

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 09 » *сентября* 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел



СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Детская хирургия»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.16 «Детская хирургия»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой,

Д.М.Н., доцент

(должность, ученое звание, степень)



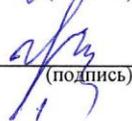
(подпись)

Подкаменев А.В.

(расшифровка)

Профессор кафедры, Д.М.Н.

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Жила Н.Г.

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

Хирургических болезней детского возраста им. Г.А. Баирова

название кафедры

« 26 » 08

2021 г., протокол заседания № 1

Хирургических болезней детского возраста им. Г.А.

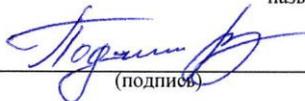
Заведующий кафедрой

Баирова

название кафедры

Д.М.Н., доцент

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Подкаменев А.В.

(расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.16 «Детская хирургия»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1.Б.1.1. Методы обследования в детской хирургии	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1.Б.1.2. Частная хирургия	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б.1.Б.1.3. Травматология детского возраста	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б.1.Б.1.4. Проктология детского возраста	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б.1.Б.1 «Детская хирургия»

Индекс компетенции и её содержание, этапы формирования	в результате изучения дисциплины ординатор должен		
	знать	уметь	владеть
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации, по вопросам профессионального	систематизировать нормативно-правовые акты в соответствии со сферами их применения в профессиональной	приёмами использования нормативно-правовых актов в соответствии со сферами их применения в профессиональной

	<p>образования и вопросам оказания медицинской помощи;</p> <p>методы сравнительного анализа и критической оценки норм права в области здравоохранения;</p> <p>общие принципы и закономерности дидактики;</p> <p>поисковые системы ресурсов интернета;</p> <p>возможности исследовательских функций в медицине;</p> <p>инновационные методики в медицине;</p> <p>средства, методы и формы научной и аналитической работы</p>	<p>деятельности;</p> <p>использовать в профессиональной деятельности ресурсе интернета;</p> <p>оперировать категориальным аппаратом;</p> <p>организовывать исследование;</p> <p>анализировать современные медицинские концепции и реализовывать принципы и закономерности в конкретных видах медицинской деятельности;</p> <p>осуществлять отбор средств, методов и форм организации лечебно-диагностического процесса, адекватных его содержанию</p> <p>осуществлять отбор методов и форм контроля эффективности лечебно-диагностического процесса адекватных его содержанию</p>	<p>деятельности;</p> <p>приёмами работы с ресурсами интернета;</p> <p>навыками использования категориального аппарата в профессиональной деятельности;</p> <p>навыками проектирования различных видов лечебно-диагностических мероприятий;</p> <p>навыками использования методов и форм контроля качества оказания медицинской в том числе, на основе информационных технологий;</p> <p>навыками отбора и применения методов, приёмов и средств воспитания будущих специалистов медицинского и фармацевтического профиля;</p> <p>навыками реализации в своей педагогической деятельности принципов профессиональной этики</p>
<p>ПК-1</p> <p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.</p>	<p>формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ и борьбы с ним</p>	<p>разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ и борьбы с ним</p>	<p>пропагандой здорового образа жизни, формированием программ здорового образа жизни</p>
<p>ПК-2</p> <p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению</p>	<p>принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования хирургических заболеваний, порядок организации медицинских</p>	<p>проводить медицинские осмотры с учётом возраста, состояния здоровья в соответствии с действующими</p>	<p>проведением медицинских осмотров, диспансеризации в соответствии с нормативными правовыми документами;</p>

диспансерного наблюдения.	осмотров и диспансеризации детей, а также диспансерного наблюдения; медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики хирургических заболеваний у детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи	нормативными правовыми документами; проводить диспансеризацию детей в соответствии с действующими нормативными правовыми документами; проводить диспансерное наблюдение детей с выявленными хроническими хирургическими заболеваниями	проведением диспансерного наблюдения за детьми с выявленными хроническими хирургическими заболеваниями
ПК-5 Готовность к определению у пациентов детского возраста патологических состояний, симптомов, синдромов хирургических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	этиологию и патогенез, патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) патологических состояний у детей с хирургическими заболеваниями; симптомы и синдромы осложнений, нежелательных реакций у детей с хирургическими заболеваниями; МКБ	оценивать натомо-функциональное состояние органов и систем организма у детей с хирургическими заболеваниями; выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с хирургическими заболеваниями	формированием предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных исследований детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи; установление диагноза с учетом МКБ
ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов детского возраста с хирургическими заболеваниями.	порядок оказания медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями; стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями; клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями; методы лечения детей с	разрабатывать план подготовки детей с хирургическими заболеваниями к хирургическому вмешательству, лечебным манипуляциям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи, выполнять хирургические вмешательства и лечебные манипуляции; оказывать медицинскую помощь детям с хирургическими	разработкой плана подготовки детей с хирургическими заболеваниями к хирургическому вмешательству, лечебным манипуляциям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи; выполнением отдельных этапов хирургических

	хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи; клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или дыхания) и правила проведения сердечно-лёгочной реанимации	заболеваниями в неотложной форме в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи; оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека кровообращения и (или) дыхания	вмешательств, лечебных манипуляций детям с хирургически-ми заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи; оказанием медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями в неотложной форме; оказанием медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека кровообращения и (или) дыхания
ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	основы медицинской реабилитации детей с хирургическими заболеваниями; методы медицинской реабилитации детей с хирургическими заболеваниями; медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий детям с хирургическими заболеваниями, в том числе индивидуальной программы реабилитации и санаторно-курортного лечения; механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм детей с хирургическими заболеваниями	определять медицинские показания для проведения мероприятий по медицинской реабилитации детям с хирургическими заболеваниями и санаторно-курортного лечения; разрабатывать план реабилитационных мероприятий детям с хирургическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с соответствию с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи; проводить работу по	составлением плана мероприятий медицинской реабилитации детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с соответствию с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи; реализовывать мероприятия медицинской реабилитации детей с хирургическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и санаторно-курортного лечения

		реализации мероприятий индивидуальной программы реабилитации инвалидов детства по хирургическим заболеваниям	
ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «детская хирургия»; требования пожарной безопасности, охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка; требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «детская хирургия»	составлять план работы и отчёт о своей работе; заполнять медицинскую документацию, контролировать качество её ведения; соблюдать правила внутреннего распорядка, требования пожарной безопасности, охраны труда; осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	составлением плана работы и отчёта о своей работе; ведением медицинской документации, в том числе в форме электронного документа; использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; контролем выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала; обеспечением внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; соблюдением правил внутреннего распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда

**КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ
знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в
процессе освоения дисциплины Б.1.Б.1 «Детская хирургия»**

**1. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Детская хирургия»
1, 2, 3-ий семестр**

1-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	ПК-1	1-50	1-21	1-7	1,2,6

2.	ПК-2	51-100	23,25,27,29,33, 63,5,71,109,114	1-7	1,2,6
4.	ПК-3	101-150	34-48,78,79,82- 84	10-16	11,13,15
5.	ПК-4	101-150	110-114	19-21	3-5
6.	ПК-5	151-300	62-68	1,9,18	11-13
7.	ПК-6	300-400	37-48	1-11	1-15
8.	ПК-7	400-500	34-48,78,79,82- 84	10-16	11,13,15
9.	ПК-8	501-600	65,69,80,82,107, 113,114	1-6	5,6,9

2-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	ПК-1	1-50	1-21	1-7	1,2,6
2.	ПК-2	51-100	23,25,27,29,33, 63,5,71,109,114	1-7	1,2,6
4.	ПК-3	101-150	34-48,78,79,82- 84	10-16	11,13,15
5.	ПК-4	101-150	110-114	19-21	3-5
6.	ПК-5	151-300	62-68	1,9,18	11-13
7.	ПК-6	300-400	37-48	1-11	1-15
8.	ПК-7	400-500	34-48,78,79,82- 84	10-16	11,13,15
9.	ПК-8	501-600	65,69,80,82,107, 113,114	1-6	5,6,9

3-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	ПК-1	1-50	1-21	1-7	1,2,6

2.	ПК-2	51-100	23,25,27,29,33, 63,5,71,109,114	1-7	1,2,6
4.	ПК-3	101-150	34-48,78,79,82- 84	10-16	11,13,15
5.	ПК-4	101-150	110-114	19-21	3-5
6.	ПК-5	151-300	62-68	1,9,18	11-13
7.	ПК-6	300-400	37-48	1-11	1-15
8.	ПК-7	400-500	34-48,78,79,82- 84	10-16	11,13,15
9.	ПК-8	501-600	65,69,80,82,107, 113,114	1-6	5,6,9

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«**Отлично**» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«**Хорошо**» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«**Удовлетворительно**» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«**Неудовлетворительно**» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«**Отлично**» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«**Хорошо**» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«**Удовлетворительно**» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«**Неудовлетворительно**» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«**Отлично**» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но: алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

1. Чтобы правильно трактовать имеющиеся изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении:

- А. Лёжа на спине
- Б. Стоя
- В. Лёжа на животе;
- Г. В положении Тренделенбурга
- Д. На «горке»

2. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по:

- А. Наклейке на рентгенограмме
- Б. Букве «Л» или «П», поставленной рентгенотехником
- В. Газовому пузырю желудка

- Г. Тени средостения
- Д. Высоте куполов диафрагмы

3. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:

- А. Артрэзии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода
- Б. Артрэзии пищевода (безсвищевая форма)
- В. Халазии кардии
- Г. Врожденным коротким пищеводом
- Д. Грыже пищеводного отверстия диафрагмы

4. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов:

- А. При бронхоэктазии
- Б. При врожденной лобарной эмфиземе
- В. При легочной секвестрации
- Г. При кисте легкого
- Д. При опухоли легкого

5. Бронхография противопоказана:

- А. При опухоли легкого
- Б. При легочной секвестрации
- В. При врожденной лобарной эмфиземе
- Г. При кисте легкого
- Д. При бронхоэктазии

6. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является:

- А. Интубационный наркоз без миорелаксантов
- Б. Местная анестезия
- В. Применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи
- Г. Интубационный наркоз с применением миорелаксантов
- Д. Применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи

7. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительна:

- А. «Слепая» катетеризация бронхов под масочной анестезией
- Б. Введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку под контролем рентгеновского экрана
- В. Введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку без контроля рентгеновского экрана
- Г. Введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп под контролем рентгеновского аппарата с электроннооптическим преобразователем
- Д. Введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп без рентгеновского контроля

8. Диагностический пневмоторакс показан:

- А. При гематоме легкого
- Б. При легочной секвестрации
- В. При лобарной эмфиземе
- Г. При опухоли средостения
- Д. При кистозной гипоплазии

9. При выполнении «жесткой» эзофагоскопии перфорация пищевода чаще всего происходит на уровне:

- А. 1-го физиологического сужения
- Б. 2-го физиологического сужения
- В. Области кардии
- Г. Между 1-м и 2-м физиологическими сужениями
- Д. Между 2-м физиологическим сужением и кардией

10. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

- А. При бронхоэктазии
- Б. При туберкулезе
- В. При абсцессе легкого
- Г. При легочной секвестрации
- Д. При агенезии легкого

11. Абсолютными показаниями для выполнения торакоскопии у детей являются:

- А. Киста легкого
- Б. Спонтанный пневмоторакс
- В. Легочная секвестрация
- Г. Опухоль легкого
- Д. Опухоль средостения

12. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:

- А. Синдром напряжения в грудной полости
- Б. Ранение легкого инструментами
- В. Отек легкого
- Г. Легочно-сердечная недостаточность
- Д. Все перечисленные

13. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

- А. Пиопневмоторакс
- Б. Ателектаз
- В. Буллезная форма легочной деструкции
- Г. Пиоторакс
- Д. Пневмоторакс

14. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:

- А. Вертикальное
- Б. Лежа
- В. На правом боку
- Г. На левом боку
- Д. Любое из предложенных

15. Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются:

- А. Единичные широкие уровни
- Б. Множественные мелкие уровни
- В. Большой газовый пузырь желудка
- Г. Наличие большого количества жидкости в брюшной полости
- Д. Свободный газ в брюшной полости

16. Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является:
- А. Единичные широкие уровни
 - Б. Множественные мелкие уровни
 - В. Большой газовый пузырь желудка
 - Г. Наличие большого количества жидкости в брюшной полости
 - Д. Свободный газ в брюшной полости
17. Наиболее целесообразно выполнять рентгеновское исследование после дачи бариевой взвеси у больного с подозрением на спаечную обтурационную непроходимость кишечника:
- А. Каждый час
 - Б. Через каждые 3 часа
 - В. Через 3, 6, 12 часов
 - Г. Через 12, 24 часа
 - Д. В зависимости от клинической картины и эффективности консервативных мероприятий
18. При ирригографии у больного с болезнью Гиршпрунга после выведения зоны поражения под экраном целесообразно выполнить:
- А. Один прямой снимок
 - Б. Один боковой снимок
 - В. Два — прямой и боковой
 - Г. Два — прямой и косой
 - Д. Три — прямой, боковой и косой
19. При выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника и ранние сроки наиболее целесообразное число рентгеновских снимков:
- А. Один — после расправления инвагината
 - Б. Два — при обнаружении инвагината и после его расправления
 - В. Три — обзорную рентгенограмму, при обнаружении инвагината и после его расправления
 - Г. Четыре — обзорный снимок, при обнаружении инвагината, на этапе его расправления и после расправления
 - Д. Рентгеновские снимки не производить, контроль только рентгеноскопический
20. В качестве контрастного вещества при фистулографии у больного с хроническим остеомиелитом костей таза следует использовать:
- А. Воздух
 - Б. Водорастворимый контраст
 - В. Йодолипол
 - Г. Раствор бариевой взвеси
 - Д. Любое из предложенных
21. Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии не показано при подозрении на:
- А. Абсцесса Дугласова пространства
 - Б. Кисты яичника
 - В. Инородного тела прямой кишки
 - Г. Ректо-сигмоидита
 - Д. Полипа прямой кишки
22. Типичной проекцией привратника при пилоростенозе, выявляемой при пальпации живота у младенца 1-го месяца жизни, является:

- А. Средняя линия выше пупка
- Б. Край правого подреберья
- В. Уровень пупка
- Г. Область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы живота
- Д. Внутри от переднего отдела правой подвздошной кости

23. Контрастное обследование пищевода с барием не показано при:

- А. Халазии кардии
- Б. Ахалазии кардии
- В. Врождённом трахеопищеводном свище
- Г. Атрезии пищевода
- Д. Врождённом коротком пищеводе

24. Эзофагоскопия не обязательна при:

- А. Ахалазии пищевода
- Б. Врождённом стенозе пищевода
- В. Ожоге пищевода
- Г. Халазии кардии
- Д. Атрезии пищевода

25. При оценке тяжести пневмонии у новорождённых наиболее достоверным из физикальных методов обследования является:

- А. Осмотр грудной клетки
- Б. Аускультация лёгких
- В. Перкуссия грудной клетки
- Г. Число дыхательных движений в минуту
- Д. Оценка степени цианоза и одышки

26. Наиболее информативным из физикальных методов исследования при подозрении у новорождённого на острый живот является:

- А. Наблюдение за поведением ребёнка
- Б. Осмотр живота
- В. Деликатная пальпация живота
- Г. Перкуссия живота
- Д. Зондирование желудка

27. Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является:

- А. Симптом «песочных часов»
- Б. Обильная рвота
- В. Потеря веса
- Г. Обнаружение утолщенного привратника при пальпации
- Д. Склонность к запорам

28. Зондирование пищевода с диагностической целью не показано при:

- А. Врождённом коротком пищеводе
- Б. Пневмонии
- В. Атрезии пищевода
- Г. Врождённом трахео-пищеводном свище
- Д. Врождённом стенозе пищеводе

29. При подозрении на трахеопищеводный свищу новорождённого наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:
- А. Эзофагоскопия
 - Б. Рентгеноконтрастное исследование пищевода
 - В. Трахеоскопия
 - Г. Оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме
 - Д. Трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки
30. При цистографии у новорождённых чаще всего выявляется:
- А. Уретероцеле
 - Б. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
 - В. Наличие незаращённого урахуса
 - Г. Наличие пузырно-кишечного свища
 - Д. Наличие дивертикула мочевого пузыря
31. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:
- А. Гидронефротическую трансформацию почек
 - Б. Врождённую кишечную непроходимость
 - В. Врождённый трахео-пищеводный свиш
 - Г. Гастрошизис
 - Д. Врождённый порок сердца
32. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода и желудка нельзя выявить:
- А. Халазию кардии
 - Б. Ахалазию кардии
 - В. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
 - Г. Геморрагический гастрит
 - Д. Пилоростеноз
33. Метод ирригографии с бариевой взвесью не используется для диагностики:
- А. Заворота средней кишки
 - Б. Атипичного расположения аппендикса
 - В. Болезни Гиршпрунга
 - Г. Язвенно-некротического энтероколита у новорожденного
 - Д. Инвагинации кишечника
34. При патологии пупочной области зондирование пупочной ямки не проводят для выявления:
- А. Кальциноза пупочной области
 - Б. Фунгуса пупка
 - В. Полного свища желточного протока
 - Г. Неполного свища желточного протока
 - Д. Свища урахуса
35. Основным показателем правильности анатомических соотношений в суставах при артрографии является:
- А. Равномерная высота суставной щели
 - Б. Строгое соответствие краев сочленяющихся суставных поверхностей
 - В. Соответствие оси конечности с осью движения в суставе
 - Г. Правильные ответы А) и Б)
 - Д. Нет такого показателя

36. Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является:
- А. Смещение срединных структур мозга
 - Б. Менингит
 - В. Менингоэнцефалит
 - Г. Стафилококковая деструкция легких
 - Д. Родовая черепно-мозговая травма
37. Отсутствие контрастирования желчного пузыря наиболее характерно для:
- А. Для кисты общего желчного протока
 - Б. Для хронического безкаменного холецистита
 - В. Для хронического калькулезного холецистита
 - Г. Для врожденной гипоплазии желчевыделительной системы
 - Д. Для хронического гепатита
38. Спленопортография выполняется:
- А. Под общим обезболиванием с применением миорелаксантов
 - Б. Под местным обезболиванием
 - В. Через переднюю брюшную стенку
 - Г. В положении сидя
 - Д. После лапаротомии
39. Отсутствие нормальных анатомических образований в воротах печени наиболее характерно:
- А. Для внепеченочной формы портальной гипертензии
 - Б. Для хронического гепатита
 - В. Для цирроза печени
 - Г. Для врожденного фиброза печени
 - Д. Для эхинококкоза печени
40. Пункционная биопсия печени выполняется:
- А. Под общим обезболиванием
 - Б. Под местным обезболиванием
 - В. Через переднюю брюшную стенку
 - Г. В положении сидя
 - Д. После лапаротомии
41. Пункция оболочек яичка показана:
- А. При кисте семенного канатика
 - Б. При перекруте яичка
 - В. При орхоэпидидимите
 - Г. При напряженной водянке оболочек яичка
 - Д. При идиопатическом отеке мошонки
42. Показанием для проведения функциональных исследований в гепатологии является:
- А. Спленомегалия с варикозным расширением вен пищевода
 - Б. Гепатомегалия
 - В. Гипербилирубинемия
 - Г. Анемия с частыми носовыми кровотечениями
 - Д. Асцит
43. Диафаноскопия не показана:
- А) при паховой грыже;

- Б) при пахово-мошоночной грыже;
- В) при перекруте яичка;
- Г) при остро возникшей кисте элементов семенного канатика;
- Д) при бедренной грыже.

44. Об остро возникшей кисте элементов семенного канатика свидетельствуют:

- А. Отсутствие яичка в мошонке
- Б. Беспокойство и подъем температуры
- В. Наличие мягко эластического образования по ходу семенного канатика и прозрачной жидкости при диафаноскопии
- Г. Гиперемия мошонки
- Д. Гиперемия и болезненность в паховой области

45. Центральный луч по отношению к плоскости кассеты для получения структурной рентгенограммы кости имеет:

- А. Перпендикулярное направление
- Б. Под углом 10°
- В. Под углом 20°
- Г. Под углом 30°
- Д. Под углом 40°

46. Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием:

- А. Острая задержка мочи
- Б. Гидронефроз
- В. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- Г. Недержание мочи
- Д. Нейрогенный мочевой пузырь

47. Назовите заболевание, при котором экскреторная урография не помогает установить диагноз:

- А. Клапан задней уретры
- Б. Гидронефроз
- В. Удвоение верхних мочевых путей
- Г. Торакальная дистония почки
- Д. Подковообразная почка

48. Антеградную пиелографию проводят для выявления:

- А. Дивертикула мочевого пузыря
- Б. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
- В. Прходимости пиелoureтрального анастомоза при гидронефрозе
- Г. Опухоли почки
- Д. Кисты почки

49. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в/в урография с лазерной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз:

- А. Сморщивание или гипоплазия почки
- Б. Новообразование или киста почки
- В. ОРВИ или апостематоз почки
- Г. Пиелoэктазия или гидронефроз
- Д. ПМР или нейрогенный мочевой пузырь

50. Цистография противопоказана:
- А. При пузырно-кишечных и пузырно-вагинальных свищах
 - Б. При уретероцеле
 - В. При обострении пиелонефрита
 - Г. При контрактуре шейки мочевого пузыря
 - Д. При опухолевом процессе в малом тазу
51. У больного 4 лет установлен диагноз «скрытый половой член». Ребенку показано:
- А. Наблюдение эндокринолога + гормональная терапия
 - Б. Оперативное лечение при желании родителей
 - В. Показана фаллопластика
 - Г. Не наблюдать
 - Д. Смена паспортного пола + феминизирующая пластика
52. Скрытым половым членом считают:
- А. Половой член нормальных возрастных размеров, погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки
 - Б. Половой член с недоразвитыми кавернозными телами
 - В. Половой член с гипертрофированной крайней плотью
 - Г. Половой член малых размеров
 - Д. Микрофаллус с дисгенезией гонад
53. Причиной скрытого полового члена считают:
- А. Ожирение
 - Б. Малые размеры кавернозных тел
 - В. Гипертрофия крайней плоти
 - Г. Дисгенетические изменения поддерживающей и пеноабдоминальной связки
 - Д. Рубцовый фимоз
54. Яички начинают вырабатывать андрогены:
- А. Еще внутриутробно
 - Б. На первом году жизни
 - В. В раннем детском возрасте
 - Г. С началом полового созревания
 - Д. В конце пубертатного периода
55. Наиболее частой причиной синдрома неполной маскулинизации является:
- А. 5-А-редуктазная недостаточность
 - Б. Недостаточность десмолазы
 - В. Недостаточность 17-, 20-лиазы
 - Г. Недостаточность 17-гидроксилазы
 - Д. Недостаточность 3-ОН-гидроксилазы
56. Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка:
- А. Подострое начало заболевания
 - Б. Темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии
 - В. Наличие выпота в оболочках яичка
 - Г. Пальпируется болезненное округлое образование на яичке
 - Д. Тяжелая интоксикация и лихорадка
57. Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка при крипторхизме:
- А. Пенильной

- Б. Бедренной
- В. Промежностной
- Г. Перекрестной
- Д. Пупочной

58. При операции по поводу паховой грыжи у девочки в содержимом грыжевого мешка обнаружено яичко. В данном случае речь может идти:

- А. Об истинном гермафродитизме
- Б. О смешанной дисгенезии гонад
- В. О синдроме тестикулярной феминизации
- Г. О крипторхизме в сочетании с грыжей и микропенисом
- Д. О синдроме ХХ-мужчины

59. Для обследования ребенка младшего возраста, страдающего абдоминальным крипторхизмом, в первую очередь следует выполнить:

- А. Пневмопельвиографию
- Б. УЗ - исследование
- В. Радиоизотопное сканирование с ^{90}Tc
- Г. Проба с ХГ
- Д. Лапароскопию

60. При ревизии пахового канала и брюшной полости по поводу абдоминального крипторхизма обнаружен «слепо начинающийся» семявыносящий проток. Органы малого таза сформированы по мужскому типу. В данном случае имеет место:

- А. Атрофия яичка
- Б. Гипотрофия яичка
- В. Агенезия яичка
- Г. Монорхизм
- Д. Дисгенезия яичка

61. Положительная проба с ХГ имеет диагностическую ценность в случае:

- А. Одностороннего крипторхизма
- Б. Двустороннего крипторхизма
- В. Ложного крипторхизма
- Г. Анорхизма
- Д. Монорхизма

62. После низведения в мошонку яичка, сопровождающегося техническими трудностями, у ребенка отмечено увеличение в размерах и резкая болезненность яичка. Укажите препарат из перечисленных, не оказывающий положительного эффекта:

- А. Ацетилсалициловая кислота
- Б. Преднизолон
- В. Антибиотики
- Г. Трентал
- Д. Никотиновая кислота

63. Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают:

- А. Период новорожденности
- Б. 6 мес-1 год
- В. 2-5 лет
- Г. 6-9 лет
- Д. Начиная с 10 лет

64. Гормональное лечение при крипторхизме можно начинать:
- А. С рождения
 - Б. С полугода
 - В. С 2 лет
 - Г. С 5 лет
 - Д. С 12 лет
65. Для ребенка 6 месяцев, страдающего крипторхизмом в форме паховой ретенции, тактически правильно проводить:
- А. Диспансерное наблюдение
 - Б. Лечение ХГ
 - В. Оперативное лечение
 - Г. Снятие с учета
 - Д. Регулярный массаж паховой области
66. Ребёнку с крипторхизмом 5 лет доза хорионического гонадотропина должна составлять:
- А. 250 МЕ
 - Б. 500 МЕ
 - В. 1000 МЕ
 - Г. 1500 МЕ
 - Д. 2000 МЕ
67. Больной 12 лет направлен с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой ее половины. Яичко увеличено, плотное, резко болезненное, слегка подтянуто к корню мошонки. Произведена пункция левой половины мошонки: получено небольшое количество прозрачной жидкости. Дифференциальную диагностику следует провести:
- А. С ушибом яичка
 - Б. С разрывом яичка
 - В. С перекрутом яичка
 - Г. С перекрутом подвесок яичка
 - Д. С липонекрозом мошонки
68. Больной в возрасте 3 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне с внезапно возникшей боли в мошонке. При осмотре: выраженный отек и гиперемия мошонки больше справа, яичко на ощупь не изменено, болезненность при пальпации мошонки, температура не повышалась. Дополнительно выявлено, что мальчик страдает экссудативным диатезом. В данном случае наиболее вероятны:
- А. Перекрут яичка
 - Б. Перекрут подвесок правого яичка
 - В. Аллергический отек мошонки
 - Г. Ущемленная правосторонняя паховая грыжа
 - Д. Рожистое воспаление мошонки
69. При ревизии брюшной полости у ребенка 6 лет в забрюшинной клетчатке под почкой обнаружено яичко размерами 1,2x0,7x0,4 см, без сформированного придатка. Низвести его в мошонку не удастся. В этом случае вашим действием будет:
- А. Гонадэктомия
 - Б. Оставить на месте
 - В. Вывести в брюшную полость

- Г. Вывести над апоневрозом
- Д. Провести биопсию

70. При крипторхизме в форме эктопии хорионический гонадотропин назначается:

- А. До операции
- Б. Сразу после операции
- В. Через 2 месяца после операции
- Г. До операции и сразу после операции
- Д. Лечение противопоказано

71. Какое из перечисленных положений, относящиеся к проблеме лечения крипторхизма трудно назвать справедливым:

- А. Основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие
- Б. Крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является не опущение яичек
- В. Аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках
- Г. Лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста
- Д. Лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста

72. Показанием для гормональной терапии неопустившегося яичка служит крипторхизм:

- А. В форме эктопии
- Б. В форме ретенции, когда уровень лютеинизирующего гормона в моче ниже 124 МЕ/л;
- В. В форме ретенции, когда уровень лютеинизирующего гормона в моче выше 124 МЕ/л;
- Г. В форме ретенции у больного с ожирением
- Д. Крипторхизм в сочетании с грыжей

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

- А. До 6 лет
- Б. До 10 лет
- В. До 12 лет
- Г. До 16 лет
- Д. Безотлагательно

74. У больного 4 лет со смешанным строением наружных гениталий, воспитывающегося по мужскому типу яички не пальпируются, гипоспадия, промежностная форма, половой хроматин отрицательный, кариотип 46XY. При УЗИ выявляется образование за мочевым пузырем, похожее на матку. При уретрографии - наполненный контрастом мочевой пузырь, сзади которого видно образование больших размеров, заполненное контрастным веществом, исходящее из простатической части уретры, удлиненной формы размерами 5,0x2,0 см. При лапаротомии обнаружены в полости малого таза две гонады размерами 1,0x0,5 см, рудиментарная матка с трубами. В данном случае следует:

- А. Оставить все как есть
- Б. Удалить гонады
- В. Удалить матку, вывести гонады из брюшной полости
- Г. Удалить матку и гонады
- Д. Удалить матку, гонады оставить в брюшной полости

75. У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой эктопии. В анамнезе — боль в области задержанного яичка. Ему следует рекомендовать:
- А. Динамическое наблюдение
 - Б. Гормональную терапию
 - В. Безотлагательное оперативное вмешательство
 - Г. Оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией
 - Д. Динамическое наблюдение в течение 2 лет
76. У мальчика в возрасте 2 лет диагностирован крипторхизм в форме паховой ретенции в сочетании с клинически выраженной грыжей. Ему следует рекомендовать:
- А. Гормональную терапию
 - Б. Безотлагательное оперативное вмешательство
 - В. Диспансерное наблюдение
 - Г. Оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией
 - Д. Активное динамическое наблюдение
77. Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичек:
- А. Перекрут гидатиды яичка
 - Б. Перекрут яичка
 - В. Орхоэпидидимит
 - Г. Флегмона Фурнье
 - Д. Травматический разрыв яичка
78. Какой из перечисленных ниже факторов, нельзя считать причиной дегенеративных изменений у больного крипторхизмом:
- А. Дефицит андрогенов
 - Б. Несоответствие температурного режима
 - В. Дефицит гонадотропинов
 - Г. Аутоиммунная агрессия
 - Д. Воспалительные заболевания кожи мошонки
79. Наиболее частой причиной возникновения острых заболеваний яичек у детей является:
- А. Неспецифическая инфекция
 - Б. Механические факторы
 - В. Специфическая инфекция
 - Г. Нарушение обменных процессов
 - Д. Диспропорция развития тканевых структур детского организма
80. Какое из перечисленных положений, имеющих отношение к острым заболеваниям яичек у детей, ошибочно:
- А. Боль — ведущий симптом заболевания
 - Б. Гиперемия и отек мошонки возникают спустя 1-2 часа от начала заболевания
 - В. Яичко уплотняется, увеличивается в размерах и становится болезненным при ощупывании
 - Г. Показания к хирургическому лечению возникают редко
 - Д. Специфическое поражение яичек встречается редко
81. Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено:
- А. Нарушением обратного развития зобно-глочного протока
 - Б. Незаращением остатков жаберных дуг
 - В. Нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока

- Г. Хромосомными aberrациями
- Д. Эктопией эпителия дна полости рта

82. Характерным симптомом для срединных кист шеи является:

- А. Боли при глотании
- Б. Смещаемость кисты при глотании
- В. Расположение над яремной ямкой
- Г. Плотная консистенция
- Д. Периодическое исчезновение

83. Наиболее информативным методом распознавания срединных свищей шеи является:

- А. Обзорная рентгенография
- Б. Ультразвуковое исследование
- В. Зондирование свища
- Г. Фистулография
- Д. Компьютерная томография

84. Для лимфангиомы в области шеи характерны:

- А. Размеры 1-2 см
- Б. Плотный тяж, идущий к подъязычной кости
- В. Срединное расположение
- Г. Истонченная кожа над образованием
- Д. Смещаемость при глотании

85. Для шейного лимфаденита характерны:

- А. Смещаемость при глотании
- Б. Срединное расположение
- В. Мягкая консистенция
- Г. Отсутствие боли при пальпации
- Д. Наличие входных ворот инфекции и болезненность

86. Срединную кисту шеи не следует дифференцировать с:

- А. Липомой
- Б. Флебэктазией яремной вены
- В. Врожденной мышечной кривошеей
- Г. Дермоидной кистой
- Д. Лимфаденитом

87. Оптимальным сроком при оперативном лечении срединного свища шеи является возраст:

- А. От 6 мес до 1 года
- Б. 3-5 лет
- В. 1-2 года
- Г. 5-10 лет
- Д. Старше 10 лет

88. Для предупреждения рецидива кисты шеи при операции необходимо выполнить:

- А. Выделение свища до поверхностной фасции
- Б. Ушивание свищевого отверстия после санации
- В. Перевязку наружной яремной вены
- Г. Обработку свищевого хода склерозирующими препаратами
- Д. Резекцию подъязычной кости

89. Наиболее частым осложнением после операции по поводу свищей шеи является:
- А. Кровотечение
 - Б. Расхождение швов
 - В. Нарушение акта глотания
 - Г. Рецидив свища
 - Д. Гиперсаливация
90. Наиболее часто в детской практике при грыже белой линии живота применяется:
- А. Ушивание апоневроза узловыми швами
 - Б. Аутодермопластика кожными лоскутами
 - В. Подшивание синтетических материалов
 - Г. Операция Лойа
 - Д. Пластика с широкой фасцией бедра
91. Для боковых кист шеи характерны:
- А. Болезненность при пальпации
 - Б. Истончение кожи над образованием
 - В. Расположение над яремной веной
 - Г. Расположение по внутреннему краю кивательной мышцы
 - Д. Плотная консистенция
92. При боковых свищах шеи наиболее информативным методом исследования является:
- А. Обзорная рентгенография
 - Б. Ультразвуковое исследование
 - В. Фистулография
 - Г. Венография
 - Д. Компьютерная томография
93. Боковую кисту шеи не следует дифференцировать с:
- А. Лимфангиомой
 - Б. Периоститом нижней челюсти
 - В. Лимфаденитом
 - Г. Флебэктазией яремной вены
 - Д. Дермоидной кистой
94. Оптимальным сроком оперативного лечения врожденных боковых свищей шеи является возраст:
- А. До 1 года
 - Б. До 3 лет
 - В. 3-5 лет
 - Г. 5-7 лет
 - Д. Старше 10 лет
95. Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является:
- А. Резекция подъязычной кости
 - Б. Перевязка сосудисто-нервного пучка
 - В. Ушивание жаберной щели
 - Г. Выделение свища до боковой стенки глотки
 - Д. Иссечение свища и ушивание отверстия на коже
96. В послеоперационном периоде после операции по поводу боковых свищей шеи показано:
- А. Инфузионная терапия

- Б. Фиксация головы
- В. Исключение питания через рот
- Г. Постельный режим
- Д. Физиотерапия

97. Рецидив после операции по поводу боковых свищей шеи обусловлен:

- А. Нагноением послеоперационной раны
- Б. Расхождение швов
- В. Недостаточным гемостазом
- Г. Неполным удалением боковых ответвлений свища
- Д. Отказом от резекции подъязычной кости

98. Паховая грыжа формируется:

- А. На 2-3-й неделе эмбрионального развития
- Б. На 7-8-й неделе эмбрионального развития
- В. На 5-6-м месяце эмбрионального развития
- Г. На 7-8-м месяце эмбрионального развития
- Д. Может формироваться на любом этапе

99. Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является:

- А. Нарушение развития мезенхимальной ткани
- Б. Чрезмерные физические нагрузки
- В. Повышение внутрибрюшного давления
- Г. Слабость поперечной фасции
- Д. Слабость апоневроза наружной косой мышцы живота

100. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:

- А. Тошнота и рвота
- Б. Подъем температуры
- В. Эластическое выпячивание в паховой области
- Г. Боли в животе
- Д. Плохой аппетит

101. Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить:

- А. С орхитом
- Б. С водянкой оболочек яичка
- В. С варикоцеле
- Г. С перекрутом гидатиды
- Д. С орхоэпидидимитом

102. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:

- А. Частое ущемление
- Б. Возраст после двух лет
- В. Установление диагноза
- Г. Возраст после 5 лет
- Д. Диаметр выпячивания свыше 3 см

103. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:

- А. У девочек
- Б. У мальчиков

- В. У грудных детей
 - Г. У больных старше 5 лет
 - Д. Нет правильного ответа
104. В послеоперационном периоде по поводу паховой грыжи показано:
- А. Физиотерапия
 - Б. Массаж
 - В. Щадящий режим 2 недели
 - Г. Ограничение физической нагрузки на 1 год
 - Д. Постельный режим на 1 неделю
105. Осложнения грыжесечения обусловлены:
- А. Техническими погрешностями
 - Б. Возрастом ребенка
 - В. Степенью диспластических изменений
 - Г. Сопутствующими пороками
 - Д. Операцией по экстренным показаниям
106. Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости от:
- А. Возраста ребенка
 - Б. Сопутствующих пороков
 - В. Опыта хирурга
 - Г. Операции в плановом или в экстренном порядке
 - Д. Пола ребенка
107. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1,5 лет обусловлена:
- А. Повышенным внутрибрюшным давлением
 - Б. Ангиодисплазией
 - В. Травмой пахово-мошоночной области
 - Г. Незаращением вагинального отростка
 - Д. Инфекцией мочевыводящих путей
108. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:
- А. Появление припухлости в одной половине мошонки
 - Б. Ухудшение общего состояния
 - В. Подъем температуры
 - Г. Резкая болезненность
 - Д. Гиперемия мошонки
109. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного до 1,5 лет предусматривает:
- А. Оперативное лечение в плановом порядке
 - Б. Наблюдение до 3-4 лет
 - В. Наблюдение до 1,5-2 лет
 - Г. Пункцию под контролем УЗИ
 - Д. Экстренную операцию
110. Показанием к операции Винкельмана служит:
- А. Водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые
 - Б. Мутная водяночная жидкость
 - В. Изменение оболочек яичка
 - Г. Облитерированный вагинальный отросток
 - Д. Все перечисленное

