

## **Вопросы с вариантами ответов по специальности «Детская хирургия» (Высшая категория) для аттестации**

**Купить базу вопросов с ответами можно здесь:**  
[https://medik-akkreditacia.ru/product/detskii\\_hirurg/](https://medik-akkreditacia.ru/product/detskii_hirurg/)

### **Полезные ссылки:**

- 1) Тесты для аккредитации «Детская хирургия» (2800 вопросов)  
[https://medik-akkreditacia.ru/product/detskaya\\_hirurgiya/](https://medik-akkreditacia.ru/product/detskaya_hirurgiya/)
- 2) Тесты для аккредитации «Хирургия» (2100 вопросов)  
<https://medik-akkreditacia.ru/product/hirurgiya/>
- 3) Тесты для аккредитации «Пластическая хирургия» (880 вопросов)  
[https://medik-akkreditacia.ru/product/plasticheskaya\\_hirurgiya/](https://medik-akkreditacia.ru/product/plasticheskaya_hirurgiya/)

### **Биопсия легкого показана при**

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

### **Основным показателем правильности анатомических соотношений в суставах при артрографии является**

- Б. строгое соответствие краев сочленяющихся суставных поверхностей
- А. равномерная высота рентгеновской суставной щели
- В. соответствие оси конечности с осью движения в суставе
- Г. правильные ответы а) и Б)
- Д. нет такого показателя

### **Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является**

- А. смещение срединных структур мозга
- Б. менингит
- В. менингоэнцефалит
- Г. сепсис
- Д. родовая черепно-мозговая травма

### **Расширение внепеченочных желчных протоков при магнитно-резонансной**

**холангиографии характерно для**

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

**Наличие аномального строения воротной вены при УЗ - доплерографии характерно для**

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

**Магнитно-резонансная холепанкреатография показана при**

- А. спленомегалия
- Д. гипербилирубинемия
- Б. гепатомегалия
- В. асцит
- Г. анемия

**Ультразвуковое исследование и внутривенная урография с диуретической нагрузкой позволяют уточнить диагноз**

- В. апостематоза почки
- А. гипоплазии почки
- Г. пиелэктазии или гидронефроза
- Б. кисты почки
- Д. нейрогенного мочевого пузыря

**В случае посттравматической макрогематурии в первую очередь выполняют**

- Г. экскреторную урографию
- А. ретроградную пиелографию
- Б. цистоуретрографию
- В. цистоскопию
- Д. радиоизотопное обследование

**В дифференциально-диагностический ряд при срединной кисте шеи не включают**

- В. лимфаденит
- Г. флебэктазию яремной вены
- А. лимфангиому
- Б. периостит нижней челюсти
- Д. дермоидную кисту

**Вскрытие передней стенки пахового канала при грыжесечении необходимо у**

- А. девочек
- Д. необходимости нет
- Б. мальчиков
- В. грудных детей
- Г. больных старше 2 лет

**Ректостомостомальный свищ при нормально сформированном заднем проходе**

- Б. в 1,5 года;
- А. по установлению диагноза;
- В. в 3-4 года;
- Г. в 7 лет;
- Д. в 12 лет.

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

- В. 16 часов после рождения;
- А. 3 часа после рождения;
- Б. 6 часов после рождения;
- Г. 24 часа после рождения;
- Д. 32 часа после рождения.

**Оптимальные сроки выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга после колостомы, выполненной в период новорожденности:**

- Г. в 12 мес;
- А. в 3 мес;
- Б. в 6 мес;
- В. в 9 мес;
- Д. в 3 года и старше.

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

- А. острую;
- Б. подострую;
- В. хроническую;
- Г. ректальную;
- Д. ректосигмоидальную.

**Возможные осложнения после грыжесечения чаще обусловлены**

- Б. возрастом ребенка
- А. техническими погрешностями
- В. диспластическими изменениями
- Г. сопутствующими пороками
- Д. операцией по экстренным показаниям

**Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена**

- А. повышенным внутрибрюшным давлением
- Г. незаращением вагинального отростка
- Б. ангиодисплазией
- В. травмой пахово-мошоночной области
- Д. инфекцией мочевыводящих путей

**Чаще всего после операции по поводу больших грыж белой линии живота встречаются осложнения**

- Д. деформация брюшной стенки
- А. рецидив
- Б. кровотечение
- В. расхождение швов
- Г. нагноение послеоперационных швов

**Оптимальным оперативным доступом при бедренной грыже у детей является**

- В. косо-поперечный разрез ниже пупартовой связки
- Г. разрез в области бедра
- Б. косой разрез
- А. поперечный разрез выше пупартовой связки
- Д. вертикальный разрез

**Наиболее эффективным методом лечения венозных дисплазий конечностей является**

- Б. криотерапия
- В. эндоваскулярная окклюзия
- А. гормонотерапия
- Д. хирургическое лечение
- Г. рентгенотерапия

**Генерализация гнойной инфекции у детей обусловлена**

- Б. склонностью к гипертермии
- В. травмой ЦНС в анамнезе
- А. особенностями вскармливания
- Д. токсокозом 1 половины беременности
- Г. незрелостью органов и тканей

**Характерным признаком септического шока является**

- А. постепенное ухудшение состояния больного
- Б. резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции
- В. наличие метаболических нарушений
- Г. длительная гипертермия
- Д. появление метастатических очагов инфекции

**Отсутствие признаков обострения на протяжении двух лет после перенесенного острого гематогенного остеомиелита свидетельствует о следующем варианте течения**

- А. обрывном
- Б. затяжном
- В. молниеносном
- Г. хроническом
- Д. септикопиемическом

**Нормальным уровнем внутрикостного давления является**

- А. ниже 90 мм. водн.ст.
- Б. 96-122 мм. водн. ст.
- В. 122-140 мм. водн. ст.
- Г. 140-160 мм. водн. ст.
- Д. 160-180 мм. водн. ст.

**Внутрикостное давление повышается при**

- Д. острый гематогенный остеомиелит
- А. артралгия
- Б. травма конечностей
- В. ревматизм
- Г. межмышечная флегмона

**Сквозное дренирование сустава при эпифизарном остеомиелите показано при**

- В. параартикулярной флегмоне
- Г. наличии значительного количества выпота
- А. всех случаях установления диагноза
- Б. неэффективности пункционного ведения
- Д. не показано

**Об окончательном исходе течения остеомиелитического процесса можно судить по истечении**

- В. 1 года;
- А. 6 месяцев;
- Г. 1,5-2 лет;
- Б. 6-8 месяцев;
- Д. 3-х лет.

