

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.16 «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

1	Общие вопросы детской хирургии
1	Основными источниками информации о здоровье являются
	официальная информация о смертности
	данные страховых компаний
	данные мониторинга окружающей среды и здоровья
	регистры заболеваний, несчастных случаев и травм
2	Среди причинных факторов, способствующих развитию пороков развития у новорождённых, наиболее значимыми являются
	физические
	химические
	биологические
	генетические аберрации
3	Наибольшим повреждающим (тератогенным) действием на развитие эмбриона и плода обладают
	радиация
	вирусная инфекция
	лекарственные вещества
	сочетание нескольких повреждающих факторов
4	Фетохирургическое вмешательство возможно при
	обширной лимфангиоме шеи
	стенозе прилоханочного отдела мочеточника
	врожденной кишечной непроходимости
	клапане задней уретры
5	Частота дыхания в 1 минуту у новорожденных детей
	10 – 20
	20 – 30
	30 – 40
	40 – 60
6	Частота дыхания в 1 минуту у ребенка 2 лет в спокойном состоянии
	20 – 25
	25 – 30
	30 – 35
	35 – 40
7	Средняя физиологическая вместимость желудка у годовалого ребенка
	50 – 100 мл

	150 – 200 мл
	250 – 300 мл
	300 – 350 мл
8	Длина толстой кишки у ребенка равна
	трети длины тела
	половине длины тела
	длине тела
	двум длинам тела
9	Цель паллиативной операции
	излечение больного
	облегчение состояния больного
	уточнение диагноза
	завершение многоэтапной операции
10	Универсальное определение шока
	тяжелая системная гипоперфузия
	снижение артериального давления
	снижение объема циркулирующей крови
	централизация кровообращения
11	Первичный наиболее общий этиологический фактор, определяющий нарушение жизненно важной функции при шоке, состоит
	в торможении центров коры головного мозга, обусловленных болевой чувствительностью
	в интоксикации, вызванной продуктами распада органов и тканей
	в острой дыхательной недостаточности
	в нарушении центральной гемодинамики
12	Показатели, используемые для определения шокового индекса
	частота сердечных показателей
	частота дыхания
	величина систолического давления
	величина диастолического давления
13	Основные типы шока
	кардиогенный
	болевого
	гиповолемический
	кардиогенный
14	Абсолютные показания к экстренной операции до выведения из тяжелого шока
	напряженный пневмоторакс
	продолжающееся внутреннее кровотечение
	разрыв полого органа
	перитонит

15	Причины гиповолемии у детей
	кровопотеря
	рвота
	гипертермия
	артериальная гипертензия
16	Перед гемотрансфузией необходимо
	измерить артериальное давление
	измерить температуру тела
	опорожнить кишечник с помощью клизмы
	измерить частоту сердечных сокращений
17	Клинические ситуации, при которых возможна реинфузия крови
	повреждение нижней полой вены
	ранение кишечника
	кровотечение из опухоли
	разрыв селезенки
18	Цели премедикации
	выключение сознания
	уменьшение основного обмена
	устранение тревожности
	угнетение секреции слизистых оболочек
19	При антибактериальной профилактике противомикробный препарат вводится
	за 1 час до начала операции
	за 30 минут до начала операции
	в течение 24 – 48 часов
	в течение 48 – 96 часов
20	К бета-лактамам антибиотикам относятся
	пенициллины
	линкозамиды
	гликопептиды
	карбопены
21	Обзорная рентгенография грудной клетки выполняется в положении
	лежа на спине
	стоя
	лежа на животе
	в положении Тренделенбурга
22	Обзорная рентгенография брюшной полости выполняется в положении
	лежа на спине
	стоя

	лежа на животе
	в латерпозиции
23	Бронхоскопия информативна
	при бронхоэктазии
	при туберкулезе
	при абсцессе легкого
	при агенезии легкого
24	Наиболее информативным из физикальных методов исследования при подозрении у новорождённого на острый живот является
	наблюдение за поведением ребёнка
	осмотр живота
	деликатная пальпация живота
	перкуссия живота
25	При цистографии у новорождённых чаще всего выявляется
	уретроцеле
	наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
	наличие незаращённого урахуса
	наличие пузырно-кишечного свища
26	Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является
	смещение срединных структур мозга
	менингит
	менингоэнцефалит
	родовая черепно-мозговая травма
27	Заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием
	острая задержка мочи
	гидронефроз
	пузырно-мочеточниковый рефлюкс
	недержание мочи
28	Цистография противопоказана
	при пузырно-кишечных и пузырно-вагинальных свищах
	при уретероцеле
	при обострении пиелонефрита
	при опухолевом процессе в малом тазу
29	Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является
	дисплазия тазобедренного сустава
	врожденная косорукость
	амниотические перетяжки
	патологический вывих бедра

30	Повышенная кровоточивость у новорожденного вызвана чаще всего с
	дефицитом витамина К
	ДВС-синдромом
	врожденными тромбопатиями
	врожденными коагулопатиями
31	Среди классических причин проявлений геморрагического синдрома новорожденного наиболее часто встречается
	кровотечение из пупка
	кровотечение из желудочно-кишечного тракта
	нарастающая кефалогематома
	кровоизлияние в надпочечник
32	Основным методом верификации эндоскопического заключения является
	операция
	рентгенологическое исследование
	гистологическое исследование
	ультрасонография
33	Показанием к пункционной биопсии при эндоскопическом исследовании могут служить
	диффузные заболевания печени
	глубоко расположенные поражения
	подслизистые опухоли
	опухолевидные забрюшинные образования
34	Гиперплазия характеризуется
	уменьшением размеров
	увеличением размеров
	увеличением в числе
	озлокачествлением
35	Метаплазия характеризуется
	озлокачествлением
	структурной перестройкой
	заменой одного вида на другой родственный вид
	увеличением слоев
36	Атрофия характеризуется
	уменьшением размеров
	увеличением размеров
	увеличением в числе
	структурной перестройкой
37	Дисплазия характеризуется
	уменьшением размеров

	увеличением размеров
	увеличением в числе
	структурной перестройкой
38	Термин свищ означает
	хирургически созданное отверстие
	патологическое отверстие, сообщающееся с другой эпителиальной поверхностью
	выпячивание слизистой оболочки, часто с пенетрацией стенки органа
	отверстие в окружающую полость
39	Термин стома означает
	хирургически созданное отверстие
	патологическое отверстие, сообщающееся с другой эпителиальной поверхностью
	выпячивание слизистой оболочки, часто с пенетрацией стенки органа
	отверстие в окружающую полость
40	Термин перфорация означает
	хирургически созданное отверстие
	патологическое отверстие, сообщающееся с другой эпителиальной поверхностью
	выпячивание слизистой оболочки, часто с пенетрацией стенки органа
	отверстие в окружающую полость
41	Стеноз - это
	полное закрытие просвета
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
42	Стриктура просвета - это
	полное закрытие просвета
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
43	Окклюзия - это
	полное закрытие просвета
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
44	Обструкция - это
	полное закрытие просвета
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием

45	Врач-детский хирург проводит профилактический осмотр ребёнка первого года жизни
	сразу после рождения, далее – ежемесячно
	в 1 месяц и в 3 месяца
	в 1 месяц и 6 месяцев
	в 1 месяц и в 12 месяцев
46	Возраст ребенка, когда необходимо провести ультразвуковой скрининг дисплазии тазобедренного сустава
	1 месяц
	3 месяца
	6 месяцев
	12 месяцев
47	Основные направления развития специализированной стационарной помощи предусматривают
	создание межрайонных специализированных центров и больниц
	специализацию коечного фонда
	дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса
	этапность в оказании медицинской помощи
48	Приемное отделение осуществляет
	круглосуточную госпитализацию больных по профилям заболеваний
	оказание первой медицинской помощи
	анализ расхождений диагнозов скорой медицинской помощи и приемного отделения
	анализ причин отказа в госпитализации
49	Задачами лечебной физкультуры являются
	активизация иммунитета
	восстановление функции опорно-двигательного аппарата
	профилактика инфекционных осложнений
	ускорение заживления операционной раны
50	Задачами физиотерапии являются
	активизация иммунитета и подавление инфекции
	профилактика инфекционных осложнений
	уменьшение болевого синдрома
	восстановление крово- и лимфотока в области операции
51	Задачи физической реабилитации хирургических пациентов
	восстановление адекватной функциональной активности пациента
	предупреждение и лечение осложнений в послеоперационном периоде
	применение в раннем послеоперационном периоде дезагрегантов
	применение в раннем послеоперационном периоде непрямых антикоагулянтов
52	Методы физической реабилитации хирургических пациентов
	лечебная физкультура
	массаж

	ранняя активизация пациентов
	физиотерапия (магнитное поле, различные виды излучений, иглорефлексотерапия и т.п.)
1	Пороки развития и заболевания грудной стенки и органов грудной полости
53	Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено
	нарушением обратного развития зобно-глочного протока
	незаращением остатков жаберных дуг
	нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока
	хромосомными аберрациями
54	Характерным симптомом для срединных кист шеи является
	боли при глотании
	смещаемость кисты при глотании
	расположение над яремной ямкой
	плотная консистенция
55	Срединную кисту шеи не следует дифференцировать с
	лимфаденитом
	флебэктазией яремной вены
	врожденной мышечной кривошеей
	эндемическим зобом
56	Наиболее информативным методом распознавания срединных свищей шеи является
	обзорная рентгенография
	ультразвуковое исследование
	зондирование свища
	фистулография
57	Для предупреждения рецидива кисты шеи при операции необходимо выполнить
	выделение свища до поверхностной фасции
	резекция подъязычной кости
	ушивание свищевого отверстия после санации
	обработка свищевого хода склерозирующими препаратами
58	Для боковых кист шеи характерны
	болезненность при пальпации
	истончение кожи над образованием
	расположение над яремной веной
	расположение по внутреннему краю кивательной мышцы
59	Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является
	резекция подъязычной кости
	выделение свища до боковой стенки глотки
	перевязка сосудисто-нервного пучка
	ушивание жаберной щели

60	Для правильной трактовки имеющихся изменения необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении
	лежа на спине
	стоя
	лежа на животе
	в положении Тренделенбурга
61	Бронхоскопия у детей дает дополнительную информацию
	при бронхоэктазии
	при туберкулезе
	при абсцессе легкого
	при легочной секвестрации
62	К нижним отделам шейной части трахеи у детей прилегают следующие перечисленные сосуды
	непарная вена
	левая плечеголовная вена
	дуга аорты
	легочная артерия
63	Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при
	атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода
	атрезии пищевода (безсвищевая форма)
	халазии кардии
	врожденным коротким пищеводом
64	Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов
	при бронхоэктазии
	при врожденной лобарной эмфиземе
	при легочной секвестрации
	при опухоли легкого
65	Бронхография противопоказана
	при опухоли легкого
	при легочной секвестрации
	при врожденной лобарной эмфиземе
	при бронхоэктазии
66	Для напряженной воздушной кисты легкого характерны следующие симптомы
	легочная гипертензия
	ослабление дыхания на стороне поражения
	смещение средостения в противоположную сторону
	перегрузки камер сердца
67	У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз
	гипоплазия легкого

	аплазия легкого
	агенезия легкого
	ателектаз
68	При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в большую сторону. При бронхоскопии сужены долевые бронхи. Наиболее вероятный диагноз
	бронхоэктазия
	агенезия легкого
	аплазия легкого
	гипоплазия легкого
69	При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз
	бронхоэктазия
	агенезия легкого
	кистозная гипоплазия легкого
	аплазия легкого
70	При аортографии обнаруживается сосуд, идущий от аорты к патологической тени. Наиболее вероятный диагноз
	киста легкого
	легочная секвестрация
	опухоль легкого
	опухоль средостения
71	На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз
	пиопневмоторакс
	ателектаз
	пиоторакс
	пневмоторакс
72	Пищевод Барретта - это
	рефлюкс-эзофагит
	аденокарцинома пищевода
	пептическая стриктура пищевода
	метаплазия слизистой пищевода
73	Наиболее информативный метод исследования для подтверждения диагноза легочная секвестрация
	бронхография
	бронхоскопия
	аортография
	ангиопульмонография