111. В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимо:
- А. Физиотерапия
 - Б. Массаж
 - В. Обычный образ жизни
 - Г. Ограничение физической нагрузки
 - Д. Постельный режим
112. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены:
- А. Возрастом ребенка
 - Б. Сопутствующими пороками
 - В. Запоздалой операцией
 - Г. Техническими погрешностями
 - Д. Патологией верхних мочевыводящих путей
113. Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:
- А. Вариантом оперативного вмешательства
 - Б. Предшествующей гормональной терапией
 - В. Попыткой лечения пункционным способом
 - Г. Сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы
114. У мальчика в возрасте 3 лет обнаружен полный свищ пупка. Ему показаны:
- А. Наблюдение
 - Б. Антибиотикотерапия
 - В. Диагностическая лапаротомия
 - Г. Криотерапия
 - Д. Оперативное лечение
115. Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:
- А. Гормональный дисбаланс
 - Б. Ангиодисплазия
 - В. Незаращение вагинального отростка брюшины
 - Г. Специфический процесс
 - Д. Патология мочевыделительной системы
116. Наиболее характерным признаком кисты элементов семенного канатика является:
- А. Отечность в паховой области
 - Б. Гиперемия в паховой области
 - В. Эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко
 - Г. Резкая болезненность
 - Д. Расширение наружного пахового кольца
117. Лечение кисты оболочек семенного канатика у ребенка 6 месяцев включает:
- А. Экстренное оперативное лечение
 - Б. Одно-двукратную пункцию, при неэффективности - операцию
 - В. Оперативное лечение в плановом порядке
 - Г. Гормональное лечение
 - Д. Наблюдение в динамике

118. Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает:
- А. Пункцию элементов семенного канатика
 - Б. Рассечение оболочек
 - В. Операцию Гросса
 - Г. Операцию Винкельмана
 - Д. Иссечение оболочек яичка
119. В послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика показаны:
- А. Физиотерапия
 - Б. Лечебная физкультура
 - В. Массаж
 - Г. Ограничение физической нагрузки
 - Д. Обычный образ жизни
120. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика связаны:
- А. С возрастом ребенка
 - Б. С сопутствующими пороками
 - В. С техническими погрешностями
 - Г. С запоздалой операцией
 - Д. С предшествующими пункциями
121. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:
- А. Порок развития сосудов пуповины
 - Б. Незаращение апоневроза пупочного кольца
 - В. Воспаление пупочных сосудов
 - Г. Портальная гипертензия
 - Д. Родовая травма
122. Из перечисленных симптомов наименее характерным для пупочной грыжи являются:
- А. Расширение пупочного кольца
 - Б. В покое легко вправляется
 - В. Частое ущемление
 - Г. В покое трудно вправляется
 - Д. Выпячивание чаще появляется при беспокойстве
123. У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0,5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:
- А. Экстренное оперативное вмешательство
 - Б. Операцию в плановом порядке по достижении 2 лет
 - В. Наблюдение в динамике
 - Г. Массаж живота, гимнастика, профилактику запоров
 - Д. Массаж живота, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем
124. При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует:
- А. По установлении диагноза
 - Б. До 1 года
 - В. До 2 лет
 - Г. После 3 лет

Д. В 5-6 лет

125. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу пупочной грыжи необходимы:
- А. Постельный режим
 - Б. Протертый стол
 - В. Обычный образ жизни
 - Г. Физиотерапия
 - Д. Ношение бандажа
126. После операции по поводу пупочной грыжи наиболее частое осложнение:
- А. Расхождение швов
 - Б. Нагноение послеоперационной раны
 - В. Рецидив
 - Г. Эвентрация сальника
 - Д. Лигатурный свищ
127. Наиболее вероятной причиной формирования грыжи белой линии является:
- А. Повышение внутрибрюшного давления
 - Б. Слабость мышц передней брюшной стенки
 - В. Дисплазия соединительной ткани
 - Г. Родовая травма
 - Д. Воспалительные заболевания передней брюшной стенки
128. Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является:
- А. Наличие апоневротического дефекта по средней линии
 - Б. Приступообразные боли в животе
 - В. Тошнота и рвота
 - Г. Диспептические явления
 - Д. Гиперемия и припухлость
129. Показанием к срочной операции при грыже белой линии служит:
- А. Установление диагноза
 - Б. Болевой симптом
 - В. Косметический дефект
 - Г. Сопутствующие диспептические явления
 - Д. Отставание в физическом развитии
130. Грыжа белой линии живота, не вызывающая нарушения общего состояния ребенка, должна оперироваться:
- А. До 1 года
 - Б. 1-3 года
 - В. После 3 лет
 - Г. Старше 5 лет
 - Д. После 10 лет
131. Червеобразный отросток — это:
- А. Рудимент
 - Б. функциональный орган
 - В. Порок развития
 - Г. Аномалия
 - Д. Вариант развития

132. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:
- А. Обязательно
 - Б. Необязательно
 - В. У детей младшего возраста по показаниям
 - Г. У девочек по показаниям
 - Д. В зависимости от клиники
133. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:
- А. Усиление болей при расположении на левом боку
 - Б. Появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
 - В. Усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
 - Г. Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
 - Д. Правое яичко расположено выше левого
134. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:
- А. Болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области
 - Б. Болезненность при пальпации области пупочного кольца
 - В. Уменьшение болей в положении на животе
 - Г. Усиление болей при отведении купола кишки медиально
 - Д. Снижение или отсутствие брюшных рефлюксов
135. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:
- А. Умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево
 - Б. Гиперлейкоцитоз
 - В. Лейкопения
 - Г. Отсутствие изменений
 - Д. Ускоренное СОЭ
136. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн—Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:
- А. Болезненное опухание суставов
 - Б. Геморрагические высыпания на коже
 - В. Гематурия, альбуминурия
 - Г. Появление точечных кровоизлияний после щипка кожи
 - Д. Комбинация перечисленных симптомов
137. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:
- А. Наблюдение
 - Б. Срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области
 - В. Лапароскопия
 - Г. Назначение антибактериальной терапии
 - Д. Перевод больного в педиатрическое отделение
138. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:
- А. Невозможен
 - Б. Возможен при начальной стадии воспаления
 - В. Возможен при флегмонозном аппендиците

- Г. Возможен при гангренозном аппендиците
- Д. Возможен даже при перфоративном аппендиците

139. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

- А. На спине
- Б. На животе
- В. На правом боку с приведенными ногами
- Г. На левом боку
- Д. Сидя

140. Трёхлетний ребёнок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

- А. Ввести промедол
- Б. Ввести седуксен
- В. Ввести спазмолитики
- Г. Сделать теплую ванну
- Д. Осмотреть ребенка в состоянии естественного сна

141. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:

- А. 3 часами
- Б. 6 часами
- В. 12 часами
- Г. 18 часами
- Д. 24 часами

142. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного — острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить:

- А. Срединную лапаротомию
- Б. Лапаротомию разрезом по Пфаненштилю
- В. Лапаротомию разрезом в правой подвздошной области
- Г. Лапароскопию
- Д. Динамическое наблюдение

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

- А. Наблюдение
- Б. Консервативное лечение
- В. Лапароскопия
- Г. Лапаротомия в правой подвздошной области;
- Д. Срединная лапаротомия

144. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

- А. Локальная боль и рвота
- Б. Напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- В. Напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
- Г. Симптом Щеткина и рвота
- Д. Жидкий стул и рвота

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

- А. Одномоментное введение антибиотиков
- Б. Резиновый выпускник
- В. Марлевый тампон
- Г. Промывание брюшной полости
- Д. Тампон Микулича

146. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А. Одномоментное введение антибиотиков
- Б. Двухпросветный дренаж
- В. Резиновый выпускник
- Г. Промывание брюшной полости
- Д. Тампон Микулича

147. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

- А. Микроирригатор
- Б. Промывание брюшной стенки
- В. Марлевый тампон
- Г. Двухпросветный дренаж
- Д. Резиновый выпускник

148. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- А. Стационарное наблюдение
- Б. Амбулаторное наблюдение
- В. Антибиотики, физиотерапия, наблюдение
- Г. Срочная операция
- Д. Операция в плановом порядке

149. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибриновые наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

- А. Одномоментной санацией брюшной полости путем промывания
- Б. Лаважом брюшной полости после операции
- В. Лапаростомией
- Г. Ввести микроирригаторы
- Д. Дренирование брюшной полости в подвздошных областях

150. У ребёнка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:

- А. Проведение консервативных мероприятий
- Б. Наблюдение
- В. Дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов
- Г. Срочная операция
- Д. Операция после предоперационной подготовки

151. Длина верхней конечности:

- А. Расстояние от акромиального отростка лопатки до конца II пальца.
- Б. Расстояние от акромиального отростка лопатки до конца III пальца

В. Расстояние от акромиального отростка лопатки до конца IV пальца

Г. Расстояние от середины ключицы до конца III пальца

152. Длина плеча:

А. Расстояние от середины ключицы до локтевого отростка

Б. Расстояние от акромиального отростка лопатки до головки лучевой кости

В. Расстояние от акромиального отростка лопатки до наружного надмыщелка плечевой кости

Г. Расстояние от середины ключицы до наружного надмыщелка плечевой кости

153. Длина предплечья:

А. Расстояние от внутреннего надмыщелка плечевой кости до шиловидного отростка локтевой кости

Б. Расстояние от наружного надмыщелка плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости

В. Расстояние от головки лучевой кости до шиловидного отростка лучевой кости

Г. Расстояние от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости

154. Отведение в плечевом суставе во фронтальной плоскости без участия лопатки возможно:

А. До 110°

Б. До 100°

В. До 90°

Г. До 80°

155. Сгибание в плечевом суставе в сагиттальной плоскости без участия лопатки возможно:

А. До 110°

Б. До 100°

В. До 90°

Г. До 80°

156. Разгибание в плечевом суставе в сагиттальной плоскости возможно:

А. До 60°

Б. До 55°

Б. До 50°

Г. До 45°

157. В локтевом суставе сгибание возможно в объеме:

А. $175-180^\circ$

Б. $165-170^\circ$

В. $155-160^\circ$

Г. $145-150^\circ$

158. В лучезапястном суставе ладонное сгибание совершается в пределах:

А. $80-90^\circ$

Б. $70-80^\circ$

В. $60-70^\circ$

Г. $50-60^\circ$

159. В лучезапястном суставе тыльное разгибание совершается в пределах:

А. $80-90^\circ$

Б. $70-80^\circ$

В. $60-70^\circ$

Г. 50–60°

160. В лучезапястном суставе радиальное отведение совершается в пределах:

А. 10°

Б. 20°

В. 30°

Г. 40°

161. В лучезапястном суставе ульнарное отведение совершается в пределах:

А. 10°

Б. 20°

В. 30°

Г. 40°

162. В пястно-фаланговых суставах пальцев кисти сгибание возможно до угла:

А. 70–90°

Б. 50–70°

В. 30–50°

Г. 10–30°

163. В межфаланговых сочленениях пальцев кисти сгибание возможно до угла:

А. 80–90°

Б. 70–80°

В. 60–70°

Г. 50–60°

164. Длина нижней конечности:

А. Расстояние от пупка до нижнего края внутренней лодыжки

Б. Расстояние от передней нижней ости подвздошной кости до верхнего края внутренней лодыжки

В. Расстояние от передней нижней ости подвздошной кости до нижнего края внутренней лодыжки

Г. Расстояние от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края внутренней лодыжки

165. Длина бедра:

А. Расстояние между передней верхней остью подвздошной кости и суставной щелью коленного сустава

Б. Расстояние между передней нижней остью подвздошной кости и суставной щелью коленного сустава

В. Расстояние между большим вертелом и суставной щелью коленного сустава

Г. Расстояние между большим вертелом и верхним полюсом надколенника

166. Длина голени:

А. Расстояние от щели коленного сустава до середины наружной лодыжки

Б. Расстояние от щели коленного сустава до нижнего края наружной лодыжки

В. Расстояние от верхнего полюса надколенника до нижнего края наружной лодыжки

Г. Расстояние от нижнего полюса надколенника до нижнего края наружной лодыжки

167. Физиологическое сгибание в тазобедренном суставе составляет:

А. 90°

Б. 100°

В. 110°

Г. 120°

168. Физиологическое разгибание в тазобедренном суставе составляет:

А. 10–15°

Б. 20–25°

В. 30–35°

Г. 40–45°

169. Физиологическое отведение в тазобедренном суставе составляет:

А. 40–45°

Б. 30–35°

В. 20–25°

Г. 10–15°

170. Физиологическое приведение в тазобедренном суставе составляет:

А. 15–20°

Б. 25–30°

В. 35–40°

Г. 45–50°

171. Физиологическая наружная ротация в тазобедренном суставе составляет:

А. 20–30°

Б. 30–40°

В. 40–50°

Г. 50–60°

172. Физиологическая внутренняя ротация в тазобедренном суставе составляет:

А. 10–25°

Б. 30–45°

В. 50–65°

Г. 70–85°

173. В коленном суставе сгибание возможно в пределах:

А. 40–45°

Б. 50–55°

В. 60–65°

Г. 70–75°

174. Физиологическое разгибание стопы совершается в пределах:

А. 10–20°

Б. 20–30°

В. 30–40°

Г. 40–50°

175. Физиологическое подошвенное сгибание стопы совершается в пределах:

А. 10–30°

Б. 30–50°

В. 50–60°

Г. 60–70°

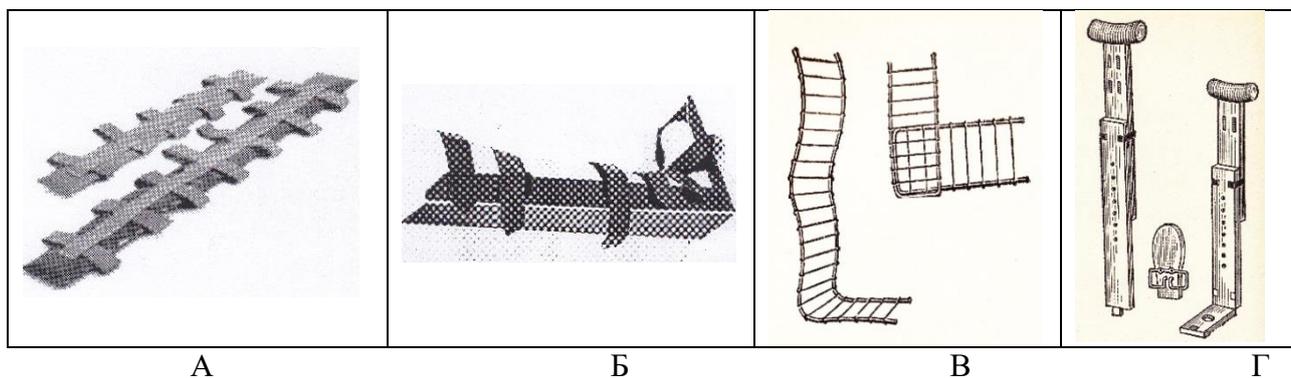
176. Суть репозиции отломков при переломах костей:

- А. Приложение репонирующих сил, обратных по направлению тем, которые вызвали перелом и смещение костных отломков
- Б. Выполнение манипуляции в ранние сроки после травмы
- В. Отсутствие грубого механического воздействия на ростковые зоны кости
- Г. Проведение манипуляции после предварительного рентгенологического обследования

177. Какой метод позволяет значительно расширить диагностические возможности обнаружения инородных тел в суставах, особенно в случаях рецидивирующего синовита:

- А. Ультразвуковое исследование
- Б. Контрастирование полости сустава при рентгенографии (артрография)
- В. Артроскопия.
- Г. Ангиография

178. Стандартная транспортная шина Крамера представлена на рисунке:



179. В случаях артериального кровотечения максимальная продолжительность непрерывного нахождения жгута на конечности не должна превышать:

- А. 2 часа
- Б. 2,5 часа
- В. 3 часа
- Г. 3,5 часа

180. Главный рентгенологический признак компрессионного перелома позвонка:

- А. Равномерное снижение высоты тела позвонка
- Б. Снижение высоты тела позвонка, больше выраженное в переднем отделе (клиновидная деформация)
- В. Уплотнение тени краниальной замыкательной пластинки тела позвонка
- Г. Уплотнение тени каудальной замыкательной пластинки тела позвонка

181. Диспансерное наблюдение за больными с компрессионным переломом позвоночника проводят в течение:

- А. 6–7 мес
- Б. 8–11 мес
- В. 1–1,5 лет
- Г. 1,5–2 лет

182. При переломах и вывихах копчика показан постельный режим в положении на животе в течение:

- А. 1 нед
- Б. 2 нед

- В. 3 нед
- Г. 4 нед

183. Переломы ключицы у детей составляют от переломов конечностей:

- А. 9%
- Б. 11%
- В. 13%
- Г. 15%

184. Переломы в среднем отделе ключицы возникают наиболее часто и составляют:

- А. 63–65%
- Б. 66–67%
- В. 68–69%
- Г. 70–71%

185. 30% переломов ключицы приходится на возраст:

- А. до 2 лет
- Б. 2–4 года
- В. 4–6 лет
- Г. 6–7 лет

186. При переломах ключицы у детей до 3 лет для лечения в основном используют:

- А. Шину Кузьминского
- Б. Костыльно-гипсовую повязку по Кузьминскому–Карпенко
- В. Повязку Дезо
- Г. Восьмиобразную повязку

187. При поднадкостничном переломе лопатки фиксация верхней конечности повязкой Дезо осуществляется в течение:

- А. 6–10 дней
- Б. 10–14 дней
- В. 14–18 дней
- Г. 21–28 дней

188. При переломе акромиального отростка лопатки верхнюю конечность фиксируют отводящей шиной (торакобрахиальной гипсовой повязкой) сроком на:

- А. 12–14 дней
- Б. 14–16 дней
- В. 16–18 дней
- Г. 21–28 дней

189. Переломы плечевой кости от всех переломов у детей составляют:

- А. 9–10%
- Б. 11–12%
- В. 13–14%
- Г. 15–16%

190. Средний срок иммобилизации при переломе плечевой кости составляет:

- А. 2 нед
- Б. 3 нед
- В. 4 нед
- Г. 5 нед

191. Переломы диафиза плечевой кости составляют от всех переломов плеча:

- А. 1,5–2,4%
- Б. 2,5–9,4%
- В. 9,5–10,6%
- Г. 10,7–11,6%

192. Консолидация диафизарного перелома плечевой кости у детей происходит в сроки:

- А. От 2 до 3 нед
- Б. От 3 до 5 нед
- В. От 5 до 7 нед
- Г. От 7 до 8 нед

193. Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости у детей составляют ко всем переломам плечевой кости:

- А. Около 50%
- Б. Около 60%
- В. Около 70%
- Г. Около 80%

194. Линия Гютера:

- А. Линия, соединяющая внутренний надмыщелок плеча с вершиной локтевого отростка
- Б. Линия, соединяющая наружный надмыщелок плеча с вершиной локтевого отростка
- В. Линия, соединяющая оба надмыщелка плеча
- Г. Линия, соединяющая вершину локтевого отростка с головкой лучевой кости

195. В положении сгибания предплечья надмыщелки плеча и вершина локтевого отростка образуют треугольник:

- А. Белера
- Б. Турнера
- В. Маркса
- Г. Гютера

196. На рентгенограмме дистального отдела плечевой кости в прямой проекции ротационное смещение при чрезмыщелковом переломе относительно легко выявляется при повороте периферического отломка:

- А. На 10–30°
- Б. На 35–40°
- В. На 45–55°
- Г. На 60–90°

197. При чрезмыщелковых переломах плечевой кости сдавление сосудов от смещения отломков встречается:

- А. В 1% случаев
- Б. В 2% случаев
- В. В 3% случаев
- Г. В 4% случаев

198. Консолидация чрезмыщелкового перелома плечевой кости у детей происходит в течение:

- А. 2–3 нед
- Б. 3–4 нед
- В. 6–7 нед

Г. 8–9 нед

199. Ядро окостенения головчатого возвышения плечевой кости выявляется рентгенологически:

- А. В 6 мес
- Б. В 9 мес
- В. В 1–2 года
- Г. В 3–4 года

200. Переломы головчатого возвышения плечевой кости не нуждаются в репозиции при смещении отломка:

- А. 3 мм
- Б. 5 мм
- В. 7 мм
- Г. 9 мм

201. Переломы головчатого возвышения плечевой кости нуждаются в оперативном лечении при ротации костного отломка:

- А. 30°
- Б. 40°
- В. 50°
- Г. 60° и более

202. Псевдоартроз головки мыщелка (головчатого возвышения) плечевой кости возникает при остаточном смещении отломка более:

- А. 1,5 мм
- Б. 2 мм
- В. 2,5 мм
- Г. 3 мм

203. Наиболее часто перелом внутреннего надмыщелка встречается в возрасте:

- А. 3–6 лет
- Б. 6–7 лет
- В. 8–14 лет
- Г. 14–15 лет

204. Наиболее трудно, из-за анатомических особенностей (малые размеры ядра окостенения), перелом медиального надмыщелка плечевой кости распознается у детей в возрасте:

- А. 2–3 года
- Б. 3–6 лет
- В. 6–7 лет
- Г. 7–9 лет

205. Переломы медиального надмыщелка плечевой кости не требуют репозиции при смещении отломка:

- А. До 2–3 мм
- Б. До 4–5 мм
- В. До 6–7 мм
- Г. До 8–9 мм

206. Заметное нарушение развития плечевой кости у детей при переломе медиального надмыщелка отмечают уже при смещении отломка более:

- А. 1–2 мм

- Б. 3–5 мм
- В. 6–7 мм
- Г. 8–9 мм

207. Переломы медиального надмыщелка плечевой кости подлежат оперативному лечению при угловом смещении отломка больше:

- А. 15°
- Б. 25°
- В. 35°
- Г. 45°

208. Абсолютным показанием к оперативному лечению является перелом медиального надмыщелка плечевой кости с поворотом отломка вокруг продольной оси:

- А. На 150°
- Б. На 160°
- В. На 170°
- Г. На 180°

209. У детей ядро окостенения апофиза локтевого отростка начинает выявляться в возрасте:

- А. 1–3 года
- Б. 4–6 лет
- В. 7–11 лет
- Г. 12–14 лет

210. Не требует репозиции перелом локтевого отростка со смещением:

- А. До 3–4 мм
- Б. До 5–6 мм
- В. До 7–8 мм
- Г. До 9–10 мм

211. Ядро окостенения проксимального эпифиза лучевой кости начинает выявляться на рентгенограммах у детей в возрасте:

- А. 2 лет
- Б. 3 лет
- В. 4 лет
- Г. 5 лет

212. Среди переломов костей предплечья переломы диафиза составляют:

- А. 69–70%
- Б. 71–72%
- В. 73–74%
- Г. 75–76%

213. При переломах костей предплечья на разных уровнях их диафиза сопоставляют:

- А. Вначале отломки лучевой кости
- Б. Вначале отломки локтевой кости
- В. Обе кости одновременно
- Г. Вначале кость с более выраженным смещением отломков

214. При повреждении Монтеджа травматические невриты наблюдаются:

- А. В 5,1% случаев
- Б. В 6,3% случаев

В. В 7,5% случаев

Г. В 8,7% случаев

215. Точка окостенения дистального эпифиза лучевой кости появляется в возрасте:

А. От 7 мес до 2 лет

Б. 3–4 года

В. 5–6 лет

Г. 7–8 лет

216. Точка окостенения дистального эпифиза локтевой кости появляется:

А. К 5 годам

Б. К 6 годам

В. К 7 годам

Г. К 8 годам

217. При переломе пястной кости пальпация над местом перелома:

А. Безболезненна

Б. Слабо болезненна

В. Умеренно болезненна

Г. Резко болезненна

218. Характерная жалоба детей при переломе фаланг пальцев кисти:

А. Припухлость мягких тканей в области ушиба

Б. Чувство онемения в ушибленном пальце

В. Повышение местной температуры в области ушиба

Г. Боль в месте ушиба, усиливающаяся при попытках сгибания и разгибания

219. Симптом Вернея:

А. Усиление боли при пальпации гребней подвздошных костей

Б. Усиление боли при давлении на гребни подвздошных костей спереди назад

В. Усиление боли при сдавлении в поперечном направлении гребней подвздошных костей

Г. Усиление боли при растяжении в поперечном направлении гребней подвздошных костей

220. Симптом Ларрея:

А. Усиление боли при сдавлении в поперечном направлении гребней подвздошных костей

Б. Усиление боли при растяжении в поперечном направлении гребней подвздошных костей

В. Усиление боли при пальпации гребней подвздошных костей

Г. Усиление боли при давлении на гребни подвздошных костей спереди назад

221. Переломы бедренной кости от всех случаев переломов костей конечностей составляют:

А. 3%

Б. 4%

В. 5%

Г. 6%

222. При переломе шейки бедренной кости с малозаметным смещением срок иммобилизации составляет:

А. 1–1,5 мес

Б. 2–2,5 мес

В. 3–3,5 мес

Г. 4–4,5 мес

223. При изолированном переломе большого вертела бедренной кости срок иммобилизации составляет:

- А. 1–2 нед
- Б. 2–3 нед
- В. 3–4 нед
- Г. 4–5 нед

224. При изолированном переломе малого вертела бедренной кости срок иммобилизации составляет:

- А. 1–2 нед
- Б. 2–3 нед
- В. 3–4 нед
- Г. 4–5 нед

225. У детей в возрасте до 3 лет при переломе бедренной кости применяют следующее лечение:

- А. Оперативное лечение — открытую репозицию
- Б. Закрытую репозицию под общим обезболиванием
- В. Скелетное вытяжение на шине Белера
- Г. Лейкопластырное вертикальное вытяжение по Шеде

226. Полное закрытие зоны роста дистального конца бедренной кости наступает:

- А. К 14–15 годам
- Б. К 15–17 годам
- В. К 18–19 годам
- Г. К 20–23 годам

227. Основные точки окостенения надколенника появляются в возрасте:

- А. 6 мес–1 год
- Б. 1,5–2 года
- В. 3,5–4,5 года
- Г. 7–8 лет

228. Переломы костей голени у детей от переломов костей конечностей составляют:

- А. 5%
- Б. 6%
- В. 7%
- Г. 8%

229. Ядро окостенения проксимального эпифиза большеберцовой кости выявляется на рентгенограммах:

- А. К моменту рождения ребенка
- Б. В 6–11 мес
- В. В 1–1,5 года
- Г. В 2–3 года

230. При переломах диафиза костей голени с малозаметным смещением срок иммобилизации составляет:

- А. 1–2 нед
- Б. 2–3 нед
- В. 3–4 нед

Г. 4–5 нед

231. При переломах диафиза костей голени со смещением срок иммобилизации составляет:

- А. До 1 мес
- Б. До 1,5 мес
- В. До 2 мес
- Г. До 2,5 мес

232. Полное закрытие зоны роста дистального конца большеберцовой кости наступает в возрасте:

- А. 8–10 лет
- Б. 11–13 лет
- В. 13–15 лет
- Г. 16–20 лет

233. Переломы лодыжек наблюдаются преимущественно у детей:

- А. Раннего возраста
- Б. Дошкольного возраста
- В. Младшего школьного возраста
- Г. Старшего школьного возраста

234. При повреждении лодыжек:

- А. Чаще возникает перелом наружной лодыжки
- Б. Чаще возникает перелом внутренней лодыжки
- В. Переломы наружной и внутренней лодыжек возникают с одинаковой частотой
- Г. Чаще возникает перелом наружной лодыжки с частью метафиза

235. Наиболее серьезные прогнозируемые осложнения эпифизеолиза:

- А. Выраженный отек околоуставных тканей
- Б. Резкая болезненность в области повреждения
- В. Болевые ощущения в суставе при движениях
- Г. Нарастающая деформация конечности (сустава)

236. При эпифизеолизах со смещением показано диспансерное наблюдение в течение:

- А. 6 мес
- Б. 12 мес
- В. 18 мес
- Г. 2–3 лет

237. Переломы пяточной кости наблюдаются преимущественно у:

- А. Новорожденных
- Б. Детей раннего возраста
- В. Детей дошкольного возраста
- Г. Детей школьного возраста

238. При переломе пяточной кости основная жалоба больных:

- А. На припухлость мягких тканей в области ушиба
- Б. На повышение местной температуры в области ушиба
- В. На боль в поврежденной пятке и невозможность опоры на нее
- Г. На отек в области голеностопного сустава

239. Для выявления перелома пяточной кости ребенка следует осматривать в положении:

- А. Сидя на стуле с опорой стоп о пол
- Б. Стоя на полу спиной к врачу
- В. Лежа на животе на кушетке, согнув колени под углом 90°
- Г. Поставить на кушетку на колени (лежа на животе на кушетке) так, чтобы стопы свободно свисали за край кушетки

240. При переломе пяточной кости отмечается:

- А. Припухлость и сглаженность контуров ахиллова сухожилия
- Б. Сглаженность контуров голеностопного сустава
- В. Припухлость и сглаженность контуров тыла стопы
- Г. Усиливающаяся болезненность при сгибании пальцев стопы

241. Рентгенологическое исследование при переломе пяточной кости следует проводить:

- А. При открытом переломе
- Б. При закрытом переломе со смещением отломков
- В. При сочетании с переломом в голеностопном суставе
- Г. В любом случае

242. При переломе пяточной кости с малозаметным смещением отломков после снятия гипсовой повязки рекомендуют ношение супинатора в течение:

- А. 3 мес
- Б. 6 мес
- В. 9 мес
- Г. 12 мес

243. При переломе пяточной кости со смещением отломков после снятия гипсовой повязки рекомендуют ношение супинатора в течение:

- А. 3 мес
- Б. 6 мес
- В. 9 мес
- Г. 1–1,5 лет

244. Срок иммобилизации при переломе таранной кости у детей составляет:

- А. 2–3 нед
- Б. 4–5 нед
- В. 6–8 нед
- Г. 9–10 нед

245. При переломе плюсневых костей показана закрытая репозиция при смещении отломков больше:

- А. 1/5 поперечника
- Б. 1/4 поперечника
- В. 1/3 поперечника
- Г. 1/2 поперечника

246. Свежий вывих — вывих, диагностированный в сроки от момента повреждения:

- А. До 3–4 дней
- Б. До 1 нед
- В. До 2 нед
- Г. До 3 нед

247. Наиболее типичное смещение головки плечевой кости при травматическом вывихе у детей:

- А. Кпереди подклюичные
- Б. Кпереди подклюововидные
- В. Книзу (подмышечные)
- Г. Кзади от акромиального отростка

248. Вывих костей предплечья сопровождается повреждением лучевого нерва:

- А. В 2% случаев
- Б. В 3% случаев
- В. В 4% случаев
- Г. В 5% случаев

249. Вывих костей предплечья сопровождается повреждением локтевого нерва:

- А. В 0,5% случаев
- Б. В 1,2% случаев
- В. В 2% случаев
- Г. В 2,5% случаев

250. Подвывих головки лучевой кости у детей встречается в основном в возрасте:

- А. До 1 года
- Б. От 1 года до 3 лет
- В. 4–5 лет
- Г. 6–8 лет

251. Острая анальная трещина не имеет:

- А. Щелевидной формы
- Б. Гладких ровных краев
- В. Анального (сторожевого) бугорка
- Г. Мышечной ткани на дне дефекта
- Д. Фибрина на раневой поверхности

252. Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид:

- А. Округлых плоских бляшек
- Б. Разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты

253. Характерным для липом толстой кишки является: 1) мягкая консистенция, 2) желтоватое просвечивание через слизистую оболочку, 3) гладкий округленный контур, 4) изъязвление слизистой в месте наибольшего выбухания липомы, 5) малоподвижность образования:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

254. Выделение «алой» крови в конце акта дефекации является симптомом, более характерным для:

- А. Геморроя
- Б. Раковой опухоли правых отделов толстой кишки
- В. Раковой опухоли, локализованной в поперечной ободочной кишке
- Г. Злокачественной опухоли сигмовидной кишки
- Д. Синдрома раздражённой толстой кишки

255. Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки

является:

- А. На правом или левом боку
- Б. На правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
- В. Коленно-локтевое положение
- Г. Положение больного на спине в гинекологическом кресле
- Д. Лежа на спине

256. При проведении осмотра больного не имеет решающего значения:

- А. Состояние кожи вокруг заднего прохода
- Б. Глубина залегания анальной воронки, состояние заднепроходного отверстия (сомкнуто, зияет)
- В. Выраженность волосяного покрова
- Г. Следы патологических выделений из заднего прохода на перианальной коже
- Д. Наличие свищевых отверстий

257. Пальцевое исследование прямой кишки производится:

- А. Как начальный этап обследования проктологического больного
- Б. После ректороманоскопии
- В. После проктографии
- Г. После проведения ирригоскопии
- Д. После выполнения колоноскопии

258. Основными задачами пальцевого исследования прямой кишки являются: 1) ориентировочная оценка состояния костного скелета таза, 2) оценка состояния внутренних половых органов (предстательной железы у мужчин, матки и придатков у женщин), 3) оценка состояния анального канала и замыкательной функции сфинктера заднего прохода, 4) определение состояния просвета прямой кишки, степени её подготовленности для исследования и выполнения ректороманоскопии, оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки, 5) оценка состояния ректовагинальной перегородки:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

259. Наименьшая информативность при проведении пальцевого исследования прямой кишки отмечается при положении пациента: 1) на левом боку с приведёнными к животу коленями, 2) в коленно-локтевом положении, 3) на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (положение для камнесечения), 4) стоя с согнутыми в тазобедренных суставах ногами и наклонённым вперёд туловищем, 5) лёжа на животе по Депажу:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

260. Пальцевое исследование анального канала и прямой кишки должно проводиться: 1) только в положении пациента на спине (в положении для камнесечения), 2) только в положении по Депажу, 3) только в коленно-локтевом положении, 4) в положении пациента в зависимости от конкретной ситуации и цели исследования, 5) в положении, наиболее удобном для врача:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3

- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

261. Диагностическими задачами ректороманоскопии являются: 1) определение характера патологического процесса, 2) определение функционального состояния дистальных отделов толстой кишки, 3) оценка анатомического состояния слизистой оболочки прямой кишки, 4) биопсия, 5) взятие мазков-отпечатков для цитологического исследования:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

262. Главными правилами проведения ректороманоскопии являются: 1) ректоскопия проводится только после пальцевого исследования прямой кишки, 2) рабочие части ректоскопа должны быть тёплыми и хорошо смазанными, 3) введение тубуса с манлреном в задний проход не должно быть грубым, 4) ректоскоп обязательно должен быть с волоконной оптикой, 5) тубус обязательно должен быть проведен в кишку на всю длину ректоскопа:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

263. В протоколе ректороманоскопии не обязательно указывать: 1) позицию пациента, при которой проведена ректороманоскопия, 2) протяжённость осмотра, 3) причину неполного введения трубки, в частности, степени подготовленности больного к осмотру, 4) тип ректоскопа, 5) выявленные находки, их локализацию в см при введении ректоскопа в соответствии с правилом «циферблата часов»:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

264. Аноскопия обычно используется для диагностики: 1) геморроя, 2) анальных трещин, 3) криптита, 4) язвенного проктита, 5) новообразований прямой кишки:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

265. Основными способами исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки являются: 1) сфинктерометрия, 2) пальцевое исследование анального канала, 3) изучение кремастерного и анального рефлекса, 4) ректороманоскопии, 5) ирригоскопия:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4

Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

266. Проба с красителем при диагностике свища прямой кишки используется для: 1) установления характера происхождения свища, 2) дифференциальной диагностики специфического свища (туберкулезной и т. д. этиологии), 3) определения локализации свищевого хода, 4) установления связи наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки, 5) выявления затеков и полостей:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

267. Фистулография при свищах прямой кишки помогает: 1) выявить направление свищевого хода, 2) установить наличие полостных образований, 3) выявить разветвления свищевого хода, 4) установить степень рубцовых изменений анального сфинктера, 5) оценить функцию анального жома:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

268. Наиболее характерными симптомами острого парапроктита являются: 1) острое начало, 2) боли в области заднего прохода, 3) повышение температуры тела, 4) выделения из прямой кишки алой крови, 5) гнойные выделения из заднего прохода:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

269. Для хронического парапроктита наиболее характерным является:

- А. Гематурия
- Б. Наличие свищевого отверстия
- В. Выделение алой крови в конце акта дефекации
- Г. Боли внизу живота
- Д. Диарея

270. При подозрении на озлокачествление свища необходимо произвести:

- А. Общий анализ крови
- Б. Общий анализ мочи
- В. Посев отделяемого из свища на микрофлору
- Г. Биопсию
- Д. Исследование на раковый антиген

271. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:

- А. Особенности вскармливания
- Б. Склонностью к гипертермии
- В. Травмой ЦНС в анамнезе
- Г. Относительной незрелостью органов и тканей
- Д. Токсикозом 1-ой половины беременности

272. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:
- А. Стафилококк
 - Б. Стрептококк
 - В. Кишечная палочка
 - Г. Протей
 - Д. Синегнойная палочка
273. Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является:
- А. Высокая чувствительность к антибактериальным препаратам
 - Б. Быстрая адаптация к лекарственным препаратам
 - В. Малая распространенность в окружающей среде
 - Г. Стертость клинических проявлений
 - Д. Редко развивается антибиотикорезистентность
274. Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, протекает в сроки:
- А. Сутки
 - Б. Двое суток
 - В. Трое суток
 - Г. Четверо суток
 - Д. Неделю
275. Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения раневого процесса, протекает в сроки:
- А. Сутки
 - Б. Вторые-четвертые сутки
 - В. Пятые-шестые сутки
 - Г. Седьмые-десятые сутки
 - Д. Невозможно определить
276. Очищение гнойной раны обычно наступает:
- А. На вторые-третьи сутки
 - Б. На четвертые-шестые сутки
 - В. На седьмые-десятые сутки
 - Г. К концу второй недели
 - Д. Спустя две недели
277. Репарация гнойной раны обычно наступает:
- А. На вторые-третьи сутки
 - Б. На четвертые-шестые сутки
 - В. На седьмые-десятые сутки
 - Г. К концу второй недели
 - Д. Спустя две недели
278. Для выделяемого при анаэробной газовой инфекции гематоксина не характерны свойства:
- А. Некроза соединительной ткани и мышц
 - Б. Гемолиза
 - В. Тромбоза сосудов
 - Г. Поражения миокарда, печени, почек
 - Д. Избирательного поражения мозга

