

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.16 «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

1	Детская хирургия
1	Чтобы правильно трактовать имеющиеся изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении
	лежа на спине
	стоя
	лежа на животе
	в положении Тренделенбурга
2	Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при
	атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода
	атрезии пищевода (безсвищевая форма)
	халазии кардии
	врожденным коротким пищеводом
3	Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов
	при бронхоэктазии
	при врожденной лобарной эмфиземе
	при легочной секвестрации
	при опухоли легкого
4	Бронхография противопоказана
	при опухоли легкого
	при легочной секвестрации
	при врожденной лобарной эмфиземе
	при бронхоэктазии
5	Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации

	при бронхоэктазии
	при туберкулезе
	при абсцессе легкого
	при агенезии легкого
6	На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз
	пиопневмоторакс
	ателектаз
	пиоторакс
	пневмоторакс
7	Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются
	единичные широкие уровни
	множественные мелкие уровни
	большой газовый пузырь желудка
	свободный газ в брюшной полости
8	Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является
	единичные широкие уровни
	множественные мелкие уровни
	большой газовый пузырь желудка
	наличие большого количества жидкости в брюшной полости
	свободный газ в брюшной полости
9	Наиболее целесообразно выполнять рентгеновское исследование после дачи бариевой взвеси у больного с подозрением на спаечную обтурационную непроходимость кишечника
	каждый час
	через каждые 3 часа

	через 3, 6, 12 часов
	в зависимости от клинической картины и эффективности консервативных мероприятий
10	При выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника и ранние сроки наиболее целесообразное число рентгеновских снимков
	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
11	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
12	Контрастное обследование пищевода с сульфатом бария не показано при
	халазии кардии
	ахалазии кардии
	атрезии пищевода
	врождённом коротком пищеводе
13	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

14	Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является
	обнаружение утолщенного привратника при пальпации
	симптом «песочных часов
	обильная рвота
	потеря веса
15	При цистогграфии у новорождённых чаще всего выявляется
	уретроцеле
	наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
	наличие незаращённого урахуса
	наличие пузырно-кишечного свища
16	При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить
	гидронефротическую трансформацию почек
	врождённую кишечную непроходимость
	врождённый трахео-пищеводный свиш
	гастрошизис
17	Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является
	смещение срединных структур мозга
	менингит
	менингоэнцефалит
	родовая черепно-мозговая травма
18	Отсутствие нормальных анатомических образований в воротах печени наиболее характерно
	для внепеченочной формы портальной гипертензии
	для хронического гепатита
	для цирроза печени

	для эхинококкоза печени
19	Пункция оболочек яичка показана
	при кисте семенного канатика
	при перекруте яичка
	при орхоэпидидимите
	при напряженной водянке оболочек яичка
20	Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием
	острая задержка мочи
	гидронефроз
	пузырно-мочеточниковый рефлюкс
	недержание мочи
21	Назовите заболевание, при котором экскреторная урография не помогает установить диагноз
	гидронефроз
	клапан задней уретры
	удвоение верхних мочевых путей
	подковообразная почка
22	Цистография противопоказана
	при пузырно-кишечных и пузырно-вагинальных свищах
	при уретероцеле
	при обострении пиелонефрита
	при опухолевом процессе в малом тазу
23	Цистография не информативна для выявления
	размеров и контура мочевого пузыря

	наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса
	незаращенного урахуса
	обструкции уретерovesикального сегмента мочеточника
24	Для диагностики разрыва уретры необходимо выполнить
	экскреторную урографию
	восходящую (ретроградную) уретрографию
	урофлоуметрию
	микционную цистографию
25	При разрыве уретры запрещено проводить
	инфузионную урографию
	восходящую уретрографию
	микционную цистоуретрографию
	катетеризацию мочевого пузыря
26	Основным методом диагностики клапана задней уретры является
	восходящая уретрография
	инфузионная урография
	цистометрия
	цистоуретроскопия
27	Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено
	нарушением обратного развития зобно-глоточного протока
	незаращением остатков жаберных дуг
	нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока
	хромосомными aberrациями
28	Характерным симптомом для срединных кист шеи является

	боли при глотании
	смещаемость кисты при глотании
	расположение над яремной ямкой
	плотная консистенция
29	Наиболее информативным методом распознавания срединных свищей шеи является
	обзорная рентгенография
	ультразвуковое исследование
	зондирование свища
	фистулография
30	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
31	Для боковых кист шеи характерны
	болезненность при пальпации
	истончение кожи над образованием
	расположение над яремной веной
	расположение по внутреннему краю кивательной мышцы
32	Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является
	резекция подъязычной кости
	выделение свища до боковой стенки глотки
	перевязка сосудисто-нервного пучка
	ушивание жаберной щели
33	Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи,

	является
	нарушение развития мезенхимальной ткани
	чрезмерные физические нагрузки
	слабость поперечной фасции
	слабость апоневроза наружной косой мышцы живота
34	Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является
	тошнота и рвота
	подъем температуры
	эластическое выпячивание в паховой области
	боли в животе
35	Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является
	частое ущемление
	установление диагноза
	возраст после двух лет
	диаметр выпячивания свыше 3 см
36	Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1,5 лет обусловлена
	повышенным внутрибрюшным давлением
	ангиодисплазией
	травмой пахово-мошоночной области
	незаращением вагинального отростка
37	Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является
	появление припухлости в одной половине мошонки
	ухудшение общего состояния
	подъем температуры
	резкая болезненность

38	Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного до 1.5 лет предусматривает
	оперативное лечение в плановом порядке
	наблюдение до 1,5 – 2 лет
	наблюдение до 3 – 4 лет
	пункцию под контролем УЗИ
39	Наиболее характерным признаком кисты элементов семенного канатика является
	отечность в паховой области
	эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко
	резкая болезненность
	расширение наружного пахового кольца
40	Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает
	пункцию элементов семенного канатика
	рассечение оболочек
	операцию Росса
	операцию Винкельмана
41	Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является
	порок развития сосудов пуповины
	незаращение апоневроза пупочного кольца
	воспаление пупочных сосудов
	родовая травма
42	Из перечисленных симптомов наименее характерным для пупочной грыжи являются
	расширение пупочного кольца
	в покое легко вправляется
	частое ущемление

	выпячивание чаще появляется при беспокойстве
43	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
44	В ближайшем послеоперационном периоде по поводу пупочной грыжи необходимы
	постельный режим
	протертый стол
	обычный образ жизни
	ношение бандажа
45	Наиболее вероятной причиной формирования грыжи белой линии является
	дисплазия соединительной ткани
	слабость мышц передней брюшной стенки
	воспалительные заболевания передней брюшной стенки
	родовая травма
46	Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является
	приступообразные боли в животе
	наличие апоневротического дефекта по средней линии
	тошнота и рвота
	гиперемия и припухлость
47	Показанием к срочной операции при грыже белой линии служит
	установление диагноза
	болевого синдрома

	косметический дефект
	сопутствующие диспептические явления
48	Грыжа белой линии живота, не вызывающая нарушения общего состояния ребенка, должна оперироваться
	до I года
	1 – 3 года
	после 3 лет
	после 5 лет
49	Наиболее часто в детской практике при грыже белой линии живота применяется
	ушивание апоневроза
	аутодермопластика кожными лоскутами
	подшивание синтетических материалов
	операция Лойа
50	Наиболее характерным симптомом бедренной грыжи у детей является:
	боли в паховой области
	тошнота и рвота
	хронические запоры
	эластическое выпячивание ниже пупартовой связки
51	Показанием к операции при бедренной грыже у детей является
	возраст ребенка
	частое ущемление
	установление диагноза
	возраст после 2 лет
52	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
53	Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу бедренной грыжи является
	повреждение элементов семенного канатика
	повреждение бедренной вены
	повреждение бедренной артерии
	повреждение паховой связки
54	Противопоказанием к пластике местными тканями является
	незначительный дефект кожи после иссечения рубцов
	обширный дефект кожи
	наличие вокруг дефекта запаса подвижной кожи
	склонность к образованию келоидных рубцов
55	Пластика полнослойным кожным лоскутом применяется в случаях
	небольших гранулирующих ран
	небольших дефектов кожи после иссечения рубцов
	необходимости исключить вторичное смещение ко
	пластики при синдактилии
56	Характерным симптомом для порока развития поверхностных вен является
	боль
	варикозное расширение вен
	атрофия мягких тканей
	наличие флеболитов
57	Для пороков развития глубоких вен характерно

