

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

**ТЕСТЫ ПО ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ШЕСТОГО КУРСА  
ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**



Минск БГМУ 2018

**Наиболее характерным для одиночных полипов толстой кишки размерами до 1,0 см является:**

- + выделение крови из заднего прохода
- выделение слизи из заднего прохода
- затруднение со стулом
- боли в животе

**В первые часы после травмы прямой кишки обычно не наблюдается:**

- кровотечения
- выделения кала из раны
- + парапроктита
- тенезмов

**Укажите правильную последовательность периодов развития кишечника во внутриутробном периоде развития:**

- канализация, вакуолизация, солидная, реканализация
- солидная, вакуолизация, канализация, реканализация
- вакуолизация, реканализация, солидная, канализация
- + канализация, солидная, вакуолизация, реканализация

**При аномалии вращения кишечника может возникнуть:**

- мекониальная кишечная непроходимость
- + синдром Ледда
- множественные «сосисочные» атрезии
- мембрана пилорического отдела желудка

**Укажите группу рентгенологических признаков острой высокой врожденной кишечной непроходимости:**

- пневматоз кишечника
- + наличие двух газовых пузырей и двух уровней жидкости, затемнение нижней половины брюшной полости
- повышенное газонаполнение петель тонкой кишки
- свободный газ под куполом диафрагмы

**Укажите рентгенологический признак острой врожденной низкой кишечной непроходимости:**

- свободный газ под куполом диафрагмы
- пневматоз кишечника
- + наличие множественных уровней жидкости
- растянутый желудок, отсутствие газа в петлях кишечника

**В каком случае при врожденной кишечной непроходимости предоперационный период должен быть коротким во избежание осложнений:**

- мембрана пилорического отдела желудка
- атрезия дистального отдела 12-перстной кишки
- кольцевидная головка поджелудочной железы
- + атрезия дистальной части тонкой кишки

**В каком случае при врожденной кишечной непроходимости предоперационный период должен быть коротким во избежание осложнений:**

- + синдром Ледда
- мембрана пилорического отдела желудка
- атрезия дистального отдела 12-перстной кишки
- кольцевидная головка поджелудочной железы

**Укажите характерный признак врожденной низкой кишечной непроходимости:**

- + рвота с желчью и кишечным содержимым
- запавший живот
- рвота с желчью
- обильное отхождение газов и мекония

**Укажите характерный признак врожденной низкой кишечной непроходимости:**

- рвота с желчью
- запавший живот
- + рвота с конца 2 суток
- обильное отхождение газов и мекония

**Укажите характерный признак врожденной низкой кишечной непроходимости:**

- + живот вздут, контурируют петли кишечника
- рвота с рождения
- ладьевидный живот
- обильное отхождение газов и мекония

**К высокой врожденной кишечной непроходимости относятся:**

- атрезия подвздошной кишки, эмбриональные спайки
- атрезия 12-перстной кишки, мекониальный илеус, копростаз

- атрезия дистального конца тощей кишки, аберрантный сосуд, синдром Ледда
- + атрезия 12-перстной кишки, препилорическая мембрана желудка, кольцевидная поджелудочная железа

**Ранение внутрибрюшной части прямой кишки чаще всего осложняется:**

- парапроктитом
- + перитонитом
- недостаточностью анального сфинктера
- кровотечением из параректальной клетчатки

**Метод обследования подтверждающий врожденную кишечную непроходимость при нарушении процесса вращения кишечника в эмбриональном периоде:**

- обзорная Р-графия брюшной полости
- + ирригография
- колоноскопия
- пневмоперитонеум

**Метод обследования подтверждающий врожденную кишечную непроходимость при нарушении процесса вращения кишечника в эмбриональном периоде:**

- обзорная Р-графия брюшной полости
- колоноскопия
- пневмоперитонеум
- + ультразвуковая томография с доплером

**Новорожденному через 10 часов после рождения установлен диагноз высокая врожденная кишечная непроходимость, осложнений нет.**

**Оптимальная длительность предоперационной подготовки:**

- 2-4 часа
- + 12-24 часа
- 1 сутки
- 3-6 суток

**При мекониальной кишечной непроходимости для разжижения мекония применяется:**

- + гастрोगрафин
- 0,9% натрий хлор
- стрептокиназа
- трипсин

**При мекониальной кишечной непроходимости для разжижения мекония применяется:**

- стрептокиназа
- 0,9% натрий хлор
- + 5% панкреатин
- трипсин

**При мекониальной кишечной непроходимости для разжижения мекония применяется:**

- стрептокиназа
- 0,9% натрий хлор
- трипсин
- + ацетилцистеин

**Какие имеются формы удвоений кишечника:**

- кистозные, конусовидные, цилиндрические
- + кистозные, тубулярные, дивертикулярные
- циркулярные, кистозные, конусовидные
- многокамерные, однокамерные

**В каком периоде эмбрионального развития появляются признаки удвоения кишечника:**

- 1-4 неделя
- 4-8 неделя
- + 8-12 неделя
- 12 неделя

**Бесспорным методом диагностики удвоения кишечника является:**

- контрастная гастроеюнография
- обзорная рентгенография брюшной полости
- эзофагогастродуоденофиброскопия
- + лапароскопия

**Характер кровотечения при удвоении кишечника:**

- дегтеобразный стул
- наличие крови и слизи в кале
- + наличие в кале крови без слизи
- выделение крови в конце дефекации

**Рентгенологическое исследование костей таза следует обязательно произвести при:**

- малейших признаках повреждения прямой кишки
- повреждении анального канала
- + обширном повреждении промежности
- наличии сукровичных выделений после удаления из прямой кишки инородного тела

**«Средней кишкой» называется кишка от:**

- + 12-перстной кишки до середины поперечной ободочной кишки
- 12-перстной кишки до середины тощей кишки
- вся тощая кишка
- вся подвздошная кишка

**Какое осложнение не характерно для удвоений кишечника:**

- воспаление стенки и перфорация
- кишечная непроходимость в том числе инвагинация
- кровотечение
- + малигнизация

**Причинами врожденной кишечной непроходимости являются:**

- родовая травма
- недоношенность
- многоводие
- + пороки развития кишечной трубки

**Причинами врожденной кишечной непроходимости являются:**

- родовая травма
- недоношенность
- многоводие
- + пороки развития, вызывающие сдавление просвета кишечника

**Причинами врожденной кишечной непроходимости являются:**

- + аномалии ротации и фиксации кишечника
- недоношенность
- многоводие
- родовая травма

**Причинами врожденной кишечной непроходимости являются:**

- родовая травма
- + муковисцидоз
- многоводие
- маловесность к сроку гестации

**Причинами врожденной кишечной непроходимости являются:**

- родовая травма
- + нарушение иннервации кишечника
- многоводие
- маловесность к сроку гестации

**Классификация атрезий кишечника по типам:**

- I-II
- I-III
- I-II-IIIa-IV
- + I-II-IIIa – IIIb - IV

**При УЗИ плода выявили симптом «двойного пузыря» (“double-bubble”).**

**Какой диагноз можно предположить:**

- непроходимость тощей кишки
- непроходимость подвздошной кишки
- + непроходимость 12-перстной кишки
- непроходимость желудка

**Неспецифические гнойно-воспалительные заболевания вызываются следующей группой микроорганизмов:**

- палочки Коха
- риккетсии
- + стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, протей
- шигеллы

**У больного после очистительной клизмы возникли боли в прямой кишке, появились выделения крови из заднего прохода. Заподозрено повреждение кишечной стенки на высоте 5-6 см. Для определения глубины повреждения стенки прямой кишки следует выполнить:**

- только ректороманоскопию
- обзорную рентгенографию брюшной полости
- пальцевое исследование и проктографию с контрастной клизмой
- + пальцевое исследование, ректоскопию, в зависимости от ситуации дополнительно применить другие методы

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

- склонностью к гипертермии
- травмой ЦНС в анамнезе

- + особенностями строения органов, тканей, гуморального и клеточного иммунитета
- токсикозом 1 половины беременности

**К современным тенденциям в изменении возбудителей гнойных процессов у детей относят:**

- + увеличение частоты грамотрицательных возбудителей
- уменьшением частоты грамположительных возбудителей
- увеличение частоты специфических возбудителей
- преобладание вирусов

**При лечении инфильтративных форм воспалительных процессов мягких тканей какому препарату вы отдадите предпочтение:**

- раствору фурацилина
- микроциду
- + димексиду
- эктерициду

**Выберите группу антибиотиков, которые вы назначили бы новорожденному при тяжелом течении гнойно воспалительного заболевания:**

- аминогликозиды первого поколения
- пенициллины второго поколения
- + карбапенемы
- тетрациклины

**В каких случаях при тяжелом течении гнойно воспалительного заболевания у новорожденных назначаются антибиотики:**

- + во всех случаях
- с 3 суток от начала заболевания
- при наличии гноя в ране
- только в инфильтративной стадии воспалительного процесса

**Назовите основной возбудитель омфалита:**

- энтеровирусные инфекции
- + золотистый пиогенный стафилококк
- сапрофитная флора новорожденного
- анаэробная инфекция

**Развитию какого заболевания у новорожденных способствует глубокая форма пупка и не облитерация дистальных отделов урахуса:**



- + омфалит
- адипозонекроз
- врождённая лобарная эмфизема
- не заращение баталового протока

**Какая врождённая патология способствует развитию омфалита:**

- синдром Ледда
- кольцевидная поджелудочная железа
- + не облитерация желточного протока
- болезнь Гишпрунга

**Укажите наиболее тяжёлую по течению форму омфалита:**

- + некротическая
- флегманозная
- простая форма
- другие формы

**Характер отделяемого из пупочной ямки при флегмонозном омфалите:**

- серозное
- + гнойное
- хилёзное
- окрашенного желчью

**Выпадение прямой кишки у детей чаще всего встречается в возрасте:**

- от 1 года до 2 лет
- + от 1 года до 4 лет
- от 2 до 5 лет
- от 5 до 7 лет

**Для диагностики причины омфалита необходимо выполнить:**

- + УЗИ передней брюшной стенки и брюшной полости
- компьютерную томографию
- ядерно-резонансную томографию
- ангиографию

**Укажите метод выбора для диагностики источника омфалита:**

- + УЗИ передней брюшной стенки и брюшной полости
- колоноскопия
- радиоизотопное сканирование
- ядерно-резонансную томографию

**С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику при некротическом омфалите:**

- + некротическая флегмона новорожденных
- везикулопустулёз
- псевдофурункулёз
- эксфолиативный дерматит

**Какое заболевание вызывает осложнения в виде пупочного сепсиса, портальной гипертензии, некроза передней брюшной стенки:**

- + омфалит
- эпифизарный остеомиелит
- мастит
- лимфаденит

**При какой форме омфалита выполняется хирургическое пособие:**

- простой форме
- флегманозной
- + некротической
- острой

**Назовите основной возбудитель флегмоны новорожденных:**

- вирус гриппа
- простейшие
- + золотистый стафилококк
- сапрофитная флора новорожденного

**Укажите анатомические особенности, обуславливающие развитие флегмоны новорожденных:**

- + слабое развитие рогового слоя дермы и отсутствие анастомозов между сосудами в подкожной клетчатке
- ребра расположены почти под прямым углом к позвоночнику
- перестройка малого круга кровообращения
- мало выраженный лордоз шейного отдела позвоночника

**Какова локализация первичного воспалительного процесса при некротической флегмоне новорожденных:**

- кожа
- + подкожная клетчатка
- слизистая оболочка
- лимфатические сосуды кожи

**Какова типичная локализация местного процесса при флегмоне новорожденных:**

- околопупочная область
- шея
- лицо
- + задняя поверхность тела

**С каким из представленных заболеваний дифференцируют флегмону новорожденных:**

- + подкожный адипозонекроз
- эксфолиативный дерматит
- врожденный ихтиоз
- отек Квинке

**Основными вариантами патогенеза развития выпадения прямой кишки являются:**

- по типу ущемленной грыжи
- из-за недостаточности наружного сфинктера заднего прохода
- + по типу кишечной инвагинации
- из-за недостаточности внутреннего сфинктера прямой кишки

**С каким из представленных заболеваний дифференцируют флегмону новорожденных:**

- псевдофурункулез
- эпифизарный остеомиелит
- + рожистое воспаление
- везикулопустулёз

**С каким из представленных заболеваний дифференцируют флегмону новорожденных:**

- врожденные телеангиоэктазии
- + некротическая форма омфалита
- родовая травма кожи и подкожной клетчатки
- невус

**Назовите участки тела, где у детей не наблюдается флегмона новорожденных:**

- спина
- + ладонная поверхность кистей и подошвенная поверхность стоп
- боковые поверхности туловища
- грудная клетка

**При каком заболевании характерно быстрое увеличивающаяся гиперемия кожи в размере с фестончатым краем и отёком с изменением цвета от синюшного до тёмно-багрового с места начала воспаления:**

- + некротическая флегмона
- пузырьчатка новорожденного
- везикулопустулёз
- псевдофурункулёз

**Основным видом хирургического доступа при флегмоне новорожденных принято считать:**

- окаймляющий разрез
- звёздчатый разрез
- лампасные разрезы
- + линейные разрезы в шахматном порядке длиной 1 – 1,5 сантиметра

**Основным возбудителем мастита новорожденных является:**

- вирус
- простейшие
- + золотистый стафилококк
- сапрофитная флора новорожденного

**С какими физиологическим состоянием необходимо дифференцировать мастит новорожденных:**

- + физиологическое увеличение грудных желез
- физиологическая желтуха
- физиологическая эритема
- физиологическая потеря массы тела

**С какими заболеваниями необходимо дифференцировать мастит новорожденных:**

- эксфолиативный дерматит
- + абсцесс кожи в области грудной железы
- разрыв грудной мышцы
- везикулопустулёз

**На какой неделе жизни чаще развивается мастит новорожденных:**

- + на второй
- на третьей
- на четвёртой
- на пятой

**При инфильтративной форме мастита новорожденных выберите препараты местного лечения:**

- раствор фурацилина
- раствор риванола
- + 20-25% раствор димексида
- раствор бетадина

**Осмотр больного, у которого предполагается выпадение прямой кишки, лучше производить:**

- в коленно-локтевом положении
- лёжа на животе
- + в положении больного на корточках и с натуживанием
- в вертикальном положении

**Основным видом хирургического доступа при мастите новорождённых принято считать:**

- радиальный
- + радиальный без контакта с ареолой
- радиальный с переходом на ареолу
- в шахматном порядке

**Укажите способ дренирования при хирургическом лечении мастита новорождённых:**

- + резиновая полоса
- трубчатый дренаж
- сквозное дренирование
- дренаж в виде двойной трубки

**У новорожденного обнаружена гиперемия и инфильтрация кожи в крестцово-поясничном отделе в сочетании с выраженной интоксикацией. О каком заболевании прежде всего следует подумать?**

- пролежень
- спинномозговая грыжа
- эпителиально-копчиковая киста
- + некротическая флегмона новорождённых

**Гемангиома – это опухоль, состоящая из:**

- лимфатических сосудов
- жировой ткани
- соединительной ткани

+ кровеносных сосудов

**Первые признаки гемангиом проявляются в виде:**

- + небольшого красного пятна
- пигментного образования
- обширной соединительно-тканной опухоли
- аденоматозной ткани

**Возраст особо интенсивного роста гемангиомы:**

- + первое полугодие
- в 7-10 лет
- у взрослых
- в пожилом возрасте

**Показаниями к лечению гемангиом критических локализаций являются:**

- увеличение опухоли в 3 раза
- месячный возраст ребенка
- + неумение гемангиомы в размерах
- изъязвление опухоли

**Лучшим методом лечения простых капиллярных (кожных) гемангиом является:**

- полихимиотерапия
- короткофокусная криотерапия
- + криогенное воздействие
- хирургическое удаление

**При гемангиомах нередко встречается синдром Казабаха-Меррита и необходимо обследование:**

- концентрация глюкозы крови
- белки крови
- + тромбоциты
- мочевины

**К осложненному течению гемангиом относят:**

- тромбоз
- малигнизацию
- + кровотечения в результате воспаления и изъязвления
- артерио-венозные фистулы

**Консервативное лечение выпадения прямой кишки длится:**

- 1 месяц
- + 6 месяцев
- 3 месяца
- 2 месяца

**Метод выбора при лечении кавернозных гемангиом с изъязвлением:**

- мазовые повязки
- повязки с 40% раствором хлористого глюкозы
- + хирургическое удаление
- повязки с физраствором

**Для склерозирующей терапии гемангиом применяется:**

- 96° спирт
- 1% раствор хлористого натрия
- + 70° спирт
- хлоргексидин

**Для лечения гемангиоматоза множественных локализаций применяются:**

- хлористый калий
- гемодез
- + пропранолол
- плазма крови

**Лимфангиома представляет собой:**

- + доброкачественную опухоль врожденного характера, состоящую из
- воспаления лимфатических узлов
- слоновость
- аденофлегмону

**Чаще лимфангиомы локализуются в области:**

- конечностей
- + подчелюстной
- спины
- живота

**Лимфангиомы лечатся**

- консервативно
- гормонами
- + хирургически
- короткофокусной рентгенотерапией

**Дермоидные кисты – это:**

- злокачественные опухоли
- образования, состоящие из лимфатических сосудов
- + фибро-эпителиальные образования
- липомы

**Дермоиды чаще локализуются в области:**

- волосистой части головы
- + надбровной
- бедра
- грудной клетки

**Атерома – это опухоль, образованная:**

- лимфатическими сосудами
- воспалением потных желез
- + закрытием протока сальной железы
- соединительной тканью

**Атерома – это опухоль, которая локализуется:**

- в подкожной клетчатке
- кожа над опухолью легко смещается
- + внутрикожно, смещается вместе с кожей
- в грудной полости

**При выпадении прямой кишки у детей применяют операцию:**

- циркулярного отсечения выпавшей прямой кишки
- циркулярного отсечения слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сборивающих швов на мышечную стенку в виде валика
- + Тирша с использованием тефлоновой нити
- Тирша с использованием тефлоновой сетки

**Атерома лечится:**

- криотерапией
- склерозирующей терапией
- + хирургическим методом
- короткофокусной рентгенотерапией

**Крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте:**

- после года
- после 3 лет
- + до 3 месяцев



- с 3 до 6 месяцев

**Крестцово-копчиковую тератому необходимо дифференцировать с:**

- лимфангиомой
- гемангиомой
- + спинно-мозговой грыжей
- липомой

**Что означает термин «остеомиелит»?**

- воспаление костного мозга
- воспаление спонгиозы
- воспаление надкостницы
- + воспаление костного мозга, спонгиозы, компактного слоя и надкостницы

**Путь заражения кости при гематогенном остеомиелите?**

- + распространение инфекции по кровеносным сосудам
- распространение инфекции по лимфатическим сосудам
- проникновение инфекции от смежных очагов (абсцессы, флегмоны, инфицированные раны и др.)
- распространение инфекции от инородных тел костей (иглы, металлические предметы после огнестрельных ран и др.)

**Какие кости чаще всего поражаются при остром гематогенном остеомиелите (ОГО)?**

- короткие трубчатые кости
- губчатые кости
- + длинные трубчатые кости
- плоские кости

**Какие анатомические отделы трубчатой кости при остром гематогенном остеомиелите чаще всего поражаются у детей от 0 до 1 года?**

- диафизы
- + эпифизы
- метафизы
- все отделы кости

**В каком структурном отделе трубчатой кости локализуется первичный фокус инфекции при остром гематогенном остеомиелите?**

- + метафизе
- в эпифизе
- в кортикальном слое диафиза

- под надкостницей метафиза

**Каким путем проникает инфекция в сустав при эпифизарном остеомиелите?**

- через синовиальную оболочку
- + через эмбриональные сосуды, проходящие через хрящевую зону роста в эпифиз
- по лимфатическим сосудам
- через инфицированные мягкие ткани, окружающие сустав

**Каким путем проникает инфекция в сустав при остеомиелите у детей старшего возраста?**

- через синовиальную оболочку
- + через спонгиозу метафиза благодаря аномально прикрепленной капсуле
- через эмбриональные сосуды, проходящие через хрящевую зону роста в эпифиз
- по лимфатическим сосудам

**Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид:**

- округлых плоских бляшек
- + разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты
- блюдцеобразной опухоли с изъязвлением по краям
- гладких бугристых образований

**Какая микрофлора является ведущей в этиологии острого гематогенного остеомиелита?**

- стрептококки
- кишечная палочка
- синегнойная палочка
- + стафилококки

**Чем отличается характер воспалительного процесса в кости от воспалительного процесса в мягких тканях?**

- быстрым распространением по всем структурам кости
- медленным течением
- + высоким давлением, под которым находится воспалительный очаг в кости
- образованием секвестров в течение 3-5 суток от начала заболевания

**Какие ранние главные клинические симптомы эпифизарного остеомиелита?**

- высокая температура тела
- + псевдопаралич или сгибательная контрактура конечности, усиление беспокойства ребенка при пассивных движениях в суставе, отек тканей в области

сустава

- отек и болевая реакция при пальпации в области метафиза и диафиза трубчатой кости
- отек, гиперемия, повышенная температура всей конечности по сравнению со здоровой

**Как распространяется по кости гнойный экссудат от первичного фокуса инфекции у детей до 1 года?**

- + на сустав, по костномозговому каналу, поднадкостнично трубчатой кости
- только на сустав
- по костномозговому каналу
- по спонгиозе кости

**Как распространяется по кости гнойный экссудат от первичного фокуса инфекции у детей старшего возраста?**

- только на сустав
- по костномозговому каналу
- через зону роста
- + по метафизу, костномозговому каналу, поднадкостнично

**Какие ранние главные клинические симптомы острого гематогенного остеомиелита у детей старшей возрастной группы?**

- + постоянная усиливающаяся боль в пораженной кости, высокая температура тела, усиление боли при пальпации и перкуссии, нарушение функции, отек мягких тканей в зоне воспаления
- контрактура конечности, невозможность активных движений в предлежащем суставе
- боль и отек в области сустава
- боль, гиперемия и отек всей конечности

**Какие клинические формы острого гематогенного остеомиелита по Т.П. Краснобаеву чаще всего встречаются в клинической практике?**

- септикопиемическая или тяжелая
- первично-хроническая
- токсическая или адинамическая
- + местная или легкая

**Какие клинические формы хронического гематогенного остеомиелита после перенесенного острого встречаются в клинической практике?**

- + вторично-хронический остеомиелит
- посттравматический остеомиелит

- первично-хронический остеомиелит
- хронический рецидивирующий остеомиелит

**Какой метод исследования используют в РНПЦ детской хирургии для окончательной постановки диагноза острого гематогенного остеомиелита?**

- рентгенографию пораженной кости
- компьютерная томография
- сонографическое исследование
- + пункция кости с цитологическим исследованием костного мозга

**Какие показания к консервативному лечению острого гематогенного остеомиелита?**

- + срок заболевания до 3 суток и отсутствие гноя под надкостницей и внутри кости
- нормальная температура тела
- гнойный артрит
- самопроизвольное образование гнойного свища

**Для множественных полипов толстой кишки наиболее характерно:**

- + выделение крови и слизи из прямой кишки
- запоры
- бессимптомное течение заболевания
- поносы

**По микроструктуре каудальные тератомы могут представлять собой:**

- лимфоидную ткань
- + опухоль из трёх зародышевых листков
- аденоматозную ткань
- эпителиальный копчиковый ход

**Какие показания к оперативному методу лечения острого гематогенного остеомиелита?**

- срок заболевания 3-5 суток
- + наличие внутрикостной и субпериостальной флегмоны, токсическая форма заболевания, гнойный артрит
- улучшения общего состояния после назначения антибиотиков
- отёк и гиперемия мягких тканей конечности

**Какой метод оперативного вмешательства при остром гематогенном остеомиелите необходимо применить у новорожденного и грудного ребенка?**

- вскрытие субпериостальной флегмоны и наложение фрезевого отверстия
- наложение 2 фрезевых отверстий, проведение перфорированного дренажа для закрытого промывания
- + вскрытие субпериостальной флегмоны и дренирование промывным дренажем мягких тканей с ушиванием раны
- вскрытие субпериостальной флегмоны, дренирование марлевым тампоном или трубкой

**Какой метод оперативного вмешательства необходимо применить у ребенка старшего возраста?**

- вскрытие субпериостальной флегмоны и наложение фрезевого отверстия
- + наложение 2 фрезевых отверстий, проведение перфорированного дренажа для закрытого промывания
- вскрытие субпериостальной флегмоны и дренирование промывным дренажем с ушиванием раны
- вскрытие субпериостальной флегмоны, дренирование марлевым тампоном или трубкой

**Какое вынужденное положение в кровати занимает ребенок с кокситом и остеомиелитом шейки бедра или костей таза?**

- лежит на животе
- лежит на боку
- сидит на корточках
- + лежит на спине, как при вывихе головки бедра (сгибание бедра в тазобедренном суставе, отведение и наружная ротация)

