

1. При подозрении на разрыв забрюшинной части 12-перстной кишки наиболее информативным исследованием является:

1. ультразвук;
2. рентгеновский обзорный снимок;
3. лапароскопия;
4. гастродуоденоскопия;
5. исследование желудка с бариевой взвесью.

2. При травме костей свода черепа у детей младшего возраста характерными для костей признаками являются:

1. четкая граница между наружной и внутренней пластинками кости;
2. отсутствие четкой границы между наружной и внутренней пластинками кости;
3. внутренняя пластинка кости при травме отслаивается;
4. внутренняя пластинка кости при травме не отслаивается;

3. Чаще всего терминальный отдел грудного протока впадает в заднюю поверхность:

1. левого венозного угла;
2. правого венозного угла;
3. левой внутренней яремной вены;
4. левой подключичной вены;
5. любой из перечисленных вариантов.

4. Наиболее частые причины ранения непарной вены во время операции на легких возникают:

1. при обработке корня легкого;
2. при выделении задней стенки перикарда;
3. при остановке кровотечения;
4. при выделении легкого из плоских сращений;
5. при выделении сосудов корня легкого.

5. Большой сальник развивается настолько, что прикрывает петли тонких кишок на таком же протяжении, как и у взрослого:

1. к 1 году;
2. к 2-3 годам;
3. к 5-6 годам;
4. к 7 годам;
5. к 9-11 годам.

6. Иннервация печени осуществляется за счет:

1. ветвей солнечного сплетения;
2. блуждающих нервов;
3. правого диафрагмального нерва;
4. ни одного из перечисленных;
5. всех перечисленных.

7. В образовании каво-кавальных анастомозов большую роль играют следующие вены забрюшинного пространства:

1. поясничные;
2. почечные;
3. непарная и полунепарная;
4. яичковые;
5. брыжеечные.

8. Полное окостенение лопатки происходит;

1. к 1-3 годам;
2. к 7-8 годам;
3. к 13-17 годам;
4. к 16-18 годам;
5. к 20-25 годам.

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

1. лежа на спине;
2. стоя,
3. лежа на животе;
4. в положении Тренделенбурга;
5. на "горке".

10. Абсолютными показаниями к выполнению торакоскопии у детей являются:

1. киста легкого;
2. спонтанный пневмоторакс;
3. легочная секвестрация;
4. опухоль легкого;
5. опухоль средостения.

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

1. абсцесс дугласова пространства;
2. кисту яичника;
3. инородное тело прямой кишки;
4. ректосигмоидит;
5. полип прямой кишки.

12. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:

1. гидронефротическую трансформацию почек;
2. врожденную кишечную непроходимость;
3. врожденный трахеопищеводный свищ;
4. гастрошизис;
5. врожденный порок сердца.

13. Пункция оболочек яичка показана:

1. при кисте семенного канатика;
2. при перекруте яичка;
3. при орхиэпидидимите;
4. при напряженной водянке оболочек яичка;
5. при идиопатическом отеке мошонки.

14. Для цистографии используют :

1. сергозин ;
2. Б) сульфат бария ;
3. верографин ;
4. Г) сульфат натрия ;
5. Д) тиосульфат натрия.

15. Красочная проба (введение синьки в мочевого пузыря) наиболее информативна для выявления;

1. удвоения верхних мочевых путей и уретероцеле;
2. рефлюкса в мочеточник верхней половины удвоенной почки;
3. ночного недержания мочи (энуреза);
4. эктопии устья добавочного мочеточника ниже сфинктера мочевого пузыря;
5. уретерогидронефроза одной из половин удвоенной почки.

16. Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено:

1. нарушением обратного развития зобно-глочного протока;
2. незаращением остатков жаберных дуг;
3. нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока;
4. хромосомными абберациями;
5. эктопией эпителия дна полости рта.

17. Для боковых кист шеи характерны:

1. болезненность при пальпации;
2. истончение кожи над образованием;
3. расположение над яремной веной;
4. расположение по внутреннему краю кивательной мышцы;

5. плотная консистенция.

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

1. с орхитом;
2. с водянкой оболочек яичка;
3. с варикоцеле;
4. с перекрутом гидатиды;

19. В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимо:

1. физиотерапия;
2. массаж;
3. обычный образ жизни;
4. ограничение физической нагрузки;
5. постельный режим.

20. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:

1. порок развития сосудов пуповины;
2. незаращение апоневроза пупочного кольца;
3. воспаление пупочных сосудов;
4. портальная гипертензия;
5. родовая травма.

21. Наиболее часто в детской практике при грыже белой линии живота применяется:

1. ушивание апоневроза узловыми швами;
2. аутодермопластика кожными лоскутами;
3. подшивание синтетических материалов;
4. операция Лойа;
5. пластика с широкой фасцией бедра.

22. Наиболее характерным симптомом для грыжи спигелиевой линии является:

1. диспептические явления;
2. подъем температуры;
3. боли по средней линии живота выше пупка после физической нагрузки;
4. плохой аппетит;
5. эластическое выпячивание в эпигастральной области.