	гипертрофия и утолщение пораженной конечности
	наличие варикозного расширения вен
	трофические расстройства
	наличие флеболитов
58	Наиболее эффективным методом лечения пороков развития поверхностных вен является
	хирургическое лечение
	эндоваскулярная окклюзия
	рентгенотерапия
	химиотерапия
59	В основе врожденных пороков артериальных сосудов лежит
	поражение вазомоторных центров спинного мозга
	инфекционный процесс
	врожденное недоразвитие сосудистой стенки
	эндокринные заболевания
60	Основным методом диагностики артериовенозных соустьев является
	термометрия
	УЗ-доплерография
	ангиография
	рентгенография
61	Наиболее эффективным методом лечения артериовенозной аневризмы является
	склеротерапия
	криодеструкция
	эндоваскулярная окклюзия
	хирургическое лечение

62	Гемангиома представляет собой
	порок развития кровеносных сосудов
	порок развития кровеносных и лимфатических сосудов
	доброкачественную сосудистую опухоль
	злокачественную сосудистую опухоль
63	Современное лечение гемангиом первой линии у детей
	применение бета-блокаторов
	криодеструкция
	лазерная терапия
	химиотерапия
64	После операции по Красовитову первая перевязка осуществляется
	на следующий день
	через 2 дня
	через неделю
	через 10 дней
65	Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется
	особенностями вскармливания
	склонностью к гипертермии
	относительной незрелостью органов и тканей
	токсикозом 1 половины беременности
66	Наиболее частым возбудителей хирургических инфекций мягких тканей у детей является
	стафилококк
	стрептококк
	кишечная палочка
	синегнойная палочка

67	Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, протекает в сроки
	сутки
	двое суток
	трое суток
	неделю
68	Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения раневого процесса, протекает в сроки
	сутки
	вторые-четвертые сутки
	пятые-шестые сутки
	седьмые-десятые сутки
69	Очищение гнойной раны обычно наступает
	на вторые-третьи сутки
	на четвертые-шестые сутки
	на седьмые-десятые сутки
	к концу второй недели
70	Репарация гнойной раны обычно наступает
	на вторые-третьи сутки
	на четвертые-шестые сутки
	на седьмые-десятые сутки
	к концу второй недели
71	Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является
	общая анестезия
	местная инфильтрационная анестезия
	местная проводниковая анестезия

	местная хлорэтилом
72	Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет
	2 – 3 часа
	4 – 6 часов
	7 – 9 часов
	10 – 12 часов
73	Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является
	активная аспирация
	пассивный отток
	капиллярные свойства
	гигроскопические свойства
74	Дренирование гной раны показано в фазе
	индивидуально
	воспаления
	реорганизации
	регенерации
75	Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является
	механическое очищение очага
	антибактериальное воздействие
	предупреждение генерализации воспалительного процесса
	противовоспалительный фактор
76	Наиболее эффективным методов дренирования гной раны является
	однопросветная трубка для пассивного оттока
	резиновый выпускник

	марлевый тампон
	активное дренирование
77	Первично отсроченные швы при инфицированной ране накладываются в сроки
	3 – 4 день
	5 – 6 день
	7 – 10 день
	10 – 12 день
78	Ранние вторичные швы при инфицированной ране накладываются
	3 – 4 день
	5 – 6 день
	7 – 10 день
	10 – 12 день
79	Поздние вторичные швы при гнойной ране накладываются
	на 3 – 4 день
	на 5 – 6 день
	на 2-ю неделю
	на 3 – 4-ю неделю
80	Необходимым условием для наложения вторичных швов при гнойной ране являются
	отсутствие температуры
	нормализация лабораторных показателей
	купирование перифокального воспаления
	начало репаративной фазы
81	Септический шок по своему механизму является
	смешанным

	гиповолемическим
	кардиогенным
	дистрибутивным
82	О развитии септического шока свидетельствует
	постепенное ухудшение состояния больного
	длительная гипертермия
	тяжелая гипотензия, резистентная к инфузионной терапии
	наличие метастатических очагов инфекции
83	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
84	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
85	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

86	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
87	У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя определяется гной под кожей. Диагноз
	паронихий
	кожный панариций
	подкожный панариций
	флегмона пальца
88	У ребенка в области указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует
	паронихий
	кожному панарицию
	подкожный панариций
	флегмона пальца
89	У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли. Под ногтем скопление гноя. Диагноз
	паронихий
	кожному панарицию
	подкожный панариций
	подногтевой панариций
90	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
91	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
92	Для операции по поводу костного панариция у ребенка 5 лет наиболее целесообразна
	местная инфильтрационная анестезия
	местная проводниковая анестезия
	местная хлорэтилом
	общая анестезия
93	При выборе антибактериальной терапии в первую очередь следует учитывать
	характер и чувствительность микрофлоры
	объем гнойного отделяемого
	распространенность воспалительного процесса
	давность заболевания
94	Наиболее частым возбудителем острого гематогенного остеомиелита является
	золотистый стафилококк
	стрептококк
	синегнойная палочка
	кишечная палочка

95	Методом ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита является
	рентгенография
	компьютерная томография
	ультрасонография
	магнитно-резонансная томография
96	Рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита появляются на
	1 – 2 сутки от начала заболевания
	3 – 5 сутки от начала заболевания
	к концу первой недели от начала заболевания
	к концу второй от начала заболевания
97	Сроки дренирования мягких тканей при остром гематогенном остеомиелите определяются
	характером и количеством патологического отделяемого
	динамикой лабораторных показателей
	динамикой рентгенологических данных
	купированием болевого синдрома
98	У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 месяцев после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме секвестр. Указанный вариант течения относится к
	подострому
	хроническому
	затяжному
	метастатическому
99	Наиболее типичными рентгенологическими признаками хронического остеомиелита являются
	остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала
	симптом периостальной реакции

	явления пятнистого остеопороза
	размытость и нечеткость кортикального слоя кости
100	У пациента в течение 2-х лет обострения по поводу хронического остеомиелита большеберцовой кости. При бактериологическом исследовании раневого отделяемого высеян метициллинрезистентный золотистый стафилококк. Следует рекомендовать
	цефазолин
	амоксациллин/клавулановая кислота
	ванкомицин
	меропенем
101	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
102	При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в больную сторону. При бронхоскопии сужены долевые бронхи. Наиболее вероятный диагноз
	бронхоэктазия
	агенезия легкого
	аплазия легкого
	гипоплазия легкого
103	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
104	На рентгенограмме имеется округлой формы затемнение в области базальных сегментов. При аортографии обнаруживается сосуд, идущий от аорты к патологической тени. Наиболее вероятный диагноз
	киста легкого
	легочная секвестрация
	опухоль легкого
	опухоль средостения
105	Пищевод Барретта это
	метаплазия слизистой пищевода
	аденокарцинома пищевода
	пептическая стриктура пищевода
	рефлюкс-эзофагит
106	При установлении диагноза «легочная секвестрация» предпочтение имеет
	бронхография
	бронхоскопия
	аортография
	ангиопульмонография
107	При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается
	нижняя доля справа
	верхняя доля слева
	нижняя доля слева
	верхняя доля справа
108	У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует

	рекомендовать
	экстренную операцию
	плановую операцию
	срочную операцию
	выжидательную тактику
109	У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать
	экстренную операцию
	плановую операцию
	срочную операцию
	выжидательную тактику
110	У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:
	экстренную операцию
	плановую операцию
	срочную операцию
	выжидательную тактику
111	Из осложнений после операции на легких чаще всего встречается
	кровотечение
	массивные продувания воздуха
	сердечно-легочная недостаточность
	обтурационные осложнения
112	На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз
	буллезная деструкция легкого
	абсцесс легкого

	пневмоторакс
	пиопневмоторакс
113	Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Укажите вероятный диагноз
	буллезная деструкция легкого
	абсцесс легкого
	пневмоторакс
	пиопневмоторакс
114	На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано
	с абсцессом легкого
	с тотальной эмпиемы плевры
	с осумкованным плевритом
	с плащевидным плевритом
115	На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз
	тотальная эмпиема плевры
	плащевидный плеврит
	фибриноторакс
	пиопневмоторакс
116	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

117	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
118	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
119	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
120	При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является
	пункция абсцесса
	радикальная операция
	бронхоскопическая санация
	дренирование плевральной полости
121	На бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого. Больному следует рекомендовать
	оперативное лечение

	консервативное лечение
	длительную бронхоскопическую санацию
	оперативное лечение временно не показано
122	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
123	При пиотораксе лечение предусматривает
	дренирование плевральной полости по Бюлау
	интенсивную терапию без вмешательства в очаг
	пункцию плевральной полости
	дренирование плевральной полости с активной аспирацией
124	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
125	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
126	У ребенка 3 лет в течение 6 месяцев имеется кистозное образование в легком. Жалоб нет.