**Какие мероприятия и лекарственные препараты применяют при консервативном лечении острого гематогенного остеомиелита?**

- повязка с мазью Вишневского
- холодные обвёртывания
- + пункция кости, антибиотики, лазеротерапия инфракрасным лазером
- анальгетики

**Какой вид иммобилизации применяется при остром гематогенном остеомиелите бедра у детей младшей возрастной группы?**

- циркулярная гипсовая повязка
- гипсовая лонгета
- + клеевое вытяжение по Мау, Шеде
- иммобилизация не обязательна

**Какой вид иммобилизации применяют при остром гематогенном**

**osteomyelите области тазобедренного сустава у детей старшей возрастной группы?**

- циркулярная гипсовая повязка
- гипсовая лонгета
- клеевое вытяжение по Шеде
- + скелетное вытяжение за бедро грузом  $1/5-1/7$  веса тела

**Какие мероприятия и лекарственные препараты применяют при osteomyelите костей, образующих тазобедренный сустав и гнойном коксите у детей младшей возрастной группы?**

- + скелетное или вытяжение по Мау, пункции, антибиотики
- иммобилизация конечности кокситной повязкой
- артротомия и дренирование сустава тампоном или трубкой
- анальгетики

**Какую цель преследует рентгенологическое исследование при подозрении на острый гематогенный osteomyелит?**

- исключение перелома кости
- исключение опухоли кости
- исключение первично-хронического osteomyелита
- + для контроля над рентгенологической картиной кости в процессе лечения

**Какие благоприятные для выздоровления больного изменения имеют место на рентгенограмме через 3 недели от начала заболевания при остром гематогенном osteomyелите?**

- остеосклероз
- + очаги остеопороза и периостальная реакция
- патологический перелом
- секвестр или секвестры

**Каудальные тератомы характеризуются тем, что:**

- + могут быть кистозного строения содержащие эмбриональные ткани
- имеют аденоматозное строение
- образования солидного или кистозного строения не содержащие эмбриональные ткани
- имеют только нейродермальное строение

**Какие неблагоприятные для выздоровления больного изменения имеют место на рентгенограмме через 3 месяца от начала заболевания при остром гематогенном osteomyелите?**

- остеосклероз

- очаги остеопороза и периостальная реакция
- остеопороз
- + секвестр или секвестры, патологический перелом, вывих

**Какие клинические признаки имеют место при переходе острого гематогенного остеомиелита в хроническую форму через 2 месяца?**

- + образование или свищей с гнойным отделяемым, хроническая флегмона
- заживление раны после операции на кости вторичным натяжением
- заживление раны после операции на кости первичным натяжением
- укорочение конечности

**Какие рентгенологические признаки вторично-хронического остеомиелита?**

- периостальная реакция
- склероз кости
- + костная полость, содержащая секвестр или секвестры, очаги склероза, образование новой кости в области периоста, патологический перелом
- остеопороз

**Какие рентгенологические признаки внутрикостного абсцесса (Броди)?**

- костная полость в метафизе без признаков склероза вокруг
- + костная полость в метафизе, окруженная склерозированной костной тканью и редко пересекающая зону роста
- множественные полости в метафизе
- костная полость в диафизе, окруженная склерозированной костной тканью

**Какие рентгенологические признаки склерозирующего остеомиелита Гарре?**

- + склероз кости, утолщение коркового слоя, сужение костномозгового канала, бесструктурный вид кости
- очаговый остеосклероз метафиза
- очаговое утолщение кортикального слоя
- тотальный остеопороз кости

**Какой метод оперативного лечения вторично-хронического остеомиелита чаще всего применяется в детском хирургическом центре г. Минска?**

- радикальная операция с заполнением костной полости кровяным сгустком
- радикальная операция с заполнением костной полости мышцей на ножке
- радикальная операция с заполнением костной полости гомокостью
- + радикальная операция с закрытым промывным дренажем

**Какое заболевание не относится к первично-хроническому остеомиелиту?**

- абсцесс Броди
- склерозирующий остеомиелит Гарре
- + болезнь Пертеса
- антибиотический остеомиелит Попкирова

**Какие осложнения не встречаются при гематогенном остеомиелите?**

- + остеомаляция
- неоартроз, фиброзный или костный анкилоз
- деформация или укорочение конечности
- патологический перелом или ложный сустав

**У 10-летнего подростка с дисфагией, срыгиванием непереваренной пищи и отставанием в развитии, бронхограмма показывает расширение бронхов.**

**Наиболее вероятный диагноз:**

- кистозный фиброз
- непроходимость кишечника
- + ахалазия кардии
- инородное тело

**Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей может быть связан со всем кроме**

- синдром Сандифера
- аспирационная пневмония
- + пилороспазм
- хроническая анемия

**Выделение "алой" крови в конце акта дефекации является симптомом, более характерным для:**

- + геморроя
- инвагинации
- злокачественной опухоли сигмовидной кишки
- синдрома раздражённой толстой кишки

**Пищевод Барретта тесно связан со следующим заболеванием:**

- + желудочно-пищеводный рефлюкс
- острый бронхит
- бронхопневмония
- хронический гастрит

**Гистологическими признаками пищевода Барретта являются все кроме:**

- плоский эпителий



- + цилиндрический эпителий средней кишки
- кубический эпителий
- специализированный кишечный эпителий

**Основное значение в клинической диагностике пищевода Барретта у детей имеет:**

- рентгенологическая диагностика
- + эндоскопическая диагностика с обязательной биопсией подозрительных очагов и гистологическим исследованием биоптатов
- пальцевое исследование пищевода
- посуточная манометрия

**Каков риск злокачественной трансформации у пациентов с пищеводом Барретта?**

- 100%
- 25%
- + 1,0%
- 50%

**Из представленных методов лечения пищевода Барретта используются все кроме:**

- + двойная раздельная эзофагостомия
- резекция пищевода
- фотодинамическая терапия
- назначение прокинетиков

**Осложнением какого из перечисленных заболеваний является эрозивно-язвенный эзофагит?**

- язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- кардиоспазма
- + скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- хронического гастрита

**Какие из перечисленных факторов не являются показаниями для хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы?**

- неэффективность консервативного лечения
- развитие воспалительных стриктур пищевода
- + скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений
- врожденный короткий пищевод

**Для окончательной постановки диагноза гастроэзофагеального рефлюкса у**

**детей можно использовать все методы кроме:**

- эзофагоманометрия
- внутрипищеводная рН-метрия
- определение пассажа бария по пищеводу в положении Тренделенбурга
- + УЗИ пищевода

**Если консервативное лечение фибринозно-язвенного рефлюкс-эзофагита не приносит успеха, к какой операции следует прибегнуть?**

- резекция желудка по Бильрот-1
- + фундопликация
- селективная проксимальная ваготомия
- стволовая ваготомия

**Какой из методов бужирования пищевода является наиболее безопасным?**

- ортоградное бужирование вслепую
- бужирование под контролем эзофагоскопа
- ретроградное бужирование за нитку
- + ортоградное бужирование по струне полыми рентгеноконтрастными бужами

**Для удобства описания найденных изменений в области заднего прохода в проктологии принято правило "циферблата часов". При этом аноскопическая область соответствует:**

- всегда 6-ти часам по циферблату
- + 6-ти часам только при положении пациента на спине
- 6-ти часам при коленно-локтевом положении
- 9-ти часам при положении пациента на спине

**Девочка повышенного питания, жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной. Какой предварительный диагноз можно поставить?**

- Ценкерровский дивертикул пищевода
- хронический панкреатит
- + рефлюкс-эзофагит
- ахалазия кардии

**Какие из нижеперечисленных утверждений лучше всего характеризуют желудочно-пищеводный рефлюкс?**

- является следствием повышенного тонуса нижнего пищеводного сфинктера
- встречается при повышенной секреции гастрина
- + диагноз ставится по данным манометрии и 24-часового мониторинга рН
- диагноз ставится по данным эндоскопического метода обследования

**К причинам появления гастроэзофагеального рефлюкса у детей можно отнести следующие:**

- + транзиторные, не связанные с глотанием расслабления нижнего пищеводного сфинктера
- расслабление нижнего пищеводного сфинктера в ответ на глотание
- наличие хиатальной грыжи
- наличие ахалазии кардии

**Основным фактором патогенеза гастроэзофагеального рефлюкса у детей является:**

- + частота заброса содержимого желудка в пищевод
- агрессивность дуоденального содержимого
- индивидуальная резистентность слизистой пищевода
- время очищения слизистой пищевода от рефлюксата

**ГЭРБ у детей проявляется следующими симптомами:**

- олигоурией
- рвотой фонтаном после кормления
- + рвотой, усиливающейся в горизонтальном положении
- рвотой створоженным молоком с 3-4 недели

**К осложнениям гастроэзофагеального рефлюкса у детей относят:**

- гастрит
- дуоденит
- + пневмонию
- гастроэнтероколит

**К тяжелым осложнениям гастроэзофагеального рефлюкса у детей относят:**

- + тяжелый рефлюкс-эзофагит
- грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
- паховую грыжу
- острый аппендицит

**Фиброгастродуоденоскопия при ГЭРБ позволяет оценить:**

- + степень выраженности эзофагита
- наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- активность заброса желудочного содержимого в пищевод
- внутрипищеводное давление

**К вариантам рентгенологического обследования при ГЭРБ у детей относят:**

- инвертограмму брюшной полости

- латерограмму брюшной полости
- выполнение холецистохолангиограммы
- + водно-сифонная проба

**Какова правильная последовательность программы обследования ребенка с признаками гастроэзофагеального рефлюкса:**

- + сбор анамнеза, клинический осмотр, определение КЩС, фиброгастроскопия, рентгенография желудка
- ирригография, сфинктероманометрия пищевода, рентгенография желудка
- дуоденография, обзорный снимок в положении латеропозиции
- фиброгастроскопия, клинический осмотр, водно-сифонная проба

**Определите самый доступный метод обследования пациентов с подозрением на наличие полипов прямой кишки:**

- ирригоскопия
- колоноскопия
- + пальцевое исследование
- осмотр прямой кишки с помощью зеркал

**Самым точным методом диагностики гастроэзофагеального рефлюкса у детей является:**

- фиброгастродуоденоскопия
- + 24-часовая пищеводная РН-метрия
- водно-сифонная проба
- обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

**Какие показатели пищеводной РН-метрии будут указывать на наличие у ребенка гастроэзофагеального рефлюкса?**

- РН >4
- + РН <4
- РН >6
- РН >8

**Какие основные недостатки пищеводной РН-метрии?**

- высокая стоимость исследования
- + плохая переносимость
- большое количество ложно-отрицательных результатов
- неэффективность при щелочном дуоденальном рефлюксе

**Медикаментозное лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей включает:**

- назначение ферментативных препаратов
- назначение антигистаминных препаратов
- + назначение прокинетиков
- назначение антацидов

**К консервативным лечебным мероприятиям при гастроэзофагеальном рефлюксе у детей относят:**

- + постоянное возвышенное положение под углом 30-40°
- положение ребенка на животе
- частое дробное кормление
- применение антирефлюксных питательных смесей

**Показаниями для оперативного лечения гастроэзофагеального рефлюкса у детей являются:**

- + выраженный эзофагит
- острый гастродуоденит
- респираторная патология
- неэффективность консервативного лечения в течение 1-2 недель

**Какая методика операции при лечении гастроэзофагеального рефлюкса у детей считается наиболее рациональной?**

- фундопликация по Талю
- фундопликация по Каншину
- фундопликация по Белси Марк 1У
- + фундопликация по Ниссену

**Основной этап фундопликации по Ниссену включает:**

- санацию брюшной полости
- + формирование фундопликационной манжетки
- интубацию кишки
- спленэктомию

**Какие из перечисленных групп заболеваний не требуют дифференциальной диагностики с острым аппендицитом у детей:**

- + глазные заболевания
- гастроэнтерологическая
- инфекционные заболевания
- заболевания половых органов

**С какими заболеваниями заболевания лёгких не следует проводить дифференциальной диагностики с острым аппендицитом у детей:**

- + бронхоэктатическая болезнь
- острая пневмония
- спонтанный пневмоторакс
- острые плевриты

**Наиболее достоверный метод диагностики полипов ободочной кишки:**

- рентгеноконтрастное исследование путем дачи сульфата бария через рот
- ирригоскопия
- + колоноскопия
- пневмоколоноскопия

**С какими гастроэнтерологическими заболеваниями не следует проводить дифференциальной диагностики с острым аппендицитом у детей:**

- острый гастрит
- язвенная болезнь желудка
- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
- + абдоминальная форма муковисцидоза

**Определите инфекционное заболевание которое не протекает с абдоминальным синдромом в продромальном периоде:**

- скарлатина
- ветряная оспа
- + эпидемический паротит
- менингококковая инфекция в варианте менингококцемии

**Какое осложнение эпидемического паротита протекает с абдоминальным синдромом:**

- + острый панкреатит
- серозный менингит
- мастит
- миокардит

**С каким заболеванием следует дифференцировать острый аппендицит у пациента 2-х летнего возраста:**

- + инвагинация кишечника
- гидроцефалия
- гипоспадия
- эписпадия

**С каким заболеванием следует дифференцировать острый аппендицит у пациента 14-х летнего возраста:**

- + острый гастрит
- болезнь Шлятера
- болезнь Верльгофа в стадии ремиссии
- серповидно-клеточная анемия в стадии ремиссии

**Вы исключили острый аппендицит у ребёнка 5 лет. В анамнезе в течении суток лихорадочное состояние с повышениями температуры тела до 39-40оС. Наличие сыпи на туловище и зуда. Сыпь в виде мелких, заполненных жидкостью пузырьков. О каком заболевании следует подумать:**

- корь
- скарлатина
- + ветряная оспа
- атопический дерматит

**В анамнезе у двухлетнего ребёнка с боли в животе, рвота, повышение температуры тела. Какое заболевание первоочередно необходимо исключить:**

- + острый аппендицит
- респираторную инфекцию
- алиментарный гастрит
- ферментопатию

**При какой анатомической локализации червеобразного отростка острый аппендицит можно принять за острый холецистит:**

- + переднее высокое
- тазовое
- ретроцекальное
- медиальное

**При какой анатомической локализации червеобразного отростка острый аппендицит можно принять за патологию мочевыделительной системы:**

- + тазовое
- высокое расположение купола слепой кишки
- ретроцекальное
- медиальное

**При проведении дифференциальной диагностики острого аппендицита, приём какого препарата может изменить клиническую картину и локальные признаки аппендицита:**

- + кеторолак

- сальбутамол
- гефал
- дигоксин

**6-летний мальчик внезапно заболел: боли в левой подвздошной области. При осмотре нет напряжения мышц в левой подвздошной области. Какой диагноз наиболее вероятен?**

- + копростаз
- дивертикулит сигмы
- полипоз ободочной кишки
- заворот сигмы

**По какой причине при болезни Шенлейн-Геноха в животе появляется боль:**

- в результате воспаления стенки кишечника
- в результате ущемления червеобразного отростка
- + в результате кровоизлияния в стенку кишечника и брюшину
- в результате ущемления брыжейки кишечника

**Причины болей в животе при острой не госпитальной плеврапневмонии:**

- + раздражение межрёберных нервов и плевры
- одышка
- чихание
- икота

**У ребёнка с болями в животе выявлена высокая температура тела, петехиальная сыпь на коже, ригидность затылочных мышц, отсутствует пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки. О каком заболевании вы должны подумать:**

- + менингококковая инфекция в варианте менингококцемии
- копростаз
- паховая грыжа
- инвагинация кишечника

**Острый холецистит отличается от острого аппендицита с типичным расположением червеобразного отростка следующим признаком:**

- болями в левой подвздошной области
- наличием симптома Кохера
- + ригидностью мышц передней брюшной стенки в правом подреберье
- наличием симптома Филатова

**Назовите признак менингококцемии, отличающий её от острого**



**аппендицита:**

- + петехиальная сыпь на коже
- наличием симптома Кохера
- наличие дефанса в правой подвздошной области
- наличием симптома Филатова

**Укажите признак, позволяющий заподозрить пневмонию у пациента с острым аппендицитом:**

- пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области
- симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области
- + разнокалиберные влажные хрипы и ослабление проведения дыхания на стороне повреждения
- наличие симптома Кохера

**Укажите признак острого аппендицита с типичной локализацией у пациента 12 лет позволяющий с большой степенью достоверности исключить инфекцию мочевыделительной системы:**

- дизурические явления
- + симптома Кохера
- лейкоцитурия
- положительный симптом поколачивания в поясничной области

**Ингибиторы протеаз обладают следующими свойствами:**

- + тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
- блокирует аутокаталитическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
- тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
- улучшает кровоснабжение поджелудочной железы

**Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить:**

- снятие спазма наружного анального сфинктера
- ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы
- + уменьшение секреторной активности и отека поджелудочной железы
- инактивизация липаз в крови и детоксикацию

**В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является:**

- + эзофагит, вызванный попаданием трипсина
- рецидив кисты

- послеоперационное кровотечение
- инфекция

**К облигатным онкологическим заболеваниям ободочной кишки относят:**

- ювенильные полипы
- одиночный полип ободочной кишки
- терминальный илеит
- + диффузный семейный полипоз

**Внутрипеченочные желчные ходы формируются из:**

- краниального отдела желчного протока
- + элементов печеночных долек
- круглой связки печени
- глиссоновой капсулы

**Внепеченочные желчные ходы формируются из:**

- + краниального отдела желчного протока
- элементов печеночных долек
- круглой связки печени
- глиссоновой капсулы

**Клинические проявления атрезии желчных ходов развиваются через:**

- первые дни после рождения
- + 1 месяц после рождения
- 5 месяцев после рождения
- к 1 году

**Выберите симптом характерный для атрезии желчных ходов:**

- избыточная окраска стула (коричневый)
- + повышение количества билирубина, щелочной фосфатазы, АСТ и АЛТ
- повышение количества не прямого билирубина
- копростаз

**Дифференциальную диагностику атрезии желчных ходов следует проводить со следующими заболеваниями:**

- перитонитом
- + закупоркой желчных протоков слизистыми пробками
- абсцессом печени
- неспецифическим язвенным колитом

**Для дифференциальной диагностики врожденной атрезии желчных ходов**

**применяют следующие манипуляции:**

- + УЗИ и МРТ печени
- обзорную рентгенографию брюшной полости
- диагностическую лапаротомию
- рентгенотомографию

**В каком возрасте лучше оперировать ребенка по поводу атрезии желчных ходов:**

- + до 2 месяцев
- до 6 месяцев
- до 12 месяцев
- после года

**Холелитиаз является:**

- + многофакторным, полиэтиологическим заболеванием
- инфекционным заболеванием
- генетическим заболеванием
- посттравматическим заболеванием

**При желчнокаменной болезни имеется нарушение:**

- + обмена фосфолипидов, липопротеина
- обмена натрия
- обмена железа
- обмена калия

**Желчь — это изосоматический электролитный раствор, основными составными частями которого являются:**

- + желчные кислоты, фосфолипиды
- белки
- холестерол
- билирубин

**Что нехарактерно для неспецифического язвенного колита?**

- проявляется поносами со слизью и кровью
- развивается анемия
- + часто выявляют иридоциклит
- имеется склонность к малигнизации

**Характер болей при желчнокаменной болезни зависит от:**

- + размера конкрементов
- времени года

- времени приема пищи
- характера пищи

**Индикатором холестатического синдрома являются:**

- + щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, лейцинаминопептидаза
- уровень эритроцитов
- уровень лейкоцитов
- данные гемостазиограммы

**Скрининг-методом, имеющим приоритет для диагностики ЖКБ является:**

- + УЗИ
- ренгеноскопия брюшной полости
- сцинтиграфия печени
- пассаж бария по желудочно-кишечному тракту

**В период обострения желчнокаменной болезни назначается стол:**

- + № 5
- № 4
- № 2
- № 1

**Для снятия болевого синдрома при желчнокаменной болезни назначаются:**

- + селективные спазмолитики
- антибиотики
- транквилизаторы
- слабительные

**В качестве основной терапии желчнокаменной болезни в настоящее время используются:**

- + препараты, способствующие растворению холестериновых желчных камней
- антибиотики
- транквилизаторы
- слабительные

**Урсодезоксихолевая кислота обладает эффектами:**

- + всеми перечисленными
- антихолестатический
- литолитический, гипохолестеринемический
- антифибролитический

**Механизм действия урсодезоксихолевой кислоты:**

- + всеми перечисленными
- замещение дефицита солей жёлчных кислот
- угнетение синтеза и всасывания холестерина (уменьшение его концентрации в жёлчи)
- растворение холестерино-жёлчных камней

**Побочные эффекты урсодезоксихолевой кислоты:**

- + все перечисленное
- диарея
- повышение активности трансаминаз
- кальцификация жёлчных камней

**Для остановки кровотечения, возникшего при пункционной биопсии печени, необходимо:**

- + устранить пневмоперитонеум и прижать переднюю брюшную стенку к кровоточащей ране печени или прижать пункционную рану печени лапароскопом или пальпатором
- пломбировать пункционную рану печени клеем МК-6
- остановить кровотечение из пункционной раны печени аппликацией гемостатической губки
- коагулировать пункционную рану печени

**Определите консервативное лечение неспецифического язвенного колита:**

- диетотерапия (исключение молока и молочных продуктов)
- лечение сульфаниламидными препаратами
- десенсибилизирующая терапия
- + все названное

**Для хронического панкреатита типичны такие симптомы:**

- + все перечисленное
- боли в области эпигастрия с иррадиацией в левое подреберье, поясницу, левую лопатку. Иногда боли имеют опоясывающий характер
- боли после приема жирной пищи, при нарушении режима питания
- вместе с болью возникают такие симптомы: отвращение к жирной пище, плохой аппетит, рвота или тошнота, избыточное образование газов в кишечнике, дисфункция кишечника

**В периоде обострения панкреатита фиксируют такие симптомы:**

- потеря массы тела, утомляемость
- субфебрилитет, повышение СОЭ
- лейкоцитоз

+ все перечисленное

**Характерным лабораторным маркером острого панкреатита является:**

- + гиперферментемия с увеличением активности в крови амилазы, липазы, трипсина, эластазы
- увеличение количества лейкоцитов
- увеличение количества билирубина
- увеличение СОЭ

**Лечение острого панкреатита обеспечивается:**

- антисекреторными препаратами: М-холинолитиками (селективным - пирензепин)
  - Н2-блокаторами (фамотидин) или ингибиторами протонного насоса, понижающими желудочную секрецию и, соответственно, стимуляцию поджелудочной железы кислотой
  - препаратами ферментов поджелудочной железы, ингибирующих желудочную секрецию по принципу отрицательной обратной связи, разрушая рилизинг-пептиды, вырабатываемые в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки
- + все перечисленное верно

**Ключевыми препаратами в лечении острого панкреатита и при обострении хронического являются:**

- + препараты-аналоги соматостатина (октреотид)
- антибиотики
- спазмолитики
- гемостатики

**Хирургическое лечение при панкреатите производится при:**

- + прогрессирования деструкции, развитии панкреонекроза и неэффективности консервативной терапии
- при увеличении количества амилазы
- при лейкоцитозе
- при нейтрофилии

**В процессе камнеобразования у детей ведущую роль играют следующие факторы:**

- общие обменные нарушения
  - затруднение оттока желчи
  - аномалии развития жёлчных путей
- + все перечисленное

**Лечение желчнокаменной болезни включает следующие мероприятия:**

- диетотерапия - механически и химически щадящее питание (исключить яичные желтки, жареную и жирную пищу, свежую сдобу, шоколад, сливки, сметану, солёные и острые блюда)
- хирургическое лечение
- препараты урсодезоксихолевой кислоты
- + все перечисленное верно

**Инвагинация кишечная встречается чаще:**

- у новорожденных
- от 1 месяца до 3 месяцев
- + от 3 месяцев до 1 года
- от 1 года до 4 лет

**Какой тип инвагинации кишечника встречается чаще всего (до 95%):**

- тонко-тонкокишечная
- + подвздошно-ободочная
- слепо-ободочная
- толсто-толстокишечная

**Важнейшим отличительным признаком семейного аденоматоза толстой кишки является:**

- множественное поражение полипами толстой кишки
- поражение полипами тонкой кишки
- поражение полипами желудка
- + наследственный характер заболевания

**Какие полипы ободочной кишки имеют меньшую склонность к малигнизации:**

- гиперпластические
- ворсинчатые
- + аденоматозные
- множественные аденоматозные

**Компоненты инвагината кишечника:**

- + головка и шейка инвагината
- наружный цилиндр стенки инвагината
- шейка инвагината
- средний инвагинат

**Как называются цилиндры подвздошно-ободочного инвагината?**

- шейка инвагината
- + наружный, средний, внутренний
- многоцилиндровый инвагинат
- внутренний инвагинат