74	При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается
	нижняя доля справа
	верхняя доля слева
	нижняя доля слева
	верхняя доля справа
75	Для напряженной воздушной кисты легкого характерны следующие симптомы
	легочная гипертензия
	ослабление дыхания на стороне поражения
	смещение средостения в противоположную сторону
	перегрузки камер сердца
76	У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему показана
	экстренная операция
	плановая операция
	срочная операция
	выжидательная тактика
77	У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему показана
	экстренная операция
	плановая операция
	срочная операция
	выжидательная тактика
78	У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Ему показана
	экстренная операция
	плановая операция
	срочная операция
	выжидательная тактика
79	Из осложнений после операции на легких чаще всего встречается
	кровотечение
	массивные продувания воздуха
	сердечно-легочная недостаточность
	обтурационные осложнения
80	На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз
	буллезная деструкция легкого
	абсцесс легкого
	пневмоторакс
	пиопневмоторакс

81	Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Наиболее вероятный диагноз
	буллезная деструкция легкого
	абсцесс легкого
	пневмоторакс
	пиопневмоторакс
82	На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Наиболее вероятный диагноз
	абсцесс легкого
	тотальная эмпиема плевры
	осумкованный плеврит
	плащевидный плеврит
83	На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз
	тотальная эмпиема плевры
	плащевидный плеврит
	фибриноторакс
	пиопневмоторакс
84	На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз
	тотальная эмпиема плевры
	ателектаз легкого
	напряженная тотальная эмпиема
	плащевидный плеврит
85	Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является
	смещение средостения
	появление дополнительных теней в одном из гемитораксов
	деформация одного или обоих куполов диафрагмы
	непостоянность рентгенологических данных при повторных и многоосевых исследованиях
86	На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз
	пневмоторакс
	гидропневмоторакс
	напряженный гидропневмоторакс
	тотальная эмпиема плевры
87	На рентгенограмме определяется смещение средостения в здоровую сторону, просветление в плевральной полости, отсутствие легочного рисунка. Наиболее вероятный диагноз
	напряженный гидропневмоторакс
	напряженный пневмоторакс
	гигантский кортикальный абсцесс

	тотальная эмпиема плевры
88	При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является
	пункция абсцесса
	радикальная операция
	бронхоскопическая санация
	дренирование плевральной полости
89	На бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого. Больному показано
	оперативное лечение
	консервативное лечение
	длительную бронхоскопическую санацию
	оперативное лечение временно не показано
90	При плащевидном плеврите (серозном) лечение предусматривает
	дренирование плевральной полости по Бюлау
	интенсивную терапию без вмешательства в очаг
	пункцию плевральной полости
	дренирование плевральной полости с активной аспирацией
91	При пиотораксе лечение предусматривает
	дренирование плевральной полости по Бюлау
	интенсивную терапию без вмешательства в очаг
	пункцию плевральной полости
	дренирование плевральной полости с активной аспирацией
92	При осумкованном гнойном плеврите лечение предусматривает
	дренирование плевральной полости по Бюлау
	интенсивную терапию без вмешательства в очаг
	пункцию плевральной полости
	дренирование плевральной полости с активной аспирацией
93	У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом обследовании обнаружено кистозное образование в легком. Состояние ребенка удовлетворительное. Дыхательной недостаточности нет. Лечение больного предусматривает
	наблюдение в динамике
	дренирование кисты
	оперативное лечение
	консервативное лечение
94	У ребенка 3 лет в течение 6 месяцев имеется кистозное образование в легком. Жалоб нет. Ребенку показано
	наблюдение в динамике
	дренирование кисты
	оперативное лечение
	консервативное лечение

95	Больного беспокоит постоянный рефлекторный кашель, боль при глотании. Дыхание не затруднено. В анамнезе - поперхивание при еде. Наиболее вероятный диагноз
	баллотирующее инородное тело трахеи
	инородное тело бронха
	фиксированное инородное тело трахеи
	инородное тело гортаноглотки
96	У больного затрудненное дыхание. Временами наступают приступы удушья. Отмечается охриплость голоса, временами афония. Наиболее вероятный диагноз
	фиксированное инородное тело трахеи
	баллотирующее инородное тело трахеи
	фиксированное инородное тело гортани
	инородное тело бронха
97	Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются
	в верхнем отделе центрального средостения
	в нижнем отделе центрального средостения
	в заднем средостении
	в нижнем отделе переднего средостения
98	Под гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью понимают
	заброс содержимого из желудка в пищевод
	регургитацию
	симптомокомплекс, являющийся следствием агрессивного воздействия рефлюксного содержимого
	рвоты
99	Наиболее достоверные данные для подтверждения гастроэзофагеального рефлюкса дает
	рН-метрия
	контрастное обследование пищевода в положении стоя
	контрастное обследование пищевода в положении лежа
	фиброэзофагогастродуоденоскопия
100	Для ахалазии пищевода при производстве обзорной рентгенограммы грудной клетки наиболее характерно
	смещение средостения влево
	расширение тени средостения
	смещение средостения вправо
	отсутствие газового пузыря желудка
101	Ведущими симптомами при ахалазии пищевода являются
	рецидивирующая пневмония
	пищеводная рвота
	дисфагия
	рвота с желудочным содержимым

102	Из специальных методов обследования наиболее информативным при установлении диагноза «врожденный короткий пищевод» является
	контрастное обследование пищевода
	жесткая эзофагоскопия
	эзофагогастродуоденоскопия
	обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей
103	Ребенок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Ему следует произвести промывание желудка
	щелочным раствором
	подкисленным раствором
	холодной водой
	водой комнатной температуры
104	Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Промывание желудка ему следует произвести
	холодной водой
	водой комнатной температуры
	подкисленным раствором
	щелочным раствором
105	Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести
	на 1 – 2-е сутки
	на 3 – 4-е сутки
	на 5 – 6-е сутки
	на 10-е сутки
106	При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода обнаружен небольшой отек и гиперемия слизистой. Это соответствует
	первой степени ожога
	второй степени ожога
	третьей степени ожога
	четвертой степени ожога
107	При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется яркая гиперемия слизистой, выраженная отечность и фиброзные наложения. Это соответствует
	первой степени ожога
	второй степени ожога
	третьей степени ожога
	четвертой степени ожога
108	При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется картина циркулярных фиброзных наложений, стенка пищевода по снятии фибрина кровоточит. Это соответствует
	первой степени ожога
	второй степени ожога
	третьей степени ожога
	четвертой степени ожога

109	Больной поступил в стационар на 8-е сутки после ожога пищевода уксусной эссенцией. При эзофагоскопии имеется ожог 3-й степени. Бужирование пищевода следует начинать сразу после поступления
	на 10-е сутки
	на 11 – 14-е сутки
	на 15 – 20-е сутки
110	Показанием к созданию искусственного пищевода является
	ожог пищевода 3-й степени
	ожог пищевода 4-й степени
	короткая рубцовая стриктура пищевода
	рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию
111	Основными симптомами перфорации пищевода являются
	дисфагия
	боли за грудиной
	крепитация на шее
	рвота кровью
112	При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении
	стоя
	лежа на спине
	лежа на левом боку
	лежа на правом боку
113	Консервативная тактика при повреждении пищевода оправдана
	при проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода
	при повреждении пищевода с повреждением плевры
	при непроникающем ранении пищевода
	при инструментальном повреждении с ложным ходом более 2 см
114	При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативны
	рентгеноконтрастное обследование пищевода и желудка
	фиброэзофагоскопия
	обзорная рентгеноскопия
	компьютерная томография
115	К желудочно-пищеводному рефлюксу приводят анатомические нарушения
	тупой угол Гисса
	высокое стояние купола диафрагмы
	спленомегалия
	широкое эзофагеальное кольцо
116	Среди перечисленных пороков развития верхних дыхательных путей наиболее часто вызывает асфиксический синдром у новорожденного

	атрезия хоан
	синдром Пьера Робена
	ранула
	эпулис
117	Дыхательная недостаточность у новорожденного чаще всего вызвана
	патологией верхних дыхательных путей
	патологией гортани
	пороком развития органов грудной полости
	заболеванием легких
118	Среди пороков развития и заболеваний органов грудной полости наиболее частой причиной асфиксического синдрома, требующего срочной хирургической коррекции, является
	лобарная эмфизема
	деструктивная пневмония
	ложная диафрагмальная грыжа
	врожденные ателектазы
119	У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность, отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятна
	атрезия хоан
	диафрагмальная грыжа
	киста легкого
	пневмоторакс
120	У ребенка с резко выраженной дыхательной недостаточностью невозможно провести через нос катетер для отсасывания слизи. Наиболее вероятной причиной этого состояния является
	трахеопищеводный свищ
	синдром Пьера Робена
	атрезия хоан
	порок развития твердого неба
121	Из перечисленных классификационных групп диафрагмальных грыж ведущий симптом рвоты и срыгивания имеет место
	при истинных грыжах собственно диафрагмы
	при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
	при дефектах диафрагмы
	при френоперикардальных грыжах
122	Характерные клинические признаки у новорожденного с диафрагмальной грыжей и дыхательной недостаточностью
	смещение средостения
	цианоз, усиливающийся при плаче
	перистальтические шумы при аускультации легких
	вздутый живот
123	Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является

	атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом
	атрезия пищевода с верхним трахео-пищеводным свищом
	атрезия пищевода с верхним и нижним свищом
	врожденный изолированный трахео-пищеводный свищ
124	Клинический симптомы, указывающие на наличие нижнего трахео-пищеводного свища
	цианоз
	запавший живот
	одышка
	пенистые выделения изо рта
125	Наиболее правильным положением больного с атрезией пищевода и нижним трахеопищеводным свищом при транспортировке следует считать
	на правом боку
	с возвышенным тазовым концом
	вертикальное
	горизонтальное
126	Выполняя шов пищевода при его атрезии, хирург должен соблюдать ряд принципов, наиболее важным из которых является
	использование атравматической нити
	диастаз между концами пищевода не более 1,5 – 2 см
	мобилизация верхнего отрезка пищевода
	мобилизация нижнего отрезка пищевода не более 1 – 1,5 см
127	При частичной несостоятельности швов пищевода у новорожденного после радикальной операции по поводу атрезии пищевода экстраплевральным доступом наиболее целесообразно
	консервативная терапия (интенсивная антибактериальная терапия, промывание средостения с активной аспирацией)
	реторакотомия, разделение анастомоза пищевода, эзофаго- и гастростомия
	гастростомия, дренирование средостения
	реторакотомия, ушивание дефекта пищевода
128	К наиболее часто встречающимся анатомическим вариантам врожденного трахеопищеводного свища относится
	узкий длинный в шейном отделе
	короткий широкий на уровне первых грудных позвонков
	короткий узкий
	длинный широкий
129	Наиболее частым осложнением врожденной кисты легкого у новорожденных является
	нагноение кисты
	разрыв кисты с образованием пневмоторакса
	напряженное состояние кисты
	кровотечение
130	Медиастиноскопия показана при

	увеличение лимфоузлов средостения
	инородном теле легкого
	кровохаркание
	ателектазе легкого
131	Для исключения перфорации пищевода и желудка при ожоге пищевода перед эзофагоскопией необходимо выполнить
	обзорную рентгенограмму брюшной и грудной полостей
	рентгенографию с барием
	рентгенографию с водорастворимым контрастом
	компьютерную томографию
132	Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
	линейных эрозий
	сливных эрозий
	кольцевидных эрозий
	пептической язвы
133	Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
	линейных эрозий
	сливных эрозий
	кольцевидных эрозий
	пептической язвы
134	Третья степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
	линейных эрозий
	сливных эрозий
	кольцевидных эрозий
	пептической язвы
135	Основной причиной развития пищевода Баррета служит
	острое воспаление
	хроническое воспаление
	желудочно-пищеводный рефлюкс
	нарушение регенерации слизистой оболочки
136	Для диффузного бронхита характерно
	верхнедолевые бронхи интактны
	нижнедолевые бронхи интактны
	воспаление распространяется только на одну половину бронхиального дерева
	воспаление распространяется на все эндоскопически видимые бронхи
137	Для бронхоскопической картины при хронической пневмонии характерно
	слизистая оболочка ярко гиперемирована
	устья сегментарных бронхов не деформированы
	устья сегментарных бронхов деформированы за счет рубцов