	Ребенку следует рекомендовать
	наблюдение в динамике
	дренирование кисты
	оперативное лечение
	консервативное лечение
127	Больного беспокоит постоянный рефлексорный 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
128	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
129	Нейрогенные опухоли локализуются
	в верхнем отделе переднего средостения
	в нижнем отделе переднего средостения
	в заднем средостении
	в верхнем отделе центрального средостения
130	Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются
	в верхнем отделе центрального средостения
	в нижнем отделе центрального средостения
	в заднем средостении

	в нижнем отделе переднего средостения
131	У ребенка после катотравмы имеет место выраженная подкожная эмфизема в области шеи, лица, верхнего отдела грудной стенки. На рентгенограмме грудной клетки - перелом II, III, IV ребер по парастернальной линии справа. Предположительный диагноз
	разрыв правого легкого
	травма трахеи
	повреждение перикарда
	разрыв правого главного бронха
132	Под гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью понимают
	заброс содержимого из желудка в пищевод
	регургитацию
	симптомокомплекс, являющийся следствием агрессивного воздействия рефлюксного содержимого
	рвоты
133	Наиболее достоверные данные для подтверждения гастроэзофагеального рефлюкса дает
	pH-метрия
	контрастное обследование пищевода в положении стоя
	контрастное обследование пищевода в положении лежа
	фиброэзофагогастродуоденоскопия
134	Для ахалазии пищевода при производстве обзорной рентгенограммы грудной клетки наиболее характерно
	смещение средостения влево
	расширение тени средостения
	смещение средостения вправо
	отсутствие газового пузыря желудка
135	Ведущими симптомами при ахалазии пищевода являются

	рецидивирующая пневмония
	пищеводная рвота
	дисфагия
	рвота с желудочным содержимым
136	Из специальных методов обследования наиболее информативным при установлении диагноза «врожденный короткий пищевод» является
	контрастное обследование пищевода
	жесткая эзофагоскопия
	фиброэзофагогастродуоденоскопия
	обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей
137	Ребенок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Ему следует произвести промывание желудка
	щелочным раствором
	подкисленным раствором
	холодной водой
	водой комнатной температуры
138	Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Промывание желудка ему следует произвести
	холодной водой
	водой комнатной температуры
	подкисленным раствором
	щелочным раствором
139	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
140	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
141	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
142	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
143	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
144	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
145	При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении
	стоя
	лежа на спине
	лежа на левом боку
	лежа на правом боку
146	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
147	При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативны
	рентгеноконтрастное обследование пищевода и желудка
	фиброзофагоскопия
	обзорная рентгеноскопия
	компьютерная томография
148	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

149	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
	заднем отделе ребра
150	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
151	Наиболее частой причиной синдрома неполной маскулинизации является: недостаточность десмолазы
	недостаточность 5-а-редуктазы
	недостаточность 17-гидроксилазы
	недостаточность 3-ОН-гидроксилазы
152	При операции по поводу паховой грыжи у девочки в содержимом грыжевого мешка обнаружено яичко. В данном случае речь может идти
	об истинном гермафродитизме
	о смешанной дисгенезии гонад
	о синдроме тестикулярной феминизации
	о крипторхизме в сочетании с грыжей и микропенисом
153	Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают
	период новорожденности
	6 месяцев – 1 год
	1 – 2 года

	2 – 5 лет
154	Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить
	пиурию
	альбуминурию
	микрогематурию
	макрогематурию
155	Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется
	в поясничной области
	в наружном крае прямых мышц
	в надлобковой области
	в промежности
156	Основной причиной развития гипертонии у детей, перенесших травму почки, можно считать
	вторичное сморщивание почки
	вторичное камнеобразование
	девиация мочеточника
	ложный гидронефроз
157	При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо пополнить
	ретроградную пиелографию
	экскреторную урографию
	цистоскопию
	цистоуретрографию
158	При анурии у детей противопоказана
	обзорная рентгенография органов мочевой системы
	экскреторная урография

	цистоуретрография
	ретроградная пиелография
159	Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают
	экскреторную урографию
	цистографию
	цистоскопию
	УЗИ с определением кровотока
160	УЗИ с нагрузкой фуросемидом у младенцев 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
161	Катетеризация уретры противопоказана при острой задержке мочи, вызванной
	фимозом
	опухолью мочевого пузыря
	камнем уретры
	разрывом уретры
162	Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен для диагностики
	нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря
	гидронефроза
	аномалий развития уретры и пузырно-мочеточникового рефлюкса
	удвоения верхних мочевых путей
163	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
164	Наличие синехий между головкой и крайней плотью считают
	патологическим состоянием, необходимо срочное лечение
	вариантом нормы, лечения не показано до наступления препубертата
	условно патологическое состояние, показано регулярное разделение синехий в плановом порядке
	патологическим состоянием, требует лечения после 1 года
165	Мочевыделительная функция у новорожденного 10 дней характеризуется
	олигурией и оксалурией
	полиурией и гипоизостенурией
	физиологической анурией
	урежением мочеиспускания
166	Экскреторная урография противопоказана при следующем неотложном состоянии
	острый пиелонефрит
	травма почки
	почечная колика
	анурия
167	Оптимальным методом операции при абберантном сосуде, называемом гидронефроз, является
	перевязка сосудов
	резекция нижнего полюса
	транспозиция абберантного сосуда

	антевазальный уретеропиелоанастомоз
168	Показанием к пункционной нефростомии служит
	сочетание гидронефроза с мегауретером
	нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника
	ургентная суправезикальная обструкция
	сочетание гидронефроза с удвоением верхних мочевых путей
169	Оптимальным методом дренирования после уретеропиелопластики считают
	пиелостому
	нефростому
	внутреннее дренирование или стентирование
	бездренажный метод
170	Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают
	операцию Хайнса-Андерсена
	операцию Бонина
	операцию Фолея
	резекцию добавочного сосуда
171	Полным недержанием мочи сопровождается
	субсимфизарная эписпадия
	тотальная эписпадия
	клапаны задней уретры
	промежностная гипоспадия
172	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
173	Оптимальным доступом для рассечения клапанов задней уретры у детей считают
	надлобковый доступ
	надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения
	промежностный доступ
	трансуретральный с применением уретрорезектоскопа
174	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
175	Оптимальным возрастом для уретропластики по поводу гипоспадии является
	новорожденные
	до 6 месяцев
	6 месяцев – 1,5 года
	старше 2 лет
176	Оптимальным сроком оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря является
	первые 10 суток жизни
	до 1 месяца
	1 – 3 месяца
	3 месяца – 1 год
177	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 Коэну
	выделение мочевого пузыря и пересадка его в сигмовидную кишку единым блоком
178	Из перечисленных методов исследования наиболее информативным в диагностике острой травмы почки является
	полипозиционная цистография
	цистоуретрография
	экскреторная урография
	компьютерная томография с введением контрастного вещества
179	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
180	Основными симптомами внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей является
	гематурия, дизурия, паравезикальная гематома
	перитонеальная симптоматика, притупление в отлогих местах, дизурия
	тошнота, рвота, острая задержка мочи
	гематурия, олигурия, почечная колика
181	Основным методом диагностики травмы мочевого пузыря у детей является
	экскреторная урография
	цистоскопия
	цистография
	катетеризация мочевого пузыря

