиха бедра возможно при осмотре детей:

- от 1 до 7 дней;
- в 3 месяца;
- в 6 месяцев;
- в 1 год.

Дети с врождённым вывихом бедра начинают ходить:

- очень рано (в 8 мес.);
- в обычные сроки (11-12 мес.);
- очень поздно («года и старше»);
- поздно (1 г. 1 мес, - 1 г. 2 мес.).

У новорождённого выявлен симптом Ортолани-Маркса, ограничение отведения бёдер, относительное укорочение конечности. Диагноз?

- дисплазия тазобедренных суставов;
- врождённая варусная шейка бедра;
- врождённый вывих бедра;
- перелом шейки бедра.

Для врождённого вывиха бедра у новорождённого характерно:

- относительное укорочение конечности на стороне вывиха;
- ограничение ротационных движений;
- атрофия бедра на стороне вывиха;
- полная неподвижность в суставе на стороне вывиха.

При врождённом вывихе бедра у детей старше 1 года имеет место:

- анатомическое укорочение бедра на стороне вывиха;
- уменьшение объёма бедра на стороне вывиха;
- ограничение отведения бедра на стороне вывиха;
- фиксированная внутренняя ротация бедра.

Походка у детей с односторонним вывихом бедра:

- «утиная»;
- хромота фиксационная;
- хромота болевая;
- спастическая.

У ребёнка в возрасте 1,5 лет выявлены следующие симптомы: Дюшена, Дюшен-Тренделенбурга, с-м исчезающего пульса на подколенной артерии, с-м «широкой про-

межности». Диагноз?

- подвывих бедра;
- дисплазия тазобедренных суставов;
- врождённый вывих бедра;
- травматический эпифизеолиз головки бедра.

Для детей старше года, имеющих врождённый вывих бедра, характерна:

- болевая хромота;
- подпрыгивающая походка;
- неустойчивая походка, фиксационная хромота;
- обычная нормальная походка.

Наиболее частым возбудителем при развитии острого гематогенного остеомиелита является:

- дифтерийная палочка;

- кишечная палочка;
- стафилококк;
- протей.

В развитии острого гематогенного остеомиелита ведущее место имеет:

- тяжёлая травма;
- перенесённая кишечная инфекция;
- сенсibilизация организма;
- переохлаждение.

Чаще всего остеомиелитом заболевают:

- мальчики;
- девочки;
- в настоящее время одинаково часто мальчики и девочки;
- в 2-3 раза чаще мальчики.

Пути проникновения в кость инфекции при остеомиелите:

- гематогенный;
- лимфогенный;
- контактный;
- энтерогенный.

Острым гематогенным остеомиелитом чаще заболевают дети:

- до 1 года;
- от 3-х до 6 лет;
- от 6 до 12 лет;
- старше 12 лет.

Острым гематогенным остеомиелитом чаще поражаются:

- трубчатые кости;
- губчатые кости;
- плоские кости;
- одинаково часто все.

Из трубчатых костей остеомиелитом чаще поражаются:

- бедренная;
- лучевая кость;
- локтевая кость;
- большая берцовая кость.

В ранней диагностике острого гематогенного остеомиелита ведущее значение имеет:

- рентгенография;
- анализ крови;
- измерение внутрикостного давления;
- температурная кривая.

Рентгенологические изменения в кости при остром гематогенном остеомиелите у детей старше года появляются:

- в первые сутки;
- на 4-5 день;
- на 6-10 день;
- на 10-20 день.

Наиболее вероятные показатели внутрикостного давления при остром остеомиелите у детей 6-8 лет:

- 10 – 20 мм водного столба;
- 20 – 40 мм водного столба;
- 60 – 100 мм водного столба;
- выше 120 мм водного столба.

Внутрикостное давление при подозрении на острый гематогенный остеомиелит измеряется в течение:

- 2 – 3 мин;
- 10 – 15 мин.;
- 20 – 25 мин.;
- 30 – 40 мин.

У больного с подозрением на острый остеомиелит при диагностической пункции из кости получен гной, ваша следующая манипуляция?

- измерение внутрикостного давления;
- ушивание раны;

15

- промывание внутрикостного канала;
- выполнение остеоперфорации.

У больного при подозрении на острый остеомиелит при диагностической пункции кости получена кровь. Ваша следующая манипуляция?

- дополнительная остеоперфорация;
- измерение внутрикостного давления;
- дренирование раны;
- промывание костно-мозгового канала.

Какова продолжительность острого периода при гематогенном остеомиелите?

- от 2 х недель до 1 месяца;
- 2 – 3 мес.;
- 4 – 8 мес.;
- 8 – 10 мес.

На вскрытии у ребёнка, погибшего от септического шока, в правом бедре обнаружен очаг остеомиелита. В данном случае имела место следующая форма заболевания:

- местно-очаговая;
- токсическая;
- септико-пиемическая;
- первично-хроническая.

Патологический вывих при остром гематогенном остеомиелите чаще наблюдается в следующем суставе:

- коленном;
- локтевом;
- тазобедренном;
- голеностопном.

На рентгенограмме поражённой остеомиелитом кости на 10-20 день характерны следующие изменения:

- спикулы;
- с-м «луковичной чешуи»;

- периостальная реакция;
- с-м «тающего сахара».

При септикопиемической форме острого гематогенного остеомиелита наиболее рационально:

- назначение пенициллина в таблетках;
- назначение пенициллина внутривенно;
- назначение двух антибиотиков- бактериостатиков и бактериолитиков внутривенно и внутрикостно;
- введение антибиотиков в очаг поражения.

При септикопиемической форме острого остеомиелита пиемические отсеы чаще наблюдаются:

- в лёгкие;
- в печень;
- в сердце;
- в почки.