**Какая самая частая причина инвагинации?**

- введение в питание детей несвойственных для данного возраста продуктов питания
- неправильное введение прикормов и докормов у детей до года
- кишечные инфекции
- + идеопатическая

**У детей старше 1 года инвагинацию кишечника не могут вызывать:**

- дивертикулы
- + инородные тела
- энтеровирусы
- мезадениты

**У ребенка в возрасте 8 месяцев внезапно появилась боль в животе коликообразного характера, рвота. Живот не вздут, мягкий. Пальпируется справа болезненное, подвижное опухолевидное образование 3х4 см. Длительность заболевания 4 часа. Стул со слизью. Назовите наиболее вероятный диагноз:**

- острый аппендицит
- + инвагинация кишечника
- дивертикулит
- острый мезаденит

**Характеристика боли в животе при инвагинации кишечника:**

- + коликообразная боль в животе
- постепенно усиливающаяся боль в животе
- постоянная острая боль в животе
- летучая боль по всему животу

**Характерный стул для инвагинации кишечника:**

- кал, кровь в виде включений, слизь
- кал, слизь
- жидкий кал
- + кал в виде «малинового желе» или «мясных помоев»



**При каком заболевании из прямой кишки выделяется кровь типа «малиновое желе»:**

- трещине прямой кишки
- + инвагинации кишечника
- синдроме Меллорри-Вейса
- полипах прямой кишки

**Какой симптом характерен для инвагинации кишечника?**

- Щёткина-Блумберга
- Воскресенского
- + Данса
- Раздольского

**Инвагинат не пальпируется в случае:**

- нахождения в правом подреберье
- нахождения в левом подреберье
- нахождения в прямой кишке
- + тонко-тонкокишечной инвагинации

**Чем обусловлена токсическая дилатация ободочной кишки при язвенном колите?**

- дистрофией мышечных волокон
- повреждением нервного аппарата кишки
- электролитными нарушениями
- + всем перечисленным

**Специальный не инвазивный метод диагностики, позволяющий в 100% случаев выявить инвагинацию кишечника:**

- + сонография
- пассаж контрастного вещества по желудочно-кишечному тракту
- лапароскопия
- обзорная рентгенография

**При ирригоскопии бариевой взвесью признаками инвагинации кишечника не являются:**

- дефект наполнения
- симптом «клешни»
- симптом «полумесяца»
- + чаши Клойбера

**Какое неизлечимое осложнение может вызвать при расправлении**

### **инвагинации бариевая ирригоскопия?**

- кишечную непроходимость
- интоксикацию барием
- гипергидратацию
- + бариевый перитонит

### **Сонографические признаки инвагинации кишечника при поперечном сканировании:**

- + признак «мишени» или «бычий глаз»
- признак «почки» или «боба»
- утолщение терминального отдела подвздошной кишки
- утолщение наружного цилиндра инвагината

### **Сонографические признаки инвагинации кишечника при продольном сканировании:**

- признак «мишени» или «бычий глаз»
- + признак «почки» или «боба»
- утолщение терминального отдела подвздошной кишки
- утолщение наружного цилиндра инвагината

### **Инвагинацию кишечника не нужно дифференцировать со следующим заболеванием:**

- острая форма дизентерии
- функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта
- кишечная форма сальмонеллёза
- + парапроктит

### **Признаки перитонита при инвагинации кишечника возможны при:**

- + сроке заболевания больше 24-48 часов
- безуспешном консервативном лечении
- сроке заболевания до 6 часов
- отсутствии стула

**У ребенка в возрасте 8 месяцев внезапно появились коликообразные боли в животе, рвота. Через 8 часов, при ректальном осмотре обнаружена кровь типа «малиновое желе». Ваш предположительный диагноз:**

- + инвагинация кишечника
- полип прямой кишки
- трещина слизистой прямой кишки
- язва двенадцатиперстной кишки

**Назовите срок невозможного проведения консервативного расправления инвагинации кишечника:**

- 6 часов
- 8-10 часов
- 18-20 часов
- + 3 суток и более

**У ребенка в возрасте 7 мес. инвагинация кишечника. Давность заболевания – 11 часов. Ваша тактика:**

- операция в плановом порядке
- + консервативное расправление
- наблюдение
- срочная операция

**Назовите осложнения неспецифического язвенного колита:**

- кровотечение
- перфорация
- малигнизация
- + все названное

**Какие показания к оперативному лечению при инвагинации кишечника?**

- признаки механической непроходимости
- + нерасправление инвагината 3 попытками гидростатических клизм
- кровянистые выделения из прямой кишки
- явления выраженной интоксикации

**Какой оперативный доступ при инвагинации рекомендован в клинике?**

- косой разрез в правой подвздошной области
- параректальный разрез справа
- срединный разрез
- + поперечный разрез ниже пупка справа

**Какое оперативное вмешательство предпринимают при некрозе инвагината и перитоните?**

- + резекцию инвагината, наложение илеостомы
- резекцию инвагината, анастомоз конец в конец
- дренирование брюшной полости
- лапаростомию

**Какое оперативное вмешательство предпринимают при некрозе инвагината без перитонита?**

- резекцию инвагината, наложение илеостомы
- + резекцию инвагината, анастомоз «конец в конец»
- дренирование брюшной полости
- лапаростомию

**Кровотечения из пищеварительного тракта относятся к разряду:**

- наружных
- внутренних
- + наружных скрытых
- смешанных

**Назовите причину профузного кровотечения из пищевода:**

- эрозивный эзофагит
- + варикозное расширение вен пищевода
- дивертикул пищевода
- полип пищевода

**Назовите причины острого кровотечения из тонкой кишки**

- полипы
- + дивертикул Меккеля
- тромбоцитопеническая пурпура
- болезнь Крона

**При каком заболевании не наблюдаются кровотечения из желудка:**

- эрозивный гастрит
- язвенная болезнь
- синдром Меллори-Вейса
- + синдром Ледда

**Назовите наиболее частую причину кровотечения из толстой кишки**

- семейный полипоз
- + полип прямой кишки
- язвенный колит
- варикозное расширение вен прямой кишки

**Назовите наиболее частую причину кровотечения из прямой кишки**

- + полипы
- трещины переходной складки прямой кишки
- варикозное расширение вен прямой кишки
- семейный полипоз

**Когда при неспецифическом язвенном колите показано оперативное лечение?**

- при профузном кровотечении
- перфорации кишки
- при неэффективности консервативного лечения
- + при всем названном

**Внешний вид рвотных масс в виде «кофейной гущи» может быть при:**

- + кровотечения из желудка
- проглоченной крови, смешанной с желудочным соком
- гиперсекреции слизи в желудке
- кровотечения из тонкого кишечника

**Внешний вид рвотных масс ярко-красного цвета может быть при:**

- пищеводном кровотечении
- язвенных процессах проксимальнее связки Трейца
- + минимальном контакте крови с желудочным соком
- синдроме Меллори-Вейса

**Рвота чистой кровью не встречается при:**

- синдроме портальной гипертензии
- кровоточащей язве желудка
- + геморрагическом гастрите
- язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной кровотечением

**Дегтеобразный стул при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта не встречается при:**

- эрозивном гастрите
- язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
- синдром Меллори-Вейса
- + полип прямой кишки

**Что не может окрашивать стул в черный цвет?**

- препараты железа
- + пищевой желатин
- древесный уголь
- проглоченная кровь

**Наиболее частые причины кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у новорожденных?**

- заглатывание материнской крови

- + геморрагический синдром новорожденного
- сепсис
- стрессовые язвы желудка

**Наиболее частая причина кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей первого года жизни?**

- эзофагит
- варикозное расширение вен пищевода и желудка
- гастрит
- + стрессовые язвы желудка

**Среди причин кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей 4–12 лет чаще встречается:**

- эзофагит
- + варикозное расширение вен пищевода и желудка
- язвы
- синдром Меллори-Вейса

**Назовите наиболее частую причину кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у подростков?**

- + язва желудка и 12-перстной кишки
- эрозивный эзофагит
- варикозное расширение вен пищевода и желудка
- синдром Меллори-Вейса

**Какие наиболее распространенные причины кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта у недоношенных новорожденных?**

- аллергия на молоко
- + некротический энтероколит
- болезнь Крона
- геморрагическая болезнь новорожденного

**Определите начальную симптоматику семейного полипоза ободочной кишки:**

- боли без четкой локализации
- + поносы с примесью крови и слизи
- нарастающие запоры
- гиперкалийемия

**Наиболее распространенные причины кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта у грудных детей?**

- трещина переходной складки прямой кишки
- дивертикул Меккеля
- аллергия на молоко
- + стрессовые язвы

**Какая наиболее распространенная причина кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта у детей дошкольного и школьного возраста?**

- синдром Меллори-Вейса
- полипы
- + дивертикул Меккеля
- воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)

**Какая наиболее частая причина кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта у подростков?**

- болезнь Крона
- + полипоз кишечника
- геморрой
- гиповитаминоз К

**Какой неинвазивный метод позволит установить источник кровотечения из дивертикула Меккеля?**

- колоноскопия
- + сцинтиграфия
- лапароскопия
- фиброгастродуоденоскопия

**Язвенный процесс в желудке может развиваться у новорожденного по следующим причинам, кроме:**

- ожоговая болезнь
- + врожденный пилоростеноз
- повреждение центральной нервной системы в родах
- такие же причины, как у взрослого

**Укажите характерное для удвоения пищеварительной трубки осложнение:**

- кровоизлияния в брюшную полость
- + кишечное кровотечение
- желудочно-пищеводный рефлюкс
- понос

**С помощью какого вещества проводится проба Апта с целью дифференциальной диагностики ложной мелены от истинной:**

- кальций хлор
- натрий хлор
- + гидроксид натрия
- пероксид водорода

**Основная причина кровотечения при синдроме Меллори - Вейса:**

- нарушение целостности стенки сосудов
- разрыв стенки сосудов (внезапное)
- нарушение свертываемости крови
- + разрыв сосудов слизистой оболочки пищевода и желудка

**Источник кровотечения при синдроме Меллори-Вейса:**

- + пищевод и желудок
- желудок и 12-перстная кишка
- 12-перстная кишка и тощая кишка
- тонкая кишка

**В каком возрасте часто встречается синдром Меллори – Вейса:**

- до 1 года
- 2-5 лет
- 6-10 лет
- + у подростков

**Что нехарактерно для болезни Крона?**

- развитие наружных и внутриорганных свищей
- поражение только слизистой оболочки кишечника
- + развитие параректальных свищей
- гипекапния при хроническом течении заболевания

**Какой фактор считается основным в патогенезе синдрома Меллори – Вейса:**

- постоянно открытая кардия
- постоянно закрытая кардия
- резкое повышение давления в брюшной полости при открытой кардии
- + когда повышается внутрибрюшное давление при закрытой кардии

**При каком заболевании не наблюдается рвота с кровью:**

- язва желудка
- + диффузный полипоз толстого кишечника
- стрессовые язвы желудка



- портальная гипертензия

**Ребенку 1 год, периодически отмечается рвота с примесью крови в умеренном количестве. О каком заболевании можно подумать?**

- портальная гипертензия
- язва желудка
- + грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- дивертикул Меккеля

**Основной метод диагностики геморрагического гастрита у детей:**

- обзорная рентгенография брюшной полости
- контрастная эзофагогастрография
- + эзофагогастрофиброскопия
- исследование желудочного сока

**Эндоскопическая картина геморрагического гастрита:**

- трещины слизистой желудка
- + мелкоточечные кровоизлияния в подслизистом слое желудка
- варикозное расширение вен желудка
- разглаживание складок слизистой желудка

**Сколько времени необходимо продолжать консервативное лечение при продолжающемся кровотечении из язвы желудка и 12-перстной кишки (от начала кровотечения):**

- в течение 1-2 часов
- + 2-6 часов
- 6-12 часов
- 12-24 часа

**Вид операции, применяемый при неэффективности консервативных методов лечения по остановке кровотечения при геморрагическом гастрите у детей:**

- тотальная резекция желудка
- субтотальная резекция желудка
- гастроеюноанастомоз
- + пилоротомия

**Какое осложнение несвойственно для язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки**

- перфорация стенки желудка и 12 перстной кишки
- кровотечение из желудка и 12 перстной кишки

- + стеноз кардиального отдела желудка
- пенетрация язвы

**Какое осложнение язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки чаще встречается у детей:**

- перфорация стенки желудка и 12 перстной кишки
- + кровотечение из желудка и 12 перстной кишки
- пенетрация язвы
- стеноз пилорической части желудка

**В каких случаях необходимо провести операцию при профузном кровотечении из язвы желудка и 12 перстной кишки в первые 6 часов:**

- потеря 10% крови от ОЦК
- потеря 15% крови от ОЦК
- потеря 20% крови от ОЦК
- + потеря 30% крови от ОЦК

**Девочка 16 лет поступает с жалобами на субфебрильную температуру, потерю массы тела, схваткообразную боль в левой подвздошной области, диарея с кровью, тенезмы. При колоноскопии выявлены изменения слизистой оболочки прямой кишки: гиперемия, зернистость и кровоточивость при минимальном механическом воздействии. Наиболее вероятный диагноз:**

- + язвенный колит
- аппендицит
- трещина прямой кишки
- полип прямой кишки

**В каких случаях кровотечение из ЖКТ является осложнением заболеваний другой системы или органа:**

- язва желудка и 12 перстной кишки
- геморрагический гастрит
- + портальная гипертензия
- синдром Меллори-Вейса

**Какое заболевание, проявляющееся кровотечением из желудка и 12 перстной кишки не связано непосредственно с патологией желудка и 12 перстной кишки:**

- + геморрагический синдром
- стрессовые язвы
- синдром Меллори – Вейса

- полипы желудка

**Для инвагинации кишечника не характерны следующие симптомы:**

- боли в животе
- + спокойное поведение ребенка
- схваткообразные боли в животе
- беспокойное поведение ребенка

**Наиболее информативными методами определения инвагината являются:**

- ректоскопия
- пальпация живота
- + УЗИ
- обзорная рентгенограмма брюшной полости

**Основным симптомом непроходимости кишечника является:**

- задержка стула
- + схваткообразные боли в животе
- тошнота
- метеоризм

**В общем анализе крови наиболее информативными показателями наличия у ребенка воспалительного процесса в брюшной полости являются:**

- + лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
- лейкопения
- лимфоцитоз
- уменьшение количества эритроцитов и снижение гематокрита

**Местными симптомами острого воспалительного процесса в брюшной полости являются:**

- болезненность при пальпации правой паховой области живота
- флюктуация
- + напряжение мышц брюшной стенки
- усиление перистальтики кишечника

**Для диагностики кровотечения из Меккелева дивертикула показана:**

- ирригоскопия
- пассаж взвеси бария по пищеварительному тракту
- УЗИ
- + лапароскопия

**У ребенка с первичным перитонитом наблюдаются:**

- умеренно выраженные боли в животе
- субфебрильная температура тела
- + высокая температура тела
- отсутствие перитонеальных симптомов внизу живота

**Симптом Кохера это:**

- боли в правой половине живота
- боль по всему животу
- + боль по всему животу или в эпигастрии с последующей локализацией боли в правой подвздошной области
- пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки

**Девочка 13 лет поступает с жалобами на жидкий стул с кровью в течении шести месяцев, снижение массы тела и спастические боли в животе.**

**Предполагают воспалительное поражение кишечника. Первым шагом в установлении диагноза будет:**

- эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- биопсия слизистой оболочки тонкой кишки
- + колоноскопия
- компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза

**Смена локализации болей в животе при остром аппендиците происходит в течение:**

- 2 - 4 часов
- + 4 – 6 часов
- 7 – 8 часов
- 9 – 12 часов

**Какая жалоба ребёнка абсолютна при остром аппендиците:**

- + боль в животе
- тошнота
- рвота
- повышение температуры тела

**Какой промежуток времени относят к ранней диагностике острого аппендицита?**

- + 2 – 6 часов
- 7 – 13 часов
- 14 – 19 часов
- 20 – 24 часа

**Какой промежуток времени относят к поздней диагностике острого аппендицита?**

- 7 – 13 часов
- 14 – 19 часов
- 20 – 24 часа
- + свыше 24 часов

**Наиболее частый вариант рвоты при аппендиците у детей старшего возраста:**

- однократная, приносящая облегчение
- однократная с примесью крови
- многократная
- + рефлекторная, однократная, не приносит облегчения

**Наиболее частый вариант температурной реакции при аппендиците у детей старшего возраста:**

- нет температурной реакции
- + до 38,0 С
- до 39,0 С
- до 40,0 С

**Какой признак является достоверным критерием наличия воспалительного процесса в правой подвздошной области:**

- боли в правой половине живота
- многократная рвота
- повышение количества лейкоцитов в периферической крови
- + пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки

**Назовите симптомы раздражения брюшины:**

- + Щёткина - Блюмберга
- Воскресенского, он же «рубашки»
- Мерфи
- Сапежко

**Изменения общего анализа крови при остром аппендиците:**

- высокий лейкоцитоз без сдвига влево
- + умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево
- высокий лейкоцитоз со сдвигом влево до плазматических клеток
- лейкопения с лимфоцитозом

**Какие рентгенологические признаки не встречаются при некротическом**

### **энтероколите?**

- пневматоз кишечника
- наличие неподвижной, статичной кишечной петли
- + перекос костей таза
- снижение газонаполнения и асимметричное расположение кишечных петель

### **При каком из следующих заболеваний существует высокий риск возникновения рака толстой кишки?**

- травма ободочной кишки
- свищ прямой кишки и парапроктит
- хронический язвенный колит
- + тотальный семейный полипоз

### **Какие рентгенологические признаки не встречаются при некротическом энтероколите?**

- появление выпота в брюшной полости
- пневмоперитонеум
- + клиновидные позвонки
- наличие статичной кишечной петли

### **Некротическом энтероколит это:**

- + болезнь выживших недоношенных
- болезнь детей рожденных от мам наркоманок
- болезнь детей с врожденными пороками сердца
- болезнь детей с множественными врожденными пороками развития

### **Где располагается пневматоз кишечной стенки при некротическом энтероколите?**

- мышечном слое
- + субсерозном слое
- вокруг кишечной стенки
- в просвете кишки

### **Где располагается пневматоз кишечной стенки при некротическом энтероколите?**

- в мышечном слое
- вокруг кишечной стенки
- в кишечной стенке
- + в подслизистом слое

### **Какой наиболее характерный рентгенологический симптом некротическом**

### **энтероколита?**

- высокое стояние купола диафрагмы
- + пневматоз кишечной стенки
- наличие неподвижной, статичной кишечной петли
- вздутые петли кишечника

### **Какие отделы кишки вовлекаются преимущественно в патологический процесс при некротическом энтероколите?**

- двенадцатиперстная кишка
- проксимальный отдел тощей кишки
- дистальный отдел тощей кишки
- + дистальный отдел подвздошной кишки

### **Какие отделы кишки вовлекаются преимущественно в патологический процесс при некротическом энтероколите?**

- двенадцатиперстная кишка
- проксимальный отдел тощей кишки
- дистальный отдел тощей кишки
- + правая половина толстой кишки

### **Контрастное исследование с барием в дифференциальной диагностике некротическом энтероколита показано при:**

- выявлении газа в брюшной полости
- + подозрении на заворот тонкой кишки вокруг общей брыжейки
- наличии выпота в брюшной полости
- пневматозе кишечной стенке

### **Контрастное исследование с барием в дифференциальной диагностике некротическом энтероколита показано при:**

- выявлении газа в брюшной полости
- наличии выпота в брюшной полости
- пневматозе кишечной стенке
- + подозрении на аганглиоз

### **К поздним осложнениям некротического энтероколита относится?**

- + кишечная непроходимость
- острый инфаркт кишечника
- перфоративный перитонит
- тромбоз сосудов брыжейки

**Девочка 13 лет поступает с жалобами на жидкий стул с кровью в течение**

шести месяцев, снижение массы тела и спастические боли в животе. Предполагают воспалительное поражение кишечника. При исследовании выявлен воспалительный процесс в толстой кишке. Между участками поражения есть неизмененные зоны. Прямая кишка без поражений. **Вероятный диагноз?**

- хронический аппендицит
- + язвенный колит или болезнь Крона
- болезнь Гоше
- болезнь Гиршпрунга

**К поздним осложнениям некротического энтероколита относится?**

- острый инфаркт кишечника
- перфоративный перитонит
- тромбоз сосудов брыжейки
- + синдром короткой кишки

**К поздним осложнениям некротического энтероколита относится?**

- острый инфаркт кишечника
- перфоративный перитонит
- тромбоз сосудов брыжейки
- + синдром мальабсорбции

**Первичным и самым важным механизмом «запуска» цепи патологических реакций при некротическом энтероколите является:**

- + ишемия тканей кишечной стенки
- незрелость кишечной стенки
- искусственное вскармливание
- катетеризация пупочной вены

**При некротизирующем энтероколите в первую очередь поражается:**

- мышечная оболочка кишки
- серозная оболочка кишки
- + слизистая оболочка кишки
- вся кишечная стенка

**Консервативное лечение некротизирующего энтероколита включает все кроме:**

- прекращение энтерального кормления
- назогастральный зонд для декомпрессии
- + лапароцентез
- рациональная антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры



**Консервативное лечение некротического энтероколита включает все кроме:**

- прекращение энтерального кормления
- + лапароскопия
- инфузионная терапия, направленная на восстановление микроциркуляции в желудочно-кишечном тракте и ликвидацию нарушений гомеостаза
- рациональная антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры

**Что является показанием к оперативному лечению некротического энтероколита?**

- + перфоративный перитонит
- клиническое ухудшение состояния
- снижение уровня тромбоцитов в анализе крови
- увеличение расстояния между петлями кишечника на рентгенограмме

**Что является показанием к оперативному лечению некротического энтероколита?**

- гиперемия, инфильтрация и отек брюшной стенки
- клиническое ухудшение состояния
- снижение уровня тромбоцитов в анализе крови
- + непроходимость кишечника

**Что является показанием к оперативному лечению некротического энтероколита?**

- клиническое ухудшение состояния
- снижение уровня тромбоцитов в анализе крови
- + абсцедирование инфильтрата брюшной полости
- увеличение расстояния между петлями кишечника на рентгенограмме

**Что является показанием к оперативному лечению некротического энтероколита?**

- + профузное кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта
- клиническое ухудшение состояния
- снижение уровня тромбоцитов в анализе крови
- увеличение расстояния между петлями кишечника на рентгенограмме

**При семейном аденоматозе толстой кишки полипы представлены:**

- + аденомами
- ювенильными полипами
- гамартомами

- псевдополипами

**Наиболее часто встречающиеся полипы толстой кишки у детей:**

- гиперпластический полип
- ворсинчатая опухоль
- гамартомный полип
- + единичный аденоматозный полип

**С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику некротического энтероколита, кроме:**

- + рефлюкс – эзофагит
- высокая врожденная кишечная непроходимость
- непереносимость энтерального питания
- внутриутробная инфекция

**С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику некротического энтероколита, кроме:**

- внутриутробная инфекция
- пороки развития желудочно-кишечного тракта
- геморрагическая болезнь новорожденных
- + пилоростеноз

**К какому виду перитонита приводят внутриутробные перфорации кишечника?**

- + асептическому перитониту
- фибринозно-гнойному перитониту
- геморрагическому перитониту
- разлитому перитониту

**К какому виду перитонита приводят внутриутробные перфорации кишечника?**

- фибринозно-гнойному перитониту
- геморрагическому перитониту
- + адгезивному перитониту
- разлитому перитониту

**Какие типы внутриутробного мекониевого перитонита встречаются:**

- + фиброадгезивный перитонит
- гнойный перитонит
- геморрагический перитонит
- фибринозно-гнойный перитонит

**Какие типы внутриутробного мекониевого перитонита встречаются:**

- гнойный перитонит
- геморрагический перитонит
- фибринозно-гнойный перитонит
- + кистозный перитонит

**Какие типы внутриутробного мекониевого перитонита встречаются:**

- гнойный перитонит
- геморрагический перитонит
- + генерализованный перитонит
- фибринозно-гнойный перитонит

**Что может означать наличие рвоты зеленым содержимым у ребенка в первые 72 часа жизни?**

- + врожденная кишечная непроходимость
- атрезия желчных ходов
- геморрагическая болезнь новорожденных
- пилоростеноз

**Что может означать наличие рвоты зеленым содержимым у ребенка в первые 72 часа жизни?**

- атрезия желчных ходов
- пилоростеноз
- геморрагическая болезнь новорожденных
- + перитонит новорожденных

**С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику перитонита новорожденных без перфорации, кроме:**

- врожденная кишечная непроходимость
- некротизирующий энтероколит
- + врожденный пилоростеноз
- острая форма болезни Гиршпрунга

**Определите оперативное пособие у новорожденного с острой формой болезни Гиршпрунга при неэффективности консервативного лечения:**