182	Наиболее информативным методом обследования в диагностике разрыва уретры у детей считают
	экскреторная урография
	восходящая уретрография
	урофлоуметрия
	цистография
183	Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен
	при цистоскопии
	при антеградной урографии
	при микционной цистоуретрографии
	при урофлоуметрии
184	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
185	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
186	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
187	Больной 13 лет страдает варикоцеле I степени. Ему рекомендовано
	наблюдение в динамике
	оперативное лечение
	консервативная терапия: суспензорий, контрастный душ и т. д.
	тщательное урологическое обследование
188	Больной 13 лет страдает варикоцеле II – III степени. Ему рекомендовано
	наблюдение в динамике
	оперативное лечение
	консервативная терапия: суспензорий, контрастный душ и т. д.
	тщательное урологическое обследование
189	Какой вариант догоспитальной помощи показан при перекруте яичка на ранней стадии заболевания?
	холод к мошонке
	новокаиновая блокада семенного канатика
	мануальное раскручивание яичка с последующей операцией
	массаж мошонки
190	Для достоверной эхографической оценки органов малого таза необходимо произвести УЗИ
	до приема пациентом пищи
	с наполненным у исследуемого пациента мочевым пузырем
	после опорожнения пациентом мочевого пузыря
	визуализировать органы малого таза через наполненный газом кишечник
191	Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является

	наличие кист в паренхиме обеих почек
	увеличение почек в размерах
	диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличии кист с одной стороны
	деформация чашечно-лоханочного комплекса
192	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
193	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
194	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
195	Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является
	умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево
	гиперлейкоцитоз
	лейкопения

	отсутствие изменений
196	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
197	Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците
	возможен при начальной стадии воспаления
	возможен при катаральном аппендиците
	возможен при флегмонозном аппендиците
	возможен при гангренозном аппендиците
198	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
199	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
200	Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит ограничена

	3 часами
	6 часами
	12 часами
	24 часами
201	Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного – острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить
	срединную лапаротомию
	лапаротомию разрезом по Пфаненштилю
	лапаротомию разрезом в правой подвздошной области
	лапароскопию
202	У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет
	наблюдение
	УЗИ органов брюшной полости
	лапаротомия в правой подвздошной области
	срединная лапаротомия
203	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 и рвота
204	У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибринозные наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает
	аспирация выпота
	резиновый выпускник
	марлевый тампон

	промывание брюшной полости
205	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
206	У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика
	стационарное наблюдение
	амбулаторное наблюдение
	антибактериальная терапия, физиотерапия, наблюдение
	срочная операция
207	У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы
	проведение консервативных мероприятий
	наблюдение
	дача контрастного вещества, консервативные мероприятия в течение 3 – 6 часов
	экстренная операция
208	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
209	При спаечно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии не должны превышать

	6 – 12 часов
	12 – 24 часа
	24 – 48 часов
	48 – 72 часа
210	Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начать
	с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя
	с дачи контрастного вещества через рот
	с введения зонда в желудок
	с ректального пальцевого исследования
211	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)
212	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
	как период ярких клинических проявлений
	как период непроходимости кишечника
	как явления перитонита
213	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
214	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
215	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
216	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
217	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
218	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
219	У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают
	спленэктомию
	спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки
	попытку ушивания дефекта
	оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке
220	У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают
	спленэктомию
	спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки
	попытку ушивания дефекта
	оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке
221	У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно
	с рентгенографии брюшной полости
	с ультразвукового исследования
	с лапароскопии

	с лапароцентеза
222	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
223	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
224	Рациональным доступом при операции по поводу разрыва селезенки является
	срединная лапаротомия
	поперечная лапаротомия
	разрез в левом подреберье
	параректальный доступ
225	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. Ребенку следует рекомендовать
	лапароскопия, осмотр брюшной полости
	лапароскопия, установка длительного дренажа
	лапаротомия, ревизия брюшной полости
	наблюдение, консервативная терапия
226	У ребенка с травмой живота подозрение на повреждение печени. Состояние тяжелое.

	Гемодинамика нестабильна. Из лечебных действий целесообразны
	лапароскопия, осмотр брюшной полости
	лапароскопия, установка длительного дренажа
	лапаротомия, ревизия брюшной полости
	наблюдение, консервативная терапия
227	У ребенка 7 лет во время операции обнаружено разможнение участка тела поджелудочной железы. Наиболее рациональная тактика включает
	марлевый тампон через срединную рану
	промывание брюшной полости, страхового дренаж в малый таз
	установка сквозного дренажа вдоль железы
	удаление тела и хвоста железы, тампонада
228	У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать
	ультразвуковое исследование
	рентгенографию брюшной полости
	лапароцентез
	лапароскопию
229	У ребенка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Ему необходима
	ультразвуковое исследование
	лапароцентез
	лапароскопия
	лапаротомия
230	При подозрении на разрыв забрюшинной части 12-перстной кишки наиболее информативным исследованием является
	ультразвуковое исследование
	рентгенография брюшной полости

	лапароскопия
	гастродуоденоскопия
231	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
232	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
233	У ребенка с огнестрельным ранением брюшной полости произведена резекция пораженного участка тонкой кишки. Пареза кишечника нет. Для декомпрессии кишечника зонд следует ввести
	трансанально
	трансназально
	через энтеростому
	зонд вводить не следует
234	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
235	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
236	У ребенка во время операции по поводу подозрения на острый аппендицит червеобразный отросток не изменен, 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
237	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
238	Рациональное отношение к «попутной» аппендэктомии
	обязательное удаление отростка
	стремление к оставлению червеобразного отростка
	удаление при атипичном расположении отростка
	в зависимости от возраста больного
239	У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастриальной области. Живот мягкий, безболезнен. Наиболее вероятный диагноз

	гастродуоденит
	кровотечение из расширенных вен пищевода
	язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки
	неспецифический язвенный колит
240	У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения. Начать обследование целесообразно
	с контрастного исследования желудка и двенадцатиперстной кишки
	гастродуоденоскопии
	лапароскопии
	колоноскопии
241	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
242	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
243	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
244	При картине первичного перитонита рациональные действия хирурга предусматривают
	лапароцентез
	лапароскопию
	лапаротомию
	антибактериальную терапию
245	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
246	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
247	Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является
	гепатомегалия
	спленомегалия
	мелена
	асцит
248	Наиболее вероятной причиной калькулезного холецистита в детском возрасте является
	гормональные нарушения
	наследственность

	пороки развития желчного пузыря
	нарушение обменных процессов
249	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
250	При билиарной атрезии выполнение портоэнтеростомии по Касаи показано в сроки
	до 3 месяцев жизни
	до 4 месяцев жизни
	до 6 месяцев жизни
	до года
251	Характерной формой эпителиального копчикового хода у детей, определяемой макроскопически, является
	короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку
	длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
	копчиковая киста
	воронкообразное кожное втяжение
252	Для дифференциальной диагностики эпителиального копчикового хода оптимальным методом исследования у детей является
	зондирование
	пальцевое ректальное исследование
	фистулография
	ректороманоскопия, колоноскопия
253	Оптимальным положением больного при операции удаления копчикового хода является

	на спине
	на животе
	на левом боку
	на правом боку
254	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
255	Наиболее информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является
	рентгеноконтрастный
	ректороманоскопия
	колоноскопия
	пальцевое ректальное исследование
256	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
257	При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается
	ректовестибулярный свищ
	ректовагинальный свищ
	ректоурутральный свиш
	ректovesикальный свищ

