ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

1. Չբարդացած աճուկափոշտային ճողվածքի դիֆերենցիալ ախտորոշումը հաճախ կատարվում է հետևյալ հիվանդության հետ՝

Ա-Օրխոէպիդիդիմիտ

Բ-Ամորձաթաղանթների ջրգողություն

Գ-Վարիկոցելե

Դ-Հիդատիդի ոլորում

2. Աճուկային ճողվածքի պլանային վիրահատության ցուցումն է՝

Ա-Երեխայի սեռը

Բ-Հիվանդի տարիքը և ճողվածքի չափը

Գ-Ճողվածքի ախտորոշումը

Դ-Արտաքին աճուկային օղակի ընդլայնում

3. Ամորձաթաղանթների սուր ջրգողության դեպքում առավել բնորոշ է՝

Ա-Այտուցի առաջացում փոշտի մի կեսում

Բ-Ընդհանուր վիճակի վատթարացում

Գ-Ջերմաստիճանի բարձրացում և փոշտի հիպերեմիա

Դ-Ուժեղ ցավ փոշտի մի կեսում

4. Սերմնալարի կիստայի բուժումը երեխայի մոտ նախատեսում է՝

Ա-Շտապ վիրահատություն

Բ-Պլանային վիրահատություն

Գ-Կիստայի պունկցիա

Դ-Հորմոնալ բուժում և կրիոթերապիա

5. 10-ամյա երեխայի մոտ պարանոցի հետևի մակերեսում առկա է սուր ցավոտ ինֆիլտրատ, որի կենտրոնում - երեք թարախային ծողանման խցաններ: Ամենահավանական ախտորոշումը՝

Ա-Ֆուրունկուլ և ենթամաշկային հյուսվածքի թարախակույտ

Բ-Կարբունկուլ

Գ-Ֆլեգմոնա

Դ-Կարմիր քամի

6. Ամորձիների էկտոպիայի գոյություն չունեցող ձևն է՝

Ա-Պենիալ

Բ-Ազդրային

Գ-Շեքային

Դ-Պորտային

7. 2 տարեկան երեխայի մոտ հայտնաբերվել է ամորձիների աճուկային էկտոպիա: Պետք է իրականացվի վիրաբուժական բուժում՝

Ա-Մինչև 6 տարեկան

Բ-Մինչև 10 տարեկան

Գ-Մինչև 12 տարեկան

Դ-Պլանային վիրահատություն հնարավորինս կարճ ժամկետում

8. 2-ամյա տղայի մոտ ախտորոշվել է կրիպտորխիզմ՝ աճուկային ռետենցիայի տեսքով՝ կլինիկորեն արտահայտված աճուկային ճողվածքի հետ միասին: Նրան պետք է խորհուրդ տրվի՝

Ա-Հորմոնալ թերապիա

Բ-Պլանային վիրահատություն հնարավորինս կարճ ժամկետում

Գ-Դիսպանսեր դիտարկում

Դ-Վիրահատություն՝ նախնական հորմոնալ թերապիայից հետ

9. Որովայնային կրիպտորխիզմով փոքր երեխային հետազոտելու համար նախ պետք է կատարվի՝

Ա-Պնևմոպելվիոգրաֆիա

Բ-Որովայնի խոռոչի ՈՒՁՀ

Գ-Ռադիոիզոտոպային սկանավորում

Դ-Լապարոսկոպիա

10. Պոչուկի էպիթելային ուղու վիրահատական հեռացման համար երեխայի օպտիմալ դիրքը վիրահատական սեղանին հետևյալն է՝

Ա-Որովայնի վրա

Բ-Մեջքի վրա

Գ-Ձախ կողքին

Դ-Աջ կողքին

11. Փոքր երեխաների մոտ ուղիղ աղու արյունահոսության ամենահավանական պատճառն է՝

Ա-Հեմոֆիլիա

Բ-Անալ ճաք

Գ-Խոցային կոլիտ

Դ-Ուղիղ աղու պոլիպ

12. Երեխաների մոտ ուղիղ աղիքի արտանկման և ինվագինատի գլխիկի արտանկման միջև դիֆերենցումը կատարվում է՝

Ա-Որովայնի խոռոչի դիտարկային ռենտգենոգրաֆիա

Բ-Ուղիղ աղու մատնային հետազոտություն

Գ-Իրիգոգրաֆիա օդով

Դ-Լապարոսկոպիա

13. Որովայնամզի հեշտոցային բունոցի ամբողջական օբլիտերացիան ավարտվում է՝

Ա-Ներարգանդային կյանքի 28-32 շաբաթում

Բ-Ծնվելիս

Գ-1 տարեկանում

Դ-2-3 ամսական հասակում

14. Նշեք նորածինների հիվանդությունների առավել բնորոշ խումբը՝

Ա-Արատներ

Բ-Թարախային-բորբոքային հիվանդություններ

Գ-Չարորակ ուռուցքներ

Դ-Ծննդյան տրավմա

15. Պիլորոստենոզի առաջատար կլինիկական ախտանշանն է՝

Ա-Փորկապություն

Բ-Դեղնուկ

Գ-«Շատրվանանման» փսխում

Դ-Օլիգուրիա

16. Պիլորոստենոզի ժամանակ կղանքը՝

Ա-Քիչ քանակի, նոսր, մուգ կանաչ

Բ-Մշտական փորկապություն

Գ-Առատ, չմարսված

Դ-Հաճախակի, ջրիկ, գարշահոտ

17. Ցածր աղիքային անանցանելիությունով նորածինների մոտ չի դիտվում՝

Ա-Կրկնվող փսխումներ՝ կանգային պարունակությամբ

Բ-Կղանքի բացակայություն

Գ-Փքված, ցավոտ որովայն

Դ-Փափուկ և անցավ որովայն

18. Երեխաների մոտ սուր ապենդիցիտի ժամանակ արյան ընդհանուր քննության ամենաբնորոշ փոփոխությունն է՝

Ա-Չափավոր լեյկոցիտոզ, բանաձևի նեյտրոֆիլային տեղաշարժ դեպի ձախ, ՑՌՍ աճ

Բ-Հիպերլեյկոցիտոզ

Գ-Լեյկոպենիա

Դ-Արագացված ԷՆԱ

19. Սուր ապենդիցիտի կասկածով հոսպիտալացված երեք տարեկան երեխան շատ անհանգիստ է և չի թողնում իրեն հետազոտել: Երեխայի զննումն ապահովելու, որովայնի առաջային պատի փոփոխությունները օբյեկտիվորեն գնահատելու համար անհրաժեշտ է՝

Ա-Նշանակել ցավազրկողներ

Բ-Զննել երեխային բնական քնի ժամանակ

Գ-Նշանակել սպազմոլիտիկ դեղամիջոցներ

Դ-Ներարկել սեդատիվ դեղամիջոցներ

20. 8 ամսական երեխայի մոտ աղիքային ինվագինացիայի կլինիկա է՝ վաղեմությունը 9 ժամ: Սկզբնական ախտորոշման մեթոդը՝

Ա-Իրիգոգրաֆիա օդով

Բ-Իրիգոգրաֆիա բարիումի խառնուրդով

Գ-Ուլտրաձայնային հետազոտություն

Դ-Լապարոսկոպիա

21. Որովայնի փակ վնասվածքով երեխայի մոտ դիտարկային ռենտգենոգրաֆիան հայտնաբերել է ազատ գազ որովայնի խոռոչում: Հիվանդին պետք է կատարվի՝

Ա-Լապարոցենտեզ

Բ-Որովայնի ռևիզիա բաց կամ
լապարոսկոպիկ եղանակով

Գ-Հիպերտոնիկ հոգնա

Դ-Իրիգոգրաֆիա օդով

22. Ապենդիկուլյար պերիտոնիտի վիրահատության ժամանակ պատահաբար հայտնաբերվել է Մեկելյան անփոփոխ դիվերտիկուլ: Ձեր գործողությունը՝

Ա-Մեքելյան դիվերտիկուլի հեռացում

Բ-Դիվերտիկուլի մակարդակում ստոմայի դուրս բերում

Գ-Դիվերտիկուլի պլանային հեռացում 1 ամիս անց

Դ-Դիվերտիկուլի պլանային հեռացում 6 ամիս անց

23. Սերմնալարի կիստա ունեցող 2 տարեկան երեխայի վիրահատական բուժման օպտիմալ մեթոդն է՝

Ա-Սերմնալարի կիստայի պունկցիա

Բ-Սերմնալարի կիստայի հատում

Գ-Կիստայի հեռացում և որովայնամզի հեշտոցային բունոցի կապում

Դ-Վիրահատություն ըստ Վինկելմանի

24. Ճողվածքահատումից հետո անհրաժեշտ է՝

Ա-Ֆիզիոթերապիա

Բ-Բուժական ֆիզկուլտուրա

Գ-Սահմանափակել ֆիզիկական ակտիվությունը

Դ-Անկողնային հանգիստ ռեժիմ 1 շաբաթ

25. Թարախասեպտիկ պրոցեսների ժամանակ՝ հակաբիոտիկ ընտրելիս պետք է հաշվի առնել հետևյալը՝

Ա-Միկրոֆլորայի բնույթն ու զգայունությունը

Բ-Թարախային պրոցեսի տեղայնացում

Գ-Թարախային արտահոսքի ծավալը

Դ-Թարախային արտահոսքի բնույթը

26. Սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտի կասկածի ժամանակ՝ ստացվել է արյուն ախտորոշիչ օստեոպերֆորացիայի ընթացքում: Հետագա գործողությունը ներառում է՝

Ա-Լրացուցիչ օստեոպերֆորացիա

Բ-Արտադրված արյան բջջաբանական հետազոտություն

Գ-Վերքի դրենավորում

Դ-Ոսկրածուծի խողովակի լվացում

27. Երեխայի մոտ ախտորոշվել է սրունքոսկրի վերին երրորդականի առաջնային քրոնիկ օստեոմիելիտ: Պարբերաբար նկատվում են սրացումներ՝ ցավի և ջերմության տեսքով: Երեխային պետք է կատարել՝

Ա-Շտապ վիրահատություն

Բ-Պլանային վիրահատություն

Գ-Ախտորոշիչ պունկցիա

Դ-Հակաբիոտիկ թերապիա

28. Կրիպտորխիզմի վիրաբուժական բուժման օպտիմալ տարիքը համարվում է՝

Ա-Նորածնային շրջան

Բ-6 ամսական - 1 տարեկան

Գ-2-5 տարեկան

Դ-6-9 տարեկան

29. Աղջիկների մոտ ուղիղ աղիքի ատրեզիայի դեպքում առավել տարածված է՝

Ա-Ռեկտովեստիբուլյար խուղակ

Բ-Ռեկտովագինալ խուղակ

Գ-Ռեկտոուռեթրալ խուղակ

Դ-Ռեկտովեզիկալ խուղակ

30. Ծանր ինտոքսիկացիայով հիվանդանոց է ընդունվել 1 տարեկան երեխա: Որովայնը փքված է, փափուկ, անցավ: Քրոնիկ փորկապության պատմություն: Կղանքի բացակայություն վերջին 7 օր: Հավանական ախտորոշումը՝

Ա-Հիրշպրունգի հիվանդություն

Բ-Կրոնի հիվանդություն

Գ-Քրոնիկ կոլիտ

Դ-Ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտ

31. Երեխայի մոտ սրբանապոչուկային շրջանի դերմոիդ կիստայի վարումը՝

Ա-Ռադիկալ վիրահատություն՝ կիստայի հեռացում

Բ-Կիստայի դրենավորում

Գ-Հակաբիոտիկներով թերապիա

Դ-Ռադիոթերապիա

32. 4-ամյա երեխայի մոտ դեֆեկացիայի ժամանակ ուղիղ աղուց առկա է ալ կարմիր արյան արտադրություն: ՈՒղիղ աղու մատնային հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվել է ուղիղ աղու լորձաթաղանթի պոլիպ: Պետք է կատարվի՝

Ա-Ուղիղ աղու հայելային հետազոտություն, պոլիպի ոտիկի կարում և պոլիպի հեռացում

Բ-Կոլոնոսկոպիա՝ ամբողջ հաստ աղու հետազոտություն, պոլիպի էլեկտրակոագուլյացիա

Գ-Սիգմոիդոսկոպիա, պոլիպի կրիոդեստրուկցիա

Դ-Ուղիղ աղու հայելային հետազոտություն, պոլիպի էլեկտրակոագուլյացիա

33. 3 տարեկան երեխայի մոտ աճուկային ճողվածքահատման ժամանակ ապոնևրոզի հատումը՝

Ա-Կատարվում է միշտ

Բ-Չի կատարվում

Գ-Կատարվում է՝ ճողվածքապարկի մեջ պարունակության առկայության դեպքում

Դ-Կատարվում է աճուկային խողովակի առաջային պատի պարտադիր պլաստիկայով

34. Սերմնալարի կիստայի ամենաբնորոշ ախտանշանը՝

Ա-Աճուկային շրջանի այտուցը

Բ-Աճուկային հատվածի հիպերեմիա

Գ-Առածգական այտուցվածություն աճուկային շրջանում, որը տեղաշարժվում է ամորձին քաշելիս.

Դ-Ուժեղ ցավ աճուկային շրջանում

35. Պիլորոմիոտոմիայից հետո հնարավոր հեռակա բարդությունն է՝

Ա-Ստամոքսի խոց

Բ-Գաստրոդուոդենիտ

Գ-Աղիների կպումային անանցանելիություն

Դ-Վերել խոլանգիտ

36. Մեկոնյալ փսխում չի նկատվում՝

Ա-Պերիտոնիտ

Բ-Հիրշպրունգի հիվանդության սուր ձևը

Գ-Բարակ աղու ատրեզիա

Դ-Ուղիղ աղու ատրեզիա

37. 10 օրական տղայի մոտ ախտորոշվել է ձախակողմյան մաստիտ: Առկա է ֆլյուկտուացիա: Պետք է կատարել՝

Ա-Տաք կոմպրես

Բ-Քսուքներով վիրակապ

Գ-1-3 Ճառագայթային կտրվածք ինֆիլտրատից վեր՝ նահանջելով օրեոլից

Դ-Հակաբիոտիկ թերապիա՝ առանց վիրահատության

38. Երեխաների մոտ ապենդիկուլյար ինֆիլտրատի բուժման մարտավարությունը՝

Ա-Ստացիոնար հսկողություն

Բ-Շտապ վիրահատություն

Գ-Հակաբիոտիկներով կոնսերվատիվ թերապիա

Դ-Ինֆիլտրատի պունկցիա

39. Ներորովայնային արյունահոսության ժամանակ օպտիմալ վիրահատական մոտեցումն է՝

Ա-Լապարոսկոպիա կամ միջային լապարոտոմիա

Բ-Լայնական լապարոտոմիա

Գ-Ձախ թուլակողային կտրվածք

Դ-Պարառեկտալ կտրվածք

40. Լյարդի էխինոկոկոզի դեպքում նշանակված է՝

Ա-Հակաբիոտիկոթերապիա

Բ-Հորմոնալ թերապիա

Գ-Վիրահատություն, որին հաջորդում է քիմիաթերապիան

Դ-Ռադիոթերապիա

41. 5 օրական երեխայի մոտ - փսխում է լեղու խառնուրդով, կղանքը սակավ: Երեխան անհանգիստ է և հրաժարվում է ուտելուց, մաշկը մարմարե երանգով: Որովայնը էպիգաստրալ շրջանում փքված է, շոշափումն ուղեկցվում է երեխայի անհանգստությունով: Ամենահավանական ախտորոշումն է՝

Ա-Պիլորոստենոզ

Բ-Բարձր աղիքային անանցանելիություն

Գ-Ցածր աղիքային անանցանելիություն

Դ-Լեդի համախտանիշ

42. Բարակ-բարակ աղիքային ինվազիսցիայի հավանական պատճառն է՝

Ա-Օրգանական պատճառ (դիվերտիկուլ, պոլիպ, ուռուցք, արյունազեղում)

Բ-Սննդակարգի խախտում

Գ-Էնտերիտ

Դ-Պերիստալտիկայի տարիքային դիսկոորդինացիա

43. 8 ամսական երեխայի մոտ նկատվում է պարբերական անհանգստություն, միանվագ փսխում: Պալպացիայի ժամանակ որովայնի աջ կեսում շոշափվում է ծավալային գոյացություն: Մատնային հետազոտության արդյունքում՝ «մորի դոնդող»: Ամենահավանական ախտորոշումն է՝

Ա-Սուր ապենդիցիտ

Բ-Աղիքային ինվագինացիա

Գ-Ապենդիկուլյար ինֆիլտրատ

Դ-Աղիքային վարակ

44. Աղիների վիրահատական դեզինվագինացիայի ժամանակ հայտնաբերվել է զստաղու փոքր հատվածի նեկրոզ՝ առանց թափածակման: Պերիտոնիտի նշաններ չկան: Պետք է կատարել՝

