

**Здесь последовательно представлены вопросы по специальности "Детская хирургия".**

**Сперва идёт первая категория, потом вторая, потом высшая. Сделано это для быстрого поиска нужного вам вопроса и ответа.**

**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/)

**Чтобы правильно трактовать имеющиеся у пациента изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении:**

лежа на спине;

стоя;

лежа на животе;

в положении Тренделенбурга;

на

**Отсутствие газового пузыря желудка отмечается у новорожденных отмечается при**

А. атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода

Б. атрезии пищевода (безсвищевая форма).

В. халазии кардии

Г. врожденным коротким пищеводом

Д. грыже пищеводного отверстия диафрагмы

**Удаление копчикового хода у детей при хроническом течении следует производить:**

В. при обострении процесса;

Г. после 5-6 лет;

А. по установлению диагноза;

Б. через 2-3 мес. после стихания острого процесса;

Д. в любые сроки.

**Наиболее информативный метод диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей:**

- Б. ректороманоскопия;
- В. колоноскопия;
- А. рентгеноконтрастное исследование;
- Г. пальцевое ректальное исследование;
- Д. компьютерная томография.

**Оптимальная тактика при врожденном сужении прямой кишки:**

- А. хирургическое вмешательство по установлению диагноза;
- Г. рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в
- Б. консервативная терапия, бужирование;
- В. консервативная терапия, при отсутствии эффекта – операция;
- Д. хирургическое лечение в плановом порядке.

**Ректовестубулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе**

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

**У ребенка на протяжении полугода дважды отмечено выделение слизи, крови и гноя из прямой кишки на фоне нормального стула. При этом отмечались незначительные приступообразные боли в животе. Температура субфебрильная. В этом случае следует думать:**

- Б. о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита;
- А. об острой форме неспецифического язвенного колита;
- В. о хронической форме неспецифического язвенного колита;
- Г. о подострой форме неспецифического язвенного колита;
- Д. о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита.

**Назовите заболевание, при котором экскреторная урография**

- Г. дистопия почки
- Б. гидронефроз
- А. клапан задней уретры
- В. удвоение верхних мочевых путей
- Д. разрыв почки

**Скрининг-методом диагностики вторично сморщенной почки или ее гипоплазии является**

- Д. ультразвуковое исследование почек
- А. экскреторная урография
- Б. компьютерная томография

- В. почечная ангиография
- Г. радиоизотопные исследования в динамике

**При продольной лапаротомии в латеральной части брюшной полости**

- Г. между внутренней косой и поперечной мышцами;
- А. в подкожножировой клетчатке;
- Б. под сухожилием наружной косой мышцы живота;
- В. между наружной и внутренней косой мышцами;
- Д. между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота.

**Ветви для иннервации подчревной области брюшной стенки отходят от:**

- Г. поясничного сплетения;
- А. солнечного сплетения;
- Б. верхнего брыжеечного сплетения;
- В. нижнего брыжеечного сплетения;
- Д. крестцового сплетения

**Для лимфангиомы в области шеи характерны**

- В. истонченная кожа над образованием
- А. размеры 1-2 см.
- Б. плотный тяж, идущий к подъязычной кости
- Г. срединное расположение
- Д. смещаемость при глотании

**Нецелесообразно выполнять в первые часы и дни жизни:**

- Б. Пластику диафрагмы при ложной диафрагмальной грыже
- В. Анастомоз тонкой кишки при ее атрезии
- А. Пластику пищевода при его атрезии
- Г. Пластику неба
- Д. Пластику передней брюшной стенки при гастрошизисе

**Исключает наличие нижнего трахео-пищеводного свища у ребёнка с атрезией пищевода:**

- Г. Пенистые выделения изо рта
- А. Цианоз
- В. Запавший живот
- Б. Одышка
- Д. Хрипы при аускультации легких

**Частое осложнение радикальной операции по поводу атрезии 12-перстной кишки:**

- А. Пневмония
- Б. Замедление восстановления моторики 12 –перстной кишки
- В. Стенозирование анастомоза
- Г. Острая почечная недостаточность разной степени
- Д. Метаболические нарушения

**У новорожденного с атрезией подвздошной кишки и большой разницей в диаметре приводящего и отводящего отделов кишечной трубки выполняется:**

- Г. Двойная илеостомия по Микуличу
- А. Анастомоз \ "конец в конец" \
- Б. Т-образный обратный анастомоз
- В. Анастомоз \ "конец в бок" \
- Д. Анастомоз \ "бок в бок" \

**Боковая инвертограмма ребёнку с атрезией ануса делается для того, чтобы:**

- А. Подтвердить диагноз
- Г. Определить высоту атрезии
- Б. Обнаружить уровни в кишечнике
- В. Определить объем и сроки предоперационной подготовки
- Д. Выявить сопутствующие пороки

**Достоверный симптом разлитого перитонита у новорожденного:**

- А. Лейкоцитоз
- Б. Отек, гиперемия брюшной стенки
- В. Рвота застойным отделяемым
- Г. Жидкий стул
- Д. Динамическая непроходимость

**Достоверный рентгенологический признак язвенно-некротического энтероколита III стадии:**

- Г. Локальное утолщение стенки кишечных петель
- А. Множественные разнокалиберные уровни жидкости в петлях кишок
- Б. Локальный пневматоз кишечной стенки
- В. Повышенное газонаполнение кишечной трубки
- Д. Жидкость в полости малого таза

**Девочка в возрасте 1 суток жизни с массой 3000гр поступила в отделение хирургии новорожденных с диагнозом: атрезия прямой кишки, свищевая форма. При зондировании ректовестибулярного свища его диаметр 4 мм, длина 2 см. Хорошо отходит меконий. Ребенку показано:**

- В. Бужирование свища и операция в 6-8 месяцев
- А. Экстренная операция
- Б. Отсроченная операция в периоде новорожденности
- Г. Операция в возрасте 1 года
- Д. Операция в 4-5 лет

**У ребенка 10-ти дней поставлен диагноз острого гнойного левостороннего мастита. Определяется флюктуация. Ребенку необходимо:**

- В. приложить согревающий компресс
- Г. назначить антибиотики, вести без хирургического вмешательства

- Б. наложить мазевую повязку
- А. сделать 1-3 радиальных разреза, отступая от ореолы
- Д. провести пункцию, отсасывание гноя, промывание полости абсцесса

**Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены**

- В. запоздалой операцией
- А. возрастом ребенка
- Г. техническими погрешностями
- Б. сопутствующими пороками
- Д. патологией верхних мочевыводящих путей

**После грыжесечения необходимо**

- А. физиотерапия
- В. ограничение физических нагрузок
- Б. лечебная физкультура
- Г. диета
- Д. постельный режим на 1 неделю

**После аутодермопластики по Красавитову первая перевязка осуществляется через**

- Г. 10 дней
- А. 1 день
- В. неделю
- Б. 2 дня
- Д. 2 недели

**У ребенка 5 месяцев, страдающего гипотрофией, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз**

- Г. флегмона
- А. фурункулез
- Б. псевдофурункулез
- В. абсцесс подкожной клетчатки
- Д. рожистое воспаление

**При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получена кровь. Дальнейшие действия предусматривают**

- Б. цитологическое исследование мазков-отпечатков
- В. ушивание раны
- А. дополнительную остеоперфорацию
- Д. дренирование раны
- Г. промывание костно-мозгового канала

**У ребенка очаг первично-хронического остеомиелита верхней трети большеберцовой кости. Периодически обострение процесса в виде болей,**

**повышения температуры. Ребенку необходима**

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

**Напряжение кислорода в артериальной крови составляет (мм рт. ст.):**

- Б. 46
- В. 60
- А. 30
- Г. 96
- Д. 120

**При открытом пневмотораксе на операционном столе основной причиной, вызывающей снижение уровня кислородного насыщения крови, является:**

- Б. артерио-венозный шунт через коллабированное легкое
- А. снижение кислорода во вдыхаемом воздухе
- В. антифизиологическая позиция больного на операционном столе
- Г. угнетение дыхательного центра анестетиками
- Д. кровотечение

**Наиболее безопасное для ребенка положение после наркоза:**

- А. на боку с приподнятым ножным концом
- Б. вниз лицом
- В. вниз лицом с приподнятым ножным концом
- Г. на спине
- Д. на спине с поднятым головным концом

**Необходимо проведение ИВЛ у больных с острым развитием процесса при снижении  $P_{aCO_2}$  (от порогового значения):**

- А. 98 мм рт.ст
- В. 60 мм рт.ст.
- Б. 90 мм рт.ст
- Г. 46 мм рт.ст.
- Д. 0 мм рт.ст.

**Из мочегонных препаратов при отеке легких целесообразно применять:**

- Г. маннитол
- Б. новурит
- А. лазикс
- В. мочевины
- Д. спиронолактон

**Положительное инотропное действие означает:**

- В. учащение сердечного ритма
- А. усиление действия другого препарата
- Г. повышение сократительной способности миокарда
- Б. угнетение активности ферментов
- Д. улучшение проводимости по сердцу

**Состояние новорожденного тяжелое. Выраженная одышка. Перкуторно над грудной клеткой справа коробочный звук. Дыхание слева ослаблено. На рентгенограмме справа увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка, в нижнем отделе справа треугольная тень, прилегающая к тени средостения; прозрачность левого легочного поля снижена, средостение смещено влево. Диагноз**

- Г. гипоплазия легкого
- А. киста легкого
- Б. лобарная эмфизема
- В. напряженный пневмоторакс
- Д. агенезия легкого

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

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

**При тотальной эмпиеме плевры в ранних сроках заболевания наиболее целесообразно провести**

- Б. интенсивную терапию без вмешательства в очаг
- В. дренирование плевральной полости по Бюлау
- А. пункцию плевральной полости
- Д. торакоскопию с ультразвуковой санацией
- Г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией

**Состояние больного крайне тяжелое. Дыхание резко затруднено, втяжение грудной клетки. На рентгенограмме отмечается повышение прозрачности обоих легких. В анамнезе аспирация инородного тела. Наиболее вероятный диагноз**

- В. инородное тело бронха
- Г. баллотирующее инородное тело трахеи
- А. инородное тело гортани
- Б. фиксированное инородное тело трахеи
- Д. инородное тело пищевода

**Наиболее информативным методом диагностики патологического гастроэзофагеального рефлюкса является**

- В. контрастное обследование пищевода в положении лежа
- А. контрастное обследование пищевода в положении стоя
- Д. 24-часовая рН-метрия
- Б. сцинтиграфия пищевода
- Г. фиброэзофагоскопия

**При врожденном коротком пищеводе ведущим симптомом является**

- Г. регургитация
- А. рвота
- В. дисфагия
- Б. икота
- Д. саливация

**. У ребенка имеется нагноившаяся киста легкого. Консервативное лечение в течение двух недель не дало успеха. Ему следует рекомендовать:**

- А. продолжение консервативного лечения;
- В. радикальную операцию;
- Б. выжидательную тактику;
- Г. дренирование кисты;
- Д. санаторное лечение.