258	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
259	В основе болезни Гиршпрунга лежит
	врожденный аганглиоз участка толстой кишки
	гипертрофия мышечного слоя кишки
	поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
	токсическая дилатация толстой кишки
260	У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга
	острую
	подострую
	хроническую
	тотальную
261	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
262	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
263	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
264	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
265	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
266	Наиболее вероятной теорией возникновения неспецифического язвенного колита у детей является
	инфекционная
	алиментарная
	аллергическая

	аутоиммунная
267	Для диагностики неспецифического язвенного колита у детей основным исследованием является
	бактериологическое
	рентгенологическое
	эндоскопическое
	определение маркеров воспаления в крови
268	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
269	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
270	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
271	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
272	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
273	Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является
	трещина заднего прохода
	язвенный колит
	полип прямой кишки
	гемофилия
274	Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является
	дисплазия тазобедренного сустава
	врожденная косорукость
	амниотические перетяжки
	патологический вывих бедра
275	В основе остеохондропатии лежит
	дисфункция созревания
	дисфункция роста
	внутриутробная инфекция
	неправильное внутриутробное развитие

276	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
	не имеет значения
	при отрицательной температуре
277	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
278	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
279	В общем понимании шок – это
	нарушение микроциркуляции
	тяжелая системная гипоперфузия
	снижение объема циркулирующей крови
	резкое снижение артериального давления
280	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
281	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
282	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
283	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
284	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

285	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
286	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
287	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
288	К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся
	перелом основания черепа без повреждения мягких тканей
	перелом 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
289	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, анизокорию, очаговую симптоматику

	продолжительный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту
	глубокую кому после сомнительной связи с травмой
290	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
291	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является
	потеря сознания
	очаговая неврологическая симптоматика
	многократная рвота
	ото- или риноликворея
292	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
293	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
294	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
295	Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают с устранения
	смещения по ширине
	смещения по длине
	ротационного смещения
	углового смещения
296	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
297	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
298	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
299	Позволяет диагностировать вывих головки луча при повреждении Монтеджа по рентгеновским снимкам линия
	Смита
	Маркса
	Омбредана
	Келлера
300	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
301	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
302	При ранении сухожилия сгибателя пальца хирургическая тактика сводится
	к наложению первичного шва сухожилия
	к лечению под мазовыми повязками
	к гипсовой иммобилизации
	к лейкопластырной повязке
303	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
304	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
305	При травматическом вывихе надколенник смещен
	кнутри
	кнаружи
	вниз
	вверх
306	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
307	При отрывном переломе медиального надмыщелка плечевой кости чаще всего страдает
	лучевой нерв
	локтевой нерв
	срединный нерв
	мышечно-кожный нерв

308	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
309	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
310	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
311	Название болезни Гризеля носит
	остеохондропатия апофиза пяточной кости
	остеохондропатия апофизов позвонков
	«маршевый» перелом костей стопы
	подвывих I шейного позвонка на фоне воспаления лимфоузлов шеи
312	Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у деки встречается в
	шейном отделе
	верхне-грудном отделе
	средне-грудном отделе

	нижне-грудном отделе
313	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
314	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
315	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
316	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
317	Тяжесть состояния больного при сочетанном повреждении таза определяется
	нарушением дыхания

	гиповолемией, афферентной патологической импульсацией
	метаболическим ацидозом
	периферическим спазмом капилляров
318	Врожденную мышечную кривошею следует отнести
	к миогенной деформации
	к десмогенной деформации
	к неврогенной деформации
	к дермо-десмогенной деформации
319	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
320	Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи являются
	нарастающая асимметрия лица и шеи
	нарушение осанки
	нарушение остроты зрения
	стробизм сходящийся и расходящийся
321	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
322	Деформация Маделунга – это

	лучевая косорукокость
	локтевая косорукокость
	штыкообразная деформация кисти и предплечья
	укорочение костей предплечья
323	Наиболее эффективным методом лечения болезни Нотта является
	иссечение кольцевидной связки
	инъекция гидрокортизона в кольцевидную связку
	ЛФК, массаж
	фонофорез с гидрокортизоном
324	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
325	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
326	Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является
	ограничение отведения бедер
	симптом Маркса-Ортолани
	укорочение ножки
	асимметрия ножных складок

327	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
328	Оперативное лечение косолапости проводится в сроки
	До 1 года
	1 – 3 года
	3 – 7 лет
	7 – 10 лет
329	При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является
	слабость мышечного корсета
	торсия позвонков
	асимметрия уровня расположения лопаток
	разница треугольников талии
330	Болезнь Блаунта – это
	последствие перенесенного остеомиелита большеберцовой кости
	рахитоподобное заболевание
	дисплазия росткового хряща верхнего конца большеберцовой кости
	остеохондропатия проксимального эпифиза большеберцовой кости
331	Болезнь Келлер-I – это
	остеохондропатия плюсневых костей
	остеохондропатия ладьевидной кости
	атипичная форма остеомиелита костей стопы
	остеохондропатия бугристой большеберцовой кости

332	«Остеоид-остеома» – это
	злокачественная опухоль кости остеогенного происхождения
	доброкачественная опухоль кости остеогенного происхождения
	осложнение хронически протекающего воспалительного процесса
	атипичная форма остеомиелита
333	Среди причинных факторов, способствующих развитию пороков развития у новорождённых, наиболее значимыми являются
	физические
	химические
	биологические
	генетические аберрации
334	Наибольшим повреждающим (тератогенным) действием на развитие эмбриона и плода обладают
	радиация
	вирусная инфекция
	лекарственные вещества
	сочетание нескольких повреждающих факторов
335	Из ниже перечисленных нозологических единиц фетохирургическое вмешательство невозможно при
	обширной лимфангиоме шеи
	стенозе прилоханочного отдела мочеточника
	врожденной кишечной непроходимости
	клапане задней уретры
336	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
337	Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключаящий наличие нижнего трахео-пищеводного свища
	цианоз
	запавший живот
	одышка
	пенистые выделения изо рта
338	Наиболее правильным положением больного с атрезией пищевода и нижним трахеопищеводным свищом при транспортировке следует считать
	на правом боку
	с возвышенным тазовым концом
	вертикальное
	горизонтальное
339	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
340	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
341	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
342	Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются
	в первые дни после рождения
	на второй неделе жизни
	на третьей неделе жизни
	на четвёртой неделе жизни
343	Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является
	склонность к запорам
	желтуха
	рвота «фонтаном»
	олигурия
344	Масса тела при пилоростенозе характеризуется
	малой прибавкой
	возрастным дефицитом
	прогрессирующим падением
	неравномерной прибавкой
345	При пилоростенозе стул
	скудный, темно-зеленый
	постоянный запор

	обильный непереваренный
	частый, жидкий, зловонный
346	Характер рвоты при пилоростенозе
	слизью
	желчью
	желчью
	створоженным молоком
347	Перистальтика желудка при пилоростенозе
	отсутствует
	усилена
	постоянная антиперистальтика
	обычная
348	Наиболее достоверным признаком пилоростеноза является
	симптом «песочных часов»
	вздутие эпигастрия после кормления
	пальпация увеличенного привратника
	гипотрофия
349	Из перечисленных заболеваний чаще дифференцируют пилоростеноз
	с артерио-мезентеральной непроходимостью
	с коротким пищеводом
	с ахалазией пищевода
	с халазией пищевода
350	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
351	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
352	К возможным осложнениям после пилоромии в отдаленные сроки относятся
	язвенная болезнь желудка
	спаечная непроходимость
	восходящий холангит
	несостоятельность пилорического жома
353	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
354	Наиболее частым осложнением радикальной операции по поводу атрезии 12-перстной кишки является
	пневмония
	замедление восстановления моторики 12-перстной кишки
	стенозирование анастомоза
	острой почечной недостаточности

355	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
356	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
357	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
358	Наиболее значимым симптомом заворота кишечника у новорожденного является
	беспокойство
	страдальческое выражение лица
	кровь из прямой кишки
	пальпируемое болезненное опухолевидное образование
359	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
360	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
361	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
362	Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является
	ятрогенные повреждения
	дефицит лизоцима
	язвенно-некротический энтероколит III и IV стадии
	порок развития стенки кишки
363	Из всех перечисленных симптомов наиболее достоверным для разлитого перитонита у новорожденного является
	лейкоцитоз
	отек, гиперемия брюшной стенки