**Наиболее распространенный вид врожденной аномалии пищевода у новорожденных :**

- А. Врожденный изолированный трахео-пищеводный свищ
- Г. Атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом;
- Б. Атрезия пищевода с верхним и нижним свищом
- В. Атрезия пищевода без свища
- Д. Атрезия пищевода с верхним трахео-пищеводным свищом

**Щадящий операционный доступ при атрезии пищевода:**

- Д. Торакоскопический
- А. Задняя торакотомия
- Б. Задне-боковая торакотомия
- В. Передне-боковая торакотомия
- Г. Трансплевральный доступ

**Основной критерий для выполнения первичной пластики пищевода у новорожденных:**

- А. Использование атравматической нити
- Б. Диастаз между концами пищевода не более 1,5 – 2 см
- В. Редкие узловыые швы (интервал 2 мм)
- Г. Мобилизация верхнего отрезка пищевода
- Д. Мобилизация нижнего отрезка пищевода не более 1-1,5 см

**Причина атрезии кишечника:**

- В. Аномальный сосуд
- А. Нарушение вращения кишечника
- Д. Нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура
- Б. Кистозный фиброз поджелудочной железы
- Г. Нарушение иннервации кишечной стенки

**У ребенка с атрезией ануса боковую инвертограмму по Вангенстин следует выполнять:**

- Г. Через 24-26 часов после рождения
- А. Сразу после рождения
- Б. Через 8 часов после рождения
- В. Через 12 часов после рождения
- Д. Через 36 часов после рождения

**Причина асфиксического синдрома у новорожденного, требующего срочной хирургической коррекции:**

- Б. Деструктивная пневмония
- А. Лобарная эмфизема
- В. Ложная диафрагмальная грыжа
- Г. Врожденные ателектазы
- Д. Опухоль средостения

**Симптом рвоты и срыгивания является ведущим при:**

- Г. передних грыжах
- А. истинных грыжах собственно диафрагмы
- В. грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- Б. дефектах диафрагмы
- Д. френоперикардальных грыжах

**Метод лечения при переломе бедра у новорожденного:**

- В. Гипсовая лонгета
- Г. Фиксация конечности к животу повязкой
- Б. Лейкопластырное вытяжение по Шеде
- А. Лейкопластырное вытяжение по Блаунту
- Д. Фиксация не требуется

**Сроки иммобилизации при переломе бедра у новорожденного:**

- В. 15-21 день
- А. 7 дней
- Б. 12-14 дней
- Г. 22-28 дней
- Д. 1 месяц

**Недоношенный ребенок с весом 1800 г с НМК II-III степени и врожденным пороком сердца поступил в клинику с диагнозом атрезии ануса и прямой кишки. При обследовании выявлена промежуточная форма атрезии со свищом в уретру.**

**Выберите наиболее целесообразный метод оперативного лечения:**

- А. Петлевая сигмостомия
- Б. Радикальная операция в возрасте 1 суток
- В. Трансверзостомия
- Г. Терминальная колостомия с иссечением свища
- Д. Колостомия на восходящую кишку

**Какой из перечисленных методов позволяет наиболее просто дифференцировать агенезию легкого и его тотальный ателектаз**

- А. сканирование легких
- Д. бронхоскопия
- Б. аортография
- В. бронхография
- Г. ангиопульмонография

**У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать**

- В. срочную операцию
- Г. консервативную терапию
- А. экстренную операцию
- Б. плановую операцию
- Д. выжидательную тактику

**Функциональной зрелости пищевод достигает к**

- Б. 6-ти месяцам
- Г. 2-м годам
- А. 3-м месяцам

- В. 12-ти месяцам
- Д. 5-ти годам

**Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются в**

- В. заднем средостении
- Г. нижнем отделе переднего средостения
- Б. нижнем отделе центрального средостения
- А. верхнем отделе центрального средостения
- Д. верхнем отделе переднего средостения

**Ахалазию пищевода прежде всего следует дифференцировать с**

- В. врожденным стенозом пищевода
- А. врожденным коротким пищеводом
- Б. халазией пищевода
- Г. грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
- Д. пилоростенозом

**Показанием к созданию искусственного пищевода является**

- Б. ожог пищевода 4-й степени
- В. короткая рубцовая стриктура пищевода
- А. ожог пищевода 3-й степени
- Д. рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 1 года
- Г. рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 6 месяцев

**Характерный симптом внепеченочной формы портальной гипертензии:**

- А. гепатомегалия;
- В. спленомегалия;
- Б. повышение температуры тела;
- Г. рвота;
- Д. асцит.

**Причина возникновения калькулезного холецистита в детском возрасте:**

- В. пороки развития желчного пузыря;
- А. гормональные нарушения;
- Б. наследственность;
- Г. нарушение обменных процессов;
- Д. хронический гепатит.

**На операции выявлен гангренозный аппендицит. Произведена аппендэктомия.**

**Дальнейшие действия хирурга:**

- А. ушивание брюшной полости наглухо;
- Б. установление однопросветного дренажа в брюшную полость;
- В. установление двухпросветного дренажа в брюшную полость;

- Г. промывание брюшной полости;
- Д. установление микроирригатора в брюшную полость

**При клинике странгуляционной непроходимости кишечника необходимо:**

- Д. операция после коррекции гомеостаза .
- А. пальпация живота под наркозом;
- Б. наблюдение;
- В. дача бария;
- Г. стимуляция кишечника;

**При эхинококкозе печени показано:**

- Б. гормональная терапия;
- Г. рентгенотерапия;
- А. химиотерапия;
- В. оперативное вмешательство;
- Д. наблюдение в динамике.

**У ребенка через 8-мь часов после лапароскопической аппендэктомии клиника внутрибрюшного кровотечения. Показано:**

- Б. ревизия через доступ в правой подвздошной области;
- В. консервативные мероприятия, наблюдение;
- А. срединная лапаротомия;
- Д. релапароскопия.
- Г. лапароцентез;

**Перелом ребер у детей чаще всего происходит в**

- А. хрящевой части грудины;
- Д. заднем отделе ребра.
- Б. хрящевой части у перехода ее в костную часть ребра;
- В. переднем отделе костной части ребра;
- Г. по аксилярной линии;

**У ребенка 8 лет после травмы грудной клетки выявлен малый гемоторакс.**

**Наиболее целесообразным методом лечения является**

- А. торакотомия
- Д. плевральная пункция.
- Б. торакоскопия
- В. дренирование по Бюлау
- Г. дренирование с активной аспирацией

**Скрытым половым членом считают**

- Г. половой член малых размеров
- Б. половой член с недоразвитыми кавернозными телами
- А. половой член нормальных возрастных размеров погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки

- В. половой член с гипертрофированной крайней плотью
- Д. микрофаллус с дисгенезией гонад

**Причиной скрытого полового члена считают**

- В. гипертрофия крайней плоти
- А. ожирение
- Г. дисгенетические изменения поддерживающей и пенабдоминальной связки
- Б. малые размеры кавернозных тел
- Д. рубцовый фимоз

**Наиболее частой причиной синдрома неполной маскулинизации является недостаточность а**

- Г. 17-гидроксилазы
- Б. десмолазы
- А. 5-А-редуктазная
- В. 17-, 20-липазы
- Д. 3-ОН-гидроксилазы

**Для ребенка 6 месяцев, страдающего крипторхизмом в форме паховой ретенции, правильной тактикой является**

- В. оперативное лечение
- Г. снятие с учета
- А. диспансерное наблюдение
- Б. лечение ХГ
- Д. регулярный массаж паховой области