- + колостомы
- операция Свенсона
- операция Дюамеля
- энтеростома

**Какое положение пациента позволит выявить пневмоперитонеум на рентгенограмме?**

- + вертикальное положение
- положение по Вангенстину
- положение на левом боку
- положение на правом боку

**Какое положение пациента позволит выявить пневмоперитонеум на рентгенограмме?**

- положение на левом боку
- положение на правом боку
- положение по Вангенстину
- + латеропозиция

**С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику перитонита новорожденных с перфорацией, кроме:**

- некротическая флегмона новорожденных нижних отделов передней брюшной стенки
- кровотечение в брюшную полость
- + дисбактериозом
- неперфоративный перитонит

**Какие причины не приводят к развитию перфоративного перитонита новорожденных?**

- некротический энтероколит
- гематогенное или лимфогенное инфицирование брюшины при сепсисе
- пороки развития желудочно-кишечного тракта
- ятрогенные перфорации желудочно-кишечного тракта
- + острый аппендицит

**Какие рентгенологические признаки встречаются первичного перитонита, кроме:**

- гидроперитонеум
- + пневмоперитонеум
- парез кишечника
- асцит

**Что предусматривает предоперационная подготовка при первичном перитоните, кроме:**

- инфузионная терапия
- + зондовое кормление

- антибактериальная терапия
- отмена энтерального кормления

**Что предусматривает предоперационная подготовка при первичном перитоните, кроме:**

- инфузионная терапия
- антибактериальная терапия
- + очистительная клизма
- назогастральный зонд для декомпрессии

**Что включает клиническая картина перфоративного перитонита, кроме:**

- вздутие живота
- напряжение брюшной стенки
- болезненность при пальпации живота
- + равномерная перистальтика

**Что включает клиническая картина перфоративного перитонита у новорожденных, кроме:**

- + усиленная перистальтика
- вздутие живота
- болезненность при пальпации живота
- гиперемия и отечность передней брюшной стенки, наружных половых органов

**Какие причины приводят к развитию перфоративного перитонита новорожденных?**

- атрезия пищевода без свища
- + пороки развития желудочно-кишечного тракта
- дисбактериоз
- пилоростеноз

**Определите наиболее характерный возраст появления запора у детей с болезнью Гиршпрунга:**

- + до 6 мес.
- после 1 года
- после 3 лет
- после 6 лет

**Какие причины приводят к развитию перфоративного перитонита новорожденных?**

- атрезия пищевода без свища
- дисбактериоз

- + ятрогенные перфорации желудочно-кишечного тракта
- пилоростеноз

**Основным этиологическим агентом химического повреждения пищевода в условиях Республики Беларусь является:**

- нашатырный спирт
- + концентрированная щелочь
- димексид
- соляная кислота

**Колликвационный некроз это:**

- + омыление жиров
- формирование кислотных альбуминатов
- ограничение зоны распространения коррозионного агента
- окисление жиров

**Коагуляционный некроз это:**

- образованием плотного струпа
- формирование щелочных альбуминатов
- + ограничение зоны распространения коррозионного агента
- ошелачивание белков

**Для промывания пищевода и желудка при проглатывании ребенком агрессивной жидкости применяют:**

- 1% раствор пищевой соды
- минеральную воду
- молоко
- + воду комнатной температуры

**Тяжесть ожогового поражения пищевода определяется:**

- химической природой агрессивного вещества
- количеством и концентрацией
- временем экспозиции
- + все верно

**Первая степень ожогового поражения пищевода характеризуется:**

- + повреждением поверхностных слоев эпителия стенки пищевода
- повреждение кардиального отдела пищевода
- повреждением слизистого и частично подслизистого слоя стенки пищевода
- повреждение глоточно-пищеводного перехода

**Вторая степень ожогового поражения пищевода характеризуется:**

- повреждением поверхностных слоев эпителия стенки пищевода
- повреждение кардиального отдела пищевода
- + повреждением слизистого и частично подслизистого слоя стенки пищевода
- повреждение глоточно-пищеводного перехода

**Третья степень ожогового поражения пищевода характеризуется:**

- повреждением поверхностных слоев эпителия стенки пищевода
- повреждение кардиального отдела пищевода
- повреждение глоточно-пищеводного перехода
- + повреждение всех слоев стенки пищевода с захватом параэзофагеальной клетчатки

**Процесс течения ожоговой болезни при химическом ожоге пищевода условно подразделяют на:**

- 3 стадии
- 4 стадии
- + 5 стадий
- 6 стадий

**В этиопатогенезе болезни Гиршпрунга основное значение придается:**

- нарушению регуляции функции кишечника центрального характера
- пороку развития кишечной стенки
- + врожденному отсутствию или недоразвитию нервных сплетений в стенке кишки
- нарушению вращения кишечника

**Первая стадия в зоне ожогового поражения пищевода называется:**

- стадия формирования рубцов
- стадия формирования грануляций
- стадия отторжения некротических масс и образования изъязвлений
- + стадия повреждения тканей (альтерации)

**Вторая стадия в зоне ожогового поражения пищевода называется:**

- стадия формирования грануляций
- стадия отторжения некротических масс и образования изъязвлений
- + стадия острого воспаления
- стадия повреждения тканей (альтерации)

**Третья стадия в зоне ожогового поражения пищевода называется:**

- стадия формирования грануляций

- + стадия отторжения некротических масс и образования изъязвлений
- стадия острого воспаления
- стадия повреждения тканей (альтерации)

**Четвертая стадия в зоне ожогового поражения пищевода называется:**

- стадия формирования рубцов
- + стадия формирования грануляций
- стадия отторжения некротических масс и образования изъязвлений
- стадия острого воспаления

**Пятая стадия в зоне ожогового поражения пищевода называется:**

- + стадия формирования рубцов
- стадия формирования грануляций
- стадия отторжения некротических масс и образования изъязвлений
- стадия острого воспаления

**Выполнение диагностической фиброэзофагогастроскопии у пациента с подозрением на химический ожог пищевода должно производиться не ранее:**

- 12-24 часов после ожога
- 24-36 часов после ожога
- 36-48 часов после ожога
- + 48-72 часа после ожога

**Для подтверждения диагноза химического ожога пищевода у детей «золотым стандартом» диагностики является:**

- обзорный рентгеновский снимок органов грудной клетки
- общий анализ крови
- биохимический анализ крови
- + ФЭГДС

**Методами диагностики глубины ожогового поражения пищевода являются:**

- эндоскопическая ультрасонография пищевода
- электромиография
- все ответы не верны
- + все ответы верны

**Гастростомия по Штамм-Кадеру это:**

- хирургическое формирование сообщения между желудком и внешней средой
- необходимо для энтерального кормления пациента при хронической непроходимости верхних отделов пищеварительного тракта
- используется для бужирования за нить



+ все верно

**Основными симптомами химического ожога полости рта и пищевода являются все, кроме:**

- дисфагия
- + сухость полости рта
- резкая болезненность при глотании
- наложения фибрина на слизистой губ и полости рта

**Причиной развития мегаколон может быть:**

- + врождённая аномалия интрамурального нервного аппарата толстой кишки
- инвагинация кишечника
- полипы прямой кишки
- токсическое воздействие различных веществ

**На каких сроках при химическом ожоге пищевода во время проведения ФЭГДС врач-эндоскопист может отличить ожог II степени от ожога III степени:**

- на 5-6 сутки
- через 2 недели
- + через 3 недели
- через 1 месяц

**Какие осложнения возможны в первые сутки после химического ожога пищевода у детей, кроме:**

- острая сосудистая недостаточность, острая почечная недостаточность
- перитонит, острая печеночная недостаточность
- + абсцедирующая пневмония
- асфиксия

**При ожоге концентрированной уксусной кислотой пациенту необходимо выполнить все, кроме:**

- зондовое промывание пищевода и желудка, диагностическая ФЭГДС
- + УЗИ
- КОС крови, контроль диуреза
- общий анализ крови и мочи, инфузионная терапия

**Раннее профилактическое бужирование при химическом ожоге пищевода III степени необходимо начинать:**

- на 5-6 сутки после травмы
- + через 10-12 дней

- через 3 недели
- к концу первого месяца после травмы

**Рубцовый стеноз пищевода развивается при химическом ожоге пищевода:**

- 3 степени
- 2 степени
- 2-3 степени
- + 2-3 и 3 степени

**К ранним осложнениям ожога пищевода в остром периоде относятся следующие состояния:**

- отек гортани и трахеи
- бронхопневмония и медиастинит
- спонтанная перфорация пищевода, острая почечная недостаточность
- + все верно

**К ранним осложнениям ожога пищевода в подостром периоде относятся следующие состояния:**

- пневмония, абсцессы легких
- медиастинит, перитонит
- перикардит, эмпиема плевры
- + все верно

**К поздним осложнениям химического ожога пищевода относятся следующие состояния:**

- рубцовая стриктура пищевода, пилородуоденальный стеноз
- пищеводно-респираторный свищ
- дистрофия сердца, печени, почек, амилоидоз почек
- + все верно

**Назовите стадии течения ожогового поражения пищевода характерные для ожога II-III степени:**

- эпителизации
- очищение раневой поверхности
- отторжения некротических масс
- + все неверно

**Назовите стадии течения ожогового поражения пищевода характерные для ожога I степени:**

- повреждения тканей (альтерации)
- острого воспаления

- + все верно
- все неверно

**Вздутие живота при болезни Гиршпрунга отмечается:**

- только после сифонных клизм
- после приема слабительных в больших дозах
- + постоянно
- при употреблении в пищу растительной клетчатки

**Методика формирования гастростомы из нижеперечисленных следующие:**

- гастростомия по Штамм-Кадеу
- лапароскопическая гастростомия
- + все верно
- все неверно

**Рубцовый стеноз пищевода не развивается при химическом ожоге пищевода:**

- 3 степени
- + 1-2 степени
- 2-3 степени
- 2-3 и 3 степени

**К ранним осложнениям ожога пищевода в остром периоде относятся следующие состояния, кроме:**

- отек гортани и трахеи
- бронхопневмония и медиастинит
- спонтанная перфорация пищевода, острая почечная недостаточность
- + амилоидоз

**К ранним осложнениям ожога пищевода в подостром периоде относятся следующие состояния, кроме:**

- пневмония, абсцессы легких
- медиастинит, перитонит
- перикардит, эмпиема плевры
- + амилоидоз

**К поздним осложнениям химического ожога пищевода относятся следующие состояния, кроме:**

- рубцовая стриктура пищевода, пилоро-дуоденальный стеноз
- пищеводно-респираторный свищ
- дистрофия сердца, печени, почек, амилоидоз почек

+ медиастинита

**Омфолоцеле это:**

- злокачественная опухоль передней брюшной стенки
- врожденная ложная пупочная грыжа
- врожденная грыжа белой линии живота
- + врождённый порок развития передней брюшной стенки в области пуповины

**Гастрошизис это:**

- злокачественная опухоль передней брюшной стенки
- врожденная истинная пупочная грыжа
- врожденная грыжа белой линии живота
- + врождённый порок развития передней брюшной стенки справа от пуповины

**Формирование омфалоцеле происходит на:**

- 2-4 неделе гестации
- + 5-7 неделе гестации
- 8-10 неделя гестации
- 10-12 неделя гестации

**Формирование гастрошизиса происходит на:**

- 10-14 неделя гестации
- 14-20 неделя гестации
- 20-26 неделе гестации
- + 27-34 неделе гестации

**Содержимым грыжевого мешка при омфалоцеле может быть:**

- печень
- тонкая кишка
- желудок
- + все верно

**Течение болезни Гиршпрунга зависит от:**

- + протяженности аганглионарной зоны
- группы крови пациента
- времени начала консервативного лечения и регулярности его проведения
- возраста пациента

**Содержимым грыжевого мешка при гастрошизисе может быть:**

- печень
- тонкая кишка

- толстая кишка
- + все неверно

**С какого минимального срока гестации можно выявить омфалоцеле при ультразвуковом исследовании плода:**

- 14 недель
- + 21 неделя
- 28 недель
- 35 недель

**С какого минимального срока гестации можно выявить гастрошизис при ультразвуковом исследовании плода:**

- 14 недель
- 21 неделя
- + 28 недель
- 35 недель

**Перечислите другие пороки развития, сочетающиеся с омфалоцеле:**

- аномалии поворота кишечника
- синдром-ассоциированные пороки (трисомия 13,18, 21)
- врождённые пороки сердца
- + все верно

**Другие пороки развития, сочетающиеся с гастрошизисом встречаются:**

- + редко
- часто
- не встречаются
- только у мальчиков

**Назовите осложнения омфалоцеле:**

- + разрыв и инфицирование оболочек
- тонко- и толстокишечная непроходимость
- сердечная недостаточность вследствие кровотечения
- дыхательная недостаточность вследствие аспирации

**Перечислите варианты лечения омфалоцеле:**

- ушивание передней брюшной стенки
- двухэтапная операция Гросса
- вшивание в переднюю брюшную стенку Silo пакета
- + все верно

**Перечислите варианты лечения гастрошизиса:**

- + ушивание передней брюшной стенки и операция Бианки
- вшивание в переднюю брюшную стенку Silo пакета
- резекция кишечника
- парентеральное питание

**По размерам дефекта передней брюшной стенки омфалоцеле делится на:**

- + малых, средних, больших
- гигантских
- левосторонний, правосторонний, медиальный
- краниальный, каудальный, центральный

**Как правильно транспортировать пациента, имеющего омфалоцеле:**

- транспортировка противопоказана
- + транспортировать в положении Фоулера в кювезе
- транспортировать в положении Тренделенбурга
- транспортировать на боку

**Ирригоскопия и ирригография при наличии функционального мегаколон должна определить:**

- наличие аганглионарной зоны и ее протяженность
- + протяженность и степень расширения толстой кишки
- наличие полипов прямой кишки
- спленомегалию

**Как правильно транспортировать пациента, имеющего гастрошизис:**

- транспортировка противопоказана
- + транспортировать в положении Фоулера в кювезе
- транспортировать в положении Тренделенбурга
- транспортировать на боку

**В какие сроки после рождения необходимо оперировать пациента, имеющего омфалоцеле без разрыва оболочек:**

- сразу после рождения
- + первые сутки после рождения
- вторые сутки после рождения
- третьи сутки после рождения

**В какие сроки после рождения необходимо оперировать пациента, имеющего гастрошизис:**

- + сразу после рождения

- первые сутки после рождения
- вторые сутки после рождения
- третьи сутки после рождения

**Предпочтительный вид родоразрешения при омфалоцеле:**

- + родоразрешение по естественным путям
- путем кесарева сечения
- вид родоразрешения не имеет значения
- вакуум экстракция

**Предпочтительный вид родоразрешения при гастрошизисе:**

- + родоразрешение по естественным путям
- путем кесарева сечения
- вид родоразрешения не имеет значения
- вакуум экстракция

**Мероприятия которые необходимо провести сразу после рождения у пациентов с гастрошизисом:**

- + соблюсти режим адекватной стерильности и температуры тела пациента
- соблюсти режим адекватной стерильности
- сохранение повышенной температуры тела пациента
- обязательное энтеральное кормление

**Мероприятия которые необходимо провести сразу после рождения у пациентов с омфалоцеле:**

- + соблюсти режим адекватной стерильности, температуры тела пациента, предотвращение травматизации грыжевого мешка
- соблюсти режим адекватной стерильности
- сохранение повышенной температуры тела пациента
- обязательное энтеральное кормление

**Синдром Prune Belly это:**

- синдром, характеризующийся аплазией мышц передней брюшной стенки
- синдром, характеризующийся развитием обструктивной уропатии
- все неверно
- + все верно

**Диастаз прямых мышц живота (релаксация белой линии живота) является:**

- аплазией белой линии живота
- компонентом синдрома Prune Belly
- компонентом гастрошизиса

+ возрастной анатомической особенностью детей первого года жизни

**Аганглиоз наиболее часто бывает:**

- + в сигморектальном отделе толстой кишки
- в поперечной ободочной кишке
- в прямой кишке
- в сигмовидной кишке

**Назовите самое частое послеоперационное осложнение при гастрошизисе:**

- + парез кишечника и несостоятельность швов передней брюшной стенки
- механическая кишечная непроходимость
- ущемленная паховая грыжа
- абдоминальный компартмент синдром

**Назовите самое частое послеоперационное осложнение при омфалоцеле:**

- + вентральная грыжа
- механическая кишечная непроходимость
- ущемленная паховая грыжа
- абдоминальный компартмент синдром

**Строение грыжевого мешка при гастрошизисе:**

- эктодермальный эпителий амниона
- слизистая соединительная ткань – «Вартонов студень»
- висцеральная плевра
- + нет грыжевого мешка

**Операция Бианки предполагает:**

- выполнение сифонной клизмы
- дозированное вправление эвентрированных петель кишечника
- пластику дефекта передней брюшной стенки
- + все верно

**Определите типы омфалоцеле:**

- эмбриональный
- зародышевый
- + все верно
- все неверно

**Укажите причины доброкачественных стенозов пищевода у детей:**

- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- химический ожог пищевода II-III степени



- инородные тела (активные дисковые батарейки)
- + все верно

**Осложнениями бужирования пищевода являются:**

- перфорация
- септицемия
- медиастинит
- + все верно

**Антирефлюксная операция выполняется при следующих состояниях:**

- рефлюкс-эзофагит
- пептический стеноз
- + все верно
- все неверно

**Укажите метод лечения компенсированной не ригидной рубцовой стриктуры пищевода:**

- + внутрипросветное расширение стриктуры
- эзофагоколонопластика
- эзофагоэнтеропластика
- эзофагогастропластика

**Укажите метод лечения непротяженной ригидной стриктуры пищевода:**

- эзофагоколонопластика
- эзофагогастропластика
- фундапликация по Талю
- + лазерная вапоризация высокоэнергетическим лазером

**Правильным методом лечения болезни Гиршпрунга является:**

- только консервативный
- хирургический при безуспешности консервативного
- консервативный при протяженности аганглионарной зоны 3-4 см
- + только хирургический

**Укажите метод лечения протяженных рецидивирующих стриктур пищевода:**

- гастростомия, бужирование за нить
- + эзофагоколонопластика
- эзофагоэнтеропластика
- эзофагогастропластика

**К методам нехирургического лечения послеожогового стеноза пищевода относятся все, кроме:**

- бужирование по струне- проводнику
- балонная гидродилатация
- эндоскопическое электрорассечение
- + фундапликация

**Методом продленного внутрипросветного расширения пищевода является:**

- бужирование за нить
- бужирование по струне- проводнику
- балонная гидродилатация
- + стентинг зоны стеноза пищевода

**Дисфагию можно характеризовать как:**

- боль при глотании
- рвота без тошноты
- слюнотечение из-за непроходимости пищевода
- + затруднения при глотании

**Назовите степени дисфагии:**

- + 3
- 2
- 4
- 5

**Одинофагия, это:**

- + боль в груди при глотании
- рвота без тошноты
- слюнотечение из-за непроходимости пищевода
- расстройство желудочной эвакуации

**Методами нехирургического лечения послеожоговых стриктур пищевода являются все, кроме:**

- лазерная абляция стриктуры высокоэнергетическим лазером
- стентирование зоны стеноза пищевода
- эндоскопическое электрорассечение стриктуры
- + сонография

**Естественными сужениями пищевода являются все, кроме:**

- глоточно-пищеводное
- бифуркационное

- диафрагмальное
- + аортальное

**Сравнительно безопасной методикой бужирования пищевода в остром периоде ожога является:**

- по струне-проводнику
- под контролем фиброэзофагоскопии
- + за нить, выведенную через гастростому
- рентгенконтрастным бужом

**Для лечения точечной перфорации пищевода после бужирования применяется все, кроме:**

- антибактериальная терапия внутривенно
- антисекреторная терапия
- инфузионная терапия и парентеральное питание
- + жирно-гормональная смесь

**Ранним клиническим проявлением семейного аденоматоза толстой кишки чаще всего является:**

- боль в животе
- + примесь крови и слизи в кале
- тошнота, рвота
- выпадение прямой кишки

**Применение многоэтапного лечения болезни Гиршпрунга всегда показано:**

- + при острой форме болезни Гиршпрунга
- при наличии калового камня
- у всех больных младше 6 месяцев
- у всех больных старше 6 месяцев

**Клиническими признаками перфорации пищевода является все, кроме:**

- гипертермия
- тахикардия
- + тахипноэ
- боли в животе

**Ранними рентгенологическими признаками перфорации пищевода после бужирования может быть все, кроме:**

- пневматоз средостения
- расширение границ средостения
- газ в свободной брюшной полости под диафрагмой

+ инфильтративные тени в легочных полях

**Для лечения перфорации пищевода с развивающимся гнойным медиастинитом после бужирования применяется все, кроме:**

- + консервативное лечение
- экстирпация рубцово-измененного пищевода
- гастростомия
- проточно-промывное дренирование средостения

**Клинически перфорация абдоминального отдела пищевода проявляется:**

- + перитонит
- пневматоз шеи
- пневмония
- анурия

**Ребенок имеющий рубцовый послеожоговый компенсированный стеноз пищевода после ужина перестал проглатывать слюну:**

- диффузный спазм пищевода
- рефлюкс-эзофагит
- ангина
- + инородное тело

**Какой метод исследования необходимо применить у пациента имеющего резко возникшую дисфагию 3 степени на фоне компенсированного рубцового стеноза пищевода:**

- эндоскопическая ультрасонография пищевода
- + фиброэзофагогастроскопия
- рентгенокопия пищевода
- компьютерная рентгеновская томография средостения

**Ложная гиперсаливация, поперхивание при глотании, кашель, одинофагия у пациента с компенсированным стенозом пищевода может быть симптомом:**

- + инородного тела
- диффузного спазма пищевода
- рефлюкс-эзофагита
- аденоидита

**У пациента с рубцовым стенозом после проведенного бужирования пищевода через 2 часа после манипуляции повысилась температура тела до 39 градусов, появились боли в груди при глотании и дыхании, ваш диагноз:**

- напряженная бактериемия
- респираторная вирусная инфекция
- фаринготрахеобронхит
- + перфорация пищевода

**Какое обследование необходимо произвести в экстренном порядке у пациента с подозрением на перфорацию пищевода:**

- рентгенскопия пищевода и желудка с водорастворимым контрастом
- фиброэзофагогастроскопию
- + обзорный снимок органов грудной клетки
- прямая ларингоскопия

**Преимуществом баллонной гидродилатации перед бужированием за нить является все, кроме:**

- на рубец воздействует только радиально направленная сила растяжения
- не требуется формирования гастростомы
- применяется совместно с ЭОП или фиброэзофагоскопией
- + является одноразовым расходным материалом (один пациент-одно устройство-одна процедура)

**Основным методом лечения функционального мегаколон является:**

- только хирургическое
- хирургическое при неэффективности консервативного
- + консервативное, направленное на лечение основного заболевания и коррекцию функции толстой кишки
- только лечение основного заболевания

**Чаще всего рубцовый стеноз формируется в:**

- верхняя треть пищевода
- средняя треть пищевода
- нижняя треть пищевода
- + местах физиологических сужений

**Пептический стеноз пищевода:**

- следствие декомпенсированного гастроэзофагеального рефлюкса
- крайне редко у детей в возрасте до одного года
- является следствием гиперацидного синдрома
- + все верно

**Пептический стеноз пищевода:**

- следствие физиологического гастроэзофагеального рефлюкса

- чаще у детей в возрасте до одного года
- не является следствием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- + все неверно

**Ложная гиперсаливация, поперхивание при глотании, кашель, одинофагия у пациента с компенсированным стенозом пищевода не может быть симптомом:**

- диффузного спазма пищевода
- рефлюкс-эзофагита
- пептического стеноза пищевода
- + все неверно

**При подозрении на перфорацию пищевода после бужирования в экстренном порядке выполняется:**

- рентгеноскопия пищевода и желудка с водорастворимым контрастом
- фиброэзофагогастроскопия
- + обзорный снимок органов грудной клетки
- прямая ларингоскопия

**Какой лечебно-диагностический метод необходимо применить у пациента имеющего резко возникшую дисфагию 3 степени на фоне компенсированного рубцового стеноза пищевода:**

- эндоскопическая ультрасонография пищевода
- рентгеноскопия пищевода
- компьютерная рентгеновская томография средостения
- + все неверно

**Какое состояние подозревается у ребенка имеющего рубцовый послеожоговый компенсированный стеноз пищевода, который после ужина перестал проглатывать слюну:**

- диффузный спазм пищевода
- рефлюкс-эзофагит
- анорексия
- + все неверно

**Дисфагия характеризуется, как:**

- боль при глотании
- рвота без тошноты
- слюнотечение из-за непроходимости пищевода
- + все неверно

**Перфорация какого отдела пищевода может сопровождаться перитонитом:**

- шейного
- грудного
- + абдоминального
- интрамурального

**Клиническими признаками перфорации пищевода являются:**

- одинофагия
- гипертермия
- боли в животе
- + все верно

**Появление поноса (так называемого парадоксального поноса) на фоне длительного отсутствия стула при болезни Гиршпрунга обусловлено:**