Оптимальным местным лечением острого гематогенного остеомиелита таза является:

- консервативная терапия антибиотиками;
- оперативное вмешательство в виде резекции поражённой кости в пределах здоровых тканей.
- декомпрессивная остеоперфорация;
- внутрикостное введение антибиотиков в очаг поражения.

Для сотрясения головного мозга характерно:

- кратковременное нарушение сознания от нескольких секунд до нескольких минут;
- потеря сознания от 20 -30 мин до 1 часа;
- нарушение сознания продолжительностью до суток;
- нарушение сознания с развитием судорожного синдрома.

Ретроградная амнезия:

- не является клиническим проявлением сотрясения головного мозга;
- свидетельствует о наличии тяжёлой черепно-мозговой травмы;
- вообще не характерна для черепно-мозговой травмы;
- характерна для сотрясения головного мозга.

При сотрясении головного мозга у детей характерны жалобы на:

- головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, слабость, сонливость.
- головную боль, нарушение зрения, рвоту, расстройства походки;
- многократную рвоту, не приносящую облегчения, боли в животе, слабость, повышение температуры тела до фебрильных цифр;
- головную боль, двоение в глазах, развитие гемипареза.

ЭХО-энцефалография позволяет:

- диагностировать перелом черепа;
- заподозрить полушарную гематому, вызывающую сдавление мозга;
- определить уровень внутричерепного давления;
- исключить субарахноидальное кровоизлияние.

Наличие светлого промежутка в клиническом течении черепно-мозговой травмы свидетельствует о:

- внутрижелудочковой гематоме;
- эпи и субдуральной гематоме;

17

- субарахноидальном кровоизлиянии;

- наличии компрессионного перелома черепа.

По штатным нормативам медицинского и иного персонала нейрохирургического отделения должности врача-нейрохирурга устанавливаются из расчёта 1 должность на

- 10 коек;
- 20 коек;
- 5 коек;
- 25 коек.

Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ рекомендуемые штатные нормативы кабинета врача-детского хирурга:

- 1 врач на 5000 детского населения;
- 1 врач на 7000 детского населения;
- 1 врач на 10000 детского населения;
- 1 врач на 3000 детского населения.

При установлении диагноза острой эпидуральной гематомы показано:

- экстренная костно-пластическая трепанация черепа с удалением гематомы и остановкой кровотечения;
- дегидратационная интенсивная терапия;
- Резекционная декомпрессивная трепанация с удалением гематомы и остановкой кровотечения;
- проведение люмбальной пункции и снижение ликворного давления.

При обнаружении вдавленного перелома свода черепа и отсутствии очаговой неврологической симптоматики показано:

- консервативное лечение с диагнозом ушиб головного мозга лёгкой степени;
- консервативное лечение с диагнозом сотрясение головного мозга и последующее диспансерное наблюдение;
- операция, если вдавление превышает толщину кости;
- выполнение каротидной ангиографии.

Клинический синдром сотрясения головного мозга у детей включает:

- кратковременное нарушение сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию;
- потерю сознания через 2-3 и более часа после травмы, анизокорию и другую очаговую неврологическую симптоматику;
- пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, многократную рвоту.
- гемипарез при ясном сознании.

«Светлый промежуток» в нарушении сознания характерен для:

- сотрясения головного мозга;
- субарахноидального кровоизлияния;

18

- ушиба головного мозга средней и тяжёлой степени;
- эпидуральной гематомы.

Симптомокомплексом односторонней эпи- или субдуральной гематомы является:

- кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия;
- потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки;
- «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контралатеральные признаки пирамидной недостаточности;

- общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры тела.

Достоверным признаком перелома основания черепа являются:

- потеря сознания;
- тетрапарез;
- многократная рвота;
- оторинорея.

Открытой проникающей черепно-мозговой травмой следует считать:

- линейный перелом свода черепа, сопровождающийся раной покрывающих его мягких тканей, проекционно не совпадающей с линией перелома;
- линейный перелом свода черепа, сопровождающийся повреждением покрывающих его мягких тканей, проекционно совпадающим с линией перелома;
- вдавленный перелом свода черепа, сочетающийся с ранением кожи и мышечно-апоневротического шлема в месте перелома, без повреждения твёрдой мозговой оболочки;
- вдавленный перелом свода черепа, сочетающийся с ранением мягких тканей и разрывом твёрдой мозговой оболочки.

При сообщающейся водянке оболочек яичка операция показана в возрасте:

- 1 месяца;
- 6 месяцев;
- до 1 года;
- 2-3 лет.

При одностороннем крипторхизме показано:

- гормональное лечение до 1 года;
- операция в возрасте 1 месяца;
- операция в возрасте 7 лет;
- операция в возрасте 2 лет.

Транспортировка ребёнка с синдромом внутригрудного напряжения производится:

- горизонтальном;
- возвышенном на здоровом боку;
- с опущенным головным концом;
- возвышенном на больном боку.

Ведущим рентгенологическим симптомом механической кишечной непроходимости является:

- наличие уровней жидкости в кишечных петлях;
- равномерное повышение газонаполнения кишечника;
- свободный газ в брюшной полости;
- наличие уровня жидкости в брюшной полости.

Для иммобилизации «свежих» переломов конечностей у детей применяют:

- гипсовую лонгету без фиксации соседних суставов;
- гипсовую лонгету с фиксацией одного сустава;
- циркулярную гипсовую повязку;
- липкопластырные и скелетные вытяжения.

При положительном симптоме Дюшена-Тренделенбурга происходит:

- наклон таза в здоровую сторону;
- опускание ягодичной складки на здоровой стороне;
- наклон таза и опускание ягодичной складки на стороне вывиха;
- наклон таза и опускание ягодичной складки на здоровой стороне.