**Больного беспокоит постоянный рефлекторный кашель, боль при глотании.**

**Дыхание не затруднено. В анамнезе - поперхивание при еде. Наиболее вероятный диагноз:**

- Б. инородное тело бронха;
- В. фиксированное инородное тело трахеи;
- А. баллотирующее инородное тело трахеи;
- Г. инородное тело гортаноглотки;
- Д. инородное тело сегментарного бронха.

**У больного затрудненное дыхание. Временами наступают приступы удушья.**

**Отмечается охриплость голоса, временами афония. Наиболее вероятный диагноз:**

- А. фиксированное инородное тело трахеи;
- В. фиксированное инородное тело гортани;
- Б. баллотирующее инородное тело трахеи;
- Г. инородное тело бронха;
- Д. инородное тело сегментарного бронха.

**У ребенка 4 лет установлен диагноз "скрытый половой член".**

- А. наблюдение эндокринолога + гормональная терапия
- Б. оперативное лечение при желании родителей
- В. показана фаллопластика
- Г. не наблюдать
- Д. смена паспортного пола + феминизирующая пластика

**Для обследования ребенка младшего возраста с**

- В. радиоизотопное сканирование с  $^{90}\text{Tc}$
- Г. проба с ХГ
- А. пневмопельвиографию
- Б. УЗИ исследование
- Д. лапароскопию

**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 с**

- А. ушибом яичка
- В. перекрутом яичка
- Б. разрывом яичка
- Г. перекрутом подвесок яичка;
- Д. липонекрозом мошонки

**При крипторхизме в форме эктопии яичка хорионический гонадотропин назначается:**

- Д. Лечение противопоказано
- А. до операции
- Б. сразу после операции
- В. через 2 месяца после операции
- Г. до операции и сразу после операции

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

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

**У больного, воспитывающегося по мужскому типу, со смешанным строением наружных гениталий отмечен высокий рост, некоторое снижение интеллекта, положительный половой хроматин. Одна гонада в расщепленной мошонке, плотная. Вторая гонада пальпируется в области пахового канала. Гипоспадия, промежностная форма. При сонографии матки не выявлено. Для уточнения диагноза ему следует выполнить**

- А. биопсию гонады
- Д. кариотипирование
- Б. определение чувствительности рецепторов к тестостерону

- В. компьютерную томограмму
- Г. определение ЛГ, ФСГ, тестостерона в крови

**Воспалительный процесс при мастоидитах, распространяющийся вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы, соответствует топографии:**

- В. III шейной фасции;
- Г. IV шейной фасции;
- А. I шейной фасции;
- Б. II шейной фасции;
- Д. V шейной фасции.

**При дренировании глубокой флегмоны (аденофлегмоны) шеи проекционная линия кожного разреза соответствует доступу:**

- Б. к сосудисто-нервному пучку шеи;
- А. по срединной линии шеи;
- В. по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- Г. к подключичной артерии;
- Д. кожной складке.

**При вагосимпатической блокаде инъекционная игла проводится:**

- Б. кпереди от сосудисто-нервного пучка шеи;
- А. кзади от сосудисто-нервного пучка шеи;
- В. по латеральному краю сосудисто-нервного пучка шеи;
- Г. по медиальному краю сосудисто-нервного пучка шеи;
- Д. сквозь сосудисто-нервный пучок шеи

**Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. Вероятный диагноз**

- Г. неспецифический язвенный колит
- Б. долихосигма
- А. болезнь Гиршпрунга
- В. хронический колит
- Д. болезнь Крона

**У ребенка обширная рана промежности без повреждения прямой кишки. Оптимальный объем оперативного вмешательства**

- А. ревизия и санация раны
- Б. ревизия и санация раны, сигмостому
- В. ревизия и санация раны, лапаротомия с ревизией брюшной полости
- Г. ревизия и санация раны, цекостомия
- Д. ревизия и санация раны, лапаротомия, сигмостомия

**Наиболее информативный метод диагностики сосудистых образований прямой кишки у детей:**

- Б. эндоскопия;
- А. ректальное исследование;
- В. биопсия;
- Г. ангиография;
- Д. ирригография.

**У ребенка наблюдается выпадение прямой кишки при акте дефекации и умеренной физической нагрузке (напряжение). Требуется вправление выпавшей кишки. В этом случае стадию выпадения следует расценивать, как:**

- В. декомпенсированную;
- А. компенсированную;
- Б. субкомпенсированную;
- Г. II степень;
- Д. III степень.

**Основной причиной развития гипертонии у детей, перенесших травму почки, можно считать**

- В. девиация мочеточника
- Г. ложный гидронефроз
- Б. вторичное камнеобразование
- А. вторичное сморщивание почки
- Д. некротический папиллит

**Макрогематурия не характерна для**

- В. гломерулонефрита
- А. болезни Верльгофа
- Г. поликистоза
- Б. узелкового периартериита
- Д. опухоли почки

**Основной причиной гидронефроза является**

- Г. истончение почечной паренхимы
- Б. нарушение сократительной способности лоханки
- А. обструкцию в прилоханочном отделе мочеточника
- В. вторичный пиелонефрит
- Д. снижение почечного кровотока

**Ведущим симптомом нефроптоза у детей является**

- А. нарушение мочеиспускания
- В. болевой синдром
- Б. снижение удельного веса мочи
- Г. поллакиурия
- Д. энурез

**Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет**

**ведущее дифференциально-диагностическое значение для выявления**

- Б. энуреза
- Г. эписпадии
- А. нейрогенных дисфункций мочевого пузыря
- В. эктопии устья добавочного мочеточника
- Д. клапана задней уретры

**Наличие синехий крайней плоти считают**

- В. условно патологическим состоянием, показано регулярное разделение синехий в плановом порядке
- А. патологическим состоянием, требующим срочного лечения
- Б. вариантом нормы
- Г. редким пороком крайней плоти
- Д. патологическим состоянием, требующим лечения после 1 года

**Установить диагноз клапана задней уретры у детей позволяет**

- Г. урофлоуметрия
- А. инфузионная урография
- Б. исследование с ЭОП на фоне экскреторной урографии
- В. исследование с ЭОП на фоне микционной цистоуретрографии
- Д. цистометрия

**Оптимальным возрастом для уретропластики по поводу дистальной гипоспадии (без искривления кавернозных тел) является возраст**

- А. 0 – 6 мес
- Б. 6 мес. - 1 год
- В. 0-3 мес
- Г. 5-6 лет
- Д. 7-10 лет

**Отличие операции Иванисевича от Паломо состоит в**

- Б. сохранении лимфатических сосудов
- Г. перевязки артерии, вен и лимфатических сосудов
- А. перевязки артерии и вен семенного канатика
- В. сохранении тестикулярной артерии
- Д. денервации яичка

**Расщепление апоневроза при паховом грыжесечении у ребенка 3 лет**

- Б. не выполняется
- Г. выполняется с обязательной последующей пластикой передней стенки пахового канала
- А. обязательно
- В. выполняется при наличии содержимого в грыжевом мешке
- Д. выполняется с обязательным последующим ушиванием наружного пахового кольца

**Наиболее характерный признак кисты семенного канатика**

- Г. резкая болезненность
- А. отечность в паховой области
- Б. гиперемия в паховой области
- В. эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко
- Д. расширение поверхностного пахового кольца

**В современной трактовке торакоскопия – это:**

- А. метод исследования органов грудной полости;
- Д. хирургический доступ с применением оптических систем.
- Б. метод лечения хирургических заболеваний органов грудной полости;
- В. метод диагностики хирургических заболеваний органов грудной полости;
- Г. способ оперативного лечения;

**Эндоскопические операции у детей выполняются под:**

- В. проводниковой анестезией;
- Г. внутривенной анестезией;
- А. местной анестезией;
- Б. эндотрахеальным наркозом;
- Д. масочным наркозом.

**Для наложения искусственного пневмоперитонеума следует применять:**

- В. воздух операционной;
- А. закись азота;
- Г. углекислый газ;
- Б. кислород;
- Д. инертные газы.

**Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода**

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

**Для перитонита новорожденных не характерным клиническим симптомом является**

- Б. вздутие живота;
- Г. полиурия;
- А. эксикоз;
- В. задержка стула;
- Д. сердечно-сосудистые нарушения.

**Наиболее частым осложнением врожденной кисты легкого у младенцев является**

- А. разрыв кисты с образованием пневмоторакса
- Д. быстрое увеличение размеров кисты
- Б. напряженное состояние кисты
- В. кровотечение
- Г. нагноение кисты

**У мальчика 10 дней поставлен диагноз левостороннего мастита. Нечетко определяется флюктуация. Ребенку необходимо выполнить**

- Д. пункцию, аспирацию гноя, промывание полости гнойника
- А. согревающий компресс
- Б. мазевую повязку
- В. 1-3 радиальных разреза над инфильтратом, отступая от ореолы
- Г. антибактериальную терапию без хирургического вмешательства

**Тактика лечения аппендикулярного инфильтрата у детей**

- Б. амбулаторное наблюдение
- А. стационарное наблюдение
- В. антибактериальная терапия
- Г. пункция инфильтрата
- Д. операция в экстренном порядке

**У больного через 1 год после аппендэктомии с клиническими признаками спаечной кишечной непроходимости нецелесообразно выполнение**

- Б. ультразвукового исследования
- А. ректального пальцевого исследования
- В. обзорной рентгенографии брюшной полости стоя
- Г. пневмоирригографии
- Д. рентгеноконтрастного исследования проходимости желудочно-кишечного тракта

**Диагностику инвагинации кишечника у детей следует начинать с**

- Г. ультразвукового исследования
- А. обзорной рентгенографии брюшной полости
- В. колоноскопии
- Б. пневмоирригографии
- Д. пальпации живота под наркозом

**При эхинококкозе печени показаны**

- Б. гормональная терапия
- Г. рентгенотерапия
- А. антибиотикотерапия
- В. оперативное вмешательство с последующей химиотерапией
- Д. наблюдение в динамике

**Наиболее опасным осложнением портальной гипертензии является**

- Б. тромбоцитопения
- Г. пищеводно-желудочные кровотечения
- А. лейкопения
- В. гепатопортальная энцефалопатия
- Д. носовые кровотечения

**Следствием диспропорции роста является**

- А. болезнь Нотта
- Г. врожденная соха vara
- Б. юношеский эпифизеолиз
- В. синдактилия
- Д. косолапость

**Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает**

- Г. вытяжение по Шеде
- Б. одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
- А. открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
- В. скелетное вытяжение
- Д. лечения не требуется

**Экстренная диагностика острого травматического вывиха в плечевом суставе обеспечивается**

- Б. эхографией
- В. артроскопией
- А. рентгенографией
- Г. радиоизотопным исследованием
- Д. артропневмографией