Ա-Աղու նեկրոտիկ մասի ռեզեկցիա, աղիքային անաստոմոզ

Բ-Աղու նեկրոտիկ մասի ռեզեկցիա, տերմինալ իլեոստոմիա

Գ-Աղու նեկրոտիկ մասի ռեզեկցիա, կրկնակի իլեոստոմիա

Դ-Իլեոստոմիա

45. Սուր ապենդիցիտի ոչ դեստրուկտիվ ձևն է՝

Ա-Ֆլեգմոնոզ

Բ-Կատարալ

Գ-Գանգրենոզ

Դ-Թափածակված

46. Որդանման ելունի էմպիեման բնութագրվում է՝

Ա-Թարախային էքսուդատի կուտակումը ելունի փակ խոռոչում

Բ-Սերոզ էքսուդատի կուտակումը ելունի խոռոչում

Գ-Թարախային էքսուդատի արտահոսքը որովայնի խոռոչ

Դ-Թարախային էքսուդատի ներսփռանք ելունի պատի մեջ

47. Գանգրենոզ ապենդիցիտի պատճառն է՝

Ա-Ելունի լուսանցքի խցանումը

Բ-Ելունի միջընդերքի անոթների թրոմբոզ

Գ-Ելունի լուսանցքում քարերի առկայությունը

Դ-Ելունի մոտորիկայի խանգարումը

48. Սուր ապենդիցիտով հիվանդացության գագաթնակետը տեղի է ունենում հետևյալ տարիքային խմբում՝

Ա-Մինչև 1 ամսեկան

Բ-Մինչև 1 տարեկան

Գ-Մինչև 7 տարեկան

Դ-9-12 Տարեկան

49. Սուր ապենդիցիտի ժամանակ տենեզմաները տեղի են ունենում, երբ՝

Ա-Որդանման ելունի թարախակույտի ձևավորում

Բ-Պերիտոնիտի զարգացում

Գ-Որդանման ելունի ռետրոցեկալ տեղակայում

Դ-Որդանման ելունի կոնքային տեղակայում

50. Գանգրենոզ ապենդիցիտի զարգացմանը բնորոշ է՝

Ա-Ցավերի ուժգնացում

Բ-Ցավերի նվազում

Գ-Փորլուծություն

Դ-Արյուն կղանքի մեջ

51. Սուր ապենդիցիտի ժամանակ Կոխերի ախտանիշ է կոչվում՝

Ա-Ցավի ուժեղացում ձախ կողքին պառկելիս

Բ-Ցավի տեղափոխում էպիգաստրալ շրջանից դեպի աջ զստափոս

Գ-Ցավի ուժեղացում՝ ձեռքի «հանկարծակի» հեռացումից

Դ-Ցավի ուժեղացում աջ զստափոսը շոշափելիս միաժամանակ աջ ոտքը բարձրացնելիս

52. Որդանման ելունի թափածակման ժամանակ որովայնի ցավը՝

Ա-Թուլանում է

Բ-Կտրուկ ուժեղանում է

Գ-Մնում է անփոփոխ

Դ-Կտրուկ ուժեղանում է և զուգակցվում է որովայնամզի գրգռման ախտանիշների հետ

53. Որովայնային համախտանիշով հիվանդի մոտ Շեյնլեյն - Հենոխի հիվանդության ամենաբնորոշ նշանն է՝

Ա-Հոդերի ցավոտ այտուցվածություն

Բ-Հեմոռագիկ ցան մաշկի վրա

Գ-Հեմատուրիա, ալբումինուրիա

Դ-Մաշկի «կմճտելուց» հետո պետեխյալ արյունազեղումների առաջացումը

54. Սուր ապենդիցիտի ժամանակ բորբոքային գործընթացի հետընթացը հնարավոր է հետևյալով դեպքում՝

Ա-Բորբոքման վաղ փուլերը

Բ-Կատարալ ապենդիցիտ

Գ-Ֆլեգմանոզ ապենդիցիտ

Դ-Գանգրենոզ ապենդիցիտ

55. Սուր ապենդիցիտի ախտորոշման ընթացքում սխալները հիմնականում բացատրվում են՝

Ա-Ռենտգեն հետազոտության բացակայությամբ

Բ-Թերի և անբավարար ամբողջական կլինիկական հետազոտությամբ

Գ-Անհրաժեշտ ախտորոշիչ սարքավորումների բացակայությունով

Դ-Հիվանդության ատիպիկ ընթացքով

56. Եթե անհնար է տարբերակել սուր ապենդիցիտը և սուր աղնեքսիտը, ապա անհրաժեշտ է կատարել.

Ա-Միջային տոտալ լապարոտոմիա

Բ-Լապարոտոմիա՝ Ֆաննենշտիլի կտրվածքով

Գ-Լապարոտոմիա՝ կտրվածք աջ զստափոսում

Դ-Լապարոսկոպիա

57. Երեխայի մոտ ախտորոշվել է ապենդիկուլյար սառը ինֆիլտրատ: Հետագա տակտիկան՝

Ա-Ստացիոնար դինամիկական հսկողություն

Բ-Ամբուլատոր դինամիկական հսկողություն

Գ-Հակաբիոտիկներով թերապիա, ֆիզիոթերապիա, ստացիոնար հսկողություն

Դ-Անհետաձգելի վիրահատություն

58. Որովայնի գոտևորող ցավերը բնորոշ են՝

Ա-Սուր պանկրեատիտ

Բ-Սուր խոլեցիստիտ

Գ-Փայծաղի վնասվածք

Դ-Թափածակված ստամոքսի խոց

59. Կրիպտոգեն (առաջնային) պերիտոնիտը առավել հաճախ հանդիպում է՝

Ա-Աղջիկներ 3-7 տարեկան

Բ-12 Տարեկանից բարձր աղջիկներ

Գ-Մինչև 1 տարեկան տղաներ

Դ-14 Տարեկանից բարձր տղաներ

60. Մեքելյան դիվերտիկուլը իրենից ներկայացնում է՝

Ա-Չօբլիտերացված ուրախուս

Բ-Չօբլիտերացված դեղնուցածորան

Գ-Չօբլիտերացված Մյուլերյան ծորան

Դ-Աղիքային պատի դեգեներատիվ գոյացություն

61. Մեքելյան դիվերտիկուլը տեղակայվում է՝

Ա-Բարակ աղիքի պրոքսիմալ հատվածում

Բ-Զստաղու դիստալ հատվածում

Գ-Լայնական հաստ աղու վրա

Դ-Վերել հաստ աղու վրա

62. Մեքելյան դիվերտիկուլի արյունահոսության ամենատարածված պատճառն է՝

Ա-Բորբոքման ժամանակ անոթային պատի քայքայումը

Բ-Անոթային պատի վնասվածք օտար մարմնով

Գ-Ենթաստամոքսային գեղձի էկտոպիկ հյուսվածքը

Դ-Մեզենտերյալ անոթների թրոմբոզը

63. Մեքելյան դիվերտիկուլի ամենահաճախ բարդությունն է՝

Ա-Դիվերտիկուլիտ

Բ-Աղիքային անանցանելիություն

Գ-Մալիգնիզացիա

Դ-Արյունահոսություն

64. Ֆլեգմանոզ ապենդիցիտի վիրահատության ժամանակ երեխայի մոտ պատահաբար հայտնաբերվել է անփոփոխ Մեքելյան դիվերտիկուլ: Առավել նպատակահարմար է՝

Ա-Դիվերտիկուլի հեռացում

Բ-Թողնել դիվերտիկուլը

Գ-2-3 Ամիս անց դիվերտիկուլի պլանային հեռացում

Դ-Վիրաբույժի հայեցողությամբ

65. Դեստրուկտիվ բորբոքված Մեքելյան դիվերտիկուլի հիմքը ամբողջովին ինֆիլտրացված է: Խորհուրդ է տրվում՝

Ա-Սեպաձև ռեզեկցիա

Բ-Ռեզեկցիա 45° անկյան տակ

Գ-Աղու ռեզեկցիա՝ բերանակցում ծայրը ծայրին

Դ-Աղու ռեզեկցիա՝ բերանակցում կողքը կողքին

66. Որովայնի սուր հիվանդությունների դեպքում լապարոսկոպիայի ընդհանուր հակացուցումը, որը սպառնում է հիվանդի կյանքին, հետևյալն է՝

Ա-Հիվանդի ծայրահեղ ծանր վիճակը

Բ-Արյան մակարդման խանգարում

Գ-Որովայնի վիրահատության պատմություն

Դ-Անհայտ ծագման դեղնախտ

67. Պնևմոպերիտոնեումի համար ավելի լավ է օգտագործել՝

Ա-Օդ

Բ-Թթվածին

Գ-Ազոտային օքսիդ

Դ-Ածխաթթու գազ

68. Լապարոսկոպիայի ամենահաճախ բարդությունն է՝

Ա-Որովայնի առաջային պատի ծանր արյունահոսություն

Բ-Որովայնի օրգանների տրավմատիկ վնասվածք

Գ-Առորովայնամզային և/կամ մեծ ճարպոնի էմֆիզեմա

Դ-Օդային էմբոլիա

69. Սուր ստրանգուլյացիոն աղիքային անանցանելիությունը վերաբերում է անանցանելիության այս տեսակին՝

Ա-Մեխանիկական

Բ-Դինամիկական

Գ-Խառը

Դ-Մասնակի

70. Պարալիտիկ սուր աղիքային անանցանելիությունը վերաբերում է անանցանելիության այս տեսակին՝

Ա-Մեխանիկական

Բ-Դինամիկական

Գ-Խառը

Դ-Մասնակի

71. Աղիների ինվագինացիան վերաբերում է անանցանելիության այս տեսակին՝

Ա-Մեխանիկական

Բ-Դինամիկական

Գ-Խառը

Դ-Մասնակի

72. Պարալիտիկ սուր աղիքային անանցանելիության ժամանակ որովայնի խոռոչի դիտարկային ռենտգենոգրամայի վրա առավել բնորոշ նշաններն են՝

Ա-Միայնակ լայն մակարդակներ

Բ-Բազմակի փոքր մակարդակներ

Գ-Ստամոքսի մեծացած գազային բուշտ

Դ-Ազատ գազ որովայնում

73. Աղիքային անանցանելիության կասկածով երեխայի կոնտրաստ ռենտգեն հետազոտության ժամանակ ավելի լավ է կիրառել՝

Ա-Ջրածուծ կոնտրաստ

Բ-Բարիումի սուլֆատ

Գ-Յոդոլիպոլ

Դ-Թորիումի երկօքսիդ

74. Երեխաների մոտ վաղ կպումային աղիքային անանցանելիության կոնսերվատիվ բուժման տևողությունը կազմում է՝

Ա-1-3 ժամ

Բ-3-6 ժամ

Գ-12-24 ժամ

Դ-Երկու օր

75. Երեխաների մոտ ուշ կպումային աղիքային անանցանելիության կոնսերվատիվ բուժման տևողությունը կազմում է՝

Ա-1-3 ժամ

Բ-3-6 ժամ

Գ-12-24 ժամ

Դ-Երկու օր

76. Երեխան 10 տարեկան է: Վիրահատվել է մեկ տարի առաջ ապենդիկուլյար պերիտոնիտի կապակցությամբ: Գանգատներ՝ որովայնի սպաստիկ ուժեղ ցավեր, փսխումներ, կղանքի և գազերի բացակայություն: Խորհուրդ է տրվում սկսել հետազոտությունը՝

Ա-Որովայնի խոռոչի դիտարկային Ռենտգենոգրաֆիա՝ կանգնած վիճակում

Բ-Ռենտգեն կոնտրաստ հետազոտություն

Գ-Նազոգաստրալ զոնդի տեղադրում

Դ-Ուղիղ աղու մատնային հետազոտություն

77. Երեխայի մոտ ախտորոշվել է աղիքային ստրանգուլյացիոն անանցանելիություն: Նա կարիք ունի՝

Ա-Կոնսերվատիվ բուժում

Բ-Հսկողություն

Գ-Ռենտգեն կոնտրաստ հետազոտություն

Դ-Շտապ վիրահատություն

78. 1 տարեկանից բարձր երեխաների մոտ աղիքային ինվագինացիայի ամենատարածված պատճառն է՝

Ա-Պերիստալտիկայի տարիքային դիսկոորդինացիա

Բ-Դիետայի փոփոխություն կամ խախտում

Գ-Շնչառական վիրուսային վարակ

Դ-Օրգանական պատճառ

79. Երեխաների մոտ աղիքային ինվագինացիայի ամենատարածված տեսակը՝

Ա-Բարակ-բարակ աղիքային

Բ-Հաստ - բարակ աղիքային

Գ-Զստաղի - հաստաղիքային

Դ-Կույր աղի – վերել հաստ աղիքային

80. Աղիքային ինվագինացիան սկսվում է՝

Ա-Հանկարծակի՝ երեխայի անհանգստությամբ

Բ-Հանկարծակի՝ առատ չձևավորված կղանքով

Գ-Աստիճանաբար՝ երեխայի անհանգստության աճով

Դ-Աստիճանաբար՝ մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացմամբ

81. Աղիքային ինվագինացիայի սկզբնական փուլում փսխումը պայմանավորված է՝

Ա-Աղիքային պարեզ

Բ-Վիսցերո - վիսցերալ ռեֆլեքս

Գ-Ստամոքսի լորձաթաղանթի գրգռում

Դ-Էնդոտոքսինեմիա

82. Արյունը կղանքում աղիքային ինվագինացիայի ժամանակ պայմանավորված է՝

Ա-Աղու լորձաթաղանթի արյունատար անոթների պատռվածքով

Բ-Մեզոթրոմբոզ

Գ-Էրիթրոցիտների դիապեդեզը աղու լուսանցքի մեջ

Դ-Ներանոթային դիսեմինացված մակարդման զարգացում

83. Ուլտրաձայնային հետազոտությունը աղիքային ինվագինացիայով երեխայի մոտ որոշում է՝

Ա-Մեծ քանակությամբ հեղուկ որովայնում

Բ-Ազատ գազ որովայնում

Գ-Աղիքային պերիստալտիկայի բացակայություն

Դ-«Թիրախի» նշան

84. Պնևմոիրիգոգրաֆիան իրականացվում է հետևյալ դիրքում՝

Ա-Ձախ կողքի վրա

Բ-Աջ կողքի վրա

Գ-Մեջքի վրա

Դ-Ծունկ-արմունկային դիրքում

85. Դեզինվագինացիայի կոնսերվատիվ փորձերի քանակը՝

Ա-1

Բ-2-3

Գ-4-6

Դ-Ոչ մի սահմանափակում

86. Հիդրավլիկ դեզինվագինացիա իրականացնելիս անհրաժեշտ է՝

Ա-Իրականացնել ուլտրաձայնային հետազոտություն

Բ-Լուծույթին ավելացնել կոնտրաստային նյութ

Գ-Տեղադրել նազոգաստրալ զոնդ

Դ-Տեղադրել միզային կաթետեր

87. Աղիքային ինվագինացիայով երեխայի մոտ կոնսերվատիվ միջոցառումներն անարդյունավետ էին: Այս դեպքում առավել նախընտրելի է կատարել՝

Ա-Լապարոսկոպիա

Բ-Միջին լապարոտոմիա

Գ-Լայնական լապարոտոմիա

Դ-Մաք Բյուրնեյի կտրվածք

88. Երեխայի մոտ ինվագինացիա է: Հիվանդության վաղեմությունը 24 ժամից ավելի է: Արտահայտված է աղիների անանցանելիության պատկեր: Այս դեպքում նախընտրելի է՝

Ա-Լապարոսկոպիա կամ միջային լապարոտոմիա

Բ-Լայնական լապարոտոմիա

Գ-Մաք Բյուրնեյի կտրվածք

Դ-Ձախակողմյան պարառեկտալ կտրվածք

89. Աղիքային ինվագինացիայի ժամանակ աղիների ռեզեկցիայից հետո աղիքային ստոմայի ձևավորման ցուցում է՝

Ա-50 Սմ-ից ավելի աղու նեկրոզ

Բ-Հիվանդության տևողությունը ավելի քան 12 ժամ

Գ-Հիվանդության տևողությունը ավելի քան 24 ժամ

Դ-Պերիտոնիտի առկայությունը

90. Հիրշպրունգի հիվանդության պատճառն է՝

Ա-Հաստ աղու հատվածի բնածին ագանգլիոզ

Բ-Աղու մկանային շերտի հիպերտրոֆիա

Գ-Աղու լորձաթաղանթային և ենթալորձաթաղանթային շերտերի վնասում

Դ-Հաստ աղու տոքսիկ լայնացում

91. Եթե Հիրշպրունգի հիվանդության կասկած կա, հետազոտությունը սկսվում է՝

Ա-Ախտորոշիչ լապարոսկոպիա

Բ-Անալ մանոմետրիա

Գ-Իրիգոգրաֆիա

Դ-Ուղիղ աղու պատի բիոպսիա

92. Հիրշպրունգի հիվանդության վերջնական ախտորոշումը հաստատում է՝

Ա-Մատնային ռեկտալ հետազոտություն

Բ-Իրիգոգրաֆիա

Գ-Անալ մանոմետրիա

Դ-Պաթոմորֆոլոգիական հետազոտություն

93. Երեխաների մոտ ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտի առաջացման ամենահավանական տեսությունը հետևյալն է՝