	рвота застойным отделяемым
	динамическая непроходимость
364	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
365	Из перечисленных клинических симптомов спинномозговой грыжи служит показанием к экстренной операции
	большое опухолевидное образование в поясничной области
	нарушение функции тазовых органов
	парез нижних конечностей
	разрыв оболочек с истечением ликвора
366	Периодическое выделение различных количеств мочи из пупка обычно вызвано
	экстрофией мочевого пузыря
	полным свищом урахуса
	эписпадией
	клапанами задней уретры
367	Экстренное хирургическое лечение полного свища желточного протока показано при
	эвагинации кишечника
	мацерации кожи вокруг пупка
	флегмонозном омфалите
	инфицировании свищевого хода
368	Наиболее частой причиной летального исхода при эмбриональной грыже пупочного канатика является

	перитонит
	сепсис
	тяжелый сочетанный порок развития
	пневмония
369	Среди перечисленных пороков развития верхних дыхательных путей наиболее часто вызывает асфиксический синдром у новорожденного
	атрезия хоан
	синдром Пьера Робена
	ранула
	эпулис
370	Дыхательная недостаточность у новорожденного чаще всего вызвана
	патологией верхних дыхательных путей
	патологией гортани
	пороком развития органов грудной полости
	заболеванием легких
371	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
372	У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность, отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятно
	атрезия хоан
	диафрагмальная грыжа
	киста легкого

	пневмоторакс
373	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
374	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
375	У новорожденного с диафрагмальной грыжей и дыхательной недостаточностью укажите нехарактерный клинический признак
	смещение средостения
	цианоз, усиливающийся при плаче
	перистальтические шумы при аускультации легких
	вздутый живот
376	Наиболее частым осложнением врожденной кисты легкого у новорожденных является
	нагноение кисты
	разрыв кисты с образованием пневмоторакса
	напряженное состояние кисты
	кровотечение
377	Пальпируемое образование в брюшной полости у новорожденного чаще всего вызвано

	повреждением органа в родах
	пороком развития мочевыделительной системы
	воспалительным процессом
	пороком развития ЖКТ
378	У новорожденного 28 дней имеется обширная гемангиома в области спины и грудной клетки, множественные гемангиомы на конечностях, тромбоцитопения. Ребенку следует рекомендовать
	этапное хирургическое лечение
	назначение глюкокортикостероидов
	криодеструкцию многоэтапную
	назначение бета-адреноблокаторов
379	Для опухоли Вильмса наиболее характерно
	макрогематурия
	пальпируемое образование брюшной полости
	волнообразная лихорадка
	волнообразная лихорадка
380	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
381	Укажите типичную локализацию флегмоны новорожденных
	околопупочная область
	передняя грудная стенка
	лицо

	задняя поверхность туловища
382	Для остеомиелита новорожденных наиболее характерно
	множественность поражения костей
	внутриутробный остеомиелит
	преобладание грамотрицательной и анаэробной флоры
	преобладание грамположительной флоры
383	Наиболее ранним клиническим симптомом остеомиелита новорожденных при поражении длинных трубчатых костей является
	субфебрильная температура
	вялое сосание
	клиника «псевдопареза
	пастозность тканей, окружающих сустав
384	Наиболее часто встречающейся при остеомиелите у новорожденных локализацией патологического процесса в кости является
	эпифиз
	диафиз
	метаэпифизарная зона
	тотальное поражение кости
385	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
386	Повышенная кровоточивость у новорожденного вызвана чаще всего с
	дефицитом витамина К

	ДВС-синдромом
	врожденными тромбопатиями
	врожденными коагулопатиями
387	Среди классических причин проявлений геморрагического синдрома новорожденного наиболее часто встречается
	кровотечение из пупка
	кровотечение из желудочно-кишечного тракта
	нарастающая кефалогематома
	кровоизлияние в надпочечник
388	Укажите нехарактерный для кефалогематомы симптом
	деформация головы ребенка
	гематома, отслаивающая надкостницу
	инфицирование
	изменения кожи над опухолью
389	Наиболее ярким клиническим симптомом внутричерепного кровоизлияния у новорожденного является
	анемия
	апноэ, судороги
	гипотермия
	выбухание большого родничка, нистагм
390	Укажите нехарактерный симптом кровоизлияния в надпочечники у новорожденного
	анемия
	сердечная недостаточность
	пальпируемое опухолевидное образование
	сосудистая недостаточность

391	Среди перечисленных родовых повреждений костей наиболее часто имеет место
	перелом костей черепа
	перелом ключицы
	перелом бедра
	перелом плечевой кости в диафизе
392	Укажите нетипичный симптом при родовом переломе ключицы
	припухлость в средней трети ключицы
	крепитация
	гематома
	безболезненная пальпация
393	Выберите нехарактерный симптом родового перелома плечевой кости
	в анамнезе – акушерское пособие при родах
	трудно диагностируется
	отсутствие активных движений в руке
	угловая деформация конечности
394	Укажите наиболее информативный метод диагностики перфоративного перитонита у новорожденных
	лапароцентез, метод «шарящего катетера»
	клинические, физикальные данные
	рентгенологический
	УЗИ
395	Выбор сроков операции при крестцово-копчиковой тератоме определяется всеми факторами, кроме
	сдавление органов малого таза
	истончение кожных покровов над опухолью
	злокачественный рост опухоли

	возраст больного
396	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
397	Какой рентгенологический симптом при спинномозговой грыже является ведущим?
	отсутствие остистых отростков
	щель в дужке позвонков
	клиновидный позвонок
	тень в теле позвонков
398	Основным методом верификации эндоскопического заключения является
	операция
	рентгенологическое исследование
	гистологическое исследование
	ультрасонография
399	Показанием к пункционной биопсии при эндоскопическом исследовании могут служить
	диффузные заболевания печени
	глубоко расположенные поражения
	подслизистые опухоли
	опухолевидные забрюшинные образования
400	Гиперплазия характеризуется
	уменьшением размеров
	увеличением размеров

	увеличением в числе
	озлокачествлением
401	Метаплазия характеризуется
	озлокачествлением
	структурной перестройкой
	заменой одного вида на другой родственный вид
	увеличением слоев
402	Атрофия характеризуется
	уменьшением размеров
	увеличением размеров
	увеличением в числе
	структурной перестройкой
403	Дисплазия характеризуется
	уменьшением размеров
	увеличением размеров
	увеличением в числе
	структурной перестройкой
404	Сброс контрастного вещества из желчных протоков в норме наступает через
	1 – 2 минуты
	3 -4 минуты
	5 – 12 минут
	12 – 17 минут
405	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
406	При холангиографии на рентгенограммах тень конкремента, если контрастное вещество не обтекает камень, имеет вид
	ровного четкого овала
	полулунного дефекта наполнения
	писчего пера
	полулунного депо
407	Полный сброс контрастного вещества из протоков поджелудочной железы в норме наступает через
	1 – 2 минуты
	3 -4 минуты
	5 – 12 минут
	12 – 17 минут
408	Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются
	психические заболевания
	кардиоспазм 3 стадии
	воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания
	варикозное расширение вен пищевода 4 степени
409	Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются
	варикозное расширение вен пищевода 4 степени
	психические заболевания
	перфорация пищевода
	химический ожог пищевода III ст

410	Эндоскопическое исследование после операций на органах брюшной полости можно выполнять
	через одни сутки
	через неделю
	через две недели
	в любое время
411	Желудок опорожняется от пищи в среднем за
	3 часа
	6 часов
	9 часов
	12 часов
412	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
413	Противопоказаниями к проведению ЭРПХГ в плановом порядке являются
	повышенная чувствительность к йодсодержащим препаратам
	острый панкреатит и обострение хронического панкреатита
	механическая желтуха
	острый холецистит
414	ЭРПХГ необходимо выполнять в
	эндоскопическом кабинете, оборудованном рентгентелевизионной установкой
	рентгенологическом кабинете
	операционной