**При отрывном переломе медиальной надмыщелка плечевой кости чаще страдает**

- Г. мышечно-кожный нерв
- А. лучевой нерв
- В. срединный нерв
- Б. локтевой нерв
- Д. плечевой нерв

**Симптом "прилипшей пятки" у ребенка с травмой таза характерен**

- Г. для отрыва передне-верхней ости подвздошной кости
- А. для перелома крыла подвздошной кости;
- Б. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения
- В. для перелома горизонтальной ветви лонной кости
- Д. для отрыва передне-нижней ости подвздошной кости

**При привычном вывихе надколенника основным методом лечения является**

- В. стабилизирующие пластические операции

- А. иммобилизация гипсовым лангетом
- Б. удаление надколенника
- Г. надмышцелковая остеотомия бедренной кости
- Д. иммобилизация гипсовой циркулярной повязкой

**В основе остеохондропатии лежит**

- А. дисфункция созревания
- В. механическое воздействие
- Б. сосудистая дисплазия
- Г. нарушение внутриутробного развитие
- Д. тератогенное воздействие

**Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизеолиза дистального конца плечевой кости, является**

- Г. видимая костная мозоль
- А. деструкция метафиза плечевой кости
- Б. наличие видимого костного отломка
- В. нарушение соотношения продольной оси плечевой кости и костей предплечья
- Д. луковичный периостит

**При односторонней эпи- или субдуральной гематоме формируется симптомокомплекс**

- В. \"светлый промежуток\"
- А. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия
- Б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки
- Г. общемозговая симптоматика, повышение температуры
- Д. тетраплегия, ясное сознание

**Установка стопы при врожденной косолапости включает**

- Б. отведения, супинации и подошвенного сгибания
- Г. отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
- А. приведения переднего отдела стопы, варусной деформации и подошвенного сгибания
- В. приведения, пронации и тыльного сгибания
- Д. эквинусной установки стопы

**Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются**

- А. в первые 3-5 дней после рождения
- Б. на 10-14 день после родов
- В. в месячном возрасте
- Г. в 3-месячном возрасте
- Д. клинические симптомы не выражены до года

**Консервативное лечение кривошеи следует начинать с**

- В. 2-5 месяцев

- Г. 0.5-1 года
- А. с момента установления диагноза
- Б. 2-недельного возраста
- Д. после 1 года

**Наиболее распространенная форма злокачественных опухолей орбиты у детей**

- Б. ангиогенная саркома
- А. рабдомиосаркома
- В. симпатобластома
- Г. злокачественная глиома
- Д. эктопическая хондросаркома

**Солитарные метастазы в легких наиболее часты при**

- В. саркоме Юинга
- Г. остеогенной саркоме
- Б. нейробластоме
- А. нефробластоме
- Д. рабдомиосаркоме

**Признак патогномоничный для нейробластомы у детей**

- А. высокий уровень эмбрионального альфа-фетопротеина
- Г. «сосудистые звездочки» на коже
- Б. высокий уровень катехоламинов в моче
- В. высокий уровень глюкозы крови
- Д. макрогематурия.

**Наиболее характерными клиническими проявлениями остеосаркомы являются**

- А. боль при ходьбе
- Б. хромота
- В. повышение температуры тела
- Г. \"ночные боли\"
- Д. отек и гиперемия кожи

**К меланомонеопасным невусам относится**

- В. пограничный пигментный невус
- Г. гигантский пигментный невус
- Б. внутридермальный невус
- А. голубой невус;
- Д. невус Отта

**Затрудненное мочеиспускание узкой струей через суженное наружное отверстие мочеиспускательного канала характерно для**

- Б. рубцового фимоза
- А. меатального стеноза
- В. экстрофии мочевого пузыря

- Г. клапана задней уретры
- Д. нейрогенного мочевого пузыря

**«Стартовые» растворы при проведении противошоковой терапии при ожоговом шоке**

- А. Солевые растворы
- Б. Растворы глюкозы
- В. Коллоидные растворы
- Г. Альбумин
- Д. Плазма

**Тестостерон синтезируется из:**

- Г. Кортикостерона
- Б. 17-а-гидроксипрогестерона
- А. Андростендиона
- В. 11-дезоксикортикостерона
- Д. Альдостерона

**У ребенка в возрасте 3-х лет на обзорной рентгенограмме обнаружено увеличение вилочковой железы. В первую очередь в дифференциально-диагностический ряд необходимо включить:**

- Б. Заболевание крови
- Г. Лимфосаркому
- А. Феохромоцитому и симпатонгиому
- В. Надпочечниковую недостаточность и миастению
- Д. Феохромоцитому и лимфосаркому

**Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов при:**

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

**Абсолютное показание для выполнения торакоскопии у детей:**

- Г. опухоль легкого;
- Б. спонтанный пневмоторакс;
- А. киста легкого;
- В. легочная секвестрация;
- Д. опухоль средостения.

**Наиболее рациональное положение больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника:**

- В. на правом боку;
- Г. не левом боку;
- Б. лежа на спине;
- А. вертикальное;
- Д. лежа на животе.

**Из перечисленных анатомических образований прилежат к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи:**

аорта.

- легочная артерия;
- перикард; и
- левое предсердие;
- легочные вены;

**Грыжевые ворота при бедренной грыже образованы следующими элементами:**

подвздошно-гребешковой связки.

- паховой связки; и
- лобковой кости и покрывающей ее фасции; и
- бедренной вены; и
- жимбернатовой связки;

**Иннервация печени осуществляется посредством:**

- ветвями крестцового сплетения.
- ветвей солнечного сплетения; и
- левой ветви блуждающего нерва; и
- правой ветви блуждающего нерва; и
- правого диафрагмального нерва;

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

- пузырная артерия;
- нижний край левой доли печени;
- пузырный проток; и
- печеночный проток; и
- правая печеночная артерия.

**Фетохирургическое вмешательство возможно при:**

- В. Клапане задней уретры
- А. Обширной лимфангиоме шеи и
- Б. Врожденной кишечной непроходимости и
- Г. Стенозе прилоханочного отдела мочеточника и
- Д. Врожденной гидроцефалии

**В первые недели жизни ребенка выполняют операции при:**

- Г. Дермоидной кисте надбровья
- А. Частичной кишечной непроходимости и

- Б. Тератоме крестцово-копчиковой области и
- В. Нарушении оттока мочи и
- Д. Расщелине верхней губы

**Симптомы пилоростеноза:**

- А. Хорошая прибавка в весе
- Б. Срыгивание фонтаном с 3-х недель жизни и
- В. На УЗИ брюшной полости – утолщение мышечного слоя привратника и
- Д. На эндоскопии – непроходимый пилорический отдел желудка
- Г. Срыгивание с рождения

**С целью восстановления проходимости дыхательных путей у ребенка, находящегося в бессознательном состоянии, следует:**

- Д. провести механическое удаление содержимого дыхательных путей путем поколачивания грудной клетки и постурального дренажа
- Г. уложить ребенка в положение Тренделенбурга
- А. запрокинуть голову ребенка назад и
- Б. открыть рот и
- В. выдвинуть нижнюю челюсть

**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:**

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

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

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

**Аntenатальное ультразвуковое исследование плода позволяет выявить:**

- В. врожденный трахео-пищеводный свищ;
- А. гидронефротическую трансформацию почек; и

- Б. врождённую кишечную непроходимость; и
- Г. гастрошизис;
- Д. пилоростеноз.

**При рентгеноконтрастном исследовании пищевода и желудка подтверждают диагноз:**

- Г. геморрагический гастрит;
- А. халазия кардии; и
- Б. ахалазия кардии; и
- В. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- Д. гипертрофический гастрит

**Метод ирригографии с бариевой взвесью используется для диагностики:**

- Г. лимфангиома брыжейки тонкой кишки;
- А. заворота средней кишки;
- Б. атипичного расположения аппендикса; и
- В. болезни Гиршпрунга; и
- Д. инвагинации кишечника.

**Лечащий врач единолично может продлить листок нетрудоспособности до:**

- А. 10-ти дней;
- Б. 15-ти дней;
- В. 20-ти дней;
- Г. 25-ти дней;
- Д. 30-ти дней.

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

- Б. 50
- Г. 70
- А. 40
- В. 60
- Д. 80

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

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

**Минимум подразделений, способных выполнить задачи областного или межобластного центра детской хирургии, должен включать в себя:**  
приемное отделение и

операционно-перевязочный блок  
консультативная поликлиника и травматологический пункт  
отделение плановой и экстренной хирургии  
отделение или палату анестезиологии и реанимации

**Искусственное прерывание беременности проводится:**

- А. при наличии информированного добровольного согласия. и
- Д. не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию при сроке беременности восьмая - десятая недели беременности.
- Б. при сроке беременности до двенадцати недель по желанию женщины
- В. не ранее 24 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию
- Г. при сроке беременности одиннадцатая - двенадцатая недели по социальным показаниям

**Реанимационные мероприятия прекращаются:**

- А. при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;
- Б. при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение десяти минут;
- В. при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут;
- Г. при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов
- Д. при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении тридцати минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов

**Основой для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования является:**

- А. базовая программа ОМС; и
- Г. показатели объема медицинской помощи населению;
- Б. численность и состав населения территории;
- В. перечень медицинских учреждений, участвующих в ОМС;
- Д. объем финансовых средств.

**В понятие “децентрализация” управления здравоохранением в новых**

- Г. поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне;
- Д. расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений.
- Б. отсутствие нормативной базы здравоохранения;
- А. сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали; и
- В. децентрализация бюджетного финансирования;

**Право сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) администрации с работником**

Б. прогул (в том числе отсутствие на работе более 3-х часов в течении рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин;

А. систематическое неисполнение работником без уважительных причин, возложенных на него обязанностей;

В. появление на работе в нетрезвом состоянии;

Г. совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности;

Д. однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями

**Возможные варианты лечения при некрозе участка подвздошной кишки:**

Б. резекция, формирование терминальной стомы;

А. резекция, формирование стомы по Микуличу;

В. резекция, формирование прямого анастомоза «бок в бок»;

Г. резекция, формирование прямого анастомоза «конец в конец»;

Д. новокаиновая блокада, релапаротомия через 12-ть часов.

**У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота, ложные позывы на дефекацию. При осмотре область ануса не изменена. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Можно предположить заболевание:**

В. амебиаз;

А. болезнь Гиршпрунга;

Г. неспецифический язвенный колит;

Б. рак толстой кишки;

Д. трещина ануса.

**У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота, ложные позывы на дефекацию. При осмотре область ануса не изменена. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Наиболее вероятная форма заболевания:**

В. хроническая;

А. острая;

Д. подострая.