Ա-Ինֆեկցիոն

Բ-Սննդային

Գ-Ալերգիկ

Դ-Աուտոիմուն

94. Երեխաների մոտ ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտի ախտորոշման համար հիմնական հետազոտությունն է՝

Ա-Մանրէաբանական

Բ-Ռենտգեն

Գ-Էնդոսկոպիկ

Դ-Արյան մեջ բորբոքային մարկերների որոշում

95. ՈՒղիղ աղու ճաքի ամենատարածված պատճառն է՝

Ա-Աղիների բորբոքային հիվանդություն

Բ-Հելմինթոզներ

Գ-Կանդիդոզ

Դ-Քրոնիկ փորկապություն

96. ՈՒղիղ աղու պոլիպի ախտորոշումը վերջնական հաստատելու համար կատարվում է՝

Ա-Ուղիղ աղու մատնային հետազոտություն

Բ-Կոլոնոսկոպիա

Գ-Իրիգոգրաֆիա

Դ-Ուլտրաձայնային հետազոտություն

97. ՈՒղիղ աղու պոլիպի բուժումը հետևյալն է՝

Ա-Պոլիպի հեռացում

Բ-Գլյուկոկորտիկոստերոիդների տեղային օգտագործում

Գ-Դինամիկական հսկողություն

Դ-Դինամիկական հսկողություն, պոլիպի հեռացում՝ կրկնվող արյունահոսությունների դեպքում

98. Սթրեսային խոցի ամենատարածված բարդությունն է՝

Ա-Արյունահոսություն

Բ-Պերֆորացիա

Գ-Պենետրացիա

Դ-Մալիգնիզացիա

99. Ստամոքսի և տասներկումատնյա աղիքի խոցի պերֆորացիայի առավել հուսալի ռադիոգրաֆիկ նշանն է՝

Ա-Պնևմոպերիտոնեում

Բ-Կլոյբերի գավաթներ

Գ-Դիաֆրագմայի բարձր դիրքը և շարժունակության սահմանափակումը

Դ-Արտաքիրտ՝ կող - ստոծանեական սինուսում

100. Որովայնի օրգանների էխինոկոկոզի ախտորոշման համար առաջատար դեր են խաղում՝

Ա-Սերոլոգիական ռեակցիաներ

Բ-Համակարգչային տոմոգրաֆիկ սկանավորում

Գ-Կլինիկական և անամնեստիկ տվյալներ

Դ-Ուլտրաձայնային հետազոտում

101. Կյանքի առաջին տարվա երեխաների մոտ կալկուլյոզ խոլեցիստիտի զարգացման ամենատարածված պատճառն է՝

Ա-Լեղապարկի զարգացման անոմալիաներ

Բ-Լեղու բաղադրիչների հարաբերակցության փոփոխություններ

Գ-Սննդային խանգարումներ

Դ-Երկարաժամկետ պարէնտերալ կերակրում

102. Մեկ տարեկանից բարձր երեխաների մոտ կալկուլյոզ խոլեցիստիտի ամենատարածված պատճառն է՝

Ա-Լեղապարկի զարգացման անոմալիաներ

Բ-Լեղու բաղադրիչների հարաբերակցության փոփոխություններ

Գ-Սննդային խանգարումներ

Դ-Երկարաժամկետ պարէնտերալ կերակրում

103. Որովայնի խոռոչի պարենխիմային օրգանների վնասմանը բնորոշ համախտանիշն է՝

Ա-Սուր պերիտոնիտ

Բ-Ստամոքս-աղիքային տրակտի դիսֆունկցիան

Գ-Ներքին արյունահոսություն

Դ-Սուր շնչառական անբավարարություն

104. Որովայնի վնասման ժամանակ ամենախոցելի խոռոչավոր օրգանն է՝

Ա-Լեղապարկ

Բ-Ստամոքս

Գ-Բարակ աղի

Դ-Հաստ աղի

105. Լյարդի վնասվածքների ախտորոշման լավագույն մեթոդն է՝

Ա-Անգիոգրաֆիա

Բ-Համակարգչային տոմոգրամա

Գ-Լապարոցենտեզ

Դ-Որովայնի խոռոչի պունկցիա և լվացում

106. 3 օր առաջ երեխան կուլ է տվել 40 մմ երկարությամբ մեխ: Գանգատներ չկան: Ռենտգեն հետազոտության ժամանակ՝ մեխը ֆիքսված է ստամոքսում: Այս դեպքում ամենառացիոնալը՝

Ա-Գաստրոսկոպիա

Բ-Գաստրոտոմիա

Գ-Աղիների պերիստալտիկայի խթանում

Դ-Բարիումի սուլֆատ և դինամիկական հսկողություն

107. Երեխայի մոտ առկա է շեքի շրջանի լայնածավալ վերք՝ առանց ուղիղ աղիքի վնասման: Նրան պետք է կատարել՝

Ա-Վերքի ռևիզիա և սանացիա

Բ-Վերքի ռևիզիա և սանացիա, սիգմոստոմիա

Գ-Լապարոտոմիա, որովայնի խոռոչի ռևիզիա, վերքի ռևիզիա և սանացիա

Դ-Վերքի ռևիզիա և սանացիա, լապարոտոմիա, սիգմոստոմիա

108. Երեխայի մոտ առկա է շեքի շրջանի լայնածավալ վերք՝ ուղիղ աղիքի և սֆինկտրի վնասումով: Նրան պետք է կատարել՝

Ա-Վերքի ռևիզիա և սանացիա

Բ-Վերքի ռևիզիա և սանացիա, սիգմոստոմիա

Գ-Լապարոտոմիա, որովայնի խոռոչի ռևիզիա, վերքի ռևիզիա և սանացիա

Դ-Վերքի ռևիզիա և սանացիա, լապարոտոմիա, սիգմոստոմիա

109. Որովայնի ստորին հատվածում սուր ցավ ունեցող աղջիկների մոտ ամենատեղեկատվականն է՝

Ա-Ուղիղ աղու մատնային հետազոտություն

Բ-Կոնքի օրգանների ուլտրաձայնային դոպլերոգրաֆիկ հետազոտություն

Գ-Որովայնի դիտարկային ռենտգենոգրաֆիա

Դ-Ռեկտոռոմանոսկոպիա

110. Որովայնի ստորին հատվածում սուր ցավ ունեցող աղջիկների մոտ ամենատեղեկատվականն է՝

Ա-Ուղիղ աղու մատնային հետազոտություն

Բ-Կոնքի օրգանների ուլտրաձայնային դոպլերոգրաֆիկ հետազոտություն

Գ-Որովայնի դիտարկային ռենտգենոգրաֆիա

Դ-Լապարոսկոպիա

111. Փոքր տարիքի երեխաների մոտ ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթի արտանկման պատճառն է՝

Ա-Հետանցքի վնասվածք

Բ-Կրոնի հիվանդություն

Գ-Քրոնիկ պարապրոկտիտ

Դ-Անատոմիական առանձնահատկությունները

112. Երեխաների մոտ ուղիղ աղիքի լորձաթաղանթի արտանկումը ավելի տարածված է հետևյալ տարիքային խմբում՝

Ա-Մինչև 1 տարեկան

Բ-1 - 3 Տարեկան

Գ-3 - 7 Տարեկան

Դ-7 Տարեկանից բարձր

113. ՈՒղիղ աղու լորձաթաղանթի արտանկման հիմնական բուժումը երեխաների մոտ՝

Ա-Կոնսերվատիվ բուժում

Բ-Պարառեկտալ բջջանքի սկլերոզացում

Գ-Վիրահատություն ըստ Թիրշի

Դ-Լեվատորոպլաստիկա

114. Երեխաների մոտ սուր պարապրոկտիտի զարգացման հիմնական պատճառն է՝

Ա-Ուղիղ աղու լորձաթաղանթի վնասվածք

Բ-Բնածին պարառեկտալ խուղակի առկայությունը

Գ-Դիսբակտերիոզ

Դ-Պերիանալ շրջանի մաշկի բորբոքային հիվանդություններ

115. Երեխաների մոտ սուր պարապրոկտիտի բուժումը հետևյալն է՝

Ա-Հակաբիոտիկ թերապիայի նշանակումը

Բ-Տեղային քսուքներ հականեխիչներով

Գ-Թարախակույտի հատում և դրենավորում

Դ-Ֆիզիոթերապիա

116. Պարառեկտալ խուղակի երկարությունը և կառուցվածքը պարզելու համար օգտագործվում է՝

Ա-Ֆիստուլոգրաֆիա

Բ-Ուլտրաձայնային հետազոտություն

Գ-Համակարգչային տոմոգրաֆիա

Դ-Ռեկտոռոմանոսկոպիա

117. Երեխաների մոտ թարախային վարակի տարածման և գեներալիզացիայի միտումը պայմանավորված է՝

Ա-Կերակրման առանձնահատկություններով

Բ-Հիպերթերմիայի միտումով

Գ-Օրգանների և հյուսվածքների հարաբերական անհասությունով

Դ-Հղիության 1-ին կեսի տոքսիկոզով

118. Սեպսիսի հարուցիչներն են՝

Ա-Նախակենդանիները

Բ-Վիրուսները

Գ-Բակտերիաները

Դ-Սնկերը

119. Սեպսիսի յուրահատուկ մարկերն է հանդիսանում հետևյալ ցուցանիշի մակարդակը՝

Ա-Պրոկալցիտոնին

Բ-C- ռեակտիվ սպիտակուց

Գ-ԷՆԱ

Դ-Լեյկոցիտոզ

120. Որովայնի խոռոչի վիրաբուժական վարակի դեպքում գերակշռում են հետևյալ մանրէները՝

Ա-Staphylococcus aureus

Բ-Անաէրոբ բակտերիաները

Գ-E. Coli

Դ-Pseudomonas aeruginosa

121. Էքսուդացիան, որպես բորբոքային գործընթացի փուլերից մեկը, ընթանում է հետևյալ ժամանակահատվածում՝

Ա-Մեկ օր

Բ-Երկու օր

Գ-Երեք օր

Դ-Մեկ շաբաթ

122. Բորբոքային ինֆիլտրացիան, որպես վերքի ընթացքի փուլերից մեկը, ընթանում է հետևյալ ժամանակահատվածում՝

Ա-Առաջին օրը

Բ-Երկրորդ - չորրորդ օրերը

Գ-Հինգերորդ - վեցերորդ օրերը

Դ-Յոթերորդից - տասներորդ օրերը

123. Թարախային վերքի մաքրումը սովորաբար տեղի է ունենում.

Ա-Երկրորդ - երրորդ օրերը

Բ-Չորրորդ - վեցերորդ օրերը

Գ-Յոթերորդ - տասներորդ օրերը

Դ-Երկրորդ շաբաթվա վերջում

124. Երեխայի թարախային վերքի վիրաբուժական մշակման ժամանակ անզգայացման նպատակահարմար տեսակն է՝

Ա-Ընդհանուր անզգայացում

Բ-Տեղային ինֆիլտրացիոն անզգայացում

Գ-Տեղային հաղորդչական անզգայացում

Դ-Առանց անզգայացման

125. Ֆոլիկուլիտը իրենից ներկայացնում է՝

Ա-Մազերի ֆոլիկուլների բորբոքում

Բ-Մազի ֆոլիկուլի և հարակից ճարպագեղձի բորբոքում

Գ-Մի քանի մազերի ֆոլիկուլների բորբոքում՝ ենթամաշկային ճարպային բջջանքի ներգրավմամբ

Դ-Թարախի սահմանափակ կուտակում ենթամաշկային ճարպային բջջանքում

126. Ֆուրունկուլը իրենից ներկայացնում է՝

Ա-Մազերի ֆոլիկուլների բորբոքում

Բ-Մազի ֆոլիկուլի և հարակից ճարպագեղձի բորբոքում

Գ-Մի քանի մազերի ֆոլիկուլների բորբոքում՝ ենթամաշկային ճարպային բջջանքի ներգրավմամբ

Դ-Թարախի սահմանափակ կուտակում ենթամաշկային ճարպային բջջանքում

127. Կարբունկուլը իրենից ներկայացնում է՝

Ա-Մազերի ֆոլիկուլների բորբոքում

Բ-Մազի ֆոլիկուլի և հարակից ճարպագեղձի բորբոքում

Գ-Մի քանի մազերի ֆոլիկուլների բորբոքում՝ ենթամաշկային ճարպային բջջանքի ներգրավմամբ

Դ-Թարախի սահմանափակ կուտակում ենթամաշկային ճարպային բջջանքում

128. Ֆուրունկուլի բուժումը ինֆիլտրացիայի փուլում՝

Ա-Թարախանեկրոտիկ ձողի հեռացում

Բ-Թարախակույտի հատում

Գ-Նեկրէկտոմիա

Դ-Կոնսերվատիվ տեղային թերապիա

129. Վերին շրթունքի, քիթ-շրթունքային եռանկյունու, քթի և ենթաօրբիտալ շրջանի ֆուրունկուլը վտանգավոր է հետևյալ ախտաբանական վիճակի զարգացմամբ՝

Ա-Դեմքի այտուցվածություն

Բ-Խոզուկ

Գ-Թարախային բազալ մենինգիտ

Դ-Քթային արյունահոսություն

130. «Կարմիր քամու» (erysipelas) ժամանակ բորբոքային պրոցեսը զարգանում է հիմնականում՝

Ա-Մաշկի հաստության մեջ

Բ-Ենթամաշկային հյուսվածքում

Գ-Մակերեսային փակեղի մակարդակում

Դ-Ենթափակեղային մակարդակում

131. Օստեոմիելիտը իրենից ներկայացնում է հետևյալ թարախային բորբոքում՝

Ա-Երկար խողովակավոր ոսկորների ոսկրածուծի

Բ-Ոսկրի սպունգանման նյութի

Գ-Ոսկրածուծը՝ ներգրավելով ոսկրի սպունգանման նյութը, կոմպակտ նյութը, վերնոսկրը և շրջակա հյուսվածքները

Դ-Վերնոսկրի և շրջակա հյուսվածքների թարախային բորբոքում

132. Հեմատոգեն օստեոմիելիտի ամենատարածված տեղակայումը՝

Ա-Կարճ խողովակավոր ոսկրեր

Բ-Երկար խողովակավոր ոսկրեր

Գ-Ողեր

Դ-Գանգի ոսկրեր

133. Սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտի ռենտգեն նշանները ի հայտ են գալիս՝

Ա-Հիվանդության սկզբից 1 - 2 օրերը

Բ-Հիվանդության սկզբից 3 - 5 օրերը

Գ-Հիվանդության սկզբից սկսած առաջին շաբաթվա վերջում

Դ-Հիվանդության սկզբից սկսած երկրորդ շաբաթվա վերջում

134. Սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտի կասկածի դեպքում ռենտգեն քնությունը կատարվում է հիվանդության սկզբից 1-2-րդ օրերը, որպեսզի՝

Ա-Սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտի ախտորոշման հաստատման նպատակով

Բ-Օպտիմալ վիրահատական միջամտության ընտրության համար

Գ-Շրջակա հյուսվածքների վիճակի գնահատման նպատակով

Դ-Այլ պաթոլոգիական պրոցեսների կամ ոսկրային վնասվածքների բացառման նպատակով

135. Սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտի առաջին ռադիոլոգիական նշանն է՝

Ա-Վերնոսկրի հաստացում և/կամ շերտազատում

Բ-Փափուկ հյուսվածքների «լղոզված» վիճակ

Գ-Օստեոսկլերոզ

Դ-Սեկվեստրալ խոռոչի առկայությունը

136. Սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտի վաղ ախտորոշման մեթոդն է՝

Ա-Ռադիոգրաֆիա

Բ-Համակարգչային տոմոգրաֆիա

Գ-Ուլտրաձայնային հետազոտություն

Դ-Մագնիսական ռեզոնանսային տոմոգրաֆիա

137. Ուլտրաձայնային հետազոտությունը սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտի դեպքում թույլ է տալիս որոշել՝

Ա-Ոսկրի շրջակա փափուկ հյուսվածքի այտուցվածություն

Բ-Ոսկրածուծի այտուց և քայքայում

Գ-Ոսկրի կոմպակտ հյուսվածքի քայքայում

Դ-Ոսկրի վերնոսկրի շերտազատում

138. Սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտի շճային բորբոքման փուլում ցուցված է՝