**Какое из перечисленных положений, относящихся к проблеме лечения крипторхизма, является неверным**

- Б. крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек
- В. аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках
- А. основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие
- Д. лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста
- Г. лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста

**У больного 4 лет со смешанным строением наружных гениталий, воспитывающегося по мужскому типу, яички не пальпируются, имеется гипоспадия, промежностная форма, половой хроматин отрицательный, кариотип 46XY. При УЗИ выявляется образование за мочевым пузырем, похожее на матку. При уретрографии - наполненный контрастом мочевого пузырь, сзади которого видно образование больших размеров, заполненное контрастным веществом, исходящее из простатической части уретры, удлинённой формы размерами 5.0´2.0 см. При лапаротомии в полости малого таза обнаружены две гонады размерами 1.0´0.5 см и рудиментарная матка с трубами. В данном случае следует**

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

**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

**У ребенка 10 мес. с рождения отмечается строение наружных гениталий по смешанному типу в виде промежностной гипоспадии, размеры кавернозных тел меньше возрастных, головка слабо развита, крипторхизм в виде паховой ретенции слева, паховая грыжа справа. Проведено обследование: кариотип 46ХУ, пробы с хорионическим гонадотропином отрицательны, с тестенатом положительны, при УЗИ и герниолапаротомии внутренние гениталии по мужскому типу. Какой диагноз можно предположить в данном случае**

- В. неполная форма синдрома тестикулярной феминизации
- Г. синдром Клайнфельтера с гермафродитными гениталиями.
- А. смешанная дисгенезия гонад
- Б. дефект биосинтеза тестостерона.
- Д. синдром Шершевского – Тернера

**У пациента 14 лет с гинекомастией, обратившегося с жалобами на увеличение молочных желез (за год до размеров девичьей груди), при осмотре отмечается: некоторое снижение интеллекта, высокий рост, худощавое телосложение, возрастное оволосение в подмышечных впадинах и на лобке, наружные половые органы сформированы по мужскому типу, кавернозные тела и головка развиты соответственно возрасту, яички в мошонке, до 1 мл, плотные. Какое обследование необходимо провести этому пациенту в первую очередь**

- А. кариотипирование
- Д. А + В
- Б. лапароскопию
- В. определение ЛГ, ФСГ, Т в крови
- Г. компьютерная томография органов малого таза

**У больного 4 лет со смешанным строением наружных гениталий яички не пальпируются, гипоспадия, промежностная форма, половой хроматин отрицательный, кариотип 46ХУ. При УЗИ выявляется образование за мочевым пузырем, похожее на матку. При уретрографии – наполненный контрастом мочевого пузырь, сзади которого видно образование больших размеров,**

**заполненное контрастным веществом, исходящее из простатической части уретры, удлинённой формы, размерами 5,0х 2,0 см. При лапаротомии обнаружены в полости малого таза две гонады размерами 1,0х0,5 см, рудиментарная матка с трубами. В данном случае следует**

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

**При свищевых формах атрезии прямой кишки наиболее информативным методом определения высоты атрезии является**

- Б. исследование свища зондом
- Г. электромиография промежности;
- А. рентгенография по Вангенстину
- В. контрастное исследование кишки через свищ
- Д. профилометрия.

**У новорожденного отсутствует самостоятельный стул, отмечается вздутие живота, через брюшную стенку видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга**

- Г. ультракороткую
- Б. подострую
- А. острую
- В. хроническую
- Д. ректосигмоидальную

**При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у детей**

- В. дачу бариевой смеси через рот
- Г. колоноскопию
- А. ирриграфию
- Б. ирриграфию с отсроченным снимком через 24 часа
- Д. определение активности ацетилхолинэстеразы

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

- Г. ультракороткую
- А. острую
- Б. подострую
- В. хроническую
- Д. ректосигмоидальную

**У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни**

**Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать**

- Б. радикальное оперативное вмешательство
- В. цекостому
- А. консервативное лечение с помощью сифонных клизм
- Д. терминальную колостому в переходной зоне толстой кишки
- Г. двухствольную стому на восходящий отдел толстой кишки

**Показанием к хирургическому лечению детей с неспецифическим язвенным колитом является**

- В. прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии
- А. младший возраст
- Б. медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении
- Г. поражение толстой кишки на всем протяжении
- Д. все перечисленное

**Ребенку была ошибочно поставлена очистительная клизма раствором нашатырного спирта. Сразу отмечены боли в области прямой кишки, а через несколько часов появились боли в животе и перитонеальные знаки. Ребенку показано**

- В. срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости
- А. наблюдение, антибиотики, обезболивающие препараты
- Б. сифонная клизма
- Г. цекостомия
- Д. сигмостомия

**Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести**

- Б. пальцевое исследование прямой кишки
- А. обзорная рентгенография брюшной полости
- В. ирригография с воздухом
- Г. лапароскопия
- Д. колоноскопия.

**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

**Операцией выбора при удалении камней почек у детей считают**

- В. резекцию почки
- Г. нефрэктомию
- Б. нефротомию

- А. пиелотомию
- Д. нефростомию

**В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки**

- Г. биопсия
- А. экскреторная урография
- В. почечная ангиография
- Б. планиметрия
- Д. динамическая сравнительная радиоизотопная ренография

**Показанием к пункционной нефростомии при гидронефрозе служат**

- В. хроническая почечная недостаточность, пионефроз, спорные показания к нефрэктомии
- А. сочетание гидронефроза с мегауретером
- Г. прогрессирующий гидронефроз в сочетании с полиорганной недостаточностью
- Б. нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника
- Д. сочетание гидронефроза с удвоением мочевыделительной системы

**Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают**

- А. операцию Фолея
- Б. операцию Бонина
- В. операцию Хайнса - Андерсена
- Г. резекцию добавочного сосуда
- Д. уретеролизис

**Наиболее тяжелые анатомо-функциональные изменения верхних мочевых путей возникают при инфравезикальной обструкции обусловленной**

- А. гипертрофией семенного бугорка
- Б. клапаном задней уретры или врожденный стеноз уретры
- В. полипом уретры
- Г. меатостенозом
- Д. склерозом шейки мочевого пузыря

**Показанием для уретерокутанеостомии служит**

- В. рецидивирующее течение пиелонефрита, мегауретер и грудной возраст ребенка
- Г. клапан задней уретры, двусторонний мегауретер, тубулярный ацидоз
- А. мегауретер в сочетании с нейрогенными нарушениями мочевого пузыря, инфекция мочевых путей
- Б. хроническая почечная недостаточность, двусторонний мегауретер с отсутствием сократительной способности мочеточников, некупирующийся пиелонефрит
- Д. миелодисплазия, арефлекторный мочевой пузырь и мегауретер

**При эктопии устья добавочного мочеточника с отсутствием функции соответствующей ему половины почки целесообразно выполнить**

- В. пересадку эктопированного мочеточника в пузырь с антирефлюксной защитой
- Г. уретероуретероанастомоз
- А. геминефрэктомию с прокрашиванием мочеточника
- Б. геминефроуретерэктомию
- Д. ушивание эктопического устья