23. После операции по поводу артерио-венозного свища больному необходимы:

1. гормонотерапия;
2. гепаринотерапия;
3. рентгенотерапия;
4. лечебная физкультура;
5. ангиография.

24. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:

1. особенностями вскармливания;
2. склонностью к гипертермии;
3. травмой ЦНС в анамнезе;
4. относительной незрелостью органов и тканей;
5. токсикозом I половины беременности.

25. Особенностью ампутации при анаэробной инфекции не является:

1. ампутация выше визуально определяемой зоны поражения;
2. операция без жгута;
3. отказ от ушивания культи;
4. рассечение фасциальных футляров;
5. отказ от дренирования раны.

26. Первично отсроченный шов при гнойной ране выполняется в сроки:

1. 3-4-й день;
2. 5-6-й день;
3. 7-10-й день;
4. 10-12-й день;
5. 12-14-й день.

27. Размножение возбудителя при сепсисе происходит, как правило:

1. в первичном очаге;
2. во вторичном очаге;
3. в крови;
4. в зависимости от индивидуальных особенностей;
5. возможны все варианты.

28. Подострый лимфаденит обычно не дифференцируют с:

1. с туберкулезом;
2. с лимфогранулематозом;
3. с опухолью;
4. с болезнью кошачьих царапин;
5. с гемангиомой.

29. При направленном выборе антибиотика в случае гнойного воспаления основным не является:

1. характер и чувствительность микрофлоры;
2. фармакодинамика и фармакокинетика препарата;
3. токсичность препарата;
4. совместимость с другими лекарственными препаратами;
5. давность заболевания.

30. Ребенок 7 лет поступил в стационар с острым гематогенным остеомиелитом нижней трети бедра на 3-й сутки заболевания. Состояние тяжелое. Интоксикация. Пневмония. Ребенку необходима:

1. срочная остеоперфорация;
2. остеоперфорация после предоперационной подготовки;
3. инфузионная и антибактериальная терапия;
4. остеоперфорация в плановом порядке;
5. разрез мягких тканей после предоперационной подготовки;
6. внутрикостное введение антибиотиков.

31. Декомпрессивная остеоперфорация при остром гематогенном остеомиелите не позволяет:

1. уточнить диагноз в неясных случаях;
2. получить отделяемое из костномозгового канала для цитологического исследования;
3. снизить внутрикостное давление;
4. снять боль;
5. полностью санировать очаг воспаления.

32. Ошибкой в хирургической тактике ведения больных с эпифизарным остеомиелитом считают:

1. пункцию сустава;
2. сквозное дренирование сустава;
3. дренирование параартикулярного пространства;
4. артротомию;
5. повторные пункции сустава.

33. Отметьте препараты, применяемые для антибиотикопрофилактики в хирургии:

1. оксациллин;
2. цефазолин;
3. фортум;
4. линкомицин;
5. пенициллин.

34. 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:

1. гипоплазия легкого;
2. аплазия легкого;
3. агенезия легкого;
4. ателектаз;
5. буллы.

35. Для того чтобы правильно определить уровень и степень гипоплазии легкого, необходимо провести:

1. сканирование легкого;
 2. бронхоскопию;
 3. ангиопульмонографию;
 4. аортографию;
 5. бронхографию.
- 36. Резекцию нижней доли при внутрилегочной секвестрации следует начинать с выделения:**
1. артерии нижней доли;
 2. бронха нижней доли;
 3. разделения нижней легочной связки;
 4. нижней легочной вены;
 5. основного ствола легочной артерии.
- 37. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является:**
1. пункция абсцесса;
 2. радикальная операция;
 3. бронхоскопическая санация;
 4. дренирование плевральной полости;
 5. катетеризация бронха.
- 38. Оптимальным доступом при резекции верхней доли является:**
1. задний;
 2. заднебоковой;
 3. передний;
 4. боковой;
 5. переднебоковой.
- 39. Функциональной зрелости пищевод достигает к:**
1. 3 месяцам;
 2. 6 месяцам;
 3. 12 месяцам;
 4. 2 годам;
 5. 5 годам.
- 40. У ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого. Лечение больного включает:**
1. пункцию кисты;
 2. дренирование кисты;
 3. радикальную операцию;
 4. консервативную терапию;
 5. выжидательную тактику.
- 41. Дупликационные кисты чаще всего локализуются:**
1. в заднем средостении;
 2. в центральном средостении;
 3. в верхнем отделе переднего средостения;
 4. в нижнем отделе переднего средостения;
 5. в нижнем отделе заднего средостения.
- 42. При врожденном коротком пищеводе ведущим симптомом является:**
1. рвота;
 2. икота;
 3. дисфагия;
 4. регургитация;
 5. саливация.
- 43. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода обнаружен небольшой отек и гиперемия слизистой. Это соответствует:**
1. первой (легкой) степени ожога;
 2. второй (средней) степени ожога;
 3. третьей (тяжелой) степени ожога;
 4. нет ожога;
 5. четвертой степени ожога.