Ա-Վիրահատական միջամտություն

Բ-Հակաբիոտիկ թերապիա

Գ-Սեկվեստրէկտոմիա

Դ-Դինամիկ հսկողություն

139. Ոսկրային հյուսվածքում սեկվեստրների ձևավորման ժամկետն է՝

Ա-3 Շաբաթ

Բ-4-8 Շաբաթ

Գ-2-3 Ամիս

Դ-6 Ամիս

140. Խրոնիկ օստեոմիելիտի ախտորոշման հիմնական մեթոդն է՝

Ա-Ռադիոգրաֆիա

Բ-Ռեովազոգրաֆիա

Գ-Կլինիկական հետազոտություն

Դ-Լաբորատոր հետազոտություն

141. Սուր շճաթարախային արթրիտի դեպքում կատարվում է՝

Ա-Արթրոտոմիա՝ հոդի խոռոչի դրենավորումով

Բ-Պունկցիոն բուժման մեթոդ

Գ-Հոդային մակերեսների հեռացում

Դ-Վերջույթների անդամահատում

142. Նորածնի մոտ ինքնուրույն կղարտադրությունը բացակայում է: Որովայնը փքված է, պերիստալտիկան ուժեղացած է: Այս դեպքում կարելի է ենթադրել Հիրշպրունգի հիվանդության հետևյալ ձևը՝

Ա-Սուր

Բ-Ենթասուր

Գ-Քրոնիկ

Դ-Տոտալ

143. Նորածնի մոտ ախտորոշվել է Հիրշպրունգի հիվանդության սուր ձև: Նրա համար վիրահատական միջամտության օպտիմալ մեթոդն է՝

Ա-Կոլոստոմա՝ հաստ աղու անցումային գոտում

Բ-Լայնական հաստ աղու գալարային կոլոստոմա

Գ-Վայրէջ հաստ աղու կոլոստոմա

Դ-Ռադիկալ վիրահատություն

144. Նեկրոզացնող էնտերոկոլիտի 1-ին փուլի ռենտգենաբանական պատկերն է՝

Ա-Աղիների հավասարաչափ գազալեցումը

Բ-Աղիների անհավասարաչափ գազալեցումը՝ մակարդակներով

Գ-Աղիքային պատի պնևմատոզ

Դ-Պորտալ երակի գազի առկայություն

145. Աղիների լրիվ անանցանելիության երկու առաջատար ախտանիշներն են՝

Ա-Կղանքի և գազերի բացակայություն, փսխում կղանքային միացումներով

Բ-Որովայնի փքվածություն և փսխում պաթոլոգիական միացումներով

Գ-Փսխում և որովայնի ասիմետրիա

Դ-Արյունահոսություն ուղիղ աղիքից և որովայնի ասիմետրիա

146. Նորածնի մոտ աղիների ոլորքի ամենահաճախ հանդիպող ախտանիշն է՝

Ա-Թարմ արյուն ուղիղ աղիքից

Բ-«Տառապող» դեմքի արտահայտություն

Գ-Շոշափելի, ցավոտ զանգված որովայնում

Դ-Կրկնվող փսխում՝ կանգային մնացորդներով

147. Նորածնի որովայնի պարզ դիտարկային ռենտգեն պատկերի վրա առկա է հեղուկի երկու մակարդակ՝

Ա-Տասներկումատնյա աղու ատրեզիա

Բ-Հաստ աղու ստենոզ

Գ-Պիլորիկ ատրեզիա

Դ-Ստամոքս-աղիքային տրակտի ցանկացած հատվածի ատրեզիա

148. Անտենատալ շրջանում հնարավոր չի ախտորոշել՝

Ա-Լեդդի համախտանիշ

Բ-Աղիների երկատում

Գ-Տասներկումատնյա աղիքի ատրեզիա

Դ-Մեկոնեալ իլեուս

149. Ըստ օբտուրացիայի մակարդակի՝ աղիքային անանցանելիությունը բաժանվում է՝

Ա-Բարձր և ցածր

Բ-Բարձր, միջին և ցածր

Գ-Բնածին և ձեռքբերովի

Դ-Մեխանիկական և դինամիկ

150. Բարձր աղիքային անանցանելիության հիմնական կլինիկական ախտանիշներն են՝

Ա-Ներընկած որովայն, անցավ՝ շոշափման ժամանակ, ստամոքսից ախտաբանական արտադրություն

Բ-Որովայնի փքվածություն, ցավ՝ շոշափման ժամանակ, ստամոքսից ախտաբանական արտադրություն

Գ-Որովայնի փքվածություն, անցավ՝ շոշափման ժամանակ, ստամոքսից ախտաբանական արտադրություն

Դ-Ներընկած որովայն, ցավ՝ շոշափման ժամանակ, ստամոքսից ախտաբանական արտադրություն

151. Ցածր աղիքային անանցանելիության հիմնական կլինիկական ախտանիշներն են՝

Ա-Ներընկած որովայն, անցավ՝ շոշափման ժամանակ, ստամոքսից ախտաբանական արտադրություն

Բ-Որովայնի փքվածություն, ցավ՝ շոշափման ժամանակ, ստամոքսից ախտաբանական արտադրություն

Գ-Որովայնի փքվածություն, անցավ՝ շոշափման ժամանակ, ստամոքսից ախտաբանական արտադրություն

Դ-Ներընկած որովայն, ցավ՝ շոշափման ժամանակ, ստամոքսից ախտաբանական արտադրություն

152. Լեդդի համախտանիշով երեխայի որովայնի խոռոչի ուլտրաձայնային հետազոտություն ախտանիշն է՝

Ա-«Խխունջի» ախտանիշ

Բ-«Թիրախի» ախտանիշ

Գ-«Կեղծ երիկամի» ախտանիշ

Դ-«Կեղծ օբստրուկցիայի» ախտանիշ

153. Դինամիկական աղիքային անանցանելիությունը միշտ՝

Ա-Ցածր է

Բ-Բարձր է

Գ-Միջին է

Դ-Խառը տիպի է

154. Բարակ աղու ատրեզիան արտահատվում է՝

Ա-Կյանքի առաջին օրերին

Բ-Կյանքի 10րդ օրից

Գ-1 Ամսեկանում

Դ-Պատահական է հայտնաբերվում

155. Տասներկումատնյա աղու բնածին թաղանթը (մեմբրանա) հանդիսանում է հետևյալ աղիքային անանցանելիության պատճառ՝

Ա-Բարձր օբտուրացիոն

Բ-Ցածր օբտուրացիոն

Գ-Ստրանգուլյացիոն

Դ-Դինամիկական

156. Վիրահատական միջամտության տեսակը, որն իրականացվում է նորածնի մոտ օղակած և ենթաստամոքսային գեղձի հետ կապված - հետևյալն է՝

Ա-Դուոդենո - դուոդենալ անաստոմոզ

Բ-Էնտերոստոմիա

Գ-Գաստրոստոմիա

Դ-Գաստրոէնտերոանաստոմոզ ըստ Ռուի

157. Նորածինների նեկրոզացնող էնտերոկոլիտը հանդիսանում է հետևյալ աղիքային անանցանելիության պատճառ՝

Ա-Բարձր օբտուրացիոն

Բ-Ցածր օբտուրացիոն

Գ-Ստրանգուլյացիոն

Դ-Դինամիկական

158. Սուպրաստենոտիկ լայնացումը որոշվում է ռետրոգրադ իրիգոգրաֆիայով հետևյալ հիվանդության ժամանակ՝

Ա-Հիրշպրունգի հիվանդություն

Բ-Բարակ աղու ատրեզիա

Գ-Օղակաձև ենթաստամոքսային գեղձ

Դ-Կերակրափողի ատրեզիա

159. Մեկոնյալ իլեուսը բնորոշ է հետևյալ հիվանդության ժամանակ՝

Ա-Հիրշպրունգի հիվանդություն

Բ-Բարակ աղու աթրեզիա

Գ-Հիպոթիրեոզ

Դ-Մուկովիսցիդոզ

160. Նորածինների մոտ բարակ աղու ոլորքը հանդիսանում է հետևյալ աղիքային անանցանելիության պատճառ՝

Ա-Բարձր օբտուրացիոն

Բ-Ցածր օբտուրացիոն

Գ-Ստրանգուլյացիոն

Դ-Դինամիկական

161. Աղիների բնածին ստրանգուլյացիոն անանցանելիությունը արտահատվում է՝

Ա-Կյանքի առաջին օրերին

Բ-Նախածննդյան շրջանում

Գ-Կյանքի առաջին ամսվա վերջում

Դ-3 ամսական հասակում

162. Լեդի համախտանիշն է՝

Ա-Տասներկումատնյա աղու սեղմում սաղմնային ձգաններով և միջին աղու ոլորք

Բ-Կույր աղու գմբեթի պաթոլոգիական շարժունակություն

Գ-Սիգմայաձև հաստ աղու լրացուցիչ գալար

Դ-Վաղ կպումային աղիքային անանցանելիություն

163. Բարձր աղիքային անանցանելիությամբ որովայնի խոռոչի կողմից առկա է՝

Ա-Որովայնի էպիգաստրալ շրջանի փքվածություն և ստորին հարկերի ներանկում

Բ-Որովայնի լարվածություն

Գ-Սուր ցավ՝ որովայնի շոշափման ժամանակ

Դ-Որովայնի հավասարաչափ փքվածություն

164. Նորածնի միջին աղիքի ոլորքի ժամանակ՝ կղանքին բնորոշ է՝

Ա-Հեմոռագիկ բաղադրիչ

Բ-Լորձի խցաններ

Գ-Մեկոնիում

Դ-Փրփուր

165. Նորածնային մեկոնեալ իլեուսը հետևանք է՝

Ա-Խցանում բարակ աղիքի մակարդակով

Բ-Խցանում տասներկումատնյա աղիքի մակարդակով

Գ-Խցանում հաստ աղիքի մակարդակում

Դ-Բորբոքային պրոցես աղիներում

166. Նորածնի մոտ պարետիկ աղիքային անանցանելիությունը հետևանք է՝

Ա-Բորբոքային պրոցես աղիներում

Բ-Խցանում տասներկումատնյա աղիքի մակարդակով

Գ-Խցանում հաստ աղիքի մակարդակում

Դ-Միջին աղու ոլորք

167. Նորածնի մոտ ստրանգուլյացիոն աղիքային անանցանելիությունը հետևանք է՝

Ա-Բորբոքային պրոցես աղիներում

Բ-Խցանում տասներկումատնյա աղիքի մակարդակով

Գ-Խցանում հաստ աղիքի մակարդակում

Դ-Միջին աղու ոլորք

168. Նորածնային նեկրոզացնող էնտերոկոլիտը 3-րդ փուլում որովայնի ռենտգեն հետազոտությունով դրսևորվում է՝

Ա-Ազատ գազ որովայնի խոռոչում

Բ-Հեղուկ – գազ մակարդակների առկայությունով

Գ-Աղիներում գազի բացակայությունով

Դ-Աղու գալարների անհավասարաչափ օդալեցում

169. Նորածնային նեկրոզացնող էնտերոկոլիտի ժամանակ ախտահարվում է՝

Ա-Աղու պատի բոլոր շերտերը

Բ-Միայն աղու լորձաթաղանթը

Գ-Միայն աղու լորձաթաղանթը և ենթալորձաթաղանթը

Դ-Միայն աղու սեռոզմկանային շերտը

170. Օմֆալոցելեի դեպքում որովայնի առաջային պատի դեֆեկտը տեղակայվում է՝

Ա-Պորտային օղի շրջանում

Բ-Պորտային օղից աջ

Գ-Պորտային օղից ձախ

Դ-Պորտային օղից ներքև

171. Օմֆալոցելեն որովայնի առաջային պատի արատ է, որը ձևավորվում է՝

Ա-Հղիության 10-12 շաբաթ

Բ-Հղիության 18-19 շաբաթ

Գ-Հղիության 25-26 շաբաթ

Դ-Հղիության 30-32 շաբաթ

172. Օմֆալոցելով նորածինների մոտ ամենատարածված զուգակցվող օրգանների հիվանդություններն են՝

Ա-Աղիներ

Բ-Լյարդ

Գ-Երիկամներ

Դ-Կմախք

173. Գաստրոշիզիսի դեպքում որովայնի առաջային պատի դեֆեկտը տեղակայվում է՝

Ա-Պորտային օղի շրջանում

Բ-Պորտային օղից աջ

Գ-Պորտային օղից ձախ

Դ-Պորտային օղից ներքև

174. Գաստրոշիզիսը որովայնի առաջնային պատի արատ է, որը ձևավորվում է՝

Ա-Օմֆալոմեզենտերիկ զարկերակի ճյուղի թրոմբոզից

Բ-Պտղի աղիքային անանցանելիությունից

Գ-Արգանդի պլացենտար շրջանառության խանգարումներից

Դ-Պտղի ներարգանդային հիպօքսիայից

175. Անուսի ատրեզիայով նորածնի հետազոտությունը նպատակահարմար է իրականացնել ծնվելուց հետո՝

Ա-2 - 4 ժամ անց

Բ-10 - 12 ժամ անց

Գ-24 ժամ անց

Դ-28 - 32 ժամ անց

176. Հետանցքի ատրեզիայի մակարդակի ախտորոշման առաջարկվող մեթոդներից առավել տեղեկատվականն է՝

Ա-Շեքի ուլտրաձայնային հետազոտություն/կողային ինվերտոգրամա

Բ-Ինվերտոգրամա ըստ Վանգենստինի

Գ-Շեքի շրջանում պունկցիա

Դ-«Մատնային հրման» ախտանիշ

177. Նորածինների ֆլեգմոնայի առավել հաճախ տեղայնացումը՝

Ա-Մարմնի հետին մակերեսը

Բ-Կրծքավանդակի առաջային պատը

Գ-Դեմքը

Դ-Հարպորտային շրջանը

178. Նորածինների երկար խողովակավոր ոսկրերի օստեոմիելիտի վաղ կլինիկական ախտանիշն է՝

Ա-Ախտահարված վերջույթի «կեղծ պարեզի» կլինիկա

Բ-Սուբֆեբրիլ ջերմաստիճանը

Գ-«Դանդաղ և թույլ» կրծքի ծծում

Դ-Հոդը շրջապատող հյուսվածքների հիպերեմիա և այտուց

179. Նորածինների օստեոմիելիտի դեպքում ոսկրում ախտաբանական գործընթացի տեղայնացումը հետևյալն է՝

Ա-Մետաէպիֆիզային գոտի

Բ-Էպիֆիզ

Գ-Դիաֆիզ

Դ-Ոսկրի տոտալ ախտահարում

180. Նորածնի մոտ ազդրոսկրի պրոքսիմալ հատվածի սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտի տեղային բուժման ժամանակ ցուցված է՝

Ա-Կպչուն սպեղանիով ձգում

Բ-Ազդրոսկրի տրեպանացիա

Գ-Կմախքային ձգում

Դ-Գիպսային լանգետ

181. Պորտային ֆունգուսն է՝

Ա-Պորտալարն ընկնելուց հետո՝ պորտի հատակում գրանուլյացիոն հյուսվածքի աճ

Բ-Պորտի հատակի հյուսվածքային բորբոքում

Գ-Պորտալարն ընկնելուց հետո՝ պորտի հատակի սպիական կազմափոխված հյուսվածք

Դ-Նորածինների պորտի հատակի սնկային ախտահարում

182. Նորածինների արթրիտի ուլտրաձայնային նշաններն են՝

Ա-Հոդային (արտաքիրտ), հոդային աճառի հաստացում

Բ-Ոսկրի դեստրուկցիայի օջախներ, պերիոստիտ

Գ-Ոչ մի փոփոխություն չի հայտնաբերվում

Դ-Ոսկրային հյուսվածքի «նոսրացում», պերիոստի «խտացում»

183. Պիլորոստենոզի առաջին կլինիկական ախտանշանները հայտնաբերվում են՝

Ա-Ծնվելուց հետո առաջին օրերին

Բ-Ցանկացած տարիքում

Գ-Կյանքի երրորդ շաբաթվա սկզբին

Դ-1 Ամսից հետո

184. Պիլորոստենոզի ժամանակ «շատրվանանման» փսխումը բնութագրվում է՝

Ա-Փսխումը տեղի է ունենում անմիջապես կերակրելուց հետո

Բ-Մեկ փսխման զանգվածը ավելի մեծ է, քան մեկ կերակրման զանգվածը

Գ-Փսխումը լեղի է պարունակում

Դ-Փսխումը կերակրման հետ կապ չունի

185. Պիլորոստենոզի ժամանակ երեխայի որովայնի շոշափման ժամանակ հնարավոր է՝

Ա-Հայտնաբերել որովայնամզի գրգռման ախտանիշները

Բ-Շոշափել հիպերտրոֆիկ ստամոքսաելքը (պիլորուսը)