Лечение врождённого вывиха бедра у детей после периода новорождённости и до 1 года осуществляется:

- функциональным методом, используя облегчённую гипсовую повязку;
- одномоментным вправлением под наркозом;
- открытое вправление (операция);
- открытое вправление в сочетании с пластикой крыши вертлужной впадины.

Синдром рвоты при пилоростенозе этиологически связан с:

- генетическим пороком зоны привратника;
- пептическим стенозом привратника;
- мембранозным стенозом привратника;
- халазией кардии.

Клинические проявления пилоростеноза у детей чаще начинаются:

- с рождения;
- с введением первого прикорма;
- в возрасте 2-4 недель;
- к концу первого года жизни.

Основным клиническим признаком пилоростеноза является:

- олигурия;
 - постоянные запоры;
 - прогрессирующее истощение;
- 20
- обильная рвота «фонтаном» после кормления без примеси желчи.

Наибольшая летальность в детской хирургии наблюдается:

- в плановой хирургии;
- в неотложной хирургии;
- в ортопедии;
- в урологии.

Специальные инструментальные методы диагностики в детской хирургии:

- не применяются;
- используются очень ограниченно;
- имеют большее диагностическое значение, чем во взрослой хирургии;
- противопоказаны.

Операции у детей преимущественно проводятся;

- без обезболивания;
- под местной анестезией;
- под наркозом;
- в состоянии медикаментозного сна.

Водянка оболочек яичка считается физиологической до:

- до 1,5 лет;
- в первые сутки после рождения;
- всегда считается патологической;
- до 10 лет.

Насильственное вправление ущемленной грыжи с небольшим сроком ущемления:

- допустимо у девочек;

- допустимо у мальчиков;
- не допустимо;
- допустимо при наличии относительных противопоказаний.

Наиболее ранним и постоянным симптомом при высокой врожденной кишечной непроходимости является:

- вздутие живота;
- рвота;
- асимметрия живота;
- задержка отхождения мекония;

При поздней спаечной кишечной непроходимости консервативное лечение проводится:

- в течение суток и если нет эффекта, то назначается операция ;
- в течение 6 – 12 часов и если нет эффекта, назначается операция;
- не проводится вообще;

21

● проводится не более 2-3 часов параллельно с предоперационной подготовкой. Если нет эффекта – операция.

Меконеальная кишечная непроходимость является следствием:

- врождённого порока развития тонкой кишки;
- врождённого порока развития толстой кишки;
- врождённого порока развития поджелудочной железы;
- нарушения вращения кишечника.

Тактика хирурга при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи со сроком ущемления 2 часа:

- экстренная операция;
- динамическое наблюдение за состоянием больного в течение нескольких часов;
- лапароскопия;
- сразу же выписать и рекомендовать плановое оперативное лечение.

Отдифференцировать остро развившуюся водянку яичка от ущемлённой паховой грыжи позволяет:

- диафаноскопия;
- пункция образования;
- пальпация;
- лапароскопия.

Переломы ключицы у новорождённых лечат:

- репозиция с мягкой иммобилизацией;
- репозиция не проводится, накладывается повязка Дезо;
- репозиция с фиксацией 8-образной повязкой;
- репозиция с последующей фиксацией гипсовыми бинтами.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость наблюдается в сроки:

- до 1 месяца;
- до 6 месяцев;
- до 1 года;
- до 3 месяцев.

Для сифонной клизмы при болезни Гиршпрунга следует использовать:

- охлаждённую воду;

- тёплую кипячёную воду;
- 1% раствор поваренной соли;
- 0,1% раствор поваренной соли.

Показанием к экстренной операции служит установление диагноза:

- атрезии прямой кишки с широким свищём на промежность;
- атрезии прямой кишки с широким свищём в преддверие влагалища;
- атрезии прямой кишки с сформированным анальным отверстием;
- эктопии анального отверстия.

В диагностике болезни Гиршпрунга наиболее достоверными признаками являются:

- симптомы энтероколита;
- явления кишечной непроходимости;
- рентгенологические признаки наличия зоны аганглиоза;
- запоры.

При пилоростенозе отмечается:

- рвота желчью;
- рвота створоженным молоком;
- рвота мекониальная;
- рвота с примесью крови.

При переломе костей свода черепа у детей грудного возраста отмечается:

- назальная ликворея;
- симптом «очков»;
- оскольчатый вдавленный перелом;
- вдавление по типу «целлулоидного шарика».

Для установления характера черепно-мозговой травмы у детей применяют исследования:

- реография;
- спирометрия;
- электрокардиография;
- КТ и МРТ.

При сотрясении головного мозга у детей показано:

- амбулаторное наблюдение и лечение;
- антибактериальная терапия;
- госпитализация в отделение реанимации;
- лечение и наблюдение в стационаре.

Все названные состояния развиваются на почве нарушения нормального вращения кишечника, кроме:

- забрюшинное расположение червеобразного отростка;
- синдром Ледда;
- заворот средней кишки;
- пупочная грыжа.

Только в детском возрасте встречаются:

- поднадкостничный перелом, эпифизолиз;
- перелом шейки бедра;
- линейный перелом свода черепа;
- перелом костей запястья.

Для пилоростеноза характерным является:

- с первого дня жизни малая прибавка в весе;
- возрастной дефицит веса;
- прогрессирующее с первого дня жизни падение веса;
- неравномерная прибавка веса.

Для установления диагноза травматического повреждения селезёнки используют:

- ангиографию;
- лапароцентез или лапароскопию;
- эзофагогастродуоденоскопию;
- ирриграфию с воздухом.

У больного с пилоростенозом, как правило, отмечается:

- олигурия;
- ночное недержание мочи;
- болезненное мочеиспускание;
- наличие большого количества остаточной мочи.