- развитием воспалительного процесса в тонкой кишке
- + выраженным дисбактериозом
- реакцией на клизмы
- реакцией на прием слабительных средств

**К методам нехирургического лечения послеожогового стеноза пищевода относятся:**

- бужирование по струне- проводнику
- балонная гидродилатация
- эндоскопическое электрорассечение
- + все верно

**Методом продленного внутрипросветного расширения пищевода является:**

- бужирование по струне- проводнику
- балонная гидродилатация
- фундапликация
- + все неверно

**Для лечения точечной перфорации пищевода без медиастинита после бужирования применяется:**

- голод
- антибактериальная терапия внутривенно
- инфузионная терапия и парентеральное питание
- + все верно

**Для лечения точечной перфорации пищевода без медиастинита после бужирования применяется:**

- торакотомия
- шейная эзофагостомия
- гастростомия
- + все неверно

**Для лечения перфорации пищевода с развивающимся гнойным медиастинитом после бужирования применяется:**

- экстирпация рубцово-измененного пищевода
- эзофагостомия, гастростомия
- проточно-промывное дренирование средостения
- + все верно

**В каком возрасте чаще диагностируется бактериальная деструкция лёгких?**

- + до 3 лет
- от 4 до 7 лет
- от 8 до 11 лет
- от 12 до 15 лет

**Какие осложнения не относятся к бактериальной деструкции лёгких:**

- внутрилегочные
- плевральные
- лёгочно-плевральные
- + перитонеальные

**Назовите внутрилегочное осложнение бактериальной деструкции лёгких:**

- + абсцесс
- лобарная эмфизема
- секвестрация
- гангрена

**Что не относится к осложнениям бактериальной деструкции лёгких:**

- пиоторакс
- пиопневмоторакс
- + эмфизема средостения
- пневмоторакс

**Перечислите медиастинальное осложнение бактериальной деструкции лёгких:**

- + пневмомедиастинум
- буллы
- секвестрация



- медиастинальная воздушная грыжа

**Типичными симптомами болезни Гиршпрунга являются:**

- ладьевидная форма живота
- каломазание
- + отсутствие самостоятельного стула с рождения
- плохой аппетит

**Напряжённый пиопневмоторакс при бактериальной деструкции лёгких характеризуется:**

- наличием гноя в плевральной полости
- наличием воздуха в плевральной полости
- + наличием воздуха и гноя со смещением средостения в здоровую сторону
- смещением средостения в больную сторону

**На рентгенограмме на фоне измененной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:**

- абсцесс легкого
- пневмоторакс
- + буллезная форма бактериальной деструкции легких
- пиопневмоторакс

**Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Вероятный диагноз:**

- пиопневмоторакс
- буллезная форма бактериальной деструкции легких
- + абсцесс легкого
- пиоторакс

**На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это обусловлено:**

- абсцессом легкого
- тотальной эмпиемы плевры
- осумкованным плевритом
- + плащевидным плевритом

**На рентгенограмме грудной клетки определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Вероятный диагноз:**

- эмпиема плевры

- буллезная форма бактериальной деструкции легких
- + фиброторакс
- плащевидный плеврит

**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

**На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью поджатое легкое со смещением средостения в здоровую сторону. Наиболее вероятный диагноз:**

- пневмоторакс
- гидропневмоторакс
- + напряженный гидропневмоторакс
- тотальная эмпиема плевры

**На рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большое количество воздуха в плевральной полости с полным коллапсом легкого. Ваш диагноз:**

- напряженный гидропневмоторакс
- + напряженный пневмоторакс
- гигантский кортикальный абсцесс
- тотальная эмпиема плевры

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

- пункция абсцесса
- радикальная операция
- + бронхоскопическая санация
- катетеризация бронха

**При буллезной форме деструкции лёгких (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является:**

- пункция буллы
- + интенсивная терапия без вмешательства в очаг
- дренирование буллы
- бронхоскопический дренаж

**В качестве раствора для сифонной клизмы при болезни Гиршпрунга используется:**

- 0,3% раствор натрия хлорида
- + 1% раствор натрия хлорида
- 10% раствор натрия хлорида
- 3% раствор перекиси водорода

**У больного с бактериальной деструкцией лёгких больших размеров буллезное образование в легком. Смещения средостения нет. Ему необходимо выполнить:**

- бронхоскопический дренаж
- интенсивную терапию без вмешательства в очаг
- + пункцию буллы
- дренирование буллы

**При плащевидном плеврите (серозном) лечение предусматривает:**

- дренирование плевральной полости по Бюлау
- интенсивную терапию без вмешательства в очаг
- + пункцию плевральной полости и эвакуацию выпота
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией

**При пиотораксе наличие лечебного эффекта не будет от:**

- пункции плевральной полости с эвакуацией гноя
- дренировании плевральной полости по Бюлау при отсутствии эффекта от плевральной пункции
- дренировании плевральной полости с активной аспирацией при отсутствии эффекта от дренирования по Бюлау
- + введение в плевральную полость ферментов для разжижения гноя и санационной бронхоскопии

**При осумкованном гнойном плеврите лечение предусматривает:**

- дренирование плевральной полости по Бюлау
- пункцию плевральной полости
- + дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- радикальную операцию

**При тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания плевры, лечение предусматривает:**

- пункцию плевральной полости
- дренирование плевральной полости по Бюлау

- дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- + торакоскопическую санацию плевральной полости

**У больного парциальный пневмоторакс. Ему следует выполнить:**

- дренирование плевральной полости по Бюлау
- интенсивную терапию без вмешательства в очаг
- + плевральную пункцию
- бронхоскопию

**При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищем показано выполнение:**

- плевральной пункции
- бронхоблокации с дренированием плевральной полости и активной аспирацией
- дренирование плевральной полости по Бюлау
- + дренирование плевральной полости с активной аспирацией

**У больного напряженный пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищем. Выполнить:**

- + торакоскопическую блокаду бронха, несущего свищ
- плевральную пункцию
- дренирование плевральной полости по Бюлау
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией

**При простом ненапряженном пиопневмотораксе первоочередно необходимо выполнить:**

- + плевральную пункцию
- бронхоскопию
- дренирование плевральной полости по Бюлау
- торакоскопию с ультразвуковой санацией

**При напряженном пиопневмотораксе не показано:**

- дренирование плевральной полости по Бюлау при безуспешной плевральной пункции
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией при безуспешном дренировании плевральной полости по Бюлау
- + радикальная операция
- торакоскопия с ультразвуковой санацией

**Укажите характерный рентгенологический признак болезни Гиршпрунга:**

- наличие только суженной зоны в кишке
- + наличие суженной и расширенной зоны в кишке

- растянутый желудок
- свободный газ под куполом диафрагмы

**При фибротораксе оптимальным методом лечения является:**

- радикальная операция
- + консервативная терапия, при неэффективности — радикальная операция
- плевральная пункция
- дренирование плевральной полости

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

- + пункцию кисты, дренирование кисты при безуспешной пункции кисты
- радикальную операцию
- консервативную терапию
- бронхоблокацию

**У ребенка имеется нагноившаяся киста легкого. Консервативное лечение в течение двух недель не дало успеха. Дальнейшая тактика:**

- выжидательная тактика
- продолжение консервативного лечения
- дренирование кисты
- + радикальная операция

**При напряженной солитарной кисте легкого следует выполнить:**

- + лобэктомия
- цистэктомия
- краевую резекцию
- экстирпацию бронха

**У ребенка раннего возраста имеется правосторонний парциальный пневмоторакс. Чаще всего приводит к пневмотораксу в данном возрасте:**

- бронхиальная астма
- проникающее ранение грудной клетки
- + буллезная форма легочной деструкции
- врожденные кисты легкого

**Врожденная лобарная эмфизема возникает в результате:**

- отсутствия сурфактанта
- нарушения формирования альвеолярных перегородок
- + недостаточного развития хрящей трахеобронхиального дерева

- ателектазов легкого

**Ведущим клиническим синдромом при врожденной лобарной эмфиземе является:**

- гемодинамический шок
- + синдром внутрилегочного напряжения
- острая почечно-печеночная недостаточность
- синдром угнетения ЦНС

**Основным методом лечения врожденной лобарной эмфиземы является:**

- пункция пораженной доли
- выжидательная тактика
- + удаление пораженной доли
- дренирование пораженной доли

**Чем обусловлено быстрое развитие эмпиемы плевры при бактериальной деструкции легких у детей до 1 года:**

- наличием плеврального выпота
- прорывом в плевральную полость абсцесса легкого
- + субплевральным расположением множества мелких абсцессов
- наличием поверхностно расположенных булл

**Что служит причиной эмфиземы средостения при бактериальной деструкции легких:**

- разрыв буллы
- лобарная эмфизема
- + деструкция крупного бронха
- напряженный пневмоторакс с медиастинальной воздушной грыжей

**Характерными симптомами компенсированной формы болезни Гиршпрунга являются:**

- застойная рвота
- + периодическое вздутие живота и запоры
- постоянное вздутие живота
- отсутствие перистальтики

**Назовите не типичную локализацию червеобразного отростка:**

- ретроцекальное
- тазовое
- медиальное
- + в грудной клетке

**Какие клинические признаки не характерны при «атипичных» локализациях червеобразного отростка:**

- боль в животе постоянного характера
- повышение температуры тела
- умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево
- + неукротимая рвота

**Перечислите не типичные клинические признаки острого аппендицита с тазовым расположением червеобразного отростка:**

- симптом Кохера, но с локализацией болей над лоном или в нижних отделах подвздошной области справа
- умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево
- дизурические расстройства, поносы
- + боли в левых отделах живота

**Перечислите не характерные клинические признаки острого аппендицита с ретроцекальным расположением червеобразного отростка:**

- симптом Кохера, но с локализацией болей в подвздошной области справа на границе правой мезогастральной областью
- повышение температуры тела
- умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево
- + боль в паховой области

**Какие из перечисленных симптомов не характерны для острого аппендицита с ретроцекальным расположением червеобразного отростка:**

- симптом Бартемье-Михельсона
- симптом Яуре-Розанова
- симптом Коупа
- + симптом Шегерса

**Выберите не типичные симптомы для острого аппендицита с тазовым расположением червеобразного отростка:**

- симптом Филатова над лоном или в нижних отделах подвздошной области справа
- болезненный переднее-правый свод прямой кишки при ректальном исследовании
- дефанс над лоном или в нижних отделах подвздошной области справа
- + симптом Питса

**При каких анатомических вариантах локализации червеобразного отростка**

**острый аппендицит можно принять за острый мезаденит:**

- переднее высокое
- высокое расположение купола слепой кишки
- ретроцекальное
- + медиальное

**При каких анатомических вариантах локализации червеобразного отростка острый аппендицит можно принять за патологию мочевыделительной системы:**

- латеральное
- высокое расположение купола слепой кишки
- + ретроцекальное, ретроперитонеальное
- медиальное

**Наиболее типичная клиническая картина острого аппендицита может быть:**

- при одновременно протекающем соматическом или инфекционном заболевании
- при сроке заболевания больше 24 часов
- у детей грудного возраста
- + при сроке заболевания 14 часов

**По какой причине при болезни Шенлейн-Геноха в животе появляется боль:**

- в результате воспаления стенки кишечника
- в результате нарушения проницаемости сосудов
- + в результате кровоизлияния в стенку кишечника и брюшину
- в результате ущемления брыжейки кишечника

**Характерными симптомами субкомпенсированной формы болезни Гиршпрунга являются:**

- постоянная рвота
- наличие крови в стуле
- уменьшенный в размерах живот
- + хронические запоры с 3-4 месячного возраста

**С какими заболеваниями не дифференцируют острый аппендицит у детей старшего возраста:**

- острая правосторонняя нижнедолевая пневмония
- острый мезаденит
- инфекция мочевыделительной системы
- + свободная паховая грыжа



**С какими заболеваниями не дифференцируют острый аппендицит у детей до 3-х лет:**

- респираторно-вирусные инфекции
- кишечные инфекции
- острая правосторонняя нижнедолевая пневмония
- + водянка семенного канатика

**Перечислите детские инфекционные заболевания которые в продромальный период не вызывают боли в животе:**

- корь
- ветряная оспа
- менингококковая инфекция
- + инфекционный паротит

**Для клинической картины тазового аппендицита не характерно:**

- симптом смещение болей в животе
- повышение температуры тела
- дизурические расстройства
- + боли в правом подреберье

**Причины болей в животе при острой пневмонии:**

- + раздражение плевры
- отдышка
- частый кашель
- рвота

**У ребёнка с болями в животе выявлена высокая температура тела, петехиальная сыпь на коже, ригидность затылочных мышц, отсутствует пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки. О каких заболеваниях вы должны подумать:**

- + менингококковая инфекция в варианте менингококкцемии
- острая респираторная инфекция
- острый аппендицит
- язвенно-некротический энтероколит

**Причины диагностических ошибок при острой хирургической патологии органов брюшной полости:**

- не полный объём обследования пациента
- оценка объективных данных без учёта анамнеза
- отсутствие должных знаний о нозологической единицы

+ все перечисленное

**Атипичное проявление клинической картины острого аппендицита обусловлено следующими причинами:**

- сроком от начала заболевания
- возрастом больного
- + приёмом лекарственных препаратов способных изменить клиническое течение заболевания
- локализацией червеобразного отростка

**Назовите группы препаратов, которые не изменят клиническую картину острого аппендицита:**

- анальгетики
- цитостатики
- глюкокортикоиды
- + спазмолитики

**Перечислите редкие варианты локализации червеобразного отростка:**

- + левосторонний
- подпечёночное расположение
- в правой подвздошной области
- тазовое расположение

**Характерными симптомами декомпенсированной формы болезни Гиршпрунга являются:**

- застойная рвота один раз в неделю
- отсутствие перистальтики
- + резкое вздутие живота с усиленной перистальтикой кишечника
- ожирение

**Левостороннее расположение червеобразного отростка обусловлено следующими причинами:**

- + обратное расположение органов брюшной полости (полное или частичное)
- мобильная слепая кишка
- фиксацией кишечника при оперативных вмешательствах выполненных по поводу несостоявшегося или не завершённого поворота кишечника
- тазовое расположение

**Тактика врача педиатра при остро возникших болях в животе у ребёнка:**

- клинический осмотр пациента
- измерить температуру тела

- выполнить пациенту общий анализ крови и мочи
- + консультация детского хирурга

**Можно ли судить о достоверности локального статуса при высокой температуре тела у пациента с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости?**

- + нет
- да

**Действия врача педиатра при высокой температуре тела у пациента с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости:**

- клинический осмотр
- + снижение температуры тела
- выполнить пациенту общий анализ крови, мочи
- консультация детского хирурга

**Перечислите мероприятия которые облегчат обнаружение локальных признаков острой хирургической патологии органов брюшной полости у пациента с выраженными признаками интоксикации и обезвоживания:**

- + инфузионная терапия
- обезболивание
- осмотр под наркозом
- осмотр в условиях медикаментозного сна

**Мальчик болеет эпидемическим паротитом, на 4 сутки заболевания появились боли в животе. О каких заболеваниях следует подумать:**

- + острый панкреатит
- острый аппендицит
- гастрит
- кишечная колика

**Локализация первичного воспалительного очага в червеобразном отростке:**

- + слизистый слой
- мышечный слой
- серозный слой
- поражаются все слои одновременно

**В каком возрасте наиболее часто встречается острый аппендицит у детей?**

- грудной
- новорожденные

- + средний школьный
- все перечисленное верно

**Назовите заболевания органов грудной клетки, приводящие к синдрому острого живота у детей:**

- перелом ребер
- нижнедолевая плевропневмония справа
- спонтанный пневмоторакс справа
- + все перечисленное верно

**Укажите типичные варианты болевого синдрома при остром аппендиците:**

- + постоянные
- периодические
- схваткообразные
- болей нет

**В толстой кишке не всасываются:**

- вода и электролиты
- спирт
- глюкоза и моносахариды
- + белки

**Последовательность появления симптомов острого аппендицита у детей старшего возраста:**

- + боль в животе, тошнота, рвота, повышение температуры тела
- повышение температуры тела, тошнота, рвота, жидкий стул, боль в животе
- тошнота, рвота, жидкий стул, боли в животе, повышение температуры тела
- боль в животе, рвота, тошнота, жидкий стул, повышение температуры тела

**Какие симптомы позволяют дифференцировать пневмонию от острого аппендицита?**

- симптом Склярова
- нормальная температура тела
- + влажные хрипы в легких, дыхательная недостаточность
- симптом Спигарного

**Укажите на характерный симптом острого аппендицита у детей?**

- отсутствие расхождения пульса и температуры
- гипертермия
- симптом Данса
- + симптом Кохера

**Укажите на диагностический прием, позволяющий дифференцировать копростаз от острого аппендицита?**

- иммунологические показатели крови
- биохимическое исследование крови
- + очистительная клизма
- термометрия

**Назовите наиболее достоверные и постоянные клинические признаки острого аппендицита:**

- локальная боль и рвота
- напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- + напряжение мышц брюшной стенки в правом нижнем боковом квадранте и локализованная боль там же
- рвота, жидкий стул, боли в животе

**Перечислите дополнительные методы диагностики острого аппендицита у детей:**

- + электромиография
- фиброколоноскопия
- инвертограмма по Вангестин-Райсу
- реовазография

**Ребенок в возрасте 3 лет направлен на госпитализацию с диагнозом острого аппендицита. При осмотре в приемном покое данных за острый аппендицит нет. Ваша тактика:**

- отпустить домой
- + госпитализировать
- отпустить домой под наблюдение хирурга поликлиники
- перевод в педиатрический стационар

**Что следует предпринять педиатру при первичном осмотре ребенка с подозрением на "острый живот":**

- промыть желудок
- + немедленно организовать отправку в хирургический стационар
- сделать очистительную клизму
- назначить спазмолитики

**У девочки 10 лет во время операции по поводу острого аппендицита обнаружена перекрученная киста яичника при неизменном аппендиксе. Ваша дальнейшая тактика после удаления кисты?**

- аппендикс не удаляется
- + аппендэктомия
- дренирование брюшной полости
- аппендикостомия

**Симптом Кохера это:**

- + боль в эпи- или мезо-гастррии и последующая локализация боли в правой подвздошной области
- боль по всему животу
- пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки
- иррадиация боли в правую подпочечную область

**Для синдрома Пейтца-Егерса характерными внекишечными проявлениями являются:**

- атрофия ногтей, алопеция
- + меланиновая пигментация слизистой губ, щек, кожи вокруг губ
- множественные кисты сальных желёз
- экстракишечные доброкачественные опухоли

**Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой:**

- меньшим по сравнению с тонкой диаметром
- + особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент
- отсутствием жировых подвесков
- отсутствием гаустр

**К симптомам раздражения брюшины при остром аппендиците относятся следующие симптомы:**

- + Щёткина - Блюмберга
- Воскресенского
- Мерфи
- Сапежко

**К симптомам острого аппендицита не относятся следующие симптомы:**

- Ситковского
- + Мерфи
- Воскресенского
- Ровзинга

**Острый аппендицит у детей старшего возраста дифференцируют с:**

- острой правосторонней верхнедолевой пневмонией

- + респираторно–вирусной инфекцией
- кишечным кровотечением
- свободной паховой грыжей

**К осложнениям острого аппендицита следует отнести:**

- правостороннюю верхнедолевую пневмонию
- + межкишечные абсцессы
- острый холецистит
- правосторонняя паховая аденофлегмона

**С какими из перечисленных заболеваний не сочетается острый аппендицит:**

- острая внебольничная правосторонняя пневмония
- острые респираторные инфекции
- инфекции мочевыделительной системы
- + ущемлённая паховая грыжа слева

**Укажите общие инфекционные заболевания, которые необходимо дифференцировать с острым аппендицитом:**

- острая дизентерия
- иерсиниоз абдоминальная форма
- + все перечисленные заболевания
- менингококковая инфекция в варианте менингококкцемии

**С какими заболеваниями половых органов у девочек не нужно дифференцировать острый аппендицит:**

- острый сальпингит, острый аднексит
- разрыв кисты яичника
- гематометра
- + кольпит

**С какими заболеваниями половых органов у мальчиков не нужно дифференцировать острый аппендицит:**

- перекрут яичка
- перекрут гидатиды Моргани
- неспефический эпидидимит, орхит
- + варикоцеле

**Какая жалоба ребёнка абсолютна при остром аппендиците:**

- + боль в животе
- тошнота
- рвота

- повышение температуры тела

**За какой промежуток времени при остром аппендиците происходит уменьшение болей в животе вплоть до полного исчезновения?**

- 6 – 12 часов
- 13 – 18 часов
- + 18 – 24 часов
- 24 -30 часов

**Микроскопическая картина болезни Гиршпрунга может характеризоваться:**

- + полным отсутствием межмышечного (Ауэрбаховского) и подслизистого (Мейснерова) нервных сплетений
- дегенеративно измененными клетками костного мозга
- наличием единичных нервных волокон
- гипертрофией мышечных волокон стенки кишки в узкой зоне

**Какой промежуток времени относят к ранней диагностике острого аппендицита?**

- + 2 – 6 часов
- 7 – 13 часов
- 14 – 19 часов
- 20 – 24 часа

**Какой промежуток времени относят к поздней диагностике острого аппендицита?**

- 7 – 13 часов
- 14 – 19 часов
- 20 – 24 часа
- + свыше 24 часов

**Наиболее частый вариант рвоты при аппендиците у детей старшего возраста:**

- однократная, приносящая облегчение
- + рефлекторная, однократная
- многократная
- неукротимая

**Наиболее частый вариант температурной реакции при аппендиците у детей старшего возраста:**

- нет температурной реакции



- + до 38,0 С
- до 39,0 С
- до 40,0 С

**Изменения общего анализа крови при остром аппендиците:**

- высокий лейкоцитоз без сдвига влево
- + умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево
- высокий лейкоцитоз со сдвигом влево до плазматических клеток
- высокий лейкоцитоз со сдвигом влево и высоким СОЭ

**Симптом Кохера это:**

- боли в правой половине живота
- боль по всему животу
- + боль по всему животу или в эпигастрии с последующей локализацией боли в правой подвздошной области
- пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки

**Смена локализации болей в животе при остром аппендиците происходит в течение:**

- 2-4 часов
- + 4-6 часов
- 7-8 часов
- 9-12 часов

**Какая жалоба ребёнка абсолютна при остром аппендиците:**

- + боль в животе
- тошнота
- рвота
- повышение температуры тела

**За какой промежуток времени при остром аппендиците может происходить уменьшение болей в животе?**

- 6 – 12 часов
- 13 – 18 часов
- + 18 – 24 часов
- 24 -30 часов

**Какой промежуток времени относят к ранней диагностике острого аппендицита?**

- + 2 – 6 часов
- 7 – 13 часов

- 14 – 19 часов
- 20 – 24 часа

**Определение ацетилхолинэстеразы при биопсии производится в:**

- в мышечном слое прямой кишки
- в межмышечном слое прямой кишки
- + в слизистой оболочке и подслизистом слое прямой кишки
- в брыжейке ободочной кишки

**Какой промежуток времени относят к поздней диагностике острого аппендицита?**

- 7 – 13 часов
- 14 – 19 часов
- 20 – 24 часа
- + свыше 24 часов

**Наиболее частый вариант рвоты при аппендиците у детей старшего возраста:**

- однократная, приносящая облегчение
- многократная
- кишечным содержимым
- + рефлексорная, однократная или многократная, не приносит облегчения

**Наиболее частый вариант температурной реакции при аппендиците у детей старшего возраста:**

- нет температурной реакции
- + до 38,0 С
- до 39,0 С
- до 40,0 С

**Какой признак является достоверным критерием наличия воспалительного процесса в правой подвздошной области:**

- боли в правой половине живота
- многократная рвота
- повышение количества лейкоцитов в периферической крови
- + пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области

**Назовите симптомы раздражения брюшины:**

- + Щёткина - Блюмберга
- Воскресенского, он же «рубашки»

- Мерфи
- Сапежко

**Изменения общего анализа крови при остром аппендиците:**

- высокий лейкоцитоз без сдвига влево
- + умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево
- высокий лейкоцитоз со сдвигом влево до плазматических клеток
- лейкопения с лимфоцитозом

**Назовите наиболее частое расположение червеобразного отростка у детей до 3-х лет:**

- + в правой подвздошной области
- в правой мезогастральной области
- тазовое расположение
- медиальное

**За какой промежуток времени происходят деструктивные изменения в червеобразном отростке у детей до 3-х лет при остром аппендиците?**

- 5 – 8 часов
- 9 – 11 часов
- + 12 – 16 часов
- 17 -21 час

**Острый аппендицит у детей до 1 года проявляется:**

- однократной рвотой, поносом, гиперлейкоцитозом
- многократной рвотой, субфебрильной температурой, запором
- + беспокойством, многократной рвотой, поносом, высокой температурой
- беспокойством, нормальной температурой, поносом, гиперлейкоцитозом