Գ-Շոշափել մեծացած փայծաղը

Դ-Հայտնաբերել ցավ լեղապարկի պրոյեկցիայում շոշափելիս

186. Պիլորոստենոզի ժամանակ ցուցված է՝

Ա-Անհապաղ՝ կյանքի ցուցումով վիրահատություն

Բ-Վիրահատություն՝ նախավիրահատական նախապատրաստությունից հետո

Գ-Կոնսերվատիվ բուժում

Դ-Նազոգաստրալ զոնդով կերակրում և կոնսերվատիվ բուժում

187. Պիլորոստենոզի ժամանակ նորածնի մոտ ռենտգեն կոնտրաստային հետազոտություն անցկացնելիս հայտնաբերվում է՝

Ա-«Թիրախի» ախտանիշ

Բ-«Կտուցի» ախտանիշ

Գ-«Կրկնակի օդային բշտի» ախտանիշ

Դ-«Ձագարի» ախտանիշ

188. Կրծքավանդակի օրգանների պաթոլոգիկ փոփոխությունների ճիշտ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է կատարել Ռ-գրաֆիա պացիենտի հետևյալ դիրքում՝

Ա-Մեջքի վրա պառկած

Բ-Կանգնած

Գ-Որովայնի վրա պառկած

Դ-Տրենդելենբուրգի դիրքում

189. Կերակրափողի կոնտրաստային հետազոտությունը բարիումով խորհուրդ չի տրվում հետևյալ պաթոլոգիայի դեպքում՝

Ա-Կարդիայի խալազիա

Բ-Կարդիայի ախալազիա

Գ-Բնածին շնչափող-կերակրափողային խուղակ

Դ-Կերակրափողի երկատում

190. Էզոֆագոսկոպիան նպատակահարմար չէ հետևյալ պաթոլոգիայի դեպքում՝

Ա-Կերակրափողի բնածին ստենոզ

Բ-Կերակրափողի այրվածք

Գ-Կարդիայի խալազիա

Դ-Կերակրափողի ատրեզիա

191. Նորածնի մոտ կրծքավանդակի աջ կեսում դիտվում է պերկուտոր հնչյունի կարճացում, աուսկուլտատիվ՝ շնչառության բացակայություն, Ռ-գրաֆիայով՝ միջնորմի տեղաշարժ դեպի աջ: Բրոնխոսկոպիայով աջ գլխավոր բրոնխը բացակայում է: Առավել հավանական ախտորոշումն է՝

Ա-Թոքի հիպոպլազիա

Բ-Թոքի ապլազիա

Գ-Թոքի ագենեզիա

Դ-Թոքի ատելեկտազ

192. ԿՏ քննությամբ թոքի պարենքիմայում հայտնաբերվում են հստակ եզրագծերով բարակ պատերով օդակիր խոռոչներ: Առավել հավանական ախտորոշումն է՝

Ա-Թոքի թարախակույտ

Բ-Թոքերի կիստոզ ադենոմատոիդ մալֆորմացիա

Գ-Պիոպնևմոթորաքս

Դ-Պնևմոթորաքս

193. Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիայով դիտվում է պլևրալ խոռոչի տոտալ մթագնում միջնորմի հրումով դեպի ախտահարման կողմը: Առավել հավանական ախտորոշումն է՝

Ա-Թոքի տոտալ ատելեկտազ

Բ-Թոքի տոտալ էմպիեմա

Գ-Լոբար էմֆիզեմա

Դ-Թոքի աբսցես

194. Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիայով դիտվում է պլևրալ խոռոչում օդի կուտակում, որը ճնշում է թոքը և առաջացնում միջնորմի հրում դեպի հակառակ կողմը: Առավել հավանական ախտորոշումն է

Ա-Լարված հիդրոպնևմոթորաքս

Բ-Լարված պնևմոթորաքս

Գ-Պլևրայի տոտալ էմպիեմա

Դ-Լոբար էմֆիզեմա

195. Թոքի տոտալ ատելեկտազի դեպքում աուսկուլտատիվ դիտվում է

Ա-Ամֆորիկ շնչառություն

Բ-Շնչառության թուլացում

Գ-Բրոնխիալ շնչառություն

Դ-Շնչառության բացակայություն

196. Պացիենտի մոտ առկա է պարցիալ պնևմոթորաքս (մինչև 1 սմ հաստությամբ) և շնչական անբավարարություն: Անհրաժեշտ է իրականացնել՝

Ա-Ինտենսիվ թերապիա առանց վիրահատական միջամտության

Բ-Պլևրալ պունկցիա

Գ-Պլևրալ խոռոչի դրենավորում ըստ Բյուլաուի

Դ-Բրոնխոսկոպիա

197. Լարված պիոպնևմոթորաքսի դեպքում անհրաժեշտ է իրականացնել՝

Ա-Պլևրալ պունկցիա

Բ-Պլևրալ խոռոչի դրենավորում ըստ Բյուլաուի

Գ-Թորակոսկոպիա ուլտրաձայնային սանացիայով

Դ-Պլևրալ խոռոչի դրենավորում ակտիվ ասպիրացիայով

198. Ո՞րն է կերակրափողի ատրեզիայով երեխայի մոտ շնչափող-կերակրափողային դիստալ խուղակի առկայությունը բացառող կլինիկական ախտանիշը

Ա-Ցիանոզ

Բ-Բերանից փրփրային արտադրություն

Գ-Ներընկած որովայն

Դ-Խզզոցներ թոքերի աուսկուլտացիայի ժամանակ

199. Նորածնի մոտ ստամոքսի գազային բուշտը բացակայում է հետևյալ պաթոլոգիայի դեպքում

Ա-Կերակրափողի ատրեզիա դիստալ շնչափող-կերակրափողային խուղակով

Բ-Կերակրափողի ատրեզիա (առանց խուղակի)

Գ-Բնածին կարճ կերակրափող

Դ-Ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածք

200. Երեխաների մոտ թորակոսկոպիայի ժամանակ հնարավոր են հետևյալ բարդությունները

Ա-Լարված կրծքավանդակի համախտանիշ

Բ-Օդային էմբոլիա

Գ-Թոք-սրտային անբավարարություն

Դ-Բոլոր թվարկվածները

201. Թոքի սեկվեստրացիայի ախտորոշման առավել ինֆորմատիվ եղանակն է՝

Ա-ՀՇ ներերակային կոնտրաստավորումով

Բ-Բրոնխոգրաֆիա

Գ-Անգիոպուլմոնոգրաֆիա

Դ-Թոքերի սկանավորում

202. Դեպի բրոնխ դրենավորված թոքի թարախակույտի դեպքում բուժման առավել օպտիմալ եղանակն է՝

Ա-Աբսցեսի պունկցիա

Բ-Բրոնխոսկոպիկ սանացիա

Գ-Պլևրալ խոռոչի դրենավորում

Դ-Ռադիկալ վիրահատություն

203. Պլևրալ խոռոչի տոտալ էմպիեմայի դեպքում հիվանդության վաղ փուլում ավելի նպատակահարմար է իրականացնել՝

Ա-Պլևրալ խոռոչի պունկցիա

Բ-Պլևրալ խոռոչի դրենավորում ըստ Բյուլաուի

Գ-Պլևրալ խոռոչի դրենավորում ակտիվ ասպիրացիայով

Դ-Թորակոսկոպիկ սանացիա

204. Պացիենտի վիճակը ծայրահեղ ծանր է: Շնչառությունը խիստ դժվարացած է, առկա են կրծքավանդակի ներքաշումներ: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիայով դիտվում է

երկու թոքերի թափանցելիության բարձրացում: Անամնեզում օտար մարմնի ասպիրացիա է: Առավել հավանական ախտորոշումն է՝

Ա-Կոկորդի օտար մարմին

Բ-Շնչափողի ֆիքսված օտար մարմին

Գ-Շնչափողի ֆլոտացվող օտար մարմին

Դ-Բրոնխի օտար մարմին

205. Նորածինների մոտ առավել հաճախ հանդիպում է կերակրափողի հետևյալ բնածին անոմալիան՝

Ա-Բնածին իզոլացված շնչափող-կերակրափողային խուղակ

Բ-Կերակրափողի ատրեզիա դիստալ շնչափող-կերակրափողային խուղակով

Գ-Կերակրափողի ատրեզիա պրոքսիմալ շնչափող-կերակրափողային խուղակով

Դ-Կերակրափողի ատրեզիա առանց խուղակի

206. Երեխաների մոտ թոքի կիստայի առավել հաճախ դիտվող բարդությունն է՝

Ա-Կիստայի պատռում պնևմոթորաքսի առաջացմամբ

Բ-Արյունահոսություն

Գ-Կիստայի թարախակալում

Դ-Կիստայի լարված վիճակ

207. Թոքի բիոպսիան ցուցված է հետևյալի դեպքում՝

Ա-Թոքի նորագոյացություն

Բ-Բնածին լոբար էմֆիզեմա

Գ-Թոքի սեկվեստրացիա

Դ-Թոքի կիստա

208. 2 տարեկան երեխայի մոտ ախտորոշվել է կոմպենսացված լոբար էմֆիզեմա: Անհրաժեշտ է իրականացնել՝

Ա-Պլանային կարգով վիրահատական բուժում

Բ-Շտապ կարգով վիրահատական բուժում

Գ-Կոնսերվատիվ թերապիա

Դ-Սպասողական տակտիկա

209. Արհեստական կերակրափողի ձևավորման ցուցում է հանդիսանում՝

Ա-Կերակրափողի 2-րդ աստիճանի այրվածք

Բ-Կերակրափողի 3-րդ աստիճանի այրվածք

Գ-Կերակրափողի 4-րդ աստիճանի այրվածք

Դ-Կերակրափողի երկայնական սպիական ստենոզ, որը չի ենթարկվում բուժման

210. 8 տարեկան երեխայի մոտ վնասվածքից հետո դիտվում է չափավոր հեմոթորաքս: Առավել նպատակահարմար բուժման եղանակն է՝

Ա-Պլևրալ պունկցիա

Բ-Դրենավորում ըստ Բյուլաուի

Գ-Դրենավորում ակտիվ ասպիրացիայով

Դ-Թորակոսկոպիա

211. Թոքի տրավմատիկ պատռումով և լարված պնևմոթորաքսով երեխայի մոտ անհրաժեշտ է շտապ իրականացնել հետևյալ բուժական միջոցառումը՝

Ա-Օքսիգենոթերապիա

Բ-Նարկոտիկ ցավազրկողների ներմուծում

Գ-Թոքերի արհեստական վենտիլյացիա

Դ-Պլևրալ պունկցիա, պլևրալ խոռոչի դրենավորում

212. Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիայով դիտվում է պլևրալ խոռոչի տոտալ մթագնում միջնորմի հրումով դեպի առողջ կողմ: Հնարավոր ախտորոշումն է՝

Ա-Պիոթորաքս

Բ-Ատելեկտազ

Գ-Պիոպնևմոթորաքս

Դ-Պնևմոթորաքս

213. Շնչուղիներում օտար մարմնի կասկածի դեպքում բացարձակ ցուցված է՝

Ա-Բրոնխոսկոպիա

Բ-ՄՌՏ

Գ-ԿՏ

Դ-Սցինտիգրաֆիա

214. Հետևյալ պաթոլոգիաներից որն է առաջացնում ներկրծքային լարվածության համախտանիշ՝

Ա-Պնևմոթորաքս

Բ-Թոքի ատելեկտազ

Գ-Կերակրափողի ատրեզիա

Դ-Ստոծանու ռելաքսացիա

215. Ներկրծքային լարվածության համախտանիշին բնորոշ է ՝

Ա-Ախտահարման կողմից միջկողային տարածությունների լայնացում

Բ-Միջնորմի հրում դեպի ախտահարման կողմ

Գ-Կրծքավանդակի երկկողմանի ախտահարում

Դ-Ախտահարման կողմում ստոծանու գմբեթի բարձր դիրք

216. Ներկրծքային լարվածության համախտանիշի Ռ-գրաֆիկ նշաններն են՝

Ա-Միջնորմի հրում դեպի հակառակ կողմ

Բ-Ախտահարման կողմում ստոծանու գմբեթի բարձր դիրք

Գ-Միջնորմի հրում դեպի ախտահարման կողմ

Դ-Ախտահարման կողմում միջկողային տարածությունների նեղացում

217. Ներկրծքային լարվածության համախտանիշ առաջացնում է

Ա-Բնածին լոբար էմֆիզեման

Բ-Ռեսպիրատոր դիսթրես սինդրոմը

Գ-Ստոծանու գմբեթի ռելաքսացիան

Դ-Թոքի ատելեկտազը

218. Շնչափող-կերակրափողային խուղակով կերակրափողի ատրեզիայի դեպքում դիտվում է

Ա-Բերանից փրփրային արտադրություն

Բ-Հևոց

Գ-Փսխումներ կտրված կաթի տեսքով

Դ-Կղանքի բացակայություն

219. Թոքի ագենեզիան

Ա-Թոքի բացակայությունն է գլխավոր բրոնխի հետ միասին

Բ-Միայն թոքի պարենքիմայի բացակայությունն է

Գ-Թոքի էմֆիզեմատոզ փոփոխությունն է

Դ-Թոքի սեկվեստրացիան է

220. Կրծքավանդակի թափանցող վնասվածքի հավաստի նշան է համարվում

Ա-Կրծքավանդակի վերքից օդի արտահոսքը

Բ-Արյունախխումը

Գ-Դժվարաշնչությունը

Դ-Ենթամաշկային էմֆիզեման

221. Տրավմատիկ ստոծանիական ճողվածքի կասկածի դեպքում հակացուցված է կատարել

Ա-Պլևրալ պունկցիա

Բ-Կրծքավանդակի դիտարկային Ռ-գրաֆիա

Գ-Per os բարիումով կոնտրաստային հետազոտություն

Դ-Պնևմոպերիտոնեում

222. Լարված պնևմոթորաքսին բնորոշ է

Ա-«Համր» թոք

Բ-Պարանոցի երակների արտափքվածություն

Գ-Հիպոտենզիա

Դ-Բոլոր նշվածները

223. Սուր մեդիաստինիտի առաջացման ամենահաճախ պատճառն է՝

Ա-Կերակրափողի պատռվածքը

Բ-Վիրահատական միջամտությունը

Գ-Թարախային լիմֆադենիտը պրոցեսի տարածումով

Դ-Պարանոցից թարախային պրոցեսի տարածումը

224. Երեխան խմել է 1 կում քացախաթթվի էսենցիա և միանգամից բերվել է ստացիոնար: Անհրաժեշտ է իրականացնել ստամոքսի լվացում հետևյալով

Ա-Սենյակային ջերմաստիճանի ջրով

Բ-Թթվային լուծույթով

Գ-Սառը ջրով

Դ-Հիմնային լուծույթով

225. Ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածքի դեպքում առավել ինֆորմատիվ հետազոտման մեթոդն է՝

Ա-Կերակրափողի և ստամոքսի կոնտրաստային Ռ-հետազոտությունը

Բ-Ֆիբրոէզոֆագոսկոպիան

Գ-Կրծքավանդակի դիտարկային Ռ-սկոպիա

Դ-ԿՏ

226. Գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսի դեպքում կերակրափողի կողմից դիտվող հնարավոր բարդությունն է՝

Ա-Պեպտիկ նեղացում

Բ-Կերակրափողի երակներից արյունահոսություն

Գ-Կերակրափողի պերֆորացիա

Դ-Էզոֆագոսպազմ

227. Կերակրափողի առավել խորը վնասում առաջանում է հետևյալ բնույթի քիմիական նյութ խմելուց հետո՝

Ա-Հիմնային

Բ-Ոչ օրգանական թթվային

Գ-Օրգանական թթվային

Դ-Սպիրտային

228. Կրծքավանդակի թափանցող վերքի դեպքում լայնածավալ թորակոտոմիայի բացարձակ ցուցում է հանդիսանում՝

Ա-Դեպի պլևրալ խոռոչ շարունակվող արյունահոսությունը

Բ-Դադարած հեմոթորաքսը

Գ-Պնևմոթորաքսը

Դ-Կողերի բազմակի կոտրվածքները

229. Պնևմոթորաքսի դեպքում պլևրալ խոռոչի դրենավորման համար առավել հարմար/ճիշտ տեղն է՝

Ա-Միջին անրակային գծով 7-րդ միջկող

Բ-Միջին անութային գծով 5-րդ միջկող

Գ-Առաջային անութային գծով 7-րդ միջկող

Դ-Հետին անութային գծով 8-րդ միջկող

230. Երեխայի ընդհանուր վիճակը ծանր է, դիտվում է հևոց, արտահայտված տենդ: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիայով աջ թոքի պրոյեկցիայում առկա է խոռոչ հեղուկի մակարդակով և պերիֆոկալ ռեակցիա: Ախտորոշումն է՝