Б. первично-хроническая;

Г. скоротечная;

**У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота, ложные позывы на дефекацию. При осмотре область ануса не изменена. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Какой метод исследования является основным в постановке**

**данного диагноза:**

пальцевое ректальное;  
бактериологическое;  
эндоскопическое;  
рентгенологическое;  
биохимия крови.

**У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота, ложные позывы на дефекацию. При осмотре область ануса не изменена. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Наиболее вероятная теория возникновения данного заболевания у детей:**

алиментарная;  
инфекционная;  
аутоиммунная.  
ферментативная;  
аллергическая;

**У ребенка 7 лет, оперированного по поводу травмы промежности, наблюдается постоянное недержание жидкого кала и периодически плотного. Определите степень недостаточности анального жома**

первая  
вторая  
третья  
четвертая  
пятая

**У ребенка 8 лет, оперированного по поводу болезни Гиршпрунга по методике Дюамеля, наблюдается постоянное недержание жидкого и плотного кала.**

**Определите степень недостаточности анального жома**

Третья  
Первая  
Вторая  
Четвертая  
Пятая

**Анатомическое образование, являющееся передней стенкой пахового канала**

Поперечная фасция

Паховая связка

Апоневроз наружной косой мышцы

Нижние края внутренней косой и поперечной мышц

**Анатомическое образование, являющееся верхней стенкой пахового канала**

Апоневроз наружной косой мышцы

Поперечная фасция

Паховая связка

Нижние края внутренней косой и поперечной мышц

### **Анатомическое образование, являющееся нижней стенкой пахового канала**

Паховая связка

Нижние края внутренней косой и поперечной мышц

Апоневроз наружной косой мышцы

Поперечная фасция

### **Оптимальный доступ при резекции верхней доли легкого**

задний

Переднебоковой

заднебоковой

передний

Боковой

### **Оптимальный доступ при резекции средней доли легкого**

Передний

Задний

Заднебоковой

Боковой

Переднебоковой

### **Рентгенологические признаки ателектаза**

вуалеподобное затемнение половины грудной полости

тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону

пристеночное затемнение с четкими контурами

### **Рентгенологические признаки плащевидного плеврита**

вуалеподобное затемнение половины грудной полости

пристеночное затемнение с четкими контурами

тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону

### **Рентгенологические признаки: смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое**

буллезная форма бактериальной деструкции легких

пневмоторакс

напряженный пневмоторакс

мелкоочаговая бактериальная деструкция легких

### **Артериальное кровотечение при заболеваниях желудочно-кишечного тракта**

Язва 12 перстной кишки и

Язва желудка  
Эрозии желудка  
Варикозное расширение вен пищевода  
Синдром Маллори - Вейсса

### **Венозное кровотечение при заболеваниях желудочно-кишечного тракта**

Язва желудка  
Язва 12 перстной кишки  
Эрозии желудка и  
Варикозное расширение вен пищевода  
Синдром Маллори - Вейсса

### **Смешанный вид кровотечения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта**

Синдром Маллори - Вейсса  
Язва 12 перстной кишки  
Эрозии желудка  
Варикозное расширение вен пищевода  
Язва желудка

### **Определите тактику хирурга выполняющего лапароскопию в зависимости от эндоскопической картины при травматическом повреждении селезенки при наличии подкапсульной гематомы селезенки**

Осмотр и дренирование брюшной полости  
Осмотр брюшной полости  
Осмотр, удаление крови и дренирование брюшной полости  
Осмотр, удаление крови, остановка кровотечения и дренирование брюшной полости  
Спленэктомия

### **Определите тактику хирурга выполняющего лапароскопию в зависимости от эндоскопической картины при травматическом повреждении селезенки при наличии линейного разрыва нижнего полюса селезенки, жидкая кровь (около 1000 мл) в брюшной полости**

Осмотр брюшной полости  
Осмотр, удаление крови и дренирование брюшной полости  
Осмотр и дренирование брюшной полости  
Осмотр, удаление крови, остановка кровотечения и дренирование брюшной полости  
Спленэктомия

### **Диагностические мероприятия при солитарной кисте печени**

Рентгенография брюшной полости  
Анафилактическая проба Каццони, реакция латекс-агглютинации  
Компьютерная томография и  
УЗ - исследование и

Магнитно – резонансная холецистохолангиография

**Червеобразный отросток – это:**

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

**Вынужденное положение больного при остром аппендиците:**

на правом боку с приведенными к животу ногами;  
на спине;  
на животе;  
на левом боку;  
сидя.

**Продолжительность наблюдения за ребенком с подозрением на острый аппендицит, от момента поступления в хирургический стационар до принятия решения об оперативном вмешательстве, должна составлять не более (часов):**

6;  
12;  
3;  
24.  
18;

**"Попутная" аппендэктомия выполняется при:**

перекруте придатков матки справа;  
мезоадените;  
пельвиоперитоните;  
выраженных вторичных изменениях отростка;  
дивертикуле Меккеля.

**Для осмотра беспокойного ребенка с подозрением на острый аппендицит целесообразно осмотреть ребенка:**

Д. в состоянии естественного сна.  
А. после введения промедола;  
Б. после введения седуксена;  
В. после введения спазмолитиков;  
Г. в теплой ванне;

**В современной трактовке лапароскопия – это:**

Г. хирургический доступ с применением оптических систем;  
А. метод исследования органов брюшной полости;  
Б. метод лечения хирургических заболеваний органов брюшной полости;

- В. метод диагностики хирургических заболеваний органов брюшной полости;
- Д. способ оперативного лечения.

**Показание к диагностической лапароскопии:**

- А. невозможность определения хирургической патологии органов брюшной полости другими методами;
- Б. тяжелое состояние больного;
- В. острые боли в животе;
- Г. деструктивный аппендицит;
- Д. хронические боли в животе.

**Лечебную эзофагогастродуоденоскопию при инородных телах верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей проводят под:**

- В. проводниковой анестезией;
- Г. внутривенной анестезией;
- А. местной анестезией 10% р-ром лидокаина;
- Б. эндотрахеальным наркозом;
- Д. масочным наркозом.

**Для корректной трактовки патологических изменений органов грудной полости, необходимо произвести рентгенографию в положении**

- А. лежа на спине
- Б. стоя
- В. лежа на животе
- Г. в положении Тренделенбурга
- Д. на «горке»

**Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по**

- Г. тени средостения
- А. наклейке на рентгенограмме
- В. газовому пузырю желудка
- Б. букве "Л" или "П"
- Д. высоте куполов диафрагмы

**Бронхография недостаточно информативна**

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

**Контрастное обследование пищевода с барием не рекомендуется при**

- В. врожденном трахео-пищеводном свище
- А. халазии кардии
- Г. удвоении пищевода

- Б. ахалазии кардии
- Д. врождённом коротком пищеводе

**Эзофагоскопия не целесообразна при**

- Д. атрезии пищевода
- А. ахалазии пищевода
- Б. врождённом стенозе пищевода
- В. ожоге пищевода
- Г. халазии кардии

**Пренатальное ультразвуковое исследование плода не позволяет выявить**

- А. гидронефротическую трансформацию почек
- В. врождённый трахео-пищеводный свищ
- Б. врождённую кишечную непроходимость
- Г. гастрошизис
- Д. врождённый порок сердца

**Рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка не позволяет выявить**

- Б. ахалазию кардии
- В. грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
- А. халазию кардии
- Г. геморрагический гастрит
- Д. пилоростеноз

**Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено**

- Б. незаращением остатков жаберных дуг
- Г. хромосомными абберациями
- А. нарушением инволюции зобно-глоточного протока
- В. нарушением инволюции щитовидно-язычного протока
- Д. эктопией эпителия дна полости рта

**Характерным симптомом срединных кист шеи является**

- Г. плотная консистенция
- А. боль при глотании
- Б. смещение кисты при глотании
- В. расположение над яремной ямкой
- Д. периодическое исчезновение

**Наиболее информативным методом распознавания срединных свищей шеи является**

- Г. фистулография
- А. обзорная рентгенография
- Б. ультразвуковое исследование
- В. зондирование свища
- Д. компьютерная томография

**Для боковых кист шеи характерны**

- Г. расположение по внутреннему краю кивательной мышцы;
- А. болезненность при пальпации;
- Б. истончение кожи над образованием;
- В. расположение над яремной веной;
- Д. смещение кисты при глотании.

**Рецидив после операции по поводу боковых свищей шеи обусловлен**

- Г. неполным удалением боковых ответвлений свища
- А. нагноением послеоперационной раны
- Б. расхождение швов
- В. недостаточным гемостазом
- Д. отказом от резекции подъязычной кости

**Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще проводят с**

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

**Показанием к плановой операции при паховой грыже является**

- Г. расширение наружного пахового кольца
- А. пол ребенка
- В. установление диагноза
- Б. возраст больного
- Д. размер грыжевого выпячивания

**Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерно**

- Б. ухудшение общего состояния
- А. появление припухлости в одной половине мошонки
- В. подъем температуры
- Г. резкая болезненность
- Д. гиперемия мошонки

**Лечение ребенка с кистой семенного канатика предполагает**

- Б. оперативное лечение в плановом порядке;
- А. экстренное оперативное вмешательство
- В. пункцию кисты
- Г. гормональное лечение
- Д. наблюдение в динамике

**У ребенка 13 лет в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с**

**гиперемией кожи и наличием гнойно-некротического стержня в центре.**

**Клиническая картина соответствует**

- А. фурункулу
- Б. карбункулу
- В. флегмоне
- Г. фурункулезу
- Д. псевдофурункулезу

**У ребенка 5 лет множественные гнойники конусовидной формы с некротическим стержнем в центре. Длительное подострое течение. Указанное состояние характерно для**

- Б. рожистого воспаления
- А. фурункулеза
- В. флегмоны
- Г. псевдофурункулеза
- Д. абсцессов подкожной клетчатки

**Характерная форма эпителиального копчикового хода у детей, определяемая макроскопически:**

- В. копчиковая киста;
- Г. воронкообразное кожное втяжение;
- Б. длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика;
- А. короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку;
- Д. объемное образование в параректальной клетчатке.

**Для дифференциальной диагностики эпителиального копчикового хода оптимальным методом исследования у детей является:**

- Б. пальцевое ректальное исследование;
- Г. ректороманоскопия, колоноскопия;
- А. зондирование;
- В. рентгенофистулография;
- Д. рентген крестца.

**Оптимальное положение больного при операции удаления копчикового хода:**

- В. на левом боку;
- Г. на правом боку;
- Б. на спине;
- А. на животе;
- Д. на спине с поднятыми ногами в проктологическом кресле.

