

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра – Детской хирургии

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ ДИСЦИПЛИНЫ
«Детская хирургия»**

Перечень оценочных материалов

Раздел 1. Абдоминальная хирургия.

(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Тема 1. Анатомо-физиологические особенности детского организма в различные возрастные периоды, их роль в возникновении и течении хирургических заболеваний

Контрольные вопросы:

1. *Анатомо-физиологические особенности новорожденных.*
2. *Что такое дозревание детского организма?*

Тема 2 Острый аппендицит. Перитонит

Контрольные вопросы:

1. *Этиология и патогенез*
2. *Классификация острого аппендицита.*
3. *Клиника и диагностика острого аппендицита.*
4. *Особенности клинической картины при атипичном расположении червеобразного отростка*
5. *Дифференциальная диагностика острого аппендицита*
6. *Предоперационная подготовка*
7. *Способы оперативного лечения*
8. *Ведение больных в послеоперационном периоде*
9. *Пред- и послеоперационные осложнения острого аппендицита.*
10. *Классификация перитонитов.*
11. *Клиника и диагностика перитонита.*
12. *Предоперационная подготовка при перитоните*
13. *Перитонит новорожденных.*
14. *Криптогенный перитонит.*

Тема 3 Болезнь Гиришпрунга.

Контрольные вопросы:

1. *Этиология (эмбриогенез и его нарушения, роль задержки дифференциации клеток в Нейробласты.*
2. *Патофизиология (нарушение функции аганглионарного сегмента, ректоанального рефлекса, изменение гормонального спектра кишечника)*
3. *Патанатомия (анатомические формы болезни Гиришпрунга)*
4. *Синдром хронических запоров. Особенности физикального обследования ребенка с хроническими запорами*
5. *Методы диагностики болезни Гиришпрунга*
6. *Консервативные мероприятия как этап подготовки к операции: опорожнение кишечника с помощью клизм (правила их проведения), массаж живота, диетотерапия, слабительные, физиотерапия*
7. *Показания к наложению колостомы; выбор места для наложения колостомы*
8. *Сроки оперативных вмешательств при болезни Гиришпрунга (одноэтапного и основного*

- этапа при наличии колостомы)
9. Виды операций при болезни Гиришпунга
 10. Послеоперационные осложнения
 11. Сроки оперативных вмешательств (период новорожденности или ранний грудной возраст)
 12. Болезнь Гиришпунга с врожденной низкой кишечной непроходимостью
 13. Тотальный аганглиоз толстой кишки
 14. Методы оперативных вмешательств

Тема 4. Кишечная непроходимость

1. Лечение больных в раннем послеоперационном периоде.
2. Задачи диспансерного наблюдения и профилактика рецидива заболевания.
3. Какие симптомы характерны для обтурационной кишечной непроходимости?
4. При каком виде кишечной непроходимости могут быть кровянистые выделения из заднего прохода?
5. Что характерно для низкой обтурационной кишечной непроходимости?
6. Чем объясняется появление "шума плеска" при острой кишечной непроходимости?
7. Каковы характерные признаки острой механической кишечной непроходимости?
8. В чем заключаются лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости?
9. Что может являться причиной тонкокишечной механической непроходимости?
10. Какие диагностические мероприятия проводятся при подозрении на острую кишечную непроходимость?
11. При каких видах непроходимости быстро развивается некроз кишки?
12. С какой целью проводится обзорная рентгеноскопия брюшной полости при "остром животе"?
13. Назовите факторы, способствующие развитию странгуляционной кишечной непроходимости.
14. Назовите решающие методы исследования в постановке диагноза "кишечная непроходимость".
15. В каких случаях применяют только консервативное лечение острой кишечной непроходимости?
16. Каковы причины развития паралитической кишечной непроходимости?
17. Какая клиническая картина характерна для паралитической кишечной непроходимости?
18. Какие симптомы, характерны для острой кишечной непроходимости?
19. На какие признаки необходимо ориентироваться при определении жизнеспособности кишки при странгуляционной кишечной непроходимости?
20. Какова симптоматика высокой тонкокишечной непроходимости?
21. К какому виду кишечной непроходимости относится заворот тонкой кишки?
22. Что имеет значение при определении показаний к оперативному лечению при завороте сигмовидной кишки?

Тема 5. Ущемлённая грыжа

1. Определение и классификация грыж передней брюшной стенки.
2. Этиология грыж передней брюшной стенки. Предрасполагающие факторы.
3. Клинические проявления грыж передней брюшной стенки.

4. *Диагностика грыж передней брюшной стенки.*
5. *Лечение грыж передней брюшной стенки.*
6. *Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки для возникновения пупочной грыжи.*
7. *Сроки и принципы хирургического лечения пупочной грыжи у детей.*
8. *Паховая грыжа. Значение нарушения облитерации вагинального отростка в образовании паховых грыж у детей.*
9. *Сроки и принципы хирургического лечения паховой грыжи у детей.*
10. *Осложнение паховой грыжи - ущемление. Клиника и диагностика.*
11. *Особенности хирургической тактики при ущемленной паховой грыже.*
12. *Редкие формы грыж передней брюшной стенки.*

Тема 6. Желудочно-кишечное кровотечение

1. *Классификацию кровотечений в зависимости от уровня кровотечения.*
2. *Перечень заболеваний вызывающих кровотечения со всех трех уровней ЖКТ.*
3. *Заболевания, которые могут дать кровотечение из любых отделов ЖКТ.*
4. *Клиника ЖКК.*
5. *Диагностику и дифференциальную диагностика ЖКК.*
6. *Дополнительные методы обследования при ЖКК.*
7. *Первая помощь при ЖКК.*
8. *Методы лечения ЖКК: консервативные и оперативные.*

Тема 7. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

1. *Охарактеризуйте особенности приобретенных заболеваний желудка и 12-перстной кишки;*
2. *Этиология, патогенез, классификация язвенной болезни у детей;*
3. *Назовите принципы классификации язвенной болезни;*
4. *Опишите клинику ЯБ желудка и 12-перстной кишки;*
5. *Методы исследования функциональных нарушений и заболеваний желудка и 12-ПК;*
6. *Внутрижелудочковая рН-метрия, определение кислотообразующей и ощелачивающей функций;*
7. *Диагностика Нр-инфекции: инвазивные методы (гистологический, бактериологический, биохимический - уреазный тест);*
8. *Неинвазивные методы (серологический, ПЦР, дыхательный тест);*
9. *Критерии постановки диагноза язвенная болезнь;*
10. *Дифференциальный диагноз язвенной болезни с другими заболеваниями пищеварительного тракта;*
11. *Принципы терапии, профилактики и диспансерного наблюдения пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-ПК.*

Тема 8. Холецистит. Желчекаменная болезнь. Панкреатит

1. *Клинико-морфологическая классификация острого панкреатита.*
2. *Основные три группы причин острого панкреатита.*
3. *Основной механизм развития панкреатита.*
4. *Принципы лечебных мероприятий.*
5. *Какие механические факторы играют роль в развитии хронического панкреатита.*

6. Показания к оперативному лечению.
7. Аномалии развития желчных ходов, желчного пузыря и пузырной артерии – как основные причины развития холецистита в детском возрасте.
8. Диагностика холецистита (холецистограмма – «яблоко на ветке», «палец перчатки»).
9. Наиболее вероятные причины камнеобразования.
10. Механическая желтуха.
11. Показания к холецистэктомии у детей.

Тема 9. Аномалии желточного протока

1. Нормальное эмбриональное развитие желточного протока, его функция.
2. Аномалии инволюции желточного протока.
3. Полные и неполные свищи пупка: клиника, дифф. диагностика, возможные осложнения, лечение (консервативное и оперативное).
4. Энтерокистома: диагностика, осложнения, оперативное лечение.
5. Генез дивертикула. Возможные осложнения, их клиническая картина, диагностика, дифф. диагностика. Способы оперативного удаления дивертикула Меккеля

Тема 10. Болезнь Крона

1. Этиология и патогенез заболевания.
2. Классификация болезни Крона в зависимости от локализации, стадии, активности, характера течения, ответа на терапию.
3. Клиника и диагностика заболевания. R-е признаки заболевания – «булыжная мостовая», щелевидные изъязвления, симптом «шнура» и др.
4. Эндоскопическая картина болезни (фазы болезни).
5. Морфологические и клинические различия между язвенным колитом и болезнью Крона.
6. Осложнения болезни Крона.
7. Основные принципы лечения.
8. Показания к хирургическому лечению.

Тема 11. Хирургические заболевания селезёнки и крови

1. Кисты селезёнки: этиология, клиника, диагностика, методы лечения.
2. Аномалии развития селезенки: клиника, диагностика, лечение.
3. Абсцессы селезёнки: этиология, клиника, диагностика, лечения.
4. Селезёнка при болезнях Минковского-Шоффара, Верльгофа.
5. Болезнь Гоше.
6. Показания к спленэктомии при этих болезнях.

Тема 12. Острая спаечная кишечная непроходимость

1. Факторы, приводящие к образованию спаек
2. От чего зависит выбор метода лечения.
3. Отличительные признаки острой спаечной кишечной непроходимости.
4. Методы лечения.
5. Показания к хирургическому лечению.

Тема 13. Атрезия анального отверстия

1. Анарктальных пороков (нарушение нормального эмбрионального процесса деления клоаки плода и перфорации клоакальной мембраны)
2. Классификация анарктальных пороков.
3. Диагностика и клиника атрезии анального отверстия (R- я по Cocavic-Vangenstin, пункция промежности по Н.Б. Ситковскому и др.)
4. Выбор оперативного вмешательства в зависимости от вида порока (первичная анапроктопластика, выполнение сигмостомии, радикальные операции Стоуна-Бенсона, Д. Риццоли и др.)
5. Введение пациентов в послеоперационном периоде и диспансеризация.
6. Последствия оперативных вмешательств.

Тема 14. Инородные тела желудочно-кишечного тракта

1. Виды инородных тел ЖКТ. Возможные осложнения.
2. Эндоскопическое удаление инородных тел ЖКТ.
3. Оперативные вмешательства при инородных телах ЖКТ у детей.

Тема 15. Портальная гипертензия

1. Этиопатогенез синдрома портальной гипертензии у детей.
2. Классификация.
3. Клиническая картина при различных формах портальной гипертензии.
4. Кровотечение из пищеварительного тракта при портальной гипертензии.
5. Методы дополнительной диагностики.
6. Экстренное лечение при кровотечениях из пищеварительного тракта при портальной гипертензии.
7. Оперативное лечение различных форм портальной гипертензии.

Тема 16. Эхинококкоз органов брюшной полости

1. Особенности клинической, R-й, Эхографической картины эхинококкоза в зависимости от локализации и стадии заболевания.
2. Эхинококковая киста: строение, отличительные особенности.
3. Клиника сочетанного эхинококкоза.
4. Консервативный и хирургический методы лечения.
5. Химиотерапия как способ профилактики рецидивов эхинококкоза.
6. Осложненные формы эхинококкоза.

Тема 17. Полипы, полипоз желудочно-кишечного тракта ??????

1. Ювенильные полипы. Ювенильный полипоз.
2. Лимфоидные полипы.
3. Воспалительные полипы.
4. Наследственные полипы.
5. Синдром Пейтца-Егерса.
6. Аденоматозный семейный полипоз толстой кишки.
7. Особенности течения полипоза у маленьких детей.
8. Осложнения заболевания.

9. Современные методы лечения.

Тема 17. Итоговое занятие.

Тестовые задания:

- 01.01. Червеобразный отросток — это:
- А) рудимент;
 - Б) функциональный орган;
 - В) порок развития;
 - Г) аномалия;
 - Д) вариант развития.
- 01.02. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:
- А) обязательно;
 - Б) необязательно;
 - В) у детей младшего возраста по показаниям;
 - Г) у девочек по показаниям;
 - Д) в зависимости от клиники.
- 01.03. Симптом Ситковского при остром аппендиците называется:
- А) усиление болей при расположении на левом боку;
 - Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного;
 - В) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области;
 - Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки;
 - Д) правое яичко расположено выше левого.
- 01.04. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:
- А) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области;
 - Б) болезненность при пальпации области пупочного кольца;
 - В) уменьшение болей в положении на животе;
 - Г) усиление болей при отведении купола кишки медиально;
 - Д) снижение или отсутствие брюшных рефлюксов.
- 01.05. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:
- А) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево;
 - Б) гиперлейкоцитоз;
 - В) лейкопения;
 - Г) отсутствие изменений;
 - Д) ускоренное СОЭ.
- 01.06. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн — Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:
- А) болезненное опухание суставов;
 - Б) геморрагические высыпания на коже;
 - В) гематурия, альбуминурия;
 - Г) появление точечных кровоизлияний после щипка кожи;
 - Д) комбинация перечисленных симптомов.
- 01.07. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:
- А) наблюдение;
 - Б) срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области;
 - В) лапароскопия;
 - Г) назначение антибактериальной терапии;
 - Д) перевод больного в терапевтическое отделение.
- 01.08. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:
- А) невозможен;
 - Б) возможен при начальной стадии воспаления;

- В) возможен при флегмонозном аппендиците;
- Г) возможен при гангренозном аппендиците;
- Д) возможен даже при перфоративном аппендиците .

01.09. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

- А) на спине;
- Б) на животе;
- В) на правом боку с приведенными ногами;
- Г) на левом боку;
- Д) сидя.

01.10. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

- А) ввести промедол;
- Б) ввести седуксен;
- В) ввести спазмолитики;
- Г) сделать теплую ванну;
- Д) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.

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

- А) 3 часами;
- Б) 6 часами;
- В) 12 часами;
- Г) 18 часами;
- Д) 24 часами.

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

- А) срединную лапаротомию;
- Б) лапаротомию разрезом по Пфаненштилю;
- В) лапаротомию разрезом в правой подвздошной области;
- Г) лапароскопию;
- Д) динамическое наблюдение.

01.13. У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:

- А) наблюдение;
- Б) консервативное лечение;
- В) лапароскопия;
- Г) лапаротомия в правой подвздошной области;
- Д) срединная лапаротомия.

01.14. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

- А) локальная боль и рвота;
- Б) напряжение мышц брюшной стенки и рвота;
- В) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;
- Г) симптом Щеткина и рвота;
- Д) жидкий стул и рвота.

01.15. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А) одномоментное введение антибиотиков;
- Б) резиновый выпускник;
- В) марлевый тампон;
- Г) промывание брюшной полости;
- Д) тампон Микулича.

01.16. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А) одномоментное введение антибиотиков;
- Б) двухпросветный дренаж;

- В) резиновый выпускник;
- Г) промывание брюшной полости;
- Д) тампон Микулича.

01.17. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

- А) микроирригатор;
- Б) промывание брюшной стенки;
- В) марлевый тампон;
- Г) двухпросветный дренаж;
- Д) резиновый выпускник.

01.18. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- А) стационарное наблюдение;
- Б) амбулаторное наблюдение;
- В) антибиотики, физиотерапия, наблюдение;
- Г) срочная операция;
- Д) операция в плановом порядке.

01.19. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибриновые наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

- А) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания;
- Б) лаважом брюшной полости после операции;
- В) лапаростомией;
- Г) ввести микроирригаторы;
- Д) дренирование брюшной полости в подвздошных областях.

01.29. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:

- А) проведение консервативных мероприятий;
- Б) наблюдение;
- В) дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов;
- Г) срочная операция;
- Д) операция после предоперационной подготовки.

01.30. У ребенка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима:

- А) срочная операция;
- Б) наблюдение;
- В) дача бария, наблюдение;
- Г) дача бария, проведение консервативных мероприятий;
- Д) операция в плановом порядке.

01.31. При спаечно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии не должны превышать:

- А) 3-6 час;
- Б) 6-12 час;
- В) 12-24 час;
- Г) 24-48 час;
- Д) 48-72 час.

01.32. Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начать:

- А) с ректального пальцевого исследования;
- Б) с ирригографии с воздухом;
- В) с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;
- Г) с введения зонда в желудок;
- Д) с дачи бариевой взвеси через рот.

01.33. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:

- А) возрастная дискоординация перистальтики;
- Б) изменение или нарушение режима питания;
- В) диспепсия;

- Г) респираторно-вирусная инфекция;
- Д) органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние).

01.34. У ребенка 10 месяцев приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевое образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз — инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценить:

- А) как начальный период;
- Б) как период ярких клинических проявлений;
- В) как период непроходимости кишечника;
- Г) как явления перитонита;
- Д) период осложнений.

01.35. У ребенка начальный период инвагинации кишечника. Наиболее рациональным методом лечения его является:

- А) расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем;
- Б) пальпаторное расправление инвагината под наркозом;
- В) расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопа;
- Г) расправление инвагината воздухом под контролем колоноскопа;
- Д) оперативное лечение.

01.36. У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:

- А) острый аппендицит;
- Б) инвагинация кишечника;
- В) аппендикулярный инфильтрат;
- Г) кишечная инфекция;
- Д) опухоль брюшной полости.

01.37. У ребенка 8 месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания — 9 час с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом специального обследования у больного следует считать:

- А) ирригографию с воздухом;
- Б) ирригографию с бариевой смесью
- В) колоноскопию;
- Г) лапароскопию;
- Д) исследование ректального давления.

01.38. Главное достоинство применения колоноскопии при инвагинации кишечника состоит:

- А) в отказе от рентгеновского обследования;
- Б) в визуальной диагностике инвагината;
- В) в визуальном контроле за расправлением инвагината;
- Г) в возможности выявить органическую причину инвагинации;
- Д) в возможности решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания.

01.39. Из перечисленных специальных методов обследования позволяет решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства при инвагинации кишечника вне зависимости от сроков заболевания:

- А) лапароскопия;
- Б) колоноскопия;
- В) ирригография с воздухом;
- Г) ирригография с бариевой смесью;
- Д) пальпация живота под наркозом.

01.40. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны:

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в подвздошной области;
- Г) параректальный доступ;
- Д) разрез по Пфаненштилю.

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

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в правой подвздошной области;
- Г) параректальный доступ;
- Д) разрез в правом подреберье.

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

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в правой подвздошной области;
- Г) параректальный доступ справа;
- Д) параректальный доступ слева.

01.43. У ребенка во время операции по поводу запущенной инвагинации кишечника обнаружены некрозы дистального отдела подвздошной кишки и сомнительная жизнеспособность вышележащих отделов подвздошной кишки на протяжении 50 см. Тактика хирурга включает:

- А) резекцию явно некротизированного участка кишки, илеосто-му, плановую релапаротомию через 12 часов;
- Б) резекцию всей подвздошной кишки, илеостому;
- В) резекцию подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз;
- Г) выведение на кожу измененного участка кишки петлей;
- Д) резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз.

01.44. Оптимальные сроки закрытия илеостомы у ребенка 3 месяцев, оперированного по поводу инвагинации кишечника, при гладком послеоперационном течении составляют:

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

01.45. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают:

- А) спленэктомию;
- Б) попытку ушивания дефекта;
- В) перевязку селезеночной артерии;
- Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
- Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки.

01.46. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

- А) спленэктомию;
- Б) попытку ушивания дефекта;
- В) перевязку селезеночной артерии;
- Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
- Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки.

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

- А) с рентгенографии брюшной полости;
- Б) с ультразвукового исследования;
- В) с лапароскопии;
- Г) с лапароцентеза;
- Д) с внутривенной урографии.

- 01.48. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия, осмотр брюшной полости;
 - В) лапароскопия, установка длительного дренажа;
 - Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
- 01.49. У ребенка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение. Подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия, ревизия;
 - В) лапароскопия, длительный дренаж;
 - Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
- 01.50. У ребенка 10 лет подозрение на повреждение печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная. Ребенку следует рекомендовать:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопию;
 - В) лапаротомию;
 - Г) наблюдение;
 - Д) наблюдение, консервативную терапию.
- 01.51. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:
- А) с рентгенографии брюшной полости;
 - Б) с ультразвукового исследования;
 - В) с лапароцентеза;
 - Г) с лапароскопии;
 - Д) с внутривенной урографии.
- 01.52. У ребенка с травмой живота диагностирован разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Состояние средней тяжести. Гемодинамика не стабильна. Ребенку необходимы:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия;
 - В) установка длительного дренажа брюшной полости;
 - Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
- 01.53. У ребенка травма живота. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение состояния. Нестабильность гемодинамики. Ребенку следует рекомендовать:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопию;
 - В) установку длительного дренажа брюшной полости;
 - Г) лапаротомию;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
- 01.54. Рациональным доступом при операции по поводу разрыва селезенки является:
- А) срединная лапаротомия;
 - Б) поперечная лапаротомия;
 - В) разрез в левом подреберье;
 - Г) параректальный доступ;
 - Д) трансректальный доступ.
- 01.55. У ребенка с травмой живота подозрение на повреждение печени. Состояние тяжелое. Гемодинамика нестабильна. Из лечебных действий целесообразны:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия;

- В) лапаротомия;
- Г) консервативная терапия;
- Д) наблюдение.

01.56. У ребенка 10 лет сочетанная травма: ушиб головного мозга, кома II ст., внутрибрюшное кровотечение. Гемодинамика стабильна. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) лапаротомия;
- Г) консервативная терапия;
- Д) наблюдение.

01.57. У ребенка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Хирургу следует рекомендовать:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) лапаротомия;
- Г) наблюдение;
- Д) консервативная терапия.

01.58. У ребенка 7 лет во время операции обнаружено размоложение участка тела поджелудочной железы. Наиболее рациональная тактика включает:

- А) марлевый тампон через срединную рану;
- Б) марлевый тампон через контрапертуру;
- В) промывание брюшной полости, страхового дренаж в малый таз;
- Г) установка сквозного дренажа вдоль железы;
- Д) удаление тела и хвоста железы, тампонада.

01.59. У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать:

- А) рентгенографию брюшной полости;
- Б) лапароцентез;
- В) лапароскопию;
- Г) ультразвуковое исследование;
- Д) ангиографию.

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

- А) лапароскопия;
- Б) лапароцентез;
- В) лапаротомия;
- Г) ультразвуковое исследование;
- Д) наблюдение.

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

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

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

- А) вскрытие гематом, ревизия стенки органа;
- Б) пункция и эвакуация гематом;
- В) оставление гематом;
- Г) погружение гематом серозномышечными швами;
- Д) резекция пораженных участков.

01.63. У ребенка с огнестрельным ранением брюшной стенки

и рентгенологически подтвержденным инородным телом во время операции инородное тело не обнаружено. Наиболее рационально в этом случае:

- А) настойчивые поиски инородного тела;
- Б) отказ от поисков;
- В) повторное рентгеновское исследование;
- Г) перенос больного в рентгеновский кабинет для направленных поисков;
- Д) использование рентгеноконтрастных методов для обнаружения инородного тела во время операции.

01.64. У ребенка с огнестрельным ранением брюшной полости произведена резекция пораженного участка тонкой кишки. Пареза кишечника нет. Для декомпрессии кишечника зонд следует ввести:

- А) трансанально;
- Б) трансназально;
- В) через гастростому;
- Г) через энтеростому;
- Д) зонда вводить не следует.

01.65. Ребенок 5 лет проглотил гвоздь длиной 40 мм. На обзорной рентгенограмме гвоздь в желудке. Наиболее рациональны в этом случае:

- А) гастроскопия;
- Б) гастротомия;
- В) наблюдение;
- Г) стимуляция моторики кишечника;
- Д) дача бариевой взвеси и наблюдение.

01.66. Ребенок 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. При рентгенологическом исследовании гвоздь фиксирован в желудке. В этом случае наиболее рациональна:

- А) гастроскопия;
- Б) гастротомия;
- В) наблюдение;
- Г) стимуляция моторики кишечника;
- Д) лапароскопия.

01.67. У ребенка, оперированного по поводу периаппендикулярного абсцесса, аппендэктомии и дренирования гнойника, на пятые сутки после операции стало поступать кишечное отделяемое из раны. В этом случае целесообразно:

- А) консервативное лечение;
- Б) расширение раны, ревизия;
- В) срединная лапаротомия, ревизия;
- Г) лапаротомия, терминальная стома для отключения;
- Д) лапаротомия, обходной анастомоз.

01.68. У ребенка в послеоперационном периоде после аппендэктомии и дренирования абсцесса, сформировался трубчатый свищ области илеоцекального угла. Оперативное вмешательство наиболее целесообразно в сроки:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 1 год;
- Г) 1,5 года;
- Д) индивидуальный подход.

01.69. У ребенка после повторной операции по поводу аппендикулярного перитонита сформировался полный кишечный свищ подвздошной кишки с пролабированием задней стенки кишки. Из оперативных методов наиболее рационален:

- А) ушивание кишки в ране;
- Б) резекция несущей части кишки с анастомозом;
- В) широкая мобилизация кишки и ушивание дефекта;
- Г) обходной анастомоз для отключения;
- Д) индивидуальное решение.

01.70. У ребенка во время операции по поводу подозрения на острый аппендицит червеобразный отросток не изменен, в брюшной полости обнаружено дуоденальное содержимое. Хирургу следует:

- А) провести ревизию тонкой кишки из разреза в правой подвздошной области;

- Б) расширить рану и выполнить ревизию брюшной полости;
- В) перейти на срединную лапаротомию;
- Г) перейти на параректальный доступ;
- Д) выполнить аппендэктомия.

01.71. При перфоративной язве желудка у ребенка 10 лет целесообразно:

- А) ушивание язвы;
- Б) иссечение язвы и ушивание дефекта;
- В) Бильрот-I;
- Г) Бильрот-II;
- Д) Гофмейстер - Финстерер.

01.72. Рациональное отношение к «попутной» аппендэктомии:

- А) обязательное удаление отростка;
- Б) стремление к оставлению червеобразного отростка;
- В) аппендэктомия инвагинальным способом;
- Г) удаление при атипичном расположении отростка;
- Д) в зависимости от возраста больного.

01.73. У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастриальной области. Живот мягкий, безболезнен. Наиболее вероятный диагноз:

- А) гастродуоденит;
- Б) кровотечение из расширенных вен пищевода;
- В) язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки;
- Г) Меккелев дивертикул;
- Д) неспецифический язвенный колит.

01.74. У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения. Начать обследование целесообразно:

- А) с контрастного исследования желудка и 12-перстной кишки;
- Б) гастродуоденоскопии;
- В) лапароскопии;
- Г) лапаротомии и ревизии брюшной стенки;
- Д) колоноскопии.

01.75. У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизменный Меккелев дивертикул. Наиболее целесообразно:

- А) удаление Меккелева дивертикула;
- Б) оставление дивертикула;
- В) плановое удаление дивертикула через 2-3 месяца;
- Г) на усмотрение хирурга;
- Д) установка страхового дренажа для наблюдения.

01.76. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизменный Меккелев дивертикул. Рациональное действие хирурга включает:

- А) удаление дивертикула;
- Б) оставление дивертикула;
- В) введение стомы на уровне дивертикула;
- Г) плановое удаление дивертикула через 3 месяца;
- Д) плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки.

01.77. При флегмонозно измененном Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразно:

- А) клиновидная резекция;
- Б) резекция под углом 45°;
- В) резекция кишки с анастомозом конец в конец;
- Г) резекция кишки, анастомоз бок в бок;
- Д) на усмотрение хирурга.

01.78. При картине первичного перитонита рациональные действия хирурга предусматривают:

- А) лапароскопию;
- Б) лапаротомию;
- В) лапароцентез;
- Г) антибактериальную терапию;

Д) наблюдение.

01.79. При пальпируемом кистозном образовании брюшной полости у ребенка 7 лет целесообразно начать обследование:

- А) с пальпации под наркозом;
- Б) с ультразвукового исследования;
- В) с обзорной рентгенографии брюшной полости;
- Г) с лапароскопии;
- Д) с внутривенной урографии.

01.80. Наиболее достоверным симптомом перекрута кисты яичника является:

- А) острое начало, боли внизу живота с иррадиацией в промежность;
- Б) беспокойное поведение, позывы на мочеиспускание;
- В) нормальная температура тела, отсутствие лейкоцитоза;
- Г) мягкий живот, отсутствие перитонеальных знаков;
- Д) обнаружение при ректальном исследовании округлого, эластичного образования.

01.81. Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:

- А) гепатомегалия;
- Б) увеличение размеров живота;
- В) спленомегалия;
- Г) кровавая рвота;
- Д) асцит.

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

- А) постельного режима;
- Б) исключения кормления через рот;
- В) зондирования желудка;
- Г) инфузионной гемостатической терапии;
- Д) парентального питания.

01.83. Наиболее вероятной причиной холецистита (холелитиаза) в детском возрасте является:

- А) гормональные нарушения;
- Б) наследственность;
- В) пороки развития желчного пузыря;
- Г) нарушение обменных процессов;
- Д) хронический гепатит.

01.84. Ребенок 5 лет поступил с клиникой острого холецистита через 4 часа от начала заболевания. Ему следует рекомендовать:

- А) экстренное оперативное вмешательство;
- Б) динамическое наблюдение;
- В) консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности - операцию;
- Г) консервативное лечение 24-48 часов;
- Д) консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности - операцию.

ответы

Раздел 1.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

01.01. - Д	01.15. - А	01.29. - Д	01.43. - А	01.57. - Б	01.71. - А
01.02. - А	01.16. - Б	01.30. - Г	01.44. - А	01.58. - Г	01.72. - Б
01.03. - А	01.17. - Г	01.31. - Г	01.45. - Б	01.59. - А	01.73. - В
01.04. - Б	01.18. - В	01.32. - В	01.46. - А	01.60. - В	01.74. - Б
01.05. - А	01.19. - А	01.33. - А	01.47. - Б	01.61. - Г	01.75. - В
01.06. - Г	01.20. - Б	01.34. - А	01.48. - Д	01.62. - А	01.76. - Д
01.07. - В	01.21. - Д	01.35. - Г	01.49. - Б	01.63. - В	01.77. - В
01.08. - А	01.22. - В	01.36. - Б	01.50. - Д	01.64. - Д	01.78. - А

01.09. - В	01.23 - Б	01.37. - В	01.51. - Б	01.65. - В	01.79. - Б
01.10. - Б	01.24. - Д	01.38. - Д	01.52. - Б	01.66. - А	01.80. - Д
01.11. - Д	01.25. - Д	01.39. - Б	01.53. - Б	01.67. - А	01.81. - В
01.12. - Г	01.26. - А	01.40. - В	01.54. - А	01.68. - Д	01.82. - В
01.13. - В	01.27. - В	01.41. - А	01.55. - Б	01.69. - Д	01.83. - В
01.14. - В	01.28. - А	01.42. - А	01.56. - Б	01.70. - В	01.84. - Д

Раздел 2. Плановая и пластическая хирургия у детей

(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Контрольные вопросы:

Тема 1. Паховые грыжи. Водянка оболочек яичка. Киста элементов семенного канатика. Киста Нукке

1. *Этиопатогенез паховой грыжи.*
2. *Классификация и клиника паховой грыжи.*
3. *Дифференциальная диагностика паховых грыж.*
4. *Традиционное паховое грыжесечение. Методика.*
5. *Лапароскопическая герниопластика. Методика.*
6. *Наиболее характерные осложнения пахового грыжесечения.*
7. *Этиопатогенез гидроцеле и фуникулоцеле.*
8. *Клиника и диагностика гидроцеле и фуникулоцеле.*
9. *Дифференциальная диагностика с паховой грыжей.*
10. *Операция Росса. Методика и цель операции.*
11. *Операция Бергманна. Методика и цель операции.*
12. *Киста Нука (киста Нуккиева канала): клиника, диагностика и лечение.*

Тема 2. Пупочная грыжа. Грыжи белой линии живота. Параумбиликальные грыжи

1. *Определение и классификация грыж передней брюшной стенки.*
2. *Этиология грыж передней брюшной стенки. Предрасполагающие факторы.*
3. *Клинические проявления грыж передней брюшной стенки.*
4. *Диагностика грыж передней брюшной стенки.*
5. *Лечение грыж передней брюшной стенки.*
6. *Возможные осложнения.*
7. *Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки для возникновения пупочной грыжи.*
8. *Сроки и принципы хирургического лечения пупочной грыжи у детей.*

Тема 3. Бедренная грыжа. Грыжа Спигелева

1. *Отличие бедренных грыж от паховых грыж.*
2. *Клиника бедренной грыжи.*
3. *С чем нужно дифференцировать бедренную грыжу при ущемлении?*
4. *Что такое полудунная линия живота?*
5. *Клиника Спигелева грыжи.*
6. *Плановое оперативное вмешательство. Методика.*

Тема 4. Вентральные грыжи.