**Первичная пластика мочевого пузыря местными тканями при экстрофии включает**

- Г. выделение мочевого пузыря и пересадку его в сигмовидную кишку единым блоком
- Б. формирование мочевого пузыря, пластику брюшной стенки
- А. формирование мочевого пузыря, удлинение и погружение уретры, сведение костей лона, пластику брюшной стенки
- В. иссечение мочевого пузыря и имплантацию мочеточников в кишку
- Д. формирование мочевого пузыря с использованием синтетических материалов, замещение дефекта передней брюшной стенки полимерными материалами

**Ребенку 2 лет с проксимальной гипоспадией типа хорды (искривление кавернозных тел до 65-70 градусов) показано в**

- Г. расправление кавернозных тел путем пликации белочной оболочки по дорсальной поверхности
- А. расправление кавернозных тел путем иссечения рубцовой хорды и формирование двойной уретростомии
- В. расправление кавернозных тел с иссечением хорды и пластикой уретры лоскутом крайней плоти
- Б. проведение противорубцовой консервативной терапии
- Д. расправление кавернозных тел путем длительной иммобилизации лангетой

**У мальчика 7 лет обнаружена остро возникшая водянка оболочек яичка, по вскрытию оболочек - выпот мутный. Следует выполнить**

- Б. операцию Винкельмана и посев водяночной жидкости
- Г. операцию Росса
- А. операцию Винкельмана
- В. операцию Винкельмана и биопсию оболочек с последующим морфологическим исследованием
- Д. дренирование оболочек яичка

**Во время операции по поводу паховой грыжи у ребенка 7 лет обнаружено многокамерное кистозное образование исходящее из забрюшинного пространства и спускающееся до уровня мошонки. Предположительный диагноз**

- А. многокамерная киста семенного канатика
- Б. лимфангиома
- В. киста брюшины
- Г. кистозная трансформация семявыносящего протока
- Д. порок развития почки

**Паховая грыжа формируется на**

- Б. 7-8 неделе эмбрионального периода
- В. 5-6 месяце эмбрионального периода
- А. 2-3 неделе эмбрионального периода
- Г. 7-8 месяце эмбрионального периода
- Д. может формироваться на любом этапе

**После планового грыжесечения следует рекомендовать**

- Б. массаж
- Г. ограничение физической нагрузки на 1 год
- А. физиотерапию
- В. щадящий режим 2 недели
- Д. постельный режим на 1 неделю

**Наиболее вероятным фактором этиопатогенеза бедренной грыжи у детей, является**

- А. слабость апоневроза наружной косой мышцы живота
- Д. родовая травма
- Б. чрезмерные физические нагрузки
- В. внутриутробное нарушение мезенхимальной закладки
- Г. генетические нарушения

**При частичной несостоятельности швов пищевода у новорожденного после радикальной операции по поводу атрезии пищевода экстраплевральным доступом наиболее целесообразно выполнить**

- А. реторакотомию, разделение анастомоза пищевода, эзофаго- и гастростомию
- Б. гастростомию, дренирование средостения
- В. реторакотомию, ушивание дефекта пищевода
- Г. аспирационно- промывное дренирование средостения
- Д. симптоматическую терапию.

**Наиболее частым осложнением радикальной операции по поводу атрезии 12-перстной кишки является:**

- Б. нарушение моторики 12 –перстной кишки
- Г. острая почечная недостаточность
- А. пневмония
- В. стенозирование анастомоза
- Д. метаболические нарушения

**У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул стал скудный. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморным оттенком. При осмотре живот вздут в эпигастральной области, пальпация сопровождается усилением беспокойства. Наиболее вероятный диагноз**

- А. пилоростеноз

- Б. частичная высокая кишечная непроходимость
- В. низкая кишечная непроходимость
- Г. синдром Ледда
- Д. инвагинация кишечника

**Наиболее вероятной причиной летального исхода при эмбриональной грыже пупочного канатика является**

- Б. сепсис
- В. сочетанные пороки сердца
- А. перитонит
- Г. пневмония
- Д. нарушение гомеостаза

**Типичной локализацией рожистого воспаления у детей младшего грудного возраста является**

- Г. промежность и половые органы
- А. пояснично-крестцовая область
- Б. грудная клетка
- В. лицо
- Д. конечности

**У ребенка 10 дней появилась болезненная припухлость в пахово-мошоночной области, отек мягких тканей, гиперемия кожи. Обоснование лечебной тактики следует начинать с**

- В. попытки «вправления» образования в брюшную полость;
- А. экстренной операции – ревизии пахово-мошоночной области
- Г. рентгенографии брюшной полости;
- Б. пункции образования;
- Д. ультразвукового исследования мошонки и брюшной полости

**При абсцедирующем аппендикулярном инфильтрате и возникших технических трудностях в ходе операции показано**

- Б. тампонада гнояника марлевым тампоном
- Г. отказ от аппендэктомии, оставление микроирригатора
- А. выполнение аппендэктомии
- В. дренирование полости абсцесса
- Д. промывание брюшной полости

**В раннем послеоперационном периоде после лапароскопической аппендэктомии выявлены признаки внутрибрюшного кровотечения. Ребенку показана**

- Г. лапароцентез;
- А. срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости
- Б. релапароскопия
- В. наблюдение, проведение консервативных мероприятий;
- Д. ревизия брюшной полости доступом в правой подвздошной области

**На 6-е сутки после аппендэктомии отмечен подъем температуры гектического характера, частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Обследование целесообразно следует начинать с**

- В. компьютерной томографии органов брюшной полости
- А. пальпации живота под наркозом
- Д. ректального пальцевого исследования
- Б. лапароскопии
- Г. ультразвукового исследования брюшной полости

**Вероятной причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является**

- Г. респираторно-вирусная инфекция
- А. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)
- В. энтерит
- Б. нарушение режима питания
- Д. возрастная дискоординация перистальтики

**У ребенка 8 мес отмечены периодическое беспокойство, однократная рвота. При пальпации определяется объемное образование в правой половине живота. При ректальном исследовании следы крови. Наиболее вероятный диагноз**

- В. аппендикулярный инфильтрат
- Г. кишечная инфекция
- А. острый аппендицит
- Б. инвагинация кишечника
- Д. опухоль брюшной полости

**При оперативной дезинвагинации кишечника обнаружен участок некроза подвздошной кишки. Признаки перитонита отсутствуют. Необходимо выполнить**

- Б. резекцию некротизированного участка кишки, терминальную илеостомию
- В. резекцию некротизированного участка кишки, двойную илеостомию
- А. резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз
- Д. лапаростомию
- Г. подвесную илеостомию

**Оптимальные сроки закрытия илеостомы у ребенка 3 месяцев, оперированного по поводу инвагинации кишечника, при неосложненном послеоперационном течении составляют**

- В. 3 мес
- Г. 6 мес
- Б. 1 мес
- А. 10-12 дней
- Д. 1 год

**У ребенка во время операции обнаружен разрыв селезенки с переходом на область ворот с продолжающимся активным кровотечением необходимо**