Для поднадкостничных переломов длинных трубчатых костей характерны:

- боль, нарушение функции;
- патологическая подвижность;
- крепитация;
- гипертермия.

У больных с непроходимостью начального отдела тощей кишки превалирует синдром:

- интоксикации;
- сердечно-сосудистой недостаточности;
- водно-электролитных нарушений;
- почечной недостаточности.

Гидатиды органов мошонки это:

- облитерированные влагалищные оболочки брюшины;
- мышцы, поднимающие яичко;
- дериваты первичных половых органов;
- связки придатков яичка.

Основная причина водянки оболочек яичка и семенного канатика у детей старше 1,5 лет:

- нарушение водно-солевого обмена;
- недостаточность лимфатического оттока от органов мошонки;

24

- необлитерированный влагалищный отросток брюшины
- травма.

Раннее местное лечение острого гематогенного остеомиелиту детей старше 3х лет включает:

- остеоперфорацию и промывание костной полости антисептиками;
- лечение мазевыми повязками консервативно;
- скелетное вытяжение, местные блокады антибиотиками;
- корытообразную резекцию кости.

Клиническими признаками перелома являются:

- местная гиперемия, выраженность сосудистого рисунка;
- локальная боль, деформация;

- нарушение активных движений при безболезненности пассивных;
- гиперемия кожи, отёк тканей.

У больных с непроходимостью терминального отдела подвздошной кишки превалирует синдром:

- интоксикации;
- сердечно-сосудистой недостаточности;
- водно-электролитных нарушений;
- почечной недостаточности.

Пилоростеноз дифференцируют:

- с атрезией 12 перстной кишки;
- с пилороспазмом;
- с портальной гипертензией;
- с опухолью брюшной полости.

В эмбриональном периоде:

- яичко мигрирует из забрюшинного пространства поясничной области в мошонку;
- яичко формируется в мошонке;
- яичко формируется в паховой области;
- яичко формируется в брюшной полости.

При необходимости отдифференцировать пахово-мошоночную грыжу от водянки оболочек яичка следует выполнить:

- рентгенографию;
- пункцию;
- диафаноскопию;
- экскреторную урографию.

Врожденное отсутствие или недоразвитие интрамуральных нервных ганглиев в стенке толстой кишки называется болезнью:

- Шлаттера;
- Гиршпрунга;
- Крона;
- Пертеса.

Основным симптомом пупочной грыжи у детей является:

- выраженное беспокойство;
- задержка стула;
- мокнущий пупок;
- выпячивание округлой или овальной формы в области пупочного кольца.

Инвагинация является кишечной непроходимостью:

- спастической,
- странгуляционной;
- обтурационной;
- смешанной механической.

Инвагинация чаще случается:

- у новорождённых;
- от 1 до 3 лет;
- от 3 до 11 мес.
- от 3 до 5 лет.

Ведущими симптомами инвагинации являются:

- беспокойство в виде приступов, слизистое отделяемое цвета малинового желе из прямой кишки;
- отказ от еды, рвота;
- вздутие живота, отсутствие стула;
- непрерывное беспокойство, задержка стула.

Особенности, предрасполагающие к распространению перитонита у детей:

- незрелость нервной системы;
- особенности возбудителя;
- малый объём брюшной полости;
- низкие пластические свойства брюшины, недоразвитый сальник;

Для синдрома рвоты при пилоростенозе характерно:

- небольшая примесь желчи в рвотных массах;
- рвота обильная, но не регулярная;
- объём рвотных масс превышает объём съеденной пищи;
- рвота всегда сразу после кормления.

К основным симптомам острого аппендицита у детей до 5 лет относятся:

- локальная боль в эпигастрии;
- локальная боль в области пупка;
- локальная болезненность в правой подвздошной области и пассивная мышечная защита,
- положительный симптом Пастернацкого.

Пилоростенозу сопутствуют чаще следующие метаболические нарушения:

- дисперотеинемия;
- гиперкалиемия, метаболический ацидоз;
- гипохлоремия, метаболический алкалоз;
- азотемия.

Причиной сдавления головного мозга при черепно-мозговой травме является:

- перелом основания черепа с назальной ликвореей;
- линейный перелом свода черепа;
- кефалогематома;
- эпидуральная гематома.

Форму болезни Гиршпрунга прежде всего определяет:

- протяжённость зоны аганглиоза;
- вес при рождении;
- характер питания;
- социально-бытовые условия жизни ребёнка.

Атрезия пищевода со свищом проявляется:

- вздутием живота;
- пенистыми выделениями изо рта и носа;
- срыгиваниями створоженным молоком;
- отсутствием стула.

Детей с неосложненной паховой грыжей следует начинать оперировать:

- после выписки из роддома;
- в 2 – 3 мес.;

- с 3 лет;
- с 6 мес.

Консервативное лечение врождённого вывиха бедра следует начинать:

- в период новорождённости;
- в первые полгода жизни;
- до 1 года;
- показано только оперативное лечение.

Ядра окостенения головок бедер в норме появляются:

- на первом месяце жизни;

27

- в 6 недель;
- после года жизни;
- от 3 до 6 месяцев жизни.

Самым ранним и основным клиническим признаком болезни Гиршпрунга является:

- отставание в психо-физическом развитии;
- увеличение в объёме живота;
- отсутствие самостоятельного стула;
- боли в животе.

Для подтверждения диагноза кишечной инвагинации ребенку следует выполнить:

- УЗИ;
- гастрографию;
- пневмоирригографию;
- пассаж бария по ЖКТ.

Лечить ребенка с врожденной косолапостью следует начинать:

- в первые три недели жизни;
- через 3 мес после рождения;
- через 6 мес после рождения;
- после года жизни.