1. Следствием чего являются вентральные грыжи?
2. Классификация вентральных грыж по величине.
3. Клиника.
4. Сроки оперативных вмешательств. Методика.

Тема 5. Опухоли и опухолевидные заболевания мягких тканей

1. Фиброма
2. Липома
3. Дермоид
4. Десмоид
5. Принципы лечения доброкачественных опухолей у детей

Тема 6. Гемангиома. Лимфангиома

1. Классификация гемангиом.
2. Клиническая картина различных
3. видов гемангиом.
4. Врачебная тактика при гемангиомах у детей.
5. Методы удаления гемангиом.
6. Классификация лимфангиом, клиническая картина при различных видах. Возможные осложнения.
7. Оперативное лечение лимфангиом.

Тема 7. Пигментные пятна. Папиллома

1. Классификация невусов. Клиническая картина.
2. Меланомоопасные невусы.
3. Показания к удалению пигментных невусов.
4. Способы удаления пигментных невусов.

Тема 8. Дермоидные кисты

1. Особенности строения кисты
2. Локализация дермоидных кист и с чем это связано
3. Методы лечения

Тема 9. Мезенхимальные опухоли (фибромы, дермоиды, гигромы, ганглии, липомы, лейомиомы, рабдомиомы, мезенхимома)

1. Что такое фиброма?
2. Что такое дермоид?
3. Что такое гигрома?
4. Что такое ганглий?
5. Что такое липома?
6. Что такое лейомиома?
7. Что такое рабдомиома?
8. Что такое мезенхимома?

Тема 10. Неврогенные опухоли (нейрофиброма, нейрофиброматоз, ганглионеврома, невринома, симпатогониома)

1. Из чего развивается нейробластома.
2. Классификация нейробластомы
3. Что такое нейрофиброматоз. Клиническая картина
4. Ганглионеврома. Клиническая картина. Лечение
5. Невринома. Клиническая картина. Лечение
6. Симпатогониома. Клиническая картина. Лечение

Тема 11. Тератомы

1. Что такое тератома
2. Классификация тератом
3. Клиника, диагностика и лечение крестцово-копчиковой тератомы

Тема 12. Пороки развития вен. Флебэктазия яремной вены

1. Классификация фенозных дисплазий
2. Пороки развития поверхностных вен. Клиника, диагностика и лечение
3. Синдром Клиппеля –Треноне. Клиника, диагностика и лечение.
4. Флебэктазия яремной вены. Клиника, диагностика и лечение

Тема 13. Пороки развития артерий

1. Синдром Паркса-Вебера. Клиника, диагностика и лечение

Тема 14. Пороки развития лимфатических сосудов

2. Клиника, диагностика и лечение слоновости

Тестовые задания:

- 02.01 Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено:
- А) нарушением обратного развития зобно-глочного протока;
 - Б) незаращением остатков жаберных дуг;
 - В) нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока;
 - Г) хромосомными абберациями;
 - Д) эктопией эпителия дна полости рта.
- 02.02. Характерным симптомом для срединных кист шеи является:
- А) боли при глотании;
 - Б) смещаемость кисты при глотании;
 - В) расположение над яремной ямкой;
 - Г) плотная консистенция;
 - Д) периодическое исчезновение.
- 02.03. Наиболее информативным методом распознавания срединных свищей шеи является:
- А) обзорная рентгенография;
 - Б) ультразвуковое исследование;
 - В) зондирование свища;
 - Г) фистулография;
 - Д) компьютерная томография.
- 02.04. Для лимфангиомы в области шеи характерны:
- А) размеры 1-2 см;
 - Б) плотный тяж, идущий к подъязычной кости;
 - В) срединное расположение;
 - Г) истонченная кожа над образованием;

- Д) смешаемость при глотании.
- 02.05. Для шейного лимфаденита характерны:
- А) смешаемость при глотании;
 - Б) срединное расположение;
 - В) мягкая консистенция;
 - Г) отсутствие боли при пальпации;
 - Д) наличие входных ворот инфекции и болезненность.
- 02.06. Срединную кисту шеи не следует дифференцировать с:
- А) липомой;
 - Б) флебэктазией яремной вены;
 - В) врожденной мышечной кривошеей;
 - Г) дермоидной кистой;
 - Д) лимфаденитом.
- 02.07. Оптимальным сроком при оперативном лечении срединного свища шеи является возраст:
- А) от 6 мес до 1 года;
 - Б) 3-5 лет;
 - В) 1-2 года;
 - Г) 5-10 лет;
 - Д) старше 10 лет.
- 02.08. Для предупреждения рецидива кисты шеи при операции необходимо выполнить:
- А) выделение свища до поверхностной фасции;
 - Б) ушивание свищевого отверстия после санации;
 - В) перевязка наружной яремной вены;
 - Г) обработка свищевого хода склерозирующими препаратами;
 - Д) резекция подъязычной кости.
- 02.09. Наиболее частым осложнением после операции по поводу свищей шеи является:
- А) кровотечение;
 - Б) расхождение швов;
 - В) нарушение акта глотания;
 - Г) рецидив свища;
 - Д) гиперсаливация.
- 02.11. Для боковых кист шеи характерны:
- А) болезненность при пальпации;
 - Б) истончение кожи над образованием;
 - В) расположение над яремной веной;
 - Г) расположение по внутреннему краю кивательной мышцы
 - Д) плотная консистенция.
- 02.12. При боковых свищах шеи наиболее информативным методом исследования является:
- А) обзорная рентгенография;
 - Б) ультразвуковое исследование;
 - В) фистулография;
 - Г) венография;
 - Д) компьютерная томография.
- 02.13. Боковую кисту шеи не следует дифференцировать с:
- А) лимфангиомой;
 - Б) периоститом нижней челюсти;
 - В) лимфаденитом;
 - Г) флебэктазией яремной вены;
 - Д) дермоидной кистой.
- 02.14. Оптимальным сроком оперативного лечения врожденных боковых свищей шеи является возраст:
- А) до 1 года;
 - Б) до 3 лет;
 - В) 3-5 лет;
 - Г) 5-7 лет;

Д) старше 10 лет.

02.15. Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является:

- А) резекция подъязычной кости;
- Б) перевязка сосудисто-нервного пучка;
- В) ушивание жаберной щели;
- Г) выделение свища до боковой стенки глотки;
- Д) иссечение свища и ушивание отверстия на коже.

02.16. В послеоперационном периоде после операции по поводу боковых свищей шеи показано:

- А) инфузионная терапия;
- Б) фиксация головы;
- В) исключение питания через рот;
- Г) постельный режим;
- Д) физиотерапия.

02.17. Рецидив после операции по поводу боковых свищей шеи обусловлен:

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

02.18. Паховая грыжа формируется:

- А) на 2-3-й неделе эмбрионального развития;
- Б) на 7-8-й неделе эмбрионального развития;
- В) на 5-6-м месяце эмбрионального развития;
- Г) на 7-8-м месяце эмбрионального развития;
- Д) может формироваться на любом этапе.

02.19. Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является:

- А) нарушение развития мезенхимальной ткани;
- Б) чрезмерные физические нагрузки;
- В) повышение внутрибрюшного давления;
- Г) слабость поперечной фасции;
- Д) слабость апоневроза наружной косой мышцы живота.

02.20. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:

- А) тошнота и рвота;
- Б) подъем температуры;
- В) эластическое выпячивание в паховой области;
- Г) боли в животе;
- Д) плохой аппетит.

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

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

02.22. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:

- А) частое ущемление;
- Б) возраст после двух лет;
- В) установление диагноза;
- Г) возраст после 5 лет;
- Д) диаметр выпячивания свыше 3 см.

02.23. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:

- А) у девочек;
- Б) у мальчиков;
- В) у грудных детей;

- Г) у больных старше 5 лет;
Д) нет правильного ответа
- 02.24. В послеоперационном периоде по поводу паховой грыжи показано:
А) физиотерапия;
Б) массаж;
В) щадящий режим 2 недели;
Г) ограничение физической нагрузки на 1 год;
Д) постельный режим на 1 неделю.
- 02.25. Осложнения грыжесечения обусловлены:
А) техническими погрешностями;
Б) возрастом ребенка;
В) степенью диспластических изменений;
Г) сопутствующими пороками;
Д) операцией по экстренным показаниям.
- 02.26. Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости от:
А) возраста ребенка;
Б) сопутствующих пороков;
В) опыта хирурга;
Г) операции в плановом или в экстренном порядке;
Д) пола ребенка;
- 02.27. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена:
А) повышенным внутрибрюшным давлением;
Б) ангиодисплазией;
В) травмой пахово-мошоночной области;
Г) незаращением вагинального отростка;
Д) инфекцией мочевыводящих путей.
- 02.28. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:
А) появление припухлости в одной половине мошонки;
Б) ухудшение общего состояния;
В) подъем температуры;
Г) резкая болезненность;
Д) гиперемия мошонки.
- 02.29. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного до 1.5 лет предусматривает:
А) оперативное лечение в плановом порядке;
Б) наблюдение до 3-4 лет;
В) наблюдение до 1.5-2 лет;
Г) пункцию под контролем УЗИ;
Д) экстренную операцию.
- 02.30. Показанием к операции Винкельмана служит:
А) водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые;
Б) мутная водяночная жидкость;
В) изменение оболочек яичка;
Г) облитерированный вагинальный отросток;
Д) все перечисленное.
- 02.31. В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимо:
А) физиотерапия;
Б) массаж;
В) обычный образ жизни;
Г) ограничение физической нагрузки;
Д) постельный режим.
- 02.32. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены:
А) возрастом ребенка;
Б) сопутствующими пороками;
В) запоздалой операцией;

- Г) техническими погрешностями;
 - Д) патологией верхних мочевыводящих путей.
- 02.33. Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:
- А) вариантом оперативного вмешательства;
 - Б) предшествующей гормональной терапией;
 - В) попыткой лечения пункционным способом;
 - Г) сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы.
- 02.34. У мальчика в возрасте 3 лет обнаружен полный свищ пупка. Ему показаны:
- А) наблюдение
 - Б) антибиотикотерапия
 - В) диагностическая лапаротомия
 - Г) криотерапия
 - Д) оперативное лечение
- 02.35. Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:
- А) гормональный дисбаланс;
 - Б) ангиодисплазия;
 - В) незаращение вагинального отростка брюшины;
 - Г) специфический процесс;
 - Д) патология мочевыделительной системы.
- 02.36. Наиболее характерным признаком кисты элементов семенного канатика является:
- А) отечность в паховой области;
 - Б) гиперемия в паховой области;
 - В) эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко;
 - Г) резкая болезненность;
 - Д) расширение наружного пахового кольца.
- 02.37. Лечение кисты оболочек семенного канатика у ребенка 6 месяцев включает:
- А) экстренное оперативное лечение;
 - Б) одно-двукратную пункцию, при неэффективности - операцию;
 - В) оперативное лечение в плановом порядке;
 - Г) гормональное лечение;
 - Д) наблюдение в динамике.
- 02.38. Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает:
- А) пункцию элементов семенного канатика;
 - Б) рассечение оболочек;
 - В) операцию Гросса;
 - Г) операцию Винкельмана;
 - Д) иссечение оболочек яичка.
- 02.39. В послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика показаны:
- А) физиотерапия;
 - Б) лечебная физкультура;
 - В) массаж;
 - Г) ограничение физической нагрузки;
 - Д) обычный образ жизни.
- 02.40. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика связаны:
- А) с возрастом ребенка;
 - Б) с сопутствующими пороками;
 - В) с техническими погрешностями;
 - Г) с запоздалой операцией;
 - Д) с предшествующими пункциями.
- 02.41. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:
- А) порок развития сосудов пуповины;
 - Б) незаращение апоневроза пупочного кольца;
 - В) воспаление пупочных сосудов;
 - Г) портальная гипертензия;

Д) родовая травма.

02.42. Из перечисленных симптомов наименее характерным для пупочной грыжи являются:

- А) расширение пупочного кольца;
- Б) в покое легко вправляется;
- В) частое ущемление;
- Г) в покое трудно вправляется;
- Д) выпячивание чаще появляется при беспокойстве.

02.43. У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0.5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:

- А) экстренное оперативное вмешательство;
- Б) операцию в плановом порядке по достижении 2 лет;
- В) наблюдение в динамике;
- Г) массаж живота, гимнастика, профилактику запоров;
- Д) массаж живота, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем.

02.44. При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует:

- А) по установлении диагноза;
- Б) до 1 года;
- В) до 2 лет;
- Г) после 3 лет;
- Д) в 5-6 лет.

02.45. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу пупочной грыжи необходимы:

- А) постельный режим;
- Б) протертый стол;
- В) обычный образ жизни;
- Г) физиотерапия;
- Д) ношение бандажа.

02.46. После операции по поводу пупочной грыжи наиболее частое осложнение:

- А) расхождение швов;
- Б) нагноение послеоперационной раны;
- В) рецидив;
- Г) эвентрация сальника;
- Д) лигатурный свищ.

02.47. Наиболее вероятной причиной формирования грыжи белой линии является:

- А) повышение внутрибрюшного давления;
- Б) слабость мышц передней брюшной стенки;
- В) дисплазия соединительной ткани;
- Г) родовая травма;
- Д) воспалительные заболевания передней брюшной стенки.

02.48. Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является:

- А) наличие апоневротического дефекта по средней линии;
- Б) приступообразные боли в животе;
- В) тошнота и рвота;
- Г) диспептические явления;
- Д) гиперемия и припухлость.

02.49. Показанием к срочной операции при грыже белой линии служит:

- А) установление диагноза;
- Б) болевой симптом;
- В) косметический дефект;
- Г) сопутствующие диспептические явления;
- Д) отставание в физическом развитии.

02.50. Грыжа белой линии живота, не вызывающая нарушения общего состояния ребенка, должна оперироваться:

- А) до 1 года;
- Б) 1-3 года;

- В) после 3 лет;
- Г) старше 5 лет;
- Д) после 10 лет.

- 02.51. Наиболее часто в детской практике при грыже белой линии живота применяется:
- А) ушивание апоневроза узловыми швами;
 - Б) аутодермопластика кожными лоскутами;
 - В) подшивание синтетических материалов;
 - Г) операция Лойа;
 - Д) пластика с широкой фасцией бедра.
- 02.52. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу грыжи белой линии живота необходимы:
- А) физиотерапия;
 - Б) лечебная физкультура;
 - В) домашний режим;
 - Г) ношение бандажа;
 - Д) постельный режим.
- 02.53. После операции по поводу больших грыж белой линии живота возможны следующие осложнения:
- А) рецидив грыжи;
 - Б) кровотечение;
 - В) расхождение швов;
 - Г) нагноение послеоперационных швов;
 - Д) деформация брюшной стенки.
- 02.54. Наиболее вероятным этиопатогенетическом фактором, обуславливающим формирование бедренной грыжи у детей, является:
- А) слабость апоневроза наружной косой мышцы живота;
 - Б) чрезмерные физические нагрузки;
 - В) внутриутробное повреждение мезенхимальной закладки, одним из проявлений которого является бедренная грыжа;
 - Г) генетические нарушения;
 - Д) родовая травма.
- 02.55. Наиболее характерным симптомом бедренной грыжи у детей является
- А) боли в паховой области;
 - Б) тошнота и рвота;
 - В) хронические запоры;
 - Г) эластическое выпячивание ниже пупартовой связки;
 - Д) необоснованный подъем температуры.
- 02.56. Показанием к операции при бедренной грыже у детей является:
- А) возраст ребенка;
 - Б) частое ущемление;
 - В) установление диагноза;
 - Г) возраст после 2 лет;
 - Д) возраст после 5 лет.
- 02.57. Оптимальным оперативным доступом при бедренной грыже у детей является:
- А) поперечный разрез выше пупартовой связки;
 - Б) косой разрез;
 - В) косо-поперечный разрез ниже пупартовой связки;
 - Г) разрез в области бедра;
 - Д) вертикальный разрез.
- 02.58. После операции по поводу бедренной грыжи необходимо:
- А) физиотерапия;
 - Б) лечебная физкультура;
 - В) щадящий режим — 2 недели;
 - Г) диета;
 - Д) постельный режим на 1 неделю.

- 02.59. Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу бедренной грыжи является:
- А) повреждение элементов семенного канатика;
 - Б) повреждение бедренной вены;
 - В) повреждение паховой связки;
 - Г) повреждение нервного пучка;
 - Д) повреждение бедренной артерии.
- 02.60. Наиболее вероятной причиной возникновения грыжи спигелевой линии является дисплазия:
- А) наружной косой мышцы;
 - Б) внутренней косой мышцы;
 - В) прямой мышцы;
 - Г) поперечной фасции;
 - Д) поперечной мышцы.
- 02.61. Наиболее характерным симптомом для грыжи спигелевой пинии является:
- А) диспептические явления;
 - Б) подъем температуры;
 - В) боли по средней линии живота выше пупка после физической нагрузки;
 - Г) плохой аппетит;
 - Д) эластическое выпячивание в эпигастральной области.
- 02.62. Противопоказанием к пластике местными тканями является:
- А) незначительный дефект кожи после иссечения рубцов;
 - Б) наличие вокруг дефекта запаса подвижной кожи;
 - В) дефект кожи после иссечения амниотической перетяжки;
 - Г) обширный дефект кожи;
 - Д) склонность к образованию киллоидных рубцов.
- 02.63. Пластика полнослойным кожным лоскутом применяется в случаях:
- А) небольших гранулирующих ран;
 - Б) небольших дефектов кожи после иссечения рубцов;
 - В) необходимости исключить вторичное смещение кожи;
 - Г) пластики при синдактилии;
 - Д) пластики обширных гранулирующих ран.
- 02.64. Этиопатогенетическим для пороков развития вен у детей является:
- А) наследственность;
 - Б) врожденная неполноценность венозной стенки;
 - В) врожденная аплазия венозных клапанов;
 - Г) поражение вазомоторных центров спинного мозга;
 - Д) все перечисленное.
- 02.65. Характерным симптомом для порока развития поверхностных вен является
- А) боль;
 - Б) варикозное расширение вен;
 - В) атрофия мягких тканей;
 - Г) симптом губки;
 - Д) флеболиты.
- 02.66. Для пороков развития глубоких вен характерно:
- А) наличие варикозного расширения вен;
 - Б) трофические расстройства;
 - В) гипертрофия и утолщение пораженной конечности;
 - Г) атрофия пораженного органа;
 - Д) наличие флеболитов.
- 02.67. Наиболее эффективным методом лечения пороков развития поверхностных вен является:
- А) гормонотерапия;
 - Б) криотерапия;
 - В) эндоваскулярная окклюзия;
 - Г) рентгенотерапия;
 - Д) хирургическое лечение.

- 02.68. В основе врожденных пороков артериальных сосудов лежит:
- А) поражение вазомоторных центров спинного мозга;
 - Б) инфекционный процесс;
 - В) врожденное недоразвитие сосудистой стенки;
 - Г) эндокринные заболевания;
 - Д) наследственность.
- 02.69. Основным методом диагностики артериовенозных соустьев является:
- А) термометрия;
 - Б) Уз-доплер;
 - В) ангиография;
 - Г) рентгенография;
 - Д) ЭКГ.
- 02.70. Наиболее эффективным методом лечения артериовенозной аневризмы является:
- А) склеротерапия;
 - Б) рентгенотерапия;
 - В) криодеструкция;
 - Г) эндоваскулярная окклюзия;
 - Д) хирургическое лечение.
- 02.71. После операции по поводу артериовенозного свища больному необходимы:
- А) гормонотерапия;
 - Б) гепаринотерапия;
 - В) рентгенотерапия;
 - Г) лечебная физкультура;
 - Д) ангиография.
- 02.72. К наиболее характерным осложнениям после операции по поводу артериовенозной аневризмы относятся:
- А) нагноение послеоперационной раны;
 - Б) расхождение швов;
 - В) временное нарушение функции;
 - Г) лимфостаз;
 - Д) тромбофлебит.
- 02.73. Наиболее информативным методом диагностики порока развития лимфатических сосудов является:
- А) ЭКГ;
 - Б) реовазография;
 - В) волдырная проба;
 - Г) лимфография;
 - Д) ангиография.
- 02.74. Наиболее радикальным и эффективным методом лечения слоновости является:
- А) перевязка измененных лимфатических сосудов с их частичным иссечением;
 - Б) склеротерапия;
 - В) криодеструкция;
 - Г) рентгенотерапия;
 - Д) многоэтапная пластическая операция.
- 02.75. После операции по Красовитову первая перевязка осуществляется:
- А) на следующий день;
 - Б) через 2 дня;
 - В) через неделю;
 - Г) через 10 дней;
 - Д) через 2 недели.

02.01 - В	02.14 - В	02.27-Г	02.40-В	02.53-Д	02.66-В
02.02 - Б	02.15 - Г	02.28-А	02.41-Б	02.54-В	02.67-Д
02.03 - Г	02.16 - Д	02.29-В	02.42-В	02.55-Г	02.68-В
02.04 - В	02.17 - Г	02.30-Д	02.43-Г	02.56-В	02.69-Б
02.05 - Г	04.18 - Л	02.31-В	02.44-Д	02.57-А	02.70-Д
02.06 - В	02.19 - А	02.32-Г	02.45-В	02.58-В	02.71-Г
02.07 - Б	02.20 - В	02.33-А	02.46-Д	02.59-Б	02.72-В
02.08 - Д	02.21 - Б	02.34-В	02.47-В	02.60-Д	02.73-Г
02.09 - Г	02.22-В	02.35-Б	02.48-А	02.61-В	02.74-Д
02.10 - В	02.23-Д	02.36-В	02.49-Б	02.62-Г	02.75-В
02.11 - Г	02.24-В	02.37-Б	02.50-В	02.63-В	
02.12 - В	02.25-А	02.38-В	02.51-А	02.64-Д	
02.13 - Б	02.26-В	02.39-Д	02.52-В	02.65-Б	

Раздел 3. Гнойная хирургия у детей.

(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Контрольные вопросы:

Тема 1. Гнойная инфекция

1. *Этиология и патогенез гнойной хирургической инфекции.*
2. *Основные компоненты лечения гнойной хирургической инфекции.*
3. *Методы воздействия на местный очаг (тепловые процедуры, УВЧ-терапия, электрофорез, кварцевое облучение и др.)*
4. *Санация гнойного очага хирургическим путем.*
5. *Принципы антибактериальной инфекции.*

Тема 2. Гнилостная инфекция

1. *Классификация анаэробной инфекции.*
2. *Отличительные особенности клостридиальных и неклостридиальных анаэробов.*
3. *Факторы, способствующие возникновению анаэробной инфекции.*
4. *Возбудители клостридиальной инфекции и их свойства.*
5. *Клиника клостридиальной анаэробной инфекции.*
6. *Формы клостридиальной раневой инфекции.*
7. *Морфологическое описание клостридиальной раневой инфекции.*
8. *Наиболее часто встречающиеся возбудители анаэробной неклостридиальной инфекции и их свойства.*
9. *Клиника и морфологическая картина анаэробной неклостридиальной инфекции.*
10. *Дифференциальная диагностика*
11. *Общие принципы лечения. Консервативные и хирургические методы лечения. Принципы антибактериальной терапии.*

Тема3. Анаэробная клостридиальная и неклостридиальная инфекция

1. *Классификация анаэробной инфекции.*
2. *Отличительные особенности клостридиальных и неклостридиальных анаэробов.*

3. *Факторы, способствующие возникновению анаэробной инфекции.*
4. *Возбудители клостридиальной инфекции и их свойства.*
5. *Клиника клостридиальной анаэробной инфекции.*
6. *Формы клостридиальной раневой инфекции.*
7. *Морфологическое описание клостридиальной раневой инфекции.*
8. *Наиболее часто встречающиеся возбудители анаэробной неклостридиальной инфекции и их свойства.*
9. *Клиника и морфологическая картина анаэробной неклостридиальной инфекции.*
10. *Дифференциальная диагностика*
11. *Общие принципы лечения. Консервативные и хирургические методы лечения. Принципы антибактериальной терапии.*

Тема 4. Специфическая инфекция

1. *Входные ворота для развития столбняка.*
2. *Условия, способствующие развитию столбняка.*
3. *От чего зависит инкубационный период при столбняке?*
4. *Механизм действия столбнячного токсина на ткани больного.*
5. *Клинические формы столбняка.*
6. *Основные принципы комплексного лечения больных столбняком.*
7. *Активная иммунизация против столбняка.*
8. *Пассивная иммунизация столбняка.*
9. *Схема профилактики столбняка.*
10. *Значение неспецифической профилактики столбняка.*
11. *Диагностика сибиреязвенного карбункула и его лечение.*
12. *Дифтерия ран. Клиническая картина дифтерии ран.*
13. *Принципы лечения дифтерии ран?*

Тема 5. Хирургический сепсис, септический шок

1. *Определение сепсиса.*
2. *Факторы риска, способствующие возникновению хирургического сепсиса у детей.*
3. *Флора, вызывающая септические состояния у детей, роль смешанной флоры.*
4. *Лабораторная диагностика.*
5. *Комплексное лечение детей с хирургическим сепсисом.*
6. *Что такое септический шок?*

Тема 6. Лечение гнойно-септических заболеваний у детей

1. *Хирургическое дренирование гнойного очага.*
2. *Адекватная антибактериальная терапия.*
3. *Патогенетическая терапия метаболических нарушений.*
4. *Воздействие на микроорганизм.*
5. *Воздействие на макроорганизм.*

Тема 7. Флегмона мягких тканей. Фурункул, фурункулёз. Карбункул

1. *Фурункул, карбункул: клиника, лечение.*
2. *Флегмона мягких тканей: клиника, дифф. диагностика с остеомиелитической флегмоной, лечение.*

Тема 8. Лимфаденит, аденофлегмона, лимфангоит

1. *Классификация лимфаденитов.*
2. *Принцип онкологической настороженности.*
3. *Дифф. диагностика специфических и неспецифических лимфаденитов.*
4. *Стадии возможного развития неспецифического лимфаденита, клиническая картина.*
5. *Аденофлегмона: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.*
6. *Лимфангоит: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.*
7. *Какое осложнение возможно при длительном течении лимфангита?*
8. *Методы консервативного лечения.*
9. *Вскрытие и дренирование гнойного очага.*

Тема 9. Рожистое воспаление

1. *Классификация. Этиология. Патогенез.*
2. *Наиболее часто встречающиеся формы рожистого воспаления у детей и их локализация.*
3. *Дифференциальная диагностика.*
4. *Методы лечения. Показания к хирургическому лечению.*

Тема 10. Острый гематогенный остеомиелит

1. *Особенности строения детских костей.*
2. *Классификация ОГО.*
3. *Клиническая картина, диагностика и особенности лечения ОГО у детей различных возрастных групп.*

Тема 11. Хронический остеомиелит

1. *Понятие хронического остеомиелита, его морфологические субстраты.*
2. *Хронический остеомиелит. Этиология. Клиника. Диагностика.*
3. *Показания к хирургическому лечению. Осложнения, их профилактика.*
4. *Роль санаторного лечения в профилактике обострений остеомиелита.*
5. *Хронический остеомиелит трубчатых костей у детей. Этиология. Клиника. Осложнения.*
6. *Рентгенодиагностика.*
7. *Показания к консервативной терапии.*
8. *Виды оперативных вмешательств.*
9. *Лечение неблагоприятных последствий хронического остеомиелита.*

Тема 12. Первично-хронический остеомиелит

1. *Причины возникновения. Остеомиелит Олье: клиника, диагностика, лечение.*
2. *Остеомиелит Гарре: клиника, диагностика, лечение.*
3. *Абсцесс Броди: клиника, диагностика, лечение.*

Тема 13. Посттравматический остеомиелит

Тема 14. Гнойный артрит

1. *Этиология гнойных артритов у детей.*
2. *Клиника, диагностика, дифф. диагностика с остеомиелитическими артритами,*
3. *Лечение.*

Тестовые задания:

- 03.01. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:
- А) особенностями вскармливания;
 - Б) склонностью к гипертермии;
 - В) травмой ЦНС в анамнезе;
 - Г) относительной незрелостью органов и тканей;
 - Д) токсикозом 1 половины беременности.
- 03.02. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:
- А) стафилококк;
 - Б) стрептококк;
 - В) кишечная палочка;
 - Г) протей;
 - Д) синегнойная палочка.
- 03.03. Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является:
- А) высокая чувствительность к антибактериальным препаратам;
 - Б) быстрая адаптация к лекарственным препаратам;
 - В) малая распространенность в окружающей среде;
 - Г) стертость клинических проявлений;
 - Д) редко развивается антибиотикорезистентность.
- 03.04. Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, протекает в сроки:
- А) сутки;
 - Б) двое суток;
 - В) трое суток;
 - Г) четверо суток;
 - Д) неделю.
- 03.05. Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения раневого процесса, протекает в сроки:
- А) сутки;
 - Б) вторые-четвертые сутки;
 - В) пятые-шестые сутки;
 - Г) седьмые-десятые сутки;
 - Д) невозможно определить.
- 03.06. Очищение гнойной раны обычно наступает:
- А) на вторые-третьи сутки;
 - Б) на четвертые-шестые сутки;
 - В) на седьмые-десятые сутки;
 - Г) к концу второй недели;
 - Д) спустя две недели.
- 03.07. Репарация гнойной раны обычно наступает:
- А) на вторые-третьи сутки;
 - Б) на четвертые-шестые сутки;
 - В) на седьмые-десятые сутки;
 - Г) к концу второй недели;
 - Д) спустя две недели.
- 03.08. Для выделяемого при анаэробной газовой инфекции гематоксина не характерны свойства:
- А) некроза соединительной ткани и мышц;
 - Б) гемолиза;
 - В) тромбоза сосудов;
 - Г) поражения миокарда, печени, почек;
 - Д) избирательного поражения мозга.
- 03.09. В течение инфекционного процесса у детей не является определяющим:
- А) вирулентность микрофлоры;
 - Б) сенсibilизация организма;
 - В) иммунологическая реактивность организма;

- Г) антибиотикорезистентность возбудителя;
- Д) в анамнезе натальная травма ЦНС.

- 03.10. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции не являются:
- А) лампасные разрезы;
 - Б) иссечение пораженных тканей;
 - В) нейтрализация действия циркулирующих токсинов;
 - Г) коррекция нарушений гомеостаза;
 - Д) строгая иммобилизация конечности.
- 03.11. Особенностью ампутации при анаэробной инфекции не является:
- А) ампутация выше визуально определяемой зоны поражения;
 - Б) операция без жгута;
 - В) отказ от ушивания культи;
 - Г) рассечение фасциальных футляров;
 - Д) отказ от дренирования раны.
- 03.12. К основным источникам госпитальной инфекции не относят:
- А) больных;
 - Б) персонал-носитель инфекции;
 - В) раковины отделения;
 - Г) растворы, кремы, мази;
 - Д) посетителей пациента.
- 03.13. Наиболее эффективным средством борьбы с синегнойной госпитальной инфекцией является:
- А) борная кислота;
 - Б) раствор фурациллина;
 - В) гипертонический раствор;
 - Г) перекись водорода;
 - Д) левомеколь.
- 03.14. Хирургическая обработка гнойной раны не обеспечивает:
- А) ускорению заживления раны;
 - Б) снижению интоксикации;
 - В) купированию раневой инфекции;
 - Г) предупреждению генерализации процесса;
 - Д) антибактериальное воздействие.
- 03.15. Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является
- А) общая анестезия;
 - Б) местная инфильтрационная анестезия;
 - В) местная проводниковая анестезия;
 - Г) местно хлорэтил;
 - Д) выбор по индивидуальным показаниям.
- 03.16. Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет:
- А) 2-3 часа;
 - Б) 4-6 часов;
 - В) 7-9 часов;
 - Г) 10-12 часов;
 - Д) индивидуально.
- 03.17. Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является:
- А) активная аспирация;
 - Б) пассивный отток;
 - В) капиллярные свойства;
 - Г) гигроскопические свойства;
 - Д) сочетание свойств.
- 03.18. Дренирование гнойной раны показано в фазе:
- А) индивидуально;
 - Б) реорганизации;
 - В) регенерации;

- Г) воспаления;
- Д) во всех перечисленных фазах.