**выполнить**

- А. перевязку селезеночной артерии
- Б. попытку ушивания дефекта
- В. спленэктомия
- Г. оставление страховочного дренажа, без манипуляций на селезенке
- Д. спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки

**У ребенка проникающее ранение брюшной полости в проекции правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна.**

**Перитонеальных знаков нет. По данным ультразвукового исследования брюшной полости выявлена свободная жидкость. Ваша тактика**

- Б. лапароскопия
- А. лапароцентез
- В. лапаротомия
- Г. наблюдение
- Д. консервативная терапия, наблюдение в динамике

**Радикальным методом лечения детей с внепеченочной портальной гипертензии является**

- Г. эндоваскулярная окклюзия вен портальной системы
- А. спленэктомия
- Б. портосистемное шунтирование
- В. операции деваскуляризации гастроэзофагеальной зоны
- Д. пересадка печени

**Первым показателем эффективности хирургического лечения детей с портальной гипертензией является**

- А. динамика показателей периферической крови
- Д. все перечисленные признаки
- Б. уменьшение размеров селезенки
- В. регресс варикозного расширения вен пищевода
- Г. результаты ультразвуковой доплерографии сосудов портальной системы и сосудистого анастомоза

**Что не является показанием для операции при портальной гипертензии**

- Б. наличие варикозно- расширенных вен пищевода и желудка
- В. данные ангиографии с контрастированием коллатерального шунтирования крови к пищеводу
- А. наличие в анамнезе пищеводно-желудочных кровотечений
- Г. гипербилирубинемия
- Д. доплерография воротной вены с признаками ее непроходимости

**Необходимый объем экстренных лечебных мероприятий у ребенка с травматическим разрывом легкого и напряженным пневмотораксом включает**

- Д. торакоцентез, дренирование плевральной полости

- А. ингаляцию кислорода
- Б. пункцию плевральной полости
- В. введение наркотических анальгетиков
- Г. проведение искусственной вентиляции легких

**Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе включает**

- Б. инфузионную терапию, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
- В. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотических анальгетиков
- А. восстановление проходимости дыхательных путей, временную остановку кровотечения, обезболивание, транспортную иммобилизацию, инфузионную терапию
- Д. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение наркотических анальгетиков
- Г. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотических анальгетиков, оксигенацию

**Показанием к экстренному оперативному вмешательству у ребенка с переломом костей предплечья является**

- Б. перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением отломков
- В. диафизарный перелом двух костей предплечья со смещением
- А. диафизарный перелом лучевой кости со смещением отломков
- Д. открытый перелом костей предплечья с критической ишемией поврежденной конечности
- Г. открытый перелом двух костей предплечья на разных уровнях

**Величина таранно-пяточного угла (Белера) в норме у детей составляет**

- А. до 10°
- Д. 135°
- Б. от 10 до 30°
- В. от 30 до 40°
- Г. от 40 до 90°

**Непрерывность тазового кольца нарушена при**

- В. переломах костей и разрывах соединений таза по двум и более линиям;
- Г. отрыве бугра седалищной кости
- Б. переломе седалищной кости
- А. переломе лонной кости
- Д. краевых переломах подвздошной кости

**Тяжесть состояния больного при тяжелом механическом повреждении таза определяется**

- Б. метаболическим ацидозом

- Г. периферическим спазмом капилляров
- А. нарушением дыхания
- В. постгеморрагической анемией, гиповолемией, афферентной патологической импульсацией
- Д. отеком головного мозга

**Сочетание гемипареза с мидриазом на контрлатеральной стороне у ребенка с черепно-мозговой травмой характерно для**

- А. внутричерепной гематомы
- Б. ушиба головного мозга
- В. сотрясения головного мозга
- Г. субарахноидального кровоизлияния
- Д. ушиба ствола головного мозга

**Объем операции на щитовидной железе при отдаленных метастазах дифференцированного рака щитовидной железы у детей**

- Г. субтотальная резекция щитовидной железы
- А. резекция пораженной доли щитовидной железы
- В. удаление пораженной доли щитовидной железы и перешейка
- Б. удаление пораженной доли щитовидной железы
- Д. тиреоидэктомия

**Атрофия ребер и расширение межреберных промежутков, выявляющиеся на рентгенограммах характерны для поражения средостения при**

- Б. неходжкинской лимфоме
- Г. тимоме
- А. лимфоме Ходжкина
- В. нейробластоме
- Д. тератоме

**Какая опухоль у детей способна к созреванию (реверсии)**

- В. рабдомиосаркома
- Г. гепатобластома
- Б. нейробластома
- А. нефробластома
- Д. рак почки

**Рекомендуемый объем оперативного вмешательства у ребенка с тератобластомой яичка**

- Б. удаление пораженного яичка
- В. орхофуникулэктомия с высокой перевязкой семенного канатика
- А. резекция яичка
- Д. резекция яичка + лимфаденэктомия
- Г. орхофуникулэктомия с высокой перевязкой семенного канатика + лимфаденэктомия

**Объективные данные осмотра при меланоме кожи у детей характеризуются наличием**

- Г. плотного образования черного цвета, с глянцевой поверхностью или темно-коричневого цвета, узлоподобного, возвышающегося над поверхностью кожи с участками изъязвления
- А. плотного опухолевидного образования под не измененной кожей
- В. плоского пятна коричневого цвета с бородавчатыми элементами с оволосением
- Б. эластичной опухоли ярко-красного цвета бледнеющей при надавливании
- Д. не пигментированное папилломатозное образование

**Оптимальные сроки раннего хирургического лечения у детей с глубокими ожогами, осложненными шоком**

- А. 1-3 сутки посттравматического периода
- Б. 3-7 сутки посттравматического периода
- В. 10 сутки посттравматического периода
- Г. 12 сутки посттравматического периода
- Д. 15 сутки посттравматического периода

**Доля суточного объема инфузионной терапии, которую необходимо перелить в первые 8 часов у ребенка с ожоговым шоком**

- Г. 3/4
- А. 1/2
- В. 2/3
- Б. 1/4
- Д. 1/3

**Доля суточного объема инфузионной терапии, которую необходимо перелить в первые 8 часов у ребенка с ожоговым шоком**

- Б. 1/4
- В. 2/3
- А. 1/2
- Г. 3/4
- Д. 1/3

**Обычная оксигенотерапия неэффективна при:**

- Б. интерстициальном отеке в легких
- Г. гиповентиляции
- А. снижении дыхательного объема
- В. шунтировании крови в легких
- Д. слабости дыхательной мускулатуры

**Лидокаин показан при:**

- А. желудочковой тахикардии
- Б. предсердной экстрасистолии

- В. мерцательной аритмии
- Г. желудочковой брадикардии
- Д. асистолии

**Симптомы, характерные для изолированного трахеопищеводного свища:**

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

**Операция при мембранозной форме атрезии 12-перстной кишки**

- В. Резекцию кишки
- А. Верхнесрединную лапаротомию и
- Б. Ревизию кишечника и
- Г. Пальпаторное и с помощью зонда обнаружение мембраны и
- Д. Дуоденотомию, рассечение мембраны и формирование дуодено-дуоденоанастомоза в 3/4