44. Во время бужирования пищевода произошла его перфорация. При контрастном исследовании пищевода имеется затек контрастного вещества более чем на 2 см. Тактика должна предусматривать:

1. курс лечебных эзофагоскопий;
2. введение зонда в желудок и консервативную терапию;
3. перевод больного на парентеральное питание и консервативную терапию;
4. срочную операцию;
5. гастростомию.

45. Перелом ребер у детей чаще всего происходит:

1. в хрящевой части грудины;
2. в хрящевой части у перехода ее в костную часть ребра;
3. в переднем отделе костной части ребра;
4. по аксиллярной линии;
5. в заднем отделе ребра.

46. У больного 4 лет установлен диагноз "скрытый половой член". Ребенку показано:

1. наблюдение эндокринолога + гормональная терапия;
2. оперативное лечение при желании родителей;
3. показана фаллопластика;
4. не наблюдать;
5. смена паспортного пола + феминизирующая пластика.

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

1. одностороннего крипторхизма;
2. двустороннего крипторхизма;
3. ложного крипторхизма;
4. анорхизма;
5. монорхизма.

48. Какое из перечисленных положений, относящихся к проблеме лечения крипторхизма, трудно назвать справедливым:

1. основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие;
2. крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является опущение яичек;
3. В) аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках;
4. лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста;
5. лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста.

49. Больной 5 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне внезапно - почувствовал резкую боль в правой половине мошонки, через 1 час появились отек и гиперемия мошонки. За 10 дней до этого перенес паротит.

При осмотре: отек и гиперемия мошонки резко выражены,

Яичко болезненное, увеличено в размерах и подтянуто к корню мошонки. В данном случае имеет место:

1. правосторонний паротитный орхит;
2. перекрут яичка;
3. перекрут гидатиды;
4. аллергический отек мошонки;
5. флегмона мошонки.

50. Характерной формой эпителиального копчикового хода у детей, определяемой макроскопически, является:

1. короткий ход в межъягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку;
2. длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика;
3. копчиковая киста;
4. воронкообразное кожное втяжение;
5. все перечисленное.

51. Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах ее атрезии у детей является:

1. рентгенография по Вангенстину;
2. контрастное исследование кишки через свищ;
3. исследование свища зондом;
4. электромиография промежности;
5. профилометрия.

52. Оптимальным оперативным пособием при острой форме болезни Гиршпрунга у детей является:

1. операция Дюамеля;
2. операция Свенсона;
3. операция Соаве;
4. колостомы;
5. илеостомы.

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

1. об острой форме неспецифического язвенного колита;
2. о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита;
3. о хронической форме неспецифического язвенного колита;
4. о подострой форме неспецифического язвенного колита;
5. о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита.

54. При дермоидной кисте крестцово-копчиковой области у ребенка целесообразны:

1. радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты;
2. дренирование кисты;
3. антибактериальная терапия;
4. рентгенотерапия;
5. наблюдение.

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

1. пиурию;
2. альбуминурию;
3. микрогематурию;
4. макрогематурию;
5. оксалурию.

56. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеоточника считают:

1. экскреторную урографию;
2. цистографию;
3. цистоскопию;
4. цистометрию;
5. УЗИ с определением кровотока.

57. Метод микционнойцистоуретрографии наиболее информативен для диагностики:

1. нейрогенных дисфункций мочевого пузыря;
2. гидронефроза;
3. пороков уретры ПМР;
4. удвоения верхних мочевых путей;
5. нефроптоза.

58. Наиболее серьезным осложнением оперативного лечения гидронефроза считают:

1. гематурию;
2. обострение пиелонефрита;
3. стеноз сформированного анастомоза;
4. мочевой затек;
5. нагноение послеоперационной раны.

59. Оптимальным методом отведения мочи при декомпенсированной стадии клапанной обструкции у детей считают:

1. нефростомию;
2. пиелостомию;

3. прямую уретерокутанеостомию;
4. обратную уретерокутанеостомию;
5. интубационную уретеростомию.

60. Первичная пластика мочевого пузыря местными тканями при экстрофии включает:

1. ушивание мочевого пузыря, удлинение и погружение уретры, сведение костей лона, ушивание брюшной стенки;
2. ушивание мочевого пузыря, пластику брюшной стенки;
3. иссечение мочевого пузыря и имплантацию мочеточников в кишку с антирефлюксной защитой по Коэну;
4. выделение мочевого пузыря и пересадку его в сигмовидную кишку единым блоком;
5. ушивание мочевого пузыря с использованием синтетических материалов, замещение дефекта передней брюшной стенки полимерными материалами.

61. Наиболее информативным методом определения тяжести повреждения уретры при ее разрыве считают:

1. урофлоуметрию;
2. профилометрию;
3. экскреторную урографию;
4. уретроскопию;
5. прямую цистометрию.

62. Какой из перечисленных симптомов не служит показанием к операции Винкельмана у детей:

1. водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые;
2. мутная водяночная жидкость;
3. изменение оболочки яичка;
4. облитерированный вагинальный отросток;
5. гиперемия мошонки.