03.19. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:

- А) механическое очищение очага;
- Б) антибактериальное воздействие;
- В) предупреждение распространения местного процесса;
- Г) предупреждение генерализации воспалительного процесса;
- Д) противовоспалительный фактор.

03.20. Наиболее эффективным методов дренирования гнойной раны является:

- А) однопросветная трубка для пассивного оттока;
- Б) резиновый выпускник;
- В) марлевый тампон;
- Г) активное дренирование;
- Д) сигарный дренаж.

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

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

03.22. Ранние вторичные швы при гнойной ране накладываются:

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

03.23. Поздний вторичный шов при гнойной ране накладывают:

- А) на 3-4 день;
- Б) на 5-6 день;
- В) на 2-ю неделю;
- Г) на 3-4-ю неделю;
- Д) в зависимости от состояния раны.

03.24. Применение вторичных швов при гнойной ране не обеспечит:

- А) Сокращение сроков заживления;
- Б) Снижение опасности госпитального инфицирования;
- В) Уменьшение потерь с раневым отделяемым;
- Г) Улучшение косметических результатов;
- Д) Ускорение сроков смены фаз воспаления.

03.25. Необходимым условием для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:

- А) улучшение самочувствия больного;
- Б) отсутствие температуры;
- В) нормализация лабораторных показателей;
- Г) купирование перифокального воспаления;
- Д) начало репаративной фазы.

03.26. У ребенка 13 лет в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Состояние средней тяжести. Эта картина соответствует:

- А) для фурункула;
- Б) для карбункула;
- В) для флегмоны;
- Г) для фурункулеза;
- Д) для псевдофурункулеза.

03.27. У ребенка абсцедирующий фурункул в области нижней губы. Ему не следует предпринимать:

- А) госпитализацию;
- Б) антибиотикотерапию;

- В) физиотерапию;
- Г) мазовые повязки;
- Д) радикальное оперативное лечение.

- 03.28. Увеличение больных с хирургическим сепсисом не связано с:
- А) изменением сопротивляемости макроорганизма;
 - Б) развитием антибиотикорезистентности микрофлоры;
 - В) расширением инвазивных методов диагностики и лечения;
 - Г) распространенностью внутригоспитальной инфекции;
 - Д) внедрением в практику новых антибактериальных препаратов.
- 03.29. Понятие хирургической сепсис у детей не определяет:
- А) общее тяжелое инфекционное состояние;
 - Б) наличие местного очага инфекции;
 - В) измененную реактивность организма;
 - Г) необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии;
 - Д) показания к назначению гормональной терапии.
- 03.30. Патогенез хирургического сепсиса не определяет:
- А) возбудитель инфекции (вид, доза, вирулентность);
 - Б) состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений);
 - В) неспецифическая реактивность организма;
 - Г) специфическая реактивность организма;
 - Д) ранее проведенное антибактериальное лечение.
- 03.31. Размножение возбудителя при сепсисе происходит, как правило:
- А) в первичном очаге;
 - Б) во вторичном очаге;
 - В) в крови;
 - Г) в зависимости от индивидуальных особенностей;
 - Д) возможны все варианты.
- 03.32. О развитии шока у септического больного свидетельствует:
- А) постепенное ухудшение состояния больного;
 - Б) резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции;
 - В) наличие метаболических нарушений;
 - Г) длительная гипертермия;
 - Д) наличие метастатических очагов инфекции.
- 03.33. Длительность применения кортикостероидов при гнойной инфекции определяется:
- А) нормализацией состояния до средней тяжести;
 - Б) купированием шока;
 - В) снижением температуры до субфебрильной;
 - Г) устранением сердечно-легочной недостаточности;
 - Д) все перечисленное.
- 03.34. Основанием для использования глюкокортикостероидов является:
- А) септический шок и токсико-аллергическая реакция;
 - Б) септикопиемия;
 - В) септицемия;
 - Г) пресепсис (начальная стадия сепсиса);
 - Д) высокий риск развития септических осложнений.
- 03.35. Противопоказанием к применению гипербарической оксигенации при тяжелых формах сепсиса является:
- А) тяжелые метаболические нарушения, обусловленные токсико-инфекционными процессами;
 - Б) дыхательные расстройства и сердечнососудистая недостаточность;
 - В) анемия вследствие гемолиза и поражения микробами и токсинами;
 - Г) тяжелые поражения паренхиматозных органов;
 - Д) терминальное состояние.

03.36. У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к распространению. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункл;
- Б) карбункл;
- В) флегмона;
- Г) рожистое воспаление;
- Д) абсцесс подкожной клетчатки.

03.37. У ребенка 5 лет множественные гнойники конусовидной формы, очаги с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое течение. Указанное состояние характерно:

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

03.38. У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:

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

03.39. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз:

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

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

- А) фурункул;
- Б) карбункул;
- В) флегмона;
- Г) рожистое воспаление;
- Д) абсцесс подкожной клетчатки.

03.41. Подострый лимфаденит обычно не дифференцируют с:

- А) с туберкулезом;
- Б) с лимфогранулематозом;
- В) с опухолью;
- Г) с болезнью кошачьих царапин;
- Д) с гемангиомой.

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

- А) паронихий;
- Б) кожный панариций;
- В) флегмона;
- Г) абсцесс;
- Д) подкожный панариций.

03.43. У ребенка в области указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует:

- А) паронихий;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) флегмоне.

- 03.44. У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли. Под ногтем скопление гноя. Диагноз соответствует:
- А) паронихию;
 - Б) кожному панарицию;
 - В) подногтевому панарицию;
 - Г) подкожному панарицию;
 - Д) флегмоне.
- 03.45. У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3-х дней. Местно: отек, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина соответствует:
- А) паронихий;
 - Б) кожному панарицию;
 - В) подкожному панарицию;
 - Г) подногтевому панарицию;
 - Д) костному панарицию.
- 03.46. У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация мягких тканей. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Диагноз:
- А) паронихия;
 - Б) кожный панариций;
 - В) подкожный панариций;
 - Г) костный панариций;
 - Д) подногтевой панариций.
- 03.47. У ребенка 13 лет болезненность и равномерная отечность тканей у основания пальца кисти, распространяющаяся к лучезапястному суставу. Активные движения в суставе отсутствуют. Пассивные сопровождаются резкой болезненностью. Указанная картина соответствует:
- А) паронихии;
 - Б) кожному панарицию;
 - В) подкожному панарицию;
 - Г) подногтевому панарицию;
 - Д) сухожильному панарицию.
- 03.48. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз:
- А) флегмона кисти;
 - Б) кожный панариций;
 - В) подкожный панариций;
 - Г) костный панариций;
 - Д) сухожильный панариций.
- 03.49. Для операции по поводу костного панариция у ребенка 5 лет наиболее целесообразна:
- А) проводниковая анестезия;
 - Б) инфильтрационная анестезия;
 - В) масочный наркоз;
 - Г) интубационный наркоз;
 - Д) местно хлорэтил.
- 03.50. Появление рентгенологических признаков при костном панариции у ребенка 12 лет следует ожидать:
- А) на 1-2 день болезни;
 - Б) на 4-6 день болезни;
 - В) на 7-9 день болезни;
 - Г) на 10-12 день болезни;
 - Д) на 13-15 день болезни.
- 03.51. При направленном выборе антибиотика в случае гнойного воспаления основным не является:
- А) характер и чувствительность микрофлоры;
 - Б) фармакодинамика и фармакокинетика препарата;
 - В) токсичность препарата;
 - Г) совместимость с другими лекарственными препаратами;

Д) давность заболевания.

03.52. При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать:

- А) характер и чувствительность микрофлоры;
- Б) локализацию гнойного очага;
- В) объем гнойного отделяемого;
- Г) характер гнойного отделяемого;
- Д) распространенность воспалительного процесса.

03.53. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит измерение внутри костного давления следует производить в течение:

- А) 1-2 мин;
- Б) 10-15 мин;
- В) 20-25 мин;
- Г) 30-40 мин;
- Д) 60 мин.

03.54. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной. Дальнейшие действия предусматривают:

- А) измерение внутрикостного давления;
- Б) дополнительную остеоперфорацию;
- В) ушивание раны;
- Г) промывание костно-мозгового канала;
- Д) дренирование раны.

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

- А) дополнительную остеоперфорацию;
- Б) измерение внутрикостного давления;
- В) ушивание раны;
- Г) промывание костно-мозгового канала;
- Д) дренирование раны.

03.56. Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

03.57. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, в течение 2-х лет не было обострения процесса. Указанный вариант течения относится:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

03.58. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 мес. после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме секвестр. Указанный вариант течения относится:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

03.59. При измерении внутрикостного давления при подозрении на острый гематогенный остеомиелит за норму принимается уровень:

- А) ниже 90 мм. водн.ст.;
- Б) 96-122 мм. водн. ст.;
- В) 122-140 мм. водн. ст.;

- Г) 140-160 мм. водн. ст.;
- Д) 160-180мм. водн.ст.

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

- А) наличии боли в конечности и высокой температуре;
- Б) при указании в анамнезе на травму отсутствии повреждений;
- В) при картине ревматизма, когда отмечено поражение одного сустава;
- Г) при синдроме заболевания мягких тканей;
- Д) во всех указанных случаях.

03.61. Декомпрессивная остеоперфорция при остром гематогенном остеомиелите не позволяет:

- А) уточнить диагноз в неясных случаях;
- Б) получить отделяемое из костномозгового канала для цитологического исследования;
- В) снизить внутрикостное давление;
- Г) снять боль;
- Д) полностью санировать очаг воспаления.

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

- А) характером и количеством патологического отделяемого;
- Б) улучшением самочувствия;
- В) динамикой лабораторных показателей;
- Г) динамикой рентгенологических данных;
- Д) купированием болевого синдрома.

03.63. Иммобилизация при остром гематогенном остеомиелите в послеоперационном периоде не обеспечивает:

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

03.64. Строгую иммобилизацию конечности при остром гематогенном остеомиелите при благоприятном течении применять не целесообразно более:

- А) 1 недели;
- Б) 1,5 недель;
- В) 2-3 недель;
- Г) 1 месяца;
- Д) 2-3 месяцев.

03.65. При остром гематогенном остеомиелите продолжительность затяжного периода составляет:

- А) до 1 мес;
- Б) до 2-3 мес.;
- В) до 6-8 мес;
- Г) до 8-10 мес;
- Д) до 1 года.

03.66. Наиболее типичными рентгенологическими признаками хронического остеомиелита являются:

- А) остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала;
- Б) симптом периостальной реакции;
- В) уплотнение структуры параоссальных тканей;
- Г) размытость и нечеткость кортикального слоя кости;
- Д) явления пятнистого остеопороза.

03.67. У больного с острым гематогенным остеомиелитом при остеоперфорациях получен гной под давлением. Следующим этапом является:

- А) введение внутрикостно антибиотиков;
- Б) измерение внутрикостного давления;
- В) ушивание раны до резиновых выпускников;
- Г) иммобилизация конечности;
- Д) налаживание системы постоянного промывания.

- 03.68. Сквозное дренирование при эпифизарном остеомиелите показано:
- А) во всех случаях установления диагноза;
 - Б) при неэффективности пункционного ведения;
 - В) при параартикулярной флегмоне;
 - Г) при обнаружении при первой пункции значительного количества выпота;
 - Д) не показано.
- 03.69. В патогенезе острого гематогенного остеомиелита ведущее значение имеет:
- А) травма;
 - Б) высокий уровень одномоментной контаминации возбудителя;
 - В) длительное течение ОРВИ;
 - Г) неполноценное питание;
 - Д) сенсibilизация организма.
- 03.70. Наиболее частым возбудителем острого гематогенного остеомиелита является:
- А) золотистый стафилококк;
 - Б) стрептококк;
 - В) протей;
 - Г) синегнойная палочка;
 - Д) кишечная палочка.
- 03.71. Тактической ошибкой в хирургической тактике ведения больных с эпифизарным остеомиелитом считают:
- А) пункцию сустава;
 - Б) сквозное дренирование сустава;
 - В) дренирование параартикулярного пространства;
 - Г) артротомию;
 - Д) повторные пункции сустава.
- 03.72. При подозрении на эпифизарный остеомиелит показано:
- А) назначение антибактериальной терапии, наблюдение;
 - Б) диагностическая пункция сустава;
 - В) дренирование сустава;
 - Г) остеоперфорация;
 - Д) остеопункция и измерение внутрикостного давления.
- 03.73. При эпифизарном остеомиелите "сухие" артриты встречаются при преобладании следующей флоры:
- А) грамм-положительной;
 - Б) грамм-отрицательной;
 - В) ассоциативной флоры;
 - Г) характер микрофлоры значения не имеет;
 - Д) анаэробной флоры.
- 03.74. На развитие антибиотикорезистентности не оказывает влияние:
- А) применение высоких доз антибиотиков;
 - Б) длительные курсы антибактериальной терапии;
 - В) расширение больных высокой степени риска;
 - Г) комбинация антибиотиков с нестероидными противовоспалительными средствами;
 - Д) применение инвазивных методов диагностики и лечения.
- 03.75. Применение скелетного вытяжения при остром гематогенном остеомиелите показано при поражении:
- А) дистального отдела бедренной кости;
 - Б) проксимального отдела бедренной кости;
 - В) дистального отдела большеберцовой кости;
 - Г) проксимального отдела большеберцовой кости;
 - Д) поражение малоберцовой кости.
- 03.76. После выполнения остеоперфорации при остром гематогенном остеомиелите контрольная рентгенограмма выполняется в сроки:
- А) 1 неделя;
 - Б) 1,5 недели;
 - В) 2 недели;
 - Г) 2,5 недели;

Д) 3 недели.

03.77. Полная нагрузка на конечность при остром гематогенном остеомиелите верхней трети бедра при благоприятном течении процесса допускается, в среднем, через:

- А) 2 мес;
- Б) 3 мес;
- В) 4 мес;
- Г) 5 мес;
- Д) 6 мес.

03.78. К бета-лактамам относятся:

- А) пенициллины, цефалоспорины;
- Б) пенициллины, цефалоспорины; карбапенемы, монобактамы;
- В) только пенициллины, цефалоспорины и карбапенемы;
- Г) только пенициллины и карбапенемы;
- Д) карбапенемы и монобактамы.

03.79. Отметьте нежелательные реакции хлорамфеникола:

- А) апластическая анемия;
- Б) ототоксичность;
- В) нефротоксичность;
- Г) гепатотоксичность;
- Д) ототоксичность и нефротоксичность.

03.80. При устойчивости синегнойной палочки к гентамицину следует отдать предпочтение:

- А) канамицину;
- Б) тобрамицину;
- В) стрептомицину;
- Г) амикацину;
- Д) неомицину.

03.81. Отметьте препараты, применяемые для антибиотико-профилактики в хирургии:

- А) оксациллин;
- Б) цефазолин;
- В) фортум;
- Г) линкомицин;
- Д) пенициллин.

03.82. Укажите нежелательные реакции линкомицина:

- А) судороги;
- Б) апластическая анемия;
- В) ототоксичность;
- Г) нефротоксичность;
- Д) псевдомембранозный колит.

03.83. У пациента в течение 2-х лет обострения по поводу хронического остеомиелита большеберцовой кости. При бактериологическом исследовании раневого отделяемого высеян метициллинрезистентный золотистый стафилококк. Следует рекомендовать:

- А) цефазолин;
- Б) фортум;
- В) ванкомицин;
- Г) ампициллин / сульбактам;
- Д) гентамицин.

03.84. У больного, оперированного по поводу продолженного отграниченного перитонита, при бактериологическом исследовании из брюшной полости высеяна неидентифицированная грамотрицательная флора. Целесообразно назначить:

- А) гентамицин;
- Б) канамицин;
- В) левомецетин;
- Г) амикацин;
- Д) цефазолин.

- 03.85. При выполнении декомпрессивной остеоперфорации больному с клиникой острого гематогенного остеомиелита получена кровь под давлением. Оперативное вмешательство целесообразно закончить:
- А) оставлением резиновых выпускников в мягких тканях;
 - Б) дренированием параоссального пространства по Редону;
 - В) установлением однопросветных дренажей для проточного промывания;
 - Г) дренированием двухпросветной трубкой;
 - Д) ушиванием операционной раны наглухо.
- 03.86. Во время оперативного вмешательства по поводу острого гематогенного остеомиелита выявлены поднадкостничное и межмышечное скопление гноя. После выполнения декомпрессивной остеоперфорации показано:
- А) оставлением резиновых выпускников в мягких тканях;
 - Б) дренированием параоссального пространства по Редону;
 - В) установлением однопросветных дренажей для проточного промывания;
 - Г) дренированием двухпросветной трубкой;
 - Д) ушиванием операционной раны наглухо.
- 03.87. Дренирование и промывание костно-мозгового канала при остром гематогенном остеомиелите показано:
- А) значительных сроках заболевания и тотальном поражении кости;
 - Б) всегда для введения антибиотиков;
 - В) не показано;
 - Г) при получении крови под большим давлением;
 - Д) при антибиотикорезистентности возбудителя заболевания.
- 03.88. Оперативное лечение при остром гематогенном остеомиелите костей таза показано при:
- А) подтверждении диагноза рентгенологически;
 - Б) формировании гнойных затеков в мягких тканях;
 - В) всегда показана консервативная терапия;
 - Г) предположении диагноза;
 - Д) подтверждении диагноза компьютерной томографией.
- 03.89. Об окончательном исходе течения остеомиелитического процесса можно судить по истечении:
- А) 6 месяцев;
 - Б) 6-8 месяцев;
 - В) 1 года;
 - Г) 1,5-2 лет;
 - Д) 3-х лет.

ответы
Раздел 3.
ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ

03.01. - Д	03.18. - Г	03.35. - Д	03.52. - А	03.69. - Б	03.86. - В
03.02. - А	03.19. - А	03.36. - Г	03.53. - А	03.70. - А	03.87. - А
03.03. -Д	03.20. - Г	03.37. - А	03.54. - Б	03.71. - Г	03.88. - Б
03.04. - А	03.21. - Б	03.38. - Б	03.55. - Б.	03.72. - Б	03.89. - Г
03.05. - Б	03.22. - В	03.39. - В	03.56. - В	03.73. - Б	
03.06. - Б	03.23. - Г	03.40. - Б	03.57. - А	03.74. - Г	
03.07. - В	03.24. - Д	03.41. - Д	03.58. - В	03.75. - Б	
03.08. - Д	03.25. - Д	03.42. - А	03.59. - Б	03.76. - В	
03.09. - Д	03.26. - А	03.43. - Б	03.60. - Д	03.77. - Д	
03.10.- Д	03.27. - Д	03.44. - В	03.61. - Д	03.78. - Б	
03.11. - Д	03.28. - Д	03.45. - В	03.62. - А	03.79. - А	
03.12. - Д	03.29. - Д	03.46. - Г	03.63. - Д	03.80. - Г	
03.13. - А	03.30. - Д	03.47. - Д	03.64. - Б	03.81. - Б	
03.14. - Д	03.31. - В	03.48. - А	03.65. - В	03.82. - Д	

03.15. - А	03.32. - Б	03.49. - В	03.66. - А	03.83. - В	
03.16. - А	03.33. - Б	03.50. - В	03.67. - Д	03.84. - Г	
03.17. - Б	03.34. - А	03.51. - Д	03.68. - Б	03.85. - Б	

Раздел 4. Торакальная хирургия у детей.

(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Контрольные вопросы:

Тема 1. Воронкообразная деформация грудной клетки. Килевидная деформация

1. *Виды врожденной деформации грудной клетки.*
2. *Воронкообразная грудная клетка: клиника, диагностика, влияние деформации на сердечно-сосудистую систему.*
3. *Синдром Марфана*
4. *Методы таракопластики. Этапы таракопластики по D. Nuss.*
5. *Осложнения оперативного лечения.*
6. *Килевидная деформация грудной клетки: клиника, диагностика.*
7. *Методы лечения: ношение устройств постоянного давления на грудную клетку (ортезы), малоинвазивные методы (методика Н. Abramsa, А.П. Дмитриенко)*
8. *Этапы открытой таракопластики по Равичу*

Тема 2. Пороки развития бронхов и лёгких

1. *Аномалии трахеи (атрезии, трахеомалиции, сдавление трахеи пищеводом, сосудистые*
2. *кольца, врожденные трахеальные стенозы)*
3. *Кистозные аномалии. Бронхогенные кисты. Кистоаденоматозные аномалии. Лобарные*
4. *эмфиземы*
5. *Некистозные аномалии.*
6. *Секвестрация легкого (инталобарная, экстралобарная).*
7. *Артериовенозные аномалии*
8. *Смешанные аномалии.*
9. *Агенезия легкого.*
10. *Гастрогенные кисты*
11. *Мезенхимальная кистозная гемартома*
12. *Методы диагностики данных аномалий*
13. *Хирургическое лечение*

Тема 3. Бактериальные деструкции лёгких (абсцесс, гангрена, буллы)

1. *Клиническая картина абсцесса легкого, данные рентгенологического исследования.*
2. *Дифференциальная диагностика с нагноившейся кистой.*
3. *Лечение, пути местного лечения абсцесса.*
4. *Буллы: определение, клиническое течение, лечебная тактика.*

Тема 4. Бронхоэктатическая болезнь. Кисты легких и поликистоз

1. *Этиология, патогенез бронхоэктазий.*
2. *Классификация.*
3. *Клиническая картина, дополнительные методы обследования.*

4. *Лечение бронхоэктазий.*
5. *Виды оперативного лечения.*

Тема 5. Инородные тела гортани, трахеи и бронхов

1. *Виды инородных тел.*
2. *Клиническая картина при инородных телах трахеобронхиального дерева.*
3. *Осложнения.*
4. *Диагностика. Лечение.*

Тема 6. Эхинококкоз лёгких

1. *Что такое эхинококкоз?*
2. *Стенки Эхинококковой кисты.*
3. *Пути заражения*
4. *Клиника, диагностика и лечение*

Тема 7. Медиастениты

1. *Классификация медиастинита*
2. *Причины медиастинита*
3. *Симптомы медиастинита*
4. *Диагностика медиастинита*
5. *Лечение медиастинита*
6. *Прогноз и профилактика медиастинита*

Тема 8.Периокардиты

1. *Классификация перикардита*
2. *Причины перикардита*
3. *Симптомы перикардита*
4. *Диагностика перикардита*
5. *Лечение перикардита*
6. *Осложнения перикардита*
7. *Прогноз и профилактика перикардита*

Тема 9. Атрезия пищевода

1. *Нарушение эмбрионального развития трахеи и пищевода.*
2. *Типы атрезии пищевода.*
3. *Клиника и диагностика.*
4. *Методы оперативного лечения, сроки выполнения вмешательств.*
5. *Частые и грозные осложнения хирургического вмешательства.*

Тема 10. Ахалазия пищевода

1. *Клиника и диагностика, характерные рентгенологические признаки.*
2. *Возможные причины заболевания.*
3. *Дифференциальная диагностика (пептический стеноз пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, объемный процесс брюшной полости).*
4. *Методы лечения: консервативные и хирургические.*

5. *Этапы операции Геллера (внеслизистая кардиомиотомия), сочетающаяся с эзофагогастрофундопликацией.*

Тема 11. Трахеопищеводные свищи

1. *Нарушение эмбриональной дифференцировки трахеи пищевода, как основной этиопатогенетический фактор трахеопищеводного свища.*
2. *Клиника заболевания.*
3. *Современные методы ликвидации свища (применение технологии с эндоскопическим доступом и видеосопровождением, применение лазера)*

Тема 12. Врожденные и приобретенные стенозы пищевода

Тема 13. Химические ожоги пищевода

1. *Ожоги пищевода щелочами: клиника, диагностика.*
2. *Часто в быту встречающиеся щелочные растворы.*
3. *Ожоги пищевода кислотами: клиника, диагностика.*
4. *Часто в быту встречающиеся кислоты.*
5. *В каких местах пищевода даже незначительное количество кислоты или щелочи может вызвать ожог всей окружности пищевода?*
6. *Первая неотложная медицинская помощь при ожогах пищевода.*
7. *Стадии развития паталогического процесса.*
8. *Степени ожога, определяемые при ФГДС.*
9. *Лечение ожогов в зависимости от степени, стадии, вида ожогов.*
10. *Лечение отдаленных стриктур. Диспансеризация.*

Тема 14. Диафрагмальные грыжи

1. *Классификация диафрагмальных грыж.*
2. *Отличие истинных диафрагмальных грыж от ложных.*
3. *Грыжа Ларрея, грыжа Морганьи, грыжа Бохдалека.*
4. *Клиника и диагностика диафрагмальных грыж.*
5. *Методы хирургической коррекции диафрагмальных грыж.*
6. *Синдром висцероабдоминальной диспропорции.*

Тема 15. Травматические повреждения грудной клетки. Ранения и повреждения легких

1. *Виды травматических повреждений грудной клетки.*
2. *Клиника закрытых и открытых травм грудной клетки.*
3. *Дополнительные методы исследования.*
4. *Показания к оперативному лечению, методика операций.*

Тестовые задания:

04.01.У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

- А) гипоплазия легкого;
- Б) аплазия легкого
- В) агенезия легкого;
- Г) ателектаз;

Д) буллы.

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

- А) гипоплазия легкого;
- Б) аплазия легкого;
- В) агенезия легкого;
- Г) ателектаз;
- Д) кистозная гипоплазия.

04.03. При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в большую сторону. При бронхоскопии сужены долевыми бронхи. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) аплазия легкого;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) ателектаз.

04.04. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) кистозная гипоплазия;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) аплазия легкого.

04.05. Состояние новорожденного тяжелое. Одышка. Дыхание слева ослаблено. Перкуторно справа коробочный звук. На рентгенограмме справа увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе справа треугольная тень прилегающая к тени средостения. Средостение смещено влево с снижением прозрачности левого легкого. Диагноз:

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

04.06. На рентгенограмме имеется округлой формы затемнение в области базальных сегментов. При аортографии обнаруживается сосуд, идущий от аорты к патологической тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А) киста легкого;
- Б) опухоль легкого;
- В) легочная секвестрация;
- Г) опухоль средостения;
- Д) ателектаз.

04.07. На рентгенограмме имеется дополнительная тень, прилегающая к тени средостения и имеющая треугольную форму с вогнутым наружным краем. На бронхограмме в области патологического образования выявляются только крупные bronхи, доходящие до нижнего края тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазы;
- Б) легочная секвестрация;
- В) гипоплазия нижней доли;
- Г) опухоль средостения;
- Д) агенезия легкого.

04.08. Пищевод Барретта это:

- А. рефлюкс-эзофагит;
- Б. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- В. аденокарцинома;
- Г. метаплазия слизистой пищевода;
- Д. пептическая стриктура пищевода.

- 04.09. При установлении диагноза «агенезия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:
- А) бронхоскопия;
 - Б) аортография;
 - В) ангиопульмонография;
 - Г) бронхография;
 - Д) обзорная рентгенография.
- 04.10. При установлении диагноза «аплазия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:
- А) бронхография;
 - Б) сканирование легкого;
 - В) бронхоскопия;
 - Г) ангиопульмонография;
 - Д) аортография.
- 04.11. Для того, чтобы правильно определить уровень и степень гипоплазии легкого, необходимо провести:
- А) сканирование легкого;
 - Б) бронхоскопию;
 - В) ангиопульмонография;
 - Г) аортография;
 - Д) бронхография.
- 04.12. Методом выбора обследования при установлении диагноза «врожденная лобарная эмфизема» является:
- А) бронхоскопия;
 - Б) бронхография;
 - В) обзорная рентгенография;
 - Г) радиоизотопное обследование легких;
 - Д) ангиопульмонография.
- 04.13. При установлении диагноза «легочная секвестрация» предпочтение имеет:
- А) аортография;
 - Б) бронхография;
 - В) бронхоскопия;
 - Г) ангиопульмонография;
 - Д) сканирование легких.
- 04.14. Укажите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом:
- А) сканирование легких;
 - Б) аортография;
 - В) бронхография;
 - Г) ангиопульмонография;
 - Д) бронхоскопия.
- 04.15. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:
- А) нижняя доля справа;
 - Б) верхняя доля слева;
 - В) нижняя доля слева;
 - Г) верхняя доля справа;
 - Д) средняя доля правого легкого.
- 04.16. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:
- А) средняя доля правого легкого;
 - Б) нижняя доля левого легкого;
 - В) верхняя доля левого легкого;
 - Г) верхняя доля правого легкого;
 - Д) нижняя доля правого легкого.
- 04.17. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:
- А) экстренную операцию;

- Б) плановую операцию;
- В) срочную операцию;
- Г) консервативную терапию;
- Д) выжидательную тактику.

04.18. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- А) консервативную терапию;
- Б) бронхоскопическую санацию;
- В) экстренную операцию;
- Г) наблюдение в динамике;
- Д) плановую операцию.

04.19. У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:

- А) срочную операцию;
- Б) операцию после предоперационной подготовки;
- В) консервативную терапию;
- Г) диспансерное наблюдение;
- Д) плановую операцию.

04.20. Оптимальной при операции по поводу врожденной эмфиземы верхней доли является:

- А) боковая торакотомия;
- Б) передняя торакотомия;
- В) заднебоковая торакотомия;
- Г) задняя торакотомия;
- Д) переднебоковая торакотомия.

04.21. Резекцию нижней доли при внутрилегочной секвестрации следует начинать с выделения:

- А) артерии нижней доли;
- Б) бронха нижней доли;
- В) разделения нижней легочной связки;
- Г) нижней легочной вены;
- Д) основного ствола легочной артерии.

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

- А) кровотечение;
- Б) массивные продувания воздуха;
- В) сердечно-легочная недостаточность;
- Г) обтурационные осложнения;
- Д) несостоятельность швов.

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

- А) абсцесс легкого;
- Б) пневмоторакс;
- В) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- Г) пиоторакс;
- Д) пиопневмоторакс.

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

- А) пиопневмоторакс;
- Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- В) абсцесс легкого;
- Г) пиоторакс;
- Д) медиастинальная эмфизема.

04.25. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:

- А) с абсцессом легкого;
- Б) с тотальной эмфиземы плевры;

- В) с осумкованным плевритом;
- Г) с плащевидным плевритом;
- Д) с буллезной формой бактериальной деструкции легких.

04.26. На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз:

- А) тотальная эмпиема плевры;
- Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- В) фибринооторакс;
- Г) плащевидный плеврит;
- Д) пиопневмоторакс.

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

- А) тотальная эмпиема плевры;
- Б) ателектаз легкого;
- В) напряженная тотальная эмпиема;
- Г) плащевидный плеврит;
- Д) абсцесс легкого.

04.28. Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является:

- А) смещение средостения;
- Б) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов;
- В) деформация одного или обоих куполов диафрагмы;
- Г) непостоянность рентгенологических данных при повторных и многоосевых исследованиях;
- Д) признаки гиповентиляции легких.