Паховая грыжа у детей в абсолютном большинстве связана с:

- с гиперпродукцией водяночной жидкости;
- со слабостью передней брюшной стенки;
- с тяжёлой физической нагрузкой;
- с необлитерацией влагалищного отростка брюшины.

Основным элементом в патогенезе болезни Гиршпрунга является:

- сегментарное нарушение питания участка толстой кишки;
- патологические изменения в гистоструктуре интрамурального нервного аппарата участка толстой кишки;
- нарушение центральной иннервации толстой кишки;
- спинальная родовая травма.

Самыми частыми злокачественными заболеваниями у детей являются:

- лейкозы;
- опухоли ЦНС;
- опухоли почек;
- остеогенные саркомы.

Отличительной особенностью опухолей у детей по сравнению со взрослыми являются:

- склонность к быстрому метастазированию;
- относительно большие размеры;

28

- частое прорастание соседних органов;
- нередкое сочетание с пороками развития.

Двумя ведущими симптомами полной врожденной кишечной непроходимости являются:

- вздутие живота и срыгивания;
- рвота с желчью и кровь в стуле;
- отсутствие стула и рвота с патологическими примесями;
- западение живота и беспокойство.

При врожденной высокой обтурационной кишечной непроходимости отмечается:

- рвота зеленью;
- каловая рвота;
- вздутый живот;
- болезненный живот.

При лечении новорожденных детей с тяжелой косолапостью с 2х недельного возраста следует отдать предпочтение:

- оперативному вмешательству (удлинение сухожильного аппарата);
- аппарату Илизарова;
- массажу, гимнастике;
- бинтованию мягкими бинтами по Финку.

Признаком врожденной мышечной кривошеи у новорожденного является:

- болезненное опухолевидное образование с явлениями воспаления на боковой поверхности шеи;
- асимметрия лица с удлинением на стороне поражения сосцевидного отростка;
- опухолевидное плотное образование в кивательной мышце на границе средней и нижней трети;
- опухолевидное тестовидной консистенции образование на боковой стороне шеи.

Врожденная высокая странгуляционная кишечная непроходимость проявляется симптомами:

- рвота зеленью, в прямой кишке слизь с кровью;
- рвота «каловая», вздутие живота;
- в прямой кишке слизистые пробки, рвота створоженным молоком;
- рвоты нет, живот безболезненный.

Для врожденной высокой обтурационной кишечной непроходимости характерным симптомом является:

- рвота с кровью;
- асимметрия живота;
- безболезненный живот;
- в прямой кишке слизь с кровью.

29

Врожденная низкая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами:

- рвота желчью, запавший живот;
- асимметрия живота, стул с примесью крови;
- рвота «каловая», вздутый живот;

- в прямой кишке слизь с кровью, вздутие эпигастрия.

Новорожденному с острой декомпенсированной формой болезни Гиршпрунга и при неэффективности консервативного лечения следует выполнить:

- колостомию;
- операцию Соаве;
- энтеростомию;
- операцию Дюамеля.

У ребёнка давность инвагинации 48 часов. При осмотре выявлены симптомы раздражения брюшины. Ваша дальнейшая тактика?

- консервативное расправление с помощью воздуха под масочным наркозом;
- консервативное расправление под интубационным наркозом;
- срочное оперативное лечение;
- срочное оперативное лечение после кратковременной (2 – 3 часа) предоперационной подготовки.

Выберете метод лечения врожденного вывиха бедра у детей в возрасте 6 мес.

- отводящая постоянно фиксирующая шина-распорка;
- оперативное лечение;
- протезирование бедренной кости;
- одномоментное вправление под наркозом.

Перед транспортировкой больного с атрезией пищевода в хирургический стационар необходимо сделать следующее, кроме:

- ввести викасол;
- ввести антибиотик;
- получить стул;
- поместить больного в транспортный кувез.

Два уровня на обзорной рентгенограмме свидетельствуют о:

- низкой врожденной кишечной непроходимости,
- динамической кишечной непроходимости,
- высокой врожденной кишечной непроходимости,
- острой форме болезни Гиршпрунга.

Форма атрезии заднего прохода и прямой кишки, которая встречается только у девочек:

- без свищей;
- со свищом в уретру;

30

- со свищом в половую систему;
- со свищом в мочевой пузырь.

Наиболее типичным нарушением обменных процессов при пилоростенозе является:

- гипохлоремия,
- гипернатриемия и гиперкалиемия,
- общий гипервитаминоз,
- низкая кислотность желудочного сока,

Для тератом характерна локализация:

- головной мозг,
- переднее средостение,
- брюшная полость,

- крестцово-копчиковая область,

Преимущественно в детском возрасте встречаются злокачественные опухоли:

- рак желудка;
- нефробластома;
- меланома;
- рак шейки матки.

У новорожденных с синдромом пальпируемой опухоли для уточнения диагноза прежде всего следует выполнить:

- УЗИ;
- экскреторную урографию;
- ирригографию;
- пальцевое ректальное исследование.

Основной причиной возникновения водянки оболочек яичка и семенного канатика у детей в возрасте до 1,5 лет является:

- травма;
- инфекция,
- нарушение облитерации влагалищного отростка брюшины,
- диспропорция развития кровеносной и лимфатической системы пахово-мошоночной области,

Дифференциальную диагностику остро возникшей кисты семенного канатика начинают проводить с:

- полиорхией;
- ущемленной паховой грыжей;
- крипторхизмом;
- паховым лимфаденитом,

Запоры у детей с болезнью Гиршпрунга обычно появляются в возрасте:

- после 1 года;
- до 6 месяцев;
- после 3 х лет;
- после 6 лет.