**У ребенка 10 лет на задней поверхности шеи резко болезненный инфильтрат, в центре которого три гнойных стержня. Наиболее вероятен диагноз**

- Г. рожистое воспаление
- А. фурункул
- Б. карбункул

- В. флегмона
- Д. абсцесс подкожной клетчатки

**У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области ногтевой фаланги пальца в течение 3-х дней. Местно: отек, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. Клиническая картина соответствует**

- А. паронихии
- В. подкожному панарицию
- Б. кожному панарицию
- Г. подногтевому панарицию
- Д. костному панарицию

**У новорожденного ребенка при перкуссии определяется укорочение звука над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа при аускультации, смещение органов средостения вправо при рентгенологическом исследовании. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз**

- А. гипоплазия легкого
- Б. агенезия легкого
- В. аплазия легкого
- Г. ателектаз легкого
- Д. буллы легкого

**На обзорной рентгенограмме грудной клетки определяется уменьшение правого легкого, ячеистость структуры легочной ткани, при бронхографии выявлено множество округлых образований в правом легком. Наиболее вероятный диагноз**

- Б. агенезия легкого
- Г. гипоплазия легкого
- А. множественные бронхоэктазы
- В. кистозная гипоплазия легкого
- Д. аплазия легкого

**В основе формирования пищевода Барретта**

- Г. метаплазия слизистой пищевода
- А. рефлюкс-эзофагит
- Б. ахалазия
- В. «короткий» пищевод
- Д. пептическая стриктура пищевода

**При компьютерной томографии в паренхиме легкого выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз**

- В. буллезная болезнь легких
- А. абсцесс легкого
- Б. пневмоторакс
- Г. пиоторакс

Д. пиопневмоторакс

**На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз**

- Г. плащевидный плеврит
- А. тотальная эмпиема плевры
- Б. тотальный ателектаз легкого
- В. лобарная эмфизема
- Д. абсцесс легкого

**На рентгенограмме определяется скопление воздуха в плевральной полости, сдавливающее легкое и смещающее средостение в противоположную сторону.**

**Наиболее вероятный диагноз**

- А. напряженный гидропневмоторакс
- Б. напряженный пневмоторакс
- В. гигантский кортикальный абсцесс
- Г. тотальная эмпиема плевры
- Д. лобарная эмфизема

**При тотальном ателектазе легкого аускультативно выявляется**

- Г. отсутствие дыхания
- А. бронхиальное дыхание
- Б. альвеолярное дыхание
- В. амфорическое дыхание
- Д. ослабление дыхания

**При осумкованном гнойном плеврите первый этап хирургического лечения предусматривает**

- Г. торакотомию
- А. дренирование плевральной полости по Бюлау
- В. дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- Б. пункцию гнойной полости
- Д. торакоскопию

**У больного парциальный пневмоторакс. Следует выполнить**

- Б. интенсивную терапию без хирургического вмешательства
- Г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- А. дренирование плевральной полости по Бюлау
- В. плевральную пункцию
- Д. бронхоскопию

**При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить**

- Б. дренирование плевральной полости по Бюлау
- Г. декортикацию легкого
- А. плевральную пункцию

- В. дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- Д. торакоскопию с ультразвуковой санацией

**Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка**

- Б. образование темного цвета определяемое у дна мошонки
- В. наличие выпота в оболочках яичка
- А. острое начало заболевания
- Д. тяжелая интоксикация и лихорадка
- Г. болезненное округлое образование на яичке

**Несуществующая форма эктопии яичка**

- Д. пупочная
- А. пениальная
- Б. бедренная
- В. промежностная
- Г. перекрестная

**У ребенка в возрасте 2 лет обнаружена паховая эктопия яичка. Оперативное лечение следует выполнить**

- А. до 6 лет
- Д. безотлагательно
- Б. до 10 лет
- В. до 12 лет
- Г. до 16 лет

**У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой эктопии. В анамнезе - боль в проекции задержанного яичка. Ему следует рекомендовать**

- В. оперативное вмешательство в неотложном порядке
- А. динамическое наблюдение
- Б. гормональную терапию
- Г. оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией
- Д. динамическое наблюдение в течение 2 лет

**У мальчика в возрасте 2 лет диагностирован крипторхизм в форме паховой ретенции в сочетании с клинически выраженной грыжей. Ему следует рекомендовать**

- Г. оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией
- А. гормональную терапию
- Б. безотлагательное оперативное вмешательство
- В. диспансерное наблюдение
- Д. активное динамическое наблюдение

**Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичек**

- В. орхоэпидидимит

- Г. флегмона Фурнье
- Б. перекрут яичка
- А. перекрут гидатиды яичка
- Д. травматический разрыв яичка

**Наиболее частой причиной возникновения острых заболеваний яичек у детей является**

- В. специфическая инфекция
- Г. нарушение обменных процессов
- А. неспецифическая инфекция
- Б. механические факторы
- Д. диспропорция развития тканевых структур детского организма

**Больной 5 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне внезапно - почувствовал резкую боль в правой половине мошонки, через 1 час появились отек и гиперемия мошонки. За 10 дней до этого перенес паротит. При осмотре: отек и гиперемия мошонки резко выражены, яичко болезненное, увеличено в размерах и подтянуто к корню мошонки. В данном случае имеет место**

- А. правосторонний паротитный орхит
- Б. перекрут яичка
- В. перекрут гидатиды
- Г. аллергический отек мошонки
- Д. флегмона мошонки

**Ребенок 2-х лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит:**

- Г. сцинтиграфия;
- А. обзорная рентгенография брюшной полости;
- В. ирригография с бариевой взвесью;
- Б. ирригография с воздухом;
- Д. колоноскопия.

**Ребенок 4-х лет поступил в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:**

- В. срочную колостому;
- А. консервативную терапию, сифонные клизмы;
- Г. колостомию после кратковременной предоперационной подготовки;
- Б. срочное радикальное оперативное вмешательство;
- Д. колостомию после консервативных мероприятий и удовлетворительного состояния больного.

**Для обследования ребёнка младшего возраста с абдоминальной формой крипторхизма, в первую очередь следует использовать**

- Б. сонографию

- А. пневмопельвиографию
- В. радиоизотопное сканирование с  $^{90}\text{Tc}$
- Г. пробу с ХГ
- Д. лапароскопию

**При ревизии пахового канала и брюшной полости в связи с абдоминальной формой крипторхизма обнаружен «слепо заканчивающийся» семявыносящий проток. Органы малого таза сформированы по мужскому типу. В данном случае имеет место**

- Г. монорхизм
- Б. гипотрофия яичка
- А. атрофия яичка
- В. агенезия яичка
- Д. дисгенезия яичка

**Характерной формой эпителиального копчикового хода у детей, определяемой клинически, является**

- Б. длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
- А. короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку
- В. копчиковая киста
- Г. воронкообразное кожное втяжение
- Д. все перечисленное

**Оптимальным положением больного при операции удаления копчикового хода является**

- В. на левом боку
- Г. на правом боку
- Б. на спине
- А. на животе
- Д. любое из перечисленных

**Исследование больного по Вангенстину при атрезии 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

**В основе болезни Гиршпрунга лежит**

- А. врожденный аганглиоз участка толстой кишки;
- Б. гипертрофия мышечного слоя кишки
- В. поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
- Г. токсическая дилатация толстой кишки
- Д. все перечисленное

**Ребенок 2 лет страдает хроническим запором с первых дней жизни.**

- В. ирригография с бариевой взвесью
- А. обзорная рентгенография брюшной полости
- Б. ирригография с воздухом
- Г. дача бариевой взвеси через рот
- Д. колоноскопия

**У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование**

- А. опухоль толстой кишки
- Г. каловый камень
- Б. удвоение кишечника
- В. лимфангиома брюшной полости
- Д. холодный аппендикулярный инфильтрат

**Наиболее вероятной причиной кровотечения из прямой кишки у детей**

- Г. полип прямой кишки
- А. лейкоз
- Б. трещина заднего прохода
- В. язвенный колит
- Д. гемофилия

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

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

**Качество и эффективность работы отделения хирургии новорождённых определяет:**

- А. Средняя длительность пребывания больного на койке
- В. Летальность
- Б. Число пролеченных больных
- Г. Процент выполнения плана по койко-дням
- Д. Оборот койки

**В возникновении пороков развития у новорождённых наибольшее значение имеют:**

- Б. Химические факторы
- В. Биологические факторы
- А. Физические факторы
- Г. Генетические аберрации
- Д. Гиповитаминоз матери

**Достоверно подтверждает наличие трахеопищеводного свища:**

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

**Хирургический шов при пластических операциях на пищеводе и кишечнике у новорожденных и недоношенных детей:**

- Г. Непрерывный однорядный
- А. Двухрядный шов капроном
- Б. Однорядный узловый атравматической нитью
- В. П-образный узловый однорядный
- Д. Механический шов

**Типичная локализация рожистого воспаления у грудных детей:**

- Г. Промежность и половые органы
- А. Пояснично-крестцовая область
- Б. Грудная клетка
- В. Лицо
- Д. Конечности

**Ранний клинический симптом остеомиелита новорожденных при поражении длинных трубчатых костей:**

- В. Пастозность тканей, окружающих сустав
- А. Субфебрильная температура
- Г. Клиника \"псевдопареза\"
- Б. Вялое сосание
- Д. Гиперемия кожи

**Оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно визуально можно определить**

- В. микрогематурию
- А. пиурию
- Г. макрогематурию
- Б. альбуминурию
- Д. оксалурию

**Боли у ребенка с патологией почек чаще локализуются в**

- Б. у наружного края прямых мышц
- А. поясничной области
- В. надлобковой области
- Г. промежности
- Д. эпигастрии

**При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо выполнить**

- А. ретроградную пиелографию
- В. цистоскопию
- Б. экскреторную урографию
- Г. цистоуретрографию
- Д. радиоизотопные исследования

**Катетеризация уретры противопоказана**

- Г. разрывом уретры
- А. фимозом
- Б. опухолью мочевого пузыря
- В. камнем уретры
- Д. камнем мочевого пузыря

**Дизурические явления у детей чаще выявляются при**

- В. мочекаменной болезни
- А. гидронефрозе
- Б. нефроптозе
- Г. поликистозе
- Д. тромбозе почечной артерии

**Экскреторная урография противопоказана при**

- В. почечной колике
- А. остром пиелонефрите
- Г. анурии
- Б. травме почки
- Д. макрогематурии

**Полное недержание мочи характерно для**

- В. субсимфизарной эписпадии
- Г. клапана задней уретры
- Б. промежностной гипоспадии
- А. тотальной эписпадии
- Д. эктопического уретероцеле

**Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для**

- Г. паранефрита
- А. удвоения верхних мочевых путей
- Б. гидронефроза
- В. нефроптоза
- Д. туберкулеза

**Наиболее информативным методом диагностики разрыва уретры у детей является**

- Г. урофлоуметрия
- А. экскреторная урография

- Б. восходящая уретрография
- В. сцинтиграфия
- Д. цистография

**Среди врожденных заболеваний почек к аномалиям структуры органа относится**

- А. гомолатеральная дистопия
- Б. поликистоз почек
- В. подковообразная почка
- Г. удвоение верхних мочевых путей
- Д. S-образная почка

**При ненапряженной водянке у ребенка 2 лет показано**

- А. дренирование полости мошонки
- В. обработка вагинального отростка брюшины у шейки, прошивание, перевязка, пересечение и рассечение оболочек в полости мошонки
- Б. обработка вагинального отростка брюшины у шейки, прошивание, перевязка, пересечение
- Г. обработка вагинального отростка брюшины у шейки, прошивание, перевязка, пересечение и операция Винкельмана
- Д. операция Винкельмана

**Показанием для операции Винкельмана у детей является**

- Б. мутная водяночная жидкость
- А. впервые возникшая водянка у ребенка старшего школьного возраста
- В. изменение оболочки яичка
- Г. облитерированный вагинальный отросток
- Д. все перечисленное

**Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного старше 1,5 лет обусловлена**

- Б. диспропорцией кровеносной и лимфатической систем
- В. травмой пахово-мошоночной области
- А. повышенным внутрибрюшным давлением
- Г. незаращением вагинального отростка брюшины
- Д. инфекцией мочевых путей

**Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается к**

- Г. 2-3 годам
- А. 28-32 неделям внутриутробной жизни
- В. 1 году
- Б. рождению
- Д. сразу после рождения

**Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу бедренной грыжи является**

- В. повреждение паховой связки

- Г. повреждение нервного пучка
- А. повреждение элементов семенного канатика
- Б. повреждение бедренной вены
- Д. повреждение бедренной артерии

**Оптимальные сроки закрытия илеостомы у ребенка, оперированного по поводу инвагинации кишечника:**

- Б. 1 мес;
- А. 5-7 дней;
- В. 3 мес;
- Г. 6 мес;
- Д. 1 год .