04.29. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в неповрежденную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А) пневмоторакс;
- Б) гидропневмоторакс;
- В) напряженный гидропневмоторакс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) абсцесс легкого.

04.30. На рентгенограмме определяется смещение средостения в неповрежденную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое. Наиболее вероятный диагноз:

- А) напряженный гидропневмоторакс;
- Б) напряженный пневмоторакс;
- В) гигантский кортикальный абсцесс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) мелкоочаговая бактериальная деструкция легких.

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

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

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

- А) пункция буллы;
- Б) интенсивная терапия без вмешательства в очаг;
- В) дренирование буллы;
- Г) бронхоскопический дренаж;
- Д) плевральная пункция.

04.33. У больного больших размеров буллезное образование в легком. Смещения средостения нет. Ему необходимо выполнить:

- А) бронхоскопический дренаж;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) пункцию буллы;

- Г) дренирование буллы;
- Д) катетеризацию бронха.

04.34. На бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого. Больному следует рекомендовать:

- А) оперативное лечение;
- Б) консервативное лечение;
- В) длительную бронхоскопическую санацию;
- Г) оперативное лечение временно не показано;
- Д) санаторное лечение.

04.35. На бронхограммах у больного имеется деформирующий бронхит нижней доли одного легкого. Остальные бронхи не поражены. Оптимальным методом лечения является:

- А) резекция нижней доли;
- Б) торакоцентез;
- В) экстирпация бронхов нижней доли;
- Г) бронхоскопические санации;
- Д) консервативное лечение.

04.36. У больного удалено длительно лежащее инородное тело. При бронхографическом обследовании выявлены цилиндрические бронхоэктазы. Ему следует рекомендовать:

- А) диспансерное наблюдение;
- Б) оперативное лечение;
- В) бронхоскопическое лечение;
- Г) санаторное лечение;
- Д) консервативную терапию.

04.37. У больного с бронхоэктазами нижней доли справа имеется обострение процесса в легком:

- А) оперативное лечение показано;
- Б) оперативное лечение временно противопоказано;
- В) оперативное лечение не показано;
- Г) оперативное лечение противопоказано;
- Д) санаторное лечение.

04.38. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением масляного контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

- А) 3-5 дней;
- Б) 6-10 дней;
- В) 11-15 дней;
- Г) 16-20 дней;
- Д) после 20 дней.

04.39. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением водорастворимого контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

- А) 3-5 дней;
- Б) 6-10 дней;
- В) 11-15 дней;
- Г) 16-20 дней;
- Д) после 20 дней.

04.40. Наиболее достоверным признаком при оценке степени подготовленности больного с бронхоэктазами к операции является:

- А) улучшение общего состояния больного;
- Б) купирование восходящего бронхита;
- В) уменьшение гнойного отделяемого;
- Г) улучшение показателей со стороны функций внешнего дыхания;
- Д) уменьшение количества хрипов.

04.41. Оптимальным доступом при резекции верхней доли является:

- А) задний;
- Б) заднебоковой;
- В) передний;
- Г) боковой;

Д) переднебоковой.

- 04.42. Оптимальным доступом при резекции средней доли является:
- А) заднебоковой;
 - Б) передний;
 - В) переднебоковой;
 - Г) задний;
 - Д) боковой.
- 04.43. Оптимальным доступом при резекции нижней доли является:
- А) передний;
 - Б) переднебоковой;
 - В) задний;
 - Г) заднебоковой;
 - Д) боковой.
- 04.44. Послеоперационные ателектазы наиболее часто возникают:
- А) на 1-3-и сутки;
 - Б) на 4-7-е сутки;
 - В) на 7-10-е сутки;
 - Г) на 11-14-е сутки;
 - Д) на 14-17-е сутки.
- 04.45. При послеоперационном ателектазе легкого аускультативно выявляется:
- А) бронхиальное дыхание;
 - Б) альвеолярное дыхание;
 - В) амфорическое дыхание;
 - Г) отсутствие дыхания;
 - Д) ослабление дыхания.
- 04.46. При плащевидном плеврите (серозном) лечение предусматривает:
- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
 - В) пункцию плевральной полости;
 - Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Д) бронхоскопию.
- 04.47. При пиотораксе лечение предусматривает:
- А) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
 - Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - В) пункцию плевральной полости;
 - Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Д) бронхоскопию.
- 04.48. При осумкованном гнойном плеврите лечение предусматривает:
- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Б) пункцию плевральной полости;
 - В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Г) радикальную операцию;
 - Д) бронхоскопию.
- 04.49. При тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания плевры лечение предусматривает:
- А) пункцию плевральной полости;
 - Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
 - В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.
- 04.50. У больного парциальный пневмоторакс. Ему следует рекомендовать:
- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
 - В) плевральную пункцию;
 - Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;

Д) бронхоскопию.

04.51. Функциональной зрелости пищевод достигает к:

- А) 3-м месяцам;
- Б) 6-ти месяцам;
- В) 12-ти месяцам;
- Г) 2-м годам;
- Д) 5-ти годам.

04.52. При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищем тактика лечения включает:

- А) плевральную пункцию;
- Б) бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) выжидательную тактику.

04.53. У больного напряженный пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищем. Ему следует рекомендовать:

- А) бронхоблокаду;
- Б) плевральную пункцию;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) выжидательную тактику.

04.54. При простом пиопневмотораксе необходимо выполнить:

- А) плевральную пункцию;
- Б) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) радикальную операцию;
- Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.

04.55. При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить:

- А) плевральную пункцию;
- Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Г) радикальную операцию;
- Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.

04.56. При фибротораксе оптимальным методом лечения является:

- А) радикальная операция;
- Б) консервативная терапия, при неэффективности - радикальная операция;
- В) плевральная пункция;
- Г) дренирование плевральной полости;
- Д) бронхоскопия.

04.57. Врожденные солитарные кисты легких чаще всего встречаются:

- А) в верхней доле правого легкого;
- Б) в средней доле правого легкого;
- В) в нижней доле правого легкого;
- Г) в верхней доле левого легкого;
- Д) в нижней доле левого легкого.

04.58. У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом обследовании обнаружено кистозное образование в легком. Состояние ребенка удовлетворительное. Дыхательной недостаточности нет. Лечение больного предусматривает:

- А) наблюдение в динамике;
- Б) дренирование кисты;
- В) оперативное лечение;
- Г) консервативное лечение;
- Д) санаторное лечение.

04.59. У ребенка 3 лет в течение 6 месяцев имеется кистозное образование в легком. Жалоб нет. Ребенку следует рекомендовать:

- А) оперативное лечение в плановом порядке;
- Б) лечение пункциями;
- В) консервативное лечение;
- Г) выжидательную тактику;
- Д) санаторное лечение.

04.60. Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Наиболее вероятный диагноз:

- А) абсцесс легкого;
- Б) напряженная киста легкого;
- В) нагноившаяся киста легкого;
- Г) диафрагмальная грыжа;
- Д) булла.

04.61. У ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого. Лечение больного включает:

- А) пункцию кисты;
- Б) дренирование кисты;
- В) радикальную операцию;
- Г) консервативную терапию;
- Д) выжидательную тактику.

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

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

04.63. При напряженной солитарной кисте легкого следует выполнить:

- А) лобэктомию;
- Б) цеоэктомию;
- В) клиновидную резекцию;
- Г) краевую резекцию;
- Д) экстирпацию бронха.

04.64. Больного беспокоит постоянный рефлекторный кашель, боль при глотании. Дыхание не затруднено. В анамнезе - поперхивание при еде. Наиболее вероятный диагноз:

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

04.65. У больного затрудненное дыхание. Временами наступают приступы удушья. Отмечается охриплость голоса, временами афония. Наиболее вероятный диагноз:

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

04.66. Состояние больного тяжелое. Выраженная дыхательная недостаточность. Голос звонкий. Периодически слышен симптом «хлопка». Наиболее вероятный диагноз:

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

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

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

04.68. Из перечисленных опухолей средостения является злокачественной:

- А) ганглионеврома;
- Б) симпатогониома;
- В) невринома;
- Г) нейрофиброма;
- Д) феохромоцитома.

04.69. Нейрогенные опухоли локализуются:

- А) в верхнем отделе переднего средостения;
- Б) в нижнем отделе переднего средостения;
- В) в заднем средостении;
- Г) в верхнем отделе центрального средостения;
- Д) в нижнем отделе центрального средостения.

04.70. Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются:

- А) в верхнем отделе центрального средостения;
- Б) в нижнем отделе центрального средостения;
- В) в заднем средостении;
- Г) в нижнем отделе переднего средостения;
- Д) в верхнем отделе переднего средостения.

04.71. Дубликационные кисты чаще всего локализуются:

- А) в заднем средостении;
- Б) в центральном средостении;
- В) в верхнем отделе переднего средостения;
- Г) в нижнем отделе переднего средостения; Д) в нижнем отделе заднего средостения.

04.72. Сосудистые опухоли чаще всего локализуются:

- А) в нижнем отделе заднего средостения;
- Б) в верхнем отделе заднего средостения;
- В) в центральном средостении;
- Г) в верхнем отделе переднего средостения;
- Д) в нижнем отделе переднего средостения.

04.73. Терадотермоидная опухоль чаще всего локализуется:

- А) в верхнем отделе заднего средостения;
- Б) в переднем средостении;
- В) в нижнем отделе заднего средостения;
- Г) в верхнем отделе центрального средостения;
- Д) в нижнем отделе центрального средостения;

04.74. У ребенка после катотравмы имеет место выраженная подкожная эмфизема в области шеи, лица, верхнего отдела грудной стенки. На рентгенограмме грудной клетки - перелом II, III, IV ребер по парастернальной линии справа. Предположительный диагноз:

- А) разрыв правого легкого;
- Б) травма трахеи;
- В) повреждение перикарда;
- Г) разрыв правого главного бронха;
- Д) травма магистральных сосудов.

04.75. Под болезнью гастро-эзофагеального рефлюкса понимают:

- А) заброс содержимого из желудка в пищевод;
- Б) за грудиные боли;
- В) регургитацию;
- Г) рвоты;
- Д) симптомокомплекс, являющийся следствием агрессивного воздействия рефлюксного содержимого.

- 04.76. Наиболее достоверные данные для подтверждения диагноза недостаточности кардиального отдела пищевода дает:
- А) контрастное обследование пищевода в положении стоя;
 - Б) жесткая эзофагоскопия;
 - В) контрастное обследование пищевода в положении лежа;
 - Г) фиброэзофагоскопия;
 - Д) рН-метрия.
- 04.77. При хронической эмпиеме плевры оптимальным методом лечения является:
- А), ультразвуковая санация плевральной полости;
 - Б) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Г) пункция плевральной полости;
 - Д) радикальная операция.
- 04.78. Для ахалазии пищевода при производстве обзорной рентгенограммы грудной клетки наиболее характерно:
- А) смещение средостения влево;
 - Б) расширение тени средостения;
 - В) смещение средостения вправо;
 - Г) отсутствие газового пузыря;
 - Д) высокое стояние левого купола диафрагмы.
- 04.79. Ведущими симптомами при ахалазии пищевода являются:
- А) дисфагия;
 - Б) регургитация;
 - В) рецидивирующая пневмония;
 - Г) пищеводная рвота;
 - Д) рвота с желудочным содержимым.
- 04.80. Дифференциальную диагностику при установлении диагноза ахалазии пищевода надо проводить:
- А) с врожденным коротким пищеводом;
 - Б) с халазией пищевода;
 - В) с врожденным стенозом пищевода;
 - Г) с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;
 - Д) спилоростенозом.
- 04.81. При врожденном коротком пищеводе ведущим симптомом является:
- А) рвота;
 - Б) икота;
 - В) дисфагия;
 - Г) регургитация;
 - Д) саливация.
- 04.82. Из специальных методов обследования наиболее информативным при установлении диагноза «врожденный короткий пищевод» является:
- А) рН-метрия;
 - Б) обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей;
 - В) фиброэзофагогастроскопия;
 - Г) жесткая эзофагоскопия;
 - Д) контрастное обследование пищевода.
- 04.83. Наиболее информативным рентгенологическим признаком при установлении диагноза «врожденный короткий пищевод» является:
- А) расширение пищевода в нижнем отделе;
 - Б) желудочно-пищеводный рефлюкс;
 - В) высокое положение куполов диафрагмы;
 - Г) стеноз в кардиальном отделе пищевода;
 - Д) смещение дна желудка в грудную полость.
- 04.84. Врожденные стенозы пищевода чаще всего встречаются на уровне:
- А) первого физиологического сужения;

- Б) кардиального отдела;
- В) средней трети пищевода;
- Г) нижней трети пищевода;
- Д) верхней трети пищевода .

- 04.85. Диагноз врожденного стеноза пищевода чаще всего устанавливается:
- А) в периоде новорожденности;
 - Б) от 1 до 3 месяцев;
 - В) от 3 до 6 месяцев;
 - Г) от 6 месяцев до 1 года;
 - Д) старше 1 года.
- 04.86. Наиболее эффективным методом лечения при коротком врожденном стенозе пищевода является:
- А) бужирование;
 - Б) анастомоз в 3/4 в зоне стеноза;
 - В) резекция в зоне стеноза с наложением анастомоза «конец в конец»;
 - Г) установка встречных магнитов;
 - Д) баллонная дилатация.
- 04.87. Ребенок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Ему следует произвести промывание желудка:
- А) щелочным раствором;
 - Б) подкисленным раствором;
 - В) холодной водой;
 - Г) водой комнатной температуры;
 - Д) горячей водой.
- 04.88. Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Промывание желудка ему следует произвести:
- А) холодной водой;
 - Б) водой комнатной температуры;
 - В) горячей водой;
 - Г) подкисленным раствором;
 - Д) щелочным раствором.
- 04.89. Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести:
- А) на 1-2-е сутки;
 - Б) на 3-4-е сутки;
 - В) на 5-6-е сутки;
 - Г) на 10-е сутки;
 - Д) на 12-е сутки .
- 04.90. При свежем ожоге пищевода III ст. следует отдать предпочтение:
- А) «слепому» методу бужирования;
 - Б) через эзофагоскоп;
 - В) за нитку;
 - Г) ретроградному бужированию;
 - Д) не бужировать.
- 04.91. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода обнаружен небольшой отек и гиперемия слизистой. Это соответствует:
- А) первой — легкой степени ожога;
 - Б) второй — средней степени ожога;
 - В) третьей — тяжелой степени ожога;
 - Г) нет ожога;
 - Д) четвертой степени ожога.
- 04.92. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется яркая гиперемия слизистой, выраженная отечность и фиброзные наложения. Это соответствует:
- А) легкой степени ожога;
 - Б) средней степени ожога;
 - В) тяжелой степени ожога;

- Г) нет ожога;
- Д) очень тяжелой степени ожога.

04.93. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется картина циркулярных фиброзных наложений, стенка пищевода по снятию фибрина кровоточит. Это соответствует:

- А) легкой степени ожога;
- Б) средней степени ожога;
- В) тяжелой степени ожога;
- Г) нет ожога;
- Д) очень тяжелой степени ожога.

04.94. Вторичные кисты легких у детей наиболее часто локализуются:

- А) верхней доли;
- Б) средней доли;
- В) 10-го сегментарного бронха;
- Г) верхушечного сегмента базальной пирамиды (S-6);
- Д) заднего сегмента верхней доли.

04.95. Больной поступил в стационар на 8-е сутки после ожога пищевода уксусной эссенцией. При эзофагоскопии имеется ожог 3-й степени. Бужирование пищевода следует начинать:

- А) сразу после поступления;
- Б) на 10-е сутки;
- В) на 11-14-е сутки;
- Г) на 15-20-е сутки;
- Д) после 20-х суток.

04.96. Показанием к созданию искусственного пищевода является:

- А) ожог пищевода 3-й степени;
- Б) ожог пищевода 4-й степени;
- В) короткая рубцовая стриктура пищевода;
- Г) рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 6 месяцев;
- Д) рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 1 года.

04.97. Из перечисленных видов пластики пищевода наиболее распространен в детской хирургии:

- А) внутриплевральная пластика тонкой кишки;
- Б) внутриплевральная пластика из большой кривизны желудка;
- В) за грудиной пластика толстой кишки;
- Г) за грудиной пластика тонкой кишки;
- Д) внутриплевральная пластика толстой кишки.

04.98. При поступлении ребенка с напряженным хилотораксом показано:

- А) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Б) дренирование плевральной полости с аспирацией по Бюлау;
- В) операция;
- Г) плевральная пункция;
- Д) консервативное лечение.

04.99. При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении:

- А) стоя;
- Б) лежа на животе;
- В) лежа на спине;
- Г) лежа на левом боку;
- Д) лежа на правом боку.

04.100. Консервативная тактика при повреждении пищевода оправдана:

- А) при проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода;
- Б) при повреждении пищевода с повреждением плевры;
- В) при непроникающем ранении пищевода;
- Г) при инструментальном повреждении с ложным ходом более 2 см;
- Д) при проникающем ранении грудной клетки с повреждением пищевода.

- 04.101. Во время бужирования пищевода произошла его перфорация. При контрастном исследовании пищевода имеется затек контрастного вещества более чем на 2 см. Тактика хирурга должна предусматривать:
- А) курс лечебных эзофагоскопий;
 - Б) введение зонда в желудок и консервативная терапия;
 - В) перевод больного на парентеральное питание и консервативную терапию;
 - Г) срочную операцию;
 - Д) гастростомию.
- 04.102. Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:
- А) френоперикардальная;
 - Б) передние;
 - В) пищеводного отверстия;
 - Г) задние ложные;
 - Д) истинные.
- 04.103. У детей старшего возраста чаще всего встречаются:
- А) передние грыжи диафрагмы;
 - Б) истинные левосторонние грыжи;
 - В) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
 - Г) задние ложные грыжи;
 - Д) френоперикардальные грыжи.
- 04.104. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативны:
- А) жесткая эзофагоскопия;
 - Б) рентгеноконтрастное обследование пищевода и желудка;
 - В) фиброэзофагоскопия;
 - Г) обзорная рентгеноскопия;
 - Д) компьютерная томография.
- 04.105. Дифференцировать грыжу пищеводного отверстия диафрагмы следует:
- Л) с халазией пищевода;
 - Б) с ахалазией пищевода;
 - В) с врожденным стенозом;
 - Г) с врожденным коротким пищеводом;
 - Д) с дивертикулом пищевода.
- 04.106. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы выгоднее всего производить оперативное вмешательство:
- А) из левосторонней торакотомии;
 - Б) из лапаротомии;
 - В) из правосторонней торакотомии;
 - Г) из верхнесрединной лапаротомии;
 - Д) из широкой срединной лапаротомии.
- 04.107. Наиболее достоверным методом определения степени агрессивности гастроэзофагеального рефлюкса является:
- А) эзофагоскопия;
 - Б) манометрия;
 - В) Ph-метрия;
 - Г) рентгеноконтрастное исследование;
 - Д) компьютерная томография.
- 04.108. При воронкообразной деформации грудной клетки у детей дает наилучшие результаты:
- А) торакопластика с наружным вытяжением;
 - Б) стернохондропластика с внутренней фасцией костными трансплантатами;
 - В) стернохондропластика с внутренней фасцией металлическими конструкциями;
 - Г) наружное вытяжение без торакопластики;
 - Д) торакопластика без фиксирующих устройств.
- 04.109. При травме грудной клетки чаще всего встречаются:
- А) переломы каркаса грудной клетки без повреждения внутренних органов;
 - Б) ушибы грудной клетки без повреждения внутренних органов;

- В) ушибы грудной клетки с повреждением внутренних органов;
- Г) переломы каркаса грудной клетки с повреждением внутренних органов;
- Д) сдавление груди (травматическая асфиксия).

04.110. У ребенка 3 лет имеется правосторонний парциальный пневмоторакс. Чаще всего приводит к пневмотораксу в данном возрасте:

- А) бронхиальная астма;
- Б) обтурационная эмфизема;
- В) проникающее ранение грудной клетки;
- Г) буллезная форма легочной деструкции;
- Д) сдавление груди.

04.111. Перелом ребер у детей чаще всего происходит:

- А) в хрящевой части грудины;
- Б) в хрящевой части у перехода ее в костную часть ребра;
- В) в переднем отделе костной части ребра;
- Г) по аксилярной линии;
- Д) заднем отделе ребра.

04.112. К переломам лопатки у детей чаще всего приводит:

- А) сдавление грудной клетки;
- Б) падение с высоты;
- В) падение на руку;
- Г) прямой удар;
- Д) падение на спину.

04.113. У ребенка 10 лет после травмы грудной клетки плащевидный гемоторакс, показатели гемодинамики стабильные. В данном случае ему следует рекомендовать:

- А) плевральную пункцию;
- Б) дренирование плевральной полости с аспирацией по Бюлау;
- В) торакоскопию;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) радикальную операцию.

04.114. У ребенка 8 лет после травмы грудной клетки имеется простой гемоторакс. Наиболее целесообразным в данном случае методом лечения является:

- А) радикальная операция;
- Б) торакоскопия;
- В) плевральная пункция;
- Г) дренирование с активной аспирацией;
- Д) дренирование по Бюлау.

ответы

Раздел 4.

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

04.01. - Б	04.20. - Д	04.39. - В	04.58. - А	04.77. - Д	04.96. - Д
04.02. - В	04.21. - В	04.40. - Б	04.59. - А	04.78. - Г	04.97. - В
04.03. - Г	04.22. - Г	04.41. - Д	04.60. - В	04.79. - Г	04.98. - Г
04.04. - В	04.23. - В	04.42. - Б	04.61. - Б	04.80. - В	04.99. - В
04.05. - Б	04.24. - В	04.43. - Г	04.62. - В	04.81. - В	04.100. - В
04.06. - В	04.25. - Г	04.44. - А	04.63. - А	04.82. - Д	04.101. - В
04.07. - В	04.26. - В	04.45. - Г	04.64. - Г	04.83. - Д	04.102. - В
04.08. - Г	04.27. - Б	04.46. - В	04.65. - В	04.84. - Г	04.103. - В
04.09. - А	04.28. - Г	04.47. - Г	04.66. - Г	04.85. - Г	04.104. - Б
04.10. - В	04.29. - В	04.48. - В	04.67. - Б	04.86. - А	04.105. - А
04.11. - Д	04.30. - Б	04.49. - Д	04.68. - Б	04.87. - Г	04.106. - Г
04.12. - Г	04.31. - В	04.50. - В	04.69. - В	04.88. - Б	04.107. - В
04.13. - А	04.32. - Б	04.51. - В	04.70. - А	04.89. - Б	04.108. - В

04.14. - Д	04.33. - В	04.52. - Г	04.71. - Б	04.90. - В	04.109. - Б
04.15. - Б	04.34. - А	04.53. - В	04.72. - Г	04.91. - А	04.110. - Г
04.16. - Д	04.35. -Д	04.54. - Б	04.73. - Б	04.92. - Б	04.111. - Д
04.17. - Б	04.36. - В	04.55. - В	04.74. - Г	04.93. - В	04.112. - Г
04.18. - В	04.37. - Б	04.56. - Б	04.75. - Д	04.94. - Г	04.113. - А
04.19. - А	04.38. - Д	04.57. - А	04.76. - Д	04.95. - В	04.114. - Д

Раздел 5. Эндокринная хирургия.
(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Контрольные вопросы:

Тема 1. Патофизиология желез внутренней секреции (гипофиз, тимус, надпочечники, щитовидная железа, половые железы, поджелудочная железа)

1. *Функции эндокринных желез*
2. *Классификация эндокринопатий.*

Тема 2. Эмбриогенез мужских и женских половых желез

1. *На каком сроке эмбрионального развития начинается половая дифференцировка*
2. *На каком сроке эмбрионального развития начинается закладка наружных половых органов у мальчиков и у девочек*

Тема 3. Гермафродитизм, аномалии формирования пола

1. *Классификация истинного гермафродитизма – морфологические классы:*
2. *Симптомы женского псевдогермафродитизма*
3. *Лечение женского псевдогермафродитизма*
4. *Симптомы мужского псевдогермафродитизма*
5. *Лечение мужского псевдогермафродитизма*
6. *Истинный и ложный гермафродитизм*
7. *Осложнения гермафродитизма*
8. *Причины возникновения и механизм развития патологии*
9. *Дисгенезия яичек и ее формы?*
10. *Принципы лечения*

Тема 4. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы

1. *Показания к оперативному лечению узловых заболеваний ЩЖ*
2. *Обезболивание*
3. *Доступ к ЩЖ*
4. *Мобилизация ЩЖ*
5. *Наиболее опасные зоны повреждения при мобилизации ?*
6. *Тиреоидэктомия это*
7. *Осложнения тиреоидэктомии*

Тема 5. Хирургическое лечение заболеваний поджелудочной железы

1. Показания к хирургическому вмешательству
2. Виды операций на поджелудочной железе
3. Операция при инфицированном панкреонекрозе
4. Абсцессы поджелудочной железы
5. Панкреатодуоденальная резекция
6. Дистальная резекция поджелудочной железы
7. Левосторонняя каудальная резекция
8. Субтотальная.
9. Тотальная дуоденопанкреатэктомия.
10. Продольный анастомоз панкреатического протока

Тема 6. Хирургическое лечение крипторхизма и опухолей яичка

1. Сроки хирургического лечения крипторхизма
2. Операция низведения яичка по Шумахеру.
3. Особенности хирургического лечения опухолей яичка.

Тестовые задания:

- 05.01. У больного 4 лет установлен диагноз «скрытый половой член». Ребенку показано:
- А) наблюдение эндокринолога + гормональная терапия;
 - Б) оперативное лечение при желании родителей;
 - В) показана фаллопластика;
 - Г) не наблюдать;
 - Д) смена паспортного пола + феминизирующая пластика.
- 05.02. Скрытым половым членом считают:
- А) половой член нормальных возрастных размеров погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки;
 - Б) половой член с недоразвитыми кавернозными телами;
 - В) половой член с гипертрофированной крайней плотью;
 - Г) половой член малых размеров;
 - Д) микрофаллус с дисгенезией гонад.
- 05.03. Причиной скрытого полового члена считают:
- А) ожирение;
 - Б) малые размеры кавернозных тел;
 - В) гипертрофия крайней плоти;
 - Г) дисгенетические изменения поддерживающей и пеноабдоминальной связки;
 - Д) рубцовый фимоз.
- 05.04. Яички начинают вырабатывать андрогены:
- А) еще внутриутробно;
 - Б) на первом году жизни;
 - В) в раннем детском возрасте;
 - Г) с началом полового созревания;
 - Д) в конце пубертатного периода.
- 05.05. Наиболее частой причиной синдрома неполной маскулинизации является:
- А) 5-А-редуктазная недостаточность;
 - Б) недостаточность десмолазы;
 - В) недостаточность 17-, 20-лиазы;
 - Г) недостаточность 17-гидроксилазы;
 - Д) недостаточность 3-ОН-гидроксилазы.
- 05.06. Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка:
- Л) подострое начало заболевания;
 - Б) темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии;
 - В) наличие выпота в оболочках яичка;

- Г) пальпируется болезненное округлое образование на яичке;
- Д) тяжелая интоксикация и лихорадка.

05.07. Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка при крипторхизме:

- Л) пениальной;
- Б) бедренной;
- В) промежностной;
- Г) перекрестной;
- Д) пупочной.

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

- Л) об истинном гермафродитизме;
- Б) о смешанной дисгенезии гонад;
- В) о синдроме тестикулярной феминизации;
- Г) о крипторхизме в сочетании с грыжей и микропенисом;
- Д) о синдроме ХХ-мужчины.

05.09. Для обследования ребенка младшего возраста, страдающего абдоминальным крипторхизмом, в первую очередь следует выполнить

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

05.10. При ревизии пахового канала и брюшной полости по поводу абдоминального крипторхизма обнаружен «слепо начинающийся» семявыносящий проток. Органы малого таза сформированы по мужскому типу. В данном случае имеет место:

- Л) атрофия яичка;
- Б) гипотрофия яичка;
- В) агенезия яичка;
- Г) монорхизм;
- Д) дисгенезия яичка.

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

- А) одностороннего крипторхизма;
- Б) двустороннего крипторхизма;
- В) ложного крипторхизма;
- Г) анорхизма;
- Д) монорхизма.

05.12. После низведения в мошонку яичка, сопровождающегося техническими трудностями, у ребенка отмечено увеличение в размерах и резкая болезненность яичка. Укажите препарат из перечисленных, не оказывающий положительного эффекта:

- А) ацетилсалициловая кислота;
- Б) преднизолон;
- В) антибиотики;
- Г) трентал;
- Д) никотиновая кислота.

05.13. Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают:

- А) период новорожденности;
- Б) 6 мес - 1 год;
- В) 2-5 лет;
- Г) 6-9 лет;
- Д) начиная с 10 лет.

05.14. Гормональное лечение при крипторхизме можно начинать:

- А) с рождения;
- Б) с полугода;
- В) с 2 лет;
- Г) с 5 лет;

Д) с 12 лет.

05.15. Для ребенка 6 месяцев, страдающего крипторхизмом в форме паховой ретенции, тактически правильно проводить:

- А) диспансерное наблюдение;
- Б) лечение ХГ;
- В) оперативное лечение;
- Г) снятие с учета;
- Д) регулярный массаж паховой области;

05.16. Ребёнку с крипторхизмом 5 лет доза хорионического гонадотропина должна составлять:

- А) 250 МЕ;
- Б) 500 МЕ;
- В) 1000 МЕ;
- Г) 1500 МЕ;
- Д) 2000 МЕ.

05.17. Больной 12 лет направлен с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой ее половины. Яичко увеличено, плотное, резко болезненное, слегка Подтянуто к корню мошонки. Произведена пункция левой половины мошонки: получено небольшое количество прозрачной жидкости. Дифференциальную диагностику следует провести:

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

05.18. Больной в возрасте 3 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне с внезапно но шикшей боли в мошонке. При осмотре: выраженный отек и гиперемия мошонки больше справа, яичко на ощупь не изменено, болезненность при пальпации мошонки, температура не повышалась. Дополнительно выявлено, что мальчик страдает экссудативным диате-ЮМ. В данном случае наиболее вероятны:

- А) перекрут яичка;
- Б) перекрут подвесок правого яичка;
- В) аллергический отек мошонки;
- Г) ущемленная правосторонняя паховая грыжа;
- Д) рожистое воспаление мошонки.

05.19. При ревизии брюшной полости у ребенка 6 лет в забрюшинной клетчатке под почкой обнаружено яичко размерами 1.2г0.7г0.4 см, без сформированного придатка. Низвести его в мошонку не удастся. В этом случае вашим действием будет:

- А) гонадэктомия;
- Б) оставить на месте;
- В) вывести в брюшную полость;
- Г) вывести над апоневрозом;
- Д) провести биопсию.

05.20. При крипторхизме в форме эктопии хорионический гонадотропин назначается:

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

05.21. Какое из перечисленных положений, относящиеся к проблеме лечения крипторхизма трудно назвать справедливым:

- А) основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие;
- Б) крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек;
- В) аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках;
- Г) лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста;

Д) лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста.

05.22. Показанием для гормональной терапии неопустившегося яичка служит крипторхизм:

- А) в форме эктопии;
- Б) в форме ретенции, когда уровень лютеинизирующего гормона в моче ниже 124 МЕ/л;
- В) в форме ретенции, когда уровень лютеинизирующего гормона в моче выше 124 МЕ/л;
- Г) в форме ретенции у больного с ожирением;
- Д) крипторхизм в сочетании с грыжей.