Для подтверждения диагноза атрезии прямой кишки в условиях роддома следует провести:

- хромоцистоскопию,
- зондирование прямой кишки мягким катетером,
- ректороманоскопию,
- фиброколоноскопию,

При обследовании больных с черепно-мозговой травмой ЭХО-ЭГ позволяет:

- диагностировать перелом черепа,
- обнаружить полушарную гематому, вызывающую сдавление головного мозга,
- установить диагноз сотрясения головного мозга,
- определить уровень внутричерепного давления,

Симптомы кишечной непроходимости у новорожденных включают следующее, кроме:

- задержка стула;
- видимая перистальтика кишечника,
- вздутый живот,
- отсутствие рвоты.

После расправления инвагинации воздухом больного можно выписать из стационара:

- через неделю;
- после проведения контрольной ирригографии с барием;
- после нормального стула;
- после выполнения фиброколоноскопии.

Мекониальная непроходимость обусловлена дефицитом ферментов:

- тонкой кишки,
- клеток островков Лангерганса,
- печени,
- внешнесекреторного аппарата поджелудочной железы,

Инвагинация чаще встречается у детей в возрасте:

- 1-2 мес.
- 3 – 11 мес.
- после года;
- 10-12 лет.

Причиной врожденной мышечной кривошеи является:

- изменения в кивательной мышце;
- клиновидные шейные позвонки;
- сращение шейных позвонков;
- шейные ребра.

Агенезия, это –;

- врожденное отсутствие органа с наличием его сосудистой ножки,
- полное врожденное отсутствие органа,
- недоразвитие органа, проявляющееся дефицитом массы или размеров органа.
- увеличенная относительная масса или размеры органа.

К критериям SIRS (синдром системной воспалительной реакции) относится:

- гипертермия;
- полиурия;
- запоры;
- головную боль.

Боковая инвертограмма новорожденного с атрезией заднего прохода должна быть сделана для того, чтобы:

- подтвердить диагноз;
- обнаружить уровни в кишечнике;
- определить объем и сроки предоперационной подготовки;
- определить высоту атрезии.

Поздняя спаечная кишечная непроходимость по механизму чаще бывает:

- обтурационной;
- странгуляционной;
- смешанной механической;
- спастической.

Поздняя спаечная кишечная непроходимость может развиваться после операции на органах брюшной полости в сроки:

- через 5-7 дней.
- через 1-2 недели,

- через 2-3 недели,
- через 4 недели и позже.

Водянка оболочек яичка считается физиологической от момента рождения до возраста:

- 1 месяца,
- 1,5 лет,
- 10 лет,
- в первые сутки после рождения.

Ведущим рентгенологическим симптомом механической кишечной непроходимости являются:

- уровни жидкости в кишечных петлях;
- равномерное повышенное газонаполнение кишечника;
- свободный газ в брюшной полости;
- наличие уровня жидкости в свободной брюшной полости.

Некротический энтероколит на стадии продромы проявляется рентгенологически:

- повышенным равномерным газонаполнением кишечника;
- неравномерным газонаполнением кишечника с упрямиями;
- пневматозом кишечной стенки;
- гидроперитонеумом.

Некротический энтероколит на стадии предперфорации проявляется рентгенологическими симптомами:

- рвота с жёлчью и кишечным содержимым;
- усилением перистальтики кишечника;
- отсутствием перистальтики кишечника;
- отсутствием печёночной тупости.

Некротический энтероколит на стадии предперфорации проявляется рентгенологическими симптомами:

- гидроперитонеум;
- локальным затемнением брюшной полости;
- свободным газом в брюшной полости;
- равномерным повышенным газонаполнением кишечника.

Этиологическим фактором является патология привратника:

- генетический порок;
- пептический стеноз;
- ваготония;
- биохимический дефект стероидогенеза.

Пилороспазм проявляется симптомами:

- полиурией;
- поносами;
- срыгивания молоком с рождения;
- рвотой створоженным молоком с 3-4 недели.

Этиологическим фактором пилороспазма является:

- генетический порок привратника;
- пептический порок привратника;
- гиперсимпатикотония;
- ваготония.

При пилороспазме в анализах выявляется:

При пилороспазме в анализах выявляется:

- метаболический ацидоз;
- метаболический алкалоз;
- КЩС в норме;
- гипокалиемия.

При желудочно-пищеводном рефлюксе в анализах выявляются:

- метаболический ацидоз;
- метаболический алкалоз;
- КЩС в норме;
- гипонатриемия.

Желудочно-пищеводный рефлюкс диагностируется методами:

- УЗИ внутренних органов;
- рентгенографии в положении Тренделенбурга;
- ирригографии;
- КТ.

У новорождённых некротическую флегмону вызывает возбудитель:

- стафилококк;
- стрептококк;
- протей;
- синегнойная палочка.

У новорождённых рожистое воспаление вызывает возбудитель:

- стафилококк;
- стрептококк;
- протей;
- синегнойная палочка.

У новорождённых адипонекроз вызывается возбудителем:

- стафилококк;
- стрептококк;
- протей;
- абактериален.

У новорождённых адипонекроз лечится:

- консервативно, повязка с томицидом;
- насечки, повязка с томицидом;
- консервативно, повязки со спиртом;

35

- местного лечения не требует.

При лечении острого гематогенного остеомиелита целесообразно выбрать в качестве стартового антибиотика:

- ампициллин;
- цефотаксим;
- линкомицин;
- амикацин.

Единственным симптомом, позволяющим дифференцировать острый гематогенный остеомиелит и парез n. Peroneus является:

- сгибательная контрактура в суставах;
- болезненность при сгибании и разгибании;
- болезненность при ротационных движениях;
- отсутствие активных движений.

Ребёнку с напряжённым пневмотораксом необходимо провести:

- оперативное вмешательство;
- плевральную пункцию;
- бронхоскопию;
- наблюдение.