Ա-Թոքի թարախակույտ

Բ-Թոքի բուլլա

Գ-Պնևմոթորաքս

Դ-Պիոպնևմոթորաքս

231. Ֆիբրինոթորաքսի առավել ռադիկալ բուժում է հանդիսանում՝

Ա-Թորակոսկոպիկ սանացիան

Բ-Պլևրալ խոռոչի դրենավորումը

Գ-Ֆիզիոթերապիան

Դ-Պլևրալ խոռոչի պունկցիան

232. Լրիվ առողջ ֆոնի վրա երեխայի մոտ կտրուկ դիտվել է վիճակի վատացում, հևոց, ցիանոզ, տախիպնոէ, տախիկարդիա, կրծքավանդակի ասիմետրիա:

Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – թոքանկարի ուժեղացման ֆոնի վրա առկա է կլորավուն ձևի լուսավոր հատված բարակ եզրագծերով: Ախտորոշումն է

Ա-Բնածին լոբար էմֆիզեմա

Բ-Թոքի լարված կիստա

Գ-Պնևմոթորաքս

Դ-Պիոպնևմոթորաքս

233. Երեխայի մոտ հանկարծակի սկսվել է սուր շնչառական անբավարարություն և զարգացել է կրիտիկական վիճակ: Կրծքավանդակի ձախ կեսը մեծացած է և չի մասնակցում շնչառական ակտին, աուսկուլտատիվ լսվում է բրոնխիալ շնչառություն: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – սրտի ստվերը տեղաշարժված է աջ, թոքանկարը բացակայում է: Ախտորոշումն է՝

Ա-Բնածին լոբար էմֆիզեմա

Բ-Թոքի լարված կիստա

Գ-Պնևմոթորաքս

Դ-Պիոպնևմոթորաքս

234. Երեխայի մոտ ծնված օրվանից դիտվել է տախիպնոէ: Հանկարծակի սկսվել են սուր շնչառական անբավարարության նշաններ արտահայտված ցիանոզով: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – աջից թոքադաշտը կտրուկ լայնացած է, առավելապես վերին հատվածում, թոքանկարը թույլ է արտահայտված, ստորին բիլթը սեղմված է դեպի ցած: Ախտորոշումն է՝

Ա-Բնածին լոբար էմֆիզեմա

Բ-Թոքի լարված կիստա

Գ-Պնևմոթորաքս

Դ-Պիոպնևմոթորաքս

235. Երեխայի մոտ թոքաբորբի կլինիկայի ֆոնին դիտվել է վիճակի կտրուկ վատացում, շնչառական անբավարարության նշաններն ավելի արտահայտված են դարձել, կրծքավանդակի մի կեսը հետ է մնում շնչառական ակտից և այդ կողմից վերին հատվածներում դիտվում է պերկուտոր տուփային հնչյուն, իսկ ստորին

հատվածներում՝ պերկուտոր հնչյունի բթացում: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – հորիզոնական մակարդակ: Ախտորոշումն է՝

Ա-Պիոթորաքս

Բ-Թոքի լարված կիստա

Գ-Պնևմոթորաքս

Դ-Պիոպնևմոթորաքս

236. Երեխայի մոտ թոքաբորբի կլինիկայի ֆոնին դիտվել է պրոգրեսիվող շնչառական անբավարարություն: Կրծքավանդակի մի կեսում պերկուտոր հնչյունի բթացում է, աուսկուլտատիվ՝ շնչառության բացակայություն: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – ախտահարման կողմից դիտվում է տոտալ մթագնում, սիրտը և միջնորմը հրված են դեպի հակառակ կողմը: Ախտորոշումն է՝

Ա-Բնածին լոբար էմֆիզեմա

Բ-Պիոթորաքս

Գ-Պնևմոթորաքս

Դ-Պիոպնևմոթորաքս

237. Երեխայի մոտ դիտվում է վիճակի անընդհատ վատացում, քաշի կորուստ, հևոց, ցիանոզ, անեմիա, ԷՆԱ-ի բարձրացում, լիմֆոցիտոզ: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – թոքի բլթերից մեկում՝ արմատին մոտ, առկա է միջին չափերի ինտենսիվ ստվեր, որն աստիճանաբար անցնում է թոքահյուսվածքի: Ախտորոշումն է՝

Ա-Թոքի քրոնիկական աբսցես

Բ-Թոքի թարախակալված կիստա

Գ-Թոքի էխինոկոկ

Դ-Թոքի նորագոյացություն

238. Երեխայի մոտ ծնված օրվանից դիտվում է թեթև հևոց, չափավոր տախիպնոէ, ջերմաստիճանի սուբֆեբրիլ բարձրացում: Կրծքավանդակի աջ կեսում՝ վերին հատվածում, առկա է արտափքվածություն: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – վերին բլթում հստակ եզրագծերով կլոր ստվերի առկայություն: Ախտորոշումն է

Ա-Թոքի քրոնիկական աբսցես

Բ-Թոքի թարախակալված կիստա

Գ-Թոքի էխինոկոկ

Դ-Թոքի գոյացություն

239. Երեխայի մոտ վերջին ամիսների ընթացքում դիտվում են ցավեր կրծքավանդակում, ալերգիկ երևույթներ, հազ, արյունախխում: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – թոքում կլոր ինտենսիվ ստվերի առկայություն: Ախտորոշումն է՝

Ա-Թոքի քրոնիկական աբսցես

Բ-Թոքի թարախակալված կիստա

Գ-Թոքի էխինոկոկ

Դ-Թոքի գոյացություն

240. Երեխայի մոտ առկա է շնչական անբավարարություն, ցիանոզ, կրծքավանդակի ասիմետրիա, ներընկած նավակաձև որովայն: Պերկուտոր կրծքավանդակի ախտահարման կողմից դիտվում է տիմպանիկ ինչյուն, աուսկուլտատիվ՝ թուլացած շնչառություն: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – Կրծքավանդակի մի կեսում օղակաձև լուսավոր հատվածներ, միջնորմի հրում: Ախտորոշումն է՝

Ա-Պարաստերնալ ճողվածք

Բ-Ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածք

Գ-Ստոծանու ռելաքսացիա

Դ-Բնածին կեղծ ստոծանիական ճողվածք

241. 6 տարեկան երեխայի մոտ էպիգաստրալ շրջանում դիտվում է ցավ և տհաճ զգացողություն, երբեմն սրտխառնոց և փսխում: Պերկուտոր և աուսկուլտատիվ առկա են տիմպանիտ և սրտի տոների թուլացում: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – սրտի ստվերի պրոյեկցիայով դիտվում է ստվեր, որը կողմնային պրոյեկցիայով նկարի վրա սրտի ստվերի և կրծքավանդակի առաջային պատի միջև է տեղակայվում: Ախտորոշումն է՝

Ա-Պարաստերնալ ճողվածք

Բ-Ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածք

Գ-Ստոծանու ռելաքսացիա

Դ-Բնածին կեղծ ստոծանիական ճողվածք

242. 2 տարեկան երեխայի մոտ երբեմն դիտվում են ցավեր էպիգաստրալ շրջանում, էզոֆագիտի երևույթներ, այրոց: Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիա – կրծքավանդակի խոռոչում, սրտի ստվերից աջ կամ ձախ դիտվում է խոռոչ հեղուկի մակարդակով: Կոնտրաստային հետազոտությամբ հայտնաբերվում է «ավազի ժամացույցի» տեսքով ստամոքս: Ախտորոշումն է՝

Ա-Պարաստերնալ ճողվածք

Բ-Ստոծանու կերակրափողային բացվածքի ճողվածք

Գ-Ստոծանու ռելաքսացիա

Դ-Բնածին կեղծ ստոծանիական ճողվածք

243. Երեխայի մոտ ծնված օրվանից կերակրման ժամանակ դիտվում է նոպայաձև հազ, հաճախակի է հիվանդանում թոքաբորբով, հազն ավելի է ուժեղանում հեղուկ սնունդ ընդունելիս: Ախտորոշումն է՝

Ա-Կերակրափողի բնածին նեղացում

Բ-Կերակրափողի օտար մարմին

Գ-Կերակրափողի ախալազիա

Դ-Շնչափող-կերակրափողային խուղակ

244. Երեխայի մոտ դիտվում է կլման ակտի դժվարացում, թքահոսություն, ուտելուց հրաժարվում է: Հեղուկ սնունդ ընդունելիս առաջանում է հազի նոպա: Ախտորոշումն է՝

Ա-Կերակրափողի բնածին նեղացում

Բ-Կերակրափողի օտար մարմին

Գ-Կերակրափողի ախալազիա

Դ-Շնչափող-կերակրափողային խուղակ

245. Երեխայի մոտ դիտվում են փսխումներ և դիսֆագիա, փսխման զանգվածներում անփոփոխ սնունդ է և կաթ: Պինդ սնունդն ավելի հեշտ է ուտում քան հեղուկ սնունդը: Ախտորոշումն է՝

Ա-Կերակրափողի բնածին նեղացում

Բ-Կերակրափողի օտար մարմին

Գ-Կերակրափողի ախալազիա

Դ-Շնչափող-կերակրափողային խուղակ

246. Ուտելու ժամանակ երեխան խեղդվել է, ինչից հետո դիտվել են ասֆիքսիայի նոպա, ցիանոզ, մշտական հազ: Ախտորոշումն է՝

Ա-Բրոնխի օտար մարմին

Բ-Կերակրափողի օտար մարմին

Գ-Միջնորմի օտար մարմին

Դ-Պլևրալ խոռոչի օտար մարմին

247. Ուտելու ժամանակ երեխան խեղդվել է, ինչից հետո դիտվել են հևոց, ցիանոզ, որոնք արագ անցել են, սակայն շուտով վերսկսվել: Հետազոտելիս առկա է աղմկոտ շնչառություն, լացի ժամանակ և շարժվելիս՝ ասֆիքսիա: Աուսկուլտատիվ երկու կողմից լսվում են չոր և թաց խզզոցներ: Ախտորոշումն է՝

Ա-Բրոնխի օտար մարմին

Բ-Կերակրափողի օտար մարմին

Գ-Շնչափողի օտար մարմին

Դ-Պլևրալ խոռոչի օտար մարմին

248. Ուտելու ժամանակ երեխան խեղդվել է, ինչից հետո դիտվել է հազ, ցիանոզ, թքահոսություն, հրաժարվում է ուտելուց, ստիպողաբար կերակրելուց հետո խեղդվում է ու հազում: Ախտորոշումն է՝

Ա-Բրոնխի օտար մարմին

Բ-Կերակրափողի օտար մարմին

Գ-Միջնորմի օտար մարմին

Դ-Պլևրալ խոռոչի օտար մարմին

249. Թոքի ի՞նչ փոփոխություն է դիտվում բնածին ստոծանիական ճողվածքի դեպքում՝

Ա-Ատելեկտազ

Բ-Կոլլապս

Գ-Ագենեզիա

Դ-Հիպոպլազիա

250. Որ տարիքում են առավել հաճախ հանդիպում շնչուղիների օտար մարմինները՝

Ա-մինչև 6 ամսական

Բ-Մինչև 1 տ.

Գ-1-3 տ.

Դ-3-5 տ.

251. Կրծքավանդակի Ռ-գրաֆիայով բազալ սեգմենտների շրջանում առկա է կլորավուն մթագնում: ՀՇ անգիոգրաֆիայով հայտնաբերվում է աորտայից դեպի վերոնշյալ պաթոլոգիկ ստվերը գնացող անոթ: Առավել հավանական ախտորոշումն է՝

Ա-Թոքի կիստա

Բ-Թոքի սեկվեստրացիա

Գ-Թոքի էխինոկոկ

Դ-Միջնորմի գոյացություն

252. Գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսային հիվանդություն ասելով հասկանում ենք՝

Ա-Ստամոքսի պարունակության հետհոսքը դեպի կերակրափող

Բ-Ամբողջ սիմպտոմոկոմպլեքսը, որը պայմանավորված է հետհոսքի պարունակության ագրեսիվ ազդեցությամբ

Գ-Ռեգուրգիտացիաներ

Դ-Փսխումներ

253. Կերակրափողի քիմիական այրվածքների դեպքում կերակրափողի սպիական նեղացման կանխարգելումն է

Ա-Էզոֆագոսկոպիան

Բ-Ներծծվող դեղորայքները

Գ-Բուժավորումը

Դ-Հակաբակտերիալ թերապիան

254. Կերակրափողի 2-րդ աստիճանի քիմիական այրվածքով երեխան չի հոսպիտալացվել: Ինչպիսի՞ն կարող են լինել հետևանքները:

Ա-Երեխայի լավացում

Բ-Տասներկումատնյա աղու խոցի առաջացում

Գ-Կերակրափողի նեղացում

Դ-Կերակրափողի երակների վարիկոզ լայնացում

255. Կերակրափողի պերֆորացիայի հիմնական նշաններից է՝

Ա-Պարանոցի շրջանում կրեպիտացիա

Բ-Հետկրծոսկրային շրջանում ցավեր

Գ-Դիսֆագիա

Դ-Արյունային փսխումներ

256. Բերանըմպանի և կերակրափողի քիմիական այրվածքի հիմնական ախտանիշ է հանդիսանում՝

Ա-Բերանի խոռոչի չորությունը

Բ-Սալիվացիան

Գ-Անեմիան

Դ-Լուծը

257. Թոքի թարախակույտի՝ դեպի պլևրալ խոռոչ պատռման դեպքում անհրաժեշտ է կատարել՝

Ա-Միայն հակաբիոտիկոթերապիա

Բ-Պլևրալ խոռոչի պունկցիա

Գ-Պլևրալ խոռոչի դրենավորում

Դ-Ռադիկալ վիրահատություն – թորակոտոմիա թոքի ռեզեկցիայով

258. Միզուկի և միզապարկի հետազոտման ռենտգեն կոնտրաստային եղանակը կոչվում է՝

Ա-Միկցիոն ցիստոուրեթրոգրաֆիա

Բ-Էքսկրետոր ուրոգրաֆիա

Գ-Ուրոֆլոումետրիա

Դ-Ցիստոտոնոմետրիա

259. Մուլտիկիստոզ դիսպլազիային բնորոշ է՝

Ա-Պարենքիմայի աստիճանական դիսպլազիան

Բ-Երկկողմանի բնույթը

Գ-Մեկ կիստայի առկայությունը

Դ-Մեկ երիկամի լրիվ կիստոզ դիսպլազիան

260. Միզապարկ-միզածորանային ռեֆլյուքսի պատճառներից Չէ՝

Ա-Միզածորանային բացվածքի ստենոզը

Բ-Միզապարկի դիսֆունկցիան

Գ-Միզածորանի փականային համակարգի անբավարարությունը

Դ-Ստորմիզապարկային (ինֆրավեզիկալ) օբստրուկցիան

261. Միզապարկ-միզածորանային ռեֆլյուքսի միջազգային դասակարգումը քանի՞ աստիճան է նախատեսում՝

Ա-Երեք

Բ-Հինգ

Գ-Յոթ

Դ-Վեց

262. Երկկողմանի միզապարկ-միզածորանային ռեֆլյուքսը նշվածներից որի համար կարող է լինել զարգացման ռիսկի գործոն՝

Ա-Ջարկերակային հիպոտոնիա

Բ-Միզապարկի-վզիկի հիպերտրոֆիա

Գ-Քրոնիկ երիկամային անբավարարություն

Դ-Միզաքարային հիվանդություն

263. Թվարկվածներից ընտրեք միզապարկ-միզածորանային ռեֆլյուքսի հնարավոր պատճառները՝

Ա-Քրոնիկ երիկամային անբավարարություն

Բ-Ֆիզիոլոգիական ֆիմոզ

Գ-Միզապարկ-միզածորանային համադրության անկատարություն

Դ-Միզածորանի բացվածքի արտամիզապարկային էկտոպիա

264. Նշված մեթոդներից որն է թույլ տալիս ախտորոշել միզապարկ-միզածորանային ռեֆլյուքսը՝

Ա-Ցիստոսկոպիա

Բ-Միկցիոն ցիստոուրեթրոգրաֆիա

Գ-Ուրոֆլոումետրիա

Դ-Ցիստոտոնոմետրիա

265. Նշված հետազոտություններից որի հիման վրա է ախտորոշվում երիկամի լրիվ երկատում՝