05.23. У ребенка в возрасте 2 лет обнаружен крипторхизм в форме паховой эктопии. Ему необходимо провести оперативное лечение:

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

05.24. У больного 4 лет со смешанным строением наружных гениталий, воспитывающегося по мужскому типу яички не пальпируются, гипоспадия, промежностная форма, половой хроматин отрицательный, кариотип 46XY. При УЗИ выявляется образование за мочевым пузырем, похожее на матку. При уретрографии - наполненный контрастом мочевого пузырь, сзади которого видно образование больших размеров, заполненное контрастным веществом, исходящее из простатической части уретры, удлинённой формы размерами 5.0-2.0 см. При лапаротомии обнаружены в полости малого таза две гонады размерами 1.0-0.5 см, рудиментарная матка с трубами.

В данном случае следует:

- А) оставить все как есть;
- Б) удалить гонады;
- В) удалить матку, вывести гонады из брюшной полости;
- Г) удалить матку и гонады;
- Д) удалить матку, гонады оставить в брюшной полости.

05.25. У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой эктопии. В анамнезе — боль в области задержанного яичка. Ему следует рекомендовать:

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

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

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

05.27. Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичек:

- А) перекрут гидатиды яичка;
- Б) перекрут яичка;
- В) орхоэпидидимит;
- Г) флегмона Фурнье;
- Д) травматический разрыв яичка.

05.28. Какой из перечисленных ниже факторов, нельзя считать причиной дегенеративных изменений у больного крипторхизмом:

- А) дефицит андрогенов;
- Б) несоответствие температурного режима;
- В) дефицит гонадотропинов;
- Г) аутоиммунная агрессия;
- Д) воспалительные заболевания кожи мошонки.

05.29. Наиболее частой причиной возникновения острых заболеваний яичек у детей является:

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

05.30. Какое из перечисленных положений, имеющих отношение к острым заболеваниям яичек у детей, ошибочно:

- А) боль — ведущий симптом заболевания;
- Б) гиперемия и отек мошонки возникают спустя 1-2 часа от начала заболевания;
- В) яичко уплотняется, увеличивается в размерах и становится болезненным при ощупывании;
- Г) показания к хирургическому лечению возникают редко;
- Д) специфическое поражение яичек встречается редко.

ответы

Раздел 5.

ХИРУРГИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

05.01 - Б	05.06. - Д	05.11. - Б	05.16. - В	05.21. -Д	05.26. - Б
05.02.- А	05.07.- Д	05.12. - Б	05.17. - В	05.22. - Б	05.27. - А
05.03 - Г	05.08. - В	05.13. - Б	05.18. - В	05.23. -Д	05.28. - Д
05.04. - А	05.09. - Б	05.14. - Б	05.19. - Г	05.24. - В	05.29. - Б
05.05 - А	05.10. -А	05.15. - Б	05.20. -Д	05.25. - В	05.30. - Г

Раздел 6. Проктология.

(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Контрольные вопросы:

Тема 1.Эпителиальный копчиковый ход. Пресакральная киста

1. Что такое ЭКХ
2. Клиника и диагностика ЭКХ
3. Методика хирургического лечения
4. Что такое пресакральная киста
5. Клиника , диагностика и лечение пресакральной кисты

Тема 2. Врожденное сужение заднего прохода. Врожденное сужение прямой кишки

1. Клиника , диагностика и лечение

Тема3.Свищи при нормально функционирующем анальном отверстии

Тема 4.Атрезия прямой кишки и анального отверстия

1. Алгоритм обследования при аноректальных аномалиях
2. Классификация аноректальных аномалий.
3. Достоверные признаки высокой и низкой атрезии прямой кишки
4. Сочетанные пороки развития при аноректальных аномалиях, методы их выявления (УЗИ органов брюшной полости)

5. Показания к наложению колостомы при аноректальных пороках. Особенности расположения толстой кишки у новорожденных и локализация колостомии; варианты колостомии (концевая, противоестественный задний проход).
6. Особенности строения аноректального мышечного комплекса в норме и при аноректальных пороках, хирургическое значение этих особенностей.
7. Заднесаггитальный доступ Пена при вмешательствах по поводу аноректальных пороков
8. Оперативные вмешательства из заднего саггитального доступа при различных вариантах аноректальных пороков
9. Послеоперационное ведение.
10. Схема бужирования. Послеоперационные осложнения (стеноз, недержание кала, осложнения со стороны мочеполовой системы).
11. Лечение послеоперационных осложнений: бужирование, физиотерапия, повторные вмешательства.

Тема 5. Болезнь Гиршпрунга

1. Этиология (эмбриогенез и его нарушения, роль задержки дифференциации клеток в
2. Нейробласты.
3. Патофизиология (нарушение функции аганглионарного сегмента, ректоанального рефлекса, изменение гормонального спектра кишечника)
4. Патанатомия (анатомические формы болезни Гиршпрунга)
5. Синдром хронических запоров. Особенности физикального обследования ребенка с хроническими запорами
6. Методы диагностики болезни Гиршпрунга
7. Консервативные мероприятия как этап подготовки к операции: опорожнение кишечника с помощью клизм (правила их проведения), массаж живота, диетотерапия, слабительные, физиотерапия
8. Показания к наложению колостомы; выбор места для наложения колостомы
9. Сроки оперативных вмешательств при болезни Гиршпрунга (одноэтапного и основного этапа при наличии колостомы)
10. Виды операций при болезни Гиршпрунга
11. Послеоперационные осложнения
12. Сроки оперативных вмешательств (период новорожденности или ранний грудной возраст)
13. Болезнь Гиршпрунга с врожденной низкой кишечной непроходимостью
14. Тотальный аганглиоз толстой кишки
15. Методы оперативных вмешательств

Тема 6. Мегаколон

2. Что такое мегаколон
3. Причины
4. Клиника и диагностика
5. Хирургическое лечение

Тема 7. Острый парапроктит. Хронический парапроктит

1. Клиника, причины парапроктита
2. Осложнения парапроктита
3. Лечение

Тема 8. Параректальные свищи

1. *Клиника, диагностика и лечение*

Тема 9. Неспецифический язвенный колит

2. *Этиология НЯК*
3. *Клиника и диагностика*
4. *Классификация НЯК*
5. *Локализация*

Тема 10. Болезнь Крона

1. *Этиология и патогенез заболевания.*
2. *Классификация болезни Крона в зависимости от локализации, стадии, активности, характера течения, ответа на терапию.*
3. *Клиника и диагностика заболевания. R-е признаки заболевания – «булыжная мостовая», щелевидные изъязвления, симптом «шнура» и др.*
4. *Эндоскопическая картина болезни (фазы болезни).*
5. *Морфологические и клинические различия между язвенным колитом и болезнью Крона.*
6. *Осложнения болезни Крона.*
7. *Основные принципы лечения.*
8. *Показания к хирургическому лечению*

Тема 11. Травматические повреждения ануса, прямой кишки и промежности

Тема 12. Дермоидная киста и тератома параректальной области

Тема 13. Сосудистые опухоли, гемангимы, лимфангиомы

Тема 14. Полипы и полипоз толстой кишки

Тема 15. Трещины заднего прохода. Геморрой

Тема 16. Недостаточность анального отверстия. Выпадения прямой кишки

Тестовые задания:

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

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

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

- А) зондирование;
- Б) пальцевое ректальное исследование;
- В) рентгенофистулография;
- Г) ректороманоскопия, колоноскопия;
- Д) весь перечисленный комплекс исследований.

06.03. Оптимальным положением больного при операции удаления копчикового хода является:

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

- 06.04. Удаление копчикового хода у детей при хроническом течении следует производить:
- А) по установлению диагноза;
 - Б) через 2-3 мес. после стихания острого процесса;
 - В) при обострении процесса;
 - Г) после 5-6 лет;
 - Д) в любые сроки.
- 06.05. Наиболее информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является:
- А) рентгеноконтрастный;
 - Б) ректороманоскопия;
 - В) колоноскопия;
 - Г) пальцевое ректальное исследование;
 - Д) все перечисленное.
- 06.06. При врожденном сужении прямой кишки оптимальным является:
- А) хирургическое вмешательство по установлению диагноза;
 - Б) консервативная терапия, бужирование;
 - В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта - операция;
 - Г) рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;
 - Д) любой из перечисленных вариантов.
- 06.07. Ректовестубулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:
- А) по установлении диагноза;
 - Б) в 1.5 года;
 - В) в 3-4 года;
 - Г) в 7 лет;
 - Д) в более старшем возрасте.
- 06.08. Ректовагинальный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:
- А) по установлении диагноза;
 - Б) в 1.5 года;
 - В) в 3-4 года; Г) в 7 лет;
 - Д) в более старшем возрасте.
- 06.09. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:
- А) 3 часа после рождения;
 - Б) 6 часов после рождения;
 - В) 16 часов после рождения;
 - Г) 24 часа после рождения;
 - Д) 32 часа после рождения.
- 06.10. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается:
- А) ректовестибулярный свищ;
 - Б) ректовагинальный свищ;
 - В) ректоуретральный свищ;
 - Г) ректовезикальный свищ;
 - Д) ректопромежностный свищ.
- 06.11. Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах ее атрезии у детей является:
- А) рентгенография по Вангенстину;
 - Б) контрастное исследование кишки через свищ;
 - В) исследование свища зондом;
 - Г) электромиография промежности;
 - Д) профилометрия.
- 06.12. В основе болезни Гиршпрунга лежит:
- А) врожденный аганглиоз участка толстой кишки;
 - Б) гипертрофия мышечного слоя кишки;

- В) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;
- Г) токсическая дилатация толстой кишки;
- Д) все перечисленное.

06.13. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:

- А) острую;
- Б) подострую;
- В) хроническую;
- Г) ректальную;
- Д) ректосигмоидальную.

06.14. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у детей целесообразно выполнить:

- А) ирригографию;
- Б) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа;
- В) дачу бариевой смеси через рот;
- Г) колоноскопию;
- Д) определение активности ацетилхолинэстеразы.

06.15. У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является:

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

06.16. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга, после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 9 мес;
- Г) 12 мес;
- Д) в 3 года и старше.

06.17. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:

- А) острую;
- Б) подострую;
- В) хроническую;
- Г) ректальную;
- Д) ректосигмоидальную.

06.18. У ребенка хроническая форма болезни Гиршпрунга. Радикальное оперативное вмешательство у него целесообразно:

- А) в 1.5 года;
- Б) в 3 года;
- В) в 6 лет;
- Г) в 10 лет;
- Д) по установлению диагноза.

06.19. У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:

- А) консервативное лечение с помощью сифонных клизм;
- Б) радикальное оперативное вмешательство;
- В) пристеночную цекостому;
- Г) двухствольную стому на восходящий отдел кишки;
- Д) терминальную колостому на переходной зоне кишки.

06.20. Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются:

- А) до 6 мес;
- Б) после 1 года;

- В) после 3 лет;
- Г) после 6 лет;
- Д) после перенесенной кишечной инфекции.

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

- А) операция Дюамеля;
- Б) операция Свенсона;
- В) операция Соаве;
- Г) колостома;
- Д) илеостома.

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

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

06.23. Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятна:

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

06.24. Ребенок 4 лет поступает в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:

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

06.25. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Наиболее вероятный диагноз:

- А) опухоль толстой кишки;
- Б) удвоение кишечника;
- В) лимфангиомабрюшной полости;
- Г) каловый камень;
- Д) холодный аппендикулярный инфильтрат.

06.26. Наиболее целесообразна следующая последовательность специальных методов исследования при мегаколоне у ребенка с хроническим запором:

- 1) ректальное пальцевое;
- 2) функциональное;
- 3) ирригография;
- 4) гистохимическое.

- А) правильные ответы 1, 2, 3 и 4;
- Б) правильные ответы 1, 2, 4 и 3;
- В) правильные ответы 1, 3, 4 и 2;
- Г) правильные ответы 1, 4, 2 и 3;
- Д) правильные ответы 1, 4, 3 и 2.

06.27. У ребенка 1.5 месяцев острый гнойный парапроктит. Наиболее рациональным вариантом лечения является

- А) разрез мягких тканей и дренирование;
- Б) радикальное иссечение инфильтрата и свища;
- В) антибактериальная терапия;

- Г) физиотерапевтические методы лечения;
- Д) повязка с мазью Вишневского.

06.28. У ребенка 1.5 месяцев острый парапроктит. Радикальное вмешательство при хроническом парапроктите у него целесообразно в сроки:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 8 мес;
- Г) 1.5 года;
- Д) после 3 лет.

06.29. Наиболее вероятной теорией возникновения неспецифического язвенного колита у детей является:

- А) инфекционная;
- Б) ферментативная;
- В) алиментарная;
- Г) аллергическая;
- Д) аутоиммунная.

06.30. У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Наиболее вероятная у него форма неспецифического язвенного колита:

- А) острая;
- Б) первично-хроническая;
- В) хроническая;
- Г) скоротечная;
- Д) подострая.

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

В этом случае следует думать:

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

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

- А) бактериологическое;
- Б) рентгенологическое;
- В) эндоскопическое;
- Г) пальцевое ректальное;
- Д) биохимия крови.

06.33. У ребенка 6 лет отмечено появление алой крови в стуле. Боли в животе. Стул до 8-10 раз. При ирригографии выявлено укорочение и сужение толстой кишки, ригидность ее стенки, псевдополипоз. Клиническая картина позволяет установить диагноз:

- А) колита;
- Б) болезни Гиршпрунга;
- В) неспецифического язвенного колита;
- Г) болезни Крона;
- Д) семейного полипоза.

06.34. Показанием к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита у детей является:

- А) младший возраст;
- Б) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении;
- В) прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии;
- Г) поражение толстой кишки на всем протяжении;
- Д) все перечисленное.

06.35. Ребенку ошибочно была поставлена очистительная клизма раствором нашатырного спирта. Сразу отмечены боли в области прямой кишки. Спустя несколько часов появились боли в животе и перитонеальные знаки. Ребенку показано:

- А) наблюдение, антибиотики, обезболивающие препараты;
- Б) сифонная клизма;
- В) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Г) цекостомия;
- Д) сигмостомия.

06.36. У ребенка обширная рана промежности без повреждения прямой кишки. Ему следует рекомендовать:

- А) санацию и ревизию раны;
- Б) ревизию и санацию раны, сигмостому;
- В) ревизию и санацию раны, лапаротомию, ревизию брюшной полости;
- Г) ревизию и санацию раны, цекостому;
- Д) ревизию и санацию раны, лапаротомию, сигмостому.

06.37. У ребенка обширная рана промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Рациональным способом лечения является:

- А) ревизия и санация раны;
- Б) ревизия и санация раны, цекостома;
- В) ревизия и санация раны, сигмостома;
- Г) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома;
- Д) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома.

06.38. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Если имеется подозрение на проникающее ранение брюшной полости, то ребенку показана:

- А) ревизия и санация раны;
- Б) ревизия и санация раны, сигмостома;
- В) ревизия и санация раны, цекостома;
- Г) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Д) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны.

06.39. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Боли в животе. Перитонеальные знаки. Свободный газ в брюшной полости на обзорной рентгенограмме. Ребенку необходима:

- А) ревизия и санация брюшной полости;
- Б) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома;
- В) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Г) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны;
- Д) ревизия раны, наблюдение.

06.40. Наиболее информативным методом исследования при подозрении на дермоидную кисту крестцово-копчиковой области является:

- А) рентгеновский;
- Б) эндоскопический;
- В) пальцевое ректальное исследование;
- Г) ангиография;
- Д) пункция образования.

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

- А) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты;
- Б) дренирование кисты;
- В) антибактериальная терапия;
- Г) рентгенотерапия;
- Д) наблюдение.

06.42. Допустимыми сроками наблюдения ребенка с тератомой крестцово-копчиковой области является:

- А) 6-8 мес; Б) 1 год;
- В) 2 года; Г) 3 года;
- Д) в зависимости от роста и размеров образования.

06.43. Наиболее информативным методом диагностики сосудистых образований прямой кишки у детей является

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

06.44. У ребенка 4 лет отмечены кровотечения алой кровью во время дефекации. При ректальном обследовании обнаружен полип слизистой прямой кишки. Ему следует рекомендовать:

- А) осмотр прямой кишки в зеркалах, прошивание ножки и удаление полипа;
- Б) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа;
- В) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа;
- Г) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа;
- Д) криодеструкцию полипа.

06.45. Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является:

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

06.46. У ребенка 6 лет, оперированного по поводу атрезии прямой кишки, наблюдается периодическое недержание жидкого кала. Степень недостаточности анального жома определяется, как:

- А) первая;
- Б) вторая;
- В) третья;
- Г) четвертая;
- Д) пятая.

06.47. У ребенка 7 лет, оперированного по поводу травмы промежности, наблюдается постоянное недержание жидкого кала и периодически плотного. Степень недостаточности анального жома составляет:

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую;
- Д) пятую.

06.48. У ребенка 8 лет, оперированного по поводу болезни Гиршпрунга по методике Дюамеля, наблюдается постоянное недержание жидкого и плотного кала. Степень недостаточности анального жома составляет:

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую;
- Д) пятую.

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

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

06.50. Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести:

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

ответы
Раздел 6.
ПРОКТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

06.01. -А	06.10. -А	06.19. -Д	06.28. -Б	06.37. -В	06.46. -А
06.02. -В	06.11. -В	06.20. -А	06.29. -Д	06.38. -Д	06.47. -Б
06.03. -А	06.12. -А	06.21. -В	06.30. -Д	06.39. -Г	06.48. -В
06.04. -Б	06.13. -А	06.22. -В	06.31. -Б	06.40. -В	06.49. -В
06.05. -Г	06.14. -Б	06.23. -А	06.32. -В	06.41. -А	06.50. -Б
06.06. -Г	06.15. -Д	06.24. -Г	06.33. -В	06.42. -А	
06.07. -Б	06.16. -Г	06.25. -Г	06.34. -В	06.43. -Б	
06.08. -Б	06.17. -Б	06.26. -А	06.35. -В	06.44. -Б	
06.09. -В	06.18. -Д	06.27. -А	06.36. -А	06.45. -Б	

Раздел 7. Урология .
(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Контрольные вопросы:

Тема 1. Пороки развития почек. Пороки развития мочеточников

1. *Нарушения эмбрионального и фетального развития-причина аномалий развития почек и мочеточников.*
2. *Осложнения аномалий развития почек и мочеточников.*
3. *Аномалии количества, величины, положения, взаимоположения почек и мочеточников: клиника и диагностика.*
4. *Кистозные аномалии почек (поликистоз почек, мультикистозная дисплазия, губчатая почка, мультилокулярная киста, солитарная киста): клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.*
5. *Лечебная тактика при различных аномалиях развития почек*

Тема 2. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

1. *Причины ПМР у детей.*
2. *Классификация ПМР.*
3. *Осложнения ПМР.*
4. *Клиническая картина, диагностика.*
5. *Врачебная тактика при различных видах ПМР у детей.*
6. *Виды оперативных вмешательств.*
7. *Методика операций Политано-Лидбеттера, Глена-Андерсона.*

Тема 3. Гидронефроз

1. *Причины гидронефроза у детей.*
2. *Классификация.*
3. *Клиническая картина.*
4. *Дополнительные методы*

5. *обследования.*
6. *Виды оперативного лечения в зависимости от причины гидронефроза*

Тема 4. Экстрофия мочевого пузыря

1. *Клиническая картина экстрофии мочевого пузыря.*
2. *Возможные осложнения.*
3. *Виды оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря.*

Тема 5. Дивертикул мочевого пузыря

1. *Классификация.*
2. *Этиология врожденного дивертикула мочевого пузыря.*
3. *Клиника и диагностика различных видов дивертикула мочевого пузыря.*
4. *Трансвезикальная, паравезикальная, лапароскопическая дивертикулэктомия. Методика.*

Тема 6. Нейрогенный мочевой пузырь

1. *Нарушение нормального процесса эмбриогенеза, как один из этиологических факторов данного заболевания.*
2. *Классификация. Клиника. Диагностика.*
3. *Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря.*
4. *Методы лечения.*
5. *Показания к хирургическому лечению. Методы хирургического лечения.*

Тема 7. Эписпадия. Гипоспадия

1. *Классификация гипоспадии, клиническая картина.*
2. *Сроки и методы оперативного лечения гипоспадии.*
3. *Эписпадия: классификация, клиническая картина, сроки и методы оперативного лечения.*
4. *Техника пластики уретры по Duplay*
5. *Инфравезикальная обструкция у детей: виды, клиническая картина, диагностика, лечение.*

Тема 8. Клапаны задней уретры у мальчиков

1. *Этиология. Патогенез. Клиника.*
2. *Классификация*
3. *Какие признаки инфравезикальной обструкции у плода могут указать на наличие клапана задней уретры.*
4. *Лечение. Сроки хирургического лечения. Диспансеризация.*

Тема 9. Выпадение слизистой уретры у девочек

1. *Клиническая классификация выпадения слизистой уретры.*
2. *Этиология, факторы, предрасполагающие к развитию патологического процесса, клиника.*
3. *Стадии патологического процесса.*
4. *Морфологические признаки выпавшей слизистой.*
5. *Осложнения.*
6. *Тактика лечения в зависимости от вида и лечения. Показания к хирургическому лечению.*

Тема 10. Пиелонефрит. Цистит. Уретрит

1. *Пиелонефрит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Пути попадания инфекции. Лечение. Диспансеризация.*

2. *Цистит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.*
3. *Уретрит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация*

Тема 11. Паранефрит. Баланопостит. Вульвагинит

1. *Паранефрит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.*
2. *Баланопостит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.*
3. *Вульвагинит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.*

Тема 12. Острая почечная недостаточность. Хроническая почечная недостаточность

1. *Острая почечная недостаточность: классификация, клиника, диагностика, лечение.*
2. *Хроническая почечная недостаточность: классификация, клиника, диагностика, осложнения.*
3. *Виды лечения.*
4. *Лечение острой и хронической почечной недостаточности с помощью гемодиализа и перитонеального диализа, трансплантация почки.*

Тема 13. Особенности урологии новорожденных

Тема 14. Мочекаменная болезнь

1. *Этиология, патогенез МКБ.*
2. *Факторы, способствующие образованию камней у детей.*
3. *Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.*
4. *Осложненные формы МКБ.*
5. *Методы лечения.*
6. *Показания к хирургическому лечению. Современные малоинвазивные хирургические методы лечения.*
7. *Послеоперационные осложнения.*

Тема 15. Опухоли мочеполовой системы. Опухоль Вильмса

1. *Доброкачественные и злокачественные опухоли почек.*
2. *Опухоль Вильмса. Клиника.*
3. *Принципы лечения. Ближайшие и отдалённые результаты.*
4. *Метастазы нефробластомы.*
5. *Диагностика и методы лечения.*

Тема 16. Опухоли мочевого пузыря. Опухоли яичка

1. *Опухоли мочевого пузыря. Классификация. Рабдомиосаркома. Стадии и клиника.*
2. *Метастазирование. Обследование.*
3. *Принципы консервативного и оперативного лечения.*
4. *Доброкачественные опухоли мочевого пузыря: лейомиомы, изолированный*
5. *нейрофиброматоз.*
6. *Принципы лечения.*
7. *Опухоли яичка. Клиника. Диагностика: исследование онкомаркёров крови – уровень АФП и гонадотропина, УЗИ и R–диагностика метастазов яичка.*

8. *Принципы комбинированного лечения опухолей яичка.*
9. *Лейкозная инфильтрация яичек при лейкозе.*

Тема 17. Травматическое повреждение почек. Повреждение мочеточников и мочевого пузыря. Повреждение уретры. Травма наружных половых органов

1. *Классификация травматических повреждений почек.*
2. *Клиническая картина различных видов повреждений.*
3. *Дополнительные методы обследования в диагностике травм почек.*
4. *Консервативное и оперативное лечение при травмах почек у детей.*
5. *Показания к оперативному лечению.*
6. *Причины травм мочеточников у детей, клиника, диагностика, лечение.*
7. *Причины травм мочевого пузыря у детей, классификация, клиническая картина при различных видах травм мочевого пузыря у детей, методы лечения.*
8. *Причины травмы уретры у детей, классификация, клиническая картина, методы лечения.*

Тема 18. Варикоцеле

1. *Этиопатогенез варикоцеле.*
2. *Классификация.*
3. *Клиническая картина, возможные осложнения.*
4. *Методы и сроки оперативного лечения варикоцеле у детей.*

Тема 19. Крипторхизм

1. *Этиология крипторхизма и эктопии яичка.*
2. *Классификация крипторхизма и эктопии яичка.*
3. *Диагностика.*
4. *Возможные осложнения.*
5. *Сроки и методы лечения.*

Тема 20. Перекрут яичка и гидатид

Тема 21. Орхоэпидидимит

1. *Этиология. Патогенез. Клиника.*
2. *Диагностика и дифференциальная диагностика.*
3. *Консервативная терапия.*
4. *Показания к хирургическому лечению. Пункционная операционная декомпрессия напряженной водянки оболочек яичка.*

Тема 22. Травма яичка. Аллергический отек. Флегмона Фурнье

1. *Ушиб яичка: причины, клиническая картина в зависимости от степени тяжести.*
2. *Патогенез посттравматических изменений.*
3. *Вывих яичка: причины, клиническая картина.*
4. *Ущемление семенного канатика и яичка: этиология, клиническая картина.*
5. *Дифференциальная диагностика.*
6. *Консервативное лечение.*
7. *Показания к хирургическому лечению. Техника операции.*
8. *Аллергический отек мошонки: этиология, клиника, диагностика, дифф. диагностика, лечение.*

9. *Болезнь Фурнье: этиология, диагностика, клиника, лечение. Введение больных в послеоперационном периоде.*

Тема 23. Водянка яичка и семенного канатика

1. *Этиология. Классификация.*
2. *Клиническая картина при различных видах водянки яичка и семенного канатика, дифференциальная диагностика.*
3. *Возможные осложнения.*
4. *Сроки и методы лечения.*

Тема 24. Фимоз. Парафимоз

1. *Физиологический и патологический фимоз.*
2. *Осложнения фимоза.*
3. *Задержка мочи при фимозе.*
4. *Парафимоз: клиника, лечение.*
5. *Плановое и экстренное оперативное лечение при фимозе (сроки, методика).*

Тестовые задания:

- 07.01. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:
- А) пиурию;
 - Б) альбуминурию;
 - В) микрогематурию;
 - Г) макрогематурию;
 - Д) оксалурию.
- 07.02. Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется:
- А) в поясничной области;
 - Б) в наружном крае прямых мышц;
 - В) в надлобковой области;
 - Г) в промежности;
 - Д) в эпигастрии.
- 07.03. Основной причиной развития гипертонии у детей, перенесших травму почки, можно считать:
- А) вторичное сморщивание почки;
 - Б) вторичное камнеобразование;
 - В) девиация мочеточника;
 - Г) ложный гидронефроз;
 - Д) некротический папиллит.
- 07.04. Наиболее частой причиной появления патологических выделений из мочеиспускательного канала ребенка считают:
- А) гнойно-воспалительные заболевания наружных половых путей;
 - Б) цистит;
 - В) наличие инородных тел;
 - Г) специфический уретрит;
 - Д) грибковое поражение уретры.
- 07.05. Двустороннюю макрогематурию у детей может вызвать:
- А) мочекаменная болезнь;
 - Б) гидронефроз;
 - В) острый гломерулонефрит;
 - Г) опухоль почки;
 - Д) парапельвикальная киста почки.

- 07.06. Одностороннюю макрогематурию наблюдают:
- А) при болезни Верльгофа;
 - Б) при узелковом;
 - В) при остром гломерулонефрите;
 - Г) при поликистозе;
 - Д) при опухоли почки.
- 07.07. При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо пополнить:
- А) ретроградную пиелографию;
 - Б) экскреторную урографию;
 - В) цистоскопию;
 - Г) цистоуретрографию;
 - Д) радиоизотопные методы.
- 07.08. При анурии у детей противопоказана:
- А) обзорная рентгенография органов мочевой системы;
 - Б) экскреторная урография;
 - В) цистоуретрография;
 - Г) ретроградная пиелография;
 - Д) цистоскопия.
- 07.09. Не требует лечения у детей:
- А) ренальная форма анурии;
 - Б) экстраренальная форма анурии;
 - В) субренальная форма анурии;
 - Г) физиологическая анурия новорожденных;
 - Д) аренальная форма анурии .
- 07.10. Основным признаком гидронефроза считают:
- Л) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника;
 - Б) признаки нарушения сократительной способности лоханки;
 - В) признаки вторичного пиелонефрита;
 - Г) истончение почечной паренхимы;
 - Д) признаки снижения почечного кровотока.
- 07.11. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают:
- Л) экскреторную урографию;
 - Б) цистографию;
 - В) цистоскопию;
 - Г) иистометрию;
 - Д) УЗИ с определением кровотока.
- 07.12. Рентгенологический феномен «белой почки» (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:
- А) обтурации мочеточника камнем;
 - Б) вторично сморщенной почки;
 - В) острого необструктивного пиелонефрита;
 - Г) травмы почки;
 - Д) опухоли почки.
- 07.13. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей:
- А) перемежающийся гидронефроз;
 - Б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
 - В) гипоплазия почки;
 - Г) удвоение верхних мочевых путей;
 - Д) поликистоз.
- 07.14. УЗИ слазиксной нагрузкой (для выявления гидронефроза) у младенцев предусматривает:
- А) оральную гидротацию, назначение лазикса через рот и спазмолитиков;
 - Б) пережатый уретральный катетер, введение лазикса, ограничение жидкости;
 - В) оральную гидротацию, в\в гидротацию, уретральный катетер, лазикс в\в в возрастных дозировках;

- Г) сухоядение, ограничение жидкости, лазикс, очистительная клизма;
- Д) спазмолитики, уросептики, лазикс в возрастных дозировках в\в.

07.15. Катетеризация уретры противопоказана при острой задержке мочи, вызванной:

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

07.16. Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:

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

07.17. Решающим методом диагностики нефроптоза у детей является:

- А) пальпация;
- Б) экскреторная урография;
- В) ультразвуковое сканирование;
- Г) радиоизотопное исследование;
- Д) ангиоренография.

07.18. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают:

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

07.19. Операцией выбора при удалении камней почек у детей считают:

- А) пиелотомия;
- Б) нефротомия;
- В) резекция почки;
- О нефрэктомия;
- Д) нефростомия.

07.20. Сочетание гематурии с асептической пиурией характерно:

- А) для гидронефроза;
- Б) для мочекаменной болезни;
- В) для туберкулеза;
- Г) для нефроптоза;
- Д) для опухоли почки.

07.21. Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен для диагностики:

- А) нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря;
- Б) гидронефроза;
- В) пороков уретры и ПМП;
- Г) удвоения верхних мочевых путей;
- Д) нефроптоза.

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

- А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря;
- Б) энуреза (ночного недержания мочи);
- В) эктопии устья добавочного мочеточника;
- Г) эписпадии;
- Д) клапана задней уретры .

07.23. В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы:

- А) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки;

- Б) гиперемия, болезненность мошонки, увеличение паховых лимфоузлов;
- В) отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки;
- Г) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах;
- Д) значительное накопление жидкости в полости мошонки, увеличение в размерах яичка, болезненность при пальпации яичка.

07.24. Наличие синехий (сращений между головкой и крайней плотью) считают:

- А) патологическим состоянием, необходимо срочное лечение;
- Б) вариантом нормы, лечения не показано до наступления препубертата;
- В) условно патологическое состояние, показано регулярное разделение синехий в плановом порядке;
- Г) редким пороком крайней плоти;
- Д) патологическим состоянием, требует лечения после 1 года.

07.25. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки решающим методом исследования у детей является:

- А) экскреторная урография;
- Б) планиметрия почки;
- В) почечная ангиография;
- Г) биопсия почки;
- Д) динамическая сравнительная радиоизотопная ренография.

07.26. Мочевыделительная функция у новорожденного 10 дней характеризуется:

- А) олигурией и оксалурией;
- Б) полиурией и гипоизостенурией;
- В) физиологической анурией;
- Г) урежением мочеиспускания;
- Д) альбуминурией и поллакиурией.