Основной причиной врождённой долевого эмфиземы является:

- аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха;
- аспирация мекония;
- аномальное отхождение лёгочных сосудов;
- дефицит сурфактанта.

Положение пари транспортировке новорождённого с синдромом внутригрудного напряжения:

- Тренделенбурга;
- горизонтальное;
- возвышенное на здоровом боку;
- возвышенное на больном боку.

Ранние рентгенологические симптомы острого гематогенного остеомиелита дистального метафиза бедренной кости у ребёнка 6 лет появляются:

- в течение первой недели;
- на 2 неделе;
- на 3 неделе;
- после месяца.

Характерными симптомами компенсированной формы болезни Гиршпрунга являются:
36

- застойная рвота;
- постоянное вздутие живота;
- болезненный напряжённый живот;
- периодическое вздутие живота и запоры; очистительная клизма эффективна.

Кровотечение при подозрении на пептический эзофагит требует обследования:

- ФЭГДС;
- зондирования желудка;
- ангиографии;
- радиоизотопного исследования.

Кровотечение при подозрении на стрессовую язву желудка требует обследования:

- ФЭГДС;
- зондирования желудка;
- ангиографии;
- лапароскопии.

Кровотечение при подозрении на язвенную болезнь желудка требует обследования:

- зондирования желудка;
- ФЭГДС;
- лапароскопии;

- радиоизотопного исследования.

Кровотечение при подозрении на полипоз кишечника требует обследования:

- ангиографии;
- фиброколоноскопии;
- копрологии;
- радиоизотопного исследования.

Кровотечение при подозрении на Маккелев дивертикул требует проведения:

- ангиографии;
- лапароскопии;
- рентгенографии пищеварительного тракта с контрастом;
- фиброколоноскопии.

Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение:

- мезенхимальное;
- эпителиальное.

Для детского возраста типичны солидные опухоли:

- эпителиальные раки;
- саркомы.

При подозрении на меланому нужно:

- провести аспирационную биопсию;
- провести инцизионную биопсию;
- наблюдать за состоянием новообразования;
- удалить в пределах здоровых тканей.

Для установления диагноза злокачественной опухоли выполняют:

- рентгенографию;
- УЗИ;
- комплекс (УЗИ, рентгенография, КТ, ангиография);
- морфологическое исследование ткани опухоли.

При злокачественных опухолях печени у детей характерны:

- резкая боль в правом подреберье;
- высокий титр альфа-фетопротеина;
- повышение концентрации билирубина сыворотки крови;
- повышение активности трансаминаз сыворотки крови.

Возраст особо интенсивного роста гемангиомы:

- первое полугодие жизни;
- после года;
- 7 – 10 лет;
- у взрослых.

Лимфангиомы лечатся:

- консервативно;
- гормонами;
- хирургически;
- склерозированием.

При гемангиомах нередко встречается синдром Казабаха-Меррита и необходимо обследование:

- концентрации глюкозы крови;
- белка крови;
- мочевины;
- тромбоцитов.

Дермоиды чаще встречаются в области:

- грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- крестцово-копчиковой;
- паховой;
- височной, надбровной.

Крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте:

- после года;
- после 3 лет;
- с 3 до 6 мес.
- до 3 мес.

Крестцово-копчиковую тератому необходимо дифференцировать с:

- спинномозговой грыжей;
- лимфангиомой;
- дермоидной кистой.

Профилактическое бужирование при ожогах пищевода начинается в конце недели:

- первой, при ожоге 1 степени;
- первой, при ожоге 2-3 степени;
- третьей, при ожоге 1 степени;
- третьей, при ожоге 2-3 степени.

В начальной стадии деструктивной пневмонии рентгенологически выявляется:

- напряжённый пиопневмоторакс;
- пневмоторакс;
- абсцесс;
- инфильтрат.

Анемия при желудочно-пищеводном рефлюксе связана с:

- голоданием;
- травмой слизистой оболочки желудка;
- рвотой;
- эрозивно-язвенным эзофагитом.

Основным методом диагностики врождённого вывиха бедра является:

- ультразвуковой;
- радиоизотопный;
- рентгенологический;
- клинический.

Врождённую косолапость начинают лечить с возраста:

- с 14 дней;
- с 6 месяцев;
- с 10 месяцев;
- с 1 года.

Ребёнка, вылеченного от врождённой косолапости необходимо наблюдать в катамнезе:

- 3 месяца;
- 6 месяцев;
- 39
- 1 год;
- 14 лет.

Наиболее частой причиной недержания мочи у детей является мочевого пузыря:

- гиперрефлекторный адаптированный;
- гипорефлекторный неадаптированный;
- гиперрефлекторный неадаптированный;
- гипорефлекторный адаптированный.

Снять с диспансерного учёта больного с пиелонефритом можно при клинико-лабораторной ремиссии:

- 1 год;
- 2 года;
- 3 года;
- 5 лет.

Варикоцеле у детей возникает:

- с рождения;
- до 3 лет;
- до 9 – 10 лет;
- после 9 -10 лет.

Мультикистозная дисплазия это:

- замещение участка почки многокамерной кистой, не сообщающейся с лоханкой;
- одна почка замещена кистозными полостями полностью;
- одиночное кистозное образование в паренхиме почки;
- две почки замещены кистозными полостями.

Ведущим симптомом гидронефроза у новорождённых является:

- синдром пальпируемой опухоли;
- пиурия;
- протеинурия;
- боль;

Не являются основными источниками информации о здоровье:

- официальная информация о смертности населения;
- данные страховых компаний;
- эпидемиологическая информация;
- данные мониторинга окружающей среды и здоровья.