	контактная кровотоочивость слизистой повышена
1	Пороки развития и заболевания брюшной стенки и органов брюшной полости
138	Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является
	нарушение развития мезенхимальной ткани
	чрезмерные физические нагрузки
	слабость поперечной фасции
	слабость апоневроза наружной косой мышцы живота
139	Неосложненная пахово-мошоночная грыжа характеризуется
	урчанием при вправлении
	невправимое в брюшную полость образование
	наружное паховое кольцо расширено
	симптом «кашлевого толчка» положителен
140	Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является
	тошнота и рвота
	подъем температуры
	эластическое выпячивание в паховой области
	боли в животе
141	Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является
	частое ущемление
	установление диагноза
	возраст после двух лет
	диаметр выпячивания свыше 3 см
142	Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является
	порок развития сосудов пуповины
	незаращение апоневроза пупочного кольца
	воспаление пупочных сосудов
	родовая травма
143	При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует
	по установлении диагноза
	после 1 года
	в 2 – 3 года
	в 5 – 6 лет
144	В ближайшем послеоперационном периоде по поводу пупочной грыжи необходимы
	постельный режим
	протертый стол
	обычный образ жизни
	ношение бандажа

145	Наиболее вероятной причиной формирования грыжи белой линии является
	дисплазия соединительной ткани
	слабость мышц передней брюшной стенки
	воспалительные заболевания передней брюшной стенки
	родовая травма
146	Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является
	приступообразные боли в животе
	наличие апоневротического дефекта по средней линии
	тошнота и рвота
	гиперемия и припухлость
147	Показанием к срочной операции при грыже белой линии служит
	установление диагноза
	болевого синдром
	косметический дефект
	сопутствующие диспептические явления
148	Грыжа белой линии живота, не вызывающая нарушения общего состояния ребенка, должна оперироваться
	до 1 года
	1 – 3 года
	после 3 лет
	после 5 лет
149	Наиболее часто в детской практике при грыже белой линии живота применяется
	ушивание апоневроза
	аутодермопластика кожными лоскутами
	подшивание синтетических материалов
	операция Лойа
150	Наиболее характерным симптомом бедренной грыжи у детей является
	боли в паховой области
	тошнота и рвота
	хронические запоры
	эластическое выпячивание ниже пупартовой связки
151	Показанием к операции при бедренной грыже у детей является
	возраст ребенка
	частое ущемление
	установление диагноза
	возраст после 2 лет
152	Оптимальным оперативным доступом при бедренной грыже у детей является
	поперечный разрез выше пупартовой связки
	косой разрез

	косо-поперечный разрез ниже пупартовой связки
	разрез в области бедра
153	Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу бедренной грыжи является
	повреждение элементов семенного канатика
	повреждение бедренной вены
	повреждение бедренной артерии
	повреждение паховой связки
154	Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника на обзорной рентгенограмме брюшной полости является
	единичные широкие уровни
	множественные мелкие уровни
	большой газовый пузырь желудка
	свободный газ в брюшной полости
155	Наиболее целесообразное число рентгеновских снимков при выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника в ранние сроки
	один – после расправления инвагината
	два – при обнаружении инвагината и после его расправления
	три – обзорную рентгенограмму, при обнаружении инвагината и после его расправления
	четыре – обзорный снимок, при обнаружении инвагината, на этапе его расправления и после расправления
156	Типичной проекцией привратника при пилоростенозе, выявляемой при пальпации живота у младенца 1-го месяца жизни, является
	средняя линия выше пупка
	край правого подреберья
	уровень пупка
	область правого подреберья на 2 – 3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы
157	Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются
	в первые дни после рождения
	на второй неделе жизни
	на третьей неделе жизни
	на четвёртой неделе жизни
158	Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является
	склонность к запорам
	желтуха
	рвота «фонтаном»
	олигурия
159	Масса тела при пилоростенозе характеризуется
	малой прибавкой
	возрастным дефицитом
	прогрессирующим падением

	неравномерной прибавкой
160	При пилоростенозе стул
	скудный, темно-зеленый
	постоянный запор
	обильный непереваренный
	частый, жидкий, зловонный
161	Характер рвоты при пилоростенозе
	слизью
	желчью
	желчью
	створоженным молоком
162	Перистальтика желудка при пилоростенозе
	отсутствует
	усилена
	постоянная антиперистальтика
	обычная
163	Из перечисленных заболеваний чаще дифференцируют пилоростеноз
	с артерио-мезентеральной непроходимостью
	с коротким пищеводом
	с ахалазией пищевода
	с халазией пищевода
164	У ребенка 1 месяца с рождения отмечается срыгивание после кормления, учащающееся при плаче, положении на спине. В рвотных массах иногда примесь слизи и прожилки крови
	нарушения мозгового кровообращения
	пилоростеноз
	частичная высокая непроходимость
	халазия, эзофагит
165	У ребенка 1.5 месяцев выражен симптом срыгивания, плохо идет в весе, часто болеет пневмониями, бронхитами, в рвотных массах примесь слизи и крови, беспокойство во время кормления, симптом покашливания во сне
	пилороспазм
	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
	высокая частичная кишечная непроходимость
	постгипоксическая энцефалопатия
166	К возможным осложнениям после пилоромии относятся
	язвенная болезнь желудка
	спаечная непроходимость
	восходящий холангит
	несостоятельность пилорического жома

167	Среди причин кишечной непроходимости у младенцев вызывает атрезию кишечника
	нарушение вращения кишечника
	нарушение иннервации кишечной стенки
	аномальный сосуд
	нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура
168	Наиболее частым осложнением радикальной операции по поводу атрезии 12-перстной кишки является
	пневмония
	замедление восстановления моторики 12-перстной кишки
	стенозирование анастомоза
	острой почечной недостаточности
169	Боковая инвертограмма новорожденного с атрезией заднего прохода должна быть сделана через 24-26 часов для того, чтобы
	подтвердить диагноз
	обнаружить уровни в кишечнике
	определить объем и сроки предоперационной подготовки
	определить высоту атрезии
170	У ребенка с атрезией ануса и прямой кишки целесообразно выполнить боковую инвертограмму по Вангенстину
	через 8 часов после рождения
	через 12 часов после рождения
	через 24 часа после рождения
	через 48 часов после рождения
171	Девочка в возрасте 1 суток с весом 3 кг поступила в отделение хирургии новорожденных с диагнозом атрезии прямой кишки, свищевая форма. При зондировании ректовестибулярного свища его диаметр 4 мм, длина 2 см. Хорошо отходит меконий. Ребенку показано
	экстренная операция
	отсроченная операция в периоде новорожденности
	бужирование свища и операция в 6-8 месяцев
	операция в возрасте 1 года
172	Наиболее значимым симптомом заворота кишечника у новорожденного является
	беспокойство
	страдальческое выражение лица
	кровь из прямой кишки
	пальпируемое болезненное опухолевидное образование
173	У ребенка 7 дней внезапно ухудшилось состояние: беспокойство, повторная рвота желчью, затем исчезновение стула, кровь в стуле, болезненность при пальпации живота, страдальческое выражение лица
	язвенно-некротический энтероколит
	инвагинации кишечника
	заворот кишечника
	полип прямой кишки

174	У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз
	пилоростеноз
	частичная высокая кишечная непроходимость
	низкая кишечная непроходимость
	синдром Ледда
175	Рациональный начальный метод лечения неосложнённой меконияльной непроходимости предусматривает
	двойную илеостомию по Микуличу
	высокая клизма с ацетилцистеином
	энтеростомию, отмывание мекония из просвета кишки
	U-образный анастомоз
176	Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является
	ятрогенные повреждения
	дефицит лизоцима
	язвенно-некротический энтероколит III и IV стадии
	порок развития стенки кишки
177	Из всех перечисленных симптомов наиболее достоверным для разлитого перитонита у новорожденного является
	лейкоцитоз
	отек, гиперемия брюшной стенки
	рвота застойным отделяемым
	динамическая непроходимость
178	Желтуха при гемолитической болезни новорожденного обычно появляется
	с момента рождения
	с 1 – 2 дня, быстро прогрессирует
	со 2 дня, быстро исчезает
	с 3 дня жизни
179	Периодическое выделение различных количеств мочи из пупка обычно вызвано
	экстрофией мочевого пузыря
	полным свищем урахуса
	эписпадией
	клапанами задней уретры
180	Экстренное хирургическое лечение полного свища желточного протока показано при
	эвагинации кишечника
	мацерации кожи вокруг пупка
	флегмонозном омфалите
	инфицировании свищевого хода

181	Наиболее частой причиной летального исхода при эмбриональной грыже пупочного канатика является
	перитонит
	сепсис
	тяжелый сочетанный порок развития
	пневмония
182	Достоверным рентгенологическим признаком язвенно-некротического энтероколита III стадии является
	множественные разнокалиберные уровни жидкости в петлях кишок
	повышенное газонаполнение кишечной трубки
	локальное утолщение стенки кишечных петель
	локальный пневматоз кишечной стенки
183	Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является
	обнаружение утолщенного привратника при пальпации
	симптом «песочных часов»
	обильная рвота
	потеря веса
184	Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника на обзорной рентгенограмме брюшной полости является
	единичные широкие уровни
	множественные мелкие уровни
	большой газовый пузырь желудка
	наличие большого количества жидкости в брюшной полости
185	Наиболее целесообразно выполнять рентгеновское исследование после дачи взвеси сульфата бария у больного с подозрением на спаечную обтурационную непроходимость кишечника с частотой
	каждый час
	через каждые 3 часа
	через 3, 6, 12 часов
	в зависимости от клинической картины и эффективности консервативных мероприятий
186	Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется
	усиление болей при расположении на левом боку
	появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
	усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
	усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
187	Симптом Думбадзе при остром аппендиците – это
	болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области

	усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
	усиление боли при резком отнятии руки, по сравнению с пальпацией
	усиление болей при расположении на левом боку
188	Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является
	умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево
	гиперлейкоцитоз
	лейкопения
	отсутствие изменений
189	Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн-Геноха у больного с абдоминальным синдромом является
	болезненное опухание суставов
	геморрагические высыпания на коже
	гематурия, альбуминурия
	появление точечных кровоизлияний после щипка кожи
190	Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците
	возможен при начальной стадии воспаления
	возможен при катаральном аппендиците
	возможен при флегмонозном аппендиците
	возможен при гангренозном аппендиците
191	Больной с острым аппендицитом лежа в постели занимает положение
	на спине
	на животе
	на правом боку с приведенными ногами
	на левом боку с приведенными ногами
192	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
	ввести опиатные анальгетики
	ввести седативные препараты
	ввести спазмолитики
	осмотреть ребенка в состоянии естественного сна
193	Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит ограничена
	3 часами
	6 часами
	12 часами
	24 часами
194	Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и острого заболевания органов малого таза следует выполнить

	срединную лапаротомию
	лапаротомию разрезом по Пфаненштилю
	лапаротомию разрезом в правой подвздошной области
	лапароскопию
195	У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет
	наблюдение
	ультразвуковое исследование органов брюшной полости
	лапаротомия в правой подвздошной области
	срединная лапаротомия
196	Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются
	локальная боль и рвота
	напряжение мышц брюшной стенки и рвота
	напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
	симптом Щеткина-Блюмберга и рвота
197	У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает
	аспирация выпота
	резиновый выпускник
	марлевый тампон
	промывание брюшной полости
198	У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает
	установка дренажной трубки
	резиновый выпускник
	промывание брюшной полости
	тампон Микулича
199	У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика
	стационарное наблюдение
	амбулаторное наблюдение
	антибактериальная терапия, физиотерапия, наблюдение
	срочная операция
200	У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы
	проведение консервативных мероприятий
	наблюдение
	дача контрастного вещества, консервативные мероприятия в течение 3 – 6 часов
	экстренная операция
201	У ребенка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима

	проведение консервативных мероприятий
	наблюдение
	дача контрастного вещества, консервативные мероприятия в течение 3 – 6 часов
	экстренная операция
202	При спаечно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии
	6 – 12 часов
	12 – 24 часа
	24 – 48 часов
	48 – 72 часа
203	Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар в первую очередь необходимо выполнить
	обзорную рентгенографию брюшной полости стоя
	дачу контрастного вещества через рот
	введение зонда в желудок
	ректальное пальцевое исследование
204	Наиболее частой причиной кишечной инвагинации у детей старше 1 года является
	возрастная дискоординация перистальтики
	изменение или нарушение режима питания
	респираторно-вирусная инфекция
	органическая причина (дивертикул, полип, опухоль)
205	У ребенка 10 месяцев приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевое образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз — инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценить как
	начальный период
	период ярких клинических проявлений
	период непроходимости кишечника
	явления перитонита
206	У ребенка начальный период инвагинации кишечника. Наиболее рациональным методом лечения его является
	расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем
	пальпаторное расправление инвагината под наркозом
	расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопии
	оперативное лечение
207	У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз
	острый аппендицит
	инвагинация кишечника
	аппендикулярный инфильтрат

	кишечная инфекция
208	У ребенка 8 месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания — 9 час с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом специального обследования у больного следует считать
	пневмоирригоскопию
	ирригографию с бариевой смесью
	лапароскопию
	лапаротомию
209	У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны
	срединная лапаротомия
	поперечная лапаротомия
	разрез в подвздошной области
	параректальный доступ
210	У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 12 часов консервативные лечебные мероприятия оказались неэффективными. Инвагинат пальпируется в эпигастральной области. В этом случае предпочтительна
	срединная лапаротомия
	поперечная лапаротомия
	разрез в подвздошной области
	параректальный доступ
211	У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. В этом случае предпочтительна
	срединная лапаротомия
	поперечная лапаротомия
	разрез в подвздошной области
	параректальный доступ
212	У ребенка во время операции по поводу подозрения на острый аппендицит червеобразный отросток неизменен, в брюшной полости обнаружено кишечное содержимое. Хирургу следует
	провести ревизию тонкой кишки из разреза в правой подвздошной области
	расширить рану и выполнить ревизию брюшной полости
	перейти на срединную лапаротомию
	выполнить аппендэктомию
213	При перфоративной язве желудка у ребенка 12 лет целесообразно
	ушивание язвы
	иссечение язвы и ушивание дефекта
	резекция желудка по Бильроту I
	резекция желудка по Бильроту II
214	Рациональное отношение к «попутной» аппендэктомии
	обязательное удаление отростка

	стремление к оставлению червеобразного отростка
	удаление при атипичном расположении отростка
	в зависимости от возраста больного
215	У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастральной области. Живот мягкий, безболезнен. Наиболее вероятный диагноз
	гастродуоденит
	кровотечение из расширенных вен пищевода
	язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки
	неспецифический язвенный колит
216	У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения. Начать обследование целесообразно
	с контрастного исследования желудка и двенадцатиперстной кишки
	гастродуоденоскопии
	лапароскопии
	колоноскопии
217	У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизмененный дивертикул Меккеля. Наиболее целесообразно
	удаление дивертикула
	оставление дивертикула
	плановое удаление дивертикула через 2 – 3 месяца
	на усмотрение хирурга
218	Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизмененный дивертикул Меккеля. Рациональное действие хирурга включает
	удаление дивертикула
	оставление дивертикула
	плановое удаление дивертикула через 2 – 3 месяца
	на усмотрение хирурга
219	При флегмонозно измененном дивертикуле Меккеля, если основание его инфильтрировано, целесообразна
	клиновидная резекция
	резекция под углом 45°
	резекция кишки с анастомозом конец в конец
	резекция кишки, анастомоз бок в бок
220	При картине первичного перитонита рациональные действия хирурга предусматривают
	лапароцентез
	лапароскопию
	лапаротомию
	антибактериальную терапию
221	При пальпируемом кистозном образовании брюшной полости у ребенка 7 лет целесообразно начать обследование

	с ультразвукового исследования
	с обзорной рентгенографии брюшной полости
	с внутривенной урографии
	с лапароскопии
222	Наиболее достоверным симптомом перекрута кисты яичника является
	острое начало, боли внизу живота с иррадиацией в промежность
	беспокойное поведение, позывы на мочеиспускание
	мягкий живот, отсутствие перитонеальных знаков
	обнаружение при ректальном исследовании округлого, эластичного образования
223	Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является
	гепатомегалия
	спленомегалия
	мелена
	асцит
224	Отсутствие нормальных анатомических образований в воротах печени наиболее характерно
	для внепеченочной формы портальной гипертензии
	для хронического гепатита
	для цирроза печени
	для эхинококкоза печени
225	При варикозном расширении вен пищевода 3 степени слизистая оболочка пищевода
	не изменена
	воспалена
	атрофична
	с очагами желудочной метаплазии
226	Степень варикозного расширения вен I степени
	вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена
	вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична
	вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена
	вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена
227	Степень варикозного расширения вен II степени
	вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена
	вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична
	вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена
	вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена

228	Степень варикозного расширения вен III степени
	вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена
	вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична
	вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена
	вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена
229	Наиболее вероятной причиной калькулезного холецистита в детском возрасте является
	гормональные нарушения
	наследственность
	пороки развития желчного пузыря
	нарушение обменных процессов
230	Ребенок 5 лет поступил с клиникой острого холецистита через 4 часа от начала заболевания. Ему следует рекомендовать
	экстренное оперативное вмешательство
	консервативное лечение 12 – 24 часов, при неэффективности – операцию
	консервативное лечение 24 – 48 часов, при неэффективности – операцию
	консервативное лечение 48 – 72 часов, при неэффективности – операцию
231	При билиарной атрезии выполнение портоэнтеростомии по Касаи показано в сроки
	до 3 месяцев жизни
	до 4 месяцев жизни
	до 6 месяцев жизни
	до 1 года
232	Наиболее информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является
	рентгеноконтрастный
	ректороманоскопия
	колоноскопия
	пальцевое ректальное исследование
233	Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок
	3 – 6 часов после рождения
	6 – 12 часов после рождения
	12 – 18 часов после рождения
	24 – 36 часов после рождения
234	При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается
	ректовестибулярный свищ
	ректовагинальный свищ
	ректоуретральный свищ
	ректовезикальный свищ

235	Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах ее атрезии у детей является
	рентгенография по Вангенстину
	рентгеноконтрастное исследование кишки через свищ
	исследование свища зондом
	электромиография промежности
236	В основе болезни Гиршпрунга лежит
	врожденный аганглиоз участка толстой кишки
	гипертрофия мышечного слоя кишки
	поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
	токсическая дилатация толстой кишки
237	У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга
	острую
	подострую
	хроническую
	тотальную
238	У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является
	радикальная операция
	колостома петлевая на поперечно-ободочную кишку
	колостома на нисходящий отдел толстой кишки
	колостома в переходной зоне толстой кишки
239	Ребенок 2 лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит
	обзорная рентгенография брюшной полости
	ирригография с воздухом
	ирригография с сульфатом бария
	дача сульфата бария через рот
240	Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятна
	болезнь Гиршпрунга
	долихосигма
	неспецифический язвенный колит
	болезнь Крона
241	У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе – хронические запоры. Наиболее вероятный диагноз
	опухоль толстой кишки
	лимфангиома брюшной полости

	каловый камень
	холодный аппендикулярный инфильтрат
242	У ребенка 1,5 месяцев острый гнойный парапроктит. Наиболее рациональным вариантом лечения является
	разрез мягких тканей и дренирование
	радикальное иссечение инфильтрата и свища
	антибактериальная терапия
	повязка с мазью Вишневского
243	Наиболее вероятной теорией возникновения неспецифического язвенного колита у детей является
	инфекционная
	алиментарная
	аллергическая
	аутоиммунная
244	Для диагностики неспецифического язвенного колита у детей основным исследованием является
	бактериологическое
	рентгенологическое
	эндоскопическое
	определение маркеров воспаления в крови
245	Показанием к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита у детей является
	младший возраст
	медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении
	прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии
	поражение толстой кишки на всем протяжении
246	У ребенка 4 лет отмечены кровотечения алой кровью во время дефекации. При ректальном обследовании обнаружен полип слизистой прямой кишки. Ему следует рекомендовать
	колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа
	осмотр прямой кишки в зеркалах, прошивание ножки и удаление полипа
	криодеструкцию полипа
	ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа
247	Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является
	трещина заднего прохода
	язвенный колит
	полип прямой кишки
	гемофилия
248	Наиболее информативный метод диагностики перфоративного перитонита у новорожденных
	лапароцентез, метод «шарящего катетера»
	клинические, физикальные данные
	рентгенологический
	ультразвуковое исследование

249	Сброс контрастного вещества из желчных протоков в норме наступает через
	1 – 2 минуты
	3 – 4 минуты
	5 – 12 минут
	12 – 17 минут
250	Рентгенологическими признаками холедохолитиаза являются
	дефекты наполнения с четкими контурами и округлой формой
	расширение общего желчного протока
	расширение внутрипеченочных протоков
	дефекты наполнения с четкими контурами и округлой формой, перемещающиеся при перемене положения тела
251	При холангиографии на рентгенограммах тень конкремента, если контрастное вещество не обтекает камень, имеет вид
	ровного четкого овала
	полулунного дефекта наполнения
	писчего пера
	полулунного депо
252	Полный сброс контрастного вещества из протоков поджелудочной железы в норме наступает через
	1 – 2 минуты
	3 – 4 минуты
	5 – 12 минут
	12 – 17 минут
253	Относительными противопоказаниями к плановой эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) являются
	психические заболевания
	кардиоспазм 3 стадии
	воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания
	варикозное расширение вен пищевода 4 степени
254	Абсолютными противопоказаниями к экстренной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) являются
	варикозное расширение вен пищевода 4 степени
	психические заболевания
	перфорация пищевода
	химический ожог пищевода III ст.
255	Эндоскопическое исследование после операций на органах брюшной полости можно выполнять
	через одни сутки
	через неделю
	через две недели
	в любое время
256	Желудок опорожняется от пищи в среднем за

	3 часа
	6 часов
	9 часов
	12 часов
257	Показаниями к проведению эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) являются
	калькулезный холецистит
	подозрение на заболевания протоковой системы поджелудочной железы и желчных путей
	дифференциальный диагноз между инфекционной и механической желтухой
	подозрение на кисту поджелудочной железы
258	Противопоказаниями к проведению эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) в плановом порядке являются
	повышенная чувствительность к йодсодержащим препаратам
	острый панкреатит и обострение хронического панкреатита
	механическая желтуха
	острый холецистит
259	Эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ) необходимо выполнять в
	эндоскопическом кабинете, оборудованном рентгентелевизионной установкой
	рентгенологическом кабинете
	операционной
	рентгенооперационной
260	Профилактикой развития острого панкреатита после проведения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии служат
	введение охлажденного контрастного вещества
	глубокое введение катетера в Вирсунгов проток
	назначение при необходимости антибиотиков, спазмолитиков и антиферментов
	промывание протоковой системы в конце исследования хлоргексидином
261	Профилактикой инфицирования протоковых систем служат
	использование стерильного аппарата и инструментария
	орошение большого дуоденального сосочка 70% спиртом перед канюляцией
	назначение антибиотиков до исследования в течение 3 дней
	промывание протоков хлоргексидином в конце исследования после аспирации контрастного вещества
262	Показанием к экстренной колоноскопии является
	анемия
	кишечное кровотечение
	подозрение на перфорацию толстой кишки
	гранулематозный колит
263	Анальная трещина является
	абсолютным противопоказанием к колоноскопии