	рентгенооперационной
415	Профилактикой развития острого панкреатита после ЭРПХГ 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
416	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
417	Показанием к экстренной колоноскопии является
	анемия
	кишечное кровотечение
	подозрение на перфорацию толстой кишки
	гранулематозный колит
418	Анальная трещина является
	абсолютным противопоказанием к колоноскопии
	относительным противопоказанием к колоноскопии
	ограничением колоноскопии
	абсолютным показанием к колоноскопии
419	Осложнением щипцовой биопсии является при бронхоскопии
	перфорация стенки бронха
	кровотечение

	отек слизистой оболочки бронха
	пневмомедиастинум
420	Противопоказаниями к плановой лапароскопии являются
	большая опухоль брюшной полости
	ожирение III степени
	полостная операция в анамнезе
	крайне тяжелое состояние больного
421	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
422	Для наложения пневмоперитонеума лучше использовать
	воздух
	кислород
	закись азота
	углекислый газ
423	Риевзию 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
424	Частым осложнением лапароскопии является
	выраженное кровотечение из передней брюшной стенки

	травматическое повреждение органов брюшной полости
	предбрюшинная эмфизема или эмфизема большого сальника
	воздушная эмболия
425	Медиастиноскопия показана при
	увеличение лимфоузлов средостения
	инородном теле легкого
	кровохаркание
	ателектазе легкого
426	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
427	Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
	линейных эрозий
	сливных эрозий
	кольцевидных эрозий
	пептической язвы
428	Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
	линейных эрозий
	сливных эрозий
	кольцевидных эрозий
	пептической язвы

429	Третья степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
	линейных эрозий
	сливных эрозий
	кольцевидных эрозий
	пептической язвы
430	Основной причиной развития пищевода Баррета служит
	острое воспаление
	хроническое воспаление
	желудочно-пищеводный рефлюкс
	нарушение регенерации слизистой оболочки
431	Оптимальный метод диагностики при рефлюкс-эзофагите
	рентгенография
	манометрия
	морфологическое исследование
	суточное мониторирование pH
432	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
433	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
434	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
435	При варикозном расширении вен пищевода 3 степени слизистая оболочка пищевода
	не изменена
	воспалена
	атрофична
	с очагами желудочной метаплазии
436	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
437	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

438	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
439	Стеноз это
	полное закрытие просвета
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
440	Стриктура просвета это
	полное закрытие просвета
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
441	Окклюзия это
	полное закрытие просвета
	постоянное органическое сужение просвета
	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
442	Обструкция это
	полное закрытие просвета
	постоянное органическое сужение просвета

	органическое длиной менее 1 см
	закрытие просвета внутриполостным препятствием
443	Наиболее частым осложнением острых изъязвлений желудочно-кишечного тракта является
	пенетрация
	перфорация
	кровотечение
	болевого синдром
444	По современным представлениям основным этиопатогенетическим фактором развития язвенной болезни является
	хронический активный гастрит и дуоденит, ассоциированный с Нр
	конституционально-наследственный фактор
	стрессовые ситуации
	курение и алкоголь
445	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
446	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
447	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 ДПК
	значительным расширением просвета ДПК и атрофией ее слизистой оболочки
448	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 ДПК
	диффузной атрофией слизистой оболочки ДПК и пролапсом слизистой оболочки ДПК в желудок
	пролапсом слизистой оболочки ДПК в желудок и спрямлением верхнегастродуоденального изгиба
449	Запором называется задержка акта дефекации более чем на
	24 часа
	32 часа
	40 часов
	48 часов
450	Для катарального воспаления слизистой толстой кишки характерны
	усиление сосудистого рисунка
	отек слизистой оболочки
	сосудистый рисунок не изменен
	отсутствие слизи на стенках и в просвете кишки
451	Для атрофического колита характерны следующие эндоскопические признаки
	сосудистый рисунок не изменен

	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
452	Для атрофического колита характерны следующие эндоскопические признаки
	слизистая гладкая блестящая
	слизистая гладкая тусклая
	слизистая шероховатая блестящая
	слизистая шероховатая тусклая
453	К группе неспецифических колитов относятся
	гранулематозный колит
	амебиаз
	бактериальная дизентерия
	иерсинеоз
454	Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется
	отеком слизистой оболочки
	отеком подслизистого слоя
	повышенной контактной кровоточивостью
	атрофией слизистой
455	Эндоскопическая картина болезни Крона в фазе инфильтрации характеризуется
	усилением сосудистого рисунка
	наличием продольных трещин
	сосудистый рисунок не изменяется
	поверхностными афтоидными изъязвлениями
456	Для болезни Крона в фазе деструкции характерно

	отсутствие складок
	отсутствие инфильтрация кишечной стенки
	складки сохранены, обычной высоты
	поверхностные афтозные изъязвления
457	Дефекты слизистой при болезни Крона в фазе деструкции имеют вид
	глубоких продольных трещин
	поверхностных плоских язв
	глубоких кратерообразных язв
	серпантинных язв
458	Симптом "булыжной мостовой" характерен для
	неспецифического язвенного колита
	болезни Крона
	ишемического колита
	кишечной формы болезни Бехчета
459	Эндоскопическая характеристика минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	отек слизистой оболочки
	отек подслизистого слоя
	воспалительная инфильтрация всех слоев кишечной стенки
	усиление сосудистого рисунка
460	При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	сосудистый рисунок смазан
	сосудистый рисунок обеднен
	сосудистый рисунок не изменен
	сосудистый рисунок усилен

461	При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	контактная кровоточивость отсутствует
	контактная кровоточивость слабая
	диффузная контактная кровоточивость
	диапедезное кровотечение
462	При минимальной степени активности неспецифического язвенного колита
	слизистая гладкая, блестящая
	слизистая зернистая, блестящая
	слизистая гладкая, тусклая
	слизистая зернистая, тусклая
463	При умеренной степени активности неспецифического язвенного колита
	контактная кровоточивость отсутствует
	контактная кровоточивость слабая
	контактная кровоточивость умеренная
	выраженная контактная кровоточивость
464	При умеренной степени активности неспецифического язвенного колита
	изъязвления поверхностные местами сливающиеся
	изъязвления поверхностные дискретные
	изъязвления глубокие местами сливающиеся
	изъязвления глубокие дискретные
465	При выраженной степени активности неспецифического язвенного колита
	кровоточивость слабая
	контактная кровоточивость умеренная
	диффузная контактная кровоточивость
	контактная кровоточивость отсутствует

466	При выраженной степени активности неспецифического язвенного колита
	изъязвления поверхностные местами сливающиеся
	изъязвления дискретные, одиночные
	диффузная эрозированная поверхность слизистой
	изъязвления в виде продольных трещин
467	Наиболее часто стриктуры толстой кишки формируются в исходе
	болезни Крона
	неспецифического язвенного колита
	ишемического колита
	туберкулеза толстой кишки
468	Ножка полипа считается короткой, если ее длина не превышает
	0,5 см
	1,0 см
	1,5 см
	2,0 см
469	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
470	Для бронхоскопической картины при хронической пневмонии характерно
	слизистая оболочка ярко гиперемирована
	устья сегментарных бронхов не деформированы
	устья сегментарных бронхов деформированы за счет рубцов

	контактная кровоточивость слизистой повышена
471	Основными источниками информации о здоровье являются
	официальная информация о смертности и
	данные страховых компаний
	данные мониторинга окружающей среды и здоровья
	регистры заболеваний, несчастных случаев и травм
472	К нижним отделам шейной части трахеи у детей прилегают следующие перечисленные сосуды
	непарная вена
	левая плечеголовная вена
	дуга аорты
	легочная артерия
473	Паховый канал образован следующими элементами
	апоневроза наружной косой мышцы живота
	подвздошно-гребешковой связки
	пупартовой связки
	нижнего края внутренней косой и поперечных мышц
474	Бронхоскопия у детей дает дополнительную информацию
	при бронхоэктазии
	при туберкулезе
	при абсцессе легкого
	при легочной секвестрации
475	Для напряженной воздушной кисты легкого характерны следующие симптомы
	легочная гипертензия
	ослабление дыхания на стороне поражения