Ա-Էքսկրետոր ուրոգրաֆիա

Բ-Համակարգչային տոմոգրաֆիա կոնտրաստ նյութի կիրառմամբ

Գ-Ուրետրոցիստոսկոպիա

Դ-Անգիոգրաֆիա

266. Բնածին միզապարկ-միզածորանային ռեֆլյուքսը՝

Ա-Հազվադեպ է բարդանում վարակով

Բ-Ունի ինքնաբերաբար ապաքինվելու միտում

Գ-Միշտ ուղեկցվում է միզածորանի արատով

Դ-Միշտ միակողմանի է

267. Միզածորանի անոմալիաներին Չի պատկանում՝

Ա-Միզածորանի երկատումը

Բ-Միզածորանի էկտոպիան

Գ-Ստորմիզապարկային օբստրուկցիան

Դ-Ուրեթերոցելեն

268. Նշվածներից ո՞րն առկա Չէ փոշտային հիպոսպադիայի դեպքում՝

Ա-Առնանդամի դեֆորմացիա

Բ-Փոշտի փեղեքում

Գ-Մեատուսի նորմալ դիրք

Դ-Միզարձակություն կանացի տիպով

269. Նշվածներից ո՞րն է բնորոշ շեքային հիպոսպադիային՝

Ա-Մեատուսի նորմալ տեղակայում

Բ-Միզարձակություն արական տիպով

Գ-Ռուդիմենտար հեշտոցի առկայություն

Դ-Մեատուսի ցողունային տեղակայում

270. Հիպոսպադիա առանց հիպոսպադիային բնորոշ Չէ՝

Ա-Առնանդամի ծռվածություն

Բ-Միզարձակություն արական տիպով

Գ-Մեատուսի նորմալ տեղակայում

Դ-Անմիզապահություն

271. Հիպոսպադիայի ո՞ր ձևը կրիպտորխիզմի հետ զուգորդելով կարող է դժվարություն առաջացնել սեռը որոշելիս՝

Ա-Ենթասիմֆիզային

Բ-Ցողունային

Գ-Շեքային

Դ-Գլխիկային

272. Հիպոսպադիան Չի կարող լինել՝

Ա-Գլխիկային

Բ-Ցողունային

Գ-Ենթասիմֆիզային

Դ-Շեքային

273. Հիպոսպադիայի շտկումը կատարվում է՝

Ա-Կրծքահասակ տարիքում

Բ-5 Տարեկանից հետո

Գ-Ոչ շուտ քան 14 տարեկանում

Դ-Մինչև 5 տարեկան

274. Հիպոսպադիայի վիրահատական բուժման հիմնական նպատակներից Չէ՝

Ա-Ուղղել առնանդամի ծռվածությունը

Բ-Միզուկը առնանդամի դորզալ մակերեսից տեղափոխել վենտրալ մակերեսի վրա

Գ-Ձգտել միզուկի մեատուսը տեղադրել առնանդամի գլխիկի ծայրին

Դ-Կատարել առնանդամի մաշկային ծածկույթի և գլխիկի պլաստիկա

275. Հիպոսպադիայի հետվիրահատական բարդություններից Չէ՝

Ա-Միզուկի ստենոզ

Բ-Միզուկի խուղակ

Գ-Միզուկի դիվերտիկուլ

Դ-Վարիկոցելե

276. Բնածին հիդրոնեֆրոզի ախտորոշման հիմնական մեթոդներից է՝

Ա-Ուրոֆլոումետրիան

Բ-Ուլտրաձայնային քննությունը

Գ-Ցիստոգրաֆիան

Դ-Երիկամային անգիոգրաֆիան

277. Բնածին հիդրոնեֆրոզի ախտորոշման հաստատման համար ցուցված է՝

Ա-Երիկամային անգիոգրաֆիա

Բ-Ուրոֆլոումետրիա

Գ-Միկցիոն ցիստոգրաֆիա

Դ-Երիկամների ռադիոիզոտոպային սցինտիգրաֆիա

278. Նշված վիրահատություններից որն է առավել հաճախ կիրառվում երեխաների մոտ հիդրոնեֆրոզի դեպքում՝

Ա-Նեֆրէկտոմիա

Բ-Պիելոստոմա

Գ-Պիելոուրեթերալ սեգմենտի պլաստիկա

Դ-Երիկամի ռեզեկցիա

279. Բնածին օբստրուկտիվ հիդրոնեֆրոզի հայտնաբերման դեպքում ցուցված է՝

Ա-Հակաբակտերիալ բուժում

Բ-Պիելոպլաստիկա

Գ-Պիելոկալիկոստոմիա

Դ-Հակառեֆլյուքսային վիրահատություն

280. Հիդրոնեֆրոզը սովորաբար հայտնաբերվում է հետևյալ հետազոտությունների արդյունքում. բացառությամբ՝

Ա-Անտենատալ ուլտրաձայնային հետազոտություն

Բ-Ուլտրաձայնային հետազոտություն

Գ-Էքսկրետոր ուրոգրաֆիա

Դ-Միկցիոն ցիստոգրաֆիա

281. Բնածին հիդրոնեֆրոզի զարգացման պատճառներից Չէ՝

Ա-Միզապարկ-միզածորանային համադրության անբավարարությունը

Բ-Պիելո-ուրեթերալ սեգմենտի ստենոզը

Գ-Պիելո-ուրեթերալ սեգմենտի մկանային շերտերի բնածին բացակայությունը

Դ-Երիկամի ստորին բևեռային աբերանտ անոթը

282. Հիդրոնեֆրոզը Չի կարող բերել հետևյալ պաթոֆիզիոլոգիական փոփոխությանը՝

Ա-Պիելոնեֆրիտ

Բ-Երիկամային հիպերթենզիայի զարգացում

Գ-Միզապարկ-միզածորանային ռեֆլյուքսի առաջացում

Դ-Երիկամային ֆունկցիայի ընկճում

283. Արական էպիսպադիայի տեսակ է՝

Ա-Ենթասիմֆիզային

Բ-Ծլիկային

Գ-Գլխիկային

Դ-Փոշտային

284. Իգական էպիսպադիայի տեսակ է՝

Ա-Ենթասիմֆիզային

Բ-Ցողունային

Գ-Գլխիկային

Դ-Շեքային

285. Տոտալ էպիսպադիային բնորոշ Չէ՝

Ա-Մշտական անմիզապահություն

Բ-Գիշերային անմիզապահություն

Գ-Միզապարկի «բաց» վզիկ

Դ-Թերզարգացած միզուկ

286. Միզապարկի էքստրոֆիայի վիրահատական բուժումը սովորաբար իր մեջ Չի ներառում՝

Ա-Պիելոպլաստիկա

Բ-Ուրեթերոպլաստիկա

Գ-Ցիստոպլաստիկա

Դ-Որովայնի առաջային պատի պլաստիկա

287. Ո՞ր պաթոլոգիային է ավելի բնորոշ ցերեկային և գիշերային անմիզապահությունը՝

Ա-Ցողունային հիպոսպադիա

Բ-Տոտալ էպիսպադիա

Գ-Շեքային հիպոսպադիա

Դ-Փոշտային հիպոսպադիա

288. Միզապարկի էքստրոֆիան մշտապես ուղեկցվում է հետևյալ պաթոլոգիայով՝

Ա-Էպիսպադիա

Բ-Հիպոսպադիա

Գ-Կրիպտորխիզմ

Դ-Հիդրոնեֆրոզ

289. Բնածին օբստրուկտիվ հիդրոնեֆրոզը մշտապես ուղեկցվում է՝

Ա-Միզապարկ-միզածորանային հետհոսքով

Բ-Ինֆրավեզիկալ օբստրուկցիայով

Գ-Միզածորան միզապարկային համադրության օբստրուկցիայով

Դ-Ավազան-միզածորանային համադրության հատվածի օբստրուկցիայով

290. Բնածին օբստրուկտիվ ուրեթերո-հիդրոնեֆրոզի բուժման եղանակներից է հանդիսանում՝

Ա-Միզածորանի ռեզեկցիա և ռեիմպլանտացիա

Բ-Պիելոպլաստիկա

Գ-Ուրետրոպլաստիկա

Դ-Օրթոֆալոպլաստիկա

291. Միկցիոն ցիստոուրեթրոգրաֆիան իրականացվում է հետևյալ պաթոլոգիայի կասկածի դեպքում՝

Ա-Հիդրոնեֆրոզ

Բ-Միզապարկ-միզածորանային հետհոսք

Գ-Մուլտիկիստոզ երիկամ

Դ-Երիկամի կիստոզ դիսպլազիա

292. Միկցիոն ցիստոուրեթրոգրաֆիայի միջոցով կարելի է ախտորոշել հետևյալ պաթոլոգիաները, բացառությամբ՝

Ա-Բնածին հիդրոնեֆրոզ

Բ-Հետին միզուկի կափույր

Գ-Միզապարկ-միզածորանային հետհոսք

Դ-Միզապարկի դիվերտիկուլ

293. Միզապարկ-միզածորանային հետհոսքի բուժման եղանակներից է՝

Ա-Պիելոպլաստիկան

Բ-Ուրեթրոպլաստիկան

Գ-Հակառեֆլյուքսային վիրահատությունը

Դ-Նեֆրէկտոմիան

294. Վարիկոցելեն կարիք ունի վիրահատական բուժման, եթե՝

Ա-Վարիկոցելեն երկկողմանի է

Բ-Աջակողմյան է

Գ-Ձախակողմյան է

Դ-Առկա է ամորձու ատրոֆիա/հիպոտրոֆիա

295. Վարիկոցելէկտոմիային բնորոշ հետվիրահատական բարդություններից է հանդիսանում՝

Ա-Հիդրոցելեն

Բ-Հետվիրահատական ճողվածքը

Գ-Յատրոգեն կրիպտորխիզմը

Դ-Ազոսպերմիան

296. Վարիկոցելեի առկայության դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժում, երբ առկա է ՝

Ա-Ամորձու երակների լայնացում, որը երևում է նաև փոշտի արտաքին զննման ժամանակ անզեն աչքով

Բ-Ամորձու ցավ վարիկոցելեի կողմում

Գ-Ամորձու չափսերի մեծացում վարիկոցելեի կողմում

Դ-Պահպանված վարիկոցելե 2 տարի հսկողությունից հետո

297. Ներերիկամային ավազան ունեցող հիվանդի մոտ երիկամի ստորին բաժակի քարի առավել նպատակահարմար բուժման մեթոդ է հանդիսանում՝

Ա-Դիստանցիոն լիթոտրիպսիան

Բ-Ուրեթերոլիթոտոմիան

Գ-Պերկուտան նեֆրոլիթոէքստրակցիան

Դ-Միզածորանի ստենտավորումը

298. Միզապարկի հսկա քարի բուժման մեթոդներից չի կարող հանդիսանալ՝

Ա-Ցիստոլիթոտոմիան

Բ-Ուրեթերոլիթոտոմիան

Գ-Դիստանցիոն լիթոտրիպսիան

Դ-Քարի էնդոսկոպիկ հեռացումը

299. Սուր փոշտը Չի կարող հանդիսանալ հետևյալ խնդրի արտահայտման պատճառ՝

Ա-Էպիդիդիմիտ

Բ-Ամորձու ոլորք

Գ-Օրխիտ

Դ-Ամորձու հիպոպլազիա

300. Սուր փոշտին բնորոշ ախտանշաններից Չէ՝

Ա-Փոշտի այտուցը

Բ-Ամորձու պաթոլոգիական շարժունակությունը

Գ-Փոշտի շրջանի ցավը

Դ-Փոշտի հիպերեմիան

301. Սուր փոշտի դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժում, երբ կասկածում են կամ միանշանակ ախտորոշում են՝

Ա-Ամորձու ոլորք

Բ-Ամորձու կախակալ կապանի (հիդատիդի) ոլորք

Գ-Օրխիտ

Դ-Էպիդիդիմիտ

302. Սուր փոշտի ժամանակ ցուցված է հետևյալ ախտորոշիչ հետազոտությունը՝

Ա-Ամորձիների սցինտիգրաֆիա

Բ-Ամորձիների էխո-դոպլեր հետազոտություն

Գ-Փոշտի օրգանների համակարգչային տոմոգրաֆիա

Դ-Փոշտի շրջանի ռենտգենոգրաֆիա

303. 13 տարեկան տղայի մոտ հանկարծակի առաջացել է միակողմանի արտահայտված ցավ փոշտի շրջանում, որն ուղեկցվում է սրտխառնոցով և փսխումով: Ախտահարված ամորձին բարձր դիրքում է և ունի ոչ նորմալ դիրքավորում: Ո՞րն է առավել հավանական ախտորոշումը:

Ա-Էպիդիդիմիտ

Բ-Ամորձու հավելուկի ոլորում

Գ-Ամորձու ոլորում

Դ-Հիդրոցելե

304. Ո՞րն է առավել ճիշտ մարտավարությունը, եթե կլինիկորեն առկա է ամորձու ոլորման բարձր հավանականություն:

Ա-Նշանակել հակաբիոտիկներ և կրկին գնահատել վիճակը 24 ժամ անց

Բ-Մինչև բուժումը կատարել ՄՌՏ ամորձու անոթավորումը գնահատելու համար

Գ-Անհապաղ կատարել վիրահատական ռևիզիա

Դ-Սպասել ինքնուրույն լավացման

305. Երեխայի կլինիկական պատկերը խիստ կասկածելի է ամորձու ոլորման համար, սակայն դոպլեր ուլտրաձայնային հետազոտությունն անհապաղ հասանելի չէ: Ո՞րն է ճիշտ հաջորդ քայլը:

Ա-Սպասել մինչև դոպլեր հետազոտությունը հասանելի դառնա

Բ-Նշանակել ամբուլատոր ՈւՁՀ հաջորդ օրվա համար

Գ-Անհապաղ կատարել վիրահատական ռևիզիա

Դ-Կատարել ախտորոշիչ պունկցիա

306. Հիպոսպադիայի բուժման մեթոդներից է հանդիսանում՝

Ա-Ուրետրոպլաստիկան

Բ-Պիելոպլաստիկան

Գ-Պրեպուցիոպլաստիկան

Դ-Ֆալոպլաստիկան

307. Առնադամի վենտրալ ծռվածությունը առավել բնորոշ է՝

Ա-Գլխիկային հիպոսպադիային

Բ-Պրոքսիմալ հիպոսպադիային

Գ-Ենթասիմֆիզային էպիսպադիային

Դ-Տոտալ էպիսպադիային

308. Հիդրոնեֆրոզի ժամանակ երիկամի ֆունցիայի գնահատման լավագույն մեթոդը հանդիսանում է՝

Ա-Ներերակային ուրոգրաֆիա

Բ-Միկցիոն ցիստոգրաֆիա

Գ-Միզուղիների համակարգչային տոմոգրաֆիա

Դ-Երիկամների ռադիոիզոտոպային սցինտիգրաֆիա

309. Միզապարկ-միզածորանային ռեֆլյուքսը պետք է վիրահատել, եթե՝

Ա-Պացիենտը մինչև 1 տարեկան տղա է

Բ-Ռեֆլյուքսը 2-րդ աստիճանի է և պացիենտն ունեցել է 1 միզուղիների վարակ

Գ-Պացիենտը 5 տարեկանից մեծ է և ունենում է միզուղիների կրկնվող վարակներ

Դ-Պացիենտը աղջիկ է և միզուղիների վարակներ չի ունեցել

310. Մինչև 5 տարեկան նեֆրոպաթիա չունեցող երեխայի ռեֆլյուքսի բուժման սխեման է՝

Ա-Միզապարկի դիսֆունկցիայի կարգավորում և վարակի պրոֆիլակտիկա

Բ-Հակառեֆլյուքս վիրահատություն

Գ-Վիրահատություն և վարակի պրոֆիլակտիկա

Դ-Վիրահատություն և միզապարկի դիսֆունկցիայի բուժում

311. Միզապարկ-միզածորանային ռեֆլյուքսի հաստատման համար իրականացվում է՝

Ա-Ներերակային ուրոգրաֆիա

Բ-Միկցիոն ցիստոուրեթրոգրաֆիա

Գ-Համակարգչային շերտագրություն

Դ-Ուլտրաձայնային հետազոտություն

312. Միզապարկ-միզածորանային ռեֆլյուքսի պատճառ չէ՝

Ա-Միզապարկի դիսֆունկցիան

Բ-Միզածորանի բացվածքի լայն լինելը

Գ-Միզածորան-միզապարկ անցման անկատարությունը

Դ-Միզածորան-միզապարկ անցման նեղացում

313. Երիկամի էկտոպիան չի լինում՝

Ա-Կրծքավանդակային

Բ-Ազդրային

Գ-Գոտկային

Դ-Կոնքային

314. Երիկամի խաչաձև էկտոպիայի դեպքում էկտոպիկ երիկամի միզածորանի բացվածքի տեղակայումն է՝

Ա-Իր տոպոգրաֆիկ տեղում է

Բ-Ավելի վեր է

Գ-Երիկամի նման խաչաձև դիստոպիկ է

Դ-Ավելի ցած է

315. Երիկամների հոմոլատերալ դիստոպիայի դեպքում երիկամի ավազանը սովորաբար ուղղված է՝