	относительным противопоказанием к колоноскопии
	ограничением колоноскопии
	абсолютным показанием к колоноскопии
264	Осложнением щипцовой биопсии является при бронхоскопии
	перфорация стенки бронха
	кровотечение
	отек слизистой оболочки бронха
	пневмомедиастинум
265	Противопоказаниями к плановой лапароскопии являются
	большая опухоль брюшной полости
	ожирение III степени
	полостная операция в анамнезе
	крайне тяжелое состояние больного
266	Общими противопоказаниями к лапароскопии по поводу острых заболеваний брюшной полости, угрожающих жизни больного, являются
	крайне тяжелое состояние больного
	нарушение свертывающей системы крови
	полостная операция в анамнезе
	желтуха неясного генеза
267	Для наложения пневмоперитонеума лучше использовать
	воздух
	кислород
	закись азота
	углекислый газ
268	Ревизию органов брюшной полости начинают с осмотра
	правой подвздошной области и далее по часовой стрелке
	правого верхнего квадранта живота и далее по часовой стрелке
	с места расположения предполагаемого патологического очага
	левой подвздошной области и далее по часовой стрелке
269	Частым осложнением лапароскопии является
	выраженное кровотечение из передней брюшной стенки
	травматическое повреждение органов брюшной полости
	предбрюшинная эмфизема или эмфизема большого сальника
	воздушная эмболия
270	Наиболее частым осложнением острых изъязвлений желудочно-кишечного тракта является
	пенетрация
	перфорация
	кровотечение
	болевого синдром

271	По современным представлениям основным этиопатогенетическим фактором развития язвенной болезни является
	хронический активный гастрит и дуоденит, ассоциированный с инфекцией <i>H. pylori</i>
	конституционально-наследственный фактор
	стрессовые ситуации
	курение и алкоголь
272	В понятие термина "анастомоз" входит
	отверстие, соединяющее культю желудка и анастомозированную кишку
	анастомотическая камера + анастомотическое кольцо
	анастомотическая полость + анастомотическое кольцо
	анастомотическая полость + анастомотическое кольцо + часть приводящей и отводящей кишки
273	Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 1 стадии характеризуется
	расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка
	ослаблением перистальтики желудка и выраженным антральным гастритом
	выраженным антральным гастритом и наличием желчи в желудке
	наличием желчи в желудке и зиянием привратника
274	Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 2 стадии характеризуется
	расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка
	ослаблением перистальтики желудка и спазмом привратника
	атрофией слизистой оболочки антрального отдела желудка и значительным расширением просвета двенадцатиперстной кишки
	значительным расширением просвета двенадцатиперстной кишки и атрофией ее слизистой оболочки
275	Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 3 стадии характеризуется
	наличием застойного содержимого в желудке и диффузной атрофией слизистой оболочки желудка
	диффузной атрофией слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки
	диффузной атрофией слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и пролапсом слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки в желудок
	пролапсом слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки в желудок и спрямлением верхнедуоденального изгиба
276	Запором называется задержка акта дефекации более чем на
	24 часа
	32 часа
	40 часов
	48 часов
277	Для катарального воспаления слизистой толстой кишки характерны
	усиление сосудистого рисунка
	отек слизистой оболочки

	сосудистый рисунок неизменен
	отсутствие слизи на стенках и в просвете кишки
278	Для атрофического колита характерны следующие эндоскопические признаки
	сосудистый рисунок неизменен
	сосудистый рисунок в виде ангиоматозных звездочек
	сосудистый рисунок несколько смазан, видны только сосуды 1-2 порядка
	сосудистый рисунок смазан, не прослеживается на протяжении измененного сегмента кишки
279	Для атрофического колита характерны следующие эндоскопические признаки
	слизистая гладкая блестящая
	слизистая гладкая тусклая
	слизистая шероховатая блестящая
	слизистая шероховатая тусклая
280	К группе неспецифических колитов относятся
	гранулематозный колит
	амебиаз
	бактериальная дизентерия
	иерсиниоз
281	Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется
	отеком слизистой оболочки
	отеком подслизистого слоя
	повышенной контактной кровоточивостью
	атрофией слизистой
282	Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется
	усилением сосудистого рисунка
	наличием продольных трещин
	сосудистый рисунок не изменяется
	поверхностными афтоидными изъязвлениями
283	Для болезни Крона в фазе деструкции характерно
	отсутствие складок
	отсутствие инфильтрация кишечной стенки
	складки сохранены, обычной высоты
	поверхностные афтоидные изъязвления
284	Дефекты слизистой при болезни Крона в фазе деструкции имеют вид
	глубоких продольных трещин
	поверхностных плоских язв
	глубоких кратерообразных язв
	серпантинных язв
285	Симптом "булыжной мостовой" характерен для

	неспецифического язвенного колита
	болезни Крона
	ишемического колита
	кишечной формы болезни Бехчета
286	Эндоскопическая характеристика минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	отек слизистой оболочки
	отек подслизистого слоя
	воспалительная инфильтрация всех слоев кишечной стенки
	усиление сосудистого рисунка
287	При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	сосудистый рисунок смазан
	сосудистый рисунок обеднен
	сосудистый рисунок не изменен
	сосудистый рисунок усилен
288	При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	контактная кровоточивость отсутствует
	контактная кровоточивость слабая
	диффузная контактная кровоточивость
	диапедезное кровотечение
289	При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	слизистая гладкая, блестящая
	слизистая зернистая, блестящая
	слизистая гладкая, тусклая
	слизистая зернистая, тусклая
290	При умеренной степени активности неспецифического язвенного колита
	контактная кровоточивость отсутствует
	контактная кровоточивость слабая
	контактная кровоточивость умеренная
	выраженная контактная кровоточивость
291	При умеренной степени активности неспецифического язвенного колита
	изъязвления поверхностные местами сливающиеся
	изъязвления поверхностные дискретные
	изъязвления глубокие местами сливающиеся
	изъязвления глубокие дискретные
292	При выраженной степени активности неспецифического язвенного колита
	кровоточивость слабая
	контактная кровоточивость умеренная
	диффузная контактная кровоточивость

	контактная кровоточивость отсутствует
293	При выраженной степени активности неспецифического язвенного колита
	изъязвления поверхностные местами сливающиеся
	изъязвления дискретные, одиночные
	диффузная эрозированная поверхность слизистой
	изъязвления в виде продольных трещин
294	Наиболее часто стриктуры толстой кишки формируются в исходе
	болезни Крона
	неспецифического язвенного колита
	ишемического колита
	туберкулеза толстой кишки
295	Ножка полипа считается короткой, если ее длина не превышает
	0,5 см
	1,0 см
	1,5 см
	2,0 см
1	Пороки развития и заболевания органов мочеполовой системы
296	Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает
	пункцию элементов семенного канатика
	рассечение оболочек
	операцию Росса
	операцию Винкельмана
297	Пункция оболочек яичка показана
	при кисте семенного канатика
	при перекруте яичка
	при орхоэпидидимите
	при напряженной водянке оболочек яичка
298	Основным методом диагностики клапана задней уретры является
	восходящая уретрография
	инфузионная урография
	цистометрия
	цистоуретроскопия
299	Скрытым половым членом считают
	половой член нормальных возрастных размеров, погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки
	половой член с недоразвитыми кавернозными телами
	половой член малых размеров
	микрофаллос с дисгенезией гонад

300	Наиболее частой причиной синдрома неполной маскулинизации является
	недостаточность десмолазы
	недостаточность 5-альфа-редуктазы
	недостаточность 17-гидроксилазы
	недостаточность 3-ОН-гидроксилазы
301	При операции по поводу паховой грыжи у девочки в содержимом грыжевого мешка обнаружено яичко. Наиболее вероятный диагноз
	истинный гермафродитизм
	смешанная дисгенезия гонад
	синдром тестикулярной феминизации
	крипторхизм в сочетании с грыжей и микропенисом
302	Оптимальный возраст хирургического лечения крипторхизма считают
	период новорожденности
	6 месяцев
	10 месяцев
	2 года
303	Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить
	пиурию
	альбуминурию
	микрогематурию
	макрогематурию
304	Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется
	в поясничной области
	в наружном крае прямых мышц
	в надлобковой области
	в промежности
305	Основной причиной развития артериальной гипертензии у детей, перенесших травму почки, можно считать
	вторичное сморщивание почки
	вторичное камнеобразование
	девиация мочеточника
	ложный гидронефроз
306	При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо выполнить
	ретроградную пиелографию
	экскреторную урографию
	цистоскопию
	цистоуретрографию
307	При анурии у детей противопоказана
	обзорная рентгенография органов мочевой системы

	экскреторная урография
	цистоуретрография
	ретроградная пиелография
308	Наиболее информативное обследование для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника
	экскреторную урографию
	цистографию
	цистоскопию
	ультразвуковое исследование с определением кровотока
309	Ультразвуковое исследование с нагрузкой фуросемидом у детей младшего возраста предусматривает
	оральную гидратацию, назначение лазикса через рот и спазмолитиков
	пережатый уретральный катетер, введение лазикса, ограничение жидкости
	оральную гидратацию и/или в/в гидратацию, уретральный катетер, введение фуросемида в/в в возрастных дозировках
	сухоядение, ограничение жидкости, лазикс, очистительная клизма
310	Катетеризация уретры противопоказана при острой задержке мочи, вызванной
	фимозом
	опухолью мочевого пузыря
	камнем уретры
	разрывом уретры
311	Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен для диагностики
	нейрогенных дисфункций мочевого пузыря
	гидронефроза
	аномалий развития уретры и пузырно-мочеточникового рефлюкса
	удвоения верхних мочевых путей
312	В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы
	отек, гиперемия, болезненность в области мошонки
	гиперемия, болезненность мошонки, увеличение паховых лимфоузлов
	отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах
	значительное накопление жидкости в полости мошонки, увеличение в размерах яичка, болезненность при пальпации яичка
313	Наличие синехий между головкой и крайней плотью
	патологическое состояние, необходимо срочное лечение
	вариант нормы, лечения не показано до наступления препубертата
	условно патологическое состояние, показано регулярное разделение синехий в плановом порядке
	патологическое состояние, требует лечения после 1 года
314	Мочевыделительная функция у новорожденного 10 дней характеризуется
	олигурией и оксалурией
	полиурией и гипозиостенурией

	физиологической анурией
	урежением мочеиспускания
315	Экскреторная урография противопоказана при следующем неотложном состоянии
	острый пиелонефрит
	травма почки
	почечная колика
	анурия
316	Оптимальным методом операции при абберантном сосуде, называющим гидронефроз, является
	перевязка сосудов
	резекция нижнего полюса
	транспозиция абберантного сосуда
	антевазальный уретеропиелоанастомоз
317	Показание к пункционной нефростомии
	сочетание гидронефроза с мегауретером
	нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника
	ургентная суправезикальная обструкция
	сочетание гидронефроза с удвоением верхних мочевых путей
318	Оптимальный метод дренирования после уретеропиелопластики
	пиелостомы
	нефростому
	внутреннее дренирование или стентирование
	бездренажный метод
319	Операция выбора при гидронефрозе у детей
	операцию Хайнса-Андерсена
	операцию Бонина
	операцию Фоля
	резекцию добавочного сосуда
320	Полным недержанием мочи сопровождается
	субсимфизарная эписпадия
	тотальная эписпадия
	клапаны задней уретры
	промежностная гипоспадия
321	К наиболее тяжелым анатомо-функциональным нарушениям со стороны верхних мочевых путей приводят варианты инфравезикальной обструкции, обусловленные
	гипертрофией семенного бугорка
	клапаном задней уретры или врожденный стеноз уретры
	полипом уретры
	стенозом меатального отверстия