**Операции при тотальной форме гастрошизиса :**

- В. Процедура Бианки
- А. Пластика передней брюшной стенки местными тканями
- Б. Пластика передней брюшной стенки синтетическими протезами и
- Г. Пластика передней брюшной стенки биопротезами и
- Д. Операция Гросса Iэтап

**Билирубиновый обмен у новорожденных зависит от:**

- В. Гистологической незрелости тканей гематоэнцефалического барьера
- А. Снижения способности печени к конъюгации билирубина
- Б. Анатомических особенностей строения желчевыводящей системы и
- Г. Недостаточности витамина С и
- Д. Ранности всей системы билирубинового обмена в условиях патологии

**Типичная локализация патологического процесса в кости при остеомиелите у новорожденных:**

- А. Эпифиз и
- Б. Диафиз
- В. Метаэпифизарная зона
- Г. Тотальное поражение кости
- Д. Метадиафизарное поражение

**При подозрении на инородное тело верхних отделов ЖКТ необходимо:**

- А. наблюдение в динамике;
- Б. R-графия брюшной полости; и
- В. R-графия грудной полости; и

- Г. ЭГДС; и
- Д. УЗ - исследование;

**У ребенка картина поздней спаечной кишечной непроходимости. Показано:**

- А. срочная операция;
- Б. наблюдение; и
- В. дача бария; и
- Г. проведение консервативных мероприятий; и
- Д. УЗ - исследование.

**Для пельвиоперитонита характерно:**

- В. "тянущие" боли в низу живота
- Г. учащенное мочеиспускание;
- А. лейкоцитоз свыше 15 тыс;
- Б. положительный симптом Щеткина - Блюмберга;
- Д. субфебрильная температура.

**При аппендикулярном разлитом гнойном перитоните показано выполнение:**

- Г. дренирования брюшной полости;
- Б. аппендэктомии лигатурным способом;
- А. аппендэктомии кистным способом; и
- В. санации брюшной полости; и
- Д. тампонады брюшной полости.

**При холодном аппендикулярном инфильтрате показано:**

- Г. оперативное лечение в плановом порядке;
- Б. срочная аппендэктомия;
- А. антибактериальная терапия; и
- Д. наблюдение в динамике.
- В. физиотерапия;

**Признаки острого аппендицита у детей:**

- Д. жидкий стул.
- Б. напряжение мышц брюшной стенки;
- А. локальная болезненность; и
- В. рвота;
- Г. положительный симптом Щеткина - Блюмберга;

**При клинических и УЗИ данных разрыва селезенки и стабильной гемодинамике показано:**

- Б. динамическое ультразвуковое исследование; и
- Г. постельный режим; и
- Д. гемостатическая терапия.
- А. лапароскопия;
- В. контроль за гемодинамикой;

**При подозрении на перекрут придатков матки необходимо выполнить:**

- В. динамическое наблюдение;
- Г. пальпацию под наркозом;
- Б. ультразвуковое исследование с доплерангиографией;
- А. пальцевое ректальное исследование; и
- Д. лапароскопию.

**Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта может возникнуть при:**

- В. язве желудка;
- Б. дивертикуле Меккеля;
- А. портальной гипертензии; и
- Г. язве 12 п. кишки; и
- Д. эрозивном гастрите.

**В комплекс мероприятий при кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка входят:**

- А. постельный режим;
- Б. контроль за гемодинамикой;
- В. экстренное оперативное вмешательство;
- Г. гемостатическая терапия;
- Д. парентеральное питание.

**Основные показатели естественного движения населения:**

- В. инвалидность, смертность;
- Г. инвалидность, заболеваемость;
- Б. смертность, заболеваемость;
- А. рождаемость, смертность;
- Д. заболеваемость и рождаемость.

**Международная классификация болезней – это:**

- А. перечень наименований болезней в определенном порядке;
- Г. система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;
- Б. перечень диагнозов в определенном порядке;
- В. перечень симптомов, синдромов и остальных состояний расположенных по определенному принципу;
- Д. перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.

**Минимальное количество коек, необходимое для создания отделения детской хирургии:**

- Г. 70
- А. 40

- В. 60
- Б. 50
- Д. 80

**Редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания которые имеют распространенность не более:**

- Г. 100 случаев заболевания на 100 тысяч населения.
- А. 5 случаев заболевания на 100 тысяч населения.
- Б. 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения.
- В. 50 случаев заболевания на 100 тысяч населения.
- Д. 500 случаев заболевания на 100 тысяч населения.

**Основной показатель общественного здоровья:**

- Б. рождаемость
- В. инвалидизация
- А. смертность,
- Г. заболеваемость
- Д. процент выздоровления

**Гнойно-воспалительный процесс из задней предлопаточной щели распространяется в:**

- Б. надостное пространство;
- А. подмышечную впадину;
- В. заднюю срединную область груди;
- Г. поддельтовидное пространство;
- Д. переднюю предлопаточную щель.

**Расширение бронхов при вдохе происходит под влиянием :**

- Б. симпатических нервов;
- А. возвратных нервов;
- В. парасимпатических нервов;
- Г. межреберных нервов;
- Д. диафрагмальных нервов.

**Из дивертикулов пищевода наиболее часто встречаются:**

- В. бифуркационные;
- А. глоточно-пищеводные;
- Б. эпифренальные;
- Г. абдоминального отдела пищевода;
- Д. глоточно-пищеводные и эпифренальные

**В средостении:**

- В. имеется четыре сердечно-перикардальные щели;
- Г. имеется пять сердечно-перикардальных щелей;
- А. имеется две сердечно-перикардальные щели;

- Б. имеется три сердечно-перикардальные щели;
- Д. отсутствуют сердечно-перикардальные щели.

**Наиболее характерный признак для паретической непроходимости кишечника на обзорной рентгенограмме брюшной полости:**

- 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.

**Наиболее характерный признак для механической непроходимости кишечника на обзорной рентгенограмме брюшной полости:**

- Г. наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
- Б. множественные мелкие уровни;
- А. единичные широкие уровни;
- В. большой газовый пузырь желудка;
- Д. свободный газ в брюшной полости.

**При ирригографии у больного с болезнью Гиршпрунга после выведения зоны поражения под экраном целесообразно выполнить:**

- Г. два снимка - прямой и косой;
- А. один прямой снимок;
- В. два снимка - прямой и боковой;
- Б. один боковой снимок;
- Д. три снимка - прямой, боковой и косой.

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

- Д. внутри от переднего отдела правой подвздошной кости.
- 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;

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

- Б. осмотр живота;
- Г. перкуссия живота;
- А. наблюдение за поведением ребёнка;
- В. деликатная пальпация живота;
- Д. аускультация живота

**На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в**

**плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:**

- Г. тотальная эмпиема плевры;
- А. пневмоторакс;
- В. напряженный гидропневмоторакс;
- Б. гидропневмоторакс;
- Д. абсцесс легкого.

**При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является:**

- В. бронхоскопическая санация;
- А. пункция абсцесса;
- Б. радикальная операция;
- Г. дренирование плевральной полости;
- Д. катетеризация бронха.