279. В течение инфекционного процесса у детей не является определяющим:
- А. Вирулентность микрофлоры
 - Б. Сенсibilизация организма
 - В. Иммунологическая реактивностью организма
 - Г. Антибиотикорезистентность возбудителя
 - Д. В анамнезе натальная травма ЦНС
280. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции не являются:
- А. Лампасные разрезы
 - Б. Иссечение пораженных тканей
 - В. Нейтрализация действия циркулирующих токсинов
 - Г. Коррекция нарушений гомеостаза
 - Д. Строгая иммобилизация конечности
281. Особенностью ампутации при анаэробной инфекции не является:
- А. Ампутация выше визуально определяемой зоны поражения
 - Б. Операция без жгута
 - В. Отказ от ушивания культи
 - Г. Рассечение фасциальных футляров
 - Д. Отказ от дренирования раны
282. К основным источникам госпитальной инфекции не относят:
- А. Больных
 - Б. Персонал-носитель инфекции
 - В. Раковины отделения
 - Г. Растворы, кремы, мази
 - Д. Посетителей пациента
283. Наиболее эффективным средством борьбы с синегнойной госпитальной инфекцией является:
- А. Борная кислота
 - Б. Раствор фурациллина
 - В. Гипертонический раствор
 - Г. Перекись водорода
 - Д. Левомеколь
284. Хирургическая обработка гнойной раны не обеспечивает:
- А. Ускорению заживления раны
 - Б. Снижению интоксикации
 - В. Купированию раневой инфекции
 - Г. Предупреждению генерализации процесса
 - Д. Антибактериальное воздействие
285. Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является:
- А. Общая анестезия
 - Б. Местная инфильтрационная анестезия
 - В. Местная проводниковая анестезия
 - Г. Местно хлорэтил
 - Д. Выбор по индивидуальным показаниям

286. Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет:
- А. 2-3 часа
 - Б. 4-6 часов
 - В. 7-9 часов
 - Г. 10-12 часов
 - Д. Индивидуально
287. Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является:
- А. Активная аспирация
 - Б. Пассивный отток
 - В. Капиллярные свойства
 - Г. Гигроскопические свойства
 - Д. Сочетание свойств
288. Дренирование гнойной раны показано в фазе:
- А. Индивидуально
 - Б. Реорганизации
 - В. Регенерации
 - Г. Воспаления
 - Д. Во всех перечисленных фазах
289. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:
- А. Механическое очищение очага
 - Б. Антибактериальное воздействие
 - В. Предупреждение распространения местного процесса
 - Г. Предупреждение генерализации воспалительного процесса
 - Д. Противовоспалительный фактор
290. Наиболее эффективным методов дренирования гнойной раны является:
- А. Однопросветная трубка для пассивного оттока
 - Б. Резиновый выпускник
 - В. Марлевый тампон
 - Г. Активное дренирование
 - Д. Сигарный дренаж
291. Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки:
- А. Пять
 - Б. Семь
 - В. Десять
 - Г. Шестнадцать
 - Д. Нет ни одного
292. Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются: 1) привратник, 2) баугиниева заслонка, 3) наружный сфинктер заднего прохода, 4) внутренний сфинктер, 5) сфинктер Гирша:
- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
 - Б. Правильные ответы 1 и 3
 - В. Правильные ответы 2 и 4
 - Г. Правильный ответ 4

Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

293. Нижняя прямокишечная артерия отходит:
- А. От внутренней подвздошной артерии
 - Б. От запирающей артерии
 - В. От внутренней срамной артерии
 - Г. От нижней ягодичной артерии
 - Д. От промежностной артерии
294. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно:
- А. На грушевидной мышце
 - Б. На внутренней запирающей мышце
 - В. На копчиковой мышце
 - Г. На подвздошно-поясничной мышце
 - Д. На лонно-прямокишечной мышце
295. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты:
- А. В верхнеампулярном отделе
 - Б. В среднеампулярном отделе
 - В. В нижнеампулярном отделе
 - Г. В области запирающего аппарата прямой кишки
 - Д. Циркулярные волокна везде развиты одинаково
296. Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является:
- А. Диафрагмально-ободочная связка
 - Б. Печеночно-дуоденальная связка
 - В. Пузырно-толстокишечная связка
 - Г. Правая половина большого сальника
 - Д. Малый сальник
297. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:
- А. Запирающего нерва
 - Б. Срамного нерва
 - В. Тазового нерва
 - Г. Бедренного нерва
 - Д. Промежностного нерва
298. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль из числа перечисленных играет:
- А. Копчиковая мышца
 - Б. Подвздошно-копчиковая мышца
 - В. Лонно-прямокишечная мышца
 - Г. Ано-копчиковая связка
 - Д. Все перечисленные
299. Слева и справа от прямой кишки в полости таза располагаются:
- А. Мочеточники
 - Б. Подчревные артерии
 - В. Семенные пузырьки у мужчин
 - Г. Предстательная железа
 - Д. Все перечисленное

300. Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами поднимателя заднего прохода, а снаружи запирающей мышцей и седалищным бугром называется:
- А. Межмышечным пространством
 - Б. Пельвиоректальным пространством
 - В. Подкожным клетчаточным пространством
 - Г. Ишиоректальным пространством
 - Д. Ретроректальным пространством
301. Региональными лимфатическими узлами для прямой кишки являются: 1) паховые, 2) подчревные, 3) аноректальные, 4) верхние прямокишечные, 5) подвздошные:
- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
 - Б. Правильные ответы 1 и 3
 - В. Правильные ответы 2 и 4
 - Г. Правильный ответ 4
 - Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5
302. Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется (именно через него при подковообразном парапроктите гной чаще всего поступает из одной ишиоректальной ямки в противоположную):
- А. Ретроректальное
 - Б. Ишиоректальное
 - В. Постанальное
 - Г. Пельвиоректальное
 - Д. Межмышечное
303. В толстой кишке не всасываются: 1) вода и электролиты, 2) спирт, 3) глюкоза и моносахариды, 4) белки, 5) все жирорастворимые витамины:
- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
 - Б. Правильные ответы 1 и 3
 - В. Правильные ответы 2 и 4
 - Г. Правильный ответ 4
 - Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5
304. Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой: 1) большим по сравнению с тонкой диаметром, 2) серовато-пепельным оттенком, 3) особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент, 4) наличием жировых подвесков, 5) наличием гаустр:
- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
 - Б. Правильные ответы 1 и 3
 - В. Правильные ответы 2 и 4
 - Г. Правильный ответ 4
 - Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5
305. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет:
- А. Нижней брыжеечной артерии
 - Б. Подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии
 - В. Ветвей, непосредственно отходящих от аорты
 - Г. Восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии
 - Д. Средней ободочной артерии
306. Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является:

- А. Правая ободочная артерия
- Б. Левая ободочная артерия
- В. Правая и левая ободочные артерии
- Г. Средняя ободочная артерия
- Д. Нижняя брыжеечная артерия

307. Артерии сигмовидной кишки отходят:

- А. Непосредственно от аорты
- Б. От верхней брыжеечной артерии
- В. От нижней брыжеечной артерии
- Г. От средней ободочной артерии
- Д. От левой ободочной артерии

308. К лимфатическим узлам ободочной кишки относятся: 1) надободочные, 2) околоободочные, 3) промежуточные, 4) главные, расположенные в корне брыжейки кишки, 5) лимфоузлы, расположенные у ствола нижней брыжеечной вены:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

309. Внутренние геморроидальные узла располагаются:

- А. Ниже аноректальной линии
- Б. Над аноректальной линией
- В. На уровне межсфинктерной борозды
- Г. На уровне аноректальной линии
- Д. На линии Хилтона

310. Микроскопически геморрой характеризуется:

- А. Варикозным расширением вен
- Б. Гиперплазией кавернозных телец
- В. Ангиодисплазией
- Г. Тромбофлебитом
- Д. Склерозом глобусных анастомозов

311. Червеобразный отросток — это:

- А. Рудимент
- Б. Функциональный орган
- В. Порок развития
- Г. Аномалия
- Д. Вариант развития

312. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:

- А. Обязательно
- Б. Необязательно
- В. У детей младшего возраста по показаниям
- Г. У девочек по показаниям
- Д. В зависимости от клиники

313. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:

- А. Усиление болей при расположении на левом боку
- Б. Появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
- В. Усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
- Г. Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
- Д. Правое яичко расположено выше левого

314. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:

- А. Болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области
- Б. Болезненность при пальпации области пупочного кольца
- В. Уменьшение болей в положении на животе
- Г. Усиление болей при отведении купола кишки медиально
- Д. Снижение или отсутствие брюшных рефлюксов

315. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:

- А. Умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево
- Б. Гиперлейкоцитоз
- В. Лейкопения
- Г. Отсутствие изменений
- Д. Ускоренное СОЭ

316. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн—Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:

- А. Болезненное опухание суставов
- Б. Геморрагические высыпания на коже
- В. Гематурия, альбуминурия
- Г. Появление точечных кровоизлияний после щипка кожи
- Д. Комбинация перечисленных симптомов

317. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:

- А. Наблюдение
- Б. Срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области
- В. Лапароскопия
- Г. Назначение антибактериальной терапии
- Д. Перевод больного в педиатрическое отделение

318. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

- А. Невозможен
- Б. Возможен при начальной стадии воспаления
- В. Возможен при флегмонозном аппендиците
- Г. Возможен при гангренозном аппендиците
- Д. Возможен даже при перфоративном аппендиците

319. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

- А. На спине
- Б. На животе
- В. На правом боку с приведенными ногами
- Г. На левом боку
- Д. Сидя

320. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:
- А. Ввести промедол
 - Б. Ввести седуксен
 - В. Ввести спазмолитики
 - Г. Сделать теплую ванну
 - Д. Осмотреть ребенка в состоянии естественного сна
321. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:
- А. 3 часами
 - Б. 6 часами
 - В. 12 часами
 - Г. 18 часами
 - Д. 24 часами
322. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного — острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить:
- А. Срединную лапаротомию
 - Б. Лапаротомию разрезом по Пфаненштилю
 - В. Лапаротомию разрезом в правой подвздошной области
 - Г. Лапароскопию
 - Д. Динамическое наблюдение
323. У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:
- А. Наблюдение
 - Б. Консервативное лечение
 - В. Лапароскопия
 - Г. Лапаротомия в правой подвздошной области;
 - Д. Срединная лапаротомия
324. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:
- А. Локальная боль и рвота
 - Б. Напряжение мышц брюшной стенки и рвота
 - В. Напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
 - Г. Симптом Щеткина и рвота
 - Д. Жидкий стул и рвота
325. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:
- А. Одномоментное введение антибиотиков
 - Б. Резиновый выпускник
 - В. Марлевый тампон
 - Г. Промывание брюшной полости
 - Д. Тампон Микулича
326. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппен-

дикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А. Одномоментное введение антибиотиков
- Б. Двухпросветный дренаж
- В. Резиновый выпускник
- Г. Промывание брюшной полости
- Д. Тампон Микулича

327. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

- А. Микроирригатор
- Б. Промывание брюшной стенки
- В. Марлевый тампон
- Г. Двухпросветный дренаж
- Д. Резиновый выпускник

328. У ребёнка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- А. Стационарное наблюдение
- Б. Амбулаторное наблюдение
- В. Антибиотики, физиотерапия, наблюдение
- Г. Срочная операция
- Д. Операция в плановом порядке

329. У ребёнка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибринозные наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

- А. Одномоментной санацией брюшной полости путем промывания
- Б. Лаважом брюшной полости после операции
- В. Лапаростомией
- Г. Ввести микроирригаторы
- Д. Дренирование брюшной полости в подвздошных областях

330. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимо:

- А. Проведение консервативных мероприятий
- Б. Наблюдение
- В. Дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов
- Г. Срочная операция
- Д. Операция после предоперационной подготовки

331. Неспецифический язвенный колит макроскопически имеет одну особенность:

- А. Сегментарное поражение слизистой оболочки
- Б. Воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки
- В. Блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям
- Г. Гладких бугристых образований
- Д. Грануляционной ткани

332. Макроскопическая картина поражения при болезни Крона толстой кишки характеризуется:

- А. Изолированным поражением слизистой оболочки с чередованием пораженных и здоровых участков

- Б. Тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки
- В. Тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта
- Г. Обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки
- Д. Наличием множественных язв-трещин в толстой кишке

333. Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются:

- А. Округлой правильной формой, напоминающей язву желудка
- Б. Поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями
- В. Щелевидными язвами, идущими в различных направлениях
- Г. Слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой «сплошную» язву
- Д. На слизистой оболочке толстой кишки язвенных дефектов не обнаруживается

334. Характерной особенностью макроскопической картины поражения толстой кишки при болезни Крона является:

- А. Выраженный отек слизистой оболочки толстой кишки
- Б. Возникновение воспалительных полипов
- В. Трансмуральное поражение толстой кишки
- Г. Образование раковых опухолей
- Д. Образование дивертикулов

335. К неэпителиальным злокачественным опухолям относится: 1) плоскоклеточный рак, 2) аденокарцинома из анальных желез, 3) базалиоидный рак, 4) злокачественная меланома, 5) мукоэпидермоидный рак:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

336. Микроскопическая картина болезни Гиршпрунга может характеризоваться: 1) полным отсутствием межмышечного (Ауэрбаховского) и подслизистого (Мейснера) нервных сплетений, 2) значительным уменьшением числа ганглиев межмышечного сплетения, 3) укрупнением нервных стволов, 4) отсутствием клеток в нервных сплетениях, 5) отсутствием нервных сплетений:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

337. В расширенных отделах толстой кишки при болезни Гиршпрунга может иметь место: 1) относительное уменьшение числа ганглиев межмышечного нервно-сосудистого сплетения, 2) склеротические изменения во всех слоях кишечной стенки, 3) гипертрофия мышечных слоев, 4) усиление гаустрации, 5) уменьшение толщины стенки кишки за счет атрофии мышечного слоя:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

338. При дивертикулярной болезни: 1) наблюдается гиперэластоз продольного мышечного слоя кишки, 2) дивертикулы образованы не всеми слоями кишечной стенки, 3) дивертикулы локализуются чаще всего в сигмовидной кишке, 4) отмечается утолщение стенки сигмовидной кишки, 5) циркулярные мышцы кишечной стенки разволакиваются:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

339. По микроструктуре каулаальные тератомы могут представлять собой: 1) дермоид, 2) опухоль из трёх зародышевых листков, 3) эпидермоид, 4) эпителиальный копчиковый ход, 5) эпителиальное погружение:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

340. Характерным для липом толстой кишки является: 1) мягкая консистенция, 2) желтоватое просвечивание через слизистую оболочку, 3) гладкий округленный контур, 4) изъязвление слизистой в месте наибольшего выбухания липомы, 5) малоподвижность образования:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

341. Карциноиды толстой кишки характеризуются тем, что: 1) развиваются из клеток Кульчицкого, вырабатывают серотонин, 2) обычно располагаются в глубоких слоях слизистой оболочки, 3) имеют плотную консистенцию, 4) не озлокачествляются и не метастазируют, 5) никогда не обнаруживаются в правых отделах толстой кишки:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

342. Для тубулярной аденомы толстой кишки наиболее характерно: 1) резкое увеличение бокаловидных клеток, 2) преобладание процессов альтерации эпителия, 3) большое количество лимфоцитов и эозинофилов в строме, 4) преобладание процессов пролиферации эпителия, 5) изъязвление слизистой оболочки, покрывающей аденому:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

343. В ювенильных полипах: 1) строма резко преобладает над железистым компонентом, 2) в эпителиальных клетках усилено слизееобразование, 3) обнаруживается большое количество кист, заполненных секретом бокаловидных клеток, 4) преобладают процессы пролиферации

эпителия, 5) в строме обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

344. Если при гистологическом исследовании полипа толстой кишки обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки в строме, то это говорит в пользу:

1) ювенильного полипа, 2) губулярно-ворсинчатой аденомы, 3) аденокарциномы, 4) гамартомы, 5) тубулярной аденомы:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

345. Эпидермальные кисты параректальной клетчатки характеризуются тем, что: 1) стенка кист представлена тонким слоем соединительной ткани, 2) внутренняя поверхность выстлана эпидермисом с явлениями ороговения, 3) эпидермис не содержит придатков кожи, 4) в кистах содержатся волосы, 5) внутренняя поверхность кист содержит реснитчатый эпителий:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

346. Дермоидные кисты параректальной клетчатки: 1) имеют тонкую соединительно-тканную оболочку, 2) выстилка их состоит из многослойного плоского эпителия, 3) эпителий содержит придатки кожи, 4) в содержимом кист встречаются волосы, 5) в выстилке кисты обнаруживаются сальные железы:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

347. При раке прямой кишки одним из первых клинических проявлений бывает, как правило:

- А. Боль в крестце
- Б. Выделение крови при дефекации
- В. Общая слабость
- Г. Кишечная непроходимость
- Д. Анемия

348. В начальной стадии рака левой половины толстой кишки наиболее характерным признаком является:

- А. Анемия
- Б. Нарушение выделительной функции толстой кишки
- В. Нарушение кишечной проходимости
- Г. Боли в животе
- Д. Общая слабость толстой кишки

349. Для рака прямой кишки наиболее характерным признаком является:
- А. Кишечная непроходимость
 - Б. Общая слабость
 - В. Боли в крестце
 - Г. Боли в животе
 - Д. Выделение сгустков крови из прямой кишки
350. Для удобства описания найденных изменений в области заднего прохода в проктологии принято правило «циферблата часов». При этом аноскопическая область соответствует:
- А. Всегда 6-ти часам по циферблату
 - Б. 6-ти часам только при положении пациента на спине
 - В. 6-ти часам только при положении пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении
 - Г. 9-ти часам при положении пациента на левом боку
 - Д. 9-ти часам при положении пациента на правом боку
351. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:
- А. При остром деструктивном холецистите
 - Б. При неушитом ложе удаленного желчного пузыря
 - В. При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря
 - Г. При редких швах ложа удаленного желчного пузыря
 - Д. Тампон не ставят
352. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:
- А. Сроком с момента прободения
 - Б. Степенью воспалительных изменений брюшины
 - В. Величиной перфоративного отверстия
 - Г. Локализацией перфоративного отверстия
 - Д. Возрастом больного
353. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:
- А. Анализ кала на скрытую кровь
 - Б. Контрастную рентгеноскопию желудка
 - В. Анализ желудочного сока на скрытую кровь
 - Г. Фиброгастроскопию
 - Д. Определение гемоглобина и гематокрита
354. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета «кофейной гущи» может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки:
- А. Верно 1,2,3,4,5
 - Б. Верно 1,3,4,5
 - В. Верно 2,3,4,5
 - Г. Верно 1,2,4,5
 - Д. Верно 1,2,3,4
355. При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы 2. Ушивание язвы 3. Резекция желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложение гастроэнтероанастомоза:

- А. Верно 1,2,3,4,5
- Б. Верно 2,3,4,5
- В. Верно 1,3,4,5
- Г. Верно 1,2,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4

356. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:

- А. Инсулемы поджелудочной железы
- Б. Синдрома приводящей петли
- В. Пептической язвы анастомоза
- Г. Демпинг-синдрома
- Д. Синдрома малого желудка

357. Секретин образуется:

- А. В двенадцатиперстной кишке
- Б. В печени
- В. В поджелудочной железе
- Г. В дистальных отделах тонкой кишки
- Д. В гипоталамусе

358. Основным стимулятором освобождения секретина является:

- А. Соляная кислота
- Б. Продукты расщепления белков
- В. Жиры
- Г. Углеводы
- Д. Все перечисленные факторы

359. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота 2. Шум плеска над проекцией желудка 3. Наличие чаш Клойбера 4. Отрыжка 5. Похудание

- А. Верно 1,2,3,4,5
- Б. Верно 2,3,4,5
- В. Верно 1,2,4,5
- Г. Верно 1,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4

360. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве 2. Промывание желудка 3. Введением растворов электролитов 4. Введение белковых растворов 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния:

- А. Верно 2,3,4,5
- Б. Верно 1,2,3,4
- В. Верно 1,2,4,5
- Г. Верно 1,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4,5

361. Резекция на выключение может быть выполнена:

- А. При низкой постбульбарной язве
- Б. При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
- В. При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки
- Г. При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы
- Д. При пенетрации язвы в печень

362. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является:
- А. Икота
 - Б. Отсутствие кишечных шумов
 - В. Вздутие в области эпигастрия
 - Г. Тахикардия
 - Д. Рвота
363. Острое расширение желудка может быть быстро распознано:
- А. Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
 - Б. Лапароцентезом
 - В. Назогастральной интубацией
 - Г. Перкуссией брюшной стенки
 - Д. Исследованием плазмы крови на серотонин
364. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:
- А. Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
 - Б. Поздней обращаемостью
 - В. Возможностью психозов
 - Г. Возможностью суицидальных попыток
 - Д. Всем перечисленным
365. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:
- А. Рвота
 - Б. Желудочное кровотечение
 - В. Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
 - Г. Частый жидкий стул
 - Д. Икота
366. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:
- А. Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
 - Б. Постбульбарные язвы
 - В. Язвы малой кривизны желудка
 - Г. Язвы большой кривизны желудка
 - Д. Язвы всех указанных локализаций
367. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются: 1. Перфорации 2. Кровотечение, неостанавливаемое консервативными методами 3. Малигнизация 4. Большая глубина «ниши» пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании 5. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка:
- А. Верно 1,2,3,4
 - Б. Верно 1,2,3,4,5
 - В. Верно 2,3,4,5
 - Г. Верно 1,2,3,5
 - Д. Верно 1,3,4,5
368. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить:
- А. Доскообразный живот
 - Б. Сильные боли в эпигастрии

- В. Боли в поясничной области
- Г. Повышение лейкоцитоза до 15000
- Д. Легкая желтуха склер и кожных покровов

369. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:

- А. Затеканием содержимого по правому боковому каналу
- Б. Рефлекторными связями через спинномозговые нервы
- В. Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
- Г. Развивающимся разлитым перитонитом
- Д. Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

370. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:

- А. Остановившееся желудочное кровотечение
- Б. Перфоративная язва
- В. Пенетрирующая язва
- Г. Стеноз выходного отдела желудка
- Д. Малигнизированная язва

371. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:

- А. Демпинг-синдрома
- Б. Гипогликемического синдрома
- В. Синдрома «малого желудка»
- Г. Пептической язвы анастомоза
- Д. Синдрома приводящей петли

372. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом 2. Хроническим колитом 3. Хроническим аппендицитом 4. Хроническим панкреатитом 5. Мезоаденитом:

- А. Верно 1,2,3,4,5
- Б. Верно 2,3,4,5
- В. Верно 1,3,4,5
- Г. Верно 1,2,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4

373. К характерным признакам стеноза привратника относятся: 1. Желтуха 2. Шум плеска натошак 3. Похудание 4. Отрыжка «тухлым» 5. Боли в эпигастрии распирающего характера:

- А. Верно 2,3,4,5
- Б. Верно 1,2,3,4
- В. Верно 1,2,3,4,5
- Г. Верно 1,3,4,5
- Д. Верно 1,2,4,5

374. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является:

- А. Двенадцатиперстная кишка
- Б. Пилорический отдел желудка
- В. Малая кривизна желудка
- Г. Большая кривизна желудка

Д. Кардиальный отдел желудка

375. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:

- А. В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
- Б. В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
- В. В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
- Г. В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
- Д. В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначением антибиотиков

376. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является:

- А. Гипопротеинемия
- Б. Гипотензия во время операции
- В. Аксиальный поворот тонкой кишки
- Г. Дуоденостаз
- Д. Послеоперационный панкреатит

377. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается:

- А. Тахикардия
- Б. Схваткообразная боль
- В. Локализованная, умеренная боль
- Г. Внезапно возникшая интенсивная боль
- Д. Жидкий стул

378. Прикрытию перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют:

- А. Малый диаметр прободного отверстия
- Б. Незначительное наполнение желудка
- В. Топографическая близость соседних органов
- Г. Большой диаметр прободного отверстия
- Д. Хорошо развитый большой сальник

379. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:

- А. При калезной язве
- Б. При пенетрирующей язве
- В. При поверхностных эрозиях слизистой
- Г. При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см
- Д. При рубцующейся язве

380. Рак желудка всегда метастазирует:

- А. В легкие
- Б. В печень
- В. В регионарные лимфоузлы
- Г. В кости
- Д. По брюшине

381. Симптомами, входящими в «синдром малых признаков» при раке желудка, являются: 1. Диспептические явления: снижение аппетита, быстрая насыщаемость, тошнота, икота, отрыжка тухлым 2. Анемия 3. Нарастающая слабость, тупые боли, желудочный дискомфорт 4.

Повышенный аппетит, слюноотделение 5. Похудание, отвращение к пище:

- А. Верно 1,2,3,4,5
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 1,2,3,4
- Г. Верно 1,2,3,5
- Д. Верно 2,3,4,5

382. Рак желудка наиболее часто локализуется:

- А. В кардиальном отделе желудка
- Б. По большой кривизне
- В. По малой кривизне
- Г. В антральном отделе желудка
- Д. В дне желудка

383. К отдаленным метастазам рака желудка относятся: 1. Метастазы в легкое 2. Метастазы Крукенберга 3. Метастазы Вирхова 4. Метастазы Шницлера 5. Метастазы в желудочно-поджелудочную связку:

- А. Верно 1,2,3,4,5
- Б. Верно 1,2,3,5
- В. Верно 1,3,4,5
- Г. Верно 2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4

384. Операция гастростомии показана:

- А. При неоперабельном раке тела желудка
- Б. При неоперабельном раке антрального отдела желудка
- В. При стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванном опухолью
- Г. При всех перечисленных случаях
- Д. Ни в одном из перечисленных случаев

385. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:

- А. Вначале рассечь ущемленное кольцо
- Б. Вначале рассечь грыжевой мешок
- В. Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
- Г. Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
- Д. Сделать лапаротомию

386. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются: 1. Острое начало 2. Невправимость грыжи 3. Болезненность грыжевого выпячивания 4. Резкая боль

5. Высокая температура:

- А. Верно 1,2,3,4,5
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4

387. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

- А. Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
- Б. Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
- В. Поставить очистительную клизму
- Г. Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
- Д. Назначить тепло ванну

388. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно больного:

- А. Грыжа запирающего отверстия
- Б. Прямая паховая грыжа
- В. Бедренная грыжа
- Г. Косая паховая грыжа
- Д. Скользящая грыжа

389. Невправимость грыжи зависит:

- А. От спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
- Б. От спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
- В. От сужения грыжевых ворот
- Г. От выхождения в нее мочевого пузыря
- Д. От выхождения в нее слепой кишки

390. Для лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:

- А. Бассини и Постемпского
- Б. Мартынова
- В. Жирар-Спасокукоцкого
- Г. Руджи-Парлавеччио
- Д. Ру

391. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние:

- А. 5-10 см
- Б. 15-20 см
- В. 25-30 см
- Г. 35-40 см
- Д. 45-50 см

392. При поступлении больного с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:

- А. Наблюдение в течении 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
- Б. Выполнение срочной операции
- В. Наблюдение
- Г. Консервативное лечение
- Д. Вправление грыжи

393. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть:

- А. К трансиллюминации и пальпации
- Б. К пункции
- В. К перкуссии
- Г. К аускультации
- Д. К пальцевому исследованию прямой кишки

394. Шейка мешка бедренной грыжи расположена:

- А. Впереди круглой связки
- Б. Медиальнее бедренных сосудов
- В. Латеральнее бедренных сосудов

- Г. Позади бедренных сосудов
- Д. Медиальнее купферовской связки

395. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах:

- А. Рихтерской
- Б. Косой паховой
- В. Скользящей
- Г. Прямой паховой
- Д. Пупочной

396. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет следующие характерные симптомы: 1. Затрудненное дыхание 2. Рвота 3. Цианоз 4. Анемия 5. Заполненные газом петли кишечника в грудной клетке, выявленные при рентгенологическом исследовании:

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,2,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5
- Д. Верно 1,3,4,5

397. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерны: 1. Рефлюкс-эзофагит 2. Ущемление 3. Кровотечение 4. Появление язвы желудка 5. Экстракардиальная стенокардия:

- А. Верно 1,2,3,4,5
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 1,2,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5
- Д. Верно 2,3,4,5

398. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения: 1. Повреждение сосудов 2. Ранение нервов брюшной стенки 3. Пересечение семявыводящего протока 4. Ранение кишки и мочевого пузыря 5. Ранение матки:

- А. Верно 1,2,3,5
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4

399. Для скользящей паховой грыжи с выходом мочевого пузыря характерно:

- А. Наличие болей в надлобковой области
- Б. Наличие грыжевого выпячивания в паховой области
- В. Учащенное мочеиспускание и прерывистость
- Г. Позывы на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
- Д. Наличие положительного симптома Мейо-Робсона

400. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются:

- А. Со слизистого слоя
- Б. С подслизистого слоя
- В. С мышечного слоя
- Г. С субсерозного слоя
- Д. С серозного слоя

401. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:

- А. Пиурию
- Б. Альбуминурию
- В. Микрогематурию
- Г. Макрогематурию
- Д. Оксалурию

402. Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется:

- А. В поясничной области
- Б. В наружном крае прямых мышц
- В. В надлобковой области
- Г. В промежности
- Д. В эпигастрии

403. Основной причиной развития гипертонии у детей, перенесших травму почки, можно считать:

- А. Вторичное сморщивание почки
- Б. Вторичное камнеобразование
- В. Девиация мочеточника
- Г. Ложный гидронефроз
- Д. Некротический папиллит

404. Наиболее частой причиной появления патологических выделений из мочеиспускательного канала ребенка считают:

- А. Гнойно-воспалительные заболевания наружных половых путей
- Б. Цистит
- В. Наличие инородных тел
- Г. Специфический уретрит
- Д. Грибковое поражение уретры

405. Двустороннюю макрогематурию у детей может вызвать:

- А. Мочекаменная болезнь
- Б. Гидронефроз
- В. Острый гломерулонефрит
- Г. Опухоль почки
- Д. Парапельвикальная киста почки

406. Одностороннюю макрогематурию наблюдают:

- А. При болезни Верльгофа
- Б. При узелковом периартериите
- В. При остром гломерулонефрите
- Г. При поликистозе
- Д. При опухоли почки

407. При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо пополнить:

- А. Ретроградную пиелографию
- Б. Экскреторную урографию
- В. Цистоскопию
- Г. Цистоуретрографию
- Д. Радиоизотопные методы

408. При анурии у детей противопоказана:

- А. Обзорная рентгенография органов мочевой системы

- Б. Экскреторная урография
- В. Цистоуретрография
- Г. Ретроградная пиелография
- Д. Цистоскопия

409. Не требует лечения у детей:

- А. Ренальная форма анурии
- Б. Экстраренальная форма анурии
- В. Субренальная форма анурии
- Г. Физиологическая анурия новорожденных
- Д. Аренальная форма анурии

410. Основным признаком гидронефроза считают:

- А. Наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника
- Б. Признаки нарушения сократительной способности лоханки
- В. Признаки вторичного пиелонефрита
- Г. Истончение почечной паренхимы
- Д. Признаки снижения почечного кровотока

411. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают:

- А. Экскреторную урографию
- Б. Цистографию
- В. Цистоскопию
- Г. Цистометрию
- Д. УЗИ с определением кровотока

412. Рентгенологический феномен «белой почки» (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:

- А. Обтурации мочеточника камнем
- Б. Вторично сморщенной почки
- В. Острого необструктивного пиелонефрита
- Г. Травмы почки
- Д. Опухоли почки

413. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей:

- А. Перемежающийся гидронефроз
- Б. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- В. Гипоплазия почки
- Г. Удвоение верхних мочевых путей
- Д. Поликистоз

414. УЗИ слазиксной нагрузкой (для выявления гидронефроза) у младенцев предусматривает:

- А. Оральную гидротацию, назначение лазикса через рот и спазмолитиков
- Б. Пережатый уретральный катетер, введение лазикса, ограничение жидкости
- В. Оральную гидротацию, в/в гидротацию, уретральный катетер, лазикс в/в в возрастных дозировках
- Г. Сухоядение, ограничение жидкости, лазикс, очистительная клизма
- Д. Спазмолитики, уросептики, лазикс в возрастных дозировках в/в.