63. С каким состоянием не следует дифференцировать перекрутгидатиды яичка:

1. орхиэпидидимита;
2. перекрут яичка;
3. аллергический отек мошонки;
4. ущемленная паховая грыжа;
5. рожистое воспаление мошонки.

64. Основным эхографическим критерием мультикистоза почки у детей является:

1. увеличение одной из почек в размерах;
2. полное замещение кистами паренхимы одной из почек;
3. деформация чашечно-лоханочной системы;
4. выявление в паренхиме отдельных кистозных включений;
5. расширение отделов чашечно-лоханочной системы.

65. Укажите не характерную для отделения хирургии новорожденных группу заболеваний:

1. пороки развития;
2. гнойно-воспалительные заболевания;
3. злокачественные опухоли;
4. сосудистые дисплазии;
5. родовая травма.

66. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является:

1. врожденный изолированный трахеопищеводный свищ;
2. атрезия пищевода с верхним и нижним свищом;
3. атрезия пищевода без свища;
4. атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом;
5. атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом.

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

1. эзофагоскопия;
2. трахеобронхоскопия;
3. проба с метиленовой синью;

4. рентгеноконтрастное исследование пищевода;
5. трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод.

68. Поставить правильный диагноз. У ребенка 1,5 месяцев выражен симптом срыгивания, плохо прибавляет в массе тела, часто болеет пневмониями, бронхитами, в рвотных массах примесь слизи и крови, беспокойство во время кормления, симптом покашливания во сне:

1. пилороспазм;
2. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
3. высокая частичная кишечная непроходимость;
4. постгипоксическая энцефалопатия;
5. муковисцидоз.

69. Из перечисленных вариантов кишечного соустья у новорожденного с атрезией подвздошной кишки и большой разницей в диаметре приводящего и отводящего отделов кишечной трубки наиболее целесообразным является:

1. анастомоз "конец в конец";
2. U-образный анастомоз;
3. анастомоз "конец в бок";
4. двойная илеостомия по Микуличу;
5. анастомоз "бок в бок".

70. Недоношенный ребенок массой тела 1800 г с НМК II-III степени и врожденным пороком сердца поступил в клинику с диагнозом атрезии ануса и прямой кишки. При обследовании выявлена промежуточная форма атрезии со свищем в уретру. Наиболее целесообразным методом оперативного вмешательства является:

1. колостомия на восходящую кишку;
2. радикальная операция в возрасте 1 суток;
3. трансверзостомия;
4. терминальная колостомия с иссечением свища;
5. сигмостомия.

71. Экстренное хирургическое лечение полного свища желточного протока показано при:

1. инфицировании свищевого хода;
2. флегмонозном омфалите;
3. потере кишечного содержимого;
4. мацерации кожи вокруг пупка;
5. эвагинации кишечника.

72. У ребенка с резко выраженной дыхательной недостаточностью невозможно провести через нос катетер для отсасывания слизи. Наиболее вероятной причиной этого состояния является:

1. трахеопищеводный свищ;
2. синдром Пьера Робена;
3. атрезия хоан;
4. макроглоссия;
5. порок развития твердого нёба.

73. У ребенка 10 дней появилась болезненная припухлость в пахово-мошоночной области, отек мягких тканей, гиперемия кожи. Тактика хирурга включает:

1. динамическое наблюдение;
2. пункцию образования;
3. попытку "вправления" образования в брюшную полость;
4. рентгенографию брюшной полости;
5. операцию - ревизию пахово-мошоночной области.

74. У новорожденного 3 дней обширная кефалогематома справа в теменной области. Следует рекомендовать:

1. лечения не требуется;
2. пункцию кефалогематомы в возрасте 5 дней;
3. разрез в области кефалогематомы;
4. физиотерапию;
5. пункцию кефалогематомы на 9-10-й день жизни.

75. Червеобразный отросток - это:

1. рудимент;
2. функциональный орган;
3. порок развития;
4. аномалия;
5. вариант развития.

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

1. 3 часами;
2. 6 часами;
3. 12 часами;
4. 18 часами;
5. 24 часами.

77. Холодный аппендикулярный инфильтрат обнаружен во время операции. Операция должна быть закончена:

1. разделением инфильтрата, аппендэктомией;
2. марлевым тампоном к инфильтрату;
3. микроирригатором;
4. резиновым выпускником;
5. ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции.

78. При спаячно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии не должны превышать:

1. 3-6 часов;
2. 6-12 часов;
3. 12-24 часов;
4. 24-48 часов;
5. 48-72 часа.

79. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 12 часов консервативные лечебные мероприятия оказались неэффективными, инвагинат пальпируется в эпигастральной области. В этом случае предпочтительна:

1. срединная лапаротомия;
2. поперечная лапаротомия;
3. разрез в правой подвздошной области;
4. параректальный доступ;
5. разрез в правом подреберье.

80. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:

1. с рентгенографии брюшной полости;
2. с ультразвукового исследования;
3. с лапароцентеза;
4. с лапароскопии;
5. внутривенной урографии.