**Наиболее информативное исследование при подозрении на разрыв забрюшинной части 12-перстной кишки:**

- В. лапароскопия;
- А. ультразвуковое;
- Б. рентгеновский обзорный снимок;
- Г. гастродуоденоскопия;
- Д. исследование желудка с бариевой взвесью.

**При перфоративной язве желудка целесообразно:**

- В. резекция желудка по Бильрот-I;
- Г. резекция желудка по Бильрот-II;
- Б. иссечение язвы и ушивание дефекта;
- А. лапароскопическое ушивание язвы;
- Д. резекция желудка Гофмейстер – Финстерер.

**На операции обнаружен разлитой аппендикулярный перитонит с умеренным парезом кишечника. Необходимо провести аппендектомию и:**

- В. лапаростомию;
- Г. установку микроирригаторов;
- Б. лаваж брюшной полости;
- А. санацию брюшной полости;
- Д. интубацию кишечника.

**На операции обнаружен разлитой аппендикулярный перитонит с межпетлевыми абсцессами, парез кишечника. Ребенку показано:**

- В. аппендэктомия, лапаростомию, интубация кишечника;
- А. аппендэктомия, санация брюшной полости;
- Б. аппендэктомия, лаваж брюшной полости;
- Г. аппендэктомия, установка микроирригаторов;
- Д. аппендэктомия.

**Укажите наиболее характерную для новорождённых группу заболеваний**

- Г. сосудистые дисплазии
- Б. гнойно-воспалительные заболевания
- А. пороки развития
- В. злокачественные опухоли
- Д. родовая травма

**Укажите клинический симптом у ребёнка с атрезией пищевода, исключаящий наличие нижнего трахео-пищеводного свища**

- В. запавший живот
- А. цианоз
- Б. одышка
- Г. пенистые выделения изо рта
- Д. хрипы при аускультации легких

**Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является**

- Б. трахеобронхоскопия
- В. проба с метиленовой синью
- А. эзофагоскопия
- Д. трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод
- Г. рентгеноконтрастное исследование пищевода

**Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является**

- Б. желтуха;
- Г. жажда;
- А. склонность к запорам;
- В. рвота «фонтаном»;
- Д. олигурия.

**При пилоростенозе стул**

- А. скудный, темно-зеленый
- Б. постоянный запор
- В. обильный непереваренный
- Г. частый, жидкий, зловонный
- Д. водянистый

**Пилоростеноз чаще всего дифференцируют с**

- В. ахалазией пищевода
- А. артерио-мезентеральной непроходимостью
- Г. халазией пищевода
- Б. коротким пищеводом
- Д. родовой травмой

**При низкой кишечной непроходимости у новорожденных не встречается**

- Г. мягкий безболезненный живот

- А. многократная рвота застойным отделяемым
- Б. отсутствие стула
- В. аспирация
- Д. вздутый болезненный живот

**Наиболее достоверным клиническим признаком врождённого вывиха бедра у младенца является**

- А. асимметрия кожных складок
- В. ограничение разведения бедер
- Б. симптом «щелчка» (соскальзывания)
- Г. укорочение одной из конечностей
- Д. наружная ротация бедра

**Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является**

- Г. отсутствие изменений
- Б. гиперлейкоцитоз
- А. умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево
- В. лейкопения
- Д. ускоренное СОЭ

**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**

- Д. ввести седативные препараты
- А. ввести обезболивающие препараты
- Б. осмотреть ребенка в состоянии естественного сна
- В. ввести спазмолитики
- Г. сделать теплую ванну

**У ребенка 8 месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания - 9 час с момента появления выраженного беспокойства. Начальным методом диагностики является**

- Б. ирригография с бариевой смесью
- Г. лапароскопия
- А. ирригография с воздухом
- В. ультразвуковое исследование
- Д. исследование ректального давления.

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

- А. лапароскопия
- В. лапаротомия
- Б. лапароцентез
- Г. ультразвуковое исследование

Д. наблюдение

**Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизменный Меккелев дивертикул. Ваши действия**

Д. плановое удаление дивертикула через 6 месяцев

А. удаление дивертикула

Б. оставление дивертикула

В. введение стомы на уровне дивертикула

Г. плановое удаление дивертикула через 1 месяц

**Наиболее достоверным признаком перекрута кисты яичника является**

Б. беспокойное поведение, позывы на мочеиспускание

В. нормальная температура тела, отсутствие лейкоцитоза

А. боли внизу живота с иррадиацией в промежность

Д. обнаружение при ректальном исследовании объемного болезненного образования

Г. мягкий живот, отсутствие перитонеальных знаков

**В комплекс мероприятий с целью остановки кровотечения при портальной гипертензии входит все следующие мероприятия, кроме**

Г. инфузионной гемостатической терапии

А. постельного режима

В. установка желудочного зонда

Б. исключения кормления через рот

Д. парентерального питания

**Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется**

Б. в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4°C

А. в емкости, наполненной водой с температурой 36°C и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента

В. не имеет значения

Г. при отрицательной температуре

Д. при температуре около 40°C

**Иммобилизация конечности при диафизарном переломе большеберцовой кости производится**

Б. гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов

В. гипсовой лангетой от голеностопного сустава до средней трети бедра

А. циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов

Г. гипсовой лангетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра

Д. циркулярной гипсовой повязкой от плюсне-фаланговых суставов до коленного сустава

**Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является**

- Г. дистальный эпифиз бедренной кости
- А. проксимальный эпифиз плечевой кости
- Б. дистальный эпифиз плечевой кости
- В. проксимальный эпифиз бедренной кости
- Д. проксимальный эпифиз большой берцовой кости

**Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является**

- А. гематома в области плечевого сустава
- Г. болевая реакция при пеленании
- Б. крепитация отломков
- В. гемипарез
- Д. нарушение кровообращения

**Оптимальный уровень проведения спицы для скелетного вытяжения у ребенка с переломом проксимального отдела плечевой кости**

- В. дистальный метафиз лучевой кости
- Г. диафиз плечевой кости
- А. дистальный конец плечевой кости
- Б. локтевой отросток локтевой кости
- Д. скелетное вытяжение не применяют

**При эвакуации больного с переломом позвоночника и костей таза оптимальным является**

- Б. на боку, на носилках
- А. использование вакуум - каркасных носилок
- В. на носилках в положении \"лягушки\"
- Г. на щите, на животе
- Д. на щите, на спине с соблюдением \"оси безопасности\"

**Наиболее эффективным методом лечения болезни Нотта является**

- А. рассечение кольцевидной связки
- Б. инъекция гидрокортизона в кольцевидную связку
- В. лечебная физкультура, массаж
- Г. фонофорез с гидрокортизоном
- Д. инъекция гидрокортизона с последующей физиотерапией

**Наиболее характерные деформации нижних конечностей при рахите**

- А. варусная деформация голени
- Б. атрофия конечности
- В. опухолевидное образование в области зоны роста
- Г. гипертрофия конечности;
- Д. деформация всех крупных суставов

**В основе патогенеза врожденного вывиха бедра у детей лежит**

- А. дисфункция роста
- Б. дисфункция созревания
- В. родовая травма
- Г. внутриутробная инфекция
- Д. онкогенное воздействие

**Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является**

- Г. ото-рино-ликворея
- А. потеря сознания
- Б. очаговая неврологическая симптоматика
- В. многократная рвота
- Д. кровотечение из носа и уха

**При разрыве передней крестообразной связки коленного сустава характерным симптомом является**

- А. блокада коленного сустава
- Б. симптом \"выдвижного ящика\"
- В. сгибательная контрактура в коленном суставе
- Г. симптом \"прилипшей пятки\"
- Д. патологическая подвижность в области коленного сустава

**Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у детей встречается в**

- А. шейном отделе
- В. средне-грудном отделе
- Б. верхне-грудном отделе
- Г. нижне-грудном отделе
- Д. поясничном отделе

**Наиболее часто гепатобластомы встречаются в возрасте**

- А. до 2-х лет;
- Б. после 2-х лет
- В. после 5 лет;
- Г. после 10 лет;
- Д. после 15 лет.