415. Катетеризация уретры противопоказана при острой задержке мочи, вызванной:
- А. Фимозом
 - Б. Опухолью мочевого пузыря
 - В. Камнем уретры
 - Г. Разрывом уретры
 - Д. Камнем мочевого пузыря
416. Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:
- А. Нарушение мочеиспускания
 - Б. Снижение удельного веса мочи
 - В. Болевой синдром
 - Г. Поллакиурия
 - Д. Энурез
417. Решающим методом диагностики нефроптоза у детей является:
- А. Пальпация
 - Б. Экскреторная урография
 - В. Ультразвуковое сканирование
 - Г. Радиоизотопное исследование
 - Д. Ангиоренография
418. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают:
- А. При гидронефрозе
 - Б. При нефроптозе
 - В. При мочекаменной болезни
 - Г. При поликистозе
 - Д. При тромбозе почечной артерии
419. Операцией выбора при удалении камней почек у детей считают:
- А. Пиелотомию
 - Б. Нефротомия
 - В. Резекция почки
 - Г. Нефрэктомия
 - Д. Нефростомия
420. Сочетание гематурии с асептической пиурией характерно:
- А. Для гидронефроза
 - Б. Для мочекаменной болезни
 - В. Для туберкулеза
 - Г. Для нефроптоза
 - Д. Для опухоли почки
421. Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен для диагностики:
- А. Нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря
 - Б. Гидронефроза
 - В. Пороков уретры и ПМР
 - Г. Удвоения верхних мочевых путей
 - Д. Нефроптоза
422. Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет ведущее дифференциально-диагностическое значение для выявления:
- А. Нейрогенных дисфункций мочевого пузыря

- Б. Энуреза (ночного недержания мочи)
- В. Эктопии устья добавочного мочеточника
- Г. Эписпадии
- Д. Клапана задней уретры

423. В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы:

- А. Отек, гиперемия, болезненность в области мошонки
- Б. Гиперемия, болезненность мошонки, увеличение паховых лимфоузлов
- В. Отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки
- Г. Отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах
- Д. Значительное накопление жидкости в полости мошонки, увеличение в размерах яичка, болезненность при пальпации яичка

424. Наличие синехий (сращений между головкой и крайней плотью) считают:

- А. Патологическим состоянием, необходимо срочное лечение
- Б. Вариантом нормы, лечения не показано до наступления препубертата
- В. Условно патологическое состояние, показано регулярное разделение синехий в плановом порядке
- Г. Редким пороком крайней плоти
- Д. Патологическим состоянием, требует лечения после 1 года

425. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки решающим методом исследования у детей является:

- А. Экскреторная урография
- Б. Планиметрия почки
- В. Почечная ангиография
- Г. Биопсия почки
- Д. Динамическая сравнительная радиоизотопная ренография

426. Мочевыделительная функция у новорожденного 10 дней характеризуется:

- А. Олигурией и оксалурией
- Б. Полиурией и гипоизостенурией
- В. Физиологической анурией
- Г. Урежением мочеиспускания
- Д. Альбуминурией и поллакиурией

427. Экскреторная урография противопоказана при следующем неотложном состоянии:

- А. Острый пиелонефрит
- Б. Травма почки
- В. Почечная колика
- Г. Анурия
- Д. Макрогематурия

428. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является:

- А. Болезненное мочеиспускание
- Б. Острая задержка мочи
- В. Гематурия
- Г. Пиурия
- Д. Протеинурия

429. Оптимальным методом операции при абберантном сосуде, называемом гидронефроз, является:

- А. перевязка сосудов
- Б. Резекция нижнего полюса
- В. Транспозиция абберантного сосуда
- Г. Антевазальный уретеропиелоанастомоз
- Д. Лоскутная пластика

430. Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита вплоть до апостематоза почки возникает:

- А. При камне верхней чашечки
- Б. При камне лоханки
- В. При коралловидном камне почки
- Г. При камне мочеточника
- Д. При камне мочевого пузыря

431. Новокаиновая блокада по Лорин-Эпштейну (семенного канатика, круглой связки) является эффективной при почечной колике с локализацией камня в:

- А. В почечной лоханке
- Б. В верхней трети мочеточника
- В. В средней трети мочеточника
- Г. В нижней трети мочеточника
- Д. Локализация не имеет значения

432. Признаком почечной колики при УЗИ является:

- А. Округлое эхонегативное образование в почке с тонкими стенками
- Б. Гипоэхогенное образование в собирательной системе почки
- В. Дилатация ЧЛС и верхней трети мочеточника
- Г. Солидное образование в почке
- Д. Неоднородность паренхимы почки

433. Признаками опухоли почки при УЗИ являются: 1. Четкость неровных контуров 2. Неоднородность эхоструктуры 3. Солидное образование 4. Отсутствие дорсального усиления 5. Наличие акустической тени:

- А. Верно 1,2,3,5
- Б. Верно 2,3,4,5
- В. Верно 1,2,3,4,5
- Г. Верно 1,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4

434. Признаками острого гнойного заболевания почки при УЗИ являются: 1. Увеличение размеров почки 2. Ограничение подвижности почки 3. Неоднородность паренхимы 4. Гиперэхогенная структура с акустической тенью 5. Наличие гипоэхогенного образования в паренхиме почки или паранефрии с неровными контурами:

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,2,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5
- Д. Верно 1,3,4,5

435. Признаками травмы почки при УЗИ являются: 1. Округлое эхонегативное образование с четким контуром в почке 2. Дилатация ЧЛС 3. Эхонегативное образование в паранефрии 4. Прерывистость контура почки 5. Ограничение подвижности почки:

- А. Верно 2,3,4,5

- Б. Верно 1,2,3,4
- В. Верно 1,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,5

436. Наиболее информативным методом диагностики паранефрита является:

- А. Обзорная рентгенография мочевых путей
- Б. Экскреторная урография
- В. Изотопная ренография
- Г. УЗИ
- Д. Паранефральная пункция

437. При остром цистите из инструментальных методов исследования показаны:

- А. Цистоскопия - в большинстве случаев
- Б. Цистоскопия - в исключительных случаях
- В. Цистоскопия противопоказана
- Г. Катетеризация мочевого пузыря
- Д. Уретроскопия

438. Дифференциальную диагностику острого цистита следует проводить с: 1. Острым пиелонефритом 2. Острым простатитом 3. Острым аппендицитом 4. Парапроктитом 5. Колитом

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,3,4
- В. Верно 1,2
- Г. Верно 2,4
- Д. Верно 3,4

439. Признаком цистита при неясном диагнозе является:

- А. Лейкоцитурия
- Б. Азотемия
- В. Отсутствие боли при пальцевом ректальном или влагалищном исследовании
- Г. Гематурия
- Д. Припухлость над лоном

440. К симптомам неосложненной скользящей грыжи мочевого пузыря относятся:

1. Увеличение грыжевого выпячивания при наполнении мочевого пузыря
2. Исчезновение грыжевого выпячивания после опорожнения мочевого пузыря
3. Мочеиспускание в несколько приемов 4. Затрудненное учащенное болезненное мочеиспускание 5. Гематурия:

- А. Верно 1,2,3,5
- Б. Верно 1,2,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4

441. Ведущим симптомом при травме уретры является:

- А. Макрогематурия
- Б. Уретроррагия
- В. Задержка мочеиспускания
- Г. Промежностная гематома
- Д. Частое болезненное мочеиспускание

442. Наиболее частой причиной внебрюшного разрыва мочевого пузыря является:
- А. Ятрогенная травма
 - Б. Перелом костей таза со смещением
 - В. Удар в живот при переполненном мочевом пузыре
 - Г. Падение с высоты
 - Д. Переполнение мочевого пузыря
443. Наиболее частой причиной внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря является:
- А. Ятрогенная травма
 - Б. Перелом костей таза со смещением
 - В. Удар в живот при переполненном мочевом пузыре
 - Г. Падение с высоты
 - Д. Переполнение мочевого пузыря
444. При травме мочевого пузыря первоначальное рентгенологическое исследование включает:
- А. Ретроградную цистографию
 - Б. Уретрографию
 - В. Экскреторную урографию
 - Г. Пневмоцистографию
 - Д. Обзорную урографию
445. Основными признаками повреждения почки являются: 1. Боль в поясничной области
2. Припухлость в поясничной области 3. Гематурия 4. Нарушение функции почки
5. Лихорадка:
- А. Верно 1,2,3,5
 - Б. Верно 1,2,3,4,5
 - В. Верно 2,3,4,5
 - Г. Верно 1,3,4,5
 - Д. Верно 1,2,3,4
446. При острой задержке мочи вследствие аденомы простаты катетеризацию мочевого пузыря следует начинать катетером: 1. Мочеточниковым 2. Металлическим 3. Нелатона 4. Тимана:
- А. Верно 1,2
 - Б. Верно 1,3
 - В. Верно 1,4
 - Г. Верно 2,3
 - Д. Верно 3,4
447. При подозрении на инфаркт почки наиболее информативным является:
- А. УЗИ
 - Б. Экскреторная урография
 - В. Почечная венография
 - Г. Ретроградная пиелография
 - Д. Аортоангиография
448. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена:
- А. Повышенным внутрибрюшным давлением
 - Б. Ангиодисплазией
 - В. Травмой пахово-мошоночной области
 - Г. Незаращением вагинального отростка
 - Д. Инфекцией мочевыводящих путей

449. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:
- А. Появление припухлости в одной половине мошонки
 - Б. Ухудшение общего состояния
 - В. Подъем температуры
 - Г. Резкая болезненность
 - Д. Гиперемия мошонки
450. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного до 1,5 лет предусматривает:
- А. Оперативное лечение в плановом порядке
 - Б. Наблюдение до 3-4 лет
 - В. Наблюдение до 1,5-2 лет
 - Г. Пункцию под контролем УЗИ
 - Д. Экстренную операцию
451. Первым применил эндоскопический осмотр органов брюшной полости:
- А. Д.О.Отт в 1901 г
 - Б. Келлинг в 1901 г
 - В. Корбш в 1921 г
 - Г. Якобеус в 1910 г
 - Д. Штейнер в 1924 г
452. Впервые применил цветные рисунки для иллюстрации лапароскопической семиотики заболеваний:
- А. Корбш в 1922 г
 - Б. Якобсон в 1927 г
 - В. Кальк в 1933 г
 - Г. Сережников в 1939 г
 - Д. Муратори в 1941 г
453. В клиническую практику метод лапароскопического исследования внедрил:
- А. Келлинг в 1901 г
 - Б. Якобеус в 1910 г
 - В. Шмидт в 1927 г
 - Г. Кальк в 1929 г
 - Д. Раддок в 1929 г
454. Оптический прибор для выполнения лапароскопии впервые применил:
- А. Келлинг в 1901 г
 - Б. Д.О.Отт в 1901 г
 - В. Кароли в 1909 г
 - Г. Бергман в 1926 г
 - Д. Руманн в 1932 г
455. Специальный лапароскоп с оптикой и освещением впервые сконструировал:
- Б. Боллер в 1927 г
 - Б. Кальк в 1929 г
 - В. Фридрих в 1930 г
 - Г. Хес в 1937 г
 - Д. Лент в 1945 г

456. Первым из отечественных ученых опубликовал монографию по лапароскопии:
- А. А.С.Орловский в 1937 г
 - Б. Г.К.Абаев в 1939 г
 - В. А.М.Аминев в 1947 г
 - Г. А.С.Логинов в 1964 г
 - Д. Г.И.Лукомский, Ю.Е.Березов в 1967 г
457. Автором первой монографии по лапароскопии является:
- А. Келлинг в 1924 г
 - Б. Якобеус в 1921 г
 - В. Корбш в 1921 г
 - Г. Штейнер в 1924 г
 - Д. Цолликофер в 1924 г
458. При лапароскопии можно установить все перечисленное, кроме:
- А. Цвета опухоли
 - Б. Морфологической структуры опухоли
 - В. Наличия метастазов
 - Г. Консистенции опухоли
 - Д. Подвижности опухоли
459. Диагностическая плановая лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая:
- А. Асциты неясного генеза
 - Б. Дивертикулиты 12-перстной кишки
 - В. Диффузные заболевания печени
 - Г. Женское бесплодие
 - Д. Спленомегалию
460. Диагностическая плановая лапароскопия показана во всех перечисленных случаях, за исключением:
- А. Уточнения распространенности опухолевого процесса по органам брюшной полости
 - Б. Выявления метастазов
 - В. Выяснения природы очаговых изменений печени
 - Г. Уточнения характера опухолевых образований в брюшной полости
 - Д. Выяснения причины острой кишечной непроходимости
461. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, за исключением:
- А. Болей в животе неясного генеза
 - Б. Подозрения на острый аппендицит
 - В. Подозрения на перфорацию полового органа
 - Г. Подозрения на трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
 - Д. Желтухи неясного генеза
462. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при подозрении на все перечисленные ниже заболевания, кроме:
- А. Внутривнутрибрюшного кровотечения
 - Б. Воспалительно-гнойных процессов в паранефрии
 - В. Рассасывающийся аневризмы аорты
 - Г. Травматических повреждений абдоминальных органов
 - Д. Синдрома Алена - Мастерса

463. Экстренная диагностическая лапароскопия показана:
- А. Для уточнения формы острого панкреатита
 - Б. Для проведения дифференциального диагноза между воспалительными заболеваниями гениталий и внематочной беременностью
 - В. Для удаления асцитической жидкости при церрозах печени
 - Г. Для уточнения формы и распространенности трофических нарушений при подозрении на мезентериальный тромбоз
 - Д. Правильно все, кроме В
464. Лапароскопическое исследование противопоказано во всех перечисленных случаях, за исключением:
- А. Гемофилии
 - Б. Алкогольного опьянения
 - В. Тотального спаечного процесса в брюшной полости
 - Г. Терминального состояния больного
 - Д. Резко выраженного вздутия кишечника
465. Плановая лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных ниже заболеваниях, исключая:
- А. Малые формы наружного эндометриоза
 - Б. Склерокистоз яичников
 - В. Субсерозные миоматозные узлы матки
 - Г. Синдром Алена - Мастерса
 - Д. Поликистоз яичников
466. Плановая лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, кроме:
- А. Болевого синдрома, обусловленного спайками в брюшной полости
 - Б. Цирроза печени
 - В. Ретенционных кист яичников
 - Г. Псевдокист поджелудочной железы
 - Д. Папиллярных серозных кистом яичников
467. Ургентная лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, за исключением:
- А. Мезентериального тромбоза
 - Б. Субкапсулярных гематом печени
 - В. Острого панкреатита
 - Г. Острого холецистита
 - Д. Механической желтухи
468. Лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая:
- А. Трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
 - Б. Хронический активный гепатит
 - В. Тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия
 - Г. Лимфаденит брыжейки кишки
 - Д. Неосложненный острый аппендицит
469. Лапароскопическая холецистохолангиография показана при подозрении на все перечисленные ниже заболевания, кроме:
- А. Калькулезного холецистита
 - Б. Холедохолитиаза

- В. Стриктуры холедоха
- Г. Дискинезии желчевыводящих путей
- Д. Тромбоза печеночных вен

470. Лапароскопическая холецистохолангиография показана во всех перечисленных моментах, исключая:

- А. Дифференцирование органических и функциональных заболеваний сфинктерного аппарата большого дуоденального соска
- Б. Выяснение уровня обтурации желчных протоков
- В. Выяснение природы обтурации желчных протоков
- Г. Дифференцирование рака билиарно-дуоденальной системы и рака головки поджелудочной железы
- Д. Рентгенологически установленный диагноз - отключенный желчный пузырь

471. Лапароскопическая холецистохолангиография показана для диагностики всех перечисленных состояний, исключая:

- А. Дифференцирование желтух
- Б. Дифференцирование функциональных и органических изменений желчных протоков
- В. Выяснение причины холецистита
- Г. Диагностику пузырно-кишечных свищей
- Д. Дифференцирование видов холангита

472. Подготовка больного к плановой лапароскопии включает все перечисленное, исключая:

- А. Накануне в день исследования сделать очистительные клизмы
- Б. На ночь перед исследованием назначить седативные препараты
- В. Научить больного «надуть» живот
- Г. Перед исследованием опорожнить мочевой пузырь
- Д. Накануне лапароскопии выполнить обзорную рентгеноскопию брюшной полости

473. Подготовка больного к экстренной лапароскопии включает все перечисленное, кроме:

- А. Через желудочный зонд удалить из желудка содержимое
- Б. Определить группу крови и резус принадлежность
- В. Дать выпить метиленовый синий
- Г. Объяснить больному, какая помощь требуется от него во время исследования
- Д. Внутримышечно сделать инъекцию по 1 мл 0.1% раствора сернокислого атропина и 2% промедола

474. Для наложения пневмоперитонеума пункционная игла в брюшную полость может быть проведена через:

- А. Над лобком по белой линии живота
- Б. В правой подвздошной области
- В. В левой подвздошной области
- Г. Ниже пупка по белой линии живота
- Д. Выше пупка по белой линии живота

475. К инструментам, применяющимся при подготовке и наложении пневмоперитонеума, относятся все перечисленные, исключая:

- А. Шприц Жанэ
- Б. Копьевидный скальпель
- В. Пункционную иглу
- Г. Зажим
- Д. Иглодержатель

476. К инструментам, применяемым при выполнении лапароскопической холецистохолангиографии, относятся все перечисленные, кроме:
- А. Шприца «Рекорд»
 - Б. Иглы Иверсена - Рохольма
 - В. Копьевидного скальпеля
 - Г. Окончатого мягкого зажима
 - Д. Металлического пальпатора
477. Пункция желчного пузыря для выполнения лапароскопической холецистохолангиографии может производиться через все перечисленные точки, исключая:
- А. Край печени
 - Б. Стенку дна желчного пузыря
 - В. Стенку медиальной поверхности тела желчного пузыря
 - Г. Стенку латеральной поверхности тела желчного пузыря
 - Д. Переходящую складку между стенкой желчного пузыря и задней поверхностью печени
478. Лапароскоп стерилизуется:
- А. В растворе карболовой кислоты
 - Б. В растворе фурацилина
 - В. В растворе муравьиной кислоты
 - Г. Автоклавированием
 - Д. В растворе хлоргексидина
479. Для аспирационной биопсии инструменты стерелизуются:
- А. Кипячением
 - Б. Автоклавированием
 - В. В сухожаровых камерах
 - Г. В параформалиновых камерах
 - Д. В растворах антисептика
480. В брюшную полость лапароскоп вводится:
- А. Вращательным движением
 - Б. Под контролем зрения
 - В. Медленно
 - Г. Быстро
 - Д. Под углом относительно передней брюшной стенки
481. Для выполнения лапароскопии необходимо все перечисленное, исключая:
- А. Остроконечный скальпель
 - Б. Троакар
 - В. Переходный резиновый воздуховод
 - Г. Ранорасширитель
 - Д. Лапароскоп
482. Лапароскопический троакар может быть проведен в брюшную полость:
- А. Ниже и правее пупка
 - Б. Ниже и левее пупка
 - В. По белой линии живота ниже пупка
 - Г. В правом подреберье
 - Д. Выше и левее пупка

483. Наименее опасно осуществить лапароцентез для проведения лапароскопии:
- А. На 2 см выше пупка и 2 см вправо от белой линии живота
 - Б. На 2 см выше пупка и 2 см влево от белой линии живота
 - В. На 2 см ниже пупка и 2 см влево от белой линии живота
 - Г. На 2 см ниже пупка и 2 см вправо от белой линии живота
 - Д. На 2 см ниже пупка и 1 см вправо от белой линии живота
484. Проведение лапароскопического троакара в брюшную полость облегчается всем перечисленным, кроме:
- А. Рассечения кожи
 - Б. Надсечения апоневроза
 - В. Рассечения брюшины
 - Г. Вращательных движений троакара вокруг своей оси
 - Д. Подтягивания передней брюшной стенки кверху за апоневроз
485. В качестве объемной среды при выполнении лапароскопии можно применить все перечисленное, за исключением:
- А. Воздуха
 - Б. Закиси азота
 - В. Углекислого газа
 - Г. Кислорода
 - Д. Фурацилина
486. Для осмотра червеобразного отростка лапароскоп в брюшную полость проводится:
- А. Через верхнюю правую точку Калька
 - Б. Через верхнюю левую точку Калька
 - В. Через нижнюю левую точку Калька
 - Г. По белой линии живота над лобком
 - Д. В точке Мак-Бурнея
487. Для осмотра субкардиального отдела желудка лапароскоп в брюшную полость проводится:
- А. По белой линии живота на 3 см ниже мечевидного отростка
 - Б. По наружному краю прямой мышцы живота в правом подреберье
 - В. В верхней точке Калька справа
 - Г. В нижней точке Калька слева
 - Д. Через левое подреберье латеральнее наружного края мышцы живота
488. При планировании лечебных манипуляций для купирования острого панкреатита целесообразно вводить в брюшную полость лапароскоп через:
- А. Верхнюю правую точку Калька
 - Б. Верхнюю левую точку Калька
 - В. Нижнюю левую точку Калька
 - Г. Наружный край прямой мышцы живота в левом подреберье
 - Д. Наружный край прямой мышцы живота в правом подреберье
489. При планировании лапароскопической холецистохолангиографии лапароскопический троакар в брюшную полость целесообразно вводить:
- А. По наружному краю прямой мышцы живота слева, на уровне пупка
 - Б. По наружному краю прямой мышцы живота справа, на уровне пупка
 - В. В левой верхней точке Калька

- Г. В левой нижней точке Калька
- Д. В правом подреберье

490. Если оптика на дистальном конце лапароскопа загрязнилась кровью или асцитической жидкостью, то необходимо:

- А. Протереть лапароскоп о большой сальник
- Б. Промыть физиологическим раствором
- В. Протереть салфеткой
- Г. Все перечисленное
- Д. Ничего из перечисленного

491. При лапароскопическом исследовании можно осмотреть все перечисленное, исключая:

- А. Печень
- Б. Поджелудочную железу
- В. Желудок
- Г. Матку с придатками
- Д. Надпочечники

492. Если у больного при выполнении лапароскопии возникла рвота, то не следует:

- А. Поднять головной конец стола
- Б. Опустить головной конец стола
- В. Голову больного повернуть вправо
- Г. Удалить воздух из брюшной полости
- Д. Приостановить исследование до прекращения рвоты

493. Абдоминальный отдел пищевода можно осмотреть:

- А. Из верхней точки Калька слева
- Б. Из верхней точки Калька справа
- В. Из левого подреберья латеральнее наружного края прямой мышцы живота
- Г. Из нижней точки Калька слева
- Д. Из нижней точки Калька справа

494. Желчный пузырь хорошо доступен осмотру при положении больного:

- А. На спине при горизонтальном положении стола
- Б. На спине с опущенным головным концом стола
- В. На правом боку с приподнятым головным концом стола
- Г. На левом боку с приподнятым головным концом стола
- Д. На левом боку с опущенным головным концом стола

495. Желудок хорошо доступен осмотру при положении больного:

- А. На спине с приподнятым головным концом стола
- Б. На спине с опущенным головным концом стола
- В. На спине при горизонтальном положении стола
- Г. На левом боку при горизонтальном положении стола
- Д. На правом боку при горизонтальном положении стола

496. Селезенка хорошо доступна осмотру в положении больного:

- А. На спине при горизонтальном положении больного
- Б. На спине с приподнятым головным концом стола
- В. На правом боку с приподнятым головным концом стола
- Г. На левом боку с опущенным головным концом стола
- Д. На спине с опущенным головным концом стола

497. Для осмотра головки поджелудочной железы через париетальную брюшину задней брюшной стенки необходимо:
- А. Опустить головной конец стола
 - Б. Приподнять головной конец стола и повернуть больного на 45° влево
 - В. Повернуть больного на 45° вправо
 - Г. Пальпатором сместить желудок дистально
498. Для осмотра контуров общего желчного протока необходимо:
- А. Больному придать положение, обратное Тренделенбургу
 - Б.) Сместить желчный пузырь в сторону передней брюшной стенки
 - В. Приподнять нижний край 4-го сегмента печени
 - Г. Антральный отдел желудка сместить дистально
 - Д. Правильно все, кроме Б
499. Осматривать червеобразный отросток следует в положении:
- А. На спине при горизонтальном положении стола
 - Б. На спине с приподнятым головным концом стола
 - В. На правом боку с опущенным головным концом стола
 - Г. На левом боку с опущенным головным концом стола
 - Д. На правом боку с приподнятым головным концом стола
500. Органы малого таза следует осматривать в положении:
- А. На спине при горизонтальном положении стола
 - Б. На спине при опущенном головном конце стола
 - В. На правом боку с опущенным головным концом стола
 - Г. На левом боку с опущенным головным концом стола
 - Д. На левом боку при горизонтальном положении стола
501. Укажите нехарактерную для отделения хирургии новорождённых группу заболеваний:
- А. Пороки развития
 - Б. Гнойно-воспалительные заболевания
 - В. Злокачественные опухоли
 - Г. Сосудистые дисплазии
 - Д. Родовая травма
502. Среди перечисленных форм работы, проводимой с врачами родильных домов, наиболее важной является:
- А. Совместные патолого-анатомические конференции
 - Б. Совместный разбор диагностических и лечебных ошибок
 - В. Летальная комиссия
 - Г. Научно-практическая конференция
 - Д. Консультация больных с сотрудниками кафедры
503. Среди перечисленных показателей работы отделения хирургии новорождённых в наибольшей степени отражает качество и эффективность работы отделения:
- А. Средняя длительность пребывания больного на койке
 - Б. Число пролеченных больных
 - В. Летальность
 - Г. Процент выполнения плана по койко-дням
 - Д. Оборот койки

504. Среди причинных факторов, способствующих развитию пороков развития у новорождённых, наиболее значимыми являются:
- А. Физические
 - Б. Химические
 - В. Биологические
 - Г. Генетические aberrации
 - Д. Гиповитаминоз матери
505. Наибольшим повреждающим (тератогенным) действием на развитие эмбриона и плода обладают:
- А. Радиация
 - Б. Вирусная инфекция
 - В. Лекарственные вещества
 - Г. Хронические производственные отравления
 - Д. Сочетание нескольких повреждающих факторов
506. Из перечисленного ниже наиболее часто встречаются у новорождённых:
- А. Врождённые генетические заболевания
 - Б. Повреждение растущих органов и систем
 - В. Диспропорция роста и дисфункция созревания
 - Г. Сочетание факторов А и Б
 - Д. Приобретённые заболевания
507. Из ниже перечисленных нозологических единиц фетохирургическое вмешательство невозможно при:
- А. Обширной лимфангиоме шеи
 - Б. Стенозе прилоханочного отдела мочеточника
 - В. Клапане задней уретры
 - Г. Врожденной кишечной непроходимости
 - Д. Врождённая гидроцефалия
508. Для оценки степени оперативного риска у новорожденных редко используют:
- А. Оценку по Апгар
 - Б. Массу тела
 - В. Степень нарушения мозгового кровообращения
 - Г. Выраженность респираторного дистресс-синдрома
 - Д. Коэффициент оценки метаболизма
509. Среди перечисленных операций нецелесообразно выполнять в первые часы и дни жизни:
- А. Пластику пищевода при его атрезии
 - Б. Пластику диафрагмы при ложной диафрагмальной грыже
 - В. Пластику неба
 - Г. Анастомоз тонкой кишки при ее атрезии
 - Д. Пластику передней брюшной стенки при гастрошизисе
510. Нецелесообразно выполнять в первые недели жизни операции по поводу:
- А. Частичной кишечной непроходимости
 - Б. Тератомы крестцово-копчиковой области
 - В. Нарушения оттока мочи
 - Г. Дермоидной кисты надбровья
 - Д. Пластики верхней губы

511. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является:
- А. Врожденный изолированный трахео-пищеводный свищ
 - Б. Атрезия пищевода с верхним и нижним свищом
 - В. Атрезия пищевода без свища
 - Г. Атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом
 - Д. Атрезия пищевода с верхним трахео-пищеводным свищом
512. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключающий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:
- А. Цианоз
 - Б. Одышка
 - В. Запавший живот
 - Г. Пенистые выделения изо рта
 - Д. Хрипы при аускультации легких
513. Укажите информацию, которую нельзя получить при анализе рентгенограммы больного со свищевой формой атрезии пищевода и контрастированным верхним сегментом:
- А. Уровень атрезии
 - Б. Форму атрезии
 - В. Степень воспалительных изменений в легких
 - Г. Ширину трахео-пищеводного свища
 - Д. Выявить сопутствующую атрезию кишечника
514. Наиболее правильным положением больного с атрезией пищевода и нижним трахеопищеводным свищом при транспортировке следует считать:
- А. На правом боку
 - Б. С возвышенным тазовым концом
 - В. Вертикальное
 - Г. Горизонтальное
 - Д. Положение значения не имеет
515. Наиболее часто применяемым методом наложения анастомоза при атрезии пищевода у новорожденных является:
- А. Наложение швов по Хайят
 - Б. Методика Баирова
 - В. Анастомоз «конец в конец» узловым однорядным швом
 - Г. Циркулярная эзофагомиотомия по Левадитис
 - Д. Метод «конец с бок»
516. Выполняя шов пищевода при его атрезии, хирург должен соблюдать ряд принципов, наиболее важным из которых является:
- А. Использование атравматической нити
 - Б. Диастаз между концами пищевода не более 1,5-2 см
 - В. Редкие узловые швы (интервал 2 мм)
 - Г. Мобилизация верхнего отрезка пищевода
 - Д. Мобилизация нижнего отрезка пищевода не более 1-1,5 см
517. При частичной несостоятельности швов пищевода у новорожденного после радикальной операции по поводу атрезии пищевода экстраплевральным доступом наиболее целесообразно:

- А. Реторакотомия, разделение анастомоза пищевода, эзофаго- и гастростомия
- Б. Гастростомия, дренирование средостения
- В. Реторакотомия, ушивание дефекта пищевода
- Г. Консервативная терапия (интенсивная антибактериальная терапия, промывание средостения с активной аспирацией)
- Д. Считать больного инкурабельным

518. Из нижеперечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:

- А. Длительный гастроэзофагальный рефлюкс
- Б. Стеноз пищевода
- В. Реканализация трахеопищеводного свища
- Г. Рецидивирующая аспирационная пневмония
- Д. Дисфагия

519. К наиболее часто встречающимся анатомическим вариантам врожденного трахеопищеводного свища относится:

- А. Узкий длинный в шейном отделе
- Б. Короткий широкий на уровне первых грудных позвонков
- В. Короткий узкий
- Г. Длинный широкий
- Д. Общая стенка пищевода с трахеей

520. Нехарактерным для изолированного трахеопищеводного свища симптомом является:

- А. Кормление сопровождается кашле
- Б. Приступы цианоза во время кормления
- В. Пенистые выделения изо рта
- Г. Кормление в вертикальном положении уменьшает кашель и цианоз
- Д. Рецидивирующая аспирационная пневмония

521. Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:

- А. Эзофагоскопия
- Б. Трахеобронхоскопия
- В. Проба с метиленовой синью
- Г. Рентгеноконтрастное исследование пищевода
- Д. Трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод

522. Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются:

- А. В первые дни после рождения
- Б. На второй неделе жизни
- В. На третьей неделе жизни
- Г. На четвёртой неделе жизни
- Д. После 1 месяца жизни

523. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:

- А. Склонность к запорам
- Б. Желтуха
- В. Рвота «фонтаном»
- Г. Жажда
- Д. Олигурия

524. Масса тела при пилоростенозе характеризуется:
- А. Малой прибавкой
 - Б. Возрастным дефицитом
 - В. Прогрессирующим падением
 - Г. Неравномерной прибавкой
 - Д. Отсутствием прибавки
525. При пилоростенозе стул:
- А. Скудный, темно-зеленый
 - Б. Постоянный запор
 - В. Обильный непереваренный
 - Г. Частый, жидкий, зловонный
 - Д. Водянистый
526. Характер рвоты при пилоростенозе:
- А. Слизью
 - Б. Желчью
 - В. Зеленью
 - Г. С примесью крови
 - Д. Створоженным молоком
527. Перистальтика желудка при пилоростенозе:
- А. Отсутствует
 - Б. Усилена
 - В. Постоянная антиперистальтика
 - Г. Обычная
 - Д. Эпизодическая
528. Наиболее достоверным признаком пилоростеноза является:
- А. Симптом «песочных часов»
 - Б. Вздутие эпигастрия после кормления
 - В. Пальпация увеличенного привратника
 - Г. Гипотрофия
 - Д. Олигурия
529. Из перечисленных заболеваний чаще дифференцируют пилоростеноз:
- А. С артерио-мезентеральной непроходимостью
 - Б. С коротким пищеводом
 - В. С ахалазией пищевода
 - Г. С халазией пищевода
 - Д. С родовой травмой
530. У ребенка 1 месяца с рождения отмечается срыгивание после кормления, учащающееся при плаче, положении на спине; в рвотных массах иногда примесь слизи и прожилки крови:
- А. Нарушения мозгового кровообращения
 - Б. Пилоростеноз
 - В. Частичная высокая непроходимость
 - Г. Халазия, эзофагит
 - Д. Пилороспазм
531. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по:

- А. Наклейке на рентгенограмме
- Б. Букве «Л» или «П», поставленной рентгенотехником
- В. Газовому пузырю желудка
- Г. Тени средостения
- Д. Высоте куполов диафрагмы

532. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:

- А. Артрэзии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода
- Б. Артрэзии пищевода (безсвищевая форма)
- В. Халазии кардии
- Г. Врожденным коротким пищеводом
- Д. Грыже пищеводного отверстия диафрагмы

533. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

- А. При бронхоэктазии
- Б. При туберкулезе
- В. При абсцессе легкого
- Г. При легочной секвестрации
- Д. При агенезии легкого

534. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

- А. Пиопневмоторакс
- Б. Ателектаз
- В. Буллезная форма легочной деструкции
- Г. Пиоторакс
- Д. Пневмоторакс

535. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:

- А. Вертикальное
- Б. Лежа
- В. На правом боку
- Г. На левом боку
- Д. Любое из предложенных мероприятий

536. Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии не показано при подозрении на:

- А. Абсцесса Дугласова пространства
- Б. Кисты яичника
- В. Инородного тела прямой кишки
- Г. Ректо-сигмоидита
- Д. Полипа прямой кишки

537. Типичной проекцией привратника при пилоростенозе, выявляемой при пальпации живота у младенца 1-го месяца жизни, является:

- А. Средняя линия выше пупка
- Б. Край правого подреберья
- В. Уровень пупка
- Г. Область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы живота

Д. Внутри от переднего отдела правой подвздошной кости

538. Контрастное обследование пищевода с барием не показано при:

- А. Халазии кардии
- Б. Ахалазии кардии
- В. Врожденном трахеопищеводном свище
- Г. Атрезии пищевода
- Д. Врожденном коротком пищеводе

539. Эзофагоскопия не обязательна при:

- А. Ахалазии пищевода
- Б. Врожденном стенозе пищевода
- В. Ожоге пищевода
- Г. Халазии кардии
- Д. Атрезии пищевода

540. При оценке тяжести пневмонии у новорожденных наиболее достоверным из физикальных методов обследования является:

- А. Осмотр грудной клетки
- Б. Аускультация лёгких
- В. Перкуссия грудной клетки
- Г. Число дыхательных движений в минуту
- Д. Оценка степени цианоза и одышки

541. Наиболее информативным из физикальных методов исследования при подозрении у новорожденного на острый живот является:

- А. Наблюдение за поведением ребёнка
- Б. Осмотр живота
- В. Деликатная пальпация живота
- Г. Перкуссия живота
- Д. Зондирование желудка

542. Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является:

- А. Симптом «песочных часов»
- Б. Обильная рвота
- В. Потеря веса
- Г. Обнаружение утолщенного привратника при пальпации
- Д. Склонность к запорам

543. Зондирование пищевода с диагностической целью не показано при:

- А. Врожденном коротком пищеводе
- Б. Пневмонии
- В. Атрезии пищевода
- Г. Врожденном трахео-пищеводном свище
- Д. Врожденном стенозе пищеводе

544. При подозрении на трахеопищеводный свищу новорожденного наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:

- А. Эзофагоскопия
- Б. Рентгеноконтрастное исследование пищевода
- В. Трахеоскопия
- Г. Оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме

Д. Трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки

545. При цистографии у новорождённых чаще всего выявляется:

- А. Уретероцеле
- Б. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
- В. Наличие незаращённого урахуса
- Г. Наличие пузырно-кишечного свища
- Д. Наличие дивертикула мочевого пузыря

546. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:

- А. Гидронефротическую трансформацию почек
- Б. Врождённую кишечную непроходимость
- В. Врождённый трахео-пищеводный свиш
- Г. Гастрошизис
- Д. Врождённый порок сердца

547. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода и желудка нельзя выявить:

- А. Халазию кардии
- Б. Ахалазию кардии
- В. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
- Г. Геморрагический гастрит
- Д. Пилоростеноз

548. Основным показателем правильности анатомических соотношений в суставах при артрографии является:

- А. Равномерная высота суставной щели
- Б. Строгое соответствие краев сочленяющихся суставных поверхностей
- В. Соответствие оси конечности с осью движения в суставе
- Г. Правильные ответы А) и Б)
- Д. Нет такого показателя

549. Отсутствие контрастирования желчного пузыря наиболее характерно для:

- А. Для кисты общего желчного протока
- Б. Для хронического безкаменного холецистита
- В. Для хронического калькулезного холецистита
- Г. Для врожденной гипоплазии желчевыделительной системы
- Д. Для хронического гепатита

550. Отсутствие нормальных анатомических образований в воротах печени наиболее характерно:

- А. Для внепеченочной формы портальной гипертензии
- Б. Для хронического гепатита
- В. Для цирроза печени
- Г. Для врожденного фиброза печени
- Д. Для эхинококкоза печени

551. Левосторонний врожденный вывих бедра встречается в:

- А. 2 раза чаще чем односторонний.
- Б. 6 раз чаще чем односторонний.
- В. 4 раза чаще чем односторонний.
- Г. 7 раз чаще чем односторонний.
- Д. 10 раз чаще чем односторонний.

552. При врожденном вывихе бедра головка с возрастом смещается:
- А. вниз и дорсально
 - Б. вверх и дорсально
 - В. вверх и вентрально
 - Г. вниз и каудально
 - Д. вниз и вентрально
553. Симптом Маркса определяется до возраста:
- А. 3 дня
 - Б. 10 лет
 - В. 1 год
 - Г. 7 месяцев
 - Д. 2 месяца
554. Линия Омбредана имеет направление:
- А. параболическое
 - Б. синусоидальное
 - В. косое
 - Г. горизонтальное
 - Д. вертикальное
555. Линия Розера–Нелатона соединяет:
- А. Вершины бугристых пяточных костей
 - Б. Седалищный бугор с верхне-передней остью подвздошной кости
 - В. Внутренний надмыщелок левой плечевой кости с наружным надмыщелком правой плечевой кости
 - Г. Седалищный бугор с верхне-нижней остью подвздошной кости
 - Д. U-образный и Y-образный хрящ.
556. Алюминиевая распорка с кожаными манжетами, одевающаяся на голени называется:
- А. шина Павлика
 - Б. стремяна Буденного
 - В. шина Крамера
 - Г. стремяна Волкова
 - Д. шина Виленского
557. Соха Vara проявляется рентгенологически:
- А. Наклоном линии Омбредана
 - Б. прерывистостью линии Шентона
 - В. уменьшением шеечнодиафизарного угла
 - Г. увеличением шеечнодиафизарного угла
 - Д. сижением ацетабулярного индекса
558. Аддукция стопы это это:
- А. подошвенное сгибание
 - Б. тыльное разгибание
 - В. приведение передних отделов
 - Г. ротация пятки
 - Д. торсия 1 плюсневой кости

559. При врожденной косолапости в возрасте после 1 года ребенок ходит:
- А. пяточной поверхности стопы
 - Б. передне-подошвенной поверхности стопы
 - В. передне-наружной поверхности стопы
 - Г. задне-внутренней поверхности стопы
 - Д. тыльно-наружной поверхности стопы
560. Оперируя косолапость по Зацепину Z-образно удлиняют сухожилие:
- А. передней большеберцовой мышцы
 - Б. общего сгибателя пальцев
 - В. четырехглавой мышцы
 - Г. мышцы приводящей 1 палец.
 - Д. мышцы отводящей V палец
561. Согласно Ю.Ф. Исакову, врожденная мышечная кривошея в 95% случаев возникает при родах:
- А. в ножном предлежании
 - Б. в ягодичном предлежании
 - В. посредством кесарева сечения
 - Г. в затылочном предлежании
 - Д. в лицевом предлежании
562. Для кривошеи с клиновидными полупозвонками нехарактерно:
- А. асимметрия черепа
 - Б. асимметрия лица
 - В. ограничение вращательных движений головой
 - Г. ограничение сгибательных движений головой
 - Д. микрогнатия
563. По мнению Ю.Ф. Исакова консервативное лечение мышечной кривошеи следует начинать с возраста:
- А. 1 день
 - Б. 2 недели
 - В. 2 дня
 - Г. 2 месяца
 - Д. 21 день
564. Опухоли костей чаще проявляются к:
- А. 1-2 годам
 - Б. 13-14 годам
 - В. 1-5 годам
 - Г. 7-8 годам
 - Д. 6-9 годам
565. Диффузная гемангиома является:
- А. комбинированной гемангиомой
 - Б. кавернозной гемангиомой
 - В. простой гемангиомой
 - Г. смешанной гемангиомой
 - Д. лимфангиогемангиомой
566. Для гемангиом нехарактерно:

- А. некроз
- Б. инфицирование
- В. фиброзирование
- Г. изъязвление
- Д. кровотечение

567. Наиболее характерная локализация лимфангиомы:

- А. подколенная область
- Б. ушная раковина
- В. щека
- Г. межлопаточная область
- Д. передняя поверхность бедра

568. Гемангиомы дифференцируют с:

- А. саркомами
- Б. липомами
- В. эндотелиомами
- Г. экхондромами
- Д. энхондромами

569. Дермоидные кисты реже встречаются:

- А. в области грудиноключичного сочленения
- Б. в паховой области
- В. в области головы
- Г. в области наружного края глазницы
- Д. в области внутреннего края глазницы

570. Часто тератома проявляется:

- А. выраженным кифосколиозом
- Б. выраженным грудным кифозом
- В. выраженным поясничным лордозом
- Г. сглаженным кифозом
- Д. сглаженным лордозом

571. Для воронкообразной деформации грудной клетки характерен симптом:

- А. "парадокса выдоха"
- Б. "парадокса вдоха"
- В. "асимметричной экскурсии"
- Г. "парадоксальной экскурсии"
- Д. "несогласованного выдоха"

572. Детскими переломами являются все перечисленные кроме:

- А. апофизеолиз
- Б. остеоэпифизеолиз
- В. диафизеолиз
- Г. эпифизеолиз
- Д. поднадкостничный

573. В норме ротация предплечья равна:

- А. 10-20 градусов
- Б. 180 градусов
- В. 110-120 градусов

- Г. 0-10 градусов
- Д. 90-110 градусов

574. В норме тыльное разгибание стопы равно:

- А. 10-20 градусов
- Б. 30 градусов
- В. 110-120 градусов
- Г. 0-10 градусов
- Д. 90 градусов

575. В норме разгибание равно:

- А. 90 градусов
- Б. 120 градусов
- В. 360 градусов
- Г. 10 градусов
- Д. 45 градусов

576. Примерный срок иммобилизации в днях при переломе ключицы у грудного ребенка по Ю.Ф. Исакову:

- А. 21
- Б. 14-21
- В. 14
- Г. 7
- Д. 10

577. Примерный срок иммобилизации в днях при переломе плечевой кости у ребенка 2 лет по Ю.Ф. Исакову:

- А. 21
- Б. 28
- В. 5
- Г. 7
- Д. 14

578. В Примерный срок иммобилизации в днях при переломе диафиза бедренной кости у ребенка 14 лет. по Ю.Ф. Исакову:

- А. 7-21
- Б. 35-42
- В. 52-60
- Г. 14-21
- Д. 34

579. Примерный срок иммобилизации в днях при переломе обеих костей голени у ребенка 10 лет. по Ю.Ф. Исакову:

- А. 7-21
- Б. 35-42
- В. 52-60
- Г. 14-21
- Д. 34

580. При переломах бедренной кости у детей до 3-х летнего возраста применяется вытяжение по:

- А. Зацепину

- Б. Исакову
- В. Шеде
- Г. Баирову
- Д. Шойерману

581. Врожденный вывих бедра встречается у:

- А. 2 на 1000 новорожденных.
- @Б. 6 на 1000 новорожденных.
- В. 20 на 1000 новорожденных.
- Г. 22 на 1000 новорожденных.
- Д. 18 на 1000 новорожденных.