322	Оптимальный доступ для рассечения клапанов задней уретры у детей
	надлобковый доступ
	надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения
	промежностный доступ
	трансуретральный с применением уретрорезектоскопа
323	Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен
	для эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек
	для тотальной эписпадии
	для клапана задней уретры
	для нейрогенной дисфункции мочевого пузыря
324	Оптимальным возрастом для уретропластики по поводу гипоспадии является
	новорожденные
	до 6 месяцев
	6 месяцев – 1,5 года
	старше 2 лет
325	Оптимальным сроком оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря является
	первые 10 суток жизни
	до 1 месяца
	1 – 3 месяца
	3 месяца – 1 год
326	Первичная пластика мочевого пузыря местными тканями при экстрофии включает
	ушивание мочевого пузыря, пластика брюшной стенки
	ушивание мочевого пузыря, удлинение и погружение уретры, сведение костей лона, ушивание брюшной стенки
	иссечение мочевого пузыря и имплантация мочеточников в кишку с антирефлюксной защитой по Козну
	выделение мочевого пузыря и пересадка его в сигмовидную кишку единым блоком
327	Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен
	при цистоскопии
	при антеградной урографии
	при микционной цистоуретрографии
	при урофлоуметрии
328	Напряженная водянка оболочек яичка у ребенка 3 месяцев требует
	оперативного лечения в плановом порядке
	одно-двукратной пункции, при неэффективности – операция
	наблюдение в динамике
	экстренного оперативного лечения
329	Лечение больного 2 лет ненапряженной водянкой оболочек яичка предусматривает
	наблюдение в динамике

	пункцию оболочек с эвакуацией жидкости
	повторные пункции с введением гидрокортизона
	оперативное лечение в плановом порядке
330	При ненапряженной водянке оболочек яичка у ребенка 2 лет показано
	дренирование полости мошонки
	обработка вагинального отростка у шейки, прошивание, перевязка, пересечение
	обработка вагинального отростка у шейки, прошивание, перевязка, пересечение и рассечение оболочек в полости мошонки
	обработка вагинального отростка у шейки прошивание, перевязка, пересечение и операция Винкельмана
331	Больной 13 лет страдает варикоцеле I степени. Ему рекомендовано
	наблюдение в динамике
	оперативное лечение
	консервативная терапия
	тщательное урологическое обследование
332	Больной 13 лет страдает варикоцеле II – III степени. Ему рекомендовано
	наблюдение в динамике
	оперативное лечение
	консервативная терапия
	тщательное урологическое обследование
333	Догоспитальная помощь при перекруте яичка на ранней стадии заболевания
	холод к мошонке
	новокаиновая блокада семенного канатика
	мануальное раскручивание яичка с последующей операцией
	массаж мошонки
334	Для достоверной эхографической оценки органов малого таза необходимо произвести ультразвуковое исследование
	до приема пациентом пищи
	с наполненным у исследуемого пациента мочевым пузырем
	после опорожнения пациентом мочевого пузыря
	визуализировать органы малого таза через наполненный газом кишечник
335	Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является
	наличие кист в паренхиме обеих почек
	увеличение почек в размерах
	диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны
	деформация чашечно-лоханочного комплекса
336	Основным эхографическим критерием мультикистоза почки у детей является
	увеличение одной из почек в размерах
	полное замещение кистами паренхимы одной из почек
	деформация чашечно-лоханочной системы

	выявление в паренхиме отдельных кистозных включений
1	Хирургические инфекции
337	Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется
	особенностями вскармливания
	склонностью к гипертермии
	относительной незрелостью органов и тканей
	токсикозом 1 половины беременности
338	Наиболее частым возбудителей хирургических инфекций мягких тканей у детей является
	стрептококк
	стафилококк
	кишечная палочка
	синегнойная палочка
339	Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, протекает в сроки
	сутки
	двое суток
	трое суток
	неделю
340	Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения раневого процесса, протекает в сроки
	на 1 сутки
	на вторые-четвертые сутки
	на пятые-шестые сутки
	на седьмые-десятые сутки
341	Очищение гнойной раны обычно наступает
	на вторые-третьи сутки
	на четвертые-шестые сутки
	на седьмые-десятые сутки
	к концу второй недели
342	Репарация гнойной раны обычно наступает
	на вторые-третьи сутки
	на четвертые-шестые сутки
	на седьмые-десятые сутки
	к концу второй недели
343	Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является
	общая анестезия
	местная инфильтрационная анестезия
	местная проводниковая анестезия
	местная хлорэтилом

344	Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет
	2 – 3 часа
	4 – 6 часов
	7 – 9 часов
	10 – 12 часов
345	Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является
	активная аспирация
	пассивный отток
	капиллярные свойства
	гигроскопические свойства
346	Дренирование гнойной раны показано в фазе
	индивидуально
	воспаления
	реорганизации
	регенерации
347	Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является
	механическое очищение очага
	антибактериальное воздействие
	предупреждение генерализации воспалительного процесса
	противовоспалительный фактор
348	Наиболее эффективным методов дренирования гной раны является
	однопросветная трубка для пассивного оттока
	резиновый выпускник
	марлевый тампон
	активное дренирование
349	Первично отсроченные швы при инфицированной ране накладывается в сроки
	3 – 4 день
	5 – 6 день
	7 – 10 день
	10 – 12 день
350	Ранние вторичные швы при инфицированной ране накладываются
	3 – 4 день
	5 – 6 день
	7 – 10 день
	10 – 12 день
351	Поздние вторичные швы при гнойной ране накладываются
	на 3 – 4 день
	на 5 – 6 день
	на 2-ю неделю

	на 3 – 4-ю неделю
352	Необходимым условием для наложения вторичных швов при гнойной ране являются
	отсутствие температуры
	нормализация лабораторных показателей
	купирование перифокального воспаления
	начало репаративной фазы
353	Септический шок по своему механизму является
	смешанным
	гиповолемическим
	кардиогенным
	дистрибутивным
354	О развитии септического шока свидетельствует
	постепенное ухудшение состояния больного
	длительная гипертермия
	тяжелая гипотензия, резистентная к инфузионной терапии
	наличие метастатических очагов инфекции
355	У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к распространению. Наиболее вероятен диагноз
	фурункул
	карбункул
	флегмона
	рожистое воспаление
356	У ребенка 5 лет множественные гнойники конусовидной формы, очаги с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое течение. Указанное состояние характерно
	для фурункулеза
	для псевдофурункулеза
	для рожистого воспаления
	для абсцессов подкожной клетчатки
357	У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз
	фурункулез
	псевдофурункулез
	флегмона подкожной клетчатки
	абсцесс подкожной клетчатки
358	У ребенка 10 лет на задней поверхности шеи резко болезненный инфильтрат, в центре которого три гнойных стержня. Наиболее вероятен диагноз
	фурункул
	карбункул
	флегмона подкожной клетчатки

	абсцесс подкожной клетчатки
359	У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя определяется гной под кожей. Диагноз
	паронихий
	кожный панариций
	подкожный панариций
	флегмона пальца
360	У ребенка в области указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует
	паронихий
	кожному панарицию
	подкожный панариций
	флегмона пальца
361	У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли. Под ногтем скопление гноя. Диагноз
	паронихий
	кожному панарицию
	подкожный панариций
	подногтевой панариций
362	У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3-х дней. Местно: отек, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. Гипертермия. Диагноз
	паронихий
	кожному панарицию
	подкожный панариций
	подногтевой панариций
363	У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз
	флегмона кисти
	подкожный панариций
	костный панариций
	сухожильный панариций
364	Для операции по поводу костного панариция у ребенка 5 лет наиболее целесообразна
	местная инфильтрационная анестезия
	местная проводниковая анестезия
	местная хлорэтилом
	общая анестезия
365	При выборе антибактериальной терапии в первую очередь следует учитывать
	характер и чувствительность микрофлоры
	объем гнойного отделяемого

	распространенность воспалительного процесса
	давность заболевания
366	Наиболее частым возбудителем острого гематогенного остеомиелита является
	золотистый стафилококк
	стрептококк
	синегнойная палочка
	кишечная палочка
367	Методом ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита является
	рентгенография
	компьютерная томография
	ультрасонография
	магнитно-резонансная томография
368	Рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита появляются
	на 1 – 2 сутки от начала заболевания
	на 3 – 5 сутки от начала заболевания
	к концу первой недели от начала заболевания
	к концу второй от начала заболевания
369	Сроки дренирования мягких тканей при остром гематогенном остеомиелите определяются
	характером и количеством патологического отделяемого
	динамикой лабораторных показателей
	динамикой рентгенологических данных
	купированием болевого синдрома
370	У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 месяцев после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме секвестр. Какой вариант течения имеет место?
	подострый
	хронический
	затяжной
	метастатический
371	Наиболее типичными рентгенологическими признаками хронического остеомиелита являются
	остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала
	периостальная реакция
	явления пятнистого остеопороза
	размытость и нечеткость кортикального слоя кости
372	У пациента в течение 2-х лет обострение по поводу хронического остеомиелита большеберцовой кости. При бактериологическом исследовании раневого отделяемого высеян метициллинрезистентный золотистый стафилококк. Следует назначить
	цефазолин
	амоксциллин/клавулановую кислоту
	ванкомицин

	меропенем
373	Характерной формой эпителиального копчикового хода у детей, определяемой макроскопически, является
	короткий ход в межъягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку
	длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
	копчиковая киста
	воронкообразное кожное втяжение
374	Для дифференциальной диагностики эпителиального копчикового хода оптимальным методом исследования у детей является
	зондирование
	пальцевое ректальное исследование
	фистулография
	ректороманоскопия, колоноскопия
375	Оптимальным положением больного при операции удаления копчикового хода является
	на спине
	на животе
	на левом боку
	на правом боку
376	Удаление копчикового хода у детей при хроническом течении следует производить
	по установлению диагноза
	через 2 – 3 месяца после стихания острого процесса
	при обострении процесса
	после 5 – 6 лет
377	У ребенка 10 дней поставлен диагноз острого гнойного левостороннего мастита. Нечетко определяется флюктуация. Ребенку необходимо выполнить
	согревающий компресс
	мазевую повязку
	1 – 3 радиальных разреза над инфильтратом, отступая от ареолы
	пункцию, отсасывание гноя, промывание полости абсцесса
378	Укажите типичную локализацию флегмоны новорожденных
	околопупочная область
	передняя грудная стенка
	лицо
	задняя поверхность туловища
379	Для остеомиелита новорожденных наиболее характерно
	множественность поражения костей
	внутриутробный остеомиелит
	преобладание грамотрицательной и анаэробной флоры
	преобладание грамположительной флоры

380	Наиболее ранним клиническим симптомом остеомиелита новорожденных при поражении длинных трубчатых костей является
	субфебрильная температура
	вялое сосание
	клиника «псевдопареза»
	пастозность тканей, окружающих сустав
381	Наиболее часто встречающейся при остеомиелите у новорожденных локализацией патологического процесса в кости является
	эпифиз
	диафиз
	метаэпифизарная зона
	тотальное поражение кости
1	Повреждения
382	Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется
	в емкости, наполненной водой с температурой 36°C и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента
	в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4°C
	при отрицательной температуре
	при комнатной температуре
383	Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится
	циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого сустава
	гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого сустава
	гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
	гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
384	Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится
	гипсовой лонгетой от голеностопного сустава до средней трети бедра
	гипсовой лонгетой от плюснефаланговых суставов до средней трети бедра
	циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного сустава
	циркулярной гипсовой повязкой от плюснефаланговых суставов до коленного сустава
385	При верхнем родовом параличе Дюшена-Эрба имеет место
	отсутствие движения в пальцах кисти
	внутренняя ротация и приведение плеча при наличии движений в пальцах кисти
	полное отсутствие движений в пораженной конечности
	односторонний спастический гемипарез
386	Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизеолиза дистального конца плечевой кости, является
	деструкция метафиза плечевой кости
	наличие видимого костного отломка
	нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья

	видимая костная мозоль
387	Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает
	открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
	одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
	вытяжение по Шеде
	вытяжение по Блаунту
388	Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является
	гематома в области плечевого сустава
	крепитация отломков
	гемипарез
	реакция на болевое ощущение при пеленании
389	Критерием, по которому определяется тяжесть родовой черепно-мозговой травмы, является
	степень нарушения мозгового кровообращения
	размеры родовой опухоли на голове
	переломы черепа
	степень смещения костей черепа
390	Лечебная тактика в отношении вдавленных переломов черепа и плода, возникших при родах, включает
	лечения не требует
	хирургическую коррекцию методом репозиции
	резекционную трепанацию черепа
	резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой
391	При экстренной профилактике столбняка у ребенка старше 10 лет, имевшего менее 3 прививок, последняя из которых сделана за 2 года до травмы, необходимо ввести
	анатоксин столбнячный + противостолбнячную сыворотку
	противостолбнячный человеческий иммуноглобулин
	противостолбнячную сыворотку
	анатоксин столбнячный
392	К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся
	перелом основания черепа без повреждения мягких тканей
	переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза
	перелом лобной кости с наличием раны в теменной области
	перелом теменной кости с наличием раны в лобной области
393	Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы
	кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию
	потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анисокорию, очаговую симптоматику
	продолжительный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту
	глубокую кому после сомнительной связи с травмой

394	При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс
	кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия
	потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки
	«светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контралатеральные признаки пирамидной недостаточности
	общемозговая симптоматика, повышение температуры
395	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является
	потеря сознания
	очаговая неврологическая симптоматика
	многократная рвота
	ото- или риноликворея
396	Наиболее часто перелом ключицы локализуется
	в средней трети
	в зоне клювовидного отростка
	на границе средней и медиальной трети ключицы
	на границе средней и латеральной трети ключицы
397	При переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети оптимальной фиксирующей повязкой является
	повязка Дезо
	торакобрахиальная повязка
	гипсовая 8-образная повязка
	фиксация не требуется
398	При вывихе плечевой кости наиболее вероятный механизм травмы
	прямой удар в среднюю треть предплечья
	падение на локоть (или кисть) приведенной или отведенной руки
	резкий рывок за руку
	падение на бок при приведенной руке
399	Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают с устранения
	смещения по ширине
	смещения по длине
	ротационного смещения
	углового смещения
400	Повреждение Монтеджа – это
	вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой
	вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети
	вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья
	вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке

401	Повреждение Галеацци – это
	вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча в верхней трети — на другой
	перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке
	вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка
	вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети
402	Повреждение Брехта – это
	перелом локтевой кости в области проксимального метафиза в сочетании с вывихом головки лучевой кости
	вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке
	перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке
	вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья
403	Позволяет диагностировать вывих головки лучевой кости при повреждении Монтеджа по рентгеновским снимкам линия
	Смита
	Маркса
	Омбредана
	Келлера
404	При закрытой ручной репозиции повреждения Монтеджа до иммобилизации гипсовой лонгетой следует
	вправление головки и репозиция перелома локтевой кости
	достаточно репозиции локтевой кости
	достаточно вправить головку луча
	репозиция локтевой кости и вправление головки луча
405	При повреждении лучевой кости преждевременное закрытие зоны роста и развитие деформации верхней конечности наиболее вероятно в случае
	эпифизеолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине
	перелома проксимального эпифиза
	остеоэпифизеолиза со смещением
	сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза
406	При ранении сухожилия сгибателя пальца хирургическая тактика сводится
	к наложению первичного шва сухожилия
	к лечению под мазовыми повязками
	к гипсовой иммобилизации
	к лейкопластырной повязке
407	Оптимальным вариантом положения пальца кисти, фиксированного в гипсе, после успешной репозиции перелома средней или основной фаланги пальцев кисти будет
	положение максимального сгибания
	положение максимального разгибания
	среднефизиологическое положение
	положение «писчего пера»

408	При заднем (подвздошном) вывихе головки бедренной кости нижняя конечность
	слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, ротирована кнутри
	согнута и ротирована кнаружи
	отведена и согнута в тазобедренном и коленном суставах
	выпрямлена, слегка отведена и ротирована кнаружи
409	При травматическом вывихе надколенник смещен
	кнутри
	кнаружи
	вниз
	вверх
410	Оперативное лечение перелома ключицы показано
	при поперечном переломе с полным смещением
	при переломе с большим угловым смещением
	при оскольчатом переломе со значительным смещением отломка
	при всех типах переломов
411	При отрывном переломе медиального надмыщелка плечевой кости чаще всего страдает
	лучевой нерв
	локтевой нерв
	срединный нерв
	мышечно-кожный нерв
412	Типичным механизмом повреждения менисков коленного сустава у детей является
	форсированное отведение и наружная ротация голени
	форсированное приведение голени в коленном суставе
	форсированное разгибание в суставе
	форсированное сгибание в суставе
413	Абсолютные показания к оперативному лечению при переломах костей голени касаются
	закрытых диафизарных переломов 2 костей голени
	закрытых внутрисуставных переломов со смещением
	метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением
	закрытых переломов с полным смещением
414	Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен
	ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди
	поворот головы в сторону «подвывиха»
	наклон головы и поворот ее в «здоровую» сторону
	полный объем движений
415	Название болезни Гризеля носит
	остеохондропатия апофиза пяточной кости
	остеохондропатия апофизов позвонков

	«маршевый» перелом костей стопы
	подвывих I шейного позвонка на фоне воспаления лимфоузлов шеи
416	Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у деки встречается в
	шейном отделе
	верхне-грудном отделе
	средне-грудном отделе
	нижне-грудном отделе
417	При неосложненном компрессионном переломе позвоночника в средне-грудном отделе у детей в первые часы после травмы имеет место
	локальная болезненность, деформация
	локальная болезненность, затрудненное дыхание
	болезненность при осевой нагрузке
	болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика
418	Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает
	функциональный метод лечения (вытяжение, ЛФК, массаж)
	с помощью корсета
	оперативное лечение
	одномоментную реклинацию и корсет
419	Вынужденное положение «лягушки» характерно
	при отрывном переломе передне-верхней ости
	при переломе тазового кольца
	при разрыве крестцово-подвздошного сочленения
	при переломе обеих лонных и седалищных костей
420	Целостность тазового кольца нарушена
	при переломе лонной кости
	при переломе седалищной кости
	при переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза
	при отрыве бугра седалищной кости
421	Тяжесть состояния больного при сочетанном повреждении таза определяется
	нарушением дыхания
	гиповолемией, афферентной патологической импульсацией
	метаболическим ацидозом
	периферическим спазмом капилляров
422	При травме грудной клетки чаще всего встречаются
	переломы каркаса грудной клетки без повреждения внутренних органов
	ушибы грудной клетки без повреждения внутренних органов
	ушибы грудной клетки с повреждением внутренних органов
	переломы каркаса грудной клетки с повреждением внутренних органов

423	Перелом ребер у детей чаще всего происходит
	в хрящевой части грудины
	в хрящевой части у перехода ее в костную часть ребра
	в переднем отделе костной части ребра
	в заднем отделе ребра
424	У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Дальнейшая тактика
	спленэктомия
	спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки
	тампонада дефекта гемостатическим материалом
	оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке
425	У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Дальнейшая тактика
	спленэктомия
	спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки
	попытка ушивания дефекта
	оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке
426	При травме органов брюшной полости скрининговым методом исследования является
	рентгенография брюшной полости
	ультразвуковое исследование
	лапароскопия
	лапароцентез
427	«Золотым стандартом» в диагностики повреждений органов брюшной полости у детей является
	ультразвуковое исследование
	рентгеноскопия брюшной полости
	компьютерная томография
	магнитно-резонансная томография
428	Показанием к экстренной операции при повреждении органов брюшной полости является
	нестабильная гемодинамика
	снижение уровня гемоглобина
	наличие свободной жидкости в брюшной полости
	сопутствующие повреждения
429	У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга
	лапароскопия, осмотр брюшной полости
	лапароскопия, установка длительного дренажа
	лапаротомия, ревизия брюшной полости
	наблюдение, консервативная терапия

430	У ребенка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение. Подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие
	лапароскопия, осмотр брюшной полости
	лапароскопия, установка длительного дренажа
	лапаротомия, ревизия брюшной полости
	наблюдение, консервативная терапия
431	Рациональным доступом при операции по поводу разрыва селезенки является
	срединная лапаротомия
	поперечная лапаротомия
	разрез в левом подреберье
	параректальный доступ
432	У ребенка 10 лет подозрение на повреждение печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная. Дальнейшая тактика
	лапароскопия, осмотр брюшной полости
	лапароскопия, установка длительного дренажа
	лапаротомия, ревизия брюшной полости
	наблюдение, консервативная терапия
433	У ребенка с травмой живота подозрение на повреждение печени. Состояние тяжелое, гемодинамика нестабильна. Дальнейшая тактика
	лапароскопия, осмотр брюшной полости
	лапароскопия, установка длительного дренажа
	лапаротомия, ревизия брюшной полости
	наблюдение, консервативная терапия
434	У ребенка 7 лет во время операции обнаружено размоложение участка тела поджелудочной железы. Наиболее рациональная тактика включает
	марлевый тампон через срединную рану
	промывание брюшной полости, страховой дренаж в малый таз
	установка сквозного дренажа вдоль железы
	удаление тела и хвоста железы, тампонада
435	У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать
	ультразвуковое исследование
	рентгенографию брюшной полости
	лапароцентез
	лапароскопию
436	У ребенка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Дальнейшая тактика
	ультразвуковое исследование
	компьютерная томография

	магнитно-резонансная томография
	экстренная операция
437	При подозрении на разрыв забрюшинной части двенадцатиперстной кишки наиболее информативным исследованием является
	ультразвуковое исследование
	рентгенография брюшной полости
	лапароскопия
	Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)
438	У больного с травмой живота во время операции обнаружены субсерозные гематомы кишки и желудка. В этом случае наиболее рационально
	вскрытие гематом, ревизия стенки органа
	пункция и эвакуация гематом
	оставление гематом
	резекция пораженных участков
439	У ребенка с огнестрельным ранением брюшной стенки и рентгенологически подтвержденным инородным телом во время операции инородное тело не обнаружено. Наиболее рационально в этом случае
	настойчивые поиски инородного тела
	отказ от поисков
	повторное рентгеновское исследование
	использование рентгеноконтрастных методов для обнаружения инородного тела во время операции
440	Ребенок 5 лет проглотил гвоздь длиной 40 мм. На обзорной рентгенограмме гвоздь в желудке. Наиболее рациональны в этом случае
	гастроскопия
	гастротомия
	стимуляция моторики кишечника
	дача сульфата бария и наблюдение
441	Ребенок 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. При рентгенологическом исследовании гвоздь фиксирован в желудке. В этом случае наиболее рациональна
	гастроскопия
	гастротомия
	стимуляция моторики кишечника
	дача сульфата бария и наблюдение
442	У ребенка обширная рана промежности без повреждения прямой кишки. Ему следует рекомендовать
	санацию и ревизию раны
	ревизию и санацию раны, сигмостому
	лапаротомию, ревизию брюшной полости, ревизию и санацию раны
	ревизию и санацию раны, лапаротомию, сигмостому