**Для осмотра ребёнка в условиях медикаментозного сна пользуются следующими препаратами:**

- фентанил или люминал
- галотан или закись азота
- + диазепам или хлоралгидрат
- промедол или кетаралак

**Врожденное отсутствие интрамуральных нервных ганглиев в стенке кишки называется болезнью:**

- Верльгофа
- + Гиршпрунга
- Паркинсона

- Шенлейн Геноха

**Какой признак острого аппендицита у детей до 3-х лет определяется во время сна:**

- активное напряжение мышц передней брюшной стенки
- + пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки
- симптом Ровзинга
- симптом «кашлевого толчка»

**В условиях медикаментозного сна болевую реакцию при пальпации передней брюшной стенки определяют по:**

- симптому Воскресенского
- отхождению газов
- + просыпанию
- плачу

**В условиях медикаментозного сна возможно обнаружение симптома Щёткина по:**

- + вздрагиванию
- болезненной гримасе
- просыпанию
- протесту осмотра

**Ребенок в возрасте до 3 лет направлен на госпитализацию в хирургический стационар с диагнозом острого аппендицита. При осмотре в приемном покое данных за острый аппендицит нет. Ваша тактика:**

- + госпитализировать
- отпустить домой, активный вызов педиатра поликлиники
- отпустить домой, рекомендация повторного осмотра при появлении болей в животе
- перевести в другой стационар

**Больному с подозрением на острый аппендицит до осмотра хирурга каким лекарством можно сделать обезболивание:**

- 50% анальгин
- кетанов
- ибупрофен
- + обезболивание противопоказано

**Назовите осложнения острого аппендицита:**

- + перитонит

- перфорация червеобразного отростка
- кишечное кровотечение
- тромбофлебит пупочной вены

**Перечислите причины, приводящие к более частым осложнениям острого аппендицита у детей до 3-х лет, чем у детей старшей возрастной группы:**

- гиперэргический тип воспалительных реакций организма
- + пластические способности брюшины слабее выражены
- расположение отростка в правой подвздошной области
- преобладание в клинической картине общей симптоматики над местными проявлениями

**Тактика врача педиатра при остро возникших болях в животе у ребёнка:**

- клинический осмотр пациента
- измерить температуру тела
- выполнить пациенту общий анализ крови и мочи
- + консультация детского хирурга

**Исключить хирургическую патологию органов брюшной полости детям до 3-х лет допустимо:**

- + в условиях хирургического стационара
- в условиях соматического стационара
- в поликлинике
- на дому

**Перечислите мероприятия, которые облегчат обнаружение локальных признаков острой хирургической патологии органов брюшной полости у пациента с выраженными признаками интоксикации и обезвоживания:**

- + инфузионная терапия
- осмотр под наркозом
- осмотр в условиях медикаментозного сна
- повторный осмотр

**Острая форма болезни Гиршпрунга характеризуется:**

- наличием патологических образований в брюшной полости
- + неотхождением мекония
- наличием жидкого стула
- отсутствием вздутия живота

**По этиологии перитониты различают:**

- + бактериальные, асептические

- смешанные
- комбинированные
- сочетанные

**Назовите наиболее частую причину перитонита у детей старше 1 года:**

- + острый аппендицит
- острая внебольничная пневмония
- острый панкреатит
- прободная язва желудка

**Назовите наиболее частую причину перитонита у детей на первом году жизни:**

- + язвенно-некротический энтероколит
- мастит
- ущемленная паховая грыжа
- эпифизарный остеомиелит

**Причины первичного перитонита у детей:**

- воспаление дивертикула Меккеля
- острый аппендицит
- + гематогенный, лимфогенный занос инфекции
- ущемлённая грыжа

**Начальная стадии развития перитонита называется:**

- + реактивная
- токсическая
- терминальная
- начала

**При какой стадии развития перитонита наиболее ярко выражены клинические признаки:**

- реактивная
- + токсическая
- терминальная
- начала

**Сколько анатомических областей брюшной полости вовлекается в воспалительный процесс при местном неограниченном перитоните:**

- + одна
- три
- четыре

- пять и более

**Сколько анатомических областей брюшной полости вовлекается в воспалительный процесс при общем перитоните:**

- одна
- две
- три
- + пять и более

**Какая из перечисленных причин вызывает наибольший объём водно-электролитных потерь при перитоните:**

- + секвестрация жидкости в просвете кишечника, отёк брюшины и окружающих тканей
- рвота
- перспирация
- конвекция

**В каких стадиях развития перитонита гипертермия считается угрожающим жизни состоянием у детей:**

- реактивная
- токсическая
- терминальная
- + во всех стадиях развития перитонита

**Для более достоверного выявления аганглионарной и переходной зон при рентгенологическом обследовании новорожденных с подозрением на болезнь Гиршпрунга взвесь бария готовится на:**

- водопроводной воде
- на 1% растворе хлорида натрия
- + на 5% растворе хлорида натрия
- на 10% растворе хлорида натрия

**Укажите что отсутствует в жалобах пациентов с перитонитом в реактивную стадию:**

- постоянная боль в животе разлитого характера
- повышение температуры тела до высоких цифр
- многократная рвота
- + кровавые выделения из прямой кишки

**Какой из перечисленных симптомов относится к перитониту:**

- + симптом Блюмберга

- симптом Раздольского
- симптом Склярова
- симптом Обуховской больницы

**Укажите симптом раздражения брюшины:**

- + симптом Воскресенского
- симптом Ровзинга
- симптом Кохера
- симптом Пастернацкого

**В какую стадию развития перитонита начинает ослабевать перистальтика кишечника:**

- реактивная
- + токсическая
- терминальная
- не одной из выше перечисленных

**Вы диагностировали первичный перитонит. Выберите тактику:**

- срочная операция
- плановая операция
- + консервативное лечение
- наблюдение

**В каких случаях при лечении перитонита показана предоперационная подготовка:**

- только при тяжелом состоянии пациента
- только у детей до 3 лет
- при наличии сопутствующей патологии
- + во всех случаях, когда установлены показания к операции

**Укажите что не проводится в предоперационной подготовке пациента с перитонитом:**

- снижение температуры тела
- обезболивание
- инфузионная терапия
- + спирометрия

**Какое из перечисленных мероприятий, выполняемых при лечении перитонита выполняться не будет:**

- предоперационная подготовка
- хирургическое лечение



- консервативное лечение
- + пункция костного мозга

**Какое из перечисленных хирургических мероприятий при лечении перитонита выполняться не будет:**

- устранение источника перитонита
- лаваж брюшной полости по показаниям
- дренаж брюшной полости по показаниям
- + цистостомия

**Инфильтрат брюшной полости это:**

- опухоль кишечника
- воспалительный процесс печени
- реакция организма на инородное тело в желудочно-кишечном тракте
- + ограниченная воспалительная опухоль, формирующаяся в результате защитной реакции брюшины в окружности первичного воспалительного очага
- скопление гноя в полости малого таза

**Средние объемы жидкости для сифонных клизм детям до 6 месяцев составляют:**

- 3 литра
- 5 литров
- + 0,5-2 литра
- 0,25 литра

**Абсцесс брюшной полости это:**

- перфорация полого органа
- скопление крови в карманах брюшины
- реакция организма на инородное тело в желудочно-кишечном тракте
- + результат распада тканей с образованием гноя, ограниченного грануляционным валом, а при более длительном существовании - капсулой

**Аппендикулярный инфильтрат формируется при:**

- травме передней брюшной стенки
- воспалении придатков матки
- образовании гнойного экссудата брюшной полости
- + воспалительных изменениях стенки аппендикса и окружающих его тканей

**В каком возрасте аппендикулярный инфильтрат не формирует плотные сращения с окружающими тканями:**

- + до 3 лет

- от 4 до 7 лет
- от 8 до 11 лет
- от 12 до 15 лет

**Назовите причину образования аппендикулярного инфильтрата у детей:**

- + несвоевременная диагностика острого аппендицита
- осложнения аппендэктомии
- консервативное лечение острого аппендицита
- воспаление других тканей брюшной полости

**Какие из указанных признаков не характерны для аппендикулярного инфильтрата при пальпации:**

- опухолевидное образование в зоне расположения червеобразного отростка
- болезненное
- отсутствие чётких контуров
- + симптом глины

**Укажите стадии течения аппендикулярного инфильтрата:**

- реактивная
- + формирования и абсцедирования
- терминальная
- токсическая

**Что не относится к клиническим проявлениям аппендикулярного инфильтрата в стадии формирования:**

- локальная боль в зоне инфильтрата
- субфебрильная температура
- лейкоцитоз со сдвигом влево и повышенным СОЭ
- + симптомы раздражения брюшины

**Что не относится к клиническим проявлениям аппендикулярного инфильтрата в стадии абсцедирования:**

- высокая температура тела
- дефанс мышц передней брюшной стенки в зоне локализации инфильтрата
- высокий лейкоцитоз со сдвигом влево и высоким СОЭ
- + выраженная анемия

**Отметьте вариант хирургического доступа при лечении аппендикулярного инфильтрата в стадии абсцедирования:**

- + внебрюшинный
- срединная лапаротомия

- поперечный доступ
- по Мак-Бурнею

**Функциональный мегаколон часто развивается у детей, посещающих детский сад в возрасте:**

- + 3-4 лет
- 5-6 лет
- 7-8 лет
- 9-10 лет

**У ребенка 4 лет аппендикулярный инфильтрат в стадии формирования, лечебная тактика предусматривает:**

- + назначение консервативного лечения
- экстренное оперативное вмешательство
- лапароскопическое разделение инфильтрата
- срочную операцию на фоне консервативной терапией

**После проведенной консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата, последний не пальпируется и не определяется при УЗИ брюшной полости. Общий анализ крови нормализовался. Ваша тактика:**

- аппендэктомия не выписывая из хирургического стационара
- выписать домой под наблюдение участкового педиатра
- + рекомендовать плановую аппендэктомию через 2-4 месяца
- дальнейшего лечения не требует

**У больного с аппендикулярным инфильтратом на фоне консервативной терапии ухудшилось состояние, появились боли в животе, определяются перитонеальные симптомы. Температура тела 39,0. Общий анализ крови с значительными воспалительными изменениями. Выберите вариант осложнения аппендикулярного инфильтрата:**

- + перитонит
- кишечная непроходимость
- вскрытие абсцесса в слепую кишку
- септический эндокардит

**Укажите не свойственное осложнение аппендикулярного инфильтрата:**

- абсцесс брюшной полости
- перитонит
- кишечная непроходимость
- + почечная колика

**У ребёнка диагностирован аппендикулярный абсцесс. Выберите вариант лечения:**

- назначение консервативного лечения
- + экстренное оперативное вмешательство после предоперационной подготовки
- оперативное лечение при неэффективности консервативной терапии
- операция в плановом порядке

**Из перечисленных пунктов консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата в стадии формирования какой не будет назначаться:**

- антибактериальная терапия
- инфузионная терапия с целью детоксикации
- физиотерапевтические процедуры
- + назначение глюкокортикоидов

**Какую группу антибиотиков для консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата в стадии формирования вы назначать не будете:**

- цефалоспорины третьей группы
- аминогликозиды третьей группы
- карбапенемы
- + противоопуховые антибиотики

**Какое из указанных осложнений аппендикулярного инфильтрата не требует экстренной операции:**

- симптомы перитонита
- признаки механической кишечной непроходимости
- возраст ребенка до трёх лет
- + пневмония

**Врожденные аноректальные пороки развития:**

- + представлены отсутствием ануса на соответствующем месте
- представлены отсутствием уретры на соответствующем месте
- представлены отсутствием мочевого пузыря на соответствующем месте
- представлены отсутствием толстой кишки на соответствующем месте

**Распространенность АПР колеблется в диапазоне:**

- + от 1:3300 до 1:5000 случаев живорождений
- от 1:33 до 1:50 случаев живорождений
- от 1:33000 до 1:50000 случаев живорождений
- от 1:3 до 1:5 случаев живорождений

**Функциональный мегаколон характеризуется:**

- + отсутствием самостоятельного стула и каломазанием
- постоянными поносами
- наличием слизи и крови в кале
- рвотой

**В последнее время во всем мире общепризнана какая классификация аноректальных пороков:**

- + согласительная Крикенбекская классификация
- Винспредская Международная классификация аноректальных мальформаций
- Мельбурнская классификация
- классификация Ленюшкина А.И.

**Сопутствующие пороки часто встречаются при АПР в скольких процентах случаев?**

- + от 40% до 70%
- до 3%
- от 4 до 7%
- в 14%

**Наиболее часто аноректальные пороки сочетаются с пороками:**

- + мочеполовой системы
- скелетными аномалиями
- желудочно–кишечного тракта
- сердечно–сосудистыми аномалиями

**Самым доступным и эффективным методом, позволяющим в период беременности установить пороки развития является:**

- + УЗИ плода
- скрининговые тесты крови на альфафетопротеин
- скрининговые тесты крови на хорионический гонадотропин при многоводии
- МРТ плода

**Кто предложил рентгенологическую методику обследования больных с аноректальными пороками (инвертограмму):**

- + Wangesteen, Rice
- Ашкрафт
- Холдер
- Баиров, Манкина

**Низкие аноректальные аномалии в настоящее время можно оперировать:**

- + в неонатальном периоде
- в возрасте 1 год
- в возрасте 2 года
- в возрасте 3 года

**Оценка эффективности лечения пациентов с аноректальными пороками сводится к определению:**

- + удержания кала, удержания мочи
- отсутствием инвалидности у ребенка
- удовлетворенность родителей
- удовлетворенность врача

**Наиболее благоприятные пороки с прогнозируемым положительным эффектом хирургического лечения:**

- + ректопромежностные свищи
- ректоуретральные свищи
- клоака
- ректовезикальные свищи

**Наиболее часто встречающаяся группа аномалий:**

- + ректопромежностные свищи
- ректоуретральные свищи
- клоака
- ректовезикальные свищи

**При каком виде порока сформирован сфинктерный аппарат прямой кишки:**

- + ректопромежностные свищи
- ректоуретральные свищи
- клоака
- ректовезикальные свищи

**При рентгенологическом обследовании ребенка с функциональным мегаколон выявляется:**

- резкое сужение прямой кишки
- резкое расширение тонкой кишки
- + большая прямая кишка (мегаректум)
- увеличенный в размерах желудок

**Передняя эктопия ануса относится к:**

- + ректопромежностные свищи

- ректоуретральные свищи
- клоака
- ректовезикальные свищи

**Для какого порока характерно отсутствие ануса и наличие мекония в моче:**

- + ректоуретрального свища
- ректопромежностные свищи
- ректовестибулярная эктопия
- анального стеноза

**Какое рентгенологическое исследование выполняется для окончательного определения уровня агенезии и выявления возможного свищевого хода:**

- + дистальная колостография
- урография
- рентген крестца
- УЗИ брюшной полости

**При ректовезикальном свище прямая кишка образует свищ с:**

- + с мочевым пузырем
- с уретрой
- с мочеточником
- с влагалищем

**Сопутствующие пороки встречаются при ВПР АРО у:**

- + 40% ? 70% пациентов
- 1% ? 5% пациентов
- 5% ? 10% пациентов
- 10% ? 15% пациентов

**Наиболее часто ВПР АРО сочетается с:**

- + патологией мочеполовой системы
- скелетными аномалиями
- верхних отделов желудочно–кишечного тракта
- сердечно–сосудистыми аномалиями

**Скрининг–методом пренатальной диагностики ВПР АРО является:**

- + пренатальное УЗИ
- скрининговых тестов крови на альфафетопротеин
- скрининговых тестов крови на хорионический гонадотропин при многоводии
- пункция плодного пузыря

**Инвертограмма по О.Н. Wangesteen, С.О. Rice это:**

- + рентгенологическая методика обследования пациентов с аноректальными пороками
- УЗИ методика обследования пациентов с аноректальными пороками
- сцинтиграфическая методика обследования пациентов с аноректальными пороками
- методика обследования пациентов с атрезией пищевода

**Низкие аноректальные аномалии в настоящее время можно оперировать:**

- + в неонатальном периоде
- в возрасте 1-2 года
- в возрасте 4-5 месяцев
- в возрасте 2-3 года

**Синдром Куррарино –это:**

- + форма синдрома каудальной регрессии, характеризующаяся сочетанием гемисакрума, аноректальной мальформации и пресакральными массами
- гипоплазия мышц анальных сфинктеров
- недостаточность анальных сфинктеров
- сочетание аноректальной мальформации и гидроцефалии

**В диагностике семейного аденоматоза толстой кишки ведущее значение имеют:**

- ректороманоскопия
- ирригоскопия
- + колоноскопия
- эзофагогастродуоденоскопия

**Причинами развития у детей функционального мегаколон являются:**

- пороки развития аноректальной области
- приобретенный стеноз анального отверстия
- + изменение режима жизни (посещение детского сада или начало обучения в школе)
- ношение тяжелого рюкзака

**Нормальная континенция – это:**

- + контроль газов, жидкого и твердого кала, отсутствие каломазания
- контроль газов
- контроль жидкого кала
- контроль твердого кала



**Социальная континенция означает, что пациенты:**

- + могут ухаживать за собой, не нуждаются в получении социальной инвалидности
- могут находиться в детском саду
- могут находиться в средней школе
- нуждаются в получении социальной инвалидности

**Что является самым важным прогностическим фактором в прогнозировании функции калового удержания после коррекции врожденной аноректальной патологии:**

- + уровень аномалии
- наличие сопутствующих пороков развития
- вес ребенка при рождении
- время операции

**Методом выбора при лечении ректоуретральных свищей в настоящее время является:**

- + заднесагиттальная проктопластика
- брюшнопромежностная проктопластика
- сакробрюшнопромежностная проктопластика
- переднесагиттальная проктопластика

**Пренатальная диагностика врожденных пороков развития пищеварительного тракта основывается:**

- на принципах выявления факторов риска рождения детей с врожденными пороками развития
- использования неинвазивных методов исследования
- выполнении УЗИ
- + все перечисленное верно

**Самым доступным и эффективным методом, позволяющим в период беременности установить пороки развития, является:**

- + УЗИ плода
- тесты крови на альфафетопротеин
- тесты крови хорионический гонадотропин при многоводии
- семейный анамнез

**При пилоростенозе применяется операция:**

- Хеллера
- по Бильрот
- Микулича

+ Фреде Рамштеда

**Ребенок в возрасте 14 лет заболел внезапно. Отмечались резкие боли в эпигастральной области. Живот болезнен, напряжен в эпигастральной и подвздошной областях. Печеночная тупость не определяется. Укажите наиболее вероятный диагноз:**

- острый аппендицит
- острый панкреатит
- + перфоративная язва желудка
- Меккелев дивертикул

**Перфорация желудка у новорожденного может быть вызвана любой причиной, кроме:**

- мембрана пилорического канала
- язва желудка
- пилоростеноз
- + родовая травма

**При каком заболевании, сопровождающимся желудочно-кишечным кровотечением не бывает кровавой рвоты:**

- портальная гипертензия
- + дивертикул Меккеля
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- язвенная болезнь желудка

**Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является:**

- смещение средостения
- появление дополнительных теней в одном из гемитораксов
- + деформация одного или обоих куполов диафрагмы
- признаки гиповентиляции легких

**При подозрении на врожденный пилоростеноз с какого метода начинают обследование пациента:**

- зондирование желудка
- рентгеноскопия желудка
- + УЗИ
- ирригография

**При обследовании пациента с подозрением на пилоростеноз данные УЗИ сомнительные. Какой метод обследования нужно применить:**

- зондирование желудка
- + рентгенография по Аст-Левину
- рентгенография по Вангестину
- ирригография

**Что является ведущим звеном в этиологии пилоростеноза:**

- внутриутробное инфицирование и последующее рубцевание пилорического канала
- гиперплазия циркулярной мышцы привратника и порок развития парасимпатических ганглиев
- гиперплазия продольной мышцы привратника и гипертрофия слизистой канала привратника
- + гипертрофия всех мышечных слоев и аномальная иннервация привратника парасимпатическими нервными образованиями

**Наиболее часто клинические симптомы пилоростеноза проявляются на:**

- первые сутки после рождения
- вторая неделя жизни
- + третья неделя жизни
- после 1 мес. жизни

**Определите ведущий клинический симптом пилоростеноза:**

- одышка
- + рвота
- судороги
- цианоз

**Какова характеристика стула при пилоростенозе:**

- + скудный, темно-зеленого цвета
- обильный, непереваренный
- частый, жидкий, зловонный
- водянистый

**Какова количественная характеристика рвоты при пилоростенозе:**

- скудное срыгивание
- обильное срыгивание
- + рвота фонтаном
- неукротимая рвота

**Какова качественная характеристика рвоты при пилоростенозе:**

- + рвота створоженным молоком

- рвота желчью
- рвота мекониальная
- рвота слизью

**Назовите наиболее типичную перистальтику желудка при пилоростенозе:**

- отсутствует
- + усилена
- обычная
- эпизодическая

**Укажите наиболее типичные нарушения обменных процессов при пилоростенозе:**

- + гипохлоремия
- общий гипервитаминоз
- низкая кислотность желудочного сока
- повышение содержания иммуноглобулинов

**Из диафрагмальных грыж чаще всего у новорожденных детей встречаются:**

- френоперикардальная
- передние
- пищеводного отверстия
- + задние ложные

**Назовите ведущий диагностический прием для выявления пилоростеноза:**

- + Р-логическое обследование желудочно-кишечного тракта с контрастом
- гастродуоденоскопия
- биохимическое исследование крови
- пальпаторное обнаружение увеличенного привратника

**Определите достоверные рентгенологические признаки пилоростеноза:**

- задержка контрастного вещества в кардиальном отделе пищевода
- увеличенная в диаметре 12-перстная кишка
- + суженный и удлиненный пилорический канал
- повышенный рельеф слизистой желудка и привратника

**Какое контрастное вещество необходимо использовать при исследовании желудочно-кишечного тракта у новорожденного:**

- йодолипол
- + бариевая взвесь
- верографин
- уротраст

**С каким из представленных заболеваний дифференцируют пилоростеноз:**

- + гастрозофагеальный рефлюкс
- родовая травма
- врожденный трахеопищеводный свищ
- атрезия пилорического канала

**С каким из представленных заболеваний дифференцируют пилоростеноз:**

- врожденная диафрагмальная грыжа
- спонтанная перфорация желудка
- + халазией пищевода
- острая форма болезни Гиршпрунга

**С каким из представленных заболеваний дифференцируют пилоростеноз:**

- киста общего желчного протока
- спленомегалия
- атрезия 12-перстной кишки
- + адреногенитальный синдром

**С каким из представленных заболеваний дифференцируют пилоростеноз:**

- + нарушение нормального вращения кишечника
- врожденная патология ухахуса
- хилоперитониум
- гидрометрокольпос

**Назовите оперативный прием при пилоромиотомии:**

- рассечение привратника до слизистой
- рассечение серозной оболочки с последующим «острым разъединением мышц»
- наложение кишечных зажимов выше и ниже привратника
- + рассечение серозной оболочки с последующим тупым разъединением мышц

**Какое мероприятие является главным в послеоперационном периоде у больных пилоростенозом:**

- катетеризация подключичной вены
- + дробное кормление
- газоотводная трубка
- назначение анаболических гормонов

**Назовите возможное послеоперационное осложнение, связанное с пилоромиотомией:**

- копростаз

- + перитонит
- анурия
- нарушения дыхания

**У детей старшего возраста чаще всего встречаются:**

- передние грыжи диафрагмы
- + грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- задние ложные грыжи
- френоперикардальные грыжи

**Какова характеристика мочеиспусканий у больного пилоростенозом:**

- + олигурия
- ночное недержание
- болезненное мочеиспускание
- мочеиспускание «каплями»

**У 3-недельного ребенка подозревается пилоростеноз, который может быть подтвержден следующими признаками, кроме:**

- видимая перистальтика желудка
- задержка бариевой взвеси в желудке
- + рвота зеленью
- возрастной дефицит массы тела

**При рентгенологическом исследовании желудка, для пилоростеноза характерны симптомы:**

- + «усика»
- двух уровней
- «бочонка»
- «бабочки»

**Язвенный процесс в желудке может развиваться у новорожденного по следующим причинам, кроме:**

- ожоговая болезнь
- тяжелая гипоксия в родах
- + низкая кислотность желудочного сока
- некротизирующий энтероколит

**Назовите наиболее частую локализацию удвоения пищеварительной трубки:**

- пищевод
- желудок

- + тонкая кишка
- толстая кишка

**Определите признак, характерный для пилоростеноза на обзорной Р-графии брюшной полости:**

- наличие множественных уровней жидкости
- + расширенный, заполненный газом желудок с уровнем жидкости
- наличие двух уровней жидкости с газовым пузырем
- свободный газ под диафрагмой