582. Стенозы трахеи и бронхов проявляются всем перечисленным ниже кроме:

- А. Стридорозным дыханием
- Б. дисфагией
- В. эмфиземой
- Г. Гиповентиляцией легких
- Д. Развитием трахеобронхита

583. Наиболее частые причины приобретенных стенозов трахеи и бронхов – это перечисленные ниже, кроме:

- А. Трахеостомия.
- Б. Полные хрящевые кольца
- В. Инородные тела
- Г. Ожог дыхательных путей.
- Д. Травматические разрывы трахеи и бронхов

584. Наиболее частые причины врожденных стенозов трахеи и бронхов – это перечисленные ниже, кроме:

- А. Пороки развития аорты
- Б. Сосудистое кольцо
- В. Петля легочной артерии
- Г. Бронхогенная киста
- Д. Синовиома

585. Схема Хильгенрайнера применяется для диагностики:

- А. Степени воронкообразной деформации грудной клетки
- Б. Степени выраженности килевидной деформации
- В. Плоскостопия
- Г. Положения червеобразного отростка
- Д. Врожденного вывиха бедра

586. Центр вертлужной впадины образован:

- А. G - образным хрящом
- Б. Y- образным хрящом
- В. S- образным хрящом
- Г. O- образным хрящом
- Д. U- образным хрящом

587. К порокам связанным с развитием анатомо-структурнотканевых элементов легкого не относят:

- А. Агенезия легкого

- Б. Аплазия легкого
- В. Гипоплазия легкого
- Г. Врожденная долевая эмфизема
- Д. Киста легкого

588. Для врожденных объемных солитарных кист характерно:

- А. Усиление дыхания на контралатеральной стороне
- Б. Ослабление дыхания на контралатеральной стороне
- В. Ослабление дыхания на стороне поражения
- Г. Усиление дыхания на пораженной стороне
- Д. Усиление дыхания с двух сторон

589. Врожденную кисту легкого чаще дифференцируют со следующей паразитарной кистой:

- А. менингококковая
- Б. аскаридозная
- В. эхинококковая
- Г. пульмококковая
- Д. энтеробиозная

590. Основным признаком легочной секвестрации является:

- А. Автономная циркуляция воздуха
- Б. Автономное управление
- В. Автономная лимфатическая система
- Г. Автономная иннервация
- Д. Автономное кровоснабжение

591. Хроническое заболевание легких при котором развивается патологическое расширение бронхов с локализованным гнойным процессом называется:

- А. бронходилатация
- Б. бронхоэктазия
- В. бронхопневмония
- Г. пиобронхит
- Д. Буллезный абсцесс

592. Влажный утренний кашель со слизистой или гнойной мокротой – основной симптом:

- А. бронхита
- Б. бронхоэктазии
- В. Гипоплазии легкого
- Г. синусита
- Д. трахеита

593. Пиоторакс не может быть:

- А. плащевидным
- Б. тотальным
- В. Эмпиемой плевры
- Г. отграниченным
- Д. напряженным

594. Острые бактериальные деструкции легких возникают чаще у пациентов:

- А. От 5 до 10 лет
- Б. До 3 лет
- В. От 12 до 18 лет

- Г. у мальчиков 5-7 лет
- Д. у мальчиков 10 -12 лет

595. Наиболее благоприятный исход деструктивной пневмонии:

- А. абсцедирование
- Б. буллезная деструкция
- В. фибринооторакс
- Г. Плащевидный плеврит
- Д. пиоторакс

596. Самое частое осложнение деструктивной пневмонии:

- А. Плащевидный плеврит
- Б. пиопневмоторакс
- В. эмпиема
- Г. фибринооторакс
- Д. Аппендикулярный инфильтрат

597. При атрезии пищевода живот чаще:

- А. Деформирован в правой подвздошной области
- Б. напряжен
- В. вздут в эпигастральной области
- Г. атоничен
- Д. западает

598. При подозрении на трахеопищеводный свищ рентгенографию производят в положении:

- А. По Тренделенбургу
- Б. вертикальном
- В. горизонтальном
- Г. сидя
- Д. С запрокинутой головой

599. Ахалазию пищевода не дифференцируют с:

- А. Врожденным стенозом пищевода
- Б. Атрезией пищевода
- В. дивертикулом пищевода
- Г. Рубцовым сужением пищевода
- Д. Злокачественными опухолями пищевода и желудка

600. На антирефлюксный механизм при ГЭР влияют следующие факторы, кроме:

- А. Угол Гиса
- Б. Зона пониженного давления
- В. Клапан Губарева
- Г. Зона высокого давления
- Д. Длина брюшного отдела пищевода

601. Наиболее информативный метод диагностики ГЭР:

- А. манометрия
- Б. Контрастная рентгенография
- В.суточное рН-мониторирование
- Г. эндоскопия
- Д. УЗИ

602. От ожогов пищевода чаще страдают дети:
- А. До 1 года
 - Б. От 1 до 3 лет
 - В. От 4 до 7 лет
 - Г. 7-10 лет
 - Д. 14-16 лет
603. Наибольшая частота ожогов пищевода связана с приемом:
- А. Каустической соды
 - Б. Нашатырного спирта
 - В. уксусной кислоты
 - Г. Технических кислот
 - Д. Перманганата калия
604. Рубцовые сужения пищевода возникают при:
- А. 1 степени ожога пищевода
 - Б. 3 степени ожога пищевода
 - В. 5 степени ожога пищевода
 - Г. 6 степени ожога пищевода
 - Д. 2 степени ожога пищевода
605. Первая помощь при ожоге пищевода:
- А. анальгизация
 - Б. Промывание желудка
 - В. Назотрахеальная интубация
 - Г. седатация
 - Д. дезинтоксикация
606. Врожденные диафрагмальные грыжи делят на все перечисленные кроме:
- А. Диафрагмально-плевральные
 - Б. парастернальные
 - В. френоперикардальные
 - Г. Грыжи пищеводного отверстия
 - Д. медиастинальные
607. Наибольшее значение в диагностике диафрагмальных грыж придается:
- А. сцинтиграфии
 - Б. миографии
 - В. УЗИ
 - Г. томографии
 - Д. рентгенографии
608. Скопление воздуха в плевральной полости называется:
- А. пиоторакс
 - Б. пневмонит
 - В. пневмомедиастинум
 - Г. пульмонит
 - Д. пневмоторакс
609. Основной и ведущий симптом всех острых хирургических заболеваний брюшной полости:
- А. рвота
 - Б. боль

- В. Повышение температуры
- Г. Нарушение функции кишечника
- Д. дизурия

610. Основной и ведущий симптом всех травматических повреждений органов брюшной полости:

- А. рвота
- Б. боль
- В. Повышение температуры
- Г. Нарушение функции кишечника
- Д. дизурия

611. Основной и ведущий симптом всех травматических повреждений органов забрюшинного пространства:

- А. рвота
- Б. боль
- В. Повышение температуры
- Г. Нарушение функции кишечника
- Д. дизурия

612. При спленомегалии увеличиваются преимущественно:

- А. верхние отделы живота
- Б. нижние отделы живота
- В. левая половина живота
- Г. правая половина живота
- Д. весь живот

613. При высокой кишечной непроходимости отмечается взбухание в:

- А. левой подвздошной области
- Б. эпигастральной области
- В. правой подвздошной области
- Г. лонной области
- Д. околопупочной области

614. Примесь крови в стуле – важнейший симптом для:

- А. гастрита
- Б. язвы 12-перстной кишки
- В. энтерита
- Г. аппендицита
- Д. кишечной инвагинации

615. Наиболее яркая алая кровь бывает при:

- А. инвагинации
- Б. язве желудка
- В. дивертикуле подвздошной кишки
- Г. кишечной инфекции
- Д. трещине заднего прохода

616. При воспалительных процессах в области печени боль локализуется в области:

- А. левой подвздошной области
- Б. правом подреберье
- В. правой подвздошной области

- Г. лонной области
- Д. околопупочной области

617. При воспалительных процессах в области желчного пузыря боль локализуется в области:

- А. левой подвздошной области
- Б. правом подреберье
- В. правой подвздошной области
- Г. лонной области
- Д. околопупочной области

618. Гинекологические заболевания у девочек сопровождаются болью в:

- А. верхних отделы живота
- Б. нижних отделы живота
- В. левой половине живота
- Г. правой половине живота
- Д. по всему животу

619. При перитоните вздутие живота происходит по причине:

- А. нарушения кровообращения
- Б. спаечного процесса
- В. гипертермии
- Г. интоксикации
- Д. пареза кишечника

620. При остром аппендиците у детей раннего возраста боль может локализоваться:

- А. ниже правой подвздошной области
- Б. левее правой подвздошной области
- В. выше правой подвздошной области
- Г. правее правой подвздошной области
- Д. в эпигастральной области

621. Симптом Менделя определяется посредством:

- А. легкого поколачивания по поясничной области
- Б. глубокой пальпации в околопупочной области
- В. легкого поколачивания по передней брюшной стенке
- Г. глубокой пальпации в верхних отделах живота
- Д. глубокой пальпации в нижних отделах живота

622. Для вызывания медикаментозного сна используется:

- А. доломит
- Б. хлоралгидрат
- В. корнерупин
- Г. гемиморфит
- Д. пирит

623. Постепенное глубокое давление на переднюю брюшную стенку с последующим быстрым отнятием руки позволяет определить симптом:

- А. Фаллопия-Сперанского
- Б. Глиссона-Кодмана
- В. Беннета-Бернара
- Г. Броди-Брока
- Д. Щёткина-Блюмберга

624. Аномалией желчного протока не является:

- А. полный свищ пупка
- Б. энтеробластокластома
- В. неполный свищ пупка
- Г. дивертикул подвздошной кишки
- Д. энтерокистома

625. Дивертикул Меккеля классифицируется на все перечисленные, кроме:

- А. катаральный
- Б. перфоративный
- В. флегмонозный
- Г. хронический
- Д. гангренозный

626. В слизистой оболочке дивертикула Меккеля часто обнаруживают:

- А. слизистую оболочку полости рта
- Б. слизистую оболочку желудка
- В. слизистую оболочку 12-перстной кишки
- Г. слизистую оболочку прямой кишки
- Д. слизистую оболочку сигмовидной кишки

627. Для кишечной инвагинации, начинающейся с дивертикула нехарактерно:

- А. внезапное начало
- Б. приступообразная боль в животе
- В. потеря сознания
- Г. рвота
- Д. кишечное кровотечение

628. Кровоточащий дивертикул Меккеля дифференцируют с:

- А. экстрофией мочевого пузыря
- Б. энтерокистомой
- В. ангиоматозом кишечника
- Г. кровотечением верхних отделов ЖКТ
- Д. кровотечением нижних отделов ЖКТ

629. Для синдрома дряблого живота нехарактерно:

- А. двусторонний крипторхизм
- Б. экстрофия мочевого пузыря
- В. аплазия мышц передней брюшной стенки
- Г. двусторонний рефлюксирующий уретерогидронефроз
- Д. двусторонний стенозирующий уретерогидронефроз

630. Диагноз кисты желчного протока обычно подтверждают при:

- А. тотальной скинтиграфии
- Б. УЗИ органов брюшной полости
- В. обзорной рентгенографии органов брюшной полости
- Г. спиральной компьютерной томографии
- Д. электромиографии кишечника

631. Эмбриональной грыжей называют:

- А. врожденную паховую грыжу
- Б. врожденную спинномозговую грыжу

- В. грыжу пупочного канатика
- Г. врожденную пупочную грыжу
- Д. грыжу средней линии живота

632. Глиссоновой капсулой называется:

- А. петля для вытяжения при травме шейного отдела позвоночника
- Б. фиброзная оболочка печени
- В. фармацевтическая форма
- Г. 3-я оболочка яичка
- Д. 5-я оболочка яичка

633. ВПР с дефектом передней брюшной стенки не более 3 см в диаметре справа от пуповины с выпадением средней кишки без грыжевого мешка называется:

- А. грыжа пупочного канатика
- Б. вентральная грыжа
- В. гастрошизис
- Г. грыжа белой линии живота
- Д. параумбиликальная грыжа

634. Врожденную кишечную непроходимость классифицируют на ниже перечисленные кроме:

- А. атрезию
- Б. 180 градусов
- В. птоз
- Г. высокая
- Д. низкая

635. Запавший живот у новорожденного встречаются при:

- А. врожденной истинной диафрагмальной грыже
- Б. высокой форме кишечной непроходимости
- В. свищевой форме атрезии пищевода
- Г. гастрошизисе
- Д. энтерокистоме

636. Наиболее частый тип атрезии 12-перстной кишки:

- А. дольчатый
- Б. фасеточный
- В. секторальный
- Г. диастатический
- Д. мембранозный

637. У трети больных атрезия сочетается с синдромом:

- А. Ларсена
- Б. Полланда
- В. Марфана
- Г. Шерешевского-Тернера
- Д. Дауна

638. Клинические проявления врожденного заворота средней кишки возникают на:

- А. в первые часы жизни
- Б. в 1 сутки
- В. на первом году жизни
- Г. на 3-5 неделе жизни

Д. 3-4 сутки

639. Сдавление 12-перстной кишки эмбриональными тяжами и врожденного заворота тонкой и правой половины толстой кишки называется:

- А. болезнь Мальгенья
- Б. синдром Ледда
- В. комплекс Лангера
- Г. коалиция Клиппера-Кинбека
- Д. Болезнь Дьюка

640. Объектом синдрома пальпируемой опухоли брюшной полости не может быть:

- А. опухоль брюшной полости
- Б. пупочная грыжа
- В. опухоль забрюшинного пространства
- Г. травматическое повреждение органов брюшной полости
- Д. гематометра

641. Смптом "песочных часов" характерен для:

- А. Высокой кишечной непроходимости
- Б. Низкой кишечной непроходимости
- В. Врожденного пилоростеноза
- Г. Гастрошизиса
- Д. Диафрагмальной грыжи

642. У новорожденных с язвенной болезнью желудка единственным симптомом может быть

- А. кровотечение
- Б. рвота
- В. снижение аппетита
- Г. боль в эпигастральной области.
- Д. чувство дискомфорта в животе

643. Наибольшее значение в диагностике язвенной болезни 12-перстной кишки имеет:

- А. рентгенография
- Б. ФЭГДС
- В. УЗИ
- Г. МРТ
- Д. КТ

644. Спаечная кишечная непроходимость чаще развивается после:

- А. дизентерии
- Б. лапаротомии при травме органов брюшной полости
- В. лапаротомии при инвагинации кишечника
- Г. лапаротомии при пороке развития кишечника
- Д. аппендэктомии

645. Инвагинация кишечника возникает чаще:

- А. на 5 году жизни
- Б. на 4 году жизни
- В. на 3 году жизни
- Г. на 2 году жизни
- Д. на 1 году жизни

646. Наиболее распространена следующая локализация кишечной непроходимости:

- А. трансторакальная
- Б. илеоцекальная
- В. толстокишечная
- Г. тонкокишечная
- Д. забрюшинная

647. Наиболее частое первое проявление кишечной инвагинации:

- А. кровянисто-слизистые выделения из прямой кишки
- Б. задержка стула
- В. однократная рвота
- Г. многократная рвота
- Д. приступы беспокойства ребенка

648. При кишечной инвагинации температура тела:

- А. понижается до 35 градусов по Цельсию
- Б. понижается до 52 градусов по Фаренгейту
- В. остается нормальной
- Г. повышается до 38 градусов по Цельсию
- Д. повышается до 39 градусов по Цельсию

649. Дифференциальную диагностику кишечной инвагинации производят при помощи следующего устройства:

- А. ложка Фолькмана
- Б. кружка Эсмарха
- В. баллон Ричардсона
- Г. лопатка Шпренгеля
- Д. чаша Клойбера

650. При обтурационной кишечной непроходимости применяют:

- А. неостигмин метилсульфат
- Б. постоянный желудочный зонд
- В. паранефральную новокаиновую блокаду
- Г. гипертонические клизмы
- Д. сифонные клизмы

651. Различают следующие кистозные образования поджелудочной железы кроме:

- А. псевдокиста
- Б. поликистоз
- В. ретенционная киста
- Г. паразитарная киста
- Д. врожденная киста

652. При атрезии желчных ходов желтуха со временем приобретает:

- А. фиолетовый оттенок
- Б. зеленоватый оттенок
- В. бурый цвет
- Г. синюшный оттенок
- Д. оранжевый отлив

653. Дифференциальную диагностику атрезии желчных ходов не проводят с:

- А. гепатитом

- Б. сифилисом
- В. цитомегаловирусной инфекцией
- Г. токсоплазмозом
- Д. нарушением диеты

654. Для кисты общего желчного протока нехарактерно:

- А. боли в эпигастральной области
- Б. рецидивирующая рвота
- В. боли в правом подреберье
- Г. перемежающаяся желтуха
- Д. наличие опухолевидного образования справа у края печени

655. При остром холецистите выделяют следующие формы деструкции стенки пузыря, кроме:

- А. катаральная
- Б. инфильтративная
- В. флегмонозная
- Г. гангренозная
- Д. перфоративная

656. В число основных факторов риска развития калькулезного холецистита не входит:

- А. длительное парэнтеральное питание
- Б. гастродуоденит
- В. застой в желчном пузыре
- Г. обширные резекции подвздошной кишки
- Д. гемолитическая болезнь

657. В диагностике калькулезного холецистита решающее значение имеет:

- А. рентгенография
- Б. КТ
- В. УЗИ
- Г. ангиография
- Д. ЭРХПГ

658. Нарушение венозного оттока от печени называется синдромом:

- А. Арнольда-Кека
- Б. Маффуччи
- В. Бадда-Киари
- Г. Треноне
- Д. Фалло

659. Источником кровотечения при портальной гипертензии у детей обычно являются вены:

- А. 12-перстной кишки
- Б. пищевода
- В. пилорического отдела желудка
- Г. восходящей ободочной кишки
- Д. нисходящей ободочной кишки

660. Паразитарные кисты селезенки вызваны чаще:

- А. аскаридой
- Б. цистицерком
- В. трихинеллой
- Г. риштой

Д. шистосомой

661. Порок развития дистальных отделов толстой кишки с денервацией всех элементов называется:

- А. синдром Хорнера
- Б. болезнь Хиса
- В. болезнь Гиршпрунга
- Г. синдром Мональди
- Д. Болезнь Сертоли

662. Ведущим симптомом кишечной непроходимости является:

- А. рвота пищей
- Б. отсутствие стула и газов
- В. вздутие живота
- Г. выделение крови из прямой кишки
- Д. асимметрия живота

663. Странгуляционная кишечная непроходимость у ребенка грудного возраста определяется всем перечисленным кроме:

- А. периодическое беспокойство
- Б. острое начало
- В. застойная рвота
- Г. напряженный болезненный живот
- Д. выделение крови из прямой кишки

664. Ведущим рентгенологическим симптомом механической кишечной непроходимости является:

- А. свободный газ в забрюшинном пространстве
- Б. уровни жидкости в кишечных петлях
- В. равномерно повышенное газозаполнение кишечника
- Г. свободный газ в брюшной полости
- Д. уровень жидкости в брюшной полости

665. Высокая обтурационная кишечная непроходимость проявляется:

- А. рвотой кишечным содержимым
- Б. рвотой желчью, зеленью
- В. болезненным животом
- Г. слизь с кровью в прямой кишке
- Д. желтухой

666. Врожденная высокая странгуляционная кишечная непроходимость проявляется перечисленными симптомами кроме:

- А. рвота желчью, зеленью
- Б. запавший живот
- В. болезненный живот
- Г. слизь с кровью в прямой кишке
- Д. в прямой кишке слизистые пробки

667. Врожденная низкая обтурационная кишечная непроходимость проявляется:

- А. запавший живот
- Б. рвота зеленью
- В. болезненный живот

- Г. в прямой кишке слизь с кровью
- Д. рвотой кишечным содержимым

668. Причиной возникновения неретрофлюксирующего мегауретера является:

- А. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- Б. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника
- В. короткий интрамуральный отдел мочеточника
- Г. дистопия устья мочеточника
- Д. стеноз устья мочеточника

669. Ведущим симптомом врожденного гидронефроза у новорожденных является:

- А. пиурия
- Б. синдром пальпируемой опухоли
- В. протеинурия
- Г. боль
- Д. почечная недостаточность

670. Не является основным методом диагностики гидронефроза:

- А. почечная ангиография
- Б. томография
- В. экскреторная урография
- Г. УЗИ
- Д. радионуклидное исследование

671. Варикоцеле у детей возникает:

- А. до 1 года
- Б. до 3 лет
- В. после 9 лет
- Г. от 3 до 8 лет
- Д. до 7 лет

672. Для кисты Бейкера (Беккера) характерна следующая локализация:

- А. Задняя подколенная ямка.
- Б. Ладонная поверхность лучезапястного сустава.
- В. Тыльная поверхность лучезапястного сустава.
- Г. Латеральные отделы голеностопного сустава.
- Д. Грудиноключичное сочленение.

673. Методом выбора при лечении кисты Бейкера является:

- А. склерозирование спиртом
- Б. Перевязка у основания
- В. иссечение кисты
- Г. иссечение кисты с пластикой ее ворот.
- Д. раздавливание кисты.

674. Боль в надлобковой области характерна для:

- А. болезней мочевого пузыря
- Б. болезней мочеточника
- В. травмы лонного симфиза
- Г. болезней уретры
- Д. патологии яичек.

675. В число мочеполовых органов входят все указанные ниже, кроме:

- А. надпочечник
- Б. лонный симфиз
- В. придаток яичка
- Г. семенные пузырьки
- Д. мочеточник

676. Фиброколоноскопия позволяет провести осмотр в пределах:

- А. илеоцекального перехода
- Б. толстой кишки
- В. дистальных отделов подвздошной кишки
- Г. проксимальных отделов подвздошной кишки
- Д. 12-перстной кишки

677. Экстренные эндоскопические исследования не проводят при:

- А. острых кровотечениях верхних отделов ЖКТ
- Б. пороках развития пищевода с симптомами высокой непроходимости
- В. пороках развития желудка и 12-перстной кишки с симптомами высокой непроходимости
- Г. инородных телах верхних отделов ЖКТ
- Д. желудочно-пищеводном рефлюксе у новорожденных

678. Показанием для плановой фиброгастроэзофагодуоденоскопии не является:

- А. порок развития 12-перстной кишки с явлениями высокой кишечной непроходимости
- Б. рецидивирующий абдоминальный болевой синдром
- В. рвота у новорожденного
- Г. опухоль поджелудочной железы
- Д. опухоль желчевыводящей системы

679. При общей ангиографии контрастное вещество вводят в:

- А. аорту
- Б. артерии 1-го порядка
- В. артерии 2-го порядка
- Г. артерии 3-го порядка
- Д. артерии 4-го порядка

680. Рентгенография не позволяет четко дифференцировать:

- А. газ и жидкость
- Б. кость и мягкую ткань
- В. мягкую ткань и жидкость
- Г. жидкость и кость
- Д. жировую ткань и газ

681. Боковая киста шеи может располагаться:

- А. по внутренней поверхности левой кивательной мышцы
- Б. по наружной поверхности левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- В. по передней поверхности правой ключицы
- Г. по верхнему краю левой ключицы
- Д. по нижнему краю левой ключицы

682. Боковой свищ шеи может располагаться:

- А. по внутренней поверхности левой кивательной мышцы
- Б. по наружной поверхности левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы

- В. по передней поверхности правой ключицы
- Г. по нижнему краю левой ключицы
- Д. по нижнему краю левой ключицы

683. Срединная киста шеи имеет:

- А. зернистую структуру
- Б. дольчатую структуру
- В. плотную консистенцию
- Г. мягкую эластическую консистенцию
- Д. плотную эластическую консистенцию

684. Уменьшение дыхательной поверхности легкого у ребенка вследствие ниже указанных причин, кроме:

- А. агенезии легких
- Б. воспалительного процесса легких
- В. гипоплазии легкого
- Г. сдавления легкого объемным образованием
- Д. наличия петель кишечника в грудной полости

685. В диагностике пороков развития органов грудной полости наименьшее значение придают:

- А. цианозу
- Б. тремору
- В. рвоте
- Г. боли
- Д. кашлю

686. Вздутие грудной клетки при уменьшении дыхательной экскурсии скорее может говорить о:

- А. гипоплазии легкого
- Б. врожденной долевой эмфиземе
- В. ателектазе
- Г. гиперплазии легкого
- Д. атонии мочевого пузыря

687. Стридор характеризуется:

- А. шумным вибрирующим выдохом
- Б. шумным свистящим выдохом
- В. шумным свистящим вдохом
- Г. тихим свистящим выдохом
- Д. шумным вибрирующим вдохом

688. Ведущий и наиболее ранний симптом при гнойно-воспалительных процессах в легких это:

- А. цианоз
- Б. рвота
- В. одышка
- Г. кашель
- Д. дисфагия

689. Дисфагия после приема любой пищи более характерна для:

- А. эзофагита
- Б. стриктуры пищевода
- В. ахалазии пищевода
- Г. опухоли

Д. инородного тела

690. Дисфагия после приема твердой пищи не вызывается:

- А. инородным телом пищевода
- Б. паразитофагитом
- В. ахалазией пищевода
- Г. кардиоспазмом
- Д. бронхоспазмом

691. У детей старшего возраста болевые ощущения в области грудины реже связаны с:

- А. опухолями
- Б. ахалазией пищевода
- В. хондритом
- Г. переломами ребер
- Д. остеомиелитом

692. УЗИ исследование грудной полости возможно если:

- А. снижена воздушность легкого
- Б. увеличена воздушность легкого
- В. в плевральной полости содержится фибрин
- Г. в плевральной полости содержится газ
- Д. в плевральной полости содержится жидкость

693. При подозрении на наличие трахеопищеводного свища наиболее информативным исследованием следует считать:

- А. ангиографию
- Б. трахеобронхоскопию
- В. УЗИ
- Г. Радиоизотопное исследование
- Д. Бронхографию

694. В лечении больного с обструктивным пиелонефритом главным является:

- А. Устранение обструктивного компонента
- Б. Антибактериальная терапия
- В. Противовоспалительная терапия
- Г. Лечение уроантисептиками
- Д. дегидратация

695. В детском возрасте пиелонефрит обычно бывает:

- А. гнойный
- Б. необструктивный
- В. катаральный
- Г. флегмонозный
- Д. обструктивный

696. Лечение костных кист:

- А. пункционное
- Б. оперативное
- В. склерозирующее
- Г. химиотерапевтическое
- Д. радиотерапевтическое

697. Анемия при желудочно-пищеводном рефлюксе связана с:

- А. голоданием
- Б. Травмой слизистой оболочки желудка
- В. рвотой
- Г. С дегенерацией эритроцитов
- Д. Эрозивно-язвенным эзофагитом

698. К желудочно-пищеводному рефлюксу приводят:

- А. спленомегалия
- Б. Тупой угол Хисса
- В. Высокое стояние купола диафрагмы
- Г. мегаэзофагус
- Д. Зубчатая линия выше эзофагеального кольца

699. Желудочно-пищеводный рефлюкс не осложняется:

- А. Язвенно-эрозивным эзофагитом
- Б. Дивертикулом пищевода
- В. Респираторным синдромом
- Г. Хронической анемией
- Д. Стенозом пищевода на границе средней и нижней трети

700. У ребенка первично-хронический остеомиелит б/берцовой кости. Периодически обострение в виде болей, температуры. Необходима:

- А. срочная операция
- Б. плановая операция
- В. диагностическая пункция
- Г. наблюдение
- Д. антибиотикотерапия

701. Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде при сформированной секвестральной коробке показано:

- А. оперативное вмешательство по Ворончихину;
- Б. секвестрэктомия;
- В. наблюдение;
- Г. курс физиотерапии;
- Д. внутрикостное введение антибиотиков.

702. Ребенок, перенес острый гематогенный остеомиелит. После выписки 10 месяцев. Свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме деструкция кости с секвестром. Указанный вариант течения:

- А. обрывной;
- Б. затяжной;
- В. хронический;
- Г. местный;
- Д. септикопиемический.

703. Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде при диффузном деструктивном поражении кости без образования секвестров показаны:

- А. множественные чрезкожные остеоперфорации;
- Б. радикальная санация пораженного участка;
- В. наблюдение;
- Г. курс физиотерапии;

Д. установка внутрикостно игл, местно антибиотики.

704. Термин «эбурнеация» отражает:

- А. остеопороз и утолщение кости
- Б. остеосклероз и утолщение кости
- В. остеопороз и дистрофию кости
- Г. остеомалацию и укорочение кости
- Д. остеопороз и искривление кости

705. К атипичным формам остеомиелита относят:

- А. абсцесс Фалло
- Б. склерозирующий остеомиелит Вебера
- В. альбуминозный остеомиелит Киршнера
- Г. Болезнь Смита
- Д. антибиотический остеомиелит

706. Хронический остеомиелит чаще дифференцируют с:

- А. саркомами
- Б. хондромами
- В. гемангиомами
- Г. фибромами
- Д. остеобластокластомами

707. Наименее вероятное местное осложнение хронического остеомиелита это:

- А. ложный сустав
- Б. опухоль
- В. вывих
- Г. перелом
- Д. нарушение роста кости

708. При явной клинике артрита при остеомиелите лечение проводится с помощью:

- А. пункции
- Б. артроскопии
- В. наложения давящей повязки
- Г. артротомии
- Д. артрорезирования

709. Экстрофия встречается у одного на:

- А. 9000 новорожденных
- Б. 349000 новорожденных
- В. 48000 новорожденных
- Г. 949000 новорожденных
- Д. 5000 новорожденных

710. При эписпадии половой член искривлен:

- А. вверх
- Б. вниз
- В. влево
- Г. вправо
- Д. вокруг своей оси

711. Известны следующие формы гипоспадии, кроме:

- А. стволовой
- Б. головчатой
- В. мошоночной
- Г. анальной
- Д. промежностной

712. При перекрестной дистопии ведущий симптом:

- А. хромота
- Б. боль
- В. повышенная температура
- Г. дизурические расстройства
- Д. пальпация опухолевидного образования

713. Возникновение гипоспадии связано с нарушением эмбриогенеза на:

- А. 1-7 день
- Б. 8-14 день
- В. 15-21 день
- Г. 22-29 день
- Д. 30-32 день

714. Чаще всего моча отводится в:

- А. прямую кишку
- Б. сигмовидную кишку
- В. уретероаппендикулярный анастомоз
- Г. восходящую ободочную кишку
- Д. нисходящую ободочную кишку

715. Агенезия почек встречается у девочек:

- А. в три раза чаще, чем у мальчиков
- Б. в 8 раз реже, чем у мальчиков
- В. в 2 раза реже, чем у мальчиков
- Г. в 3 раза реже, чем у мальчиков
- Д. в 4 раза чаще, чем у мальчиков

716. Дистопированная почка повернута:

- А. наружу
- Б. внутрь
- В. вверх
- Г. вниз
- Д. назад

717. Экстрофия встречается у одного на:

- А. 9000 новорожденных
- Б. 349000 новорожденных
- В. 48000 новорожденных
- Г. 949000 новорожденных
- Д. 5000 новорожденных

718. Острым гематогенным остеомиелитом заболевают в возрасте преимущественно:

- А. до 15 лет.
- Б. от 16 до 25 лет.
- В. старше 70 лет.

Г. от 36 до 50 лет.

Д. от 26 до 35 лет.

719. Основным возбудителем гематогенного остеомиелита является:

А. стафилококк

Б. стрептококк

В. синегнойная палочка

Г. протей

Д. кишечная палочка.

720. Эпифизарная система кровообращения преобладает до возраста:

А. 7-8 лет

Б. 2-3 лет

В. 4-5 лет

Г. 24-25 лет

Д. 10-11 лет

721. В классических случаях при ОГО отмечается повышение СОЭ до:

А. 20 мм/час

Б. 30 мм/час

В. 40 мм/час

Г. 50 мм/час

Д. 60 мм/час

722. Известны следующие формы гипоспадии, кроме:

А. стволовой

Б. головчатой

В. мошоночной

Г. анальной

Д. промежностной

723. Обтурационная непроходимость может вызываться:

А. нарушением обратного развития желточного протока

Б. меккелевым дивертикулом

В. копростазом

Г. гипоплазией лимфоидной ткани

Д. гиперплазией лимфоидной ткани

724. К смешанному типу кишечной непроходимости относится:

А. инвагинация

Б. обтурация

В. странгуляция

Г. динамическая

Д. врожденная

725. При абсцедировании без плевральных осложнений дыхательные расстройства меньше выражены в возрасте:

А. до 1 года

Б. от 1 года до 2 лет

В. от 2 лет до 3 лет

Г. от 3 лет до 4 лет

Д. от 4 лет до 5 лет

726. Наиболее тяжелыми являются следующие деструкции:

- А. с плевральными осложнениями
- Б. с абдоминальными осложнениями
- В. буллезные формы
- Г. абсцессы
- Д. инфильтраты

727. При осмотре живота при подозрении на кишечную непроходимость не обращают внимание на:

- А. вздутие
- Б. асимметрию
- В. симптом Валя
- Г. перитонеальные симптомы
- Д. симптом Маркса

728. При мекониевом илеусе проводят операцию:

- А. Микулича
- Б. Павича
- В. Милорадовича
- Г. Милошевича
- Д. Младича

729. Дефекты в брыжейке возникают при нарушениях на:

- А. 1-м этапе вращения
- Б. 2-м этапе вращения
- В. 3-м этапе вращения
- Г. 4-м этапе вращения
- Д. 5-м этапе вращения

730. Основной элемент триады «сливового живота»:

- А. крипторхизм
- Б. гепатомегалия
- В. аплазия мышц передней брюшной стенки
- Г. спленомегалия
- Д. атония мочевого пузыря

731. При аплазии мышц передней брюшной стенки под ее кожей определяют:

- А. петли кишечника
- Б. печень
- В. селезенку
- Г. мочевого пузырь
- Д. желудок

732. Обратное развитие желточного и мочевого протоков наблюдается на:

- А. 6 месяце внутриутробной жизни
- Б. 5-6 месяце внутриутробной жизни
- В. 1-3 месяце внутриутробной жизни
- Г. 2-3 месяце внутриутробной жизни
- Д. 3-5 месяце внутриутробной жизни

733. При Меккелевом дивертикуле не облитерированной остается:

- А. проксимальная часть желточного протока
- Б. дистальная часть желточного протока
- В. проксимальная часть урахуса
- Г. проксимальная часть урахуса
- Д. центральная часть урахуса

734. При гистологическом исследовании Меккелева дивертикула можно обнаружить:

- А. ткань слизистой желудка
- Б. ткань слизистой мочевого пузыря
- В. ткань слизистой носоглотки
- Г. ткань слизистой евстахиевой трубы
- Д. ткань слизистой языка.

735. Иное название водянки оболочек яичка:

- А. скротогидроз
- Б. фунигулогидроз
- В. фуникулоцеле
- Г. гидроцеле
- Д. гидроптоз

736. Киста семенного канатика образуется при не облитерации:

- А. Проксимального отдела вагинального отростка
- Б. Всего влагалищного отростка
- В. Среднего отдела влагалищного отростка
- Г. Дистального отдела влагалищного отростка
- Д. Проксимального и дистального отделов влагалищного отростка

737. При односторонней агенезии вторая почка обычно:

- А. гипотрофирована
- Б. гиперплазирована
- В. гипертрофирована
- Г. аплазирована
- Д. гипоплазирована

738. Подозрение на солитарную почку возникает при пальпации:

- А. увеличенной болезненной почки
- Б. уменьшенной болезненной почки
- В. увеличенной безболезненной почки
- Г. уменьшенной безболезненной почки
- Д. нормального размера болезненной почки

739. Назовите абсолютно летальный порок развития почек:

- А. агенезия
- Б. дистопия
- В. дисплазия
- Г. гипоплазия
- Д. добавочная почка.