07.27. Экскреторная урография противопоказана при следующем неотложном состоянии:

- А) острый пиелонефрит;
- Б) травма почки;
- В) почечная колика;
- Г) анурия;
- Д) макрогематурия .

07.28. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является:

- А) болезненное мочеиспускание;
- Б) острая задержка мочи;
- В) гематурия;
- Г) пиурия;
- Д) протеинурия.

07.29. Оптимальным методом операции при абберантном сосуде, называемом гидронефроз, является:

- А) перевязка сосудов;
- Б) резекция нижнего полюса;
- В) транспозиция абберантного сосуда;
- Г) антевазальный уретеропиелоанастомоз;
- Д) лоскутная пластика .

07.30. Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита вплоть до апостематоза почки возникает:

- А) при камне верхней чашечки;
- Б) при камне лоханки;
- В) при коралловидном камне почки;
- Г) при камне мочеточника;
- Д) при камне мочевого пузыря.

07.31. Наиболее серьезным осложнением оперативного лечения I гидронефроза считают:

- А) гематурию;
- Б) обострение пиелонефрита;
- В) стеноз сформированного анастомоза;
- Г) мочевого затек;
- Д) нагноение послеоперационной раны.

- 07.32. Показанием к временному отведению мочи (пункционной I к фростомой) при гидронефрозе служат:
- А) сочетание гидронефроза с мегауретером;
 - Б) нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника;
 - В) ХПН, пионефроз, спорные показания к нефрэктомии;
 - Г) сочетание гидронефроза с МКБ;
 - Д) сочетание гидронефроза с удвоением ВМП.
- 07.33. Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают:
- А) операцию Фолея;
 - Б) операцию Бонина;
 - В) операцию Хайнса — Андерсена;
 - Г) резекцию добавочного сосуда;
 - Д) уретеролизис.
- 07.34. Оптимальным методом дренирования почки после уретеропиелопластики по поводу гидронефроза при внутривнепочечной лоханке считают:
- А) пиелостому;
 - Б) нефростому;
 - В) интубационную уретеростому;
 - Г) бездренажный метод;
 - Д) уретерокутанеостому.
- 07.35. Оптимальным методом дренирования после уретеропиелопластики при внепочечной лоханке считают:
- А) пиелостому;
 - Б) нефростому;
 - В) интубационную уретеростому;
 - Г) бездренажный метод;
 - Д) уретерокутанеостому.
- 07.36. Полным недержанием мочи сопровождается:
- А) тотальная эписпадия;
 - Б) промежностная гипоспадия;
 - В) субсимфизарная эписпадия;
 - Г) клапаны задней уретры;
 - Д) эктопическое уретероцеле.
- 07.37. Методом выбора в оперативном лечении тотальной эписпадии у детей считают:
- А) устранение недержания мочи созданием механического препятствия;
 - Б) создание искусственного сфинктера мочевого пузыря из окружающей скелетной мускулатуры;
 - В) формирование сфинктера мочевого пузыря из местных тканей;
 - Г) устранение недержания мочи путем отведения в кишечник;
 - Д) уретропластика.
- 07.38. Наличие скопления смегмы в препуциальном мешке без признаков воспаления требует:
- А) срочного удаления и полного разделения синехий;
 - Б) удаления путем обведения головки;
 - В) требует удаления при скоплении смегмы в больших количествах;
 - Г) удаления путем мануального перемещения смегмы наружу;
 - Д) не требует вмешательства.
- 07.39. Из функциональных методов исследования с наибольшей достоверностью установить диагноз клапана задней уретры у детей позволяет:
- А) инфузионная урография;
 - Б) исследование с ЭОП на фоне экскреторной урографии;
 - В) исследование с ЭОП на фоне микционной цистоуретрографии;
 - Г) урофлоуметрия;
 - Д) цистометрия.
- 07.40. К наиболее тяжелым анатомо-функциональным нарушениям со стороны верхних мочевых путей приводят варианты инфравезикальной обструкции обусловленные:
- А) гипертрофией семенного бугорка;
 - Б) клапаном задней уретры или врожденный стеноз уретры;

- В) полипом уретры;
- Г) меатостенозом;
- Д) склерозом шейки мочевого пузыря.

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

- Л) нефростомию;
- Б) пиелостомию;
- В) прямую уретерокутанеостомию;
- Г) обратную уретерокутанеостомию;
- Д) интубационную уретеростомию.

07.42. Показанием для отведения мочи с помощью уретерокутанеостомии служат:

- А) мегауретер в сочетании с нейрогенными нарушениями мочеиспускания, инфекция мочевых путей;
- Б) ХПН, двусторонний мегауретер с отсутствием сократительной способности мочеточников, некупирующийся пиелонефрит.
- В) рецидивирующее течение пиелонефрита, мегауретер и грудной возраст ребенка;
- Г) клапан задней уретры, двусторонний мегауретер, тубулярный ииндоз;
- Д) миелодисплазия, арффлекторный мочевой пузырь и мегауретер.

07.43. Оптимальным доступом для рассечения клапанов задней уретры у детей считают:

- А) надлобковый доступ;
- Б) надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения;
- В) промежностный доступ;
- Г) трансуретральный с применением уретрорезектоскопа;
- Д) трансуретральный путем бужирования .

07.44. Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен:

- А) для эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек;
- Б) для тотальной эписпадии;
- В) для клапана задней уретры;
- Г) для нейрогенной дисфункции мочевого пузыря;
- Д) для тяжелой формы энуреза.

07.45. Операцией выбора при гигантском эктопическом уретероцеле считают

- А) геминефроуретерэктомию;
- Б) геминефроуретерэктомию с опорожнением содержимого уретероцеле;
- В) геминефроуретерэктомию с иссечением оболочек кисты;
- Г) уретероуретероанастомоз;
- Д) рассечение уретероцеле.

07.46. При эктопии устья добавочного мочеточника с отсутствием функции, соответствующей ему половины почки целесообразно выполнить:

- А) геминефрэктомию с прокрашиванием мочеточника;
- Б) геминефроуретерэктомию с иссечением терминального отдела эктопированного мочеточника;
- В) пересадку эктопированного мочеточника в пузырь с антиреф-люксной защитой;
- Г) уретероуретероанастомоз;
- Д) ушивание эктопического устья .

07.47. Оптимальным возрастом для уретропластики по поводу дистальной гипоспадии (без искривления кавернозных тел) является:

- А) новорожденные и грудные дети;
- Б) 6 мес. - 1 год;
- В) 0-3 мес.;
- Г) 5-6 лет;
- Д) 7-10 лет.

07.48. Оптимальным возрастом для уретропластики при проксимальной гипоспадии (с грубой деформацией кавернозных тел) является:

- А) 9мес-1 год;
- Б) 6-7 лет;
- В) 0-6 мес.;

- Г) 12-14 лет;
- Д) 13-15 лет.

07.49. Оптимальным сроком выполнения операции меатотомии при гипоспадии в сочетании с меатостенозом является;

- А) 1-2 года; Б) 3-5 лет;
- В) 6-8 лет;
- Г) по установлении диагноза;
- Д) в пубертатном периоде .

07.50. Оптимальным сроком оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря является

- А) 1 -3 сутки жизни;
- Б) 1-3 года;
- В) 4-5 лет;
- Г) 6-8 лет;
- Д) 9-15 лет.

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

- А) ушивание мочевого пузыря, удлинение и погружение уретры, сведение костей лона, ушивание брюшной стенки;
- Б) ушивание мочевого пузыря, пластика брюшной стенки;
- В) иссечение мочевого пузыря и имплантация мочеточников в кишку с антирефлюксной защитой по Козну;
- Г) выделение мочевого пузыря и пересадка его в сигмовидную кишку единым блоком;
- Д) ушивание мочевого пузыря с использованием синтетических материалов, замещение дефекта передней брюшной стенки полимерными материалами.

07.52. Нарастающая припухлость в поясничной области характерна:

- А) для удвоения;
- Б) для гидронефроза;
- В) для нефроптоза;
- Г) для разрыва почки;
- Д) для туберкулеза.

07.53. Из перечисленных методов исследования наиболее информативным в диагностике острой травмы почки является:

- А) УЗИ с оценкой почечного кровотока;
- Б) цистоуретрография;
- В) компьютерная томография с введением контрастного вещества;
- Г) экскреторная урография;
- Д) полипозиционная цистография.

07.54. Из перечисленных симптомов абсолютным для экстренного обнажения почки при ее травме является:

- А) макрогематурия;
- Б) шок;
- В) нарастающая припухлость в поясничной области;
- Г) лихорадка, озноб, рвота;
- Д) боль.

07.55. Из перечисленных групп симптомов наиболее характерна для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря.

- А) гематурия, дизурия, паравезикальная гематома;
- Б) пиурия, гематурия, повышение температуры;
- В) тошнота, рвота, острая задержка мочи;
- Г) гематурия, олигурия, почечная колика;
- Д) боль, тошнота, пиурия.

07.56. Основными симптомами внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей является:

- А) острая задержка мочи, паравезикальная гематома;
- Б) пиурия, гематурия;
- В) перитонеальная симптоматика, притупление в отлогах местах, олигурия;
- Г) перелом костей таза, острая задержка мочи;
- Д) почечная колика.

- 07.57. Основным методом диагностики травмы мочевого пузыря у детей является:
- А) экскреторная урография;
 - Б) цистоскопия;
 - В) цистография;
 - Г) катетеризация мочевого пузыря;
 - Д) хромоцистоскопия.
- 07.58. Патогномичным симптомом полного разрыва уретры у детей является
- А) гематурия;
 - Б) пиурия;
 - В) острая задержка мочи;
 - Г) дизурия;
 - Д) альбуминурия.
- 07.59. Наиболее информативным методом обследования в диагностике разрыва уретры у детей считают:
- А) экскреторная урография;
 - Б) восходящая уретрография;
 - В) сцинтиграфия;
 - Г) урофлоуметрия;
 - Д) цистография.
- 07.60. Наиболее информативным исследованием в диагностике дивертикула мочевого пузыря является:
- А) нисходящая цистография;
 - Б) восходящая цистография;
 - В) пневмоцистография;
 - Г) полипозиционная цистография с ЭОП;
 - Д) микционная цистография с ЭОП.
- 07.61. Наиболее информативным методом определения тяжести повреждения уретры при ее разрыве считают:
- А) урофлоуметрию;
 - Б) профилометрию;
 - В) экскреторную урографию;
 - Г) уретроскопию;
 - Д) прямую цистометрию.
- 07.62. При острой атаке пиелонефрита у детей противопоказана
- А) реоренография;
 - Б) экскреторная урография;
 - В) ретроградная пиелография;
 - Г) хромоцистоскопия;
 - Д) радиоизотопные методы.
- 07.63. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен:
- Л) при цистоскопии;
 - Б) при антеградной урографии;
 - В) при микционной истистоуретрографии;
 - Г) при урофлоуметрии;
 - Д) при цистометрии.
- 07.64. Тактика лечения при неполном разрыве уретры предусматривает:
- А) осторожную катетеризацию мочевого пузыря металлически катетером;
 - Б) наложение эпицистостомии и отсроченную операцию;
 - В) первичный шов уретры в первые 24 часа;
 - Г) уретроскопия с установкой уретрального катетера по проводнику;
 - Д) пункционная цистостомия, холод к области промежности.
- 07.65. Наибольшая угроза полной обструкции мочевыводящих путей возникает:
- А) при камне верхней чашечки;
 - Б) при коралловидном камне лоханки;
 - В) при камне мочеточника;
 - Г) при камне мочевого пузыря;
 - Д) при камне нижней чашечки.

- 07.66. Этиологическим фактором энуреза является:
- А) порок развития органов мочевыделительной системы;
 - Б) слабость сфинктера мочевого пузыря;
 - В) спинномозговая грыжа;
 - Г) нарушение корковой регуляции;
 - Д) новообразования мочевого пузыря.
- 07.67. Из перечисленных аномалий почек к аномалиям структуры относится:
- А) гомолатеральная дистопия;
 - Б) поликистоз почек;
 - В) подковообразная почка;
 - Г) удвоение верхних мочевых путей;
 - Д) S-образная почка.
- 07.68. Напряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует:
- А) экстренного оперативного лечения;
 - Б) оперативного лечения в плановом порядке;
 - В) одно-двукратной пункции, при неэффективности - операцию;
 - Г) наблюдение в динамике;
 - Д) гормональное лечение.
- 07.69. Лечение больного 2 лете ненапряженной водянкой оболочек яичка предусматривает:
- А) наблюдение в динамике;
 - Б) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости;
 - В) повторные пункции с введением гидрокортизона;
 - Г) оперативное лечение в плановом порядке;
 - Д) назначение гормональных препаратов.
- 07.70. При ненапряженной водянке оболочек яичка у ребенка 2 лет показано:
- А) дренирование полости мошонки;
 - Б) обработка вагинального отростка у шейки, прошивание, перевязка, пересечение;
 - В) обработка вагинального отростка у шейки, прошивание, перевязка, пересечение и рассечение оболочек в полости мошонки;
 - Г) обработка вагинального отростка у шейки прошивание, перевязка, пересечение и операция Винкельмана;
 - Д) операция Винкельмана.
- 07.71. Какой из перечисленных симптомов не служит показанием операции Винкельмана у детей:
- А) водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые;
 - Б) мутная водяночная жидкость;
 - В) изменение оболочки яичка;
 - Г) облитерированный вагинальный отросток;
 - Д) гиперемия мошонки.
- 07.72. Необходимость коррекции экстрофии мочевого пузыря в первые дни жизни обусловлена:
- А) опасностью восходящей инфекции мочевых путей;
 - Б) опасностью полипозного перерождения слизистой мочевого пузыря;
 - В) сложностью формирования мочевого пузыря местными тканями и старшем возрасте;
 - Г) возможностью сведения костей лона без проведения травматичных остеотомии;
 - Д) высоким уровнем анестезиологического обеспечения на современном этапе.
- 07.73. Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного до 1,5 лет обусловлена:
- А) повышенным внутрибрюшным давлением;
 - Б) диспропорцией кровеносной и лимфатической систем;
 - В) травмой пахово-мошоночной области;
 - Г) незаращением вагинального отростка;
 - Д) инфекцией мочевыводящих путей.
- 07.74. Отличие операции Иванисевича от Паломо состоит:
- А) в перевязке артерии и вен семенного канатика;
 - Б) в сохранении лимфатических сосудов;
 - В) в сохранении тестикулярной артерии;

- Г) только паховым доступом к яичковым сосудам;
Д) в мобилизации яичка.
- 07.75. Показанием к проведению консервативной терапии при крипторхизме считают:
А) крипторхизм в форме паховой ретенции;
Б) крипторхизм в форме паховой эктопии;
В) крипторхизм в форме брюшной ретенции;
Г) двусторонний крипторхизм;
Д) крипторхизм в сочетании с паховой грыжей.
- 07.76. Проведение терапии хоригоном при крипторхизме направлено:
А) на самостоятельное низведение яичка;
Б) улучшение функции клеток Лейдига;
В) стимуляцию сперматогенеза;
Г) стимуляцию созревания яичка;
Д) профилактику малигнизации.
- 07.77. Какой из перечисленных этапов не содержит операция низведения яичка:
А) обработки вагинального отростка;
Б) полной скелетизации сосудов яичка;
В) выделения яичка единым блоком;
Г) тунелизации мошонки;
Д) фиксации яичка к мясистой оболочке.
- 07.78. Основным принципом орхопексии является:
А) низведение яичка без натяжения его элементов;
Б) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке;
В) пересечение мышцы, поднимающей яичко;
Г) создание условий для постоянной тракции и вытягивания элементов семенного канатика;
Д) фиксация яичка к дну мошонки.
- 07.79. Для паховой эктопии яичка характерно:
А) яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала;
Б) яичко расположено под кожей и смещается к бедру;
В) яичко не пальпируется;
Г) яичко определяется на промежности;
Д) яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку.
- 07.80. Какие из перечисленных состояний не могут быть причиной эпидидимоорхита:
А) инфекция мочевыделительной системы;
Б) клапан задней уретры;
В) аномалии впадения семявыводящих протоков;
Г) аномалии формирования пола;
Д) водянка оболочек яичка.
- 07.81. С каким состоянием не следует дифференцировать перекрут гидатиды яичка:
А) эпидидимоорхит;
Б) перекрут яичка;
В) аллергический отек мошонки;
Г) ущемленная паховая грыжа;
Д) рожистое воспаление мошонки.
- 07.82. Для перекрута яичка в мошонке характерны:
А) постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром, гиперемия;
Б) внезапное начало, затем светлый промежуток, гиперемия, постепенное нарастание отека, флюктуация;
В) внезапное начало, выраженный отек, гиперемия мошонки, болевой синдром, подтянутое яичко, утолщенный семенной канатик;
Г) умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого синдрома, крепитация;
Д) симптоматика зависит от возраста.
- 07.83. Больной 13 лет страдает варикоцеле I степени. Ему рекомендовано:
А) наблюдение в динамике;

- Б) операция Иванисевича;
- В) операция Паломо;
- Г) консервативная терапия: суспензорий, контрастный душ и т.д.;
- Д) тщательное урологическое обследование.

- 07.84. Больной 13 лет страдает варикоцеле II-III степени. Ему рекомендовано:
- А) наблюдение в динамике;
 - Б) консервативная терапия;
 - В) операция Иванисевича;
 - Г) операция Иванисевича с прокрашиванием лимфатических сосудов;
 - Д) операция Винкельмана.
- 07.85. Какой вариант догоспитальной помощи показан при перекруте яичка на ранней стадии заболевания:
- А) холод к мошонке;
 - Б) новокаиновая блокада семенного канатика;
 - В) мануальное раскручивание яичка с последующей операцией;
 - Г) массаж мошонки;
 - Д) согревание мошонки сухим теплом.
- 07.86. Ребенок 2 лет с проксимальной гипоспадией типа хорды (имеет искривление кавернозных тел до 65-70 градусов) Ему показано:
- А) расправление кавернозных тел путем иссечения рубцовой хорды и формирования двойной уретростомии;
 - Б) противорубцовая терапия в полном объеме;
 - В) расправление кавернозных тел с иссечением хорды и пластикой уретры лоскутом крайней плоти;
 - Г) расправление кавернозных тел путем пликации белочной оболочки по дорсальной поверхности;
 - Д) расправление кавернозных тел путем длительной иммобилизации лангетой.
- 07.87. Для достоверной эхографической оценки органов малого таза необходимо произвести УЗИ:
- А) до приема пациентом пищи;
 - Б) с наполненным у исследуемого пациента мочевым пузырем;
 - В) после опорожнения пациентом мочевого пузыря;
 - Г) визуализировать органы малого таза через наполненный газом кишечник;
 - Д) в положении исследуемого сидя.
- 07.88. Основное отличие поясничной дистопии почек от нефроптоза состоит:
- А) в отсутствии при УЗИ подвижности почки;
 - Б) в поясничном положении органа;
 - В) в эхографических признаках ротации почки;
 - Г) в расширении мочеточника опущенной почки;
 - Д) в наличии органа в поясничном отделе при положении пациента стоя.
- 07.89. Патогномичным эхографическим критерием вторично сморщенной почки является:
- А) разность в размерах при визуализации почек;
 - Б) уменьшение почки в размерах при динамическом УЗИ;
 - В) истончение паренхимы уменьшенной почки;
 - Г) нечеткость рисунка структур уменьшенной почки;
 - Д) неровность и нечеткость контура уменьшенной в размерах почки.
- 07.90. Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является:
- А) наличие кист в паренхиме обеих почек;
 - Б) увеличение почек в размерах;
 - В) диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны;
 - Г) деформация чашечно-лоханочного комплекса;
 - Д) неравномерное расширение отделов чашечно-лоханочной системы.
- 07.91. Основным эхографическим критерием мультикистоза почки у детей является:
- А) увеличение одной из почек в размерах;
 - Б) полное замещение кистами паренхимы одной из почек;
 - В) деформация чашечно-лоханочной системы;
 - Г) выявление в паренхиме отдельных кистозных включений;
 - Д) расширение отделов чашечно-лоханочной системы.

- 07.92. Эхографическим признаком гидрокаликоза у детей является:
 А) изолированное расширение отдельных чашечек при нормально размерах лоханки;
 Б) наличие жидкостных включений в паренхиме почки;
 В) увеличение почки в размерах;
 Г) деформация чашечно-лоханочной системы;
 Д) истончение паренхимы.
- 07.93. Эхографическим признаком разрыва почки у детей является:
 А) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек;
 Б) нечеткость контура поврежденной почки;
 В) увеличение паранефральной гематомы при динамическом УЗИ в сочетании с нарушением кровотока;
 Г) эхопризнаки выпота в брюшной полости;
 Д) нечеткость рисунка исследуемой почки.
- 07.94. Эхографическим признаком опухоли паренхимы почки у детей является:
 А) выявляемая в паренхиме статичная объемная структура с тенденцией к увеличению при динамическом УЗИ;
 Б) увеличение почки в размерах и кистозные включения;
 В) неровность контура органа и диффузные изменения паренхимы;
 Г) деформация чашечно-лоханочной системы;
 Д) расширение отдельных участков чашечно-лоханочной системы.

ответы
 Раздел 7.

УРОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

07.01 - Г	07.17 - Б	07.33 - Б	07.49 - В	07.65 - В	07.81 - Б
07.02 - А	07.18 - В	07.34 - Г	07.50 - Б	07.66 - А	07.82 - Г
07.03 - А	07.19 - А	07.35 - В	07.51 - А	07.67 - Б	07.83 - Г
07.04 - В	07.20 - В	07.36 - Г	07.52 - В	07.68 - А	07.84 - Г
07.05 - В	07.21 - В	07.37 - Б	07.53 - Д	07.69 - Г	07.85 - В
07.06 - Д	07.22 - Б	07.38 - Б	07.54 - В	07.70 - А	07.86 - В
07.07 - В	07.23 - В	07.39 - Г	07.55 - Б	07.71 - А	07.87 - Г
07.08 - Б	07.24 - А	07.40 - Б	07.56 - Г	07.72 - Б	07.88 - Г
07.09 - Г	07.25 - В	07.41 - В	07.57 - А	07.73 - А	07.89 - В
07.10 - А	07.26 - Г	07.42 - В	07.58 - А	07.74 - Г	07.90 - Г
07.11 - А	07.27 - В	07.43 - Б	07.59 - Г	07.75 - В	07.91 - Б
07.12 - А	07.28 - В	07.44 - В	07.60 - Б	07.76 - В	07.92 - Б
07.13 - А	07.29 - А	07.45 - Б	07.61 - Г	07.77 - А	07.93 - В
07.14 - В	07.30 - Б	07.46 - А	07.62 - Д	07.78 - В	07.94 - Г
07.15 - Г	07.31 - Д	07.47 - А	07.63 - А	07.79 - В	
07.16 - В	07.32 - Г	07.48 - Г	07.64 - Г	07.80 - В	

Раздел 8. Хирургия новорожденных.

(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Контрольные вопросы:

Тема 1. Хирургия новорожденных как специальность. Особенности хирургии новорожденных

Тема 2. Три варианта отклонений в развитии плода и новорожденных (пороки, аномалии, варианты)

1. *Что такое порок развития*
2. *Что такое аномалия развития*
3. *Что такое вариант развития*

Тема 3. Антенатальная диагностика пороков развития

1. *Признаки пороков развития плода при антенатальном УЗИ.*
2. *Некорректируемые пороки развития.*
3. *Варианты ведения беременности и родов при выявлении корректируемых пороков.*
4. *Алгоритм диагностических, тактических и лечебных мероприятий при антенатальной диагностике хирургической патологии плода*
5. *Этические проблемы тактики при антенатальной диагностике хирургической патологии плода*

Тема 4. Современные методы транспортировки новорожденных

Тема 5. Атрезия пищевода. Врожденный трахеопищеводный свищ

1. *Классификация пороков развития пищевода и трахеи.*
2. *Закономерности сочетания пороков пищевода с другими аномалиями.*
3. *Клинические проявления.*
4. *Особенности проявлений при наличии широкого трахеопищеводного свища.*
5. *Особенности проявлений изолированной атрезии (без свищей).*
6. *Диагностика атрезии пищевода, методы первичной диагностики в родильном доме.*
7. *Зондирование пищевода, проба Элефанта.*
8. *Рентгенологическая диагностика, эндоскопическая диагностика и показания к ее проведению, УЗИ и показания к УЗИ.*
9. *Предоперационная подготовка.*
10. *Оперативное лечение атрезии пищевода.*
11. *Варианты хирургической тактики при сочетанных пороках.*
12. *Послеоперационное ведение при прямом анастомозе, при этапном лечении.*
13. *Осложнения после наложения прямого анастомоза*
14. *Бужирование пищевода (в том числе профилактическое)*
15. *Врожденный изолированный трахеопищеводный свищ (диагностика, операции).
Врожденные трахеопищеводные расщелины*

Тема 6. Атрезия двенадцатиперстной кишки. Атрезия тонкой кишки

1. *Высокая (дуоденальная) кишечная непроходимость.*
2. *Пороки развития 12-перстной кишки: атрезия мембраны, кольцевидная поджелудочная железа, истинный стеноз.*
3. *Виды пороков (атрезии, мембраны)*
4. *Особенности рентгенологического обследования.*
5. *Особенности ведения послеоперационного периода при различных видах операций у детей с КН.*

Тема7. Атрезия толстой кишки, анального отверстия и прямой кишки.

1. Низкая кишечная непроходимость.
2. Виды пороков (атрезии, мембраны).
3. Особенности рентгенологического обследования.
4. Осложнения низкой непроходимости: перфорация кишки, перитонит, гигантский мекониевый перитонит, кистозный перитонит.
5. Оперативные вмешательства: T-образный анастомоз, двойная энтеростомия.
6. Мекониальная кишечная непроходимость.

Тема8. Нарушения ротации и фиксации кишечника. Незавершенный поворот кишечника. Синдром Ледда.

1. Синдром мальротации.
2. Внутриутробный процесс ротации и фиксации средней кишки.
3. Варианты нарушения ротации и фиксации.
4. Синдром Ледда
5. Клинические проявления мальротации: высокая частичная кишечная непроходимость, синдром болей в животе
6. Острый живот (нарушение кровообращения при завороте).
7. Алгоритм обследования детей с синдромом болей в животе (как единственным проявлением заболевания).
8. Рентгенологическая картина (на обзорных рентгенограммах) при пороках ротации (расширенный желудок при сниженном газонаполнении кишечных петель), правила проведения ирригографии, рентгенологическое исследование с контрастным веществом верхних отделов ЖКТ под контролем ЭОПа
9. Оперативные вмешательства при мальротации, показания к фиксации толстой кишки

Тема9. Гастрошизис. Омфалоцеле

1. Клиническая картина гастрошизиса.
2. Методы лечения детей с гастрошизисом в зависимости от объема брюшной полости и количества эвентрированных органов.
3. Нарушение Iго этапа внутриутробного поворота кишечника – как причина образования омфалоцеле.
4. Дифференциальная диагностика между омфалоцеле и гастрошизисом.
5. Предоперационная подготовка пациентов с омфалоцеле, родоразрешение при внутриутробно установленном диагнозе.
6. Методы операций при ГПК и ГШ: первичная радикальная пластика, отсроченная пластика, применение аллопластических покрытий, операции при сочетании с другими пороками.
7. Осложнения послеоперационного периода (симптом повышения внутрибрюшного
8. давления)
9. Поздние осложнения (спаечная болезнь, спаечная кишечная непроходимость, синдром короткой кишки, мальабсорбция).

Тема10. Атрезия желчных путей

1. Желтуха у новорожденных: возможные причины.
2. Этиопатогенез атрезии желчевыводящих путей.

3. *Классификация, клиническая картина, диагностика и дифф.диагностика, методы оперативного лечения.*

Тема11. Врожденная диафрагмальная грыжа. Синдром асфиксии

1. *Классификация диафрагмальных грыж: грыжи пищеводного отверстия, грыжи собственно диафрагмы (истинные, ложные).*
2. *Грыжи пищеводного отверстия.*
3. *Параэзофагеальные грыжи.*
4. *Истинные грыжи собственно диафрагмы.*

Тема12. Врожденный пилоростеноз

1. *Этиопатогенез пилоростеноза.*
2. *Клинические проявления пилоростеноза.*
3. *Методы диагностики.*
4. *Принцип предоперационной подготовки.*
5. *Методы лечения пилоростеноза.*
6. *Пилоротомия по Фреде – Рамштедту. Техника операции.*
7. *Осложнения во время пилоромиотомии.*
8. *Принципы послеоперационного ведения.*
9. *Прогноз.*

Тема13. Острая форма болезни Гиришпрунга

1. *Какие поражения толстой кишки наблюдается при острой форме болезни Гиришпрунга.*
2. *Клиника острой формы болезни Гиришпрунга.*

Тема14. Врожденная киста, поликистоз, кистоаденоматозная дисплазия легких. Лобарная эмфизема

Тема15.Спинномозговая и черепно-мозговая грыжи

1. *Классификация спинномозговых грыж: менингоцеле, рахисизис, менингомиелоцеле, менингорадикулоцеле, липоменингоцеле.*
2. *Анатомия различных видов спинномозговых грыж.*
3. *Комплекс изменений головного, спинного мозга и позвоночника при СМГ: пороки развития позвоночника, гидроцефалия, нарушение функции нижних конечностей, тазовых органов.*
4. *Методы обследования: рентгенография, УЗИ, сонография головного мозга, компьютерная томография, неврологическое обследование.*
5. *Показания к оперативному вмешательству и сроки его проведения.*
6. *Методы хирургических вмешательств.*
7. *Лечение гидроцефалии при спинномозговой грыже. Показания к шунтирующим операциям. Виды шунтирующих операций.*
8. *Нейрогенный мочевой пузырь при СМГ. Методы урологического и уродинамического обследования. Лечение расстройств мочеиспускания в послеоперационном периоде*
9. *Виды расстройств функции аноректального запирающего механизма. Методы диагностики и лечения.*
10. *Комплекс консервативных мероприятий в послеоперационном периоде.*
11. *Комплексный подход к лечению (участие врачей разных специальностей: уролог, хирург, невропатолог, нефролог, колопроктолог, ортопед и др.)*
12. *Реабилитационные мероприятия при миелодисплазиях.*

Тема16. Свищи пупка

Тема17. Тератома крестцово-копчиковой области и других локализаций

1. *Анатомия порока.*
2. *Классификация тератом.*
3. *Осложнения тератом: сдавление органов малого таза, нагноения, озлокачествление*
4. *Методы обследования: рентгенография, ирригография, УЗИ, КТ.*
5. *Сроки оперативных вмешательств, показания к экстренным вмешательствам.*
6. *Техника оперативных вмешательств, виды разрезов, способы кожной пластики.*
7. *Осложнения послеоперационного периода: нейрогенный мочевой пузырь, нарушений функций аноректального запирающего механизма. Методы обследования и лечения.*
8. *Принципы наблюдения и обследования в послеоперационном периоде*

Тема18. Гемангиомы. Лимфангиомы

1. *Классификация гемангиом.*
2. *Клиническая картина различных*
3. *видов гемангиом.*
4. *Врачебная тактика при гемангиомах у детей.*
5. *Методы удаления гемангиом.*
6. *Классификация лимфангиом, клиническая картина при различных видах. Возможные осложнения.*
7. *Оперативное лечение лимфангиом.*

Тема19. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей. Некротическая флегмона новорожденных

Тема20. Острый гематогенный остеомиелит

Тема21. Гнойные заболевания органов грудной клетки

Тема22. Сепсис новорожденных

Тема23. Желтуха новорожденных

Тема24. Кальциноз новорожденных

Тема25. Повреждения мягких тканей и головы. Кефалогематома

Тема26. Родовая травма надпочечников, печени, селезенки

Тема27. Родовая травма трубчатых костей (ключица, бедро, плечо)

1. *Причины переломов костей у новорожденных.*
2. *Наиболее часто встречающиеся переломы, их клиника и диагностика.*
3. *Лечение переломов у новорожденных.*

Тема28. Врожденная косолапость. Врожденный вывих бедра. Кривошея

1. *Патология тазобедренного сустава невоспалительного характера у детей.*
2. *Клиника и диагностика врожденного вывиха бедра у новорожденных, грудных детей, детей в возрасте старше 1 года.*
3. *Роль лучевых методов исследования.*

4. *Лечение врожденного вывиха бедра у детей различных возрастных групп.*
5. *Этиопатогенез врожденной мышечной кривошеи.*
6. *Клиническая картина у новорожденного в зависимости от этиологии кривошеи.*
7. *Изменения клинической картины по мере дальнейшего роста и развития ребенка.*
8. *Консервативное и оперативное лечение кривошеи.*

9. *Врожденная косолапость. Этиология. Патогенез. Частота. Особенности диагностики у детей до и после года.*
10. *Консервативное лечение. Возрастные показания и принципы оперативного лечения. Элементы деформации стопы (аддукция, супинация, эквинус).*
11. *Консервативное лечение: этапные редрессации- гипсовые повязки. Гипсовые лонгеты, ортопедическая обувь.*
12. *Показания к оперативному лечению. Операция Зацепина-Штурма.*
13. *Послеоперационное лечение. Применение ортопедических аппаратов и обуви в послеоперационном периоде.*
14. *Диспансеризация.*
15. *Две клинические формы косолапости*

Тема29. Острый аппендицит. Перитонит

1. *Особенности острого аппендицита у детей раннего возраста*
2. *Перитонит у новорожденных. Этиология. Клиника. Диагностика.*
3. *Тактика педиатра и хирурга. Осложнения.*
4. *Особенности перитонита у недоношенных детей.*

Тема30. Некротический энтероколит

1. *Этиопатогенез НЭК у новорожденных.*
2. *Факторы риска: недоношенность, гипоксия, длительное парэнтеральное питание, катетеризация сосудов, длительная антибиотикотерапия, оперативные вмешательства на кишечнике.*
3. *Методы ранней диагностики – рентгенологическое исследование в динамике.*
4. *Признаки осложнений НЭК – показания к хирургическому вмешательству:*
5. *Оперативные вмешательства: энтеростомия, дренирование брюшной полости.*

Тема 31. Ущемленная грыжа.