81. Рациональное отношение к "попутной" аппендэктомии:

1. обязательное удаление отростка;
2. стремление к оставлению червеобразного отростка;
3. аппендэктомия инвагинальным способом;
4. удаление при атипичном расположении отростка;

82. Для третьего клетчаточного пространства височной области, содержащего у новорожденных большое количество жировой клетчатки, характерно:

1. сообщение с жировой клетчаткой шейной области;
2. отсутствие связи с другими клетчаточными пространствами;
3. расположение под височной мышцей;
4. расположение между височным апоневрозом и височной мышцей;

5. правильные ответы А и Г.

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

1. по срединной линии шеи;
2. к сосудисто-нервному пучку шеи;
3. по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
4. к подключичной артерии;
5. кожной складке.

84. В средостении имеются:

1. две сердечно-перикардальные щели;
2. три сердечно-перикардальные щели;
3. четыре сердечно-перикардальные щели;
4. пять сердечно-перикардальных щелей;
5. не существует их.

85. Ветви для иннервации подчревной области брюшной стенки отходят:

1. от солнечного сплетения;
2. от верхнего брыжеечного сплетения;
3. от нижнего брыжеечного сплетения;
4. от поясничного сплетения;
5. от крестцового сплетения.

86. Верхняя брыжеечная артерия выходит через щель, образованную всеми перечисленными элементами, кроме:

1. головки поджелудочной железы;
2. нижнего края поджелудочной железы;
3. поперечной ободочной кишки;
4. нижней горизонтальной части 12-перстной кишки;
5. восходящей части 12-перстной кишки

87. В забрюшинном пространстве цистерна грудного протока (млечная цистерна) проецируется на уровне:

1. II поясничного позвонка;
2. XII грудного и I поясничного позвонка;
3. XI грудного позвонка;
4. III поясничного позвонка;
5. II-III поясничного позвонка.

88. На тыльной поверхности предплечья выделяют:

1. 2 канала;
2. 4 канала;
3. 5 канатов;
4. 6 каналов;
5. 8 каналов.

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

1. наклейке на рентгенограмме;
2. букве "Л" или "П", поставленной рентгенотехником;
3. газовому пузырю желудка;
4. тени средостения;
5. высоте куполов диафрагмы.

90. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:

1. синдром напряжения в грудной полости;
2. ранение легкого инструментами;
3. отек легкого;
4. легочно-сердечная недостаточность;
5. все перечисленное.

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

1. средняя линия выше пупка;

2. край правого подреберья;
 3. уровень пупка;
 4. область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы; Д) внутри от переднего отдела правой подвздошной кости.
- 92. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода и желудка нельзя выявить:**
1. халазиюкардии;
 2. ахалазиюкардии;
 3. грыжу пищеводного отверстия диафрагмы;
 4. геморрагический гастрит;
 5. пилоростеноз.
- 93. Показанием к проведению функциональных исследований в гепатологии является:**
1. спленомегалия с варикозным расширением вен пищевода;
 2. гепатомегалия;
 3. гипербилирубинемия;
 4. анемия с частыми носовыми кровотечениями;
 5. асцит.
- 94. Цистография не информативна для выявления:**
1. размеров и контура мочевого пузыря;
 2. наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса;
 3. незаращенного урахуса;
 4. врожденного пузырно-кишечного свища;
 5. обструкции уретерovesикального сегмента мочеточника.
- 95. В случае макрогематурии показано выполнение:**
1. ретроградной пиелографии;
 2. экскреторной урографии;
 3. цистоскопии;
 4. цистоуретрографии;
 5. радиоизотопного обследования.
- 96. Характерным симптомом для срединных кист шеи является:**
1. боли при глотании;
 2. смещаемость кисты при глотании;
 3. расположение над яремной ямкой;
 4. плотная консистенция;
 5. периодическое исчезновение.
- 97. При боковых свищах шеи наиболее информативным методом исследования является:**
1. обзорная рентгенография;
 2. ультразвуковое исследование;
 3. фистулография;
 4. венография;
 5. компьютерная томография.
- 98. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:**
1. частое ущемление;
 2. возраст после двух лет;
 3. установление диагноза;
 4. возраст после 5 лет;
 5. диаметр выпячивания свыше 3 см.
- 99. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены:**
1. возрастом ребенка;
 2. сопутствующими пороками;
 3. запоздалой операцией;
 4. техническими погрешностями;
 5. патологией верхних мочевыводящих путей.
- 101. Из перечисленных симптомов наименее характерным для пупочной грыжи является:**
1. расширение пупочного кольца;
 2. в покое легко вправляется;

3. частое ущемление;
4. в покое трудно вправляется;
5. выпячивание чаще появляется при беспокойстве.

102. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу грыжи белой линии живота необходимы:

1. физиотерапия;
2. лечебная физкультура;
3. домашний режим;
4. ношение бандажа;
5. постельный режим.