740. При болезни Гиршпрунга гипертрофия аганглионарного участка:

- А. не возникает
- Б. возникает на первом месяце заболевания
- В. возникает на 4-7 году жизни

- Г. возникает на 2-9 году жизни
- Д. возникает в старческом возрасте

741. При врожденном аганглиозе поражение захватывает промежностную и ампулярную части прямой кишки в:

- А. 6% случаев
- Б. 20% случаев
- В. 50% случаев
- Г. 72% случаев
- Д. 98,5 % случаев

742. При фиброгастроскопии определяют все ниже перечисленное, кроме:

- А. резко суженный просвет пилорического канала
- Б. складчатый антральный отдел желудка
- В. расширенный антральный отдел
- Г. просвет пилорического канала, раскрывающийся при атропинизации
- Д. просвет пилорического канала, нераскрывающийся при раздувании воздухом

743. При врожденном пилоростенозе толщина мышечного слоя на срезе:

- А. 0,98-0,99 см
- Б. 1-2 см
- В. 0,5 – 1,0 см
- Г. 1,0 – 2,7 см
- Д. 2,0 -2,5 см

744. Перелом кости по линии ростковой зоны и части метафиза называется:

- А. апофизеолизом
- Б. переломом по типу зеленой ветки
- В. остеоэпифизеолизом
- Г. поднадкостничным переломом
- Д. эпифизеолизом

745. Величина нормального внутрикостного давления:

- А. -1000 - -800 мм водного столба.
- Б. -200 - -50 мм ртутного столба.
- В. -50 - +50 мм водного столба
- Г. +60 - +100 мм водного столба
- Д. +210 - +290 мм водного столба.

746. Следующие признаки как правило не наблюдаются при токсической форме ОГО:

- А. коллапс
- Б. бред
- В. температура тела 34,5 – 35⁰
- Г. рвота
- Д. потеря сознания

747. Атипичные формы остеомиелита относятся к группе:

- А. септикопиемическая
- Б. экстраоссальная
- В. местная
- Г. интракорткальная
- Д. токсическая

748. Наиболее трудный для диагностики ОГО сустав:

- А. Лисфранка
- Б. 1-й плюснефаланговый
- В. коленный
- Г. лучезапястный
- Д. тазобедренный

749. Пластика уретры производится в следующие сроки:

- А. после окончания роста полового члена
- Б. 1-е недели жизни
- В. 10-12 лет
- Г. после окончания роста ребенка
- Д. в 4-6 лет

750. Экстрофия редко сочетается с:

- А. паховой грыжей
- Б. пороками развития верхних мочевых путей
- В. выпадением прямой кишки
- Г. крипторхизмом
- Д. гипоплазией нижних конечностей

751. При экстрофии цвет слизистой мочевого пузыря:

- А. ярко фиолетовый
- Б. бледно розовый
- В. фисташковый
- Г. бурый
- Д. ярко-красный

752. Наиболее распространенный тип локализации инвагинации:

- А. тонкокишечная
- Б. илеоцекальная
- В. толстокишечная
- Г. подвздошная
- Д. эпигастральная

753. Рефлекторные нарушения гемодинамики обычно выражены при

- А. Напряженном пиопневмотораксе
- Б. Тотальном пиотораксе
- В. Отграниченном пиопневмотораксе
- Г. Плащевидном экссудативном пиотораксе
- Д. Плащевидном фибринозном пиотораксе

754. При напряженном пиопневмотораксе межреберные промежутки на стороне поражения:

- А. расширены
- Б. не определяются
- В. сужены
- Г. неравномерны
- Д. не изменены

755. Ю.Ф. Исаков классифицирует бронхоэктазии по форме, как:

- А. призматические, кистовидные, мешотчатые

- Б. эллипсоидные, призматические, цилиндрические
- В. конические, усеченно конические, ромбические
- Г. тетраэдрические, кистовидные, призматические
- Д. кистовидные, цилиндрические, мешотчатые.

756. Врожденная кишечная непроходимость встречается у детей в:

- А. любом возрасте
- Б. на первой неделе
- В. на первом месяце
- Г. на первом году жизни
- Д. в 1-3 года

757. Сочетание сдавления 12-перстной кишки и заворота вокруг верхней брыжеечной артерии называется:

- А. казус Воробьева
- Б. казус Маркони
- В. явление Ашкрафта
- Г. парадокс Холдера
- Д. с-м Ледда

758. Метаэпифизарный остеомиелит чаще встречается:

- А. у новорожденных
- Б. до 1 года
- В. от 1 года до 3 лет
- Г. от 7 лет до 10 лет
- Д. от 10 до 16 лет

759. Очаги деструкции в метафизе при метаэпифизарном остеомиелите проявляются рентгенологически обычно не ранее, чем на:

- А. 1-й неделе от начала заболевания
- Б. 2-й неделе от начала заболевания
- В. 3-й неделе от начала заболевания
- Г. 4-й неделе от начала заболевания
- Д. 5-й неделе от начала заболевания

760. Секвестры могут быть центральные и:

- А. кортикальные
- Б. каудальные
- В. периферические
- Г. краниальные
- Д. антральные

761. При альбуминозном остеомиелите Олье отмечается склерозирование кости и:

- А. сужение костномозгового канала
- Б. расширение костномозгового канала
- В. вздутие костномозгового канала вследствие повышенного давления
- Г. искривление костномозгового канала
- Д. полное закрытие костномозгового канала

762. У детей стараются не применять хирургические вмешательства в области:

- А. ростковой зоны
- Б. суставной капсулы

- В. апофиза
- Г. эпифиза
- Д. метафиза

763. Водянка оболочек семенного канатика образуется при не облитерации:

- А. Проксимального отдела вагинального отростка
- Б. Всего влагалищного отростка
- В. Среднего отдела влагалищного отростка
- Г. Дистального отдела влагалищного отростка
- Д. Проксимального и дистального отделов влагалищного отростка

764. Водянка оболочек яичка образуется при не облитерации:

- А. Проксимального отдела вагинального отростка
- Б. Всего влагалищного отростка
- В. Среднего отдела влагалищного отростка
- Г. Дистального отдела влагалищного отростка
- Д. Проксимального и дистального отделов влагалищного отростка

765. При ангиографии почечная артерия отсутствует при:

- А. дисплазии почки
- Б. агенезии почки
- В. аплазии почки
- Г. гипоплазии почки
- Д. эктопии почки

766. Кровоснабжение добавочной почки осуществляется за счет артерии, отходящей от:

- А. брыжеечной артерии
- Б. аорты
- В. бедренной артерии
- Г. селезеночной артерии
- Д. почечной артерии

767. Пальпируя живот при болезни Гиршпрунга определяется характерный:

- А. «симптом глины»
- Б. «симптом замазки»
- В. «симптом песочных часов»
- Г. «симптом солнечных часов»
- Д. «симптом Бреге»

768. Наиболее характерные изменения при болезни Гиршпрунга определяются на:

- А. прямой рентгенограмме
- Б. рентгенограмме в 3/4
- В. рентгенограмме в 4/3
- Г. боковой рентгенограмме
- Д. аксиальной рентгенограмме.

769. На рентгенограмме при болезни Гиршпрунга видна суженная:

- А. супраганглионарная зона
- Б. гипоганглионарная тотальная область
- В. гипоганглионарная сегментарная зона
- Г. аганглионарная зона
- Д. интраганглионарная зона

770. Дифференциальный диагноз врожденного пилоростеноза проводится со всем перечисленным кроме:

- А. частичной непроходимости 12-перстной кишки выше большого дуоденального соска
- Б. синдром Дебре-Фибригинера
- В. пилороспазм
- Г. адреногенитальный синдром
- Д. синдром Отто Вайнингера

771. При осмотре больного обращают внимание на усиленную перистальтику в виде:

- А. «песочных часов»
- Б. «двойной волны»
- В. «тройной волны»
- Г. «азбуки Морзе»
- Д. «симптома Бреге»

772. Поднадкостничные переломы чаще наблюдаются на:

- А. предплечье и голени
- Б. бедре и плече
- В. кисти и стопе
- Г. тазе и позвоночнике
- Д. грудине и ключице

773. Врожденная кишечная непроходимость встречается у детей в:

- А. любом возрасте
- Б. на первой неделе
- В. на первом месяце
- Г. на первом году жизни
- Д. в 1-3 года

774. Пороки развития кишечника, вызывающие врожденную непроходимость, возникают преимущественно на:

- А. 1-2 неделе внутриутробного развития
- Б. 3-4 неделе внутриутробного развития
- В. 5-6 неделе внутриутробного развития
- Г. 7-8 неделе внутриутробного развития
- Д. 9-10 неделе внутриутробного развития

775. При низкой кишечной непроходимости приводящие петли:

- А. не изменены
- Б. уменьшены
- В. увеличены
- Г. незначительно уменьшены
- Д. незначительно увеличены

776. В данной классификации атрезий кишечника лишний пункт:

- А. множественная
- Б. парциальная
- В. полная
- Г. перепончатая
- Д. в виде фиброзного шнура

777. Не существует следующей группы пороков развития, вызывающей врожденную кишечную непроходимость:

- А. нарушения вращения кишечника
- Б. пороки развития кишечной трубки
- В. пороки развития стенки кишки
- Г. пороки развития других органов брюшной полости
- Д. внебрюшные пороки

778. При мекониевом илеусе проводят операцию:

- А. Микулича
- Б. Павича
- В. Милорадовича
- Г. Милошевича
- Д. Младича

779. Ребенок оперирован год назад по поводу перитонита. Жалобы на боли в животе, рвоту, задержку стула. Обследование начинают с:

- А. ректального исследования пальцем
- Б. ирригографии с воздухом
- В. обзорной рентгенографии брюшной полости стоя
- Г. введения зонда в желудок
- Д. дачи бариевой взвеси через рот

780. В начальном периоде инвагинации лечение начинают с:

- А. расправления воздухом под рентгенологическим контролем;
- Б. пальпаторного расправления под наркозом;
- В. расправления под контролем лапароскопа;
- Г. расправления под контролем колоноскопа;
- Д. оперативного лечения.

781. Микроскопически геморрой характеризуется:

- А. Варикозным расширением вен
- Б. Гиперплазией кавернозных телец
- В. Ангиодисплазией
- Г. Тромбофлебитом
- Д. Склерозом гломусных анастомозов

782. Червеобразный отросток — это:

- А. Рудимент
- Б. Функциональный орган
- В. Порок развития
- Г. Аномалия
- Д. Вариант развития

783. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:

- А. Обязательно
- Б. Необязательно
- В. У детей младшего возраста по показаниям
- Г. У девочек по показаниям

Д. В зависимости от клиники

784. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:
- А. Усиление болей при расположении на левом боку
 - Б. Появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
 - В. Усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
 - Г. Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
 - Д. Правое яичко расположено выше левого
785. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:
- А. Болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области
 - Б. Болезненность при пальпации области пупочного кольца
 - В. Уменьшение болей в положении на животе
 - Г. Усиление болей при отведении купола кишки медиально
 - Д. Снижение или отсутствие брюшных рефлюксов
786. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:
- А. Умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево
 - Б. Гиперлейкоцитоз
 - В. Лейкопения
 - Г. Отсутствие изменений
 - Д. Ускоренное СОЭ
787. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн—Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:
- А. Болезненное опухание суставов
 - Б. Геморрагические высыпания на коже
 - В. Гематурия, альбуминурия
 - Г. Появление точечных кровоизлияний после щипка кожи
 - Д. Комбинация перечисленных симптомов
788. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:
- А. Наблюдение
 - Б. Срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области
 - В. Лапароскопия
 - Г. Назначение антибактериальной терапии
 - Д. Перевод больного в педиатрическое отделение
789. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:
- А. Невозможен
 - Б. Возможен при начальной стадии воспаления
 - В. Возможен при флегмонозном аппендиците
 - Г. Возможен при гангренозном аппендиците
 - Д. Возможен даже при перфоративном аппендиците
790. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:
- А. На спине
 - Б. На животе

- В. На правом боку с приведенными ногами
- Г. На левом боку
- Д. Сидя

791. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

- А. Ввести промедол
- Б. Ввести седуксен
- В. Ввести спазмолитики
- Г. Сделать теплую ванну
- Д. Осмотреть ребенка в состоянии естественного сна

792. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:

- А. 3 часами
- Б. 6 часами
- В. 12 часами
- Г. 18 часами
- Д. 24 часами

793. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного — острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить:

- А. Срединную лапаротомию
- Б. Лапаротомию разрезом по Пфаненштилю
- В. Лапаротомию разрезом в правой подвздошной области
- Г. Лапароскопию
- Д. Динамическое наблюдение

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

- А. Наблюдение
- Б. Консервативное лечение
- В. Лапароскопия
- Г. Лапаротомия в правой подвздошной области;
- Д. Срединная лапаротомия

795. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

- А. Локальная боль и рвота
- Б. Напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- В. Напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
- Г. Симптом Щёткина и рвота
- Д. Жидкий стул и рвота

796. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей.

Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А. Одномоментное введение антибиотиков
- Б. Резиновый выпускник
- В. Марлевый тампон
- Г. Промывание брюшной полости

Д. Тампон Микулича

797. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А. Одномоментное введение антибиотиков
- Б. Двухпросветный дренаж
- В. Резиновый выпускник
- Г. Промывание брюшной полости
- Д. Тампон Микулича

798. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

- А. Микроирригатор
- Б. Промывание брюшной стенки
- В. Марлевый тампон
- Г. Двухпросветный дренаж
- Д. Резиновый выпускник

799. У ребёнка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- А. Стационарное наблюдение
- Б. Амбулаторное наблюдение
- В. Антибиотики, физиотерапия, наблюдение
- Г. Срочная операция
- Д. Операция в плановом порядке

800. У ребёнка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибриновые наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

- А. Одномоментной санацией брюшной полости путем промывания
- Б. Лаважом брюшной полости после операции
- В. Лапаростомией
- Г. Ввести микроирригаторы
- Д. Дренирование брюшной полости в подвздошных областях

801. У ребёнка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимо:

- А. Проведение консервативных мероприятий
- Б. Наблюдение
- В. Дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов
- Г. Срочная операция
- Д. Операция после предоперационной подготовки

802. Неспецифический язвенный колит макроскопически имеет одну особенность:

- А. Сегментарное поражение слизистой оболочки
- Б. Воспалительный процесс локализуется преимущественно в правых отделах толстой кишки
- В. Блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям
- Г. Гладких бугристых образований
- Д. Грануляционной ткани

803. Макроскопическая картина поражения при болезни Крона толстой кишки

характеризуется:

- А. Изолированным поражением слизистой оболочки с чередованием пораженных и здоровых участков
- Б. Тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки
- В. Тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта
- Г. Обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки
- Д. Наличием множественных язв-трещин в толстой кишке

804. Развивающиеся при болезни Крона толстой кишки язвы характеризуются:

- А. Округлой правильной формой, напоминающей язву желудка
- Б. Поверхностными дефектами слизистой оболочки с ровными краями
- В. Щелевидными язвами, идущими в различных направлениях
- Г. Слизистая оболочка практически отсутствует и представляет собой «сплошную» язву
- Д. На слизистой оболочке толстой кишки язвенных дефектов не обнаруживается

805. Характерной особенностью макроскопической картины поражения толстой кишки при болезни Крона является:

- А. Выраженный отек слизистой оболочки толстой кишки
- Б. Возникновение воспалительных полипов
- В. Трансмуральное поражение толстой кишки
- Г. Образование раковых опухолей
- Д. Образование дивертикулов

806. К неэпителиальным злокачественным опухолям относится: 1) плоскоклеточный рак, 2) аденокарцинома из анальных желез, 3) базалиоидный рак, 4) злокачественная меланома, 5) мукоэпидермоидный рак:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

807. Микроскопическая картина болезни Гиршпрунга может характеризоваться: 1) полным отсутствием межмышечного (Ауэрбаховского) и подслизистого (Мейснерова) нервных сплетений, 2) значительным уменьшением числа ганглиев межмышечного сплетения, 3) укрупнением нервных стволов, 4) отсутствием клеток в нервных сплетениях, 5) отсутствием нервных сплетений:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

808. В расширенных отделах толстой кишки при болезни Гишпрунга может иметь место: 1) относительное уменьшение числа ганглиев межмышечного не-рвногосплетения, 2) склеротические изменения во всех слоях кишечной стенки, 3) гипертрофия мышечных слоев, 4) усиление гаустраии, 5) уменьшение толщины стенки кишки за счет атрофии мышечного слоя:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4

- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

809. При дивертикулярной болезни: 1) наблюдается гиперэластоз продольного мышечного слоя кишки, 2) дивертикулы образованы не всеми слоями кишечной стенки, 3) дивертикулы локализуются чаще всего в сигмовидной кишке, 4) отмечается утолщение стенки сигмовидной кишки, 5) циркулярные мышцы кишечной стенки разволакиваются:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

810. По микроструктуре каулаальные тератомы могут представлять собой: 1) дермоид, 2) опухоль из трёх зародышевых листков, 3) эпидермоид, 4) эпителиальный копчиковый ход, 5) эпителиальное погружение:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

811. Характерным для липом толстой кишки является: 1) мягкая консистенция, 2) желтоватое просвечивание через слизистую оболочку, 3) гладкий округленный контур, 4) изъязвление слизистой в месте наибольшего выбухания липомы, 5) малоподвижность образования:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

812. Карциноиды толстой кишки характеризуются тем, что: 1) развиваются из клеток Кульчицкого, вырабатывают серотонин, 2) обычно располагаются в глубоких слоях слизистой оболочки, 3) имеют плотную консистенцию, 4) не озлокачиваются и не метастазируют, 5) никогда не обнаруживаются в правых отделах толстой кишки:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

813. Для тубулярной аденомы толстой кишки наиболее характерно: 1) резкое увеличение бокаловидных клеток, 2) преобладание процессов альтерации эпителия, 3) большое количество лимфоцитов и эозинофилов в строме, 4) преобладание процессов пролиферации эпителия, 5) изъязвление слизистой оболочки, покрывающей аденому:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

814. В ювенильных полипах: 1) строма резко преобладает над железистым компонентом, 2) в эпителиальных клетках усилено слизееобразование, 3) обнаруживается большое количество кист, заполненных секретом бокаловидных клеток, 4) преобладают процессы пролиферации эпителия, 5) в строме обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

855. Если при гистологическом исследовании полипа толстой кишки обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки в строме, то это говорит в пользу:

1) ювенильного полипа, 2) губулярно-ворсинчатой аденомы, 3) аденокарциномы, 4) гамартомы, 5) тубулярной аденомы:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

816. Эпидермальные кисты параректальной клетчатки характеризуются тем, что: 1) стенка кист представлена тонким слоем соединительной ткани, 2) внутренняя поверхность выстлана эпидермисом с явлениями ороговения, 3) эпидермис не содержит придатков кожи, 4) в кистах содержатся волосы, 5) внутренняя поверхность кист содержит реснитчатый эпителий:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

817. Дермоидные кисты параректальной клетчатки: 1) имеют тонкую соединительно-тканную оболочку, 2) выстилка их состоит из многослойного плоского эпителия, 3) эпителий содержит придатки кожи, 4) в содержимом кист встречаются волосы, 5) в выстилке кисты обнаруживаются сальные железы:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

818. При раке прямой кишки одним из первых клинических проявлений бывает, как правило:

- А. Боль в крестце
- Б. Выделение крови при дефекации
- В. Общая слабость
- Г. Кишечная непроходимость
- Д. Анемия

819. В начальной стадии рака левой половины толстой кишки наиболее характерным признаком является:

- А. Анемия
- Б. Нарушение выделительной функции толстой кишки
- В. Нарушение кишечной проходимости

- Г. Боли в животе
- Д. Общая слабость толстой кишки

820. Для рака прямой кишки наиболее характерным признаком является:

- А. Кишечная непроходимость
- Б. Общая слабость
- В. Боли в крестце
- Г. Боли в животе
- Д. Выделение сгустков крови из прямой кишки

821. Для удобства описания найденных изменений в области заднего прохода в проктологии принято правило «циферблата часов». При этом аноскопическая область соответствует:

- А. Всегда 6-ти часам по циферблату
- Б. 6-ти часам только при положении пациента на спине
- В. 6-ти часам только в положении пациента на спине и 12-ти часам при коленно-локтевом положении
- Г. 9-ти часам при положении пациента на левом боку
- Д. 9-ти часам при положении пациента на правом боку

822. При ранней спаечной непроход. консерват. терапию проводят:

- А. 3-6 часов;
- Б. 6-12 часов;
- В. 12-24 часа;
- Г. 48-72 часа;
- Д. не проводят.

823. При поздней спаечной непроходимости кишечника консервативные мероприятия следует проводить в течение:

- А. 3-6 часов;
- Б. 6-12 часов;
- В. 12-24 часа;
- Г. 24-48 часов;
- Д. 48-72 часа.

824. Главное достоинство колоноскопии при инвагинации:

- А. отказ от рентгеновского обследования;
- Б. визуальная диагностика инвагината;
- В. визуальный контроль за расправлением инвагината;
- Г. возможность выявить органическую причину;
- Д. возможность решить вопрос о показаниях к операции вне зависимости от сроков заболевания.

825. У ребенка с инвагинацией, давностью заболевания 10 часов, консервативные мероприятия неэффективны. Инвагинат в правой подвздошной области. Предпочтительны:

- А. срединная лапаротомия;
- Б. поперечная лапаротомия;
- В. разрез в правой подвздошной области;
- Г. параректальный доступ справа;
- Д. параректальный доступ слева.

826. У ребенка странгуляционная непроходимость. Необходимо:

- А. проведение консервативных мероприятий;

- Б. наблюдение;
- В. дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 ч.
- Г. срочная операция;
- Д. операция после предоперационной подготовки.

827. У ребенка на 4 сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходимы:

- А. срочная операция;
- Б. наблюдение;
- В. дача бария, наблюдение;
- Г. дача бария, проведение консервативных мероприятий;
- Д. операция в плановом порядке.

828. У ребенка 8 мес. боли в животе, рвота. Рег гестум-обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Диагноз:

- А. острый аппендицит;
- Б. инвагинация кишечника;
- В. аппендикулярный инфильтрат;
- Г. кишечная инфекция;
- Д. опухоль брюшной полости.

829. Наиболее целесообразным обезболиванием при толстокишечной непроходимости является:

- А. Внутривенный наркоз
- Б. Масочный наркоз
- В. Местное обезболивание
- Г. Эндотрахеальный наркоз
- Д. Комбинация местного обезболивания и внутривенного наркоза

830. При пальпируемом кистозном образовании брюшной полости у ребенка 7 лет целесообразно начать обследование с:

- А. пальпации под наркозом;
- Б. ультразвукового исследования;
- В. обзорной рентгенографии брюшной полости;
- Г. лапароскопии;
- Д. внутривенной урографии.

831. Органы малого таза следует осматривать в положении:

- А. На спине при горизонтальном положении стола
- Б. На спине при опущенном головном конце стола
- В. На правом боку с опущенным головным концом стола
- Г. На левом боку с опущенным головным концом стола
- Д. На левом боку при горизонтальном положении стола

832. Укажите нехарактерную для отделения хирургии новорождённых группу заболеваний:

- А. Пороки развития
- Б. Гнойно-воспалительные заболевания
- В. Злокачественные опухоли
- Г. Сосудистые дисплазии
- Д. Родовая травма

833. Среди перечисленных форм работы, проводимой с врачами родильных домов, наиболее важной является:
- А. Совместные патологоанатомические конференции
 - Б. Совместный разбор диагностических и лечебных ошибок
 - В. Летальная комиссия
 - Г. Научно-практическая конференция
 - Д. Консультация больных с сотрудниками кафедры
834. Среди перечисленных показателей работы отделения хирургии новорождённых в наибольшей степени отражает качество и эффективность работы отделения:
- А. Средняя длительность пребывания больного на койке
 - Б. Число пролеченных больных
 - В. Летальность
 - Г. Процент выполнения плана по койко-дням
 - Д. Оборот койки
835. Среди причинных факторов, способствующих развитию пороков развития у новорождённых, наиболее значимыми являются:
- А. Физические
 - Б. Химические
 - В. Биологические
 - Г. Генетические aberrации
 - Д. Гиповитаминоз матери
836. Наибольшим повреждающим (тератогенным) действием на развитие эмбриона и плода обладают:
- А. Радиация
 - Б. Вирусная инфекция
 - В. Лекарственные вещества
 - Г. Хронические производственные отравления
 - Д. Сочетание нескольких повреждающих факторов
837. Из перечисленного ниже наиболее часто встречаются у новорождённых:
- А. Врождённые генетические заболевания
 - Б. Повреждение растущих органов и систем
 - В. Диспропорция роста и дисфункция созревания
 - Г. Сочетание факторов А и Б
 - Д. Приобретённые заболевания
838. Из ниже перечисленных нозологических единиц фетохирургическое вмешательство невозможно при:
- А. Обширной лимфангиоме шеи
 - Б. Стенозе прилоханочного отдела мочеточника
 - В. Клапане задней уретры
 - Г. Врожденной кишечной непроходимости
 - Д. Врождённая гидроцефалия
839. Для оценки степени оперативного риска у новорожденных редко используют:
- А. Оценку по Апгар
 - Б. Массу тела
 - В. Степень нарушения мозгового кровообращения
 - Г. Выраженность респираторного дистресс-синдрома

Д. Коэффициент оценки метаболизма

840. Среди перечисленных операций нецелесообразно выполнять в первые часы и дни жизни:

- А. Пластику пищевода при его атрезии
- Б. Пластику диафрагмы при ложной диафрагмальной грыже
- В. Пластику неба
- Г. Анастомоз тонкой кишки при ее атрезии
- Д. Пластику передней брюшной стенки при гастрошизисе

841. Нецелесообразно выполнять в первые недели жизни операции по поводу:

- А. Частичной кишечной непроходимости
- Б. Тератомы крестцово-копчиковой области
- В. Нарушения оттока мочи
- Г. Дермоидной кисты надбровья
- Д. Пластики верхней губы

842. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является:

- А. Врожденный изолированный трахео-пищеводный свищ
- Б. Атрезия пищевода с верхним и нижним свищом
- В. Атрезия пищевода без свища
- Г. Атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом
- Д. Атрезия пищевода с верхним трахео-пищеводным свищом

843. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключаяющий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:

- А. Цианоз
- Б. Одышка
- В. Запавший живот
- Г. Пенистые выделения изо рта
- Д. Хрипы при аускультации легких

844. Укажите информацию, которую нельзя получить при анализе рентгенограммы больного со свищевой формой атрезии пищевода и контрастированным верхним сегментом:

- А. Уровень атрезии
- Б. Форму атрезии
- В. Степень воспалительных изменений в легких
- Г. Ширину трахео-пищеводного свища
- Д. Выявить сопутствующую атрезию кишечника

845. Наиболее правильным положением больного с атрезией пищевода и нижним трахеопищеводным свищом при транспортировке следует считать:

- А. На правом боку
- Б. С возвышенным тазовым концом
- В. Вертикальное
- Г. Горизонтальное
- Д. Положение значения не имеет

846. Наиболее часто применяемым методом наложения анастомоза при атрезии пищевода у новорожденных является:

- А. Наложение швов по Хайят

- Б. Методика Баирова
- В. Анастомоз «конец в конец» узловым однорядным швом
- Г. Циркулярная эзофагомиотомия по Левадитис
- Д. Метод «конец с бок»

847. Выполняя шов пищевода при его атрезии, хирург должен соблюдать ряд принципов, наиболее важным из которых является:

- А. Использование атравматической нити
- Б. Диастаз между концами пищевода не более 1,5-2 см
- В. Редкие узловые швы (интервал 2 мм)
- Г. Мобилизация верхнего отрезка пищевода
- Д. Мобилизация нижнего отрезка пищевода не более 1-1,5 см

848. При частичной несостоятельности швов пищевода у новорожденного после радикальной операции по поводу атрезии пищевода экстраплевральным доступом наиболее целесообразно:

- А. Реторакотомия, разделение анастомоза пищевода, эзофаго- и гастростомия
- Б. Гастростомия, дренирование средостения
- В. Реторакотомия, ушивание дефекта пищевода
- Г. Консервативная терапия (интенсивная антибактериальная терапия, промывание средостения с активной аспирацией)
- Д. Считать больного инкурабельным

849. Из нижеперечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:

- А. Длительный гастроэзофагальный рефлюкс
- Б. Стеноз пищевода
- В. Реканализация трахеопищеводного свища
- Г. Рецидивирующая аспирационная пневмония
- Д. Дисфагия

850. К наиболее часто встречающимся анатомическим вариантам врожденного трахеопищеводного свища относится:

- А. Узкий длинный в шейном отделе
- Б. Короткий широкий на уровне первых грудных позвонков
- В. Короткий узкий
- Г. Длинный широкий
- Д. Общая стенка пищевода с трахеей

851. Нехарактерным для изолированного трахеопищеводного свища симптомом является:

- А. Кормление сопровождается кашле
- Б. Приступы цианоза во время кормления
- В. Пенистые выделения изо рта
- Г. Кормление в вертикальном положении уменьшает кашель и цианоз
- Д. Рецидивирующая аспирационная пневмония

852. Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:

- А. Эзофагоскопия
- Б. Трахеобронхоскопия
- В. Проба с метиленовой синью
- Г. Рентгеноконтрастное исследование пищевода

Д. Трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод

853. Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются:

- А. В первые дни после рождения
- Б. На второй неделе жизни
- В. На третьей неделе жизни
- Г. На четвёртой неделе жизни
- Д. После 1 месяца жизни

854. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:

- А. Склонность к запорам
- Б. Желтуха
- В. Рвота «фонтаном»
- Г. Жажда
- Д. Олигурия

855. Масса тела при пилоростенозе характеризуется:

- А. Малой прибавкой
- Б. Возрастным дефицитом
- В. Прогрессирующим падением
- Г. Неравномерной прибавкой
- Д. Отсутствием прибавки

856. При пилоростенозе стул:

- А. Скудный, темно-зеленый
- Б. Постоянный запор
- В. Обильный непереваренный
- Г. Частый, жидкий, зловонный
- Д. Водянистый

857. Характер рвоты при пилоростенозе:

- А. Слизью
- Б. Желчью
- В. Зеленью
- Г. С примесью крови
- Д. Створоженным молоком

858. Перистальтика желудка при пилоростенозе:

- А. Отсутствует
- Б. Усилена
- В. Постоянная антиперистальтика
- Г. Обычная
- Д. Эпизодическая

859. Наиболее достоверным признаком пилоростеноза является:

- А. Симптом «песочных часов»
- Б. Вздутие эпигастрия после кормления
- В. Пальпация увеличенного привратника
- Г. Гипотрофия
- Д. Олигурия

860. Из перечисленных заболеваний чаще дифференцируют пилоростеноз:

- А. С артерио-мезентеральной непроходимостью
- Б. С коротким пищеводом
- В. С ахалазией пищевода
- Г. С халазией пищевода
- Д. С родовой травмой

861. У ребенка 1 месяца с рождения отмечается срыгивание после кормления, учащающееся при плаче, положении на спине; в рвотных массах иногда примесь слизи и прожилки крови:

- А. Нарушения мозгового кровообращения
- Б. Пилоростеноз
- В. Частичная высокая непроходимость
- Г. Халазия, эзофагит
- Д. Пилороспазм

862. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по:

- А. Наклейке на рентгенограмме
- Б. Букве «Л» или «П», поставленной рентгенологом
- В. Газовому пузырю желудка
- Г. Тени средостения
- Д. Высоте куполов диафрагмы

863. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:

- А. Артрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода
- Б. Артрезии пищевода (безсвищевая форма)
- В. Халазии кардии
- Г. Врожденным коротким пищеводом
- Д. Грыже пищеводного отверстия диафрагмы

864. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

- А. При бронхоэктазии
- Б. При туберкулезе
- В. При абсцессе легкого
- Г. При легочной секвестрации
- Д. При агенезии легкого

865. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

- А. Пиопневмоторакс
- Б. Ателектаз
- В. Буллезная форма легочной деструкции
- Г. Пиоторакс
- Д. Пневмоторакс

866. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:

- А. Вертикальное
- Б. Лежа
- В. На правом боку
- Г. На левом боку
- Д. Любое из предложенных мероприятий

867. Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии не показано при подозрении на:

- А. Абсцесса Дугласова пространства
- Б. Кисты яичника
- В. Инородного тела прямой кишки
- Г. Ректо-сигмоидита
- Д. Полипа прямой кишки

868. Типичной проекцией привратника при пилоростенозе, выявляемой при пальпации живота у младенца 1-го месяца жизни, является:

- А. Средняя линия выше пупка
- Б. Край правого подреберья
- В. Уровень пупка
- Г. Область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы живота
- Д. Внутри от переднего отдела правой подвздошной кости

869. Контрастное обследование пищевода с барием не показано при:

- А. Халазии кардии
- Б. Ахалазии кардии
- В. Врождённом трахеопищеводном свище
- Г. Атрезии пищевода
- Д. Врождённом коротком пищеводе

870. Эзофагоскопия не обязательна при:

- А. Ахалазии пищевода
- Б. Врождённом стенозе пищевода
- В. Ожоге пищевода
- Г. Халазии кардии
- Д. Атрезии пищевода

871. При оценке тяжести пневмонии у новорождённых наиболее достоверным из физикальных методов обследования является:

- А. Осмотр грудной клетки
- Б. Аускультация лёгких
- В. Перкуссия грудной клетки
- Г. Число дыхательных движений в минуту
- Д. Оценка степени цианоза и одышки

872. Наиболее информативным из физикальных методов исследования при подозрении у новорождённого на острый живот является:

- А. Наблюдение за поведением ребёнка
- Б. Осмотр живота
- В. Деликатная пальпация живота
- Г. Перкуссия живота
- Д. Зондирование желудка

873. Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является:

- А. Симптом «песочных часов»
- Б. Обильная рвота
- В. Потеря веса

- Г. Обнаружение утолщенного привратника при пальпации
- Д. Склонность к запорам

874. Зондирование пищевода с диагностической целью не показано при:

- А. Врожденном коротком пищеводе
- Б. Пневмонии
- В. Атрезии пищевода
- Г. Врожденном трахео-пищеводном свище
- Д. Врожденном стенозе пищеводе

875. При подозрении на трахеопищеводный свищу новорожденного наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:

- А. Эзофагоскопия
- Б. Рентгеноконтрастное исследование пищевода
- В. Трахеоскопия
- Г. Оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме
- Д. Трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки

876. При цистографии у новорожденных чаще всего выявляется:

- А. Уретероцеле
- Б. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
- В. Наличие незаращенного урахуса
- Г. Наличие пузырно-кишечного свища
- Д. Наличие дивертикула мочевого пузыря

877. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:

- А. Гидронефротическую трансформацию почек
- Б. Врожденную кишечную непроходимость
- В. Врожденный трахео-пищеводный свиш
- Г. Гастрошизис
- Д. Врожденный порок сердца

878. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода и желудка нельзя выявить:

- А. Халазию кардии
- Б. Ахалазию кардии
- В. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
- Г. Геморрагический гастрит
- Д. Пилоростеноз

879. Основным показателем правильности анатомических соотношений в суставах при артрографии является:

- А. Равномерная высота суставной щели
- Б. Строгое соответствие краев сочленяющихся суставных поверхностей
- В. Соответствие оси конечности с осью движения в суставе
- Г. Правильные ответы А) и Б)
- Д. Нет такого показателя

880. Отсутствие контрастирования желчного пузыря наиболее характерно для:

- А. Для кисты общего желчного протока
- Б. Для хронического безкаменного холецистита
- В. Для хронического калькулезного холецистита
- Г. Для врожденной гипоплазии желчевыделительной системы

Д. Для хронического гепатита

881. Отсутствие нормальных анатомических образований в воротах печени наиболее характерно:

- А. Для внепеченочной формы портальной гипертензии
- Б. Для хронического гепатита
- В. Для цирроза печени
- Г. Для врожденного фиброза печени
- Д. Для эхинококкоза печени

882. Левосторонний врожденный вывих бедра встречается в:

- А. 2 раза чаще чем односторонний.
- Б. 6 раз чаще чем односторонний.
- В. 4 раза чаще чем односторонний.
- Г. 7 раз чаще чем односторонний.
- Д. 10 раз чаще чем односторонний.

883. При врожденном вывихе бедра головка с возрастом смещается:

- А. вниз и дорсально
- Б. вверх и дорсально
- В. вверх и вентрально
- Г. вниз и каудально
- Д. вниз и вентрально

884. Симптом Маркса определяется до возраста:

- А. 3 дня
- Б. 10 лет
- В. 1 год
- Г. 7 месяцев
- Д. 2 месяца

885. Линия Омбредана имеет направление:

- А. параболическое
- Б. синусоидальное
- В. косое
- Г. горизонтальное
- Д. вертикальное

886. Линия Розера–Нелатона соединяет:

- А. Вершины бугристых пяточных костей
- Б. Седалищный бугор с верхне-передней остью подвздошной кости
- В. Внутренний надмыщелок левой плечевой кости с наружным надмыщелком правой плечевой кости
- Г. Седалищный бугор с верхне-нижней остью подвздошной кости
- Д. U-образный и Y-образный хрящ.