Ա-Դեպի ներս

Բ-Դեպի դուրս

Գ-Դեպի առաջ

Դ-Դեպի հետ

316. Երիկամների փոխհարաբերության և ձևի անոմալիաներից չէ՝

Ա-Լ-աձև երիկամ

Բ-Տ-աձև երիկամ

Գ-Պայտաձև երիկամ

Դ-Տանձաձև երիկամ

317. Երիկամի երկատումը լինում է՝

Ա-Լրիվ և ոչ լրիվ

Բ-Ամբողջական և կիսատ

Գ-Երկայնական և լայնական

Դ-Ուղիղ և թեք

318. Երիկամի գոտկային էկտոպիայի առկայության դեպքում մեծամասամբ ցուցվում է՝

Ա-Վիրահատություն

Բ-Վարակի պրոֆիլակտիկա

Գ-Էկտոպիկ երիկամի հեռացում

Դ-Հսկողություն

319. Պայտաձև երիկամի դեպքում երիկամները սերտաճած են՝

Ա-Ստորին բևեռներով

Բ-Վերին բևեռներով

Գ-Ամբողջ երկայնքով

Դ-Սերտաճած չեն

320. Երիկամի լրիվ երկատման ժամանակ՝

Ա-Երկատված երիկամի երկու միզածորանները միաձուլվում են նախքան միզապարկ մտնելը վերին երրորդականի շրջանում

Բ-Երկատված երիկամի երկու միզածորանները միաձուլվում են նախքան միզապարկ մտնելը ստորին երրորդականի շրջանում

Գ-Երկատված երիկամի երկու միզածորանները միաձուլվում են նախքան միզապարկ մտնելը միջին երրորդականի շրջանում

Դ-Երկատված երիկամի միզածորանները չեն միաձուլվում իրար

321. Իսկական կրիպտորխիզմի մասին. ո՞ր տարիքում է խորհուրդ տրվում վիրահատական բուժումը՝

Ա-0–3 Ամսականում

Բ-6–18 Ամսականում

Գ-2–3 Տարեկանում

Դ-5 Տարեկանից հետո

322. Կրիպտորխիզմի ախտորոշման համար ո՞րն է ախտորոշման հիմնական մեթոդը՝

Ա-Ուլտրաձայնային հետազոտություն

Բ-Համակարգչային տոմոգրաֆիա

Գ-Ֆիզիկական զննում

Դ-Լաբորատոր հորմոնալ հետազոտություններ

323. Ո՞րն է կեղծ կրիպտորխիզմի ճիշտ բնութագիրը՝

Ա-Շոշափելով հայտնաբերվում է, սակայն չի հաջողվում իջեցնել փոշտի մեջ

Բ-Շոշափելով հայտնաբերվում է և հաջողվում է իջեցնել փոշտի մեջ

Գ-Պահանջում է վիրահատական բուժում

Դ-Շոշափելով չի հաջողվում հայտնաբերվել

324. 6 ամսական տղայի մոտ առկա է միակողմանի շոշափվող չիջած ամորձի, որը ինքնուրույն չի իջել: Ո՞րն է առավել ճիշտ հետագա մարտավարությունը:

Ա-Շարունակել հսկողությունը մինչև սեռական հասունացում

Բ-Որպես առաջին ընտրության բուժում նշանակել տեստոստերոն

Գ-Ուղղորդել վիրաբուժական բուժման՝ օրխիոպեքսիայի

Դ-Կատարել որովայնի և փոքր կոնքի պլանային ՀՇ

325. Ո՞րն է չշոշափվող չիջած ամորձու դեպքում նախընտրելի ախտորոշիչ և միաժամանակ բուժական մոտեցումը:

Ա-Համակարգչային տոմոգրաֆիա

Բ-Մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա

Գ-Ախտորոշիչ լապարոսկոպիա

Դ-Ասեղային բիոպսիա

326. Չշոշափվող ամորձու կապակցությամբ կատարված լապարոսկոպիայի ընթացքում հայտնաբերվել է բարձր տեղակայված ներորովայնային ամորձի: Սերմնալարի անոթների երկարությունը բավարար չէ առանց լարվածության ստանդարտ օրխիոպեքսիա կատարելու համար: Ո՞ր վիրահատական մեթոդը կարող է կիրառվել:

Ա-Լորդի վիրահատություն

Բ-Ֆաուլեր–Ստեֆենսի օրխիոպեքսիա

Գ-Ժաբուլեի վիրահատություն

Դ-Վինկելմանի վիրահատություն

327. Կրիպտորխիզմի և ամորձու չարորակ նորագոյացությունների միջև կապի վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա-Կրիպտորխիզմը չի բարձրացնում ամորձու չարորակ նորագոյացության զարգացման ռիսկը

Բ-Կրիպտորխիզմը բարձրացնում է ամորձու չարորակ նորագոյացության զարգացման ռիսկը

Գ-Օրխիոպեքսիան ամբողջությամբ վերացնում է չարորակ նորագոյացության բարձրացած ռիսկը

Դ-Չարորակ նորագոյացության ռիսկն առկա է միայն երկկողմանի կրիպտորխիզմի դեպքում

328. Որն է նորածինների և վաղ մանկական հասակի երեխաների մոտ հիդրոնեֆրոզ առաջացնող ամենահաճախակի պատճառը:

Ա-Միզապարկ-միզածորանային հետհոսքը

Բ-Առաջնային օբստրուկտիվ մեգաուրետերը

Գ-Միզածորան-ավազանային միացման օբստրուկցիան

Դ-Հետին միզուկի կափույրները

329. Ո՞րն է երկկողմանի իսկական կրիպտորխիզմի բուժման եղանակը, երբ ամորձիները շոշափվում են աճուկային խողովակների արտաքին բացվածքների շրջանում

Ա-Օրխիպեքսիա երկու կողմից

Բ-Օրխիպեքսիա լապարոսկոպիկ եղանակով

Գ-Հորմոնալ բուժում

Դ-Հսկողություն մինչև սեռահասունացման տարիքը

330. Ո՞րն է 1 տարեկան պացիենտի մոտ երկկողմանի կեղծ կրիպտորխիզմի բուժման եղանակը

Ա-Օրխիպեքսիա երկու կողմից

Բ-Օրխիպեքսիա լապարոսկոպիկ եղանակով

Գ-Հորմոնալ բուժում

Դ-Հսկողություն

331. Ո՞րն է երեխաների մոտ բնածին հիդրոցելեի ամենատարածված պատճառը

Ա-Ամորձու ավշային դրենաժի խանգարումը

Բ-Հեշտոցային ելունի (processus vaginalis) չփակվելը

Գ-Մականմորձու բորբոքումը

Դ-Ամորձու երակային արտահոսքի խանգարումը

332. Ո՞րն է բուժման առավել նպատակահարմար սկզբնական մոտեցումը 6 ամսեկան երեխայի մոտ չբարդացած հիդրոցելեի դեպքում:

Ա-Անհապաղ վիրահատական բուժում

Բ-Ասեղային ասպիրացիա

Գ-Դինամիկ հսկողություն

Դ-Սկլերոթերապիա

333. Ստորև նշվածներից ո՞րն է մանկական հիդրոցելեի ավելի վաղ վիրահատական բուժման ցուցում՝ սովորական դինամիկ հսկողության փոխարեն:

Ա-Փոքր և կայուն հիդրոցելե 3 ամսական երեխայի մոտ

Բ-Աստիճանաբար փոքրացող հիդրոցելե

Գ-Աճուկային ճողվածքի հետ զուգակցված հիդրոցելե

Դ-Երկկողմանի հիդրոցելե առանց ախտանիշների նորածնի մոտ

Ֆլեգմոնա

334. 8 տարեկան երեխայի մոտ առկա է ազդրի տարածուն ցավոտ այտուց, հիպերեմիա և տեղային հիպերթերմիա: ՈւՁՀ-ով հստակ սահմանազատված հեղուկային կուտակում չի հայտնաբերվում: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա-Թարախակույտ

Բ-Ֆլեգմոնա

Գ-Լիպոմա

Դ-Հեմատոմա

335. Ֆլեգմոնայով երեխայի մոտ ո՞ր փոփոխությունն է առավել հավանական վկայում թարախակույտի ձևավորման մասին:

Ա-Էրիթեմայի նվազումը

Բ-Տեղային ֆլուկտուացիայի առաջացումը

Գ-Ախորժակի լավացումը

Դ-Լիմֆադենոպաթիայի վերացումը

336. Ֆլեգմոնայով երեխայի մոտ ինտենսիվ հակաբակտերիալ բուժման ֆոնին ցավն արագ ուժեղանում է, առաջանում են բուլաներ և համակարգային ծանր վիճակ: Ո՞ր ախտորոշումը պետք է առաջին հերթին բացառել:

Ա-Լիմֆանգիտ

Բ-Ֆուրունկուլ

Գ-Նեկրոզացնող ֆասցիտ

Դ-Հիդրադենիտ

Նեկրոզացնող ֆասցիտ

337. 10 տարեկան երեխայի մոտ վերջույթի փոքր վնասվածքից հետո առաջացել է արագ տարածվող այտուց և էրիթեմա: Ցավը զգալիորեն ավելի արտահայտված է, քան սպասելի կլիներ մաշկային փոփոխություններից: Ո՞րն է ամենակարևոր հաջորդ քայլը:

Ա-Դինամիկ հսկողություն 24 ժամ

Բ-Միայն ՈւՁՀ

Գ-Շտապ վիրաբուժական գնահատում և հնարավոր նեկրէկտոմիա

Դ-Տեղային հակաբակտերիալ քսուք

338. Նեկրոզացնող ֆասցիտի կասկածի դեպքում ո՞ր սկզբունքն է ճիշտ:

Ա-ՀՇ կամ ՄՌՇ հաստատումը պարտադիր է վիրահատությունից առաջ

Բ-Պատկերային հետազոտությունը չպետք է հետաձգի վիրաբուժական միջամտությունը բարձր կլինիկական կասկածի դեպքում

Գ-Սկզբում պետք է սպասել հակաբիոտիկների ազդեցությանը

Դ-Վիրաբուժական բուժումը ցուցված է միայն գազի առկայության դեպքում

339. Նեկրոզացնող ֆասցիտի բուժման հիմնական սկզբունքն է՝

Ա-Միայն լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ

Բ-Պունկցիա և դրենավորում

Գ-Վաղ և ագրեսիվ վիրաբուժական դեբրիդման՝ լայն սպեկտրի ներերակային հակաբիոտիկների հետ համատեղ

Դ-Սպասողական տակտիկա

Փափուկ հյուսվածքների թարախակույտ

340. Երեխայի մոտ առկա է ցավոտ, հիպերեմիկ, ֆլուկտուացվող ենթամաշկային գոյացություն: Ո՞րն է բուժման հիմնական սկզբունքը:

Ա-Միայն պերօրալ հակաբիոտիկ

Բ-Բացում և դրենավորում

Գ-Կորտիկոստերոիդային ներարկում

Դ-Դինամիկ հսկողություն

341. Կլինիկական զննմամբ հնարավոր չէ տարբերակել ցելյուլիտը ձևավորված թարախակույտից: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար առաջին հերթին:

Ա-Ռենտգենոգրաֆիա

Բ-Ուլտրաձայնային հետազոտություն

Գ-ՄՌՇ

Դ-Անգիոգրաֆիա

342. Դրենավորումից հետո ո՞ր իրավիճակում է համակարգային հակաբիոտիկային բուժման անհրաժեշտությունն առավել հիմնավորված:

Ա-Փոքր, ամբողջությամբ դրենավորված թարախակույտ՝ առանց ընդհանուր ախտանիշների

Բ-Համակցված տարածուն ցելյուլիտ և համակարգային վարակի նշաններ

Գ-Միայն թեթև տեղային ցավ

Դ-Վերքի լավ գրանուլյացիա

Լիմֆանգիտ

343. Ձեռքի փոքր վարակված վերքից դեպի անութային շրջան տարածվում են ցավոտ կարմիր գծեր: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա-Լիմֆանգիտ

Բ-Թրոմբոֆլեբիտ

Գ-Կարմիր քամի

Դ-Նեկրոզացնող ֆասցիտ

344. Սուր լիմֆանգիտի դեպքում առավել հաճախ ախտահարվում են՝

Ա-Խորը երակները

Բ-Մակերեսային ավշային անոթները

Գ-Զարկերակները

Դ-Մկանային ֆասցիաները

345. Սուր բակտերիալ լիմֆանգիտի բուժման կարևոր բաղադրիչն է՝

Ա-Միայն ախտահարված ավշային անոթների վիրաբուժական հեռացումը

Բ-Համակարգային հակաբակտերիալ բուժումը և առաջնային վարակի օջախի վերահսկումը

Գ-Միայն հակամակարդիչ բուժումը

Դ-Կորտիկոստերոիդային մոնոթերապիան

Հիդրադենիտ

346. 15 տարեկան դեռահասի մոտ անութային շրջանում պարբերաբար առաջանում են ցավոտ հանգույցներ և թարախակույտեր, առկա են սպիներ և ֆիստուլային ուղիներ: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա-Ֆուրունկուլոզ

Բ-Հիդրադենիտ սուպուրատիվա

Գ-Լիմֆադենիտ

Դ-Կարմիր քամի

347. Հիդրադենիտ սուպուրատիվայի պաթոգենեզի հիմքում առավելապես ընկած է՝

Ա-Մազային ֆոլիկուլի օկլյուզիան և քրոնիկ բորբոքումը

Բ-Մակերեսային ավշային անոթների առաջնային վարակը

Գ-Դերմատոֆիտային վարակը

Դ-Մաշկի անոթների թրոմբոզը

348. Կրկնվող թարախակույտերի, ֆիստուլային ուղիների և սպիացման առկայությունը հիդրադենիտով դեռահասի մոտ առավելապես վկայում է՝

Ա-Ինքնասահմանափակվող սուր վարակի մասին

Բ-Քրոնիկ և ավելի արտահայտված հիվանդության մասին

Գ-Ալերգիկ դերմատիտի մասին

Դ-Վիրուսային վարակի մասին

Ֆուրունկուլ

349. Ֆուրունկուլը հանդիսանում է՝

Ա-Մազային ֆոլիկուլի և շրջակա հյուսվածքների խորը վարակ

Բ-Մակերեսային ավշային անոթների բորբոքում

Գ-Դերմայի ոչ վարակային բորբոքում

Դ-Միայն ճարպագեղձի խցանում

350. Մի քանի հարակից ֆուրունկուլների միաձուլմամբ առաջացած խորը բորբոքային օջախը կոչվում է՝

Ա-Կարբունկուլ

Բ-Ֆլեգմոնա

Գ-Էրիզիպելաս

Դ-Հիդրադենիտ

351. Ֆուրունկուլի դեպքում ո՞ր կլինիկական իրավիճակն է պահանջում ավելի ակտիվ բժշկական գնահատում:

Ա-Փոքր օջախ՝ առանց ընդհանուր ախտանիշների

Բ-Տենդ, տարածվող ցելյուլիտ և ընդհանուր վիճակի վատացում

Գ-Ցավի աստիճանական նվազում

Դ-Ինքնուրույն դրենավորում և լավացում

Կարմիր քամի (Erysipelas)

352. Երեխայի մոտ հանկարծակի առաջացել է տենդ և ստորին վերջույթի վառ կարմիր, տաք, ցավոտ, մաշկի մակերեսից փոքր-ինչ բարձրացած, հստակ սահմաններով ախտահարում: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա-Ֆլեգմոնա

Բ-Կարմիր քամի

Գ-Թարախակույտ

Դ-Հիդրադենիտ

353. Կարմիր քամու դեպքում հիմնականում ախտահարվում են՝

Ա-Դերմայի վերին շերտերը և մակերեսային ավշային անոթները

Բ-Խորը ֆասցիան և մկանները

Գ-Միայն էպիդերմիսը

Դ-Ենթամաշկային ճարպային հյուսվածքի միայն խորը շերտերը

354. Ո՞ր հարուցիչն է առավել հաճախ առաջացնում կարմիր քամի երեխաների մոտ:

Ա-Staphylococcus aureus

Բ-Streptococcus pyogenes (A խմբի β-հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկ)

Գ-Pseudomonas aeruginosa

Դ-Escherichia coli

355. Կարմիր քամի ախտորոշված երեխայի մոտ առաջացել են արագ հարաճող այտուց, մաշկային փոփոխություններին անհամաչափ ուժեղ ցավ, բուլաներ և ընդհանուր վիճակի վատացում: Ո՞րն է առավել ճիշտ տակտիկան:

Ա-Շարունակել նույն բուժումը և վերագնահատել 48 ժամ անց

Բ-Կասկածել նեկրոզացնող փափուկ հյուսվածքային վարակի և կատարել շտապ վիրաբուժական գնահատում

Գ-Նշանակել միայն տեղային հակաբիոտիկ

Դ-Կատարել միայն մաշկի բիոպսիա և սպասել պատասխանի

Սկզբնաղբյուրներ՝

1. Մանկական վիրաբուժություն Детская хирургия. Национальное руководство Автор: Разумовский Александр Юрьевич, Батраков СергйЮрьевич, Алхасов Абдуманап Басирович Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г.
2. St Peter SD, Snyder CL, editors. Holcomb and Ashcraft's Pediatric Surgery. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2026. ISBN: 9780443124310.
3. The European Association of Urology (EAU) and European Society for Paediatric Urology (ESPU) 2023 guidelines on Paediatric Urology