443	У ребенка обширная рана промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Рациональным способом лечения является
	санация и ревизия раны
	ревизия и санация раны, сигмостома
	ревизия и санация раны, лапаротомия, сигмостома
	лапаротомия, ревизия брюшной полости, ревизия и санация раны
444	У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Если имеется подозрение на проникающее ранение брюшной полости, то ребенку показана
	санация и ревизия раны
	ревизия и санация раны, сигмостома
	лапаротомия, ревизия брюшной полости, ревизия и санация раны
	ревизия и санация раны, лапаротомия, сигмостома
445	Для диагностики разрыва уретры необходимо выполнить
	экскреторную урографию
	восходящую (ретроградную) уретрографию
	урофлоуметрию
	микционную цистографию
446	При разрыве уретры запрещено проводить
	инфузионную урографию
	восходящую уретрографию
	микционную цистоуретрографию
	катетеризацию мочевого пузыря
447	Наиболее информативным методом исследования в диагностике острой травмы почки является
	полипозиционная цистография
	цистоуретрография
	экскреторная урография
	компьютерная томография с введением контрастного вещества
448	Из перечисленных групп симптомов наиболее характерна для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря
	гематурия, дизурия, паравезикальная гематома
	пиурия, гематурия, повышение температуры
	тошнота, рвота, острая задержка мочи
	гематурия, олигурия, почечная колика
449	Основными симптомами внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей является
	гематурия, дизурия, паравезикальная гематома
	перитонеальная симптоматика, притупление в отлогах местах, дизурия
	тошнота, рвота, острая задержка мочи
	гематурия, олигурия, почечная колика
450	Основным методом диагностики травмы мочевого пузыря у детей является
	экскреторная урография

	цистоскопия
	цистография
	катетеризация мочевого пузыря
451	Наиболее информативный метод обследования при диагностике разрыва уретры у детей
	экскреторная урография
	восходящая уретрография
	урофлоуметрия
	цистография
452	Характерные симптомы для кефалогематомы
	деформация головы ребенка
	гематома, отслаивающаяся надкостницу
	инфицирование
	изменения кожи над опухолью
453	Наиболее ярким клиническим симптомом внутричерепного кровоизлияния у новорожденного является
	анемия
	апноэ, судороги
	гипотермия
	выбухание большого родничка, нистагм
454	Характерные симптомы кровоизлияния в надпочечники у новорожденного
	анемия
	сердечная недостаточность
	пальпируемое опухолевидное образование
	сосудистая недостаточность
455	Среди перечисленных родовых повреждений костей наиболее часто имеет место
	перелом костей черепа
	перелом ключицы
	перелом бедра
	перелом плечевой кости в диафизе
456	Типичные симптомы при родовом переломе ключицы
	припухлость в средней трети ключицы
	крепитация
	гематома
	безболезненная пальпация
457	Характерные симптомы родового перелома плечевой кости
	в анамнезе – акушерское пособие при родах
	трудно диагностируется
	отсутствие активных движений в руке
	угловая деформация конечности

1	Пороки развития и заболевания опорно-двигательной системы
458	Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является
	дисплазия тазобедренного сустава
	врожденная косорукость
	амниотические перетяжки
	патологический вывих бедра
459	Из перечисленных заболеваний следствием дисфункции роста является
	болезнь Нотта
	юношеский эпифизеолиз
	синдактилия
	косолапость
460	В основе остеохондропатии лежит
	дисфункция созревания
	дисфункция роста
	внутриутробная инфекция
	неправильное внутриутробное развитие
461	Врожденную мышечную кривошею следует отнести
	к миогенной деформации
	к десмогенной деформации
	к неврогенной деформации
	к дермо-десмогенной деформации
462	Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются
	в первые 3 – 5 дней после рождения
	на 10 – 14 день после родов
	в месячном возрасте
	в 3-месячном возрасте
463	Неправильное положение головы при врожденной мышечной кривошее выражается
	наклоном головы в сторону пораженной мышцы
	поворотом головы в здоровую сторону
	поворотом головы в пораженную сторону
	наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную
464	Консервативное лечение кривошеи следует начинать
	с момента рождения
	в 2 недели
	в 2 месяца
	с 6 месяцев
465	Оперативное лечение кривошеи при неэффективности консервативного показано

	до 5 месяца
	до 1 года
	до 3 лет
	в 3 – 4 года
466	Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи являются
	нарастающая асимметрия лица и шеи
	нарушение осанки
	нарушение остроты зрения
	стробизм сходящийся и расходящийся
467	Болезнь Клиппель-Фейля – это
	приобретенный подвывих I шейного позвонка воспалительной этиологии
	наличие шейных ребер
	крыловидная шея
	врожденный синостоз шейных и верхне-грудных позвонков с незаращением дужек
468	Деформация Маделунга – это
	лучевая косорукость
	локтевая косорукость
	штыкообразная деформация кисти и предплечья
	укорочение костей предплечья
469	Наиболее эффективным методом лечения болезни Нотта является
	иссечение кольцевидной связки
	инъекция гидрокортизона в кольцевидную связку
	ЛФК, массаж
	фонофорез с гидрокортизоном
470	Патологическая установка стопы при врожденной косолапости складывается
	из отведения, супинации и подошвенного сгибания
	из приведения, пронации и тыльного сгибания
	из приведения, супинации и подошвенного сгибания
	из отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
471	Наиболее вероятный этиопатогенез истинного врожденного вывиха бедра, выявляемого с первых дней постнатального периода
	задержка развития нормально развивающегося сустава и тканей
	невыгодное положение плода с приведением нижних конечностей
	невыгодное положение плода с отведением бедер
	порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей
472	Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является
	ограничение отведения бедер
	симптом Маркса-Ортолани
	укорочение ножки

	асимметрия ножных складок
473	Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует
	в период новорожденности
	в первые полгода жизни
	до 1 года
	в возрасте от 1 года до 3 лет
474	Оперативное лечение косолапости проводится в сроки
	до 1 года
	1 – 3 года
	3 – 7 лет
	7 – 10 лет
475	Сколиоз в большей степени возникает при
	сутулой спине
	прямой спине
	усилении лордоз
	плоской спине
476	При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является
	слабость мышечного корсета
	торсия позвонков
	асимметрия уровня расположения лопаток
	разница треугольников талии
477	Болезнь Блаунта – это
	последствие перенесенного остеомиелита большеберцовой кости
	рахитоподобное заболевание
	дисплазия росткового хряща верхнего конца большеберцовой кости
	остеохондропатия проксимального эпифиза большеберцовой кости
478	Болезнь Келлер-I – это
	остеохондропатия плюсневых костей
	остеохондропатия ладьевидной кости
	атипичная форма остеомиелита костей стопы
	остеохондропатия бугристой большеберцовой кости
479	Оперативное вмешательство при полидактилии проводится
	до 6 месяцев
	до года
	до 3 лет
	3 – 5 лет
480	Абсолютным показанием к оперативному лечению радиоульнарного синостоза является
	резко выраженная пронационная установка предплечья

	лучевая косорукость
	локтевая косорукость
	нарушение функции в локтевом суставе
1	Пороки развития кровеносных и лимфатических сосудов
481	Характерным симптомом для порока развития поверхностных вен является
	боль
	варикозное расширение вен
	атрофия мягких тканей
	наличие флеболитов
482	Для пороков развития глубоких вен характерно
	гипертрофия и утолщение пораженной конечности
	наличие варикозного расширения вен
	трофические расстройства
	наличие флеболитов
483	Наиболее эффективным методом лечения пороков развития поверхностных вен является
	хирургическое лечение
	эндоваскулярная окклюзия
	рентгенотерапия
	химиотерапия
484	В основе врожденных пороков артериальных сосудов лежит
	поражение вазомоторных центров спинного мозга
	инфекционный процесс
	врожденное недоразвитие сосудистой стенки
	эндокринные заболевания
485	Основным методом диагностики артериовенозных соустьев является
	термометрия
	доплерография
	ангиография
	рентгенография
486	Наиболее эффективным методом лечения артериовенозной аневризмы является
	склеротерапия
	криодеструкция
	эндоваскулярная окклюзия
	хирургическое лечение
487	Для лимфангиомы в области шеи характерны
	размеры 1 – 2 см
	плотный тяж, идущий к подъязычной кости
	срединное расположение
	истонченная кожа над образованием

488	Возможные механизмы роста лимфатической мальформации
	дилатация сосудистых пространств
	лимфопролиферация
	лимфангиогенез
	васкулогенез
489	Виды кистозной лимфатической мальформации
	макрокистозная
	микрокистозная
	мультикистозная
	смешанная
490	Синдром Клиппеля-Треноне включает в себя сочетание
	артериовенозной мальформации
	венозной мальформации
	лимфатической мальформации
	капиллярной мальформации
491	Синдром Протея включает в себя сочетание
	капиллярной мальформации
	лимфатической мальформации
	гипотрофию пораженного сегмента
	асимметричный соматический рост
1	Онкология детского возраста
492	Опухолевая прогрессия
	способность опухоли давать метастазы
	быстрое увеличение количества опухолевых клеток
	качественные изменения свойств опухоли, возникающие в процессе ее развития
	увеличение опухолевых клеток за счет вовлечения в опухолевый процесс нормальных клеток, расположенных рядом
493	Особенности опухолей в детском возрасте
	частая малигнизация
	способность к спонтанной регрессии
	полиморфизм опухоли
	преобладание злокачественных опухолей
494	Геморрагическая жидкость в плевральной полости выявляется при
	туберкулезном плеврите
	эмпиеме плевры
	бластоматозных процессах
	недостаточности кровообращения

495	Характерно для опухоли Вильмса
	макрогематурия
	пальпируемое образование в брюшной полости
	волнообразная лихорадка
	потеря массы тела
496	Методы топической диагностики опухолей средостения у детей
	ультразвуковое исследование средостения
	пункционная биопсия
	компьютерная томография
	магнитно-резонансная томография
497	«Остеоид-остеома» – это
	злокачественная опухоль кости остеогенного происхождения
	доброкачественная опухоль кости остеогенного происхождения
	осложнение хронически протекающего воспалительного процесса
	атипичная форма остеомиелита
	Типичная локализация остеогенной саркомы
498	нижняя треть бедра, верхняя треть голени
	верхняя треть бедра, нижняя треть голени
	кости таза
	кости предплечья
	Рентгенологическая картина при остеогенной саркоме характеризуется
499	уплотнением кости, симптом «козырька»
	остеопорозом кости, окруженным зоной склероза
	отсутствием четкой границы проникновения в мягкие ткани
	бокаловидным расширением метафизов, искривлением оси конечности
	Характерная локализация саркомы Юинга
500	диафиз
	метафиз
	метаэпифиз
	эпифиз
501	Рентгенологическая картина при саркоме Юинга характеризуется
	пятнистым остеопорозом, остеолизом кортикального слоя, луковичным гиперостозом
	остеопорозом кости с зоной склероза
	бахромчатым периоститом, отслоением надкостницы, спикулами
	овальным очагом просветления со штампованными краями
502	Выбор сроков операции при крестцово-копчиковой тератоме определяется
	сдавлением органов малого таза
	истончением кожных покровов над опухолью
	злокачественным рост опухоли

	возраст больного
503	Наибольший рост тератомы крестцово-копчиковой области происходит
	с 1 по 3 неделю жизни
	с 4 по 6 неделю жизни
	с 7 по 12 неделю жизни
	с 1 до 3 лет
504	Допустимые сроки наблюдения ребенка с тератомой крестцово-копчиковой области
	6 – 8 месяцев
	1 год
	2 года
	3 года
505	Нейрогенные опухоли локализуются
	в верхнем отделе переднего средостения
	в нижнем отделе переднего средостения
	в заднем средостенье
	в верхнем отделе центрального средостения
506	Гемангиома представляет собой
	порок развития кровеносных сосудов
	порок развития кровеносных и лимфатических сосудов
	доброкачественную сосудистую опухоль
	злокачественную сосудистую опухоль
507	Современное лечение гемангиом первой линии у детей
	применение бета-адреноблокаторов
	криодеструкция
	лазерная терапия
	химиотерапия
508	Тромбоцитопения у ребенка с обширной гемангиомой поясничной области может быть проявлением
	синдрома Бадда-Киари
	синдрома Беквита-Видемана
	синдрома Казабаха-Мерита
	болезни Рекингхаузена