**У ребенка 6-ти месяцев при рентгенологическом обследовании обнаружено кистозное образование в легком. Состояние ребенка удовлетворительное.**

**Дыхательной недостаточности нет. Лечение больного предусматривает:**

- В. оперативное лечение;
- Г. консервативное лечение;
- Б. дренирование кисты;
- А. наблюдение в динамике;
- Д. санаторное лечение.

**У ребенка 3-х лет в течение 6-ти месяцев имеется кистозное образование в легком.**

**Жалоб нет. Ребенку следует рекомендовать:**

- А. оперативное лечение в плановом порядке;
- Б. лечение пункциями;
- В. консервативное лечение;
- Г. выжидательную тактику;
- Д. санаторное лечение.

**У ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого. Лечение больного включает:**

- В. радикальную операцию;
- Г. консервативную терапию;
- А. пункцию кисты;
- Б. дренирование кисты;
- Д. выжидательную тактику.

**У ребенка после кататравмы имеет место выраженная подкожная эмфизема в области шеи, лица, верхнего отдела грудной стенки. На рентгенограмме грудной клетки – перелом II, III, IV ребер по парастернальной линии справа.**

**Предположительный диагноз:**

- А. разрыв правого легкого;
- Г. разрыв правого главного бронха;
- Б. травма трахеи;
- В. повреждение перикарда;
- Д. травма магистральных сосудов.

**Больной поступил в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести на:**

- В. 5-6-е сутки;
- Г. 10-е сутки;
- А. 1-2-е сутки;
- Б. 3-4-е сутки;
- Д. 12-е сутки.

**При свежем ожоге пищевода III степени целесообразно:**

- Б. провести бужирование через эзофагоскоп;
- Г. провести ретроградное бужирование;
- А. использовать \"слепой\" метод бужирования;
- В. провести бужирование за нитку;
- Д. отказаться от бужирования.

**Показание к созданию искусственного пищевода:**

- В. короткая рубцовая стриктура пищевода;
- А. ожог пищевода 3-й степени;
- Д. рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 1-го года.
- Б. ожог пищевода 4-й степени;
- Г. рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 6-ти месяцев;

**Из перечисленных видов пластики пищевода наиболее распространен в детской хирургии:**

- В. заградная пластика толстой кишкой;
- А. внутриплевральная пластика тонкой кишкой;
- Б. внутриплевральная пластика из большой кривизны желудка;
- Г. заградная пластика тонкой кишкой;
- Д. внутриплевральная пластика толстой кишкой.

**Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии показано при подозрении на:**

- Д. болезни Гиршпрунга.
- Г. ректо-сигмоидита;
- А. абсцесс Дугласова пространства; и
- Б. кисты яичника; и
- В. инородного тела прямой кишки;

**Контрастное обследование пищевода с барием показано при:**

- Г. атрезии пищевода;
- А. халазии кардии; и
- Б. ахалазии кардии; и
- В. врождённом трахео-пищеводном свище; и
- Д. врождённом коротком пищеводе.

**Зондирование пищевода с диагностической целью показано при:**

- Б. гастроэзофагеальная болезнь;
- А. врождённом коротком пищеводе; и
- В. атрезии пищевода; и
- Г. врождённом трахео-пищеводном свище; и
- Д. врождённом стенозе пищеводе.

**При патологии пупочной области зондирование пупочной ямки проводят для выявления:**

- Б. фунгуза пупка; и
- В. полного свища желточного протока; и
- Г. неполного свища желточного протока; и
- Д. свища урахуса.
- А. кальциноза пупочной области;

**Анатомическое образование, в которое изливалось содержимое желудка.**

- В. Сальниковая сумка
- А. Правая печеночная сумка
- Б. Правая печеночная сумка
- Г. Полость двенадцатиперстной кишки
- Д. Малый таз

**Какую операцию следует провести пациенту?**

- В. Гастростомия и ушивание дефекта;
- А. резекцию желудка по Бильрот-II, модификация Гофмейстера-Финстерера;
- Г. Ушивание дефекта с перитонизацией шва;
- Б. резекцию желудка по Бильрот-I;
- Д. Ушивание дефекта с пилоропластикой.

**Паховый канал образован элементами:**

- Б. подвздошно-гребешковой связки;
- А. апоневроза наружной косой мышцы живота; и
- В. пупартовой связки; и
- Г. нижнего края внутренней косой и поперечных мышц; и
- Д. поперечной фасции.

**Какие артерии проходят по малой кривизне желудка?**

- Г. a. gastroepiploica dextra;
- Б. a. gastrica dextra;
- А. a. gastrica sinistra;
- В. a. gastroepiploica sinistra;
- Д. aa. gastricae breves.

**Иннервация печени осуществляется посредством:**

- Г. правого диафрагмального нерва;
- Б. левой ветви блуждающего нерва;
- А. ветвей солнечного сплетения;
- В. правой ветви блуждающего нерва;
- Д. ветвями крестцового сплетения.

**Образования, составляющие треугольник Кало (Calot):**

- Б. печеночный проток;
- А. пузырный проток;
- В. нижний край левой доли печени;
- Г. пузырная артерия;
- Д. правая печеночная артерия.

**Питание мочеточника в его верхнем отделе осуществляется:**

- В. ветвями брюшной части аорты;
- А. почечной артерией; и
- Б. яичковой артерией;
- Г. верхней брыжеечной артерией;
- Д. нижней брыжеечной артерией.

**У ребенка 7-ми дней жизни внезапно ухудшилось состояние: беспокойство, повторная рвота желчью, затем исчезновение стула, кровь в стуле, болезненность при пальпации живота, страдальческое выражение лица. Наиболее вероятный диагноз:**

- Б. Инвагинации кишечника
- Г. Полип прямой кишки
- А. Язвенно-некротический энтероколит
- В. Заворот кишечника
- Д. Геморрагический синдром с меленой

**Заболевание, являющееся следствием незрелости органов и тканей растущего организма:**

- Б. врожденная косорукость
- А. дисплазия бедренного сустава
- В. амниотические перетяжки
- Г. патологический вывих бедра
- Д. болезнь Клиппеля – Фейля

### **Патогенетическая основа остеохондропатии:**

механическое воздействие  
неправильное внутриутробное развитие  
дисфункция созревания  
дисфункция роста  
тератогенное воздействие

### **Метод лечения локальной формы гастрошизиса**

Консервативное лечение  
Пластика местными тканями на 2-е сутки жизни  
Пластика местными тканями по экстренным показаниям и  
Процедура Бианко  
Пластика передней брюшной стенки ксеноперикардом

### **Метод лечения локальной формы гастрошизиса с атрезией кишечника**

Процедура Бианко  
Пластика местными тканями на 2-е сутки жизни  
Пластика местными тканями по экстренным показаниям  
Пластика передней брюшной стенки ксеноперикардом  
Консервативное лечение

### **Метод лечения субтотальной формы гастрошизиса без висцероабдоминальной диспропорции**

Пластика местными тканями на 2-е сутки жизни  
Пластика местными тканями по экстренным показаниям  
Пластика передней брюшной стенки ксеноперикардом  
Процедура Бианко  
Консервативное лечение