**Удвоение пищеварительной трубки – это порок развития, возникающий вследствие:**

- нарушения вращения кишечника
- порока развития паренхиматозных органов брюшной полости
- нарушения кровоснабжения кишечника
- + нарушения формирования слизистой оболочки и реканализации пищеварительной трубки

**Укажите характерное осложнение для удвоения пищеварительной трубки:**

- кровоизлияния в брюшную полость
- + кишечное кровотечение
- желудочно-пищеводный рефлюкс
- жидкий стул

**Какое осложнение несвойственно для удвоений пищеварительной трубки:**

- перфоративный перитонит
- кишечное кровотечение
- + желчный перитонит
- инвагинация кишечника

**При пилоростенозе нарушается проходимость:**

- + в кардиальном отделе желудка
- на уровне III-физиологического сужения пищевода
- в дистальном отделе 12-перстной кишки
- в проксимальном отделе 12-перстной кишки

**При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативны:**

- жесткая эзофагоскопия
- + рентгеноскопия пищевода и желудка, фиброэзофагоскопия
- обзорная рентгеноскопия
- эндоскопическая ультрасонография

**Укажите основной метод лечения врожденного пилоростеноза:**

- пилоропластика по Финнею
- пилоропластика по Гейнеке-Микуличу
- + пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту
- гастро-энтероанастомоз

**При рентгенологическом исследовании желудка, для пилоростеноза характерны симптомы:**

- двух уровней
- «бочонка»
- + «клюва»
- «бабочки»

**У ребенка 1 г. периодически отмечается рвота с примесью крови в умеренном количестве. О каком заболевании можно подумать?**

- портальная гипертензия
- язва желудка
- + грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- дивертикул Меккеля

**Основной метод диагностики геморрагического гастрита у детей:**

- компьютерная томография брюшной полости
- контрастная эзофагогастрография
- + эзофагогастрофиброскопия
- ультразвуковое исследование брюшной полости

**С каким заболеванием проводят дифференциальную диагностику врожденного пилоростеноза:**

- атрезия желудка
- стеноз пищевода
- + пилороспазм
- язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки

**Лечение врожденного пилоростеноза:**

- атропинизация
- + пилоромиотомия
- гастро-энтероанастомоз
- пилоропластика

**Самое опасное осложнение при фиброгастродуоденоскопии:**



- повреждение слизистой оболочки желудка
- + перфорация полых органов
- травма мышечного слоя желудка
- паралич кардиального сфинктера

**В норме при УЗИ толщина мышечного слоя привратника и длина его:**

- 3 мм, 5-7 мм
- 4 мм, 7-9 мм
- 3 мм, 9-12 мм
- + 2 мм, 8-13 мм

**На какой отдел желудка накладывается гастростома:**

- + на тело желудка
- на дно желудка
- на большую кривизну желудка
- на малую кривизну желудка

**По какому методу выполняется гастростомия у детей:**

- по Витцелю
- по Нойману
- + по Штамм-Кадеру
- по Мартынову

**Дифференцировать грыжу пищеводного отверстия диафрагмы следует:**

- + с халазией пищевода
- с ахалазией пищевода
- с врожденным коротким пищеводом
- с дивертикулом пищевода

**Причинами формирования стрессовых язв желудка у новорожденного является все, кроме:**

- тяжелая гипоксия в родах
- оперативные вмешательства
- полиорганная недостаточность
- + гастрозофагеальный рефлюкс

**При рентгенологическом исследовании желудка, для пилоростеноза характерны симптомы:**

- двух уровней
- «бочонка»
- «бабочки»

+ «плечиков»

**Перфорация стенки желудка у новорожденных чаще всего возникает в возрасте:**

- + от 2 до 7 дней
- от 7 до 10 дней
- от 4 до 10 дней
- от 5 до 15 дней

**Что является наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных:**

- врожденный изолированный трахеопищеводный свищ
- врожденный стеноз пищевода
- + атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем
- атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищем

**Все диагностические мероприятия для выявления атрезии пищевода верны кроме:**

- рентгенограмма пищевода с йодолиполом
- рентгенограмма пищевода с введенным рентгенконтрастным катетером
- + трахеобронхоскопия
- проба Элефанта

**Профилактику какого осложнения необходимо проводить в первые часы после рождения при атрезии пищевода:**

- острой сердечно-сосудистой недостаточности
- печеночной недостаточности
- + дыхательной недостаточности
- тяжелой формы нейротоксикоза

**При каком пороке развития уместно выражение «глочет в легкие, а дышит в желудок»:**

- атрезия пищевода без свищей
- + атрезия пищевода с нижним свищом
- атрезия пищевода с верхним свищом
- удвоение пищевода

**При анализе рентгенограмм больного атрезией пищевода с контрастированным верхним сегментом можно узнать все нижеследующее, кроме:**

- уровень атрезии пищевода

- форму атрезии пищевода
- оценить воспалительные изменения в легких
- + величину трахеопищеводного свища

**Назовите наиболее правильное положение больного атрезией пищевода с нижним трахеопищеводным свищем при транспортировке:**

- на правом боку
- + на левом боку
- вертикальное
- горизонтальное

**Все клинические симптомы верны для атрезии пищевода, кроме:**

- цианоз
- одышка
- + запавший живот (при наличии нижнего трахеопищеводного свища)
- пенистые выделения изо рта

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

- при истинных грыжах собственно диафрагмы
- + при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- при передних грыжах
- при боковых грыжах

**Перед отправкой ребенка с атрезией пищевода в детский хирургический стационар необходимо сделать следующее, кроме:**

- ввести антибиотики
- поместить ребенка в транспортный кувез
- + получить стул
- в верхний сегмент пищевода ввести катетер для аспирации слюны

**Укажите предельное расстояние между сегментами пищевода для наложения прямого анастомоза:**

- 1,0 см
- 1,5 см
- + 2,0 см
- 2,5 см

**Какие мероприятия предпринимаются при возникновении рвоты у новорожденного во время первого кормления:**

- рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта

- аускультация брюшной полости
- повторное кормление ребенка, но в вертикальном положении
- + проведение зонда в желудок

**Наиболее частое осложнение атрезии пищевода:**

- кишечная непроходимость
- сердечно-сосудистая недостаточность
- + аспирационная пневмония
- кровотечение из желудочно-кишечного тракта

**При подозрении на атрезию пищевода, в родильном зале немедленно следует сделать:**

- + провести зонд в желудок
- обзорную рентгенографию брюшной полости
- ультразвуковое исследование грудной клетки
- эзофагоскопию

**При проведении пробы Элефанта через зонд вводится:**

- + воздух
- вода
- контрастное вещество
- антисептический раствор

**Одной из причин возникновения атрезии пищевода считается:**

- нарушение кровоснабжения пищевода в эмбриональном периоде
- + нарушение формирования первичной пищеводной трубки
- нарушение процесса вакуолизации
- нарушение формирования соседних органов

**Самым достоверным методом диагностики атрезии пищевода является:**

- объективный осмотр (пальпация, аускультация, перкуссия)
- лабораторные данные
- + контрастное исследование пищевода
- ультразвуковое исследование пищевода

**Укажите контрастное вещество, применяемое для контрастного исследования пищевода у новорожденных:**

- барий сульфат
- + верографин
- бриллиантовая зелень
- метиленовый синий

**Сколько контрастного вещества нужно ввести в слепой отрезок пищевода при рентгенографии:**

- + 0,5-1,0 мл
- 1,5-2,0 мл
- 2,5-3,0 мл
- 3,0-5,0 мл

**У новорожденного с диафрагмальной грыжей и дыхательной недостаточностью укажите нехарактерный клинический признак:**

- цианоз
- цианоз усиливающийся при плаче
- перистальтические шумы при аускультации легких
- смещение средостения в здоровую сторону
- + все перечисленное верно

**Выраженность клинических признаков врожденного стеноза пищевода в основном зависит от:**

- места сужения
- протяженности суженного участка
- + степени сужения
- сопутствующих заболеваний

**Оптимальный метод лечения врожденного стеноза пищевода:**

- применение спазмолитиков
- + операция
- бужирование
- лазеротерапия

**При ахалазии пищевода нарушается проходимость:**

- + в кардиальном отделе пищевода
- на уровне I-физиологического сужения
- на уровне II-физиологического сужения
- на уровне I-II физиологического сужения

**Выраженность клинических признаков при химических ожогах пищевода не зависит от:**

- количества вещества
- концентрации вещества
- + времени суток
- длительности действия

**При каком заболевании пищевода отмечается «рвота» содержимым желудка:**

- атрезия пищевода
- врожденный стеноз пищевода
- халазия пищевода
- + ахалазия пищевода

**Какой тип атрезии пищевода встречается наиболее часто:**

- оба отрезка заканчиваются слепо
- верхний отрезок сообщается с трахеей, нижний заканчивается слепо
- + верхний отрезок заканчивается слепо, нижний сообщается с трахеей
- оба отрезка сообщаются с трахеей

**В эмбриональном развитии пищевод образуется из:**

- легочной ткани
- + краниального конца первичной кишки
- средней кишки
- ткани верхних дыхательных путей

**Когда происходит разделение пищевода от трахеи:**

- на 1-неделе эмбрионального развития
- на 2-3 неделе эмбрионального развития
- на 3-4 неделе эмбрионального развития
- + на 4-5 неделе эмбрионального развития

**Основным и важным клиническим признаком атрезии пищевода является:**

- кашель
- рвота с момента рождения
- + пенистые выделения изо рта
- повышенная температура тела

**Проба Кохена выполняется при:**

- атрезии пищевода
- атрезии 12 перстной кишки
- + трахеопищеводном свище
- врожденном стенозе пищевода

**Частота встречаемости диафрагмальных грыж у детей составляет:**

- 1:100
- 1:10000

- + 1:2500
- 1:1500

**Изолированный трахеопищеводный свищ встречается в:**

- + 3% случаев
- 2% случаев
- 5% случаев
- 7% случаев

**Врожденный стеноз пищевода располагается чаще всего в:**

- верхней трети пищевода
- + средней и нижней трети пищевода
- зоне бифуркации трахеи
- нижней трети пищевода

**Ахалазия пищевода это:**

- выпячивание передней стенки пищевода
- выпячивание задней стенки пищевода
- нарушение проходимости грудного отдела пищевода
- + нарушение проходимости кардиального отдела пищевода

**Рецидив трахеопищеводного свища после его разделения составляет:**

- 3-5%
- 2-10%
- + 5-15%
- 5-10%

**Гастроэзофагеальный рефлюкс в послеоперационном периоде у детей с атрезией пищевода встречается в:**

- + 40%
- 25%
- 30%
- 20%

**Стеноз пищевода в послеоперационном периоде у детей с атрезией пищевода встречается в:**

- 20-40%
- 40-50%
- 20-50%
- + 30-50%

**Перед отправкой ребенка с атрезией пищевода в детский хирургический стационар необходимо сделать следующее, кроме:**

- назначить викасол
- ввести антибиотики
- + получить стул
- в верхний сегмент пищевода ввести катетер для аспирации слюны

**Выраженность клинических признаков при химических ожогах пищевода не зависит от:**

- вида химического вещества
- количества вещества
- концентрации вещества
- + времени суток

**В каком возрасте чаще диагностируется бактериальная деструкция лёгких?**

- + от 4 до 7 лет
- от 8 до 11 лет
- от 12 до 15 лет
- от 4 до 10 лет

**Перечислите осложнения бактериальной деструкции лёгких:**

- + внутрилегочные, лёгочно-плевральные, медиастинальные
- менингеальные, перитониальные
- внутрилегочные, медиастинальные
- лёгочно-плевральные, менингеальные, перитонеальные

**Назовите изменения лёгких при врождённых диафрагмальных грыжах:**

- + гипоплазия
- агенезия
- секвестрация
- аплазия

**Назовите внутрилегочные осложнения бактериальной деструкции лёгких:**

- + абсцессы, буллы
- секвестрация
- гангрена
- гипоплазия

**Назовите лёгочно-плевральные осложнения бактериальной деструкции лёгких:**

- + пиоторакс, пиопневмоторакс



- секвестрация
- эмфизема лёгкого
- гипоплазия

**Перечислите медиастинальные осложнения бактериальной деструкции лёгких:**

- + пнемомедиастинум, пиомедиастинум
- булы
- секвестрация
- гипоплазия

**Напряжённый пиопневмоторакс при бактериальной деструкции лёгких характеризуются:**

- наличием гноя в плевральной полости
- наличием воздуха в плевральной полости
- смещением средостения в здоровую сторону
- + все верно

**На рентгенограмме на фоне измененной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:**

- абсцесс легкого
- пневмоторакс
- + буллезная форма бактериальной деструкции легких
- пиоторакс

**Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого:**

- пиопневмоторакс
- буллезная форма бактериальной деструкции легких
- + абсцесс легкого
- пиоторакс

**На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это обусловлено:**

- абсцессом легкого
- тотальной эмпиемы плевры
- осумкованным плевритом
- + плащевидным плевритом

**На рентгенограмме грудной клетки определяется пристеночное затемнение с четкими контурами:**

- буллезная форма бактериальной деструкции легких
- + фиброторакс
- плащевидный плеврит
- пиопневмоторакс

**На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону:**

- тотальная эмпиема плевры
- + ателектаз легкого
- напряженная тотальная эмпиема
- плащевидный плеврит

**На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону:**

- пневмоторакс
- гидропневмоторакс
- + напряженный гидропневмоторакс
- тотальная эмпиема плевры

**Основным видом лечения диффузного полипоза толстой кишки является:**

- симптоматическое лечение
- лучевая терапия, химиотерапия
- лечение клизмами
- + удаление полипов через эндоскоп

**Наиболее частым сопутствующим пороком при диафрагмальной грыже является:**

- врожденный пневмоторакс
- атрезия пищевода
- + открытый артериальный проток
- гидронефротическая трансформация почек

**На рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое:**

- напряженный гидропневмоторакс
- + напряженный пневмоторакс
- гигантский кортикальный абсцесс

- тотальная эмпиема плевры

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

- пункция абсцесса
- радикальная операция
- + бронхоскопическая санация
- дренирование плевральной полости

**При буллезной форме деструкции лёгких (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является:**

- пункция буллы
- + интенсивная терапия без вмешательства в очаг
- дренирование буллы
- бронхоскопический дренаж

**У больного с бактериальной деструкцией лёгких больших размеров буллезное образование в легком. Смещения средостения нет. Ему необходимо выполнить:**

- бронхоскопический дренаж
- интенсивную терапию без вмешательства в очаг
- + пункцию буллы
- дренирование буллы

**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

**При пиотораксе лечение предусматривает:**

- + все верно
- пункцию плевральной полости
- дренирование плевральной полости по Бюлау при безуспешных пункциях плевральной полости
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией при безуспешном дренировании плевральной полости по Бюлау

**При осумкованном гнойном плеврите лечение предусматривает:**

- дренирование плевральной полости по Бюлау
- пункцию плевральной полости

- + дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- радикальную операцию

**При тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания плевры, лечение предусматривает:**

- интенсивную терапию без вмешательства в очаг
- дренирование плевральной полости по Бюлау
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- + торакоскопическую санацию плевральной полости

**У больного парциальный пневмоторакс. Ему следует рекомендовать:**

- дренирование плевральной полости по Бюлау
- интенсивную терапию без вмешательства в очаг
- + плевральную пункцию
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией

**При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищем тактика лечения включает:**

- плевральную пункцию
- бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией
- дренирование плевральной полости по Бюлау
- + дренирование плевральной полости с активной аспирацией

**Полное разделение грудной и брюшной полостей диафрагмой у эмбриона завершается к:**

- 6-й неделе гестации
- + в начале 8-й недели гестации
- 10-й неделе гестации
- на 12-й неделе гестации

**У больного напряженный пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищем. Ему следует рекомендовать:**

- бронхоблокаду
- плевральную пункцию
- + дренирование плевральной полости по Бюлау
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией

**При простом пиопневмотораксе первоочередно необходимо выполнить:**

- + плевральную пункцию
- бронхоскопию
- дренирование плевральной полости по Бюлау

- торакоскопию с ультразвуковой санацией

**При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить:**

- плевральную пункцию
- дренирование плевральной полости по Бюлау при безуспешной плевральной пункции
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией при безуспешном дренировании плевральной полости по Бюлау
- + все верно

**При фибротораксе оптимальным методом лечения является:**

- радикальная операция
- + консервативная терапия, при неэффективности — радикальная операция
- плевральная пункция
- дренирование плевральной полости

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

- + пункцию кисты, дренирование кисты при безуспешной пункции кисты
- радикальную операцию
- консервативную терапию
- выжидательную тактику

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

- продолжение консервативного лечения
- выжидательную тактику
- + радикальную операцию
- дренирование кисты

**При напряженной солитарной кисте легкого следует выполнить:**

- + лобэктомию
- цистэктомию
- клиновидную резекцию
- краевую резекцию

**У ребенка 3 лет имеется правосторонний парциальный пневмоторакс. Чаще всего приводит к пневмотораксу в данном возрасте:**

- бронхиальная астма
- обтурационная эмфизема

- проникающее ранение грудной клетки
- + буллезная форма легочной деструкции

**Врожденная лобарная эмфизема возникает в результате:**

- нарушения формирования альвеолярных перегородок
- внутриутробной пневмонии
- недостаточного развития хрящей трахеи
- + недостаточного развития хрящей трахеобронхиального дерева

**Ведущим клиническим синдромом при врожденной лобарной эмфиземе является:**

- + синдром внутрилегочного напряжения
- острая почечно-печеночная недостаточность
- синдром угнетения ЦНС
- синдром внутриплеврального напряжения

**Грыжа Богдалека это:**

- + врожденная грыжа заднего отдела диафрагмы
- грыжа купола диафрагмы
- ретростерральная грыжа
- бедренная грыжа

**Основным методом лечения врожденной лобарной эмфиземы является:**

- пункция и дренирование пораженной доли
- выжидательная тактика
- + удаление пораженной доли
- консервативная противовоспалительная терапия

**Этиология и патогенез синдрома портальной гипертензии при внепеченочной форме включают:**

- идиопатическую трансформацию воротной вены
- тромбоз воротной вены
- флебит воротной вены
- + все верно

**Этиология и патогенез синдрома портальной гипертензии при внутрипеченочной форме включают:**

- хронический персистирующий гепатит
- цирроз печени
- атрезия желчных ходов
- + все верно

**Для внепеченочной формы синдрома портальной гипертензии характерны жалобы:**

- отсутствие симптомов в раннем детстве
- тяжесть в верхних отделах живота
- слабость, утомляемость, периодические боли в животе
- + все верно

**Для внепеченочной формы синдрома портальной гипертензии характерны симптомы:**

- + спленомегалия, рвота кровью
- гепатоспленомегалия
- желтуха
- резкое снижение массы тела

**Для внепеченочной формы синдрома портальной гипертензии характерны лабораторные признаки:**

- тромбоцитопения
- лейкопения
- анемия нормохромная
- + все верно

**Кровотечение при подозрении на синдром портальной гипертензии требует обследования:**

- + ФЭГДС, ангиографии
- лапароскопии
- рентгенографии пищевода и желудка
- гастротомии

**Для определения формы синдрома портальной гипертензии необходимо сделать:**

- спленопортографию
- пункционную биопсию печени
- УЗИ и доплереграфию сосудов системы воротной вены
- + все верно

**Для профилактики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода необходимо сделать:**

- резекцию пищевода
- гастротомию
- + склерозирование вен

- удаление расширенных вен с помощью эндоскопа

**Спленэктомия показана при следующих заболеваниях:**

- патология сосудов селезенки и системы воротной вены
- острый лейкоз
- + выраженная макроцитарная гемолитическая анемия
- паразитарные и гнойные заболевания селезенки
- спленомегалия

**Грыжа Морганьи это:**

- грыжа заднего отдела диафрагмы
- грыжа купола диафрагмы
- + ретростернальная грыжа
- прямая паховая грыжа

**Ректороманоскопия при портальной гипертензии выявляет:**

- язвы в области прямой кишки
- + варикозно расширенные геморроидальные вены
- трещины в области анального отверстия
- симптом проктита

**В лечении синдрома портальной гипертензии (СПГ) выделяют следующие основные направления:**

- эндоскопическое склерозирование варикозно расширенных вен пищевода
- операции портосистемного шунтирования
- операции портосистемного разобщения
- трансплантация печени
- + все перечисленное верно

**Портальной гипертензией считается повышение давления в системе воротной вены:**

- + выше 10-12 мм. рт. ст.
- выше 1-2 мм. рт. ст.
- выше 4-6 мм. рт. ст.
- выше 6-8 мм. рт. ст.

**Самые опасные коммуникации, вызывающие тяжелые кровотечения, развиваются:**

- + в стенке пищевода
- в стенке толстой кишки
- в стенке тонкой кишки



- в стенке прямой кишки

**Ультразвуковое исследование позволяет:**

- неинвазивно оценить состояние печени
- неинвазивно оценить состояние селезенки
- наличие или отсутствие асцита
- + все перечисленное

**Допплерография воротной системы печени позволяет:**

- + уточнить качественные и количественные характеристики воротного кровотока
- неинвазивно оценить состояние печени
- предполагаемый уровень сосудистого блока
- неинвазивно оценить состояние селезенки

**Спленопортография, компьютерная ангиография позволяют:**

- точно визуализировать систему воротной вены
- определить вариант гемодинамического блока
- характер и степень выраженности коллатералей
- + все перечисленное верно

**Биопсия печени необходима:**

- для уточнения этиологии заболевания
- для уточнения характера и степени цирротических и других изменений в печени
- для определения необходимости трансплантации печени
- + все перечисленное верно

**Признаками гиперспленизма являются изменения в пунктате костного мозга:**

- снижение лейко-эритроцитарного индекса и индекса созревания эритроцитов
- снижение количества мегакариоцитов и тромбоцитов
- угнетение функции мегакариоцитов и тромбоцитов
- + все перечисленное верно

**Для профилактики пищеводных кровотечений, лечения портальной гипертензии или ее осложнений могут использоваться следующие хирургические методы:**

- операции портосистемного шунтирования, операция мезентерико-портального шунтирования
- операции портосистемного разобщения
- операции, направленные на улучшение печеночного кровотока и регенерацию

печени

- операции, направленные на отведение асцитической жидкости из брюшной полости
- + все перечисленное верно

**Укажите какими расстройствами проявляется «асфиксическое ущемление»:**

- + острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность
- острая кишечная непроходимость
- острая печеночная недостаточность
- острая почечная недостаточность

**У ребенка в течение 12 часов приступообразные боли в животе, задержка отхождения газов, рвота. Год назад оперирован по поводу аппендицита.**

**Обследование начинают:**

- + с обзорной рентгенографии
- с дачи бариевой взвеси через рот
- с гипертонической клизмы
- с ректального исследования

**У ребенка странгуляционная непроходимость. Необходимо:**

- наблюдение
- дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов
- срочная операция
- + операция после предоперационной подготовки

**У ребенка на 4 сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходимы:**

- срочная операция
- дача бария, наблюдение
- + проведение консервативных мероприятий
- операция в плановом порядке

**Ребенок оперирован год назад по поводу перитонита. Жалобы на боли в животе, рвоту, задержку стула. Обследование начинают с:**

- ректального исследования пальцем
- ирригографии с воздухом
- + обзорной рентгенографии брюшной полости стоя
- введения зонда в желудок

**При ранней спаечной непроходимости консервативное лечение проводят:**

- 3-6 часов
- 6-12 часов
- + 12-24 часа
- 48-72 часа

**При поздней спаечной непроходимости кишечника консервативные мероприятия следует проводить в течение:**

- + 3-6 часов
- 6-12 часов
- 12-24 часа
- 24-48 часов

**У ребенка 12 лет 7 сутки после операции аппендэктомии клиническая картина странгуляционной непроходимости. Центральное венозное давление - 0. Ваша тактика:**

- срочная операция
- операция при неэффективности консервативной терапии
- + операция послепредоперационной подготовки
- наблюдение

**Появление "шума плеска" при острой кишечной непроходимости объясняется:**

- наличием выпота в брюшной полости
- + скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
- скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
- наличием свободного газа в брюшной полости

**Выберите правильную тактику в начальной стадии обтурационной кишечной непроходимости:**

- экстренная операция
- плановая операция непроходимости
- + оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий
- назогастральная интубация

**Для заворота сигмовидной кишки характерны следующие симптомы, кроме:**

- асимметрии живота
- "шума плеска"
- симптома Цегефон Мантейфеля
- + рвоты

**С какого минимального срока гестации можно выявить врождённую диафрагмальную грыжу:**

- 7 недель
- 14 недель
- + 21 неделю
- 28 недель

**Консервативное лечение обтурационной кишечной непроходимости заключается в следующем:**

- введение прокинетики
- + сифонная клизма
- коррекция температурной константы
- введение препаратов, усиливающих моторику кишечника