Основным показателем естественного движения населения:

- рождаемость и смертность;
- смертность и заболеваемость;
- инвалидность, смертность;
- инвалидность, заболеваемость;

На получение отпуска до истечения 11 мес. с момента приёма на работу не могут претендовать:

- женщины перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него;
- работники моложе 18 лет;

- военнослужащие, уволенные в запас и направленные на работу в порядке организованного набора, по истечении 3 х месяцев работы;
- работники вредных производств.

У ребёнка в возрасте 2 лет обнаружен крипторхизм в форме паховой эктопии. Ему необходимо провести оперативное лечение:

- до 6 лет;
- до 10 лет;
- до 12 лет;
- безотлагательно.

При крипторхизме в форме эктопии хорионический гонадотропин назначается:

- до операции;
- сразу после операции;
- через 2 месяца после операции;
- лечение противопоказано.

При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативны:

- жёсткая эзофагоскопия;
- рентгенконтрастное исследование пищевода и желудка;
- фиброэзофагоскопия;
- КТ.

Дыхательная недостаточность у новорождённого чаще всего вызвана:

- патологией верхних дыхательных путей;
- пороком развития органов грудной клетки;
- патологией органов шеи;
- заболеванием лёгких.

Наиболее частой причиной летального исхода при эмбриональной грыже пупочного канатика является:

- перитонит;
- сепсис;
- тяжёлый сочетанный порок развития;
- пневмония.

У больного напряжённый пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищём. Ему
41

следует рекомендовать:

- бронхоблокаду;
- плевральную пункцию;
- дренирование плевральной полости по Бюлау;
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией.

При простом пиопневмотораксе необходимо выполнить:

- плевральную пункцию;
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- радикальную операцию;
- дренирование плевральной полости по Бюлау.

При плащевидном плеврите (серозном) лечение предусматривает:

- дренирование плевральной полости по Бюлау;
- интенсивную терапию без вмешательства в очаг;

- пункцию плевральной полости;
- бронхоскопию.

На рентгенограмме на фоне неизменённой паренхимы выявляются чётко очерченные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз?

- абсцесс лёгкого;
- пиопневмоторакс;
- буллёзная форма бактериальной деструкции лёгких;
- пиоторакс.

У ребёнка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- экстренную операцию;
- плановую операцию;
- срочную операцию;
- наблюдение в динамике.

При врождённой эмфиземе наиболее часто поражаются:

- нижняя доля справа;
- верхняя доля слева;
- нижняя доля слева;
- верхняя доля справа.

При буллёзной форме деструкции (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является:

- пункция буллы;
- интенсивная терапия без вмешательства в очаг;
- дренирование буллы;
- бронхоскопический дренаж.

41

У больного во время операции по поводу острого флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизменённый Меккелев дивертикул. Наиболее целесообразно:

- удаление дивертикула;
- установление страхового дренажа для наблюдения;
- оставление дивертикула;
- плановое удаление дивертикула через 2 – 3 мес.

Укажите целесообразность проведения пальцевого ректального обследования при подозрении на острый аппендицит:

- обязательно;
- не обязательно;
- детям младшего возраста по показаниям;
- в зависимости от клиники.

Червеобразный отросток – это:

- рудимент;
- порок развития;
- функциональный орган;
- вариант развития.

Больной острым аппендицитом лёжа в постели занимает положение:

- на животе;

- сидя;
- на правом боку с приведёнными ногами;
- на левом боку.

Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

- невозможен;
- возможен при начальной стадии воспаления;
- возможен при флегмонозном аппендиците;
- возможен при гангренозном аппендиците.

У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:

- наблюдение;
- консервативное лечение;
- лапароскопия;
- лапаротомия в правой подвздошной области.

К основным источникам госпитальной инфекции не относят:

- больных;
 - персонал-носитель инфекции;
 - раковины отделения;
- 42
- посетителей пациента.

Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет:

- 2-3 часа;
- 4-6 часов;
- 7-9 часов;
- индивидуально.

Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является:

- общая анестезия;
- местная инфльтрационная анестезия;
- местная проводниковая анестезия;
- местно хлорэтил.

Первично отсроченный шов при гнойной ране выполняется в сроки:

- 3 - 4 день;
- 5 – 6 день;
- 7 – 10 день;
- 10 – 12 день.

Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является:

- смещение срединных структур мозга;
- менингит;
- менингоэнцефалит;
- родовая черепно-мозговая травма.

Из перечисленных препаратов является глюкокортикоидом:

- адреналин;
- аминазин;
- бутадиион;
- кортизон.

Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичек:

- перекрут гидатиды яичка;
- перекрут яичка;
- орхоэпидидимит;
- травматический разрыв яичка.

Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает:

- функциональный метод лечения : (вытяжение, ЛФК, массаж.);
- оперативное вмешательство;
- длительное ношение корсета;
- лечения не требуется.

«Эозинофильная гранулёма» - это:

- заболевание , выражающееся в очаговом скоплении в костях эозинофильных лейкоцитов;
- системное заболевание крови и кроветворных органов;
- осложнение лейкоза;
- хронический очаг воспаления в кости.

Перелом грудного отдела позвоночника возникает при падении на:

- грудь;
- на спину;
- на ягодицы;
- на голову.

Для ротационного подвывиха 1 шейного позвонка (атланта) у детей характерен:

- наклон головы и поворот её в «здоровую» сторону;
- поворот головы в сторону подвывиха;
- полный объём движений;
- ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди.

При травматическом вывихе надколенник смещён:

- кнаружи;
- вниз;
- кнутри;
- вверх.

У ребёнка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Ему необходима:

- лапароскопия;
- лапароцентез;
- лапаротомия;
- УЗИ.

Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен :

- при цистоскопии;
- при антеградной урографии;
- при микционной цистоуретрографии;
- при урофлоуметрии;