1. *Определение и классификация грыж передней брюшной стенки.*
2. *Этиология грыж передней брюшной стенки. Предрасполагающие факторы.*
3. *Клинические проявления грыж передней брюшной стенки.*
4. *Диагностика грыж передней брюшной стенки.*
5. *Лечение грыж передней брюшной стенки.*
6. *Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки для возникновения пупочной грыжи.*
7. *Сроки и принципы хирургического лечения пупочной грыжи у детей.*
8. *Паховая грыжа. Значение нарушения облитерации вагинального отростка в образовании паховых грыж у детей.*
9. *Сроки и принципы хирургического лечения паховой грыжи у детей.*
10. *Осложнение паховой грыжи - ущемление. Клиника и диагностика.*
11. *Особенности хирургической тактики при ущемленной паховой грыже.*
12. *Редкие формы грыж передней брюшной стенки.*

Тестовые задания:

- 08.01. Укажите нехарактерную для отделения хирургии новорождённых группу заболеваний:
- А) пороки развития;
 - Б) гнойно-воспалительные заболевания;
 - В) злокачественные опухоли;
 - Г) сосудистые дисплазии;
 - Д) родовая травма.
- 08.02. Среди перечисленных форм работы, проводимой с врачами родильных домов, наиболее важной является:
- А) совместные патолого-анатомические конференции;
 - Б) совместный разбор диагностических и лечебных ошибок;
 - В) летальная комиссия;
 - Г) научно-практическая конференция;
 - Д) консультация больных с сотрудниками кафедры.
- 08.03. Среди перечисленных показателей работы отделения хирургии новорождённых в наибольшей степени отражает качество и эффективность работы отделения:
- А) средняя длительность пребывания больного на койке;
 - Б) число пролеченных больных;
 - В) летальность;
 - Г) процент выполнения плана по койко-дням;
 - Д) оборот койки.
- 08.04. Среди причинных факторов, способствующих развитию пороков развития у новорождённых, наиболее значимыми являются:
- А) физические;
 - Б) химические;
 - В) биологические;
 - Г) генетические aberrации;
 - Д) гиповитаминоз матери.
- 08.05. Наибольшим повреждающим (тератогенным) действием на развитие эмбриона и плода обладают:
- А) радиация;
 - Б) вирусная инфекция;
 - В) лекарственные вещества;
 - Г) хронические производственные отравления;
 - Д) сочетание нескольких повреждающих факторов.
- 08.06. Из перечисленного ниже наиболее часто встречаются у новорождённых:
- А) врождённые генетические заболевания;
 - Б) повреждение растущих органов и систем;
 - В) диспропорция роста и дисфункция созревания;
 - Г) сочетание факторов А и Б;
 - Д) приобретённые заболевания.
- 08.07. Из ниже перечисленных нозологических единиц фетохирургическое вмешательство не возможно при:
- А) обширной лимфангиоме шеи;
 - Б) стенозе прилоханочного отдела мочеточника;
 - В) клапане задней уретры;
 - Г) врожденной кишечной непроходимости;
 - Д) врождённая гидроцефалия.
- 08.08. Для оценки степени оперативного риска у новорожденных редко используют:
- А) оценку по Апгар;
 - Б) массу тела;
 - В) степень нарушения мозгового кровообращения;
 - Г) выраженность респираторного дистресс-синдрома;
 - Д) коэффициента оценки метаболизма.

- 08.09. Среди перечисленных операций нецелесообразно выполнять в первые часы и дни жизни:
- А) пластику пищевода при его атрезии;
 - Б) пластику диафрагмы при ложной диафрагмальной грыже;
 - В) пластику неба;
 - Г) анастомоз тонкой кишки при ее атрезии;
 - Д) пластику передней брюшной стенки при гастрошизисе.
- 08.10. Нецелесообразно выполнять в первые недели жизни операции по поводу:
- А) частичной кишечной непроходимости;
 - Б) тератомы крестцово-копчиковой области;
 - В) нарушения оттока мочи;
 - Г) дермоидной кисты надбровья;
 - Д) пластики верхней губы.
- 08.11. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является:
- А) врожденный изолированный трахео-пищеводный свищ;
 - Б) атрезия пищевода с верхним и нижним свищом;
 - В) атрезия пищевода без свища;
 - Г) атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом;
 - Д) атрезия пищевода с верхним трахео-пищеводным свищом.
- 08.12. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключающий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:
- А) цианоз;
 - Б) одышка;
 - В) запавший живот;
 - Г) пенистые выделения изо рта;
 - Д) хрипы при аускультации легких.
- 08.13. Укажите информацию, которую нельзя получить при анализе рентгенограммы больного со свищевой формой атрезии пищевода и контрастированным верхним сегментом:
- А) уровень атрезии;
 - Б) форму атрезии;
 - В) степень воспалительных изменений в легких;
 - Г) ширину трахео-пищеводного свища;
 - Д) выявить сопутствующую атрезию кишечника.
- 08.14. Наиболее правильным положением больного с атрезией пищевода и нижним трахеопищеводным свищом при транспортировке следует считать:
- А) на правом боку;
 - Б) с возвышенным тазовым концом;
 - В) вертикальное;
 - Г) горизонтальное;
 - Д) положение значения не имеет.
- 08.15. Наиболее часто применяемым методом наложения анастомоза при атрезии пищевода у новорожденных является:
- А) наложение швов по Хайят;
 - Б) методика Баирова;
 - В) анастомоз «конец в конец» узловым однорядным швом;
 - Г) циркулярная эзофагомиотомия по Левадитис;
 - Д) метод «конец с бок».
- 08.16. Выполняя шов пищевода при его атрезии, хирург должен соблюдать ряд принципов, наиболее важным из которых является:
- А) использование атравматической нити;
 - Б) диастаз между концами пищевода не более 1.5 - 2 см;
 - В) редкие узловые швы (интервал 2 мм);
 - Г) мобилизация верхнего отрезка пищевода;
 - Д) мобилизация нижнего отрезка пищевода не более 1-1.5 см.

- 08.17. При частичной несостоятельности швов пищевода у новорожденного после радикальной операции по поводу атрезии пищевода экстраплевральным доступом наиболее целесообразно:
- А) реторакотомия, разделение анастомоза пищевода, эзофаго- и гастростомия;
 - Б) гастростомия, дренирование средостения;
 - В) реторакотомия, ушивание дефекта пищевода;
 - Г) консервативная терапия (интенсивная антибактериальная терапия, промывание средостения с активной аспирацией);
 - Д) считать больного инкурабельным.
- 08.18. Из нижеперечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:
- А) длительный гастроэзофагальный рефлюкс;
 - Б) стеноз пищевода;
 - В) реканализация трахеопищеводного свища;
 - Г) рецидивирующая аспирационная пневмония;
 - Д) дисфагия.
- 08.19. К наиболее часто встречающимся анатомическим вариантам врожденного трахеопищеводного свища относится:
- А) узкий длинный в шейном отделе;
 - Б) короткий широкий на уровне первых грудных позвонков;
 - В) короткий узкий;
 - Г) длинный широкий;
 - Д) общая стенка пищевода с трахеей.
- 08.20. Нехарактерным для изолированного трахеопищеводного свища симптомом является:
- А) кормление сопровождается кашле;
 - Б) приступы цианоза во время кормления;
 - В) пенистые выделения изо рта;
 - Г) кормление в вертикальном положении уменьшает кашель и цианоз;
 - Д) рецидивирующая аспирационная пневмония.
- 08.21. Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:
- А) эзофагоскопия;
 - Б) трахеобронхоскопия;
 - В) проба с метиленовой синью;
 - Г) рентгеноконтрастное исследование пищевода;
 - Д) трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод.
- 08.22. Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются:
- А) в первые дни после рождения;
 - Б) на второй неделе жизни;
 - В) на третьей неделе жизни;
 - Г) на четвёртой неделе жизни;
 - Д) после 1 месяца жизни.
- 08.23. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:
- А) склонность к запорам;
 - Б) желтуха;
 - В) рвота «фонтаном»;
 - Г) жажда;
 - Д) олигурия.
- 08.24. Масса тела при пилоростенозе характеризуется:
- А) малой прибавкой;
 - Б) возрастным дефицитом;
 - В) прогрессирующим падением;
 - Г) неравномерной прибавкой;
 - Д) отсутствием прибавки.
- 08.25. При пилоростенозе стул:
- А) скудный, темно-зеленый;

- Б) постоянный запор;
- В) обильный непереваренный;
- Г) частый, жидкий, зловонный;
- Д) водянистый.

08.26. Характер рвоты при пилоростенозе:

- А) слизью;
- Б) желчью;
- В) зеленью;
- Г) с примесью крови;
- Д) створоженным молоком.

08.27. Перистальтика желудка при пилоростенозе:

- А) отсутствует;
- Б) усилена;
- В) постоянная антиперистальтика;
- Г) обычная;
- Д) эпизодическая.

08.28. Наиболее достоверным признаком пилоростеноза является:

- А) симптом «песочных часов»;
- Б) вздутие эпигастрия после кормления;
- В) пальпация увеличенного привратника;
- Г) гипотрофия;
- Д) олигурия.

08.29. Из перечисленных заболеваний чаще дифференцируют пилоростеноз:

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

08.30. У ребенка 1 месяца с рождения отмечается срыгивание после кормления, учащающееся при плаче, положении на спине; в рвотных массах иногда примесь слизи и прожилки крови.

- А) нарушения мозгового кровообращения;
- Б) пилоростеноз;
- В) частичная высокая непроходимость;
- Г) халазия, эзофагит;
- Д) пилороспазм.

08.31. У ребенка 1.5 месяцев выражен симптом срыгивания, плохо идет в весе, часто болеет пневмониями, бронхитами, в рвотных массах примесь слизи и крови, беспокойство во время кормления, симптом покашливания во сне:

- А) пилороспазм;
- Б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- В) высокая частичная кишечная непроходимость;
- Г) постгипоксическая энцефалопатия;
- Д) муковисцидоз.

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

- А) язвенная болезнь желудка;
- Б) гастродуоденит;
- В) спаечная непроходимость;
- Г) восходящий холангит;
- Д) несостоятельность пилорического кома.

08.33. Летальность после пилоротомии составляет:

- А) 0,1%;
- Б) 0,5-1,0%;
- В) 1,5-2,0%;
- Г) 2,5-3,0%;
- Д) 3,5-4,0%.

- 08.34. Среди причин кишечной непроходимости у младенцев вызывает атрезию кишечника:
- А) нарушение вращения кишечника;
 - Б) кистозный панкреатит;
 - В) нарушение иннервации кишечной стенки;
 - Г) аномальный сосуд;
 - Д) нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура.
- 08.35. При операции по поводу мембранозной формы атрезии 12-перстной кишки не следует делать:
- А) верхнесрединную лапаротомию;
 - Б) резекцию кишки;
 - В) ревизию кишечника;
 - Г) пальпаторное и с помощью зонда обнаружение мембраны;
 - Д) рассечение стенки кишки над мембраной и иссечение мембраны.
- 08.36. Наиболее частым осложнением радикальной операции по поводу атрезии 12-перстной кишки является:
- А) пневмония;
 - Б) замедление восстановления моторики 12-перстной кишки;
 - В) стенозирование анастомоза;
 - Г) острой почечной недостаточности разной степени;
 - Д) метаболических нарушений.
- 08.37. Низкую кишечную непроходимость у новорожденного отрицает симптом:
- А) многократной рвоты застойным отделяемым;
 - Б) отсутствия стула;
 - В) аспирации;
 - Г) мягкого безболезненного живота;
 - Д) вздутого болезненного живота.
- 10.38. Мекониевой рвоты не может быть при:
- А) перитоните;
 - Б) острой форме болезни Гиршпрунга;
 - В) атрезии тонкой кишки;
 - Г) атрезии прямой кишки;
 - Д) атрезии ободочной кишки.
- 08.39. При пластических операциях на пищевод и кишечнике у новорожденных и недоношенных детей оптимальным методом хирургического шва является:
- А) двухрядный шов капроном;
 - Б) однорядный узловый атравматической нитью;
 - В) П-образный узловый однорядный;
 - Г) непрерывный однорядный;
 - Д) механический шов.
- 08.40. Наиболее тяжелым осложнением в послеоперационном периоде у ребенка, оперированного по поводу атрезии тонкой кишки, является:
- А) пневмония;
 - Б) метаболические нарушения;
 - В) стойкий парез кишечника;
 - Г) нарушение мозгового кровообращения;
 - Д) острая почечная недостаточность.
- 08.41. Из перечисленных вариантов кишечного соустья у новорожденного с атрезией подвздошной кишки и большой разницей в диаметре приводящего и отводящего отделов кишечной трубки наиболее целесообразным является:
- А) анастомоз «конец в конец»;
 - Б) U-образный анастомоз;
 - В) анастомоз «конец в бок»;
 - Г) двойная илеостомия по Микуличу;
 - Д) анастомоз «бок в бок».

- 08.42. Боковая инвертограмма новорожденного с атрезией заднего прохода должна быть сделана через 24-26 часов для того, чтобы:
- А) подтвердить диагноз;
 - Б) обнаружить уровни в кишечнике;
 - В) определить объем и сроки предоперационной подготовки;
 - Г) определить высоту атрезии;
 - Д) выявить сопутствующие пороки.
- 08.43. У ребенка с атрезией ануса и прямой кишки целесообразно выполнить боковую инвертограмму по Вангенстин:
- А) сразу после рождения;
 - Б) через 8 часов после рождения;
 - В) через 12 часов после рождения;
 - Г) через 24-26 часов после рождения;
 - Д) через 36 часов после рождения.
- 08.44. Из предложенных методов диагностики уровня атрезии прямой кишки наиболее информативным является:
- А) боковая инвертограмма через 24-26 часов после рождения;
 - Б) пункция промежности;
 - В) выявление симптома толчка;
 - Г) расстояние между седалищными буграми;
 - Д) УЗИ промежности.
- 08.45. Девочка в возрасте 1 суток с весом 3 кг поступила в отделение хирургии новорожденных с диагнозом атрезии прямой кишки, свищевая форма. При зондировании ректовестибулярного свища его диаметр 4 мм, длина 2 см. Хорошо отходит меконий. Ребенку показано:
- А) экстренная операция;
 - Б) отсроченная операция в периоде новорожденности;
 - В) бужирование свища и операция в 6-8 месяцев;
 - Г) операция в возрасте 1 года;
 - Д) операция в 4-5 лет.
- 08.46. Наиболее значимым симптомом заворота кишечника у новорожденного является:
- А) беспокойство;
 - Б) страдальческое выражение лица;
 - В) кровь из прямой кишки;
 - Г) пальпируемое болезненное опухолевидное образование;
 - Д) повторная рвота застойным отделяемым.
- 08.47. У ребенка 7 дней внезапно ухудшилось состояние: беспокойство, повторная рвота желчью, затем исчезновение стула, кровь в стуле, болезненность при пальпации живота, страдальческое выражение лица.
- А) язвенно-некротический энтероколит;
 - Б) инвагинации кишечника;
 - В) заворот кишечника;
 - Г) полип прямой кишки;
 - Д) геморрагический синдром с меленой.
- 08.48. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз:
- А) пилоростеноз;
 - Б) частичная высокая кишечная непроходимость;
 - В) низкая кишечная непроходимость;
 - Г) синдром Ледда;
 - Д) инвагинация кишечника.
- 08.49. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Для уточнения диагноза следует выполнить:
- А) пальпацию живота;
 - Б) контрастную ирригографию;

- В) обзорную рентгенографию органов брюшной полости;
- Г) введение газоотводной трубки и клизму для выявления примеси крови;
- Д) УЗИ брюшной полости.

08.50. Укажите манипуляцию, которую не целесообразно выполнять у новорожденного с синдромом Леда:

- А) ликвидацию заворота кишечника;
- Б) цекопексию;
- В) рассечение эмбриональных спаек;
- Г) аппендэктомию;
- Д) проведения зонда в тощую кишку для энтерального питания.

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

- А) колостомия на восходящую кишку
- Б) радикальная операция в возрасте 1 суток;
- В) трансверзостомия
- Г) терминальная колостомия с иссечением свища;
- Д) сигмостомия.

08.52. Рациональный начальный метод лечения неосложнённой мекониальной непроходимости предусматривает:

- А) двойную илеостомию по Микуличу;
- Б) энтеростомию, отмывание мёкония из просвета кишки;
- В) U-образный анастомоз;
- Г) высокая клизма с гастрографином (верографином) и АЦЦ;
- Д) подвесную илеостомию.

08.53. Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является

- А) ятрогенные повреждения;
- Б) дефицит лизоцима;
- В) язвенно-некротический энтероколит III и IV стадии;
- Г) порок развития стенки кишки;
- Д) заменное переливание крови.

08.54. Для перитонита новорожденных нехарактерным клиническим симптомом является:

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

08.55. Из всех перечисленных симптомов наиболее достоверным для разлитого перитонита у новорожденного является:

- А) лейкоцитоз;
- Б) рвота застойным отделяемым;
- В) отек, гиперемия брюшной стенки;
- Г) жидкий стул;
- Д) динамическая непроходимость.

08.56. У недоношенного новорожденного 2 суток жизни, перенесшего тяжелую асфиксию и реанимацию, внезапно состояние стало крайне тяжелым, появились резкое вздутие живота, синюшная окраска нижней половины туловища, срыгивание.

- А) парез кишечника;
- Б) тромбоз подвздошных сосудов;
- В) нарушение мозгового кровообращения III степени;
- Г) перфорация желудка, напряжённый пневмоперитонеум;
- Д) низкая кишечная непроходимость.

08.57. Желтуха при гемолитической болезни новорожденного обычно появляется:

- А) с момента рождения;
- Б) с 1-2 дня, быстро прогрессирует;
- В) со 2 дня, быстро исчезает;

- Г) с 3 дня жизни;
- Д) со 2-8 недели.

- 08.58. Билирубиновый обмен у новорожденных не зависит от:
- А) снижения способности печени к конъюгации билирубина;
 - Б) анатомических особенностей строения желчевыводящей системы;
 - В) гистологической незрелости тканей гематоэнцефалического барьера;
 - Г) недостаточности витамина С;
 - Д) ранимости всей системы билирубинового обмена в условиях патологии.
- 08.59. Из перечисленных клинических симптомов спинно-мозговой грыжи служит показанием к экстренной операции:
- А) большое опухолевидное образование в поясничной области;
 - Б) нарушение функции тазовых органов;
 - В) парез нижних конечностей;
 - Г) разрыв оболочек с истечением ликвора;
 - Д) резкое истончение кожи над грыжей.
- 08.60. Периодическое выделение различных количеств мочи из пупка обычно вызвано:
- А) экстрофией мочевого пузыря;
 - Б) полным свищом урахуса;
 - В) эписпадий;
 - Г) клапанами задней уретры;
 - Д) дивертикулом мочевого пузыря.
- 08.61. Экстренное хирургическое лечение полного свища желточного протока показано при:
- А) инфицировании свищевого хода;
 - Б) флегмонозном омфалите;
 - В) потере кишечного содержимого;
 - Г) мацерации кожи вокруг пупка;
 - Д) эвагинации кишечника.
- 08.62. В клинику доставлен новорожденный с эмбриональной грыжей пупочного канатика размером 4-5 см, через 2 часа после рождения. Ребенку показана:
- А) обработка оболочек раствором перманганата калия; Б) экстренная операция;
 - В) обзорная рентгенография брюшной полости;
 - Г) радикальная операция на вторые сутки жизни;
 - Д) I этап операции Гросса после 2-4 часов подготовки.
- 08.63. В клинику доставлен новорожденный с эмбриональной грыжей пупочного канатика средних размеров, глубоко недоношенный с нарушением мозгового кровообращения III степени, врожденным пороком сердца. Ребенку показана:
- А) экстренная операция (I этап по Гроссу);
 - Б) обработка оболочек раствором перманганата калия;
 - В) отсроченная радикальная операция;
 - Г) подшивание пластикового мешка;
 - Д) повязка с антисептиком.
- 08.64. Наиболее частой причиной летального исхода при эмбриональной грыже пупочного канатика является:
- А) перитонит;
 - Б) сепсис;
 - В) тяжелый сочетанный порок развития;
 - Г) пневмония;
 - Д) нарушение гемостаза.
- 08.65. Среди перечисленных анатомо-физиологических особенностей у новорожденного с гастрошизисом укажите нехарактерную:
- А) небольшой размер дефекта передней брюшной стенки;
 - Б) грыжевой мешок отсутствует;
 - В) выраженный отёк и инфильтрация кишечных петель;
 - Г) сопутствующие генетические заболевания;
 - Д) сочетанная атрезия кишки.

08.66. В клинику поступил новорождённый с гастрошизисом через 5 часов после рождения. В родильном доме никакой терапии не проводилось. Укажите среди развивающихся патологических симптомов нехарактерный:

- А) гипотермия;
- Б) гемоконцентрация;
- В) гиповолемия;
- Г) декомпенсированный ацидоз;
- Д) декомпенсированный алкалоз.

08.67. Среди перечисленных пороков развития верхних дыхательных путей наиболее часто вызывает асфиксический синдром у новорожденного:

- А) атрезия хоан;
- Б) синдром Пьера - Робена;
- В) ранула;
- Г) эпулис;
- Д) макроглоссия.

08.68. Дыхательная недостаточность у новорожденного чаще всего вызвана:

- А) патологией верхних дыхательных путей;
- Б) патологией органов гортани;
- В) пороком развития органов грудной полости;
- Г) заболеванием легких;
- Д) патологией органов шей.

08.69. Среди пороков развития и заболеваний органов грудной полости наиболее частой причиной асфиксического синдрома, требующего срочной хирургической коррекции, является:

- А) лобарная эмфизема;
- Б) деструктивная пневмония;
- В) ложная диафрагмальная грыжа;
- Г) врожденные ателектазы;
- Д) опухоль средостения.

08.70. У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность, отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятна:

- А) диафрагмальная грыжа;
- Б) атрезия хоан;
- В) киста легкого;
- Г) лобарная эмфизема;
- Д) пневмоторакс.

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

- А) трахео-пищеводный свищ;
- Б) синдром Пьера - Робена;
- В) атрезия хоан;
- Г) макроглоссия;
- Д) порок развития твердого неба.

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

- А) при истинных грыжах собственно диафрагмы;
- Б) при дефектах диафрагмы;
- В) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- Г) при передних грыжах;
- Д) при френоперикардальных грыжах.

08.73. У новорожденного с диафрагмальной грыжей и ДН укажите нехарактерный клинический признак:

- А) смещение средостения;
- Б) цианоз, усиливающийся при плаче;
- В) перистальтические шумы при аускультации легких;
- Г) сердечно-сосудистая недостаточность;
- Д) вздутый живот.

- 08.74. Наиболее частым осложнением врожденной кисты легкого у младенцев является:
- А) разрыв кисты с образованием пневмоторакса;
 - Б) напряженное состояние кисты;
 - В) кровотечение;
 - Г) нагноение кисты;
 - Д) быстрое увеличение размеров кисты.
- 08.75. Пальпируемое образование в брюшной полости чаще всего вызвано:
- А) повреждением органа в родах;
 - Б) пороком развития МВС;
 - В) неопластическим процессом;
 - Г) воспалительным процессом;
 - Д) пороком развития ЖКТ.
- 08.76. У новорожденного 28 дней имеется обширная гемангиома в области спины и грудной клетки, множественные гемангиомы на конечностях, тромбоцитопения. Ребенку следует рекомендовать:
- А) этапное хирургическое лечение;
 - Б) гормонотерапию;
 - В) короткофокусную рентгенотерапию;
 - Г) криодеструкцию многоэтапную;
 - Д) гормонотерапию в сочетании с короткофокусной рентгенотерапией.
- 08.77. Для опухоли Вильмса наиболее характерно:
- А) макрогематурия;
 - Б) пальпируемое образование брюшной полости;
 - В) волнообразная лихорадка;
 - Г) потеря веса;
 - Д) увеличение живота.
- 08.78. Определяющим принципом терапии хирургического сепсиса является:
- А) санация очага;
 - Б) иммунокоррекция;
 - В) подавление возбудителя;
 - Г) управляемая гипокоагуляция;
 - Д) коррекция нарушений гемодинамики.
- 08.79. У ребенка 10 дней поставлен диагноз острого гнойного левостороннего мастита. Нечетко определяется флюктуация. Ребенку необходимо выполнить:
- А) согревающий компресс;
 - Б) мазевую повязку;
 - В) 1-3 радиальных разреза над инфильтратом, отступая от ореолы;
 - Г) антибиотики без хирургического вмешательства;
 - Д) пункцию, отсасывание гноя, промывание полости абсцесса.
- 08.80. Типичной локализацией рожистого воспаления у детей младшего грудного возраста является:
- А) пояснично-крестцовая область;
 - Б) грудная клетка;
 - В) лицо;
 - Г) промежность и половые органы;
 - Д) конечности.
- 08.81. У ребенка 10 дней появилась болезненная припухлость в пахово-мошоночной области, отек мягких тканей, гиперемия кожи. Тактика хирурга включает:
- А) динамическое наблюдение;
 - Б) пункцию образования;
 - В) попытку «вправления» образования в брюшную полость;
 - Г) рентгенографию брюшной полости;
 - Д) операцию - ревизию пахово-мошоночной области.
- 08.82. Укажите типичную локализацию флегмоны новорожденных:
- А) околопупочная область;
 - Б) передняя грудная стенка;

- В) лицо;
- Г) задняя поверхность тела;
- Д) открытые поверхности тела.

08.83. К правильным действиям при манипуляциях в очаге у больного некротической флегмоной новорожденных относятся:

- А) дренирование раны резиновыми выпускниками;
- Б) дренирование ирригатором для введения антибиотиков;
- В) повязка с гипертоническим раствором;
- Г) разрушить инструментом слепые карманы в подкожной клетчатке;
- Д) тампонировать рану после разрезов.

08.84. Для остеомиелита новорожденных наиболее характерно:

- А) множественность поражения костей;
- Б) внутриутробный остеомиелит;
- В) учащение поражения плоских костей;
- Г) преобладание грам-отрицательной и анаэробной флоры;
- Д) преобладание грам-положительной флоры.

08.85. Наиболее ранним клиническим симптомом остеомиелита новорожденных при поражении длинных трубчатых костей является:

- А) субфебрильная температура;
- Б) вялое сосание;
- В) клиника «псевдопареза»;
- Г) пастозность тканей, окружающих сустав;
- Д) гиперемия кожи.

08.86. Наиболее часто встречающейся при остеомиелите у новорожденных локализацией патологического процесса в кости является:

- А) эпифиз;
- Б) диафиз;
- В) метаэпифизарная зона;
- Г) тотальное поражение кости;
- Д) метадиафизарное поражение.

08.87. Достоверным рентгенологическим признаком язвенно-некротического энтероколита III стадии является:

- А) множественные разнокалиберные уровни жидкости в петлях кишок;
- Б) повышенное газонаполнение кишечной трубки;
- В) локальное утолщение стенки кишечных петель;
- Г) локальный пневматоз кишечной стенки
- Д) жидкость в полости малого таза.

08.88. Повышенная кровоточивость у новорожденного вызвана чаще всего с:

- А) дефицитом витамина К;
- Б) ДВС-синдромом;
- В) врожденными тромбопатиями;
- Г) врожденными коагулопатиями;
- Д) анатомо-физиологическими особенностями.

08.89. Среди классических причин проявлений геморрагического синдрома новорожденного наиболее часто встречается:

- А) кровотечение из пупка;
- Б) кровотечение из желудочно-кишечного тракта;
- В) нарастающая кефалогематома;
- Г) кровоизлияние в надпочечник;
- Д) кровотечение из трахеи.

08.90. Укажите нехарактерный для кефалогематомы симптом:

- А) деформация головы ребенка;
- Б) гематома, отслаивающаяся надкостницу;
- В) инфицирование;
- Г) изменения кожи над опухолью;

Д) характерная флюктуация.

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

- А) лечения не требуется;
- Б) пункцию кефалогематомы в возрасте 5 дней;
- В) разрез в области кефалогематомы;
- Г) физиотерапию;
- Д) пункцию кефалогематомы на 9-10-й день жизни.

08.92. Наиболее ярким клиническим симптомом внутричерепного кровоизлияния у новорожденного является:

- А) анемия;
- Б) апноэ, судороги;
- В) гипотермия;
- Г) выбухание большого родничка, нистагм;
- Д) изменения в вегетативной нервной системе.

08.93. Укажите нехарактерный симптом кровоизлияния в надпочечники у новорожденного:

- А) анемия;
- Б) сердечная недостаточность;
- В) пальпируемое опухолевидное образование;
- Г) сосудистая недостаточность;
- Д) парез кишечника.

08.94. Среди перечисленных родовых повреждений костей наиболее часто имеет место:

- А) перелом костей черепа;
- Б) перелом ключицы;
- В) перелом бедра;
- Г) перелом плечевой кости в диафизе;
- Д) травматический эпифизолиз плечевой кости.

08.95. Укажите нетипичный симптом при родовом переломе ключицы:

- А) припухлость в средней трети ключицы;
- Б) крепитация;
- В) псевдопарез;
- Г) гематома;
- Д) безболезненная пальпация.

08.96. Укажите среди ниже перечисленных признаков родового перелома бедра неверный:

- А) в анамнезе — акушерское пособие при родах;
- Б) конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах;
- В) отсутствие отека тканей бедра;
- Г) резкое ограничение движений;
- Д) крепитация отломков.