887. Алюминиевая распорка с кожаными манжетами, одевающаяся на голени называется:

- А. шина Павлика
- Б. стремяна Буденного
- В. шина Крамера
- Г. стремяна Волкова
- Д. шина Виленского

888. Соха Vara проявляется рентгенологически:
- А. Наклоном линии Омбредана
 - Б. прерывистостью линии Шентона
 - В. уменьшением шеечнодиафизарного угла
 - Г. увеличением шеечнодиафизарного угла
 - Д. сижением ацетабулярного индекса
889. Аддукция стопы это - это:
- А. подошвенное сгибание
 - Б. тыльное разгибание
 - В. приведение передних отделов
 - Г. ротация пятки
 - Д. торсия 1 плюсневой кости
890. При врождённой косолапости в возрасте после 1 года ребенок ходит:
- А. пяточной поверхности стопы
 - Б. передне-подошвенной поверхности стопы
 - В. передне-наружной поверхности стопы
 - Г. задне-внутренней поверхности стопы
 - Д. тыльно-наружной поверхности стопы
891. Оперируя косолапость по Зацепину Z-образно удлиняют сухожилие:
- А. передней большеберцовой мышцы
 - Б. общего сгибателя пальцев
 - В. четырехглавой мышцы
 - Г. мышцы приводящей 1 палец.
 - Д. мышцы отводящей V палец
892. Согласно Ю.Ф. Исакову, врождённая мышечная кривошея в 95% случаев возникает при родах:
- А. в ножном предлежании
 - Б. в ягодичном предлежании
 - В. посредством кесарева сечения
 - Г. в затылочном предлежании
 - Д. в лицевом предлежании
893. Для кривошеи с клиновидными полупозвонками нехарактерно не характерно:
- А. асимметрия черепа
 - Б. асимметрия лица
 - В. ограничение вращательных движений головой
 - Г. ограничение сгибательных движений головой
 - Д. микрогнатия
894. По мнению Ю.Ф. Исакова консервативное лечение мышечной кривошеи следует начинать с возраста:
- А. 1 день
 - Б. 2 недели
 - В. 2 дня
 - Г. 2 месяца
 - Д. 21 день

895. Опухоли костей чаще проявляются к:
- А. 1-2 годам
 - Б. 13-14 годам
 - В. 1-5 годам
 - Г. 7-8 годам
 - Д. 6-9 годам
896. Диффузная гемангиома является:
- А. комбинированной гемангиомой
 - Б. кавернозной гемангиомой
 - В. простой гемангиомой
 - Г. смешанной гемангиомой
 - Д. лимфангиогемангиомой
897. Для гемангиом нехарактерно:
- А. некроз
 - Б. инфицирование
 - В. фиброзирование
 - Г. изъязвление
 - Д. кровотечение
898. Наиболее характерная локализация лимфангиомы:
- А. подколенная область
 - Б. ушная раковина
 - В. щека
 - Г. межлопаточная область
 - Д. передняя поверхность бедра
899. Гемангиомы дифференцируют с:
- А. саркомами
 - Б. липомами
 - В. эндотелиомами
 - Г. экхондромами
 - Д. энхондромами
900. Дермоидные кисты реже встречаются:
- А. в области грудиноключичного сочленения
 - Б. в паховой области
 - В. в области головы
 - Г. в области наружного края глазницы
 - Д. в области внутреннего края глазницы
901. Часто тератома проявляется:
- А. выраженным кифосколиозом
 - Б. выраженным грудным кифозом
 - В. выраженным поясничным лордозом
 - Г. сглаженным кифозом
 - Д. сглаженным лордозом
902. Наиболее достоверный симптом перекрута кисты яичника:
- А. острое начало, боли внизу живота с иррадиацией в промежность
 - Б. беспокойное поведение, позывы на мочеиспускание

- В. нормальная температура тела, отсутствие лейкоцитоза
- Г. мягкий живот, отсутствие перитонеальных знаков
- Д. Per rectum- округлое эластичное образование

903. Лимфогранулематоз встречается у детей в возрасте:

- А. от 1 мес до 5 лет
- Б. от 2 лет до 12 лет
- В. до 2 лет
- Г. от 11 до 15 лет
- Д. 14-16 лет

904. У ребёнка во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот и активным кровотечением. Действия хирурга включают:

- А. спленэктомия
- Б. попытку ушивания дефекта
- В. перевязку селезеночной артерии
- Г. страховочный дренаж без манипуляций на селезенке
- Д. спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки

905. Ребёнок упал с высоты. Состояние ср. тяжести. Жалобы на боли в животе. Болезненность при перкуссии. Непостоянное напряжение мышц живота. Начать обследование целесообразно с:

- А. рентгенографии брюшной полости
- Б. ультразвукового исследования
- В. лапароскопии
- Г. лапароцентеза
- Д. внутривенной урографии

906. Во время операции обнаружено размоложение участка тела поджелудочной железы. Правильная тактика:

- А. марлевый тампон через срединную рану
- Б. марлевый тампон через контрапертуру
- В. промывание брюшной полости, страх. дренаж в малый таз
- Г. установка сквозного дренажа вдоль железы
- Д. удаление тела и хвоста железы, тампонада

907. У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование:

- А. рентгенография брюшной полости
- Б. лапароцентез
- В. лапаротомия
- Г. ультразвуковое исследование
- Д. ангиография

908. Ребенок проглотил гвоздь. На рентгенограмме он в желудке. Необходима:

- А. гастроскопия
- Б. гастротомия
- В. наблюдение
- Г. стимуляция моторики кишечника
- Д. дача бариевой взвеси и наблюдение

909. Ребенок 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. На рентгенограмме гвоздь в желудке. Целесообразно:

- А. гастроскопия
- Б. гастротомия
- В. наблюдение
- Г. стимуляция моторики кишечника
- Д. лапароскопия

910. При подозрении на разрыв забрюшинной части 12-типерстной кишки наиболее информативное исследование:

- А. ультразвук
- Б. рентгеновский обзорный снимок
- В. лапароскопия
- Г. гастродуоденоскопия
- Д. исследование желудка с бариевой взвесью

911. Подвывих головки лучевой кости у детей встречается в основном в возрасте:

- А. До 1 года
- Б. От 1 года до 3 лет
- В. 4–5 лет
- Г. 6–8 лет

912. Острая анальная трещина не имеет:

- А. Щелевидной формы
- Б. Гладких ровных краев
- В. Анального (сторожевого) бугорка
- Г. Мышечной ткани на дне дефекта
- Д. Фибрина на раневой поверхности

913. Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид:

- А. Округлых плоских бляшек
- Б. Разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты

914. Характерным для липом толстой кишки является: 1) мягкая консистенция, 2) желтоватое просвечивание через слизистую оболочку, 3) гладкий округленный контур, 4) изъязвление слизистой в месте наибольшего выбухания липомы, 5) малоподвижность образования:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

915. Выделение «алой» крови в конце акта дефекации является симптомом, более характерным для:

- А. Геморроя
- Б. Раковой опухоли правых отделов толстой кишки
- В. Раковой опухоли, локализованной в поперечной ободочной кишке
- Г. Злокачественной опухоли сигмовидной кишки
- Д. Синдрома раздражённой толстой кишки

916. Наиболее удобным положением для осмотра больного с заболеванием прямой кишки является:

- А. На правом или левом боку
- Б. На правом или левом боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах нижними конечностями, которые приведены к животу
- В. Коленно-локтевое положение
- Г. Положение больного на спине в гинекологическом кресле
- Д. Лежа на спине

917. При проведении осмотра больного не имеет решающего значения:

- А. Состояние кожи вокруг заднего прохода
- Б. Глубина залегания анальной воронки, состояние заднепроходного отверстия (сомкнуто, зияет)
- В. Выраженность волосяного покрова
- Г. Следы патологических выделений из заднего прохода на перианальной коже
- Д. Наличие свищевых отверстий

918. Пальцевое исследование прямой кишки производится:

- А. Как начальный этап обследования проктологического больного
- Б. После ректороманоскопии
- В. После проктографии
- Г. После проведения ирригоскопии
- Д. После выполнения колоноскопии

919. Основными задачами пальцевого исследования прямой кишки являются: 1) ориентировочная оценка состояния костного скелета таза, 2) оценка состояния внутренних половых органов (предстательной железы у мужчин, матки и придатков у женщин), 3) оценка состояния анального канала и замыкательной функции сфинктера заднего прохода, 4) определение состояния просвета прямой кишки, степени её подготовленности для исследования и выполнения ректороманоскопии, оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки, 5) оценка состояния ректовагинальной перегородки:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

920. Наименьшая информативность при проведении пальцевого исследования прямой кишки отмечается при положении пациента: 1) на левом боку с приведёнными к животу коленями, 2) в коленно-локтевом положении, 3) на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами (положение для камнесечения), 4) стоя с согнутыми в тазобедренных суставах ногами и наклонённым вперёд туловищем, 5) лёжа на животе по Депажу:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

921. Пальцевое исследование анального канала и прямой кишки должно проводиться: 1) только в положении пациента на спине (в положении для камнесечения), 2) только в положении по Депажу, 3) только в коленно-локтевом положении, 4) в положении пациента в зависимости от конкретной ситуации и цели исследования, 5) в положении, наиболее удобном для врача:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3

- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

922. Диагностическими задачами ректороманоскопии являются: 1) определение характера патологического процесса, 2) определение функционального состояния дистальных отделов толстой кишки, 3) оценка анатомического состояния слизистой оболочки прямой кишки, 4) биопсия, 5) взятие мазков-отпечатков для цитологического исследования:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

923. Главными правилами проведения ректороманоскопии являются: 1) ректоскопия проводится только после пальцевого исследования прямой кишки, 2) рабочие части ректоскопа должны быть тёплыми и хорошо смазанными, 3) введение тубуса с манлреном в задний проход не должно быть грубым, 4) ректоскоп обязательно должен быть с волоконной оптикой, 5) тубус обязательно должен быть проведен в кишку на всю длину ректоскопа:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

924. В протоколе ректороманоскопии не обязательно указывать: 1) позицию пациента, при которой проведена ректороманоскопия, 2) протяжённость осмотра, 3) причину неполного введения трубки, в частности, степени подготовленности больного к осмотру, 4) тип ректоскопа, 5) выявленные находки, их локализацию в см при введении ректоскопа в соответствии с правилом «циферблата часов»:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

925. Аноскопия обычно используется для диагностики: 1) геморроя, 2) анальных трещин, 3) криптита, 4) язвенного проктита, 5) новообразований прямой кишки:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

926. Основными способами исследования функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки являются: 1) сфинктерометрия, 2) пальцевое исследование анального канала, 3) изучение кремастерного и анального рефлекса, 4) ректороманоскопии, 5) ирригоскопия:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

927. Проба с красителем при диагностике свища прямой кишки используется для: 1) установления характера происхождения свища, 2) дифференциальной диагностики специфического свища (туберкулезной и т. д. этиологии), 3) определения локализации свищевого хода, 4) установления связи наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки, 5) выявления затеков и полостей:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

928. Фистулография при свищах прямой кишки помогает: 1) выявить направление свищевого хода, 2) установить наличие полостных образований, 3) выявить разветвления свищевого хода, 4) установить степень рубцовых изменений анального сфинктера, 5) оценить функцию анального жома:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

929. Наиболее характерными симптомами острого парапроктита являются: 1) острое начало, 2) боли в области заднего прохода, 3) повышение температуры тела, 4) выделения из прямой кишки алой крови, 5) гнойные выделения из заднего прохода:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

930. Для хронического парапроктита наиболее характерным является:

- А. Гематурия
- Б. Наличие свищевого отверстия
- В. Выделение алой крови в конце акта дефекации
- Г. Боли внизу живота
- Д. Диарея

931. При подозрении на озлокачествление свища необходимо произвести:

- А. Общий анализ крови
- Б. Общий анализ мочи
- В. Посев отделяемого из свища на микрофлору
- Г. Биопсию
- Д. Исследование на раковый антиген

932. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:

- А. Особенности вскармливания
- Б. Склонностью к гипертермии
- В. Травмой ЦНС в анамнезе
- Г. Относительной незрелостью органов и тканей
- Д. Токсикозом 1-ой половины беременности

933. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:

- А. Стафилококк
- Б. Стрептококк
- В. Кишечная палочка
- Г. Протей
- Д. Синегнойная палочка

934. Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является:

- А. Высокая чувствительность к антибактериальным препаратам
- Б. Быстрая адаптация к лекарственным препаратам
- В. Малая распространенность в окружающей среде
- Г. Стертость клинических проявлений
- Д. Редко развивается антибиотикорезистентность

935. Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, протекает в сроки:

- А. Сутки
- Б. Двое суток
- В. Трое суток
- Г. Четверо суток
- Д. Неделю

936. Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения раневого процесса, протекает в сроки:

- А. Сутки
- Б. Вторые-четвертые сутки
- В. Пятые-шестые сутки
- Г. Седьмые-десятые сутки
- Д. Невозможно определить

937. Очищение гнойной раны обычно наступает:

- А. На вторые-третьи сутки
- Б. На четвертые-шестые сутки
- В. На седьмые-десятые сутки
- Г. К концу второй недели
- Д. Спустя две недели

938. Репарация гнойной раны обычно наступает:

- А. На вторые-третьи сутки
- Б. На четвертые-шестые сутки
- В. На седьмые-десятые сутки
- Г. К концу второй недели
- Д. Спустя две недели

939. Для выделяемого при анаэробной газовой инфекции гематоксина не характерны свойства:

- А. Некроза соединительной ткани и мышц
- Б. Гемолиза
- В. Тромбоза сосудов
- Г. Поражения миокарда, печени, почек
- Д. Избирательного поражения мозга

940. В течение инфекционного процесса у детей не является определяющим:

- А. Вирулентность микрофлоры

- Б. Сенсibilизация организма
- В. Иммунологическая реактивностью организма
- Г. Антибиотикорезистентность возбудителя
- Д. В анамнезе натальная травма ЦНС

941. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции являются: не

- А. Лампасные разрезы
- Б. Иссечение пораженных тканей
- В. Нейтрализация действия циркулирующих токсинов
- Г. Коррекция нарушений гомеостаза
- Д. Строгая иммобилизация конечности

942. Особенностью ампутации при анаэробной инфекции не является:

- А. Ампутация выше визуально определяемой зоны поражения
- Б. Операция без жгута
- В. Отказ от ушивания культи
- Г. Рассечение фасциальных футляров
- Д. Отказ от дренирования раны

943. К основным источникам госпитальной инфекции не относят:

- А. Больных
- Б. Персонал-носитель инфекции
- В. Раковины отделения
- Г. Растворы, кремы, мази
- Д. Посетителей пациента

944. Наиболее эффективным средством борьбы с синегнойной госпитальной инфекцией является: инфекцией

- А. Борная кислота
- Б. Раствор фурациллина
- В. Гипертонический раствор
- Г. Перекись водорода
- Д. Левомеколь

945. Хирургическая обработка гнойной раны не обеспечивает:

- А. Ускорению заживления раны
- Б. Снижению интоксикации
- В. Купированию раневой инфекции
- Г. Предупреждению генерализации процесса
- Д. Антибактериальное воздействие

946. Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является: раны

- А. Общая анестезия
- Б. Местная инфильтрационная анестезия
- В. Местная проводниковая анестезия
- Г. Местно хлорэтил
- Д. Выбор по индивидуальным показаниям

947. Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет:

- А. 2-3 часа
- Б. 4-6 часов
- В. 7-9 часов
- Г. 10-12 часов
- Д. Индивидуально

948. Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является:

- А. Активная аспирация
- Б. Пассивный отток
- В. Капиллярные свойства
- Г. Гигроскопические свойства
- Д. Сочетание свойств

949. Дренирование гнойной раны показано в фазе:

- А. Индивидуально
- Б. Реорганизации
- В. Регенерации
- Г. Воспаления
- Д. Во всех перечисленных фазах

950. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:

- А. Механическое очищение очага
- Б. Антибактериальное воздействие
- В. Предупреждение распространения местного процесса
- Г. Предупреждение генерализации воспалительного процесса
- Д. Противовоспалительный фактор

951. Наиболее эффективным методов дренирования гнойной раны является:

- А. Однопросветная трубка для пассивного оттока
- Б. Резиновый выпускник
- В. Марлевый тампон
- Г. Активное дренирование
- Д. Сигарный дренаж

952. Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки:

- А. Пять
- Б. Семь
- В. Десять
- Г. Шестнадцать
- Д. Нет ни одного

953. Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются: 1) привратник, 2) баугиниева заслонка, 3) наружный сфинктер заднего прохода, 4) внутренний сфинктер, 5) сфинктер Гирша:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

954. Нижняя прямокишечная артерия отходит:
- А. От внутренней подвздошной артерии
 - Б. От запирающей артерии
 - В. От внутренней срамной артерии
 - Г. От нижней ягодичной артерии
 - Д. От промежностной артерии
955. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно:
- А. На грушевидной мышце
 - Б. На внутренней запирающей мышце
 - В. На копчиковой мышце
 - Г. На подвздошно-поясничной мышце
 - Д. На лонно-прямокишечной мышце
956. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты:
- А. В верхнеампулярном отделе
 - Б. В среднеампулярном отделе
 - В. В нижнеампулярном отделе
 - Г. В области запирающего аппарата прямой кишки
 - Д. Циркулярные волокна везде развиты одинаково
957. Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является:
- А. Диафрагмально-ободочная связка
 - Б. Печеночно-дуоденальная связка
 - В. Пузырно-толстокишечная связка
 - Г. Правая половина большого сальника
 - Д. Малый сальник
958. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:
- А. Запирающего нерва
 - Б. Срамного нерва
 - В. Тазового нерва
 - Г. Бедренного нерва
 - Д. Промежностного нерва
959. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль из числа перечисленных играет:
- А. Копчиковая мышца
 - Б. Подвздошно-копчиковая мышца
 - В. Лонно-прямокишечная мышца
 - Г. Ано-копчиковая связка
 - Д. Все перечисленные
960. Слева и справа от прямой кишки в полости таза располагаются:
- А. Мочеточники
 - Б. Подчревные артерии
 - В. Семенные пузырьки у мужчин
 - Г. Предстательная железа
 - Д. Все перечисленное
961. Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами поднимателя заднего прохода, а снаружи запирающей мышцей и седалищным бугром называется:

- А. Межмышечным пространством
- Б. Пельвиоректальным пространством
- В. Подкожным клетчаточным пространством
- Г. Ишиоректальным пространством
- Д. Ретроректальным пространством

962. Региональными лимфатическими узлами для прямой кишки являются: 1) паховые, 2) подчревные, 3) аноректальные, 4) верхние прямокишечные, 5) подвздошные:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

963. Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется (именно через него при подковообразном парапроктите гной чаще всего поступает из одной ишиоректальной ямки в противоположную):

- А. Ретроректальное
- Б. Ишиоректальное
- В. Постанальное
- Г. Пельвиоректальное
- Д. Межмышечное

964. В толстой кишке не всасываются: 1) вода и электролиты, 2) спирт, 3) глюкоза и моносахариды, 4) белки, 5) все жирорастворимые витамины:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

965. Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой: 1) большим по сравнению с тонкой диаметром, 2) серовато-пепельным оттенком, 3) особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент, 4) наличием жировых подвесков, 5) наличием гаустр:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

966. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет:

- А. Нижней брыжеечной артерии
- Б. Подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии
- В. Ветвей, непосредственно отходящих от аорты
- Г. Восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии
- Д. Средней ободочной артерии

967. Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является:

- А. Правая ободочная артерия
- Б. Левая ободочная артерия

- В. Правая и левая ободочные артерии
- Г. Средняя ободочная артерия
- Д. Нижняя брыжеечная артерия

968. Артерии сигмовидной кишки отходят:

- А. Непосредственно от аорты
- Б. От верхней брыжеечной артерии
- В. От нижней брыжеечной артерии
- Г. От средней ободочной артерии
- Д. От левой ободочной артерии

969. К лимфатическим узлам ободочной кишки относятся: 1) надободочные, 2) околоободочные, 3) промежуточные, 4) главные, расположенные в корне брыжейки кишки, 5) лимфоузлы, расположенные у ствола нижней брыжеечной вены:

- А. Правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Правильные ответы 1 и 3
- В. Правильные ответы 2 и 4
- Г. Правильный ответ 4
- Д. Правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5

970. Внутренние геморроидальные узла располагаются:

- А. Ниже аноректальной линии
- Б. Над аноректальной линией
- В. На уровне межсфинктерной борозды
- Г. На уровне аноректальной линии
- Д. На линии Хилтона

971. Микроскопически геморрой характеризуется:

- А. Варикозным расширением вен
- Б. Гиперплазией кавернозных телец
- В. Ангиодисплазией
- Г. Тромбофлебитом
- Д. Склерозом глобусных анастомозов

972. Червеобразный отросток — это:

- А. Рудимент
- Б. Функциональный орган
- В. Порок развития
- Г. Аномалия
- Д. Вариант развития

973. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:

- А. Обязательно
- Б. Необязательно
- В. У детей младшего возраста по показаниям
- Г. У девочек по показаниям
- Д. В зависимости от клиники

974. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:

- А. Усиление болей при расположении на левом боку
- Б. Появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой

- подвздошной области по рубашке больного
- В. Усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
- Г. Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
- Д. Правое яичко расположено выше левого

975. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:

- А. Болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области
- Б. Болезненность при пальпации области пупочного кольца
- В. Уменьшение болей в положении на животе
- Г. Усиление болей при отведении купола кишки медиально
- Д. Снижение или отсутствие брюшных рефлюксов

976. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:

- А. Умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево
- Б. Гиперлейкоцитоз
- В. Лейкопения
- Г. Отсутствие изменений
- Д. Ускоренное СОЭ

977. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн—Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:

- А. Болезненное опухание суставов
- Б. Геморрагические высыпания на коже
- В. Гематурия, альбуминурия
- Г. Появление точечных кровоизлияний после щипка кожи
- Д. Комбинация перечисленных симптомов

978. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:

- А. Наблюдение
- Б. Срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области
- В. Лапароскопия
- Г. Назначение антибактериальной терапии
- Д. Перевод больного в педиатрическое отделение

979. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

- А. Невозможен
- Б. Возможен при начальной стадии воспаления
- В. Возможен при флегмонозном аппендиците
- Г. Возможен при гангренозном аппендиците
- Д. Возможен даже при перфоративном аппендиците

980. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

- А. На спине
- Б. На животе
- В. На правом боку с приведенными ногами
- Г. На левом боку
- Д. Сидя

981. У ребенка огнестрельное ранение брюшной стенки с инородным телом (рентгенологически подтвержденным). Инородное тело при операции не обнаружено. При этом рациональны:
- А. настойчивые поиски инородного тела
 - Б. отказ от поисков
 - В. повторное рентгенологическое исследование
 - Г. направленные поиски в рентген-кабинете
982. При подозрении на разрыв забрюшинной части 12-типерстной кишки наиболее информативное исследование:
- А. ультразвук
 - Б. рентгеновский обзорный снимок
 - В. лапароскопия
 - Г. гастродуоденоскопия
 - Д. исследование желудка с бариевой взвесью
983. У ребёнка огнестрельное ранение брюшной стенки с инородным телом (рентгенологически подтвержденным). Инородное тело при операции не обнаружено. При этом рациональны:
- А. настойчивые поиски инородного тела
 - Б. отказ от поисков
 - В. повторное рентгенологическое исследование
 - Г. направленные поиски в рентген-кабинете
984. Врождённая идиопатическая косолапость как порок развития затрагивает первично:
- А. передние отделы стопы,
 - Б. бедро, голень и стопу,
 - В. голень и стопу,
 - Г. задние отделы стопы,
 - Д. задние отделы стопы и первый луч.
985. К числу тератогенных косолапостей относятся:
- А. идиопатическая и артрогенная,
 - Б. амниотическая и артрогрипотическая,
 - В. нейрогенная и амниотическая,
 - Г. артрогрипотическая и идиопатическая,
 - Д. артрогрипотическая и амниолитическая.
986. Тяжесть врождённой косолапости определяется:
- А. степенью ригидности её элементов,
 - Б. общим состоянием ребёнка,
 - В. степенью выраженности её элементов,
 - Г. наличием других пороков развития,
 - Д. торсией костей голени.
987. С точки зрения современной детской хирургии при лечении врождённой косолапости неприменим следующий метод:
- А. операция «экстенсивный релиз»,
 - Б. операция по Зацепину-Штурму,
 - В. этапные гипсовые повязки по Ponsety,
 - Г. гипсовые повязки по Зацепину,
 - Д. бинтование по Финку-Эттингену.
988. При идиопатической косолапости остаётся неукороченной следующая мышца:

- А. икроножная,
- Б. длинный сгибатель пальцев,
- В. длинный сгибатель 1-ого пальца,
- Г. длинная перонеальная,
- Д. задняя большеберцовая.

989. При консервативном лечении косолапости повязки накладывают до уровня:

- А. верхней трети голени,
- Б. средней трети голени,
- В. коленного сустава,
- Г. верхней трети бедра,
- Д. нижней трети бедра.

990. Пальпация у новорожденного опухолевидного образования около 1,3 см в окружности в проекции кивательной мышцы слева наиболее вероятно говорит о:

- А. левостороннем заднешейном лимфадените,
- Б. левосторонней мышечной кривошеи диспластического генеза,
- В. наличие мышечной гематомы,
- Г. фиброме,
- Д. липоме.

991. Косолапость чаще встречается у коренного населения:

- А. северной Европы,
- Б. юго-восточной Азии,
- В. Океании,
- Г. Африки,
- Д. передней Азии.

992. Наиболее характерным примером врождённой костной кривошеи является:

- А. синдром Клиппеля-Фейля,
- Б. болезнь Шпренгеля,
- В. болезнь Маделунга,
- Г. синдром Ларсена,
- Д. болезнь Янсена.

993. Для выявления степени мобильности суставов шейного отдела позвоночника рентгенограммы выполняют в:

- А. фронтальной плоскости при сгибании и разгибании позвоночника,
- Б. сагиттальной плоскости при сгибании и разгибании позвоночника,
- В. горизонтальной плоскости при наклонах головы,
- Г. фронтальной плоскости трансорально,
- Д. фронтальной плоскости с торсией позвоночника.

994. Шейные рёбра встречаются:

- А. в равной степени слева и справа и чаще у женщин, чем у мужчин,
- Б. в равной степени слева и справа и чаще у мужчин, чем у женщин,
- В. в равной степени слева и справа и в равной степени женщин и мужчин,
- Г. чаще слева и у мужчин,
- Д. чаще слева и у женщин.

995. Воротник Шанца представляет собой:

- А. ватно-марлевую повязку,
- Б. жёсткую шину, опирающуюся на над-плечья, ключицы, фиксирующую шею, затылок и нижнюю челюсть,
- В. съёмный паралоновый головодержатель, опирающийся на надплечья, ключицы, фиксирующий шею, затылок и нижнюю челюсть
- Г. пеленочную повязку,
- Д. несъёмный паралоновый головодержатель, опирающийся на надплечья, ключицы, фиксирующий шею, затылок и нижнюю челюсть.

996. Методом выбора в лабораторно-инструментальной диагностике мышечной кривошеи является:

- А. УЗИ,
- Б. рентгенография,
- В. доплерография,
- Г. МРТ,
- Д. КТ.

997. Мышечную кривошею у новорожденных чаще дифференцируют с:

- А. костной кривошеей,
- Б. спастической кривошеей,
- В. дермодесмогенной Маделунга,
- Г. добавочными шейными ребрами,
- Д. травматической кривошеей шейного отдела позвоночника.

998. Оперативное лечение при врождённой мышечной кривошее показано при:

- А. рецидивирующем мастоидите,
- Б. наклоне головы на 10° ,
- В. наклоне головы на 5° ,
- Г. нарастающей асимметрии лицевого черепа,
- Д. повороте головы на 10° .

999. Мышечная кривошея часто сочетается с переломом:

- А. подъязычной кости
- Б. черпаловидного хряща
- В. второго шейного позвонка
- Г. ключицы на стороне поражения
- Д. ключицы на гемилатеральной стороне

1000. При обнаружении у новорожденного опухолевидного образования в толще кивательной мышцы целесообразно сразу назначить местно:

- А. СМТ
- Б. ПМП
- В. УВЧ
- Г. электрофорез с лидазой
- Д. электрофорез с йодидом калия

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТАМ

1 - Б	11 - А	21 - Г	31 - В	41 - Г
2 - В	12 - Б	22 - Г	32 - Г	42 - Д
3 - Б	13 - Г	23 - Г	33 - Г	43 - Д
4 - А	14 - А	24 - Д	34 - А	44 - В
5 - В	15 - Б	25 - Д	35 - А	45 - А
6 - Г	16 - А	26 - В	36 - А	46 - Б
7 - Г	17 - Д	27 - Г	37 - Г	47 - А
8 - Д	18 - В	28 - Б	38 - А	48 - В
9 - В	19 - В	29 - Д	39 - А	49 - Г
10 - Д	20 - Б	30 - Б	40 - А	50 - В

51 - Б	71 - Д	91 - Г	111 - В	131 - Д
52 - А	72 - Б	92 - В	112 - Г	132 - А
53 - Г	73 - Д	93 - Б	113 - А	133 - А
54 - А	74 - В	94 - В	114 - В	134 - Б
55 - А	75 - В	95 - Г	115 - Б	135 - А
56 - Д	76 - Б	96 - Д	116 - В	136 - Г
57 - Д	77 - А	97 - Г	117 - Б	137 - В
58 - В	78 - Д	98 - Д	118 - В	138 - А
59 - Б	79 - Б	99 - А	119 - Д	139 - В
60 - А	80 - Г	100 - В	120 - В	140 - Б
61 - Б	81 - В	101 - Б	121 - Б	141 - Д
62 - Б	82 - Б	102 - В	122 - В	142 - Г
63 - Б	83 - Г	103 - Д	123 - Г	143 - В
64 - Б	84 - В	104 - В	124 - Д	144 - В
65 - Б	85 - Г	105 - А	125 - В	145 - А
66 - В	86 - В	106 - В	126 - Д	146 - Б
67 - В	87 - Б	107 - Г	127 - В	147 - Г
68 - В	88 - Д	108 - А	128 - А	148 - В
69 - Г	89 - Г	109 - В	129 - Б	149 - А
70 - Д	90 - А	110 - Д	130 - В	150 - Д

151 - Б	171 - В	191 - Б	211 - Г	231 - В
152 - В	172 - Б	192 - Б	212 - Г	232 - Г
153 - Г	173 - А	193 - Г	213 - Г	233 - Г
154 - В	174 - Б	194 - В	214 - Г	234 - Б
155 - В	175 - Б	195 - Г	215 - А	235 - Г
156 - Г	176 - А	196 - Г	216 - В	236 - Г
157 - В	177 - В	197 - В	217 - Г	237 - Г
158 - В	178 - В	198 - Б	218 - Г	238 - В
159 - Б	179 - А	199 - В	219 - В	239 - Г
160 - Б	180 - Б	200 - А	220 - Б	240 - А
161 - В	181 - Г	201 - Г	221 - Б	241 - Г
162 - А	182 - Б	202 - Г	222 - Б	242 - Б
163 - А	183 - Б	203 - В	223 - В	243 - Г
164 - Г	184 - Б	204 - Б	224 - Г	244 - В
165 - В	185 - Б	205 - А	225 - Г	245 - Г
166 - Б	186 - В	206 - Б	226 - Г	246 - А
167 - Г	187 - Г	207 - Г	227 - В	247 - В
168 - В	188 - Г	208 - Г	228 - Г	248 - Б

169 - А	189 - Г	209 - В	229 - А	249 - Б
170 - Б	190 - Б	210 - А	230 - В	250 - Б

251 - В	271 - Д	291 - В	311 - Д	331 - Д
252 - Б	272 - А	292 - А	312 - А	332 - Д
253 - А	273 - Д	293 - В	313 - А	333 - В
254 - А	274 - А	294 - А	314 - Б	334 - В
255 - В	275 - Б	295 - Г	315 - А	335 - Г
256 - В	276 - Б	296 - А	316 - Г	336 - Д
257 - А	277 - В	297 - Б	317 - В	337 - А
258 - Д	278 - Д	298 - В	318 - А	338 - Д
259 - Г	279 - Д	299 - А	319 - В	339 - А
260 - Г	280 - Д	300 - Г	320 - Б	340 - А
261 - Д	281 - Д	301 - Д	321 - Д	341 - А
262 - А	282 - Д	302 - В	322 - Г	342 - Г
263 - Г	283 - А	303 - Г	323 - В	343 - А
264 - А	284 - Д	304 - Д	324 - В	344 - Г
265 - А	285 - А	305 - Г	325 - А	345 - А
266 - Г	286 - А	306 - Г	326 - Б	346 - Д
267 - А	287 - Б	307 - В	327 - Г	347 - Б
268 - А	288 - Г	308 - Д	328 - В	348 - Г
269 - Б	289 - А	309 - Б	329 - А	349 - Г
270 - Г	290 - Г	310 - Б	330 - Д	350 - А

351 - В	361 - Д	371 - Г	381 - Г	391 - Б
352 - Б	362 - В	372 - Д	382 - Г	392 - А
353 - Г	363 - В	373 - А	383 - Д	393 - А
354 - Д	364 - А	374 - А	384 - В	394 - Б
355 - Д	365 - В	375 - Д	385 - Б	395 - В
356 - Г	366 - В	376 - Г	386 - Д	396 - Г
357 - А	367 - Г	377 - Г	387 - Б	397 - Г
358 - А	368 - А	378 - В	388 - Д	398 - Д
359 - В	369 - А	379 - Г	389 - Б	399 - Д
360 - А	370 - Б	380 - В	390 - А	400 - А

401 - Г	411 - А	421 - В	431 - Г	441 - Б
402 - А	412 - А	422 - Б	432 - В	442 - Б
403 - А	413 - А	423 - В	433 - Д	443 - В
404 - В	414 - В	424 - А	434 - Г	444 - А
405 - В	415 - Г	425 - В	435 - А	445 - Д
406 - Д	416 - В	426 - Г	436 - Г	446 - Д
407 - В	417 - Б	427 - В	437 - Б	447 - Д
408 - Б	418 - В	428 - В	438 - А	448 - Г
409 - Г	419 - А	429 - А	439 - А	449 - А
410 - А	420 - В	430 - Б	440 - Д	450 - В

451 - А	461 - Д	471 - Д	481 - Г	491 - Д
452 - А	462 - Д	472 - Д	482 - Г	492 - А
453 - Б	463 - Д	473 - В	483 - Д	493 - Б

454 – А	464 – Б	474 – А	484 – В	494 – Г
455 – Б	465 – Д	475 – Д	485 – Д	495 – А
456 – А	466 – Д	476 – Г	486 – В	496 – В
457 – Б	467 – Б	477 – Д	487 – Д	497 – Б
458 – Б	468 – Г	478 – Д	488 – В	498 – Д
459 – Б	469 – Д	479 – В	489 – Б	499 – Г
460 – Д	470 – Д	480 – Б	490 – Г	500 – Г

501 - В	511 - Г	521 - Д	531 - В	541 - В
502 - Б	512 - В	522 - В	532 - Б	542 - Г
503 - В	513 - Г	523 - В	533 - Д	543 - Б
504 - Г	514 - В	524 - Б	534 - Г	544 - Д
505 - Д	515 - В	525 - А	535 - А	545 - Б
506 - Г	516 - Б	526 - А	536 - Г	546 - В
507 - Г	517 - Г	527 - Б	537 - Г	547 - Г
508 - Д	518 - Б	528 - А	538 - Г	548 - А
509 - В	519 - Б	529 - Г	539 - Д	459 - Г
510 - Г	520 - В	530 - Г	540 - Д	550 - А

551-А	561-Б	571-Б	581-Б	591-Б
552-Б	562-Д	572-В	582-Б	592-Б
553-Д	563-Б	573-Б	583-Б	593-Д
554-Д	564-Б	574-Б	584-Д	594-Б
555-Б	565-Б	575-Д	585-Д	595-Б
556-Д	566-А	576-Д	586-Б	596-Б
557- В	567-В	577-Д	587-Д	597-В
558-В	568-Б	578-Б	588-В	598-В
559-Д	569-Б	579-В	589-В	599-В
560-Б	570-В	580-В	590-Д	600-Б

601-В	611-Б	621-В	631-В	641-В
602-Б	612-А	622-Б	632-Б	642-А
603-В	613-Б	623-Д	633-В	643-Б
604-Б	614-Д	624-Б	634-Б	644-Д
605-Б	615-Д	625-Б	635-Б	645-Д
606-Д	616-Б	626-Б	636-Д	646-Б
607-Д	617-Б	627-В	637-Д	647-Д
608-Д	618-А	628-В	638-Д	648-В
609-В	619-Д	629-В	639-В	649-В
610-Б	620-В	630-Б	640-В	650-Д

651-Б	661-В	671-В	681-А	691-Б-
652-Б	662-Б	672-А	682-А	692-Д
653-Д	663-В	673-Г	683-Г	693-Б
654-Б	664-Б	674-А	684-А	694-А
655-Б	665-Б	675-Б	685-Б	695-Д

656-Б	666-Д	676-В	686-Б	696-Б
657-В	667-Д	677-Д	687-Д	697-Д
658-В	668-Д	678-А	688-Г	698-Б
659-Б	669-Б	679-А	689-А	699-Б
660-Б	670-Б	680-В	690-Д	700-Д

701-Б	711-Г	721-Д	731-А	741-Б
702-Б	712-Б	722-Г	732-Д	742-Г
703-Д	713-Б	723-В	733-А	743-В
704-Б	714-Б	724-А	734-А	744-В
705-Д	715-Г	725-Д	735-Г	745-Г
706-А	716-Г	726-А	736-В	746-В
707-Б	717-В	727-Д	737-В	747-В
708-А	718-А	728-А	738-В	748-Д
709-В	719-А	729-В	739-А	749-Д
710-А	720-Б	730-В	740-А	750-Д

751-Д	761-А	771-А	781 - Б	791 - Б
752-Б	762-А	772-А	782 - Д	792 - Д
753-А	763-А	773-А	783 - А	793 - Г
754-А	764-Г	774-В	784 - А	794 - В
755-Д	765-Б	775-В	785 - Б	795 - В
756-А	766-Б	776-В	786 - А	796 - А
757-Д	767-А	777-Д	787 - Г	797 - Б
758-В	768-Г	778-А	788 - В	798 - Г
759-В	769-Г	779-В	789 - А	799 - В
760-А	770-Д	780-Г	790 - В	800 - А

801 - Д	811 - А	821 - А	831 - Г	841 - Г
802 - Д	812 - А	822-В	832 - В	842 - Г
803 - Д	813 - Г	823-А	833 - Б	843 - В
804 - В	814 - А	824-Д	834 - В	844 - Г
805 - В	815 - Г	825-В	835 - Г	845 - В
806 - Г	816 - А	826-Д	836 - Д	846 - В
807 - Д	817 - Д	827-Г	837 - Г	847 - В
808 - А	818 - Б	828-В	838 - Г	848 - Г
809 - Д	819 - Г	829-Г	839 - Д	849 - В
810 - А	820 - Г	830-В	840 - В	850 - В

851 - В	861 - Г	871 - Д	881 - А	891-Б
852 - Д	862 - В	872 - В	882-А	892-Б
853 - В	863 - В	873 - Г	883-В	893-Д
854 - В	864 - Д	874 - В	884-Д	894-Б
855 - В	865 - Г	875 - Д	885-Д	895-Б
856 - А	866 - А	876 - В	886-В	896-Б

857 - А	867 - Г	877 - В	887-Д	897-А
858 - Б	868 - Г	878 - Г	888-В	898-В
859 - А	869 - Г	879 - А	889-В	899-Б
860 - Г	870 - Д	880 - Г	890-Д	900-Б

901-В	911-Б	921 – Г	931 - Г	941 – Д
902-Д	912 – В	922 – Д	932 – Д	942 – Д
903-Б	913 – Б	923 – А	933 – А	943 – Д
904-Д	914 – А	924 – Г	934 – Д	944 – А
905-Б	915 – А	925 – А	935 – А	945 – Д
906-Г	916 – В	926 – А	936 – Б	946 – А
907-А	917 – В	927 – Г	937 – Б	947 – А
908-А	918 – А	928 – А	938 – В	948 – Б
909-А	919 – Д	929 - А	939 – Д	949 – Г
910-Г	920 – Г	930 – Б	940 – Д	950 – А

951 - Г	961 – А	971 – Б	981-В	991-В
952 – В	962 – Г	972 - Б	982-Г	992-А
953 – А	963 – Д	973 – Д	983-В	993-Б
954 – В	964 – В	974 – А	984-В	994-А
955 – А	965 – Г	975 – А	985-Б	995-Б
956 – Г	966 – Д	976 – Б	986-А	996-А
957 – А	967 – Г	977 – А	987-Д	997-Д
958 – Б	968 – Г	978 – Г	988-Г	998-Г
959 – Б	969 – В	979 – В	989-Г	999-Г
960 – В	970 – Д	980 – В	990-В	1000-В

3.2 Вопросы собеседования

1. Преимущества современных методов лучевого исследования (УЗИ, КТ, МРТ, радиоизотопное исследование) перед рентгенологическим.
2. Использование рентгенологического метода в травматологии, ортопедии, торакальной хирургии.
3. Особенности использования ультразвуковой диагностики в детской хирургии.
4. Преимущества УЗИ перед другими методами лучевой диагностики.
5. Использование компьютерной томографии в современной детской хирургии как одного из наиболее информативных и малоинвазивных методов исследования.
6. Использование радиоизотопного метода исследования в диагностике различных хирургических заболеваний у детей.
7. Обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости. Техника выполнения в зависимости от возраста.
8. Алгоритм оценки обзорной рентгенографии органов грудной клетки у детей.
9. Рентгеноконтрастные методы исследования.