103. Противопоказанием к пластике местными тканями является:

1. незначительный дефект кожи после иссечения рубцов;
2. наличие вокруг дефекта запаса подвижной кожи;
3. дефект кожи после иссечения амниотической перетяжки;
4. обширный дефект кожи;
5. склонность к образованию келоидных рубцов.

104. К наиболее характерным осложнениям после операции по поводу артерио-венозной аневризмы относятся:

1. нагноение послеоперационной раны;
2. расхождение швов;
3. временное нарушение функции;
4. лимфостаз;
5. тромбофлебит.

105. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:

1. стафилококк;
2. стрептококк;
3. кишечная палочка;
4. протей;
5. синегнойная палочка.

106. К основным источникам госпитальной инфекции не относят:

1. больных;
2. персонал-носитель инфекции;
3. раковины отделения;
4. растворы, кремы, мази;
5. посетителей пациента.

107. Ранние вторичные швы при гнойной ране накладывают:

1. на 3-4-й день;
2. на 5-6-й день;
3. на 7-10-й день;
4. на 10-12-й день;
5. на 12-14-й день.

108. О развитии шока у септического больного свидетельствует:

1. постепенное ухудшение состояния больного;
2. резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции;
3. наличие метаболических нарушений;
4. длительная гипертермия;
5. наличие метастатических очагов инфекции.

109. У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя определяется гной под кожей. Диагноз:

1. паронихия;
2. кожный панариций;
3. флегмона;
4. абсцесс;
5. подкожный панариций.

110. При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать:

1. характер и чувствительность микрофлоры;
2. локализацию гнойного очага;
3. объем гнойного отделяемого;
4. характер гнойного отделяемого;
5. распространенность воспалительного процесса.

111. Из перечисленных методов диагностики острого гематогенного остеомиелита в ранние сроки наиболее достоверным является:

1. диагностическая пункция мягких тканей;
2. остеофлебография;
3. электрорентгенография;
4. измерение внутрикостного давления;
5. бактериоскопия мазка.

112. Сроки дренирования мягких тканей при остром гематогенном остеомиелите определяются:

1. характером и количеством патологического отделяемого;
2. улучшением самочувствия;
3. динамикой лабораторных показателей;
4. динамикой рентгенологических данных;
5. купированием болевого синдрома.

113. При подозрении на эпифизарный остеомиелит показано:

1. назначение антибактериальной терапии, наблюдение;
2. диагностическая пункция сустава;
3. дренирование сустава;
4. остеоперфорация;
5. остеопункция и измерение внутри костного давления.

114. Укажите нежелательные реакции линкомицина:

1. судороги;
2. апластическая анемия;
3. отоксичность;
4. нефротоксичность;
5. псевдомембранозный колит.

115. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз:

1. гипоплазия легкого;
2. аплазия легкого;
3. агенезия легкого;
4. ателектаз;
5. кистозная гипоплазия.

116. Методом выбора обследования при установлении диагноза "врожденная лобарная эмфизема" является:

1. бронхоскопия;
2. бронхография;
3. обзорная рентгенография;
4. радиоизотопное обследование легких;
5. ангиопульмонография.

117. Из осложнений после операции на легких чаще всего встречается:

1. кровотечение;
2. массивные продувания воздуха;
3. сердечно-легочная недостаточность;
4. обтурационные осложнения;
5. несостоятельность швов.

118. При буллезной форме деструкции (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является:

1. пункция буллы;

2. интенсивная терапия без вмешательства в очаг;
3. дренирование буллы;
4. бронхоскопический дренаж;
5. плевральная пункция.

118. Оптимальным доступом при резекции средней доли является:

1. заднебоковой;
2. передний;
3. переднебоковой;
4. задний;
5. боковой.

119. При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищом тактика лечения включает:

1. плевральную пункцию;
2. бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией;
3. дренирование плевральной полости по Бюлау;
4. дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
5. выжидательную тактику.

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

1. продолжение консервативного лечения;
2. выжидательную тактику;
3. радикальную операцию;
4. дренирование кисты;
5. санаторное лечение.

121. Сосудистые опухоли чаще всего локализуются:

1. в нижнем отделе заднего средостения;
2. в верхнем отделе заднего средостения;
3. в центральном средостении;
4. в верхнем отделе переднего средостения;
5. в нижнем отделе переднего средостения.

122. Из специальных методов обследования наиболее информативным при установлении диагноза "врожденный короткий пищевод" является:

1. рН-метрия;
2. обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей;
3. фиброэзофагогастроскопия;
4. жесткая эзофагоскопия;
5. контрастное исследование пищевода.

123. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется яркая гиперемия слизистой, выраженная отечность и фиброзные наложения. Это соответствует:

1. легкой степени ожога;
2. средней степени ожога;
3. тяжелой степени ожога;
4. нет ожога;
5. очень тяжелой степени ожога.

124. Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:

1. френоперикардальная;
2. передние;
3. пищеводного отверстия;
4. задние ложные;
5. истинные.

125. К переломам лопатки у детей чаще всего приводит:

1. сдавление грудной клетки;
2. падение с высоты;
3. падение на руку;
4. прямой удар;
5. падение на спину.