**Наиболее зрелая нейрогенная опухоль**

- В. симпатобластома
- Г. ганглионейробластома
- А. симпатогониома
- Б. ганглионеврома
- Д. нейробластома

**Типичная локализация нейрогенной опухоли у детей**

- Г. малый таз
- Б. заднее средостение

- А. забрюшинное пространство
- В. брюшная полость
- Д. область головы и шеи

**При пальпации забрюшинная нейрогенная опухоль**

- А. неподвижная, бугристая, плотной консистенции, переходит среднюю линию живота
- Б. подвижная, гладкая, эластичная, пальпируется в нижних отделах живота
- В. умеренно подвижная, плотно-эластичная, не переходит среднюю линию живота
- Г. умеренно подвижная, с гладкой поверхностью, эластической консистенции пальпируется в эпигастральной области
- Д. подвижная, крупнобугристая, плотно-эластической консистенции, пальпируется в верхне-наружных отделах живота

**Ориентиром для пункции подключичной вены надключичным доступом являются:**

- Г. ключица и большая грудная мышца
- А. ключица и грудная головка кивательной мышцы
- В. ключица и подъязычно-щитовидная мышца
- Б. ключица и латеральный край грудинной головки кивательной мышцы
- Д. ярёмная вырезка грудины

**При быстром поднятии головного конца операционного стола на 60° во время анестезии артериальное давление падает вследствие:**

- Б. угнетения рефлекса Бейнбриджа
- Г. рефлекторного раздражения каротидных телец
- А. потери мышечного тонуса
- В. угнетения рефлекса каротидного синуса
- Д. гиповолемии

**Показание к прямому массажу сердца у детей:**

- Г. отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2-х минут
- А. остановка дыхания
- Б. остановка сердца
- В. отсутствие сознания
- Д. фибрилляция сердца

**Для подтверждения диагноза варикоцеле необходимо выполнить**

- В. диагностическая лапароскопия
- Г. компьютерная томография, МРТ
- Б. флебография
- А. ультразвуковое исследование мошонки с доплерографией
- Д. радиоизотопное исследование

**Выявленные на УЗИ расширение чашечек и лоханки более 10 мм., истончение**

**паренхимы почки, мочеточник не расширен - характерно для**

- В. пиелэктазия
- Г. мегауретер
- А. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- Б. гидронефроз
- Д. поликистоз почек

**На урограмме контрастируется значительно расширенная и деформированная коллекторная система правой почки, расширенный, колленообразный правый мочеточник на всем протяжении. Слева коллекторная система не изменена, что характерно для**

- Б. гидронефроза справа
- Г. уретероцеле справа
- А. пузырно-мочеточниковый рефлюкса справа 5 степени
- В. уретерогидронефроз справа.
- Д. мультикистоза справа

**К какому виду шока относится ожоговый шок**

- А. Бактериальный
- Б. Гиповолемический
- В. Травматический
- Г. Анафилактический
- Д. Постгеморрагический

**Минимальная площадь термического поражения, при которой возможно развитие ожогового шока у детей первых 3 лет жизни**

- В. 10%
- Г. 15%
- А. 1%
- Б. 5%
- Д. 20%

**Первый признак ожоговой токсемии**

- А. Анемия
- Г. Гипертермия
- Б. Нормальный диурез
- В. Гипопротеинемия
- Д. Одышка

**Абсолютные противопоказания к проведению лапароскопии:**

- спаечная непроходимость;
- перитонит.
- мозговая кома;
- некорректируемые нарушения свертываемости крови; и
- декомпенсированная сердечно-легочная недостаточность;

**Преимущества лапароскопического доступа перед лапаротомным:**

- А. уменьшение интраоперационных осложнений;
- Б. минимальная травма передней брюшной стенки;
- В. уменьшение риска возникновения спаек в брюшной полости;
- Г. снижение послеоперационного болевого синдрома;
- Д. быстрая психо-эмоциональная реабилитация в послеоперационном периоде.

**При неуточненных сроках инвагинации у детей, колоноскопия позволяет:**

- Г. определить подвижность инвагината и возможность его расправления;
- А. уточнить длину инвагинированной кишки;
- В. оценить состояние слизистой инвагинированного участка кишки;
- Б. определить органическую причину инвагинации;
- Д. уточнить характер инвагинации.

**Характерные группы заболеваний для отделения хирургии новорождённых:**

- В. Сосудистые дисплазии
- Г. Злокачественные опухоли
- Б. Гнойно-воспалительные заболевания
- А. Пороки развития
- Д. Родовая травма

**Преимущества лапаротомного доступа у новорождённых с диафрагмальной грыжей:**

- Г. Меньшая травматичность
- Б. Хороший косметический результат
- А. Возможность ревизии кишечника
- В. Меньше опасность повреждения органов брюшной полости
- Д. Визуальный контроль при ушивании дефекта диафрагмы

**Симптомы низкой кишечной непроходимости у новорожденного:**

- Г. Мягкий безболезненный живот
- Б. Отсутствие стула
- А. Многократная рвота застойным отделяемым
- В. Аспирации
- Д. Вздутый болезненный живот

**Рентгенологические признаки спаечной кишечной непроходимости при изучении пассажа водной взвеси бария сульфата по кишечнику:**

- А. появление горизонтальных уровней жидкости при отсутствии арок (симптом «горизонтальных уровней»)
- Б. задержка бариевой взвеси в отдельных тонкокишечных петлях, симптом «провисания» кишечных петель
- В. симптом «горизонтальных уровней» образуют разные контрастные среды
- Г. задержка водной взвеси бария сульфата в тонкой кишке дольше 4-5 ч

Д. появление горизонтальных уровней жидкости и арок

**Возможные причины инвагинации кишечника в детском возрасте:**

В. диспепсия;

Г. респираторно-вирусная инфекция;

Б. хронические запоры;

А. возрастная дискоординация кишечника;

Д. пороки развития кишечника (дивертикул, полип, опухоль).

**Для острого холецистита характерны симптомы:**

Г. отсутствие стула;

Б. положительный симптом Ортнера;

А. желтуха;

В. лейкоцитоз;

Д. субфебрильная лихорадка.

**Признаки внутрибрюшного кровотечения:**

Б. снижение артериального давления

А. тахикардия, пульс слабого наполнения

В. снижение показателей гемоглобина

Г. положительный симптом Щеткина - Блюмберга;

Д. наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗ исследования.

**При разрыве селезенки с продолжающимся умеренным кровотечением показано (возможные варианты):**

Б. остановка кровотечения тахокомбом;

А. остановка кровотечения коагуляцией;

В. остановка кровотечения тампонадой сальником;

Г. спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки;

Д. установка страховочного дренажа.

**При холодном аппендикулярном инфильтрате, выявленном при УЗ-исследовании на 7-е сутки от начала заболевания, показано:**

Г. наблюдательная тактика

А. лапароскопия

Б. антибиотикотерапия

В. физиотерапия

Д. лапаротомия

**При подозрении на инвагинацию кишечника в комплекс диагностических мероприятий входят:**

А. лечебно-диагностическая ирригоскопия;

Б. срочная операция без предварительного проведения инструментально-лабораторного исследования;

В. обзорная R-графия брюшной полости;

- Г. ректальное исследование;
- Д. УЗ - исследование;

**Клинические проявления перфоративной язвы луковицы 12 п.кишки:**

- Б. падение уровня гемоглобина;
- А. «кинжальные» боли в эпигастрии;
- В. свободный воздух в брюшной полости при R-графии;
- Г. вынужденное положение больного с прижатыми к животу ногами;
- Д. положительный симптом раздражения брюшины.

**Клинические проявления кишечной инвагинации:**

- Г. слизь по типу «малинового желе» при ректальном исследовании;
- А. положительный симптом Щеткина - Блюмберга;
- Б. периодическое беспокойство ребенка;
- В. пальпируемое объемное образование брюшной полости;
- Д. отсутствие стула.

**При возникновении инфильтрата после лапароскопической аппендэктомии показано:**

- Г. УЗ - контроль;
- Б. релапароскопия, ревизия;
- А. антибактериальная терапия;
- В. физиотерапия;
- Д. наблюдение в динамике.

**При травме живота и подозрении на повреждение внутренних органов необходимо выполнить:**

- Б. ультразвуковое исследование;
- А. рентгенографию брюшной полости;
- В. общий анализ крови;
- Г. диагностическую лапароскопию, без предварительного проведения инструментально-лабораторного исследования;
- Д. общий анализ мочи

**Возможные варианты лечения при некрозе участка подвздошной кишки:**

- В. резекция, формирование прямого анастомоза «бок в бок»;
- Г. резекция, формирование прямого анастомоза «конец в конец»;
- Б. резекция, формирование терминальной стомы;
- А. резекция, формирование стомы по Микуличу;
- Д. новокаиновая блокада, релапаротомия через 12-ть часов.

**11.38. При трихобезоаре у детей показаны:**

- А. ЭГДС – одномоментное удаление;
- Б. ЭГДС – поэтапное удаление;
- В. лапаротомия, гастротомия – удаление;

- Г. лапароскопия, гастротомия - удаление;
- Д. медикаментозное растворение безоара.

**Из дивертикулов пищевода наиболее часто встречаются:**

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

**Пищевод в своей нижней трети грудного отдела по отношению к аорте:**

- Г. расположен сзади и справа от аорты;
- А. расположен слева от аорты;
- В. расположен спереди и слева от аорты;
- Б. лежит справа от аорты;
- Д. расположен сзади и слева от аорты.

**Поверхностное паховое кольцо образовано:**

- Г. связкой Купера;
- А. частью лонной кости;
- Б. расщепленным апоневрозом наружной косой мышцы живота;
- В. связкой Коллези (завороченной связкой);
- Д. межножковыми волокнами.

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

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

**Ветви для иннервации подчревной области брюшной стенки отходят от:**

- Г. поясничного сплетения;
- А. солнечного сплетения;
- Б. верхнего брыжеечного сплетения;
- В. нижнего брыжеечного сплетения;
- Д. крестцового сплетения

**Наиболее предпочтительный способ пункции перикарда:**

- Г. Ларрея;
- А. Н.И.Пирогова;
- Б. Куршмана;
- В. Марфана;
- Д. Б.М.Шапошникова.

**При дренировании глубокой флегмоны (аденофлегмоны) шеи проекционная линия кожного разреза соответствует доступу:**

- В. по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- Г. к подключичной артерии;
- Б. к сосудисто-нервному пучку шеи;
- А. по срединной линии шеи;
- Д. кожной складке.

**При дренировании глубокой флегмоны (аденофлегмоны) шеи проекционная линия кожного разреза соответствует доступу:**

- А. по срединной линии шеи;
- Б. к сосудисто-нервному пучку шеи;
- В. по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- Г. к подключичной артерии;
- Д. кожной складке.

**Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:**

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

**Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:**

- Г. протей
- Б. стрептококк
- А. стафилококк
- В. кишечная палочка
- Д. синегнойная палочка

**Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, начинается в сроки на:**

- А. первые сутки
- Б. вторые сутки
- В. третьи сутки
- Г. четвертые сутки
- Д. седьмые сутки

**Дренирование гнойной раны с использованием резинового выпускника достигается за счет:**

- Г. гигроскопических свойств
- А. активной аспирации
- Б. пассивного оттока
- В. капиллярных свойств
- Д. антибактериального действия

**Дренирование гной раны показано в фазе:**

- В. пролиферации
- Г. реорганизации
- А. альтерации
- Б. экссудации
- Д. экссудации и пролиферации

**Ранние вторичные швы при гнойной ране следует накладывать на:**

- А. 3-4 день
- В. 7-10 день
- Б. 5-6 день
- Г. 10-12 день
- Д. 12-14 день

**У новорожденной девочки 21дня жизни с рождения отсутствует стул, стул только после очистительных клизм. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Анус сформирован, в области промежности и преддверия влагалища свищи не выявлены. Можно предположить заболевание:**

- А. неспецифический язвенный колит;
- Г. болезнь Гиршпрунга;
- Б. долихосигма;
- В. острый паропроктит;
- Д. ректовезикальный свищ.