### **Сроки начала появления срыгиваний у новорожденного при пилоростенозе**

С первых суток жизни  
Со 2-3 суток жизни  
С первых минут жизни  
С трёх недель жизни  
На первой неделе жизни

### **Сроки начала появления срыгиваний у новорожденного при высокой кишечной непроходимости**

На первой неделе жизни  
С первых минут жизни  
С первых суток жизни  
Со 2-3 суток жизни  
С трёх недель жизни

### **Сроки начала появления срыгиваний у новорожденного при низкой кишечной**

### **непроходимости**

С первых суток жизни

На первой неделе жизни

С первых минут жизни

Со 2-3 суток жизни

С трёх недель жизни

### **Сроки начала появления срыгиваний у новорожденного при морфофункциональной незрелости ЖКТ**

С первых минут жизни

На первой неделе жизни

С первых суток жизни

Со 2-3 суток жизни

С трёх недель жизни

### **Клинические проявления кишечной инвагинации**

Лейкоцитоз

Ректально - слизь по типу «малинового желе» и

Периодические приступообразные боли в животе

Постоянные приступообразные боли в животе

Жидкий стул

### **Клинические проявления кишечной инфекции**

Ректально - слизь по типу «малинового желе»

Лейкоцитоз и

Постоянные приступообразные боли в животе и

Жидкий стул

Периодические приступообразные боли в животе

### **Клинические проявления острого холецистита**

Лейкопения

Обесцвеченный стул

Боль в правом подреберье и

Гепатомегалия и

Лейкоцитоз

### **Макроскопическая картина воспаления червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците**

Отросток серого цвета с перфорацией

Отросток серого цвета, частично расплавлен

Отросток серого цвета без перфорации

Гиперемия, отек, утолщение червеобразного отростка и

Наличие фибрина на отростке

### **Макроскопическая картина воспаления червеобразного отростка при**

### **гангренозном аппендиците**

Наличие фибрина на отростке и

Отросток серого цвета без перфорации

Гиперемия, отек, утолщение червеобразного отростка

Отросток серого цвета с перфорацией

Отросток серого цвета, частично расплавлен

### **Макроскопическая картина воспаления червеобразного отростка при гангренозно-перфоративном аппендиците**

Наличие фибрина на отростке и

Отросток серого цвета с перфорацией и

Отросток серого цвета, частично расплавлен

Гиперемия, отек, утолщение червеобразного отростка

Отросток серого цвета без перфорации

### **Фазы формирования периаппендикулярного абсцесса: Фаза-1**

Плотные стенки. После вскрытия – спадаются. Гной

Рыхлые стенки, легко разрушаются. Гной. и

Абсцесс сформирован окружающими отросток воспаленными органами и тканями

Плотные стенки. После вскрытия – не спадаются. Гной

Рыхлые стенки, легко разрушаются. Гноя нет.

### **Фазы формирования периаппендикулярного абсцесса: Фаза-2**

Плотные стенки. После вскрытия – не спадаются. Гной

Рыхлые стенки, легко разрушаются. Гноя нет

Рыхлые стенки, легко разрушаются. Гной.

Плотные стенки. После вскрытия – спадаются. Гной и

Абсцесс сформирован окружающими отросток воспаленными органами и тканями

### **Фазы формирования периаппендикулярного абсцесса: Фаза-3**

Плотные стенки. После вскрытия – не спадаются. Гной и

Абсцесс сформирован окружающими отросток воспаленными органами и тканями

Рыхлые стенки, легко разрушаются. Гной.

Плотные стенки. После вскрытия – спадаются. Гной

Рыхлые стенки, легко разрушаются. Гноя нет

### **Необходимые действия (тактика лечения) при формировании периаппендикулярного абсцесса, фаза-1**

Фракционное промывание

Постоянное промывание

Дренирование полости абсцесса двухпросветным дренажем.

Дренирование правой подвздошной области

Отказ от дренирования

### **Необходимые действия (тактика лечения) при формировании**

## **периаппендикулярного абсцесса, фаза-2**

Постоянное промывание

Отказ от дренирования

Дренирование правой подвздошной области.

Дренирование полости абсцесса двухпросветным дренажем и

Фракционное промывание

## **Необходимые действия (тактика лечения) при формировании периаппендикулярного абсцесса, фаза-3**

Отказ от дренирования

Дренирование правой подвздошной области

Дренирование полости абсцесса двухпросветным дренажем и

Постоянное промывание

Фракционное промывание

## **Необходимые диагностические мероприятия при паразитарной кисте**

Компьютерная томография и

УЗ - исследование и

Магнитно – резонансная томография и

Анафилактическая проба Каццони, реакция латекс-агглютинации и

Лапароскопия

## **Необходимые диагностические мероприятия при локализации кровотечения из желудочно-кишечного тракта в верхних отделах**

УЗ - исследование и

ЭГДС

Колоноскопия

Сцинтиграфия

Лапароскопия

## **Необходимые диагностические мероприятия при локализации кровотечения из желудочно-кишечного тракта в нижних отделах**

Лапароскопия

ЭГДС

УЗ - исследование и

Колоноскопия и

Сцинтиграфия

## **Дифференциально – диагностический ряд острого аппендицита**

Острый пиелонефрит и

Кишечная инфекция и

Глистная инвазия

Острый панкреатит

Инфекционный гепатит

**Дифференциально – диагностический ряд острого воспалительного заболевания придатков матки**

Острый панкреатит  
Острый пиелонефрит и  
Кишечная инфекция и  
Инфекционный гепатит  
Глистная инвазия

**Симптомы диабетической комы**

отсутствие пульса на лучевых артериях  
остановка дыхания  
отсутствие сознания и  
Дыхание Куссмауля  
остановка сердца  
фибрилляция предсердий

**Хирургическая тактика при выявлении неизмененного дивертикула Меккеля во время лапароскопии при отсутствии воспалительных изменений в брюшной полости**

Рекомендовать выполнить резекцию дивертикула в плановом порядке  
Конверсия, резекция участка кишки с дивертикулом  
Лапароскопическая резекция дивертикула кистетным способом и  
Лапароскопическая резекция дивертикула сшивающим аппаратом  
Оставить без внимания

**Хирургическая тактика при выявлении неизмененного дивертикула Меккеля во время лапароскопии при наличии воспалительных изменений в брюшной полости**

Лапароскопическая резекция дивертикула кистетным способом  
Конверсия, резекция участка кишки с дивертикулом  
Лапароскопическая резекция дивертикула сшивающим аппаратом  
Оставить без внимания  
Рекомендовать выполнить резекцию дивертикула в плановом порядке

**Выполнение экстренной эзофагогастродуоденоскопия в зависимости от характера инородного тела желудка показано при:**

Гладкое инертное инородное тело (пуговицы, монеты и т.д.)  
Физически активное инородное тело (магниты) и  
Острые инородные тела (кости, иголки и т.д.)  
Химически активное инородное тело (батарейки)  
Трихобезоары