126. Скрытым половым членом считают:

1. половой член нормальных возрастных размеров, погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки;
2. половой член с недоразвитыми кавернозными телами;
3. половой член с гипертрофированной крайней плотью;
4. половой член малых размеров;
5. микрофаллус с дисгенезией гонад.

127. После низведения в мошонку яичка, сопровождающегося техническими трудностями, у ребенка отмечено увеличение в размерах и резкая болезненность яичка. Укажите препарат, который не дает положительного эффекта:

1. ацетилсалициловая кислота;
2. преднизолон;
3. антибиотики;
4. трентал;
5. никотиновая кислота.

128. Показанием к гормональной терапии неопустившегося яичка служит крипторхизм:

1. в форме эктопии;
2. в форме ретенции, когда уровень лютеинизирующего гормона в моче ниже 124 МЕ/л;
3. в форме ретенции, когда уровень лютеинизирующего гормона в моче выше 124 МЕ/л;
4. в форме ретенции у больного с ожирением;
5. крипторхизм в сочетании с грыжей.

129. Для дифференциальной диагностики эпителиального копчикового хода оптимальным методом обследования у детей является:

1. зондирование;
2. пальцевое ректальное исследование;
3. рентгенофистулография;
4. ректороманоскопия, колоноскопия;
5. весь перечисленный комплекс исследований.

130. В основе болезни Гиршпрунга лежит:

1. врожденный аганглиоз участка толстой кишки;
2. гипертрофия мышечного слоя кишки;
3. поражение подслизистого и слизистого слоев кишки; Г) токсическая дилатация толстой кишки;
4. все перечисленное.

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

1. обзорная рентгенография брюшной полости;
2. ирригография с воздухом;
3. ирригография с бариевой взвесью;
4. дача бариевой взвеси через рот;
5. колоноскопия.

132. Для диагностики неспецифического язвенного колита у детей основным исследованием является:

1. бактериологическое;
2. рентгенологическое;
3. эндоскопическое;
4. пальцевое ректальное;
5. биохимия крови.

133. Допустимым сроком наблюдения ребенка с тератомой крестцово-копчиковой области является:

1. 6-8 месяцев;
2. 1 год;
3. 2 года;
4. 3 года;
5. в зависимости от роста и размеров образования.

134. Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется:

1. в поясничной области;
2. в наружном крае прямых мышц;
3. в надлобковой области;
4. в промежности;
5. в эпигастрии.

135. Рентгенологический феномен "белой почки" (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:

1. обтурации мочеточника камнем;
2. вторично-сморщенной почки;
3. острого необструктивного пиелонефрита;
4. травмы почки;
5. опухоли почки.

136. Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет ведущее дифференциально-диагностическое значение для выявления:

1. нейрогенных дисфункций мочевого пузыря;
2. энуреза (ночного недержания мочи);
3. эктопии устья добавочного мочеточника;
4. эписпадии;
5. клапана задней уретры.

137. Показанием к временному отведению мочи (пункционной нефростомой) при гидронефрозе служит:

1. сочетание гидронефроза с мегауретером;
2. нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника;
3. ХПН, пиелоневроз, спорные показания к нефрэктомии;
4. сочетание гидронефроза с МКБ;
5. сочетание гидронефроза с удвоением ВМП.

138. Показанием к отведению мочи с помощью уретерокутанеостомии служит:

1. мегауретер в сочетании с нейрогенными нарушениями мочевого пузыря, инфекция мочевых путей;
2. ХПН, двусторонний мегауретер с отсутствием сократительной способности мочеточников, некупирующийся пиелонефрит;
3. рецидивирующее течение пиелонефрита, мегауретер и грудной возраст ребенка;
4. клапан задней уретры, двусторонний мегауретер, тубулярный ацидоз;
5. миелодисплазия, арефлекторный мочевой пузырь и мегауретер.

139. Нарастающая припухлость в поясничной области характерна:

1. для удвоения почки;
2. для гидронефроза;
3. для нефроптоза;
4. для разрыва почки;
5. для туберкулеза.

140. При острой атаке пиелонефрита у детей противопоказана:

1. реоренография;
2. экскреторная урография;
3. ретроградная пиелография;
4. хромоцистоскопия;
5. радиоизотопные методы.

141. Необходимость коррекции экстрофии мочевого пузыря в первые дни жизни обусловлена:

1. опасностью восходящей инфекции мочевых путей;
2. опасностью полипозного перерождения слизистой мочевого пузыря;
3. сложностью формирования мочевого пузыря местными тканями в старшем возрасте;
4. возможностью сведения костей лона без проведения травматичных остеотомии;
5. высоким уровнем анестезиологического обеспечения на современном этапе.

142. Для перекрута яичка в мошонке характерны:

1. постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром, гиперемия;

2. внезапное начало, затем светлый промежуток, гиперемия, постепенное нарастание отека, флюктуация;
3. внезапное начало, выраженный отек, гиперемия мошонки, болевой синдром, подтянутое яичко, утолщенный семенной канатик;
4. умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого синдрома, крепитация;
5. симптоматика зависит от возраста.