**Наиболее ранним и постоянным симптомом острой тонкокишечной непроходимости является:**

- усиление перистальтики
- + схваткообразные боли в животе
- асимметрия живота
- рвота

**Не нарушается кровообращение в брыжейке кишки при:**

- завороте
- + обтурации
- злообразовании
- инвагинации

**Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при:**

- злообразовании
- ущемлении кишки
- + динамической непроходимости
- обтурации желчным камнем

**Проба Шварца - это проба на:**

- наличие билирубина-глюкоронида
- переносимость лекарств
- + исследование пассажа бария по кишечнику
- коагулопатию

**На выбор лечебной тактики при острой кишечной непроходимости не**

**Влияет лишь:**

- уровень непроходимости
- наличие перитонеальных симптомов
- + интенсивность болей
- рентгенологические данные

**Способствовать развитию странгуляционной кишечной непроходимости может:**

- + длинная узкая брыжейка
- энтероколит
- полипы в кишке различной локализации
- попадание инородных тел

**При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится:**

- + обзорная рентгенография брюшной полости
- исследование пассажа бария по кишечнику
- эзофагогастродуоденоскопия
- лапароскопия

**Основным в диагностике острой кишечной непроходимости является:**

- анамнез и лабораторные данные
- клиническое течение заболевания
- + рентгенологическая картина
- физикальное обследование

**По механизму возникновения приобретенная непроходимость кишечника делится на:**

- острую и хроническую
- толстокишечную, тонкокишечную и смешанную
- + обтурационную, странгуляционную и смешанную
- паралитическую и спастическую

**Назовите лечебное учреждение где должны быть приняты роды если установлен диагноз врождённой диафрагмальной грыжи у ребёнка по приказу МЗ РБ:**

- районный родильный дом
- областной родильный дом
- + родильный дом 7-ой городской больницы г. Минска
- роды только по месту проживания

**Болевой синдром при странгуляционной непроходимости кишечника характеризуется:**

- постоянной тупой болью в животе
- острой "кинжальной" болью
- незначительными интермиттирующими болями в различных отделах брюшной полости
- + сильными схваткообразными болями

**Основной причиной паралитической кишечной непроходимости считается:**

- инвагинация
- + перитонит
- каловый завал
- энтероколит

**Боль при кишечной непроходимости характеризуется всем, кроме того, что она:**

- слабее между приступами
- локализуется в области пупка
- коликообразная
- + начинается постепенно

**При послеоперационном парезе кишечника возможно применение:**

- назогастральное зондирование
- холинэргетиков
- электро- и лазерной стимуляции
- + всех этих средств стимуляции кишечника

**Какой вид острой кишечной непроходимости вызывает ретроградное ущемление тонкой кишки?**

- функциональную
- обтурационную
- странгуляционную
- + смешанную

**Дивертикул Меккеля может быть причиной:**

- кишечной непроходимости
- перфорации
- кровотечения
- + все перечисленное верно

**Какие сроки консервативной терапии допустимы у детей при ранней**

**спаечной непроходимости кишечника?**

- 3-6 часов
- 1-2 суток
- + 12-24 часа
- 3-4 суток

**Какие сроки консервативной терапии допустимы у детей при поздней спаечной непроходимости?**

- + 3-6 часов
- 1-2 суток
- 12-24 часа
- 3-4 суток

**Наиболее частой причиной обтурационной кишечной непроходимости у детей является:**

- обтурация гельминтами
- усиление перистальтики
- + каловый завал
- попадание инородных тел

**Дайте характеристику множественной травме:**

- + повреждение двух и более органов в одной анатомической области
- повреждения внутренних органов в различных анатомических полостях либо фасциальных пространствах
- повреждения, нанесенные несколькими этиологическими факторами
- повреждается один внутренний орган или сегмент опорно-двигательного аппарата

**Все названные заболевания развиваются на почве нарушения нормального вращения кишечника, кроме:**

- + пупочная грыжа
- заворот средней кишки
- синдром Ледда
- внутреннее ущемление грыжи

**Дайте характеристику сочетанной травме:**

- повреждение двух и более органов в одной анатомической области
- + повреждения внутренних органов в различных анатомических полостях либо фасциальных пространствах
- повреждения, нанесенные несколькими этиологическими факторами
- повреждается один внутренний орган или сегмент опорно-двигательного

аппарата

**Дайте характеристику комбинированной травме:**

- повреждение двух и более органов в одной анатомической области
- повреждения внутренних органов в различных анатомических полостях либо фасциальных пространствах
- + повреждения, нанесенные несколькими этиологическими факторами
- повреждается один внутренний орган или сегмент опорно-двигательного аппарата

**Дайте характеристику политравме:**

- повреждения внутренних органов в различных анатомических полостях либо фасциальных пространствах
- + повреждения, каждое из которых само по себе может привести к летальному исходу
- повреждается один внутренний орган или сегмент опорно-двигательного аппарата
- повреждения, нанесенные несколькими этиологическими факторами

**Травма представляющая наибольшую угрозу жизни ребенка:**

- + повреждение органа с кровотечением
- ушиб передней брюшной стенки
- сотрясение головного мозга, ушиб внутренних органов
- сотрясение головного мозга с переломом костей голени

**Наиболее достоверный метод диагностики внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря:**

- обзорная урография
- катетеризация мочевого пузыря
- УЗИ
- + цистоскопия

**Наиболее достоверный метод диагностики разрыва почки:**

- обзорная урография
- пневмоцистография
- УЗИ
- + экскреторная урография

**У больного с тяжелой черепно-мозговой травмой после 3-х часов наблюдения сохраняется подозрение на внутрибрюшное кровотечение.**

**Ваша тактика:**



- + лапароцентез
- срочная операция
- Р-графия брюшной полости
- повторные лабораторные исследования

**Как зашивается рана печени:**

- Х-образным швом
- узлообразным швом
- незашивая тампонируется сальником
- + П-образным швом

**Осложнение характерное при разрыве полого органа:**

- сепсис
- + перитонит
- пневмония
- анемия

**Причина шока при повреждениях органов брюшной полости:**

- головная боль
- + кровотечение
- высокая температура
- судороги

**Дефицитом ферментов какого органа обусловлена мекониальная непроходимость:**

- тонкой кишки
- клеток островков Лангерганса
- печени
- + внешнесекреторного аппарата поджелудочной железы

**Характер рвоты при разрыве полого органа у больного через сутки после травмы:**

- + рвота с желчью
- однократная рвота
- рвота с примесью крови
- рвота не переваренной пищей

**Положение больного при разрыве печени:**

- вынужденное полусидящее
- + лежит на правом боку
- лежит на спине

- лежит на животе

**Характерный симптом при повреждении селезенки:**

- симптом Гиппократата
- + симптом «Ваньки-встаньки»
- симптом Щеткина-Блюмберга
- симптом «песочных часов»

**Характерный признак повреждения паренхиматозного органа с кровотечением в брюшную полость:**

- рвота с примесью крови
- рвота с примесью желчи
- гипертермия
- + частый пульс

**Положение больного при рентгенологическом исследовании с подозрением на повреждение органов брюшной полости:**

- положение лежа (горизонтальное)
- положение Тренделенбурга
- положение Вангенстина
- + положение стоя (вертикальное)

**Рентгенологический признак характерный для разрыва полого органа:**

- чаши Клойбера
- пневматоз кишечника
- + газ в свободной брюшной полости
- два уровня жидкости с газовым пузырьем

**Какое рентгенологическое исследование необходимо проводить при подозрении на разрыв полого органа:**

- ирригография
- экскреторная урография
- + обзорная рентгенография брюшной полости
- рентгенография с дачей через рот взвеси «бария»

**Характер боли при повреждении тонкой кишки:**

- приступообразная
- + резкая постоянная
- схваткообразная
- колющая

**Характер боли при повреждении желудка:**

- приступообразная
- + кинжальная
- тупая
- схваткообразная

**При разрыве полого органа выявляется положительный симптом:**

- + Щеткина-Блюмберга
- Вайнера
- Куленкампа
- Кохера

**Какие симптомы не характерны для врожденной кишечной непроходимости:**

- задержка стула
- вздутый живот
- видимая перистальтика кишечника
- + отсутствие рвоты

**Тактика при разрыве селезенки:**

- экстренная лапароскопия
- экстренная спленорафия
- + УЗИ, наблюдение в интенсивной терапии
- лапаротомия, спленэктомия

**Характерный симптом при повреждении селезенки:**

- рвота
- + Вейнера
- Щеткина-Блюмберга
- Воскресенского

**Показания к спленэктомии:**

- маленькие надрывы
- + разможжение селезенки
- субкапсулярный разрыв селезенки с гематомой
- разрыв капсулы селезенки

**Наиболее оптимальный метод диагностики повреждения печени и селезенки:**

- + УЗИ
- лапароскопия

- обзорная рентгенография органов брюшной полости
- лапароцентез

**Симптом «серповидной полости» бывает при:**

- повреждении печени
- + повреждении кишечника
- повреждении селезенки
- повреждении поджелудочной железы

**Характерный симптом при повреждении полого органа:**

- + исчезновение печеночной тупости при перкуссии
- симптом Ровзинга
- положительный симптом Пастернацкого
- симптом Кохера

**Наиболее информативный метод исследования при разрывах печени и селезенки:**

- обзорная рентгенография брюшной полости
- пункция Дугласова пространства
- ФГДС
- + УЗИ

**Наиболее частое осложнение разрыва полого органа:**

- эвентрация
- спаечная болезнь
- сепсис
- + перитонит

**Повреждение какого полого органа наиболее трудно для диагностики:**

- + повреждение внебрюшинной части 12-перстной кишки
- повреждение подвздошной кишки
- повреждение слепой кишки
- повреждение тощей кишки

**Характерный симптом при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря:**

- + острая задержка мочи
- постоянные позывы на мочеиспускание
- частое болезненное мочеиспускание
- кровавая моча

**Наиболее эффективным методом диагностики одиночных полипов прямой**

**кишки является:**

- + ректороманоскопия
- пальцевое исследование
- ирригоскопия
- колоноскопия

**Наличие двух уровней на обзорной рентгенограмме у новорожденного соответствует:**

- атрезии тощей кишки
- острой форме болезни Гиршпрунга
- атрезии пилорического канала
- + полной врожденной непроходимости 12-перстной кишки

**Лечебная тактика при внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря:**

- катетеризация мочевого пузыря
- экстренная цистостомия
- + экстренная лапаротомия
- кровоостанавливающая терапия

**Наиболее частое, грозное осложнение внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря:**

- сепсис
- + перитонит
- шок
- анурия

**Какое количество крови в брюшной полости у детей старшего возраста необходимо для появления симптома «притупления в отлогих местах»:**

- 300 мл
- + 500 мл
- 250 мл
- 400 мл

**К достоверным симптомам внутригрудных повреждений относятся:**

- одышка
- + гемоторакс
- гематомы в области грудной клетки
- резкая боль при дыхании

**Закрытый пневмоторакс это:**

- пневмоторакс без повреждения кожного покрова

- + однократное попадание воздуха в плевральную полость
- пневмоторакс с повреждением кожного покрова
- при акте дыхания пневмоторакс не нарастает

**Открытый пневмоторакс это:**

- при вдохе воздух попадает в плевральную полость
- пневмоторакс с повреждением кожного покрова
- при вдохе воздух засасывается в плевральную полость, а при выдохе не выходит из нее
- + при вдохе воздух засасывается в плевральную полость, а при выдохе выходит из нее

**Клапанный (напряженный) пневмоторакс это:**

- пневмоторакс с повреждением кожного покрова
- при вдохе воздух попадает в плевральную полость
- + при вдохе воздух засасывается в плевральную полость, а при выдохе не выходит из нее
- при вдохе воздух засасывается в плевральную полость, а при выдохе выходит из нее

**Первая помощь при закрытом пневмотораксе:**

- торакоцентез
- дренирование плевральной полости
- + наблюдение
- торакотомия

**Первая помощь при открытом пневмотораксе:**

- торакоцентез
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- дренирование плевральной полости с пассивной аспирацией
- + перевести в закрытый пневмоторакс

**Первая помощь при клапанном пневмотораксе (внутреннем):**

- наложить герметичную повязку
- + перевести в открытый пневмоторакс
- перевести в закрытый пневмоторакс
- дыхание через кислородную маску

**К чему приводит задержка развития «вакуолизации» первичной кишечной трубки:**

- эмбриональной грыже

- + атрезии 12-перстной кишки
- кольцевидной поджелудочной железе
- истинной мегадуоденум

**Активная аспирация осуществляется при помощи:**

- + электровакуумных аппаратов, «груши», «гармошки»
- дренажа по Бюлау, электровакуумных аппаратов
- водоструйный насос, дренажа по Бюлау
- дренажом Джексона-Пратта, дренажа по Бюлау

**Гемоторакс это:**

- наличие воздуха в плевральной полости
- наличие гноя и воздуха в плевральной полости
- + наличие крови в плевральной полости
- наличие крови и воздуха в плевральной полости

**Что такое малый гемоторакс?**

- уровень крови достигает середины лопатки
- уровень крови достигает в/3 лопатки
- уровень крови достигает ключицы
- + уровень крови достигает нижнего угла лопатки

**Что такое средний гемоторакс?**

- + уровень крови достигает середины лопатки
- уровень крови достигает в/3 лопатки
- уровень крови достигает ключицы
- уровень крови достигает нижнего угла лопатки

**Что такое большой гемоторакс?**

- + уровень крови выше середины лопатки
- уровень крови достигает ключицы
- уровень крови достигает н/3 лопатки
- уровень крови достигает нижнего угла лопатки

**Чем проявляется «газовый синдром» при травме груди?**

- подкожная эмфизема и закрытый перелом ребер
- эмфизема средостения и открытый перелом ребер
- + эмфизема средостения и подкожная эмфизема
- подкожная эмфизема и открытый перелом ребер

**Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для**

### **диагностики пневмоторакса?**

- рентгенография грудной клетки в положении лежа
- + рентгенография грудной клетки в вертикальном положении
- УЗИ
- рентгенография грудной клетки в положении Тренделенбурга

### **Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для диагностики пневмоторакса?**

- рентгенография грудной клетки в положении лежа
- + компьютерная томография
- УЗИ
- рентгенография грудной клетки в положении Тренделенбурга

### **Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для диагностики гемоторакса?**

- рентгенография грудной клетки в положении лежа
- рентгенография грудной клетки в положении лежа, на боку
- исследование красной крови
- + рентгенография грудной клетки в вертикальном положении

### **Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для диагностики гемоторакса?**

- рентгеноскопия грудной клетки
- рентгенография грудной клетки в положении лежа
- исследование красной крови
- + компьютерная томография

### **Какой диагноз подтверждает наличие «немой зоны» на обзорной Р-грамме брюшной полости новорожденного, страдающего рвотой:**

- атрезия тонкой кишки
- острая форма болезни Гиршпрунга
- кольцевидная поджелудочная железа
- + незавершенный поворот средней кишки

### **У больного с тяжелой черепно-мозговой травмой после 3-х часов наблюдения сохраняется подозрение на внутрибрюшное кровотечение.**

#### **Ваша тактика:**

- + лапароскопия
- срочная операция
- Р-графия брюшной полости
- повторные лабораторные исследования



**Тактика при разрыве селезенки:**

- экстренная лапароскопия
- диагностическая лапаротомия
- + УЗИ, гемостатическая терапия, наблюдение в динамике
- лапаротомия, спленэктомия

**Симптом Куленкампа это:**

- при перкуссии живота определяется притупление в отлогих местах
- при перкуссии живота исчезновение «печеночной тупости»
- + перкуссия по мягкой или почти мягкой брюшной стенке вызывает сильную болезненность
- резкая болезненность при пальпации в правой подвздошной области

**Показания к аутотрансплантации ткани селезенки:**

- маленькие надрывы
- + разможжение селезенки
- субкапсулярный разрыв селезенки с гематомой
- разрыв капсулы селезенки

**Показания к спленэктомии:**

- маленькие надрывы
- + отрыв от сосудистой ножки
- субкапсулярный разрыв селезенки с гематомой
- разрыв капсулы селезенки

**К достоверным симптомам внутригрудных повреждений относятся:**

- + пневмоторакс
- одышка
- гематомы в области грудной клетки
- резкая боль при дыхании

**К достоверным симптомам внутригрудных повреждений относятся:**

- вынужденное положение пациента
- + эмфизема
- гематомы в области грудной клетки
- резкая боль при дыхании

**К достоверным симптомам внутригрудных повреждений относятся:**

- вынужденное положение пациента
- резкая боль при дыхании

- гематомы в области грудной клетки
- + кровохарканье

**Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для диагностики гемоторакса?**

- рентгеноскопия грудной клетки
- рентгенография грудной клетки в положении лежа
- исследование красной крови
- + компьютерная томография

**У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать:**

- + рентгенографию брюшной полости
- лапароцентез
- лапароскопию
- ультразвуковое исследование

**При каком заболевании может наблюдаться рвота кишечным содержимым:**

- + перитонит
- пилоростеноз
- гастроэзофагеальный рефлюкс
- препилорическая мембрана

**Ребенок 5 лет проглотил гвоздь длиной 40 мм. На обзорной рентгенограмме гвоздь в желудке. В этом случае наиболее рациональна:**

- гастроскопия
- + наблюдение
- стимуляция моторики кишечника
- дача бариевой взвеси и наблюдение

**Ребенок 5 лет, 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. При рентгенологическом исследовании гвоздь фиксирован в желудке. В этом случае наиболее рациональна:**

- + гастроскопия
- гастротомия
- наблюдение
- лапароскопия

**Симптом Куленкампа определяется при:**

- разрыве желудка
- разрыве 12 перстной кишки

- + внутрибрюшном кровотоке
- разрыве почки

**Нижней стенкой пахового канала является:**

- поперечная фасция
- нижний край наружной косой мышцы живота
- Жимбернатова связка
- + паховая связка

**Рихтеровским ущемлением называется:**

- + пристеночное
- сигмовидной кишки в скользящей грыже
- желудка в диафрагмальной грыже
- Меккелева дивертикула

**Наличие яичка в грыжевом мешке характерно для грыжи:**

- ущемленной
- бедренной
- + врожденной
- косой паховой

**Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать:**

- + с ущемленной паховой грыжей
- с бронхопневмонией
- с острым отитом
- с лимфаденопатией

**Методом, облегчающим дифференцировку пахово-мошоночной грыжи и водянки яичка, является:**

- аускультация
- экстренная операция
- + трансиллюминация
- пальпация

**Для ущемления грыжи не характерно наличие:**

- резких болей в области грыжи
- внезапного развития заболевания
- + положительного кашлевого толчка
- невраваемости грыжи

**Грыжевой мешок врожденной грыжи образован:**

- брыжейкой кишки
- + влагалищным отростком брюшины
- висцеральной брюшиной
- поперечной фасцией

**При каком заболевании может наблюдаться рвота кишечным содержимым:**

- + острая форма болезни Гиршпрунга
- атрезия 12-перстной кишки
- препилорическая мембрана
- пилоростеноз

**К признакам скользящей грыжи относят:**

- легкая вправляемость
- врожденная природа
- + одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости
- проникновение между мышцами и апоневрозом

**Показанием к экстренной операции при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:**

- наличие грыжевого выпячивания
- + появление перитонеальных признаков
- повышение температуры
- дизурические явления

**Чаще всего в образовании скользящей грыжи участвуют:**

- тощая и подвздошная кишка
- сигмовидная и нисходящая кишка
- + слепая кишка и мочевого пузыря
- жировые подвески ободочной кишки

**Отличить пахово-мошоночную грыжу от водянки оболочек яичка позволяет:**

- осмотр
- + диафаноскопия
- рентгеноскопия
- перкуссия

**При лечении пупочных грыж у детей используется пластика:**

- по Сапежко
- + по Шпици
- по Мейо

- по Мартынову

**Верхняя часть скарпова треугольника отграничена:**

- гребешковой фасцией
- + паховой связкой
- лакунарной связкой
- Жимбернатовой связкой

**Чаще всего при паховой грыже ущемляется:**

- большой сальник
- + тонкая кишка
- толстая кишка
- мочевого пузырь

**При каких грыжах грыжевой мешок чаще бывает многокамерным, с дополнительными перегородками, карманами, кистами?**

- паховых
- бедренных
- пупочных
- + послеоперационных вентральных

**Какой из факторов определяет абсолютные показания к операции при самопроизвольно вправившейся ущемленной грыже?**

- + наличие симптомов перитонита
- сроки с момента ущемления
- сопутствующие заболевания
- неполноценное обследование больного

**Какие из перечисленных органов могут быть стенкой грыжевого мешка при скользящей паховой грыже справа?**

- тонкая кишка
- правая почка
- + мочевого пузырь
- левый яичник с маточной трубой

**При каком заболевании может наблюдаться рвота кишечным содержимым:**

- гастроэзофагеальный рефлюкс
- атрезия 12-перстной кишки
- + атрезия прямой кишки
- пилоростеноз

**Какие из перечисленных признаков характерны для ущемленной паховой грыжи в ранние сроки заболевания?**

- + внезапная боль в области грыжевого выпячивания
- симптомы перитонита
- флегмона грыжевого мешка
- положительный симптом "кашлевого толчка"

**Что рекомендовать больному 8 лет без грубой соматической патологии при частых ущемлениях пахово-мошоночной грыжи?**

- консервативное лечение, направленное на регуляцию стула
- экстренная операция –грыжесечение
- + плановая операция после амбулаторного обследования
- госпитализация наблюдение в хирургическом отделении

**Больной с ущемленной пахово-мошоночной грыжей поступил на 3-и сутки от начала заболевания. Температура до 39°C, гиперемия, инфильтрация и отек мошонки. Какое осложнение наблюдается у больного?**

- некроз яичка
- фуникулит
- + флегмона грыжевого мешка
- острый орхит

**У больного 10 лет через год после операции по поводу правосторонней паховой грыжи вновь появилось грыжевое выпячивание. Ваши действия?**

- наблюдение, операция при ущемлении грыжи
- оперировать при прогрессирующем увеличении грыжи
- наблюдение, исключение тяжелой физической нагрузки
- + плановая операция до развития осложнений или увеличения грыжи

**У кого чаще наблюдаются бедренные грыжи?**

- у мальчиков
- + у девочек
- в раннем детском возрасте
- у подростков

**Укажите характерные симптомы ущемления в грыже мочевого пузыря:**

- боли в области грыжевого выпячивания
- задержка стула и газов
- + дизурия, гематурия
- диспепсия

**При левосторонней осложненной паховой грыже наблюдаются следующие симптомы, кроме:**

- превращение вправляемой грыжи в невправляемую
- ущемление грыжи
- травматизация и атрофия тканей передней брюшной стенки
- + лимфостаз нижних конечностей

**Укажите формы грыж, которые не имеют грыжевого мешка:**

- эмбриональные пупочные
- скользящие
- + ложные травматические
- диафрагмальные

**Какие из перечисленных видов грыж относятся к внутренним?**

- диафрагмальные грыжи
- спигелевой линии
- + грыжи Трейтца
- френоперикардальные грыжи

**Что такое Рихтеровское ущемление грыжи?**

- ущемление перекрученной сигмовидной кишки
- ущемление желудка в диафрагмальной грыже
- + любое пристеночное ущемление кишки
- ущемление Меккелева дивертикула в паховой грыже

**При каком заболевании может наблюдаться мекониальная рвота:**

- атрезия 12-перстной кишки
- препилорическая мембрана
- гастроэзофагеальный рефлюкс
- + врожденная непроходимость нисходящего отдела толстой кишки

**Какова клиническая картина при Рихтеровском ущемлении?**

- + стертость клинической картины с минимальными изменениями в области грыжевого мешка
- быстрое развитие клиники тонкокишечной непроходимости
- возникает клиника толстокишечной непроходимости
- появляются симптомы внутрибрюшного кровотечения

**Для грыжи Литтре характерно ущемление:**

- тонкой кишки
- придатков матки

- + червеобразного отростка
- мочевого пузыря

**Укажите признаки нежизнеспособности тонкой кишки при ущемленной паховой грыже:**

- гиперемия стенки кишки
- светлый выпот в грыжевом мешке
- + сегмент кишки черного цвета с фибрином
- пульсация сосудов брыжейки ущемленной кишки сохранена

**Укажите вариант врожденной кишечной непроходимости при котором в рвотных массах отсутствует желчь:**

- + препилорическая мембрана
- кольцевидная поджелудочной железы
- мекониальная непроходимость
- синдром Ледда

**Укажите вариант врожденной кишечной непроходимости при котором в рвотных массах отсутствует желчь:**

- мекониальная непроходимость
- кольцевидная поджелудочной железы
- + атрезия проксимального отдела 12-перстной кишки
- атрезия дистального отдела 12-перстной кишки

**Укажите вариант врожденной кишечной непроходимости при котором в рвотных массах отсутствует желчь:**

- мекониальная непроходимость
- атрезия дистального отдела 12-перстной кишки
- синдром Ледда
- + пилоростеноз