	смещение средостения в противоположную сторону
	перегрузки камер сердца
476	Основными симптомами перфорации пищевода являются
	дисфагия
	боли за грудиной
	крепитация на шее
	рвота кровью
477	К желудочно-пищеводному рефлюксу приводят анатомические нарушения
	тупой угол Гисса
	высокое стояние купола диафрагмы
	спленомегалия
	широкое эзофагеальное кольцо
478	Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии показано при подозрении на
	абсцесса Дугласова пространства
	кисты яичника
	инородного тела прямой кишки
	полипа прямой кишки
479	Метод ирригографии с сульфатом бария используется для диагностики
	язвенно-некротического энтероколита у новорожденного
	заворота средней кишки
	болезни Гиршпрунга
	долихосигмы
480	Срединную кисту шеи не следует дифференцировать с
	лимфаденитом

	флебэктазией яремной вены
	врожденной мышечной кривошеей
	эндемическим зобом
481	У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0,5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать
	операцию в плановом порядке по достижении 2 лет
	наблюдение в динамике
	массаж живота, гимнастика, профилактику запоров
	стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем
482	Выделяют следующие виды гемангиом
	кавернозная
	казеозная
	комбинированная
	изъязвленная
483	Для выделяемого при анаэробной газовой инфекции гематоксина характерны свойства
	некроза соединительной ткани и мышц
	гемолиза
	тромбоза сосудов
	поражения миокарда, печени, почек
484	К основным источникам госпитальной инфекции относят
	пациентов
	персонал-носитель инфекции
	оборудование и инструменты
	посетителей пациента
485	Хирургическая обработка гнойной раны обеспечивает

	ускорению заживления раны
	антибактериальное воздействие
	снижению интоксикации
	предупреждению генерализации процесса
486	Применение вторичных швов при гнойной ране обеспечивает
	ускорение сроков смены фаз воспаления
	уменьшение потерь с раневым отделяемым
	уменьшение явления интоксикации
	сокращение сроков заживления
487	Понятие хирургический сепсис у детей определяет
	общее тяжелое инфекционное состояние
	наличие местного очага инфекции
	показания к назначению глюкокортикостероидов
	необходимость местного хирургического лечения и антибактериальной терапии
488	Патогенез хирургического сепсиса определяет
	возбудитель инфекции
	состояние первичного очага инфекции
	реактивность организма
	ранее проведенная антибактериальная терапия
489	При направленном выборе антибактериального препарата при хирургической инфекции основным является
	распространенность воспалительного процесса
	характер и чувствительность микрофлоры
	фармакодинамика и фармакокинетика препарата
	давность заболевания

490	Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка
	подострое начало заболевания
	темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии
	тяжелая интоксикация и лихорадка
	пальпируется болезненное округлое образование на яичке
491	Неосложненная пахово-мошоночная грыжа характеризуется
	урчанием при вправлении
	невправимое в брюшную полость образование
	наружное паховое кольцо расширено
	симптом «кашлевого толчка» положителен
492	Местный статус при головчатой гипоспадии
	искривление полового члена
	мочеиспускание по мужскому типу
	наличие рудиментарного влагалища
	часто меатальный стеноз
493	Локализация яичка при крипторхизме
	паховая
	лобковая
	промежностная
	брюшная
494	Причины обструкции мочеточника при гидронефрозе
	стеноз мочеточника в прилоханочном отделе
	стеноз в дистальном отделе мочеточника
	клапан мочеточника в области лоханочно-мочеточникового сегмента
	аберрантный сосуд

495	Назовите группы заболеваний, относящихся к «острому животу»
	объемные образования брюшной полости
	нарушения кровообращения в органах брюшной полости
	острые воспалительные заболевания брюшной полости
	острые нарушения проходимости по желудочно-кишечному тракту
496	Симптомы раздражения брюшины включают в себя
	симптом Воскресенского
	симптом Ортнера
	симптом Кохера
	симптом Кера
497	К причинам, способствующим возникновению инвагинации у детей грудного возраста относятся
	морфофункциональная незрелость стенки кишки
	незрелость илеоцекального клапана
	аганглиоз кишечной стенки
	нарушения регуляции перистальтики
498	Осложнениями дивертикула Меккеля у детей являются
	перфорация
	кровотечение
	инвагинация
	воспаление
499	Хронические запоры у детей связаны с
	долихосигмой
	болезнью Гиршпрунга
	полипом слизистой толстой кишки

	болезнью Крона
500	В комплекс мероприятий с целью остановки кровотечения при портальной гипертензии входят следующие мероприятия
	парентальное питание
	постельный режим
	исключение кормления через рот
	гемостатическая терапия
501	Основные признаки клинической смерти
	судороги
	отсутствие сознания
	отсутствие дыхания
	отсутствие пульса на сонных артериях
502	Стандартные реанимационные мероприятия включают в себя
	искусственную вентиляцию легких
	закрытый массаж сердца
	открытый массаж сердца
	искусственное кровообращение
503	Выделяют следующие типы шока
	болевым
	гиповолемический
	кардиогенный
	дистрибутивный
504	Характерными для детского возраста являются переломы
	перелом по типу зеленой веточки
	перелом Смита

	поднадкостничный перелом
	апофизеолиз внутреннего надмыщелка плечевой кости
505	Для поднадкостничного перелома длинных трубчатых костей характерны
	боль
	патологическая подвижность
	крепитация
	потеря функции
506	Патологические переломы у детей возможны при
	корковом дефекте
	врожденной ломкости костей
	рахите
	остеомиелите
507	Клиническими признаками перелома являются
	нарушение функции
	флюктуация
	патологическая подвижность
	деформация
508	Для иммобилизации переломов костей конечности у детей применяют
	гипсовую лонгету с фиксацией двух соседних суставов
	гипсовую лонгету с фиксацией одного сустава
	циркулярную гипсовую повязку
	липкопластырное или скелетное вытяжение
509	Компрессионный перелом тел грудных позвонков характеризуются
	посттравматическим апноэ

	болью и ограничением движений в области поврежденных позвонков
	иррадиирующими опоясывающими болями
	наличием мышечного валика в области травмы
510	Для сотрясения головного мозга характерны
	гемипарез или гемиплегия
	ретроградная амнезия
	потеря сознания
	головная боль
511	Среди перечисленных операций нецелесообразно выполнять в первые часы и дни жизни
	пластику пищевода при его атрезии
	пластику диафрагмы при ложной диафрагмальной грыже
	пластику неба
	анастомоз тонкой кишки при ее атрезии
512	Нецелесообразно выполнять в первые недели жизни операции по поводу
	частичной кишечной непроходимости
	дермоидной кисты надбровья
	нарушения оттока мочи
	пупочной грыжи
513	Укажите информацию, которую можно получить при анализе рентгенограммы больного со свищевой формой атрезии пищевода и контрастированным верхним сегментом
	уровень атрезии
	форму атрезии
	степень воспалительных изменений в легких
	ширину трахеопищеводного свища
514	Характерным для изолированного трахеопищеводного свища симптомом является

	кормление сопровождается кашле
	приступы цианоза во время кормления
	пенистые выделения изо рта
	рецидивирующая аспирационная пневмония
515	При операции по поводу мембранозной формы атрезии 12-перстной кишки следует выполнить
	верхнесрединную лапаротомию
	резекцию кишки
	рассечение стенки кишки над мембраной и иссечение мембраны
	дренирование брюшной полости
516	Симптомы низкой кишечной непроходимости у новорожденного
	многократная рвота застойным отделяемым
	отсутствие стула
	мягкий безболезненный живот
	вздутый болезненный живот
517	У новорожденного с синдромом Ледда необходимо выполнить
	цекопексию
	ликвидацию заворота кишечника
	рассечение эмбриональных спаек
	резекцию тонкой кишки
518	Для перитонита новорожденных клиническими симптомами являются
	эксикоз
	вздутие живота
	задержка стула
	полиурия