143. Эхографическим признаком гидрокаликоза у детей является:

1. изолированное расширение отдельных чашечек при нормальных размерах лоханки;
2. наличие жидкостных включений в паренхиме почки;
3. увеличение почки в размерах;
4. деформация чашечно-лоханочной системы;
5. истончение паренхимы.

144. Среди перечисленных форм работы, проводимой с врачами родильных домов, наиболее важной является:

1. совместные патологоанатомические конференции;
2. совместный разбор диагностических и лечебных ошибок;
3. летальная комиссия;
4. научно-практическая конференция;
5. консультация больных с сотрудниками кафедры.

145. Укажите у ребенка с атрезией пищевода клинический симптом, исключающий наличие нижнего трахеопищеводного свища:

1. цианоз;
2. одышка;
3. запавший живот;
4. пенистые выделения изо рта;
5. хрипы при аускультации легких.

146. Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются:

1. в первые дни после рождения;
2. на второй неделе жизни;
3. на третьей неделе жизни;
4. на четвертой неделе жизни;
5. после 1 месяца жизни.

147. К возможным осложнениям после пилоротомии в отдаленные сроки относятся:

1. язвенная болезнь желудка;
2. гастродуоденит;
3. спаечная непроходимость;
4. восходящий холангит;
5. несостоятельность пилорического жома.

148. Боковая инвертограмма новорожденного с атрезией заднего прохода должна быть сделана через 24-26 часов для того, чтобы:

1. подтвердить диагноз;
2. обнаружить уровни в кишечнике;
3. определить объем и сроки предоперационной подготовки;
4. определить высоту атрезии;
5. выявить сопутствующие пороки.

149. Рациональный начальный метод лечения неосложненной меконияльной непроходимости предусматривает:

1. двойную илеостомию по Микуличу;
2. энтеростомию, отмывание мекония из просвета кишки;
3. U-образный анастомоз;
4. высокую клизму с гастрографином (верографином) и АЦЦ;
5. подвесную илеостомию.

150. В клинику доставлен новорожденный с эмбриональной грыжей пупочного канатика размером 4x5 см через 2 часа после рождения. Ребенку показана:

1. обработка оболочек раствором перманганата калия;

2. экстренная операция;
3. обзорная рентгенография брюшной полости;
4. радикальная операция на вторые сутки жизни;
5. I этап операции Гросса после 2-4 часов подготовки.

151. Из перечисленных классификационных групп диафрагмальных грыж ведущий симптом рвоты и срыгивания имеет место:

1. при истинных грыжах собственно диафрагмы;
2. при дефектах диафрагмы;
3. при грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
4. при передних грыжах;

152. Укажите типичную локализацию флегмоны новорожденных:

1. околопупочная область;
2. передняя грудная стенка;
3. лицо;
4. задняя поверхность тела;
5. открытые поверхности тела.

153. Наиболее ярким клиническим симптомом внутричерепного кровоизлияния новорожденного является:

1. анемия;
2. апноэ, судороги;
3. гипотермия;
4. выбухание большого родничка, нистагм;
5. изменения в вегетативной нервной системе.

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

1. обязательно;
2. не обязательно;
3. у детей младшего возраста по показаниям;
4. у девочек по показаниям;
5. в зависимости от клиники.

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

1. срединную лапаротомию;
2. лапаротомию разрезом по Пфанненштилю;
3. лапаротомию разрезом в правой подвздошной области;
4. лапароскопию;
5. динамическое наблюдение.

156. Во время операции обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания - 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако основание свободно от сращений. Оптимальной тактикой будет:

1. аппендэктомия обычным способом;
2. отказ от аппендэктомии, тампонада гнойника марлей;
3. аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнойника;
4. отказ от аппендэктомии, оставление местномикроирригатора;
5. пересечение отростка у основания без его удаления, дренирование.

157. 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:

1. с ректального пальцевого исследования;
2. с ирригографии с воздухом;
3. с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;
4. с введения зонда в желудок;
5. с дачи бариевой взвеси через рот.

158. У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания - более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. В этом случае предпочтительна:

1. срединная лапаротомия;
2. поперечная лапаротомия;
3. разрез в правой подвздошной области;
4. параректальный доступ справа;
5. параректальный доступ слева.

159. У ребенка с травмой живота диагностирован разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Состояние средней тяжести. Гемодинамика нестабильна. Ребенку необходимы:

1. лапароцентез;
2. лапароскопия;
3. установка длительного дренажа брюшной полости;
4. лапаротомия, ревизия брюшной полости;
5. наблюдение, консервативная терапия.

160. У больного с травмой живота во время операции обнаружены субсерозные гематомы кишки и желудка. В этом случае наиболее рационально:

1. вскрытие гематом, ревизия стенки органа;
2. пункция и эвакуация гематом;
3. оставление гематом;
4. погружение гематом серозно-мышечными швами;
5. резекция пораженных участков.