10. Экскреторная урография.
11. Антеградная и ретроградная пиелография.
12. Цистография.
13. Уретрография (восходящая, нисходящая).
14. Ирригография.
15. Бронхография.
16. Ангиопульмонография.
17. Диагностический пневмоторакс.
18. Медиасинография.
19. Использование эксцизионной биопсии в детской хирургии.
20. Использование инцизионной биопсии в детской хирургии.
21. Использование пункционной биопсии в детской хирургии.
22. Острая кишечная непроходимость у грудных детей. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Роль педиатра в ранней диагностике. Лечение в стационаре.
23. Синдром портальной гипертензии у детей. Этиология. Патогенез. Современные методы диагностики. Клиника. Первая помощь при желудочном кровотечении. Методы консервативного лечения. Показания к операции.
24. Повреждения селезёнки у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Органосохраняющие операции у детей.
25. Паховые грыжи у детей. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Сроки и способы оперативного лечения.
26. Острый эпифизарный остеомиелит у детей. Профилактика заболевания. Ранняя диагностика, тактика педиатра, осложнения. Клиника. Лечение. Последствия эпифизарного остеомиелита. Реабилитация детей, перенесших эпифизарный остеомиелит.
27. Пороки развития и хирургические заболевания новорождённых, проявляющиеся острой дыхательной недостаточностью. Механизм нарушения дыхания. Методы обследования. Организация транспортировки. Показания к оперативному лечению. Интенсивная терапия.
28. Перитонит у новорожденных. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика педиатра и хирурга. Осложнения. Особенности перитонита у недоношенных детей.
29. Заболевания пупка у новорожденного. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к консервативному и оперативному лечению. Осложнения.
30. Клинические проявления заболеваний и пороков развития пищевода (халазия, ахалазия, болезнь Баррета, синдром Меллори-Вейса).
31. Деструктивные пневмонии у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения. Неотложная помощь. Интенсивная терапия. Реабилитация.
32. Синдром острой боли в животе и рвоты у детей. Причины. Врачебная тактика. Диагностика. Значение специальных методов исследования.
33. Дермоидные кисты и тератомы. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
34. Рецидивирующая кишечная инвагинация у детей. Причины. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Особенности лечения. Осложнения.
35. Острая дыхательная недостаточность у новорождённых при пороках развития диафрагмы. Механизм нарушения дыхания. Клиника. Диагностика. Диафрагмальные грыжи у новорождённых. Дифференциальная диагностика. Организация транспортировки в хирургическое отделение. Осложнения, интенсивная терапия и причины летальных исходов.
36. Поздняя спаечная непроходимость. Спаечная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Особенности лечения. Осложнения. Лечение.
37. Закрытая травма живота. Классификация и клиника повреждений паренхиматозных органов. Диагностика. Лечение, неотложная помощь, показания к операции.
38. Приобретённые виды непроходимости у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Роль врача неотложной помощи. Принципы лечения.

39. Закрытая травма живота. Повреждение полых органов брюшной полости. Механизм травмы. Неотложная помощь. Клиника. Диагностика. Лечение.
40. Синдром Ледда. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Тактика педиатра при мелене и при рецидивирующих болях в животе.
41. Острый аппендицит у детей раннего возраста. Этиология. Особенности клиники. Диагностика. Осложнения. Лечение.
42. Врожденная низкая кишечная непроходимость. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Рентгенологическое обследование. Врачебная тактика в роддомах. Основные принципы своевременной диагностики низкой непроходимости. Осложнения.
43. Острый аппендицит у детей школьного возраста. Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Дооперационные осложнения. Причины диагностических ошибок у педиатров.
44. Врожденная высокая непроходимость у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Ранняя диагностика у новорожденных. Правила рентгенологического обследования. Врачебная тактика. Способы оперативной коррекции порока. Диспансерное наблюдение.
45. Дифференциальный диагноз острого аппендицита у детей. Тактика педиатра при подозрении на аппендицит.
46. Осложнения острого аппендицита у детей. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Методы исследования и лечения.
47. Ущемленные паховые грыжи у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Лечение. Осложнения (ранние и поздние). Принципы операции.
48. Перитониты у детей. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника, врачебная тактика. Диагностика. Осложнения. Лечение.
49. Аномалии развития урахуса и желточного протока. Клинические формы. Осложнения. Диагностика. Сроки и методы лечения. Тактика врача-педиатра при длительно незаживающей пупочной ранке.
50. Первичные перитониты у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника врачебная тактика. Диагностика. Осложнения. Лечение. Показания к консервативному и оперативному лечению.
51. Дивертикул Меккеля у детей. Этиология. Классификация. Осложнения. Принципы лечения.
52. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника. Диагностика. Тактика. Лечение.
53. Флегмона кисти. Причины. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Реабилитация.
54. Пороки развития периферических сосудов (синдром Клипель-Треноне, артерио-венозные свищи, флебэктазии). Клиника. Диагностика. Показания к операции. Осложнения.
55. Острый гематогенный диафизарный остеомиелит у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Особенности течения, дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Реабилитация. Роль педиатра в своевременной диагностике.
56. Пупочные грыжи у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Осложнения. Показания к консервативному лечению. Сроки оперативного лечения.
57. Острые кишечные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы неотложной помощи. Тактика педиатра. Патогенетическое лечение.
58. Грыжи передней брюшной стенки у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Сроки и методы лечения.
59. Диафрагмальные грыжи у новорожденных. Дифференциальная диагностика. Организация транспортировки в хирургическое отделение. Осложнения, причины летальных исходов.
60. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
61. Диафрагмальные грыжи с асфиктическим ущемлением у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Особенности транспортировки. Оперативное лечение.
62. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (флегмона новорожденных, мастит, лимфаденит, парапроктит). Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения, требующие

- интенсивной терапии, ее принципы. Роль педиатра в ранней диагностике гнойных заболеваний у детей.
63. Пилоростеноз и пилороспазм у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика при рвотах. Лечение. Осложнения.
 64. Инвагинация кишечника у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Дифференциальная диагностика. Методы и сроки оперативного лечения. Осложнения.
 65. Пороки развития пищевода (атрезия, стенозы). Этиология. Патогенез. Клиника, ранняя диагностика. Роль педиатра в своевременной постановке диагноза порока и подготовке к операции. Помощь на догоспитальном этапе. Принципы лечения и ведения детей при этапном лечении.
 66. Некротическая флегмона у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика педиатра в отделении новорожденных, на участке при подозрении на флегмону. Осложнения, в том числе, тактика интенсивной терапии. Лечение.
 67. Диафрагмальные грыжи у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Принципы оперативного лечения.
 68. Динамическая кишечная непроходимость у детей. Этиология. Патогенез. Виды. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
 69. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Роль участкового педиатра в своевременной диагностике пилоростеноза. Методика операции, осложнения во время нее.
 70. Аденофлегмоны шеи. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к оперативному и консервативному лечению. Обезболивание при операциях.
 71. Грыжи пупочного канатика. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика педиатра в роддоме. Показания к консервативному и оперативному методам лечения.
 72. Перитонит у новорожденных. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика педиатра и хирурга. Осложнения. Особенности перитонита у недоношенных детей.
 73. Пороки ротации и фиксации “средней кишки” у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика в роддоме. Осложнения. Лечение.
 74. Острый аппендицит у детей дошкольного возраста. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
 75. Клинические особенности ущемленных паховых грыж у детей и взрослых, современная диагностика и врачебная тактика.
 76. Различия клинической картины перитонитов у детей и взрослых, особенности врачебной тактики.
 77. Клинические особенности первичных перитонитов у детей в зависимости от возраста, врачебная тактика.
 78. Переломы и вывихи пальцев кисти. Виды. Клиника. Диагностика. Показания к оперативному лечению.
 79. Сочетанные и множественные травмы у детей. Последовательность диагностических мероприятий, лечебных манипуляций. Особенности травматического шока у детей. Принципы лечения.
 80. Травма позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Консервативное лечение. Роль ЛФК при повреждениях позвоночника. Реабилитация детей.
 81. Переломы в локтевом суставе у детей. Виды. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
 82. Черепно-мозговая травма у детей. Диагностика. Лечение. Последствия черепно-мозговой травмы. Принципы диспансерного наблюдения.
 83. Сотрясение головного мозга. Диагностика. Лечение.
 84. Ушиб головного мозга. Переломы костей основания черепа. Эпидуральная и субдуральная гематомы. Осложнения. Лечение.
 85. Вывихи костей предплечья в локтевом суставе. Виды. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.

86. Переломы костей таза у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
87. Осложненные переломы костей таза. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному лечению.
88. Повреждения мягких тканей у детей. Способы обработки ран. Осложнения. Лечение инфицированных ран. Особенности ран лица и их обработка.
89. Акушерские переломы ключицы и другие натальные травмы, сопутствующие перелому ключицы. Клиника. Диагностика. Лечение.
90. Особенности переломов у детей. Типичные переломы. Особенности иммобилизации и обезболивания. Значения ЛФК при травматических повреждениях костей и суставов у детей.
91. Эпифизиолиты и остеоэпифизиолиты костей у детей. Клиника. Диагностика. Лечение. Родовой эпифизиолит плеча. Клиника. Диагностика. Лечение.
92. Переломы верхней трети плечевой кости у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
93. Переломы нижнего конца плечевой кости у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Особенности лечения.
94. Диафизарные переломы костей предплечья. Клиника. Диагностика. Лечение.
95. Эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы дистального отдела костей предплечья. Клиника. Диагностика. Лечение.
96. Повреждения Монтеджа. Клиника. Диагностика. Тактика в остром периоде и при обнаружении неблагоприятных последствий. Меры профилактики осложнений. Лечение.
97. Подвывих головки лучевой кости у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
98. Переломы бедра у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Первая помощь. Показания к оперативному лечению. 22. Акушерские переломы бедра. Клиника. Диагностика. Особенности лечения.
99. Переломы костей голени у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
100. Переломы пяточной кости у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
101. Переломы таранной кости у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
102. Переломы плюсневых костей и фаланг пальцев стопы у детей.
103. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика.
104. Болезнь Гиршпрунга. Показания к наложению противоестественного заднего прохода.
105. Принципы консервативного ведения и хирургического лечения болезни Гиршпрунга. Осложнения до и после операции. Диспансерное наблюдение.
106. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
107. Лечение болезни Гиршпрунга у новорожденных. Показания к наложению противоестественного заднего прохода. Принципы ведения детей с противоестественным задним проходом.
108. Болезнь Гиршпрунга. Классификация.
109. Пороки развития прямой кишки. Этиология. Классификация. Клиника.
110. Тактика врач-педиатра при разных формах пороков развития прямой кишки. Особенности диагностики порока в роддоме.
111. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Клиника. Диагностика.
112. Врачебная тактика при кровотечениях из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Дифференциальная диагностика. .
113. Пороки развития анального отверстия. Этиология. Клиника. Диагностика.
114. Роль врача-педиатра при пороках развития анального отверстия. Сроки и методы лечения.

3.3. Алгоритмы практических навыков:

- пункция гнойного очага;
- инстилляционная мочевого пузыря;
- наложение повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожножировой клетчатки;
- наложение повязки при заболеваниях мышц;
- наложение иммобилизационной повязки при переломах костей;
- наложение шины при переломах костей;

- наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов;
- наложение повязки при ранении (повреждении) сосудов;
- наложение повязки на послеоперационные раны;
- удаление поверхностного инородного тела;
- вскрытие панариция;
- сшивание кожи подкожножировой клетчатки;
- вскрытие фурункула (карбункула);
- вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса);
- закрытая коррекция отдельного эпифиза;
- обработка места открытого перелома;
- репозиция отломков костей при переломах;
- вправление вывиха суставов;
- аппликационная, инфильтрационная и проводниковая местная анестезия;
- катетеризация мочевого пузыря;
- пункция суставов;
- наложение жгута при кровотечении;
- наложение гипсовых повязок;
- наложение кожных швов;
- снятие кожных швов.

3.4. Ситуационные задачи

Задача № 1

Описание: ребёнок 10 лет предъявляет жалобы на слабо выраженную боль в области ногтевой фаланги II пальца правой кисти. Местно: отёчность и нависание околоногтевого валика над ногтевой пластинкой, пальпация околоногтевого валика болезненна. Пассивные и активные движения в пальце не нарушены. Рентгенография пальца в двух стандартных проекциях – деструктивных изменений костной структуры фаланг пальца не выявлено.

Вопросы по задаче: поставить клинический диагноз; определить методы лечения.

Ответ: диагноз: паронихия II пальца правой кисти. Лечение консервативное: УВЧ-терапия, местно аппликации с раствором димексида или с синтомициновой эмульсией.

Задача № 2

Описание: ребёнок 13 лет предъявляет жалобы на сильную пульсирующую боль в кончике I пальца левой кисти. Говорит, что из-за боли не может спать. Температура тела – 38,6⁰. Местно: отёк первого пальца, более выраженный в области ногтевой фаланги. Кожа пальца гиперемирована. При ощупывании пальца выявляется умеренная болезненность, значительная – в области кончика пальца. Палец в вынужденном положении – прямой; однако движения в суставах сохранены, но умеренно болезненны. При пальпации пальца феномен зыбления мягких тканей не выявляется. Рентгенография пальца в двух стандартных проекциях – деструктивных изменений костной структуры фаланг пальца не выявлено. УЗИ: отёк мягких тканей концевой фаланги.

Вопросы по задаче: поставить клинический диагноз; определить методы лечения.

Ответ: диагноз: подкожный панариций I пальца левой кисти. Лечение консервативное: антибактериальные препараты широкого спектра действия, УВЧ-терапия, местно аппликации с раствором димексида или с синтомициновой эмульсией. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 1-2-х суток, показано направление в специализированный детский стационар для оперативного лечения.

Задача № 3

Описание: у ребёнка 5 лет отмечены увеличение и болезненность лимфатических узлов подмышечной области. Температура тела – 37,5-38⁰. Родители указывают на тот факт, что у ребёнка ухудшился аппетит. При пальпации подмышечной области определяются плотные, резко болезненные лимфоузлы, отграниченные от окружающих тканей. Кожа подмышечной области гиперемирована, местная температура повышена.

Вопросы по задаче: поставить клинический диагноз; определить методы лечения.

Ответ: диагноз: подмышечный лимфаденит. Лечение консервативное: антибактериальная терапия, УВЧ, местно аппликации с раствором димексида, обильное питьё.

Задача № 4

Описание: ребёнок 11 лет жалуется на боль при жевании пищи, припухлость мягких тканей около уха. Местно: в правой околоушной области определяется припухлость мягких тканей без чётких границ, кожа над ней слегка гиперемирована. При ощупывании припухлость плотная, умеренно болезненная.

Вопросы по задаче: поставить клинический диагноз; определить методы лечения.

Ответ: диагноз: правосторонний паротит. Лечение консервативное: местно - сухое тепло, антибактериальная терапия, УВЧ-терапия.

Задача № 5

Описание: мальчик 13 лет предъявляет жалобы на чувство жжения и зуда в области головки полового члена, болезненность. При визуальном осмотре выявляется отёчность крайней плоти, гиперемия ствола и головки полового члена, из препуциального мешка – скудное гнойное отделяемое.

Вопросы по задаче: поставить клинический диагноз; определить методы лечения.

Ответ: диагноз: баланопостит. Лечение консервативное: тёплые ванночки с мыльным раствором (2-3 раза в день), обработка кожи крайней плоти и головки полового члена 5-10% синтомициновой эмульсией.

Задача № 6

Описание: мальчик 3 лет поступил с жалобами на боли внизу живота, температуру до 39. Заболел остро сутки назад. Заболевание началось с болей в животе, дважды была рвота. Сегодня присоединился частый жидкий стул со слизью и с тенезмами. Мочится с болями, часто и понемногу.

Вопросы по задаче:

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Что позволяет подтвердить диагноз?
3. Диагноз каких заболеваний ошибочно устанавливают при такой клинической картине?
4. Как провести дифференциальный диагноз?
5. Какой оперативный доступ используется в данном случае

Ответ:

1. У ребёнка тазовый аппендицит.
2. Основной приём дифференциальной диагностики - ректальное пальцевое исследование.
3. Обычно устанавливают ошибочные диагнозы острой дизентерии или острого цистита.
4. Для острой дизентерии и острого цистита не характерен высокий, как при тазовом аппендиците, лейкоцитоз. При остром цистите - выраженная лейкоцитурия, не характерная для тазового аппендицита. Сочетание частого и болезненного мочеиспускания и частого жидкого стула не характерно ни для дизентерии, ни для цистита, оно встречается только при воспалительном процессе в полости малого таза.
5. Доступ МакБурнея-Волковича-Дьяконова.

Задача № 7

Описание: у новорожденного с первых минут после рождения отмечено обильное выделение изо рта и носа вспененной слюны.

Вопросы по задаче:

1. О каком пороке развития у новорождённого следует прежде всего подумать?
2. Как его исключить или подтвердить?
3. Чем грозит несвоевременное установление диагноза и непринятие мер по его адекватному лечению?
4. По каким признакам можно заподозрить порок, если не принят во внимание указанный выше признак?
5. Каковы действия врача родильного дома по установлению диагноза порока?
6. Принципы лечения порока?

Ответ:

1. Нужно подумать об атрезии пищевода.
2. Подтвердить или исключить его можно попыткой введения зонда в желудок.
3. Развитием и быстрым прогрессированием аспирационной пневмонии.
4. Быстрым нарастанием количества влажных хрипов в лёгких и эпизодами аспирации при попытке прикладывания ребёнка к груди.
5. Перевод ребёнка в детское хирургическое отделение. До перевода необходимо принять меры по предотвращению аспирации слюны в дыхательные пути -организовать отсасывание слюны и слизи из полости рта и глотки через каждые 15 минут, продолжать это и в период транспортировки, потому она должна осуществляться медсестрой или врачом. С ребёнком нужно направить выписку из истории родов, согласие матери на операцию и справку о рождении.
6. При поступлении в детское хирургическое отделение ребёнку проводится рентгенологическое исследование пищевода с контрастом для определения уровня атрезии и наличия трахеопищеводного свища. Проводится предоперационная подготовка, направленная на профилактику аспирации и лечение аспирационной пневмонии, парентеральное питание. Вид операции зависит от характера порока. В большинстве случаев она заключается в правосторонней экстраплевральной торакотомии, перевязке и пересечении нижнего трахеопищеводного свища, наложении прямого анастомоза между концами пищевода. При большом диастазе между ними и невозможности наложить прямой анастомоз накладывается шейная эзофагостома и гастростома. В последующем проводится пластика пищевода сегментом кишки.

Задача № 8

Описание: у ребёнка 5 месяцев ночью внезапно появились приступы двигательного беспокойства, сопровождавшиеся резким пронзительным криком с рвотой на высоте приступа. К утру приступы стали реже, но был жидкий кровавый стул. Родители обратились в поликлинику через 8 часов от начала заболевания. В правом подреберье педиатр нащупал очень подвижное, слегка болезненное опухолевидное образование размерами 3x2 см.

Вопросы по задаче:

1. Ваш диагноз?
2. На основании каких признаков Вы его ставите, достаточно ли их наличие для установления диагноза?
3. Тактика врача-педиатра поликлиники.
4. Какова тактика лечения?
5. Показания к оперативному лечению
6. Суть оперативных вмешательств.

Ответ:

1. Инвагинация кишечника, стадия сформировавшегося инвагината.

2. При описанной клинической картине диагноз не вызывает сомнений. Имеются 2 безусловных признака инвагинации: с-м «малинового желе» и пальпируемый инфильтрат. Никаких диагностических и лечебных мероприятий в поликлинике не должно производиться.
3. Больной подлежит срочной госпитализации в детский хирургический стационар.
4. В начальной стадии и стадии сформировавшегося инвагината лечение заключается в дезинвагинации, которую производят под наркозом воздушной клизмой под контролем УЗИ или лапароскопа, а при невозможности - под контролем рентгеновского экрана.
5. Показания к операции: осложнения, безуспешность консервативной дезинвагинации, неясность анамнеза, возраст старше 1 года, выпадение инвагината из прямой кишки.
6. При неосложненной инвагинации - дезинвагинация, при осложнениях - резекция кишки с инвагинатом.

Задача № 9

Описание: у ребёнка 2 недели, находящегося в детском отделении по поводу стафилококковой пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки - притупление. Дыхание слева не проводится.

Вопросы по задаче:

1. О каком осложнении пневмонии идёт речь?
2. Какие методы дополнительного исследования необходимы для его подтверждения?
3. Какие их результаты следует ожидать?
4. Транспортабелен ли ребёнок с этим осложнением из района области?
5. В чём заключается экстренная помощь?
6. Какова тактика дальнейшего лечения ребёнка?

Ответ:

1. Речь идёт о деструктивной пневмонии, осложнённой напряжённым пиопневмотораксом.
2. Наличие осложнения подтверждается обзорной рентгенограммой грудной клетки в 2 проекциях.
3. На рентгенограмме будет виден широкий горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, поджатое к корню лёгкое, воздух снаружи от него, смещение средостения в противоположную сторону.
4. Нетранспортабелен до оказания адекватной хирургической помощи.
5. Она заключается в проведении экстренного торакоцентеза с установлением в плевральную полость трубчатого перфорированного дренажа с подключением его к системе пассивного подводного дренирования по Бюлау.
6. В дальнейшем продолжается комплексное интенсивное лечение деструктивной пневмонии. После прекращения поступления по дренажу гноя и воздуха и расправления лёгкого по рентгенограмме, дренаж пережимается, через сутки повторяется рентгенограмма - если лёгкое при этом осталось расправленным, то дренаж удаляют.

Задача № 10

Описание: девочка в возрасте 2 недель заболела остро. Вчера появилось беспокойство, температура тела поднялась до 39 градусов, исчез аппетит. Обе молочные железы увеличены в размерах до 2.5 см в диаметре, плотные. Увеличение и уплотнение желёз отмечается в течение недели. 2 дня назад знакомая медицинская сестра пыталась выдавить из желёз молозиво, ей удалось его получить из обеих желёз. Вчера в нижней полуокружности правой молочной железы появилась гиперемия кожи и припухлость. Мать обратилась к врачу на следующий день, при этом врач выявил в зоне поражения флюктуацию.

Вопросы по задаче:

1. Ваш диагноз?
2. С чем связано увеличение молочных желёз у ребёнка?

3. С чем связано возникшее осложнение?
4. Каков объем лечения?
5. Нуждается ли ребёнок в стационарном лечении?
6. Чем опасно промедление с хирургическим лечением?»

Ответ:

1. Острый гнойный мастит новорожденного.
2. Это физиологическое нагрубание молочных желёз при так называемом "половом кризе" у новорожденных детей, наступающем на 3 неделе жизни.
3. С гематогенным или контактным инфицированием желез, а также её травмированием при попытках выдавливать молозиво, которые не следует предпринимать.
4. Лечение заключается в возможно раннем вскрытии и дренировании гнойника разрезом в секторальном направлении, назначении антибактериального и физиотерапевтического лечения.
5. Лечение проводится в хирургическом отделении.
6. Кроме опасности генерализации гнойного процесса, к которому склонны новорожденные дети, промедление с разрезом у девочек может привести к гнойной деструкции молочного зачатка железы и его гибели, что заканчивается в последующем неразвитием железы у женщин.

Задача № 11

Описание: ребёнок 4 лет упал с высокого стула на груды пластмассовых игрушек, лежащих на полу. После падения стал жаловаться на незначительную боль в области левой ключицы. За медицинской помощью родители ребенка обратились в детский травмпункт.

Осмотрен врачом: в области левой ключицы незначительная припухлость мягких тканей, форма ключицы не изменена, движения в левой руке сохранены, однако ограничено ее отведение выше уровня надплечья. При пальпации отмечается болезненность в средней трети левой ключицы.

На рентгенограмме левой ключицы грубых травматических повреждений кости не выявляется.

Вопросы по задаче: какова тактика дальнейшего обследования с целью уточнения диагноза?

Ответ: производят сравнительную рентгенографию обеих ключиц, что позволит уточнить диагноз: поднадкостничный перелом или ушиб ключицы.

Задача № 12

Описание: девочка 13 лет во время тренировки в спортивной секции выполняла кувырок и при падении почувствовала боль в спине, при этом была кратковременная задержка дыхания. На следующий день обратилась в детский травмпункт с жалобами на боли в спине.

Осмотр больной: девочка сидит неестественно прямо, несколько откинув назад голову и корпус. Выявляется незначительная сколиотическая деформация грудного отдела позвоночника.

Вопросы по задаче: ваш предварительный диагноз? План обследования и лечения?

Ответ: диагноз: подозрение на компрессионный перелом позвоночника. Показана рентгенография позвоночника в двух проекциях. Необходима госпитализация в специализированный детский стационар.

Задача № 13

Описание: девочка 11 лет упала с ледяной горки на ягодицы, в момент травмы отмечена сильная боль в области копчика. В последующем стала предъявлять жалобы на умеренные боли в копчике, усиливающиеся при сидении.

Осмотр больной: в области копчика определяется ограниченная припухлость, болезненная при пальпации. Кожа над припухлостью не изменена. При попытке сесть на стул девочка сразу же встает из-за усиления боли в области копчика.

Рентгенография копчика: определяется нарушение соотношения в крестцово-копчиковом

сочленении с умеренным смещением копчика кпереди, костная структура крестца и копчика не изменена.

Вопросы по задаче: ваш диагноз, тактика лечения?

Ответ: диагноз: закрытый вывих копчика. Лечение — постельный режим на животе сроком 2 нед.

Задача № 14

Описание: мальчик 13 лет во время автомобильной аварии ударился правым плечом. После происшествия пострадавший стал жаловаться на боль в плече, деформацию последнего. Осмотрен врачом травматологом в приемном отделении детского хирургического стационара: в средней трети левого плеча определяется углообразная деформация, попытка активных и пассивных движений рукой вызывает резкое усиление боли в травмированном плече, пальпация плеча на вершине деформации очень болезненна.

Вопросы по задаче: ваш диагноз, план обследования и лечения?

Ответ: диагноз: закрытый перелом диафиза левой плечевой кости в средней трети. Показана рентгенография левого плеча в прямой и боковой проекциях. Лечение: закрытая ручная репозиция, иммобилизация верхней конечности гипсовой лонгетой от основания пальцев до здоровой лопатки.

Задача № 15

Описание: во время бега мальчик 12 лет упал на разогнутую руку и почувствовал резкую боль в области локтевого сустава, также возникла выраженная деформация данного сустава. Осмотр пострадавшего: ребенок поддерживает травмированную верхнюю конечность здоровой рукой, движения ограничены, болезненны. Определяется деформация локтевого сустава, пальпация области локтевого сустава резко болезненна.

Вопросы по задаче: Вы врач скорой помощи, ваш предварительный диагноз и объем неотложной помощи на догоспитальном этапе?

Ответ: диагноз: подозрение на закрытый чрезмышелковый перелом правой плечевой кости или травматический вывих костей предплечья. Необходимо проверить сохранность пульса и чувствительности. Травмированную конечность следует иммобилизовать транспортной шиной, ввести обезболивающие препараты. Показана госпитализация в специализированный детский хирургический стационар. Лечение: после предварительной диагностической рентгенографии показаны репозиция перелома или вправление вывиха под общим обезболиванием.

Название рефератов/докладов

1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости. Техника выполнения в зависимости от возраста.
2. Алгоритм оценки обзорной рентгенографии органов грудной клетки у детей.
3. Рентгеноконтрастные методы исследования.
4. Экскреторная урография.
5. Антеградная и ретроградная пиелография.
6. Цистография.
7. Уретрография (восходящая, нисходящая).
8. Ирригография.
9. Бронхография.
10. Ангиопульмонография.

11. Диагностический пневмоторакс.
12. Медиасинография.
13. Ультразвуковая эхолокация.
15. Компьютерная и магнитно-резонансная томография. Принципы метода. Значение для педиатрической практики.
16. Ценность КТ–исследования при заболеваниях и пороках развития органов грудной и брюшной полости.
17. Возможности эндоскопического метода. Показания.
18. Бронхоскопия. ФГС и ФГДС.
19. Цистоскопия.
20. Пиелоскопия.
21. Колоноскопия.
22. Ректороманоскопия. Техника выполнения.
23. Значение эндоскопических методов исследования в своевременной диагностике заболеваний желудочно–кишечного тракта и патологии бронхолегочной системы.
24. Паховые грыжи. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к операции. Техника операции у мальчиков до и после 5-и лет. Особенности операции у девочек.
25. Водянка оболочек яичка. Киста элементов семенного канатика. Классификация, клиника. Дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению.
26. Пупочная грыжа, грыжа белой линии живота. Эмбриогенез. Клиника и диагностика. Методы лечения.
27. Бедренные грыжи. Эмбриогенез, клиника и диагностика. Показания к операции. Техника операции.
28. Гемангиомы, лимфангиомы, пигментные пятна.
29. Папиллома, дермоидные кисты, мезенхимальные опухоли. Эмбриогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы лечения.
30. Этиология и патогенез острого аппендицита у детей. Зависимость заболевания от возраста и сезонности года. 8. Частота деструктивных форм аппендицита у детей в зависимости от продолжительности заболевания и возраста больного.
31. Клиническая картина при «типичном» расположении отростка и ее особенности при ретроцекальном, тазовом, подпечёночном, левостороннем расположении, сформировавшемся аппендикулярном инфильтрате.
32. Клиническая картина острого аппендицита и особенности осмотра ребёнка в возрасте до 3-х лет.
33. Острый аппендицит у новорожденных и грудных детей. Дифференциальный диагноз. Лечение.
34. Частота осложнения острого аппендицита перитонитом. Классификация. Клиническая картина разлитого аппендикулярного перитонита. Дифференциальная диагностика.
35. Причины осложнения послеоперационного периода по поводу острого аппендицита. Характер основных хирургических осложнений: Клиническая картина осложнений. Выбор метода лечения осложнений.
36. Динамическая непроходимость кишечника. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
37. Спаечная непроходимость кишечника. Причины возникновения. Клиника. Консервативное и оперативное лечение.
38. Инвагинация кишечника. Особенности клиники в зависимости от формы и давности заболевания. Дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Оперативное лечение.
39. Клиника, диагностика, хирургическая тактика проникающих повреждений органов брюшной полости.
40. Клиника, диагностика, хирургическая тактика тупой травмы живота с повреждением внутренних органов.

41. Инородные тела пищевода и желудка. Клиника. Значение ФГДС–диагностики. Методы лечения.
42. Повреждения сердца при проникающем ранении. Клиника повреждений, диагностика, хирургическое лечение.
43. Пороки развития легких и бронхов. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению. Методы операции.
44. Острая деструктивная пневмония (ОДП). Клиника, диагностика, методы лечения.
45. Медиастиниты. Перикардиты. Клиника и диагностика. Показание к оперативному лечению. Методы дренирования средостения.
46. Расщепление грудины. Диагностика и оперативное лечение.
47. Диафрагмальные грыжи. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.
48. Внутригоспитальная инфекция. Профилактика госпитальной инфекции.
49. Хирургический сепсис. Классификация. Принципы и методы лечения сепсиса.
50. Панариций. Флегмона кисти. Диагностика. Оперативное лечение.
51. Острый гематогенный остеомиелит. Клиника. Особенности клиники у детей первого года жизни. Диагностика. Оперативное лечение.
52. Хронический остеомиелит. Клиника и дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению и техника операции.
53. Первично-хронические формы остеомиелита: склерозирующий, альбуминозный, абсцесс Броди. Методы лечения.
54. Закрытая черепно-мозговая травма. Классификация. Методы диагностики. Показания к экстренному оперативному лечению.
55. Особенности перелома ключицы у детей раннего возраста. Клиника. Консервативное лечение (особенности иммобилизации). Показания к оперативному лечению.
56. Классификация и клиника вывиха головки плечевой кости. Техника закрытой репозиции. Показания к оперативному лечению.
57. Перелом локтевой кости в сочетании с вывихом головки луча (повреждения Монтеджи). Клиника. Диагностика. Техника закрытой репозиции. Показания к оперативному лечению.
58. Переломы костей запястья. Клиническая картина. Лечение.
59. Переломы пястных костей. Клиническая картина. Лечение.
60. Переломы фаланг пальцев. Клиника. Лечение. Показание к срочной операции.
61. Переломы шейки бедренной кости. Клиническая картина. Лечение.
62. Переломы верхнего эпиметафиза большеберцовой кости. Клиническая картина. Лечение.
63. Переломы нижнего эпиметафиза костей голени. Клиника. Лечение.
64. Переломы пяточной кости. Клиническая картина. Лечение.
65. Компрессионные переломы позвоночника у детей. Лечение неосложнённых компрессионных переломов позвоночника.
66. Перелом и вывих копчика. Показания к оперативному лечению.
67. Механогенез политравмы. Критерии оценки тяжести состояния.
68. Лечебно-диагностическая программа при отдельных видах политравмы в стационаре.
69. Компрессионно-дистракционный остеосинтез при политравме.
70. Микрохирургические операции при повреждениях и отрывах конечностей.
71. Мегаколон. Этиология, патогенез, клиника, классификация. Консервативное лечение. Оперативное лечение.
72. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, клиника, классификация. Консервативное лечение. Оперативное лечение.
73. Острый парапроктит. Классификация, клиника, диагностика, консервативное лечение. Оперативное лечение.
74. Хронический парапроктит. Классификация, клиника, диагностика, консервативное лечение. Оперативное лечение.

75. Неспецифический язвенный колит. Этиология. Патогенез. Клиническая диагностика. Тактика лечения.
76. Выпадение прямой кишки. Этиология. Патогенез. Клиническая диагностика. Тактика лечения.
77. Полипы и полипоз толстой кишки. Этиология. Патогенез. Клиническая диагностика. Тактика лечения.
78. Эпителиальный копчиковый ход (погружение). Этиология. Патогенез. Клиническая диагностика. Тактика лечения.
79. Атрезии и врождённые сужения (стенозы) заднего прохода. Этиология. Патогенез. Клиническая диагностика. Тактика лечения.
80. Эктопия анального отверстия. Этиология. Патогенез. Клиническая диагностика. Тактика лечения.
81. Врождённый свищ при нормально функционирующем анусе. Этиология. Патогенез. Клиническая диагностика. Тактика лечения.
82. Персистирующая клоака. Этиология. Патогенез. Клиническая диагностика. Тактика лечения.