**У новорожденной девочки 21дня жизни с рождения отсутствует стул, стул только после очистительных клизм. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Анус сформирован, в области промежности и преддверия влагалища свищи не выявлены. Форма болезни:**

- Б. подострая;
- А. острая;
- В. хроническая;
- Г. ректальная;
- Д. ректосигмоидальная.

**У новорожденной девочки 21дня жизни с рождения отсутствует стул, стул только после очистительных клизм. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Анус сформирован, в области промежности и преддверия влагалища свищи не выявлены. Какие действия целесообразно выполнить?**

- В. дачу бариевой смеси через рот;
- Г. колоноскопию;
- А. колостомию;

- Б. ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа;
- Д. определение активности ацетилхолинэстеразы.

**У новорожденной девочки 21 дня жизни с рождения отсутствует стул, стул только после очистительных клизм. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Анус сформирован, в области промежности и преддверия влагалища свищи не выявлены. Оптимальный способ оперативного пособия?**

- Б. колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки;
- В. колостома петлевая на поперечно-ободочную кишку;
- А. радикальная операция;
- Д. терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки.
- Г. пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки;

**У новорожденной девочки 21 дня жизни с рождения отсутствует стул, стул только после очистительных клизм. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Анус сформирован, в области промежности и преддверия влагалища свищи не выявлены. Какой патогенез лежит в основе данного заболевания?**

- В. поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;
- Г. токсическая дилатация толстой кишки;
- Б. гипертрофия мышечного слоя кишки;
- А. врожденный аганглиоз участка толстой кишки;
- Д. воспаление параректальной клетчатки.

### **Лечащий врач**

- Г. назначается руководителем подразделения, где непосредственно проводятся лечебно-профилактические мероприятия
- Б. выбирается пациентом вне зависимости от согласия врача
- А. назначается руководителем медицинской организации
- В. выбирается пациентом с учетом согласия врача
- Д. может быть выбран пациентом вне зависимости от согласия врача за счет собственных внебюджетных средств ОМС

### **Реанимационные мероприятия прекращаются:**

- Д. при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении тридцати минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).
- Б. при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение десяти минут;
- А. при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни; и
- В. при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на

восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут; и  
Г. при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

**Грыжевые ворота при бедренной грыже образованы следующими элементами:**

- А. паховой связки; и
- Б. лобковой кости и покрывающей ее фасции; и
- В. бедренной вены; и
- Г. жимбернатовой связки;
- Д. подвздошно-гребешковой связки.

**Верхняя брыжеечная артерия выходит через щель, образованную элементами:**

- А. головки поджелудочной железы;
- Б. нижнего края поджелудочной железы;
- В. поперечной ободочной кишки;
- Г. нижней горизонтальной части 12-перстной кишки;
- Д. восходящей части 12-перстной кишки.

**Для шейного отдела пищевода характерно:**

- Г. пищевод отклоняется на шею вправо;
- Б. уровень верхнего сужения пищевода соответствует перстневидному хрящу;
- А. сужение в месте перехода глотки в пищевод;
- В. к передней поверхности пищевода прилежит перепончатая часть трахеи;
- Д. пищевод отклоняется на шею влево.

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

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

**В образовании солнечного сплетения принимают участие:**

- А. большой чревный нерв;
- Б. малый чревный нерв;
- В. блуждающий нерв;
- Г. большой чревный нерв;
- Д. блуждающий и симпатический нервы.

**Основные этапы пункции подключичной вены:**

- А. положение Тренделенбурга для предупреждения воздушной эмболии
- Б. голову ротируют в противоположную от места пункции сторону
- В. пункцию производят под углом 45° к горизонтальной и саггитальной проекции
- Г. пункцию производят под углом 60° к горизонтальной и саггитальной проекции

Д. иглу медленно продвигают на глубину 2,5 см вдали от купола плевры до момента уменьшения сопротивления игле

**Электрокардиография, как дополнительный метод исследования, может помочь в диагностике:**

- Г. гипоксии
- Д. эмболии легочной артерии
- А. сердечного выброса
- Б. перидозировки дигиталиса и
- В. электролитных нарушениях

**Осложнения при пункции и катетеризации внутренней яремной вены:**

- А. нарушение функции IX-XII пар черепно-мозговых нервов
- Б. пневмоторакс
- В. паралич голосовых связок
- Г. гемоторакс
- Д. перфорация сонной артерии

**Нарушение насыщения гемоглобина кислородом связаны с:**

- А. нарушением проходимости трахеобронхиального дерева
- Б. нарушением соотношения вентиляции и кровотока
- В. нарушением кровотока
- Г. капилляроспазмом
- Д. отёком интерстиция лёгких

**Методы оценки боли:**

- Б. моносинаптическое тестирование с регистрацией рефлекса Гоффманна (Н-рефлексА)
- В. метод инфракрасной термографии
- А. регистрация кожно-гальванического рефлекса
- В. метод инфракрасной термографии
- Г. Оценка по вербально-аналоговой шкале Ханнела
- Д. Электромиография

**Для выделяемого при анаэробной газовой инфекции гематоксина характерны свойства:**

- Г. избирательного поражения мозга
- А. некроза соединительной ткани и мышц и
- Б. гемолиза и
- В. тромбоза сосудов и
- Д. поражения миокарда, печени, почек

**Течение гнойно-воспалительного процесса у детей определяют:**

- А. вирулентность микрофлоры и
- Б. сенсбилизация организма и
- В. иммунологическая реактивность организма и

- Г. антибиотикорезистентность возбудителя
- Д. натальная травма ЦНС

**При хирургическом лечении больных с анаэробной инфекцией следует соблюдать следующие принципы:**

- Д. строгая иммобилизация пораженной конечности
- А. широкие лампасные разрезы и
- Б. иссечение пораженных тканей и
- В. нейтрализация действия циркулирующих токсинов и
- Г. коррекция нарушений гомеостаза

**Основные принципы выполнения ампутации при анаэробной инфекции:**

- Д. отказ от дренирования раны
- А. ампутация выше визуально определяемой зоны поражения и
- Б. операция проводится без использования жгута и
- В. отказ от ушивания культи конечности и
- Г. рассечение фасциальных футляров

**Иммобилизация в раннем послеоперационном периоде при остром гематогенном остеомиелите у детей обеспечивает:**

- Д. ускорение восстановления костной ткани
- А. необходимый покой и
- Б. уменьшение болей и ограничение воспалительной реакции и
- В. предупреждение развития контрактур и
- Г. предупреждение развития вывихов и деформаций

**Подострое течение лимфаденита в стадии инфильтрации следует дифференцировать с:**

- А. туберкулезом и
- Б. лимфогранулематозом и
- В. опухолевым процессом и
- Г. болезнью кошачих царапин
- Д. гемангиомой

**Измерение внутрикостного давления больному с подозрением на острый гематогенный остеомиелит показано при:**

- Д. костно-деструктивных изменениях на компьютерной томографии при сроке заболевания свыше 1-го месяца
- Б. указании в анамнезе на травму и отсутствии повреждений при рентгенологическом исследовании
- А. наличии боли в конечности и высокой температуре тела и
- Г. синдроме заболевания мягких тканей и болезненной осевой нагрузке
- В. картине ревматизма, когда отмечено поражение одного сустава

**Допустимые сроки проведения консервативной терапии до принятия решения об**

**оперативном вмешательстве при ранней спаечной кишечной непроходимости**

6-12 часов

24-48 часов

3-6 часов

12-24 часов

48-72 часов

**Допустимые сроки проведения консервативной терапии до принятия решения об оперативном вмешательстве при поздней спаечной кишечной непроходимости**

24-48 часов

6-12 часов

3-6 часов

12-24 часа

48-72 часа

**Допустимые сроки проведения консервативной терапии до принятия решения об оперативном вмешательстве при спаечно-паретической кишечной непроходимости кишечника**

12-24 часа

3-6 часов

24-48 часов

6-12 часов

48-72 часа

**Тактические мероприятия при периаппендикулярном абсцессе со спадающимися стенками**

промывание брюшной полости

установка микроирригатора

установка двухпросветного дренажа

аппендэктомия и

установка однопросветного дренажа

**Тактические мероприятия при периаппендикулярном абсцессе с ригидными стенками**

аппендэктомия и

установка двухпросветного дренажа

установка однопросветного дренажа

промывание брюшной полости

установка микроирригатора

**Клинические проявления острого аппендицита**

Высокий лейкоцитоз (свыше 15 тыс.)

Боли внизу живота

Учащенное мочеиспускание

Лейкоцитоз (до 15 тыс.) и

Симптомы раздражения брюшины

### **Клинические проявления пельвиоперитонита**

Высокий лейкоцитоз (свыше 15 тыс.) и

Боли внизу живота

Лейкоцитоз (до 15 тыс.)

Симптомы раздражения брюшины

Учащенное мочеиспускание

### **Необходимые диагностические мероприятия при кисте органов брюшной полости**

Экскреторная урография

Компьютерная томография и

УЗ - исследование

Диагностическая лапаротомия

Лапароскопия

### **Необходимые диагностические мероприятия при кисте забрюшинного пространства**

Компьютерная томография и

УЗ - исследование и

Экскреторная урография

Диагностическая лапаротомия

Лапароскопия

### **Клинические проявления острого аппендицита**

Жидкий стул

Лейкоцитоз и

С-мы раздражения брюшины и

Тошнота, рвота и

Болезненность в точке Мак-Бурнея

### **Клинические проявления кишечной инфекции**

Лейкоцитоз и

Жидкий стул и

Тошнота, рвота

С-мы раздражения брюшины

Болезненность в точке Мак-Бурнея

### **Макроскопическая картина при катаральном холецистите**

Сероза серо-зеленого цвета

Гиперемия, утолщение стенок

Гиперемия, отек

Наличие фибрина на пузыре

Мутный выпот в брюшной полости

### **Макроскопическая картина при флегмонозном холецистите**

Сероза серо-зеленого цвета

Гиперемия, утолщение стенок и

Наличие фибрина на пузыре и

Мутный выпот в брюшной полости

Гиперемия, отек

### **Диагностические мероприятия при остром аппендиците**

УЗ - исследование и

Пальцевое ректальное исследование и

Лапароскопия

R-гафия брюшной полости

ЭГДС

### **Диагностические мероприятия при прободная язве луковицы 12 п.кишки**

Пальцевое ректальное исследование

R-гафия брюшной полости и

УЗ - исследование и

ЭГДС и

Лапароскопия

### **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

**Ректovesтyбулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе**

- Б. в 1,5 года;
- А. по установлении 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 узловые 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 мочевой 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. ирригографию
- Б. ирригографию 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 мочевого пузыря

**Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают**

- А. операцию Фолля
- 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 микроиригатора
- 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. спленэктомию
- Г. оставление страховочного дренажа, без манипуляций на селезенке
- Д. спленэктомию 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. спленэктомию
- 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