08.97. Оптимальным методом лечения при переломе бедра у новорожденного является:

- А) лейкопластырное вытяжение по Шеде;
- Б) лейкопластырное вытяжение по Блаунту;
- В) гипсовая лонгета;
- Г) фиксация конечности к животу повязкой;
- Д) оставить без фиксации.

08.98. Сроки иммобилизации при переломе бедра у новорожденного составляют:

- А) 7 дней;
- Б) 12-14 дней;
- В) 15-21 день;
- Г) 22-28 дней;
- Д) 1 месяц.

08.99. Наиболее достоверным клиническим признаком врожденного вывиха бедра у младенца является:

- А) асимметрия кожных складок;
- Б) симптом «щелчка» (соскальзывания);

- В) ограничение разведения бедер;
- Г) укорочение одной из конечностей;
- Д) наружная ротация бедра.

08.100. Выберите нехарактерный симптом родового перелома плечевой кости:

- А) в анамнезе — акушерское пособие при родах;
- Б) отсутствие активных движений в руке;
- В) угловая деформация конечности;
- Г) трудно диагностируется;
- Д) крепитация отломков.

ответы
Раздел 8.
ХИРУРГИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ

08.01. - В	08.18. - Б	08.35. - Б	08.52. - Г	08.69. - В	08.86. - В
08.02. - Б	08.19. - Б	08.36. - Б	08.53. - В	08.70. - Б	08.87. - Г
08.03.- В	08.20. - В	08.37. - Г	08.54. - Г	08.71. - В	08.88. - Б
08.04. - Г	08.21.- Д	08.38. - В	08.55. - В	08.72. - В	08.89. - Б
08.05. - Д	08.22. - В	08.39. - Б	08.56. - Г	08.73. - Д	08.90. - Г
08.06. - Г	08.23.- В	08.40. - В	08.57. - Б	08.74. - Г	08.91.- Д
08.07.- Г	08.24. - Б	08.41. - Б	08.58. - Г	08.75. - Б	08.92. - Г
08.08.- Д	08.25. - Л	08.42. - Г	08.59. - Г	08.76. - Д	08.93. - Б
08.09. - В	08.26. - Л	08.43. - Г	08.60. - Б	08.77. - Б	08.94. - Б
08.10. - Г	08.27. - Б	08.44. - Д	08.61. - Д	08.78. - А	08.95. - Д
08.11. - Г	08.28. - И	08.45. - В	08.62. - Г	08.79. - В	08.96. - В
08.12.- В	08.29. - Г	08.46. - Г	08.63. - Б	08.80. - Г	08.97. - Б
08.13. - Г	08.30. - Г	08.47. - В	08.64. - В	08.81. - Д	08.98. - Б
08.14. - В	08.31. - Б	08.48. - Г	08.65. - Г	08.82. - Г	08.99. - В
08.15. - В	08.32. - В	08.49. - Д	08.66. - Д	08.83.- В	08.100. - Г
08.16. - Б	08.33. - А	08.50. - Б	08.67. - Б	08.84.- Д	
08.17. - Г	08.34.- Д	08.51. - В	08.68. - Г	08.85 - В	

Раздел 9. Травматология-ортопедия детского возраста.
(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Контрольные вопросы:

Тема 1. Травматический шок у детей

1. *Определение*
2. *Особенности травматического шока у детей*
3. *Классификация ТШ*
4. *Основные фазы и симптомы ТШ*
5. *Первая помощь при ТШ*
6. *Пять основных правил оказания неотложной помощи при ТШ*

Тема 2. Родовые повреждения у детей

1. *Классификация родовых травм новорожденных*
2. *Родовые травмы мягких тканей*
3. *Родовые травмы костной системы*
4. *Парез лицевого нерва*
5. *Акушерский паралич Дюшена-Эрба. Причины, симптомы, лечение*

Тема 3. Повреждения верхних конечностей

1. *Повреждение костей плечевого пояса.*
2. *Перелом и вывих ключицы.*
3. *Переломы плечевой кости (проксимального отдела, диафиза, дистального эпиметафиза).*
4. *Внутрисуставные переломы (чрезмыщелковые, головчатого возвышения, блока).*
5. *Внесуставные переломы (надмыщелковые, апофизеолиты).*
6. *Вывихи костей предплечья.*
7. *Вывихи костей предплечья в сочетании с переломами (локтевого отростка, головки и шейки лучевой кости, отрывом медиального надмыщелка, головчатого возвышения, блока плечевой кости).*
8. *Изолированный вывих головки лучевой кости, подвывих головки.*
9. *Повреждения Монтеджа*
10. *Повреждения костей предплечья.*
11. *Перелом локтевого отростка*
12. *Перелом шейки и головки лучевой кости.*
13. *Переломы диафиза костей предплечья.*
14. *Переломы дистального отдела костей предплечья.*
15. *Переломы костей запястья.*
16. *Переломы пястных костей.*
17. *Переломы фаланг пальцев (внутрисуставные, эпифизеолиты, концевых фаланг, открытые)*
18. *Вывих первого пальца в пястно-фаланговом суставе.*
19. *Вывих средних и ногтевых фаланг.*
20. *Повреждения мягких тканей, сухожилий пальцев кисти, особенности переломов костей у детей*

Тема 4. Повреждения нижних конечностей

1. *Переломы бедренной кости на разных уровнях. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
2. *Переломы костей голени на разных уровнях. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
3. *Повреждения коленного сустава (гемартроз, повреждения связочного аппарата, вывих надколенника, перелом надколенника). Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
4. *Переломы костей стопы, пальцев. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
5. *Травматические вывихи бедренной кости. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
6. *Повреждения сухожилий мышц нижней конечности. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*

Тема 5. Повреждения позвоночника

1. *Переломы шейного отдела позвоночника. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
2. *Переломы грудного отдела позвоночника. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
3. *Переломы поясничного отдела позвоночника. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
4. *Переломы крестцового, копчикового отделов позвоночника. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
5. *Особенности клинической картины травм позвоночника.*
6. *Методы лечения различных травм позвоночника алгоритм их выбора.*
7. *Какие симптомы указывают на то, что перелом позвоночника является осложненным?*
8. *Больной упал с высоты на ноги. Диагностирован компрессионный перелом I поясничного позвонка. Переломы каких костей у данного больного следует исключить в первую очередь?*

Тема 6. Переломы таза

1. *Переломы костей таза без нарушения целостности тазового кольца.*
2. *Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
3. *Переломы костей таза с нарушением целостности тазового кольца.*
4. *Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
5. *Травмы тазовых органов. Клиническая картина, диагностика, тактика ведения больного.*
6. *Особенности клинической картины травм таза.*
7. *Методы лечения различных травм таза, алгоритм их выбора.*
8. *Механизм травмы таза*
9. *Какие виды при повреждениях костей таза вы знаете ?*
10. *Какой вид обезболивания показан при переломах костей таза?*

Тема 7. Отрывы и разможнение костей

Тема 8. Множественные и сочетанные травмы, политравма

Тема 9. Пороки развития опорно-двигательного аппарата

1. *Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы у детей разных возрастов. Сроки формирования физиологических изгибов позвоночника.*
2. *Методика осмотра детей с целью определения врожденных аномалий развития костно-мышечной системы.*

Тема 10. Врожденная мышечная кривошея

1. *Врожденная кривошея.*
1. *Классификация. Этиология.*
2. *Патогенез. Частота.*
3. *Особенности диагностики у детей до и после года.*
4. *Консервативное лечение.*
5. *Возрастные показания и принципы оперативного лечения.*

6. *Врожденная мышечная кривошея характеризуется у 3 - 5 летних детей следующими основными симптомами ?*

Тема11. Врожденная косолапость

1. *Врожденная косолапость. Этиология. Патогенез. Частота. Особенности диагностики у детей до и после года.*
2. *Консервативное лечение. Возрастные показания и принципы оперативного лечения. Элементы деформации стопы (аддукция, супинация, эквинус).*
3. *Консервативное лечение: этапные редрессации- гипсовые повязки. Гипсовые лонгеты, ортопедическая обувь.*
4. *Показания к оперативному лечению. Операция Зацепина-Штурма.*
5. *Послеоперационное лечение. Применение ортопедических аппаратов и обуви в послеоперационном периоде.*
6. *Диспансеризация.*
7. *Две клинические формы косолапости*

Тема12. Дисплазия тазобедренных суставов

Тема13. Врожденный вывих бедра

1. *Этиология врожденного вывиха бедра.*
2. *Классификация врожденного вывиха бедра.*
3. *Клиническая картина и диагностика врожденного вывиха бедра.*
4. *Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов. Варианты исследования. Оценка и интерпретация результатов.*
5. *Рентгенологическое исследование тазобедренных суставов (схемы Хильгенрейнера, Рейнберга). Оценка и интерпретация результатов.*
6. *Консервативное лечение врожденного вывиха бедра.*
7. *Оперативное лечение врожденного вывиха бедра.*
8. *Осложнения врожденного вывиха бедра.*

Тема14. Пороки развития позвоночника

1. *Сколиозогенные аномалии развития позвоночника. Клиническая картина, течение и прогноз.*
2. *Кифозогенные и кифосколиозогенные аномалии.*
3. *Нарушения формирования позвоночного канала – сужение, диастоматомия, спинномозговая грыжа.*
4. *Спондилолиз и спондилолистез.*
5. *Консервативные методы лечения больных с аномалиями позвоночника и спинного мозга*
6. *Показания к оперативному методу лечения: при нарушениях формирования и слияния позвонков, при нарушении сегментации позвонков, при нарушениях формирования позвоночного канала при спинномозговой грыжах.*
7. *Корректирующие операции.*
8. *Оперативное лечение нарушений формирования позвоночного канала.*
9. *Осложнения послеоперационного периода и ведения больных после операций.*
10. *Переломы опорных элементов, переломы и вывихи анатомических конструкций.*

11. Выбор метода послеоперационной иммобилизации позвоночника в зависимости от характера операции и возраста больного
12. Послеоперационная реабилитация, инвалидизация и вопросы трудоустройства больных с пороками развития позвоночника

Тема15. Врожденные деформации конечностей

Тема16. Полидактилия, синдактилия, косорукость

1. Определение полидактилии
2. Классификация полидактилии
3. Симптомы полидактилии
4. Методы лечения
- 4.1. Удаление дополнительного сегмента без вмешательства на основном пальце
- 4.2. Удаление дополнительного сегмента с вмешательством на основном пальце
5. Врожденная косорукость это?
6. Основные варианты синдактилии по протяженности:
7. Основные формы по состоянию пораженных пальцев?

Тема17. Деформация Моделунга.

Тема18. Болезнь Нота

1. Определение
2. Стадии болезни и их клинические особенности
3. Клиническая картина
4. Основные методы лечения
5. Основные симптомы болезни Нота

Тема19. Неспецифические воспалительные заболевания костей и суставов

Тема20. Туберкулез костей и суставов

1. Статистика туберкулеза костей
2. Причины и патогенез
3. Классификация
4. Клиническая картина
5. Коксит определение
6. Гонит определение
7. Диагностика туберкулеза костей
8. Лечение

Тема21 Геморрагические поражения суставов

Тема22. Ишемическая контрактура Фолькмана

1. Ишемическая контрактура Фолькмана – это ?
2. Кем и в каком году была описана впервые ?
3. Классификация
4. Стадии ИКФ
5. Лечение

6. Профилактика
7. Факторы провоцирующие ИКФ
8. Патогенез ИКФ

Тема23. Диспластические процессы костей

Тема24. Дистрофические процессы костей

Тема25. Опухоли костей

Тестовые задания:

- 09.01. Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является:
- А) дисплазия тазобедренного сустава;
 - Б) врожденная косорукость;
 - В) амниотические перетяжки;
 - Г) патологический вывих бедра;
 - Д) болезнь Клиппеля-Фейля.
- 09.02. В основе остеохондропатии лежит:
- А) дисфункция созревания;
 - Б) дисфункция роста;
 - В) внутриутробная инфекция;
 - Г) неправильное внутриутробное развитие;
 - Д) тератогенное воздействие.
- 09.03. Из перечисленных заболеваний следствием дисфункции роста является:
- А) болезнь Нотта;
 - Б) юношеский эпифизеолиз;
 - В) синдактилия;
 - Г) врожденная соха vara;
 - Д) косолапость.
- 09.04. Сущность III пути развития заболевания (по С.Я. Долецкому) состоит в:
- А) повреждении растущих и развивающихся структур;
 - Б) генетически обусловленных страданиях;
 - В) приобретенных заболеваниях;
 - Г) дисфункции созревания;
 - Д) дисфункции роста.
- 09.05. Рациональным путем управления созреванием у детей является:
- А) хирургический, паллиативный;
 - Б) ортопедические приемы;
 - В) хирургическая реконструкция;
 - Г) хирургический + медикаментозный;
 - Д) щадящий, функциональный путь, рассчитанный на дозревание.
- 09.06. Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:
- А) бытовой;
 - Б) уличный;
 - В) школьный;
 - Г) спортивный;
 - Д) прочий.
- 09.07. Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте:
- А) повреждения;
 - Б) ожоги;
 - В) инородные тела;
 - Г) отравления;
 - Д) огнестрельные повреждения.
- 09.08. Малым сегментом нижней конечности при травматическом его отчленении считается уровень дистальнее:
- А) уровня плюсно-фалангового сустава;
 - Б) уровня голеностопного сустава;
 - В) уровня коленного сустава;
 - Г) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет 15% от предполагаемого веса конечности;
 - Д) уровня средней и нижней трети голени.
- 09.09. Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется:
- А) в емкости, наполненной водой с температурой 36°C и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента;
 - Б) в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4°C;

- В) не имеет значения;
- Г) при отрицательной температуре;
- Д) при температуре около 40°C.

- 09.10. Крупным сегментом верхней конечности при его травматическом отчленении считается уровень проксимальнее:
- А) уровня лучезапястного сустава;
 - Б) уровня средней и нижней трети предплечья;
 - В) уровня локтевого сустава;
 - Г) уровня пястно-фалангового сустава;
 - Д) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет более 15% от веса конечности.
- 09.11. Показанием для реплантации крупного сегмента нижней конечности у детей является уровень проксимальнее:
- А) коленного сустава;
 - Б) уровня средней и нижней трети бедра;
 - В) уровня средней и верхней трети бедра;
 - Г) тазобедренного сустава;
 - Д) не имеет значения.
- 09.12. Малым сегментом верхней конечности при его травматическом отчленении считается уровень дистальнее:
- А) уровня пястно-фалангового сустава;
 - Б) уровня лучезапястного сустава;
 - В) уровня локтевого сустава; #
 - Г) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет 15% от веса конечности;
 - Д) уровня средней и нижней трети предплечья.
- 09.13. Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:
- А) циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
 - Б) гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
 - В) гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча;
 - Г) гипсовой лангетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча;
 - Д) циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава.
- 09.14. Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:
- А) циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
 - Б) гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
 - В) гипсовой лангетой от голеностопного сустава до средней трети бедра;
 - Г) гипсовой лангетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра;
 - Д) циркулярной гипсовой повязкой от плюсне-фаланговых суставов до коленного сустава;
- 09.15. Первичный наиболее общий этиологический фактор, определяющий нарушение жизненно важной функции при шоке, состоит:
- А) в торможении центров коры головного мозга, обусловленных болевой чувствительностью;
 - Б) в «вегетативной буре», с напряжением функций коры надпочечников и гипофиза;
 - В) в интоксикации, вызванной продуктами распада органов и тканей;
 - Г) в острой дыхательной недостаточности;
 - Д) в нарушении центральной гемодинамики.
- 09.16. Объем необходимых лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает:
- А) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование;
 - Б) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух;
 - В) с противошоковой целью ввести наркотики;
 - Г) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается;
 - Д) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по А.В.Вишневскому, приступить к обследованию для уточнения диагноза.
- 09.17. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на Догоспитальном этапе включает:
- А) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей;
 - Б) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения,
 - В) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков;
 - Г) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации;
 - Д) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков;
- 09.18. При верхнем родовом параличе Дюшена-Эрба имеет место:
- А) отсутствие движения в пальцах кисти;
 - Б) внутренняя ротация и приведение плеча при наличии движений в пальцах кисти;
 - В) полное отсутствие движений в пораженной конечности;
 - Г) односторонний спастический гемипарез;
 - Д) отсутствие движений в пальцах кисти при сохраненных движениях в плечевом суставе.
- 09.19. Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является:
- А) проксимальный эпифиз плечевой кости;
 - Б) дистальный эпифиз плечевой кости;
 - В) проксимальный эпифиз бедренной кости;
 - Г) дистальный эпифиз бедренной кости;
 - Д) проксимальный эпифиз большой берцовой кости.

- 09.20. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизеолиза дистального конца плечевой кости, является:
- А) деструкция метафиза плечевой кости;
 - Б) наличие видимого костного отломка;
 - В) нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья;
 - Г) видимая костная мозоль;
 - Д) луковичный периостит.
- 09.21. Рациональная лечебная тактика при родовом эпифизеолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает:
- А) открытое направление;
 - Б) вытяжение по Шеде;
 - В) вытяжение по Блаунту;
 - Г) вправление закрытое;
 - Д) закрытое вправление с последующим лейкопластырным вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки.
- 09.22. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает:
- А) открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
 - Б) одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсо-**вой** иммобилизацией;
 - В) вытяжение по Шеде;
 - Г) вытяжение по Блаунту;
 - Д) лечения не требуется.
- 09.23. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является:
- А) гематома в области плечевого сустава;
 - Б) крепитация отломков;
 - В) гемипарез;
 - Г) реакция на болевое ощущение при пеленании;
 - Д) нарушение кровообращения.
- 09.24. Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является:
- А) фиксация ручки к туловищу ребенка;
 - Б) лейкопластырное вытяжение;
 - В) гипсовая повязка;
 - Г) повязка Дезо;
 - Д) торакобрахильная гипсовая повязка с отведением плеча (90°) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90°).
- 09.25. Критерием, по которому определяется тяжесть родовой черепно-мозговой травмы, является:
- А) степень нарушения мозгового кровообращения;
 - Б) размеры родовой опухоли на голове;
 - В) наличие кефалогематомы;
 - Г) переломы черепа;
 - Д) степень смещения костей черепа.
- 09.26. Лечебная тактика в отношении вдавленных переломов черепа и свода, возникших при родах, включает:
- А) лечения не требует;
 - Б) интенсивную инфузионную терапию;
 - В) хирургическую коррекцию методом репозиции;
 - Г) резекционную трепанацию черепа;
 - Д) резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой.
- 09.27. Оптимальное положение ручки при лечении паралича Дюшена-Эрба:
- А) прибинтовать ручку к туловищу;
 - Б) положить повязку Дезо;
 - В) фиксировать ручку в положении отведения плеча под углом 90° с наружной ротацией;
 - Г) фиксация не обязательна;
 - Д) фиксация при запрокидывании ручки за спину.
- 09.28. Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме:
- А) печень, селезенка;
 - Б) тонкая кишка;
 - В) толстая кишка;
 - Г) мочевого пузыря;
 - Д) почки.
- 09.29. При экстренной профилактике столбняка у ребенка старше 10 лет, имевшего менее 3 прививок, последняя из которых сделана за 2 года до травмы, необходимо ввести:
- А) анатоксин столбнячный + противостолбнячную сыворотку;
 - Б) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин;
 - В) противостолбнячную сыворотку;
 - Г) анатоксин столбнячный;
 - Д) ничего из перечисленного.
- 09.30. К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся:
- А) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей;
 - Б) перелом свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза;
 - В) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области;
 - Г) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области;
 - Д) ушиб мягких тканей головы.

- 09.31. Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы:
- А) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию;
 - Б) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику;
 - В) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту;
 - Г) глубокую кому после сомнительной связи с травмой;
 - Д) гемипарез при ясном сознании.
- 09.32. При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс:
- А) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия;
 - Б) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки;
 - В) «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, | шпрлатеральные признаки пирамидной недостаточности;
 - Г) общемозговая симптоматика, повышение температуры;
 - Д) тетраплегия, ясное сознание.
- 09.33. Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является:
- А) потеря сознания;
 - Б) очаговая неврологическая симптоматика;
 - В) многократная рвота;
 - Г) ото-рино-ликворея;
 - Д) кровотечение из носа и уха;
- 09.34. Наиболее часто перелом ключицы локализуется:
- А) в средней трети;
 - Б) в зоне клювовидного отростка;
 - В) на границе средней и медиальной трети ключицы;
 - Г) на границе средней и латеральной трети ключицы;
 - Д) у стернального конца ключицы.
- 09.35. При переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети оптимальной фиксирующей повязкой является:
- А) повязка Дезо;
 - Б) торакобрахиальная повязка;
 - В) шино-гипсовая 8-образная повязка; .
 - Г) костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому-Карпенко;
 - Д) фиксация не требуется.
- 09.36. При вывихе плечевой кости наиболее вероятный механизм травмы:
- А) падение на локоть (или кисть) приведенной или отведенной руки;
 - Б) прямой удар в среднюю треть предплечья;
 - В) резкий рывок за руку;
 - Г) падение на бок при приведенной руке;
 - Д) ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке.
- 09.37. Для постановки правильного диагноза при вывихе плеча оптимальным обследованием является:
- А) клиническое + рентген;
 - Б) рентген + УЗИ;
 - В) УЗИ + артроскопия;
 - Г) ЯМР + радиоизотопное исследование;
 - Д) артропневмография.
- 09.38. При закрытом поперечном переломе диафиза плечевой кости в средней трети оптимальная тактика включает:
- А) репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой;
 - Б) репозицию и фиксацию на отводящей типе;
 - В) репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами;
 - Г) скелетное вытяжение;
 - Д) репозицию и фиксацию стержневым аппаратом.
- 09.39. Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают с устранения:
- А) ротационного смещения;
 - Б) смещения по ширине;
 - В) смещения по длине;
 - Г) углового смещения;
 - Д) смещения по ширине и длине.
- 09.40. Оптимальный уровень проведения спицы при лечении перелома верхней трети плечевой кости с помощью скелетного вытяжения:
- А) дистальный конец плечевой кости;
 - Б) локтевой отросток локтевой кости;
 - В) дистальный метафиз лучевой кости;
 - Г) диафиз плечевой кости;
 - Д) скелетное вытяжение не применяют.
- 09.41. Показания к оперативному лечению чаще всего возникают:
- А) при внутрисуставных повреждениях плечевой кости;
 - Б) при метафизарных повреждениях плечевой кости;
 - В) при метадиафизарных повреждениях плечевой кости;
 - Г) при диафизарных повреждениях плечевой кости;
 - Д) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях.

- 09.42. При отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости у ребенка 12-14 лет наиболее предпочтительна фиксация отломков:
- Л) одной спицей;
 - Б) двумя спицами;
 - В) спицей с боковой компрессией;
 - Г) костным швом;
 - Д) шило-шурупом Тер-Егизарова.
- 09.43. Задний вывих обеих костей предплечья возникает:
- А) при падении на локоть согнутой руки;
 - Б) при падении на локоть разогнутой руки;
 - В) падении с упором на ладонную поверхность кисти при неполностью разогнутой руке в локтевом суставе;
 - Г) при падении на отведенную руку;
 - Д) при падении на кисть отведенной и разогнутой руки.
- 09.44. Переломо-вывих Монтеджа — это:
- А) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой;
 - Б) вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети;
 - В) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья;
 - Г) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости;
 - Д) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке.
- 09.45. Переломо-вывих Галеацци — это:
- А) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча в верхней трети — на другой;
 - Б) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка;
 - В) перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке;
 - Г) вывих кости с переломом лучевой кости в средней трети;
 - Д) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети.
- 09.46. Позволяет диагностировать вывих головки луча при вывихе Монтеджа по рентгеновским снимкам линия:
- А) Смита;
 - Б) Маркса;
 - В) Омбредана;
 - Г) Келлера;
 - Д) симптом Ортолани.
- 09.47. Оптимальным положением предплечья, фиксированного гипсовой лангетой, при переломах локтевого отростка без смещения будет:
- А) сгибание под углом 45°;
 - Б) разгибание в локтевом суставе предплечья;
 - В) сгибание под углом 135°;
 - Г) максимальное сгибание предплечья;
 - Д) сгибание и внутренняя ротация предплечья.
- 09.48. При закрытой ручной репозиции переломо-вывиха Монтеджа до иммобилизации гипсовой лангетой следует:
- А) вправление головки и репозиция перелома локтевой кости;
 - Б) достаточно репозиции локтевой кости;
 - В) достаточно вправить головку луча;
 - Г) репозиция локтевой кости + вправление головки луча;
 - Д) достаточно тракции по оси.
- 09.49. Абсолютными показаниями к оперативному лечению перелома костей предплечья являются:
- А) перелом лучевой кости в средней трети с полным смещением;
 - Б) перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением;
 - В) перелом двух костей предплечья в средней трети с полным смещением;
 - Г) перелом двух костей предплечья на разных уровнях;
 - Д) перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности.
- 09.50. При повреждении лучевой кости преждевременное закрытие зоны роста и развитие деформации верхней конечности наиболее вероятно в случае:
- А) эпифизеолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине;
 - Б) перелома проксимального эпифиза;
 - В) остеоэпифизеолиза со смещением;
 - Г) эпифизеолиза со смещением;
 - Д) сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза;
- 09.51. Фиксировать палец при подкожном разрыве сухожилия разгибателя следует:
- А) в положении полного разгибания в межфаланговых суставах;
 - Б) при переразгибании в суставах пальца;
 - В) в положении сгибания в дистальном межфаланговом суставе; и разгибания в проксимальном;
 - Г) в положении сгибания в проксимальном суставе и переразгибания в дистальном («писчего пера»);
 - Д) при максимальном сгибании во всех суставах пальца.
- 09.52. При ранении сухожилия сгибателя пальца хирургическая тактика сводится:
- А) к наложению первичного шва сухожилия;
 - Б) к лечению под мазовыми повязками;
 - В) к гипсовой иммобилизации;
 - Г) к фиксации в металлической шине В.И.Розова;
 - Д) к лейкопластырной повязке.

- 09.53. Оптимальным вариантом положения пальца кисти, фиксированного в гипсе, после успешной репозиции перелома средней или основной фаланги пальцев кисти будет:
- А) положение максимального сгибания;
 - Б) положение максимального разгибания;
 - В) средне-физиологическое положение;
 - Г) положение «писчего пера»;
 - Д) положение сгибания ногтевой фаланги под углом 90°.
- 09.54. При заднем (подвздошном) вывихе головки бедренной кости нижняя конечность:
- А) слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, ротирована кнутри;
 - Б) согнута и ротирована кнаружи;
 - В) отведена и согнута в тазобедренном и коленном суставах;
 - Г) выпрямлена, слегка отведена и ротирована кнаружи;
 - Д) в максимальном сгибании в тазобедренном и разгибании в коленном суставе.
- 09.55. При привычном вывихе надколенника лечение предусматривает:
- А) моделированную гипсовую лангету;
 - Б) удаление надколенника;
 - В) стабилизирующие пластические операции;
 - Г) надмыщелковую остеотомию бедра;
 - Д) иммобилизацию гипсовой циркулярной повязкой.
- 09.56. При травматическом вывихе надколенник смещен:
- А) кнаружи;
 - Б) вниз;
 - В) кнутри;
 - Г) кзади;
 - Д) вверх.
- 09.57. Методом лечения при гемартрозе и остром вывихе надколенника у детей является:
- А) вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета, последующая артроскопия;
 - Б) вправление, гипсовая лонгета;
 - В) открытое вправление, давящая повязка;
 - Г) открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические приемы;
 - Д) закрытое вправление без иммобилизации.
- 09.58. Оперативное лечение перелома ключицы показано:
- А) при поперечном переломе с полным смещением;
 - Б) при переломе с большим угловым смещением;
 - В) при оскольчатом переломе со значительным смещением от-иомка;
 - Г) при всех типах переломов;
 - Д) не показано.
- 09.59. При отрывном переломе медиального надмыщелка плечевой кости чаще всего страдает:
- А) лучевой нерв;
 - Б) локтевой нерв;
 - В) срединный нерв;
 - Г) мышечно - кожный нерв;
 - Д) нервы не страдают.
- 09.60. При проникающем ранении коленного сустава пострадавшему следует произвести:
- А) ушивание раны, гипсовую повязку;
 - Б) ревизию раны, первичную хирургическую обработку, иммобилизацию;
 - В) рентген снимок сустава, ревизию раны, удаление инородных тел, промывание полости антисептиками, ушивание раны, гипс;
 - Г) ревизию раны, удаление инородных тел, дренирование;
 - Д) артротомию с ревизией коленного сустава.
- 09.61. Сроки иммобилизации после наложения первичного шва собственной связки надколенника составляют:
- А) 2 недели;
 - Б) 3 недели;
 - В) 4 недели;
 - Г) 5 недель;
 - Д) 6 недель.
- 09.62. Типичным механизмом повреждения менисков коленного сустава у детей является:
- А) форсированное отведение и наружная ротация голени;
 - Б) форсированное приведение голени в коленном суставе;
 - В) форсированное разгибание в суставе;
 - Г) форсированное сгибание в суставе;
 - Д) резкое отведение голени в коленном суставе.
- 09.63. При разрыве передней крестообразной связки в коленном суставе характерным симптомом является:
- А) блокада коленного сустава;
 - Б) симптом «выдвижного ящика»;
 - В) сгибательная контрактура в коленном суставе;
 - Г) разгибательная контрактура в коленном суставе;
 - Д) симптом «прилипшей пятки».

- 09.64. Оптимальный вариант лечебной тактики при внутрисуставных повреждениях костей голени со смещением у детей включает:
- А) открытую репозицию;
 - Б) открытую репозицию + остеосинтез;
 - В) аппаратное лечение;
 - Г) скелетное вытяжение;
 - Д) ревизию + гипсовую иммобилизацию.
- 09.65. Абсолютные показания к оперативному лечению при переломах костей голени касаются:
- А) закрытых внутрисуставных переломов со смещением;
 - Б) закрытых диафизарных переломов 2 костей голени;
 - В) метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением;
 - Г) закрытых переломов с полным смещением;
 - Д) всех видов переломов со смещением отломков.
- 09.66. Контрольный рентгеновский снимок в гипсе при метадиа-физарных переломах для выявления максимального вторичного смещения отломков следует производить:
- А) на 2-е сутки;
 - Б) на 3-5-е сутки;
 - В) на 6-7-е сутки;
 - Г) на 10-14-е сутки;
 - Д) рентгенологический контроль не обязателен.
- 09.67. Величина таранно-пяточного угла (Белера) в норме у детей составляет:
- А) до 10°;
 - Б) от 10 до 20°;
 - В) от 30 до 40°;
 - Г) от 45 до 90°;
 - Д) 135°.
- 09.68. Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен:
- А) наклон головы и поворот ее в «здоровую» сторону;
 - Б) поворот головы в сторону «подвывиха»;
 - В) ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди;
 - Г) полный объем движений.
- 09.69. Название болезни Гризеля носит:
- А) остеохондропатия апофиза пяточной кости;
 - Б) остеохондропатия апофизов позвонков;
 - В) «маршевый» перелом костей стопы;
 - Г) подвывих I шейного позвонка на фоне воспаления лимфоузлов шеи;
 - Д) порок развития сухожилий сгибателей кисти.
- 09.70. Название сустава Крювелье носит:
- А) сустав между задней поверхностью передней дуги атланта и передней поверхностью зуба аксиса;
 - Б) сустав между верхними суставными поверхностями I шейных позвонков;
 - В) сустав между задней поверхностью зуба аксиса и поперечной связкой атланта;
 - Г) сустав между телами I и II шейных позвонков;
 - Д) такого сустава между телами I и II шейных позвонков нет.
- 09.71. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у деки встречается в:
- А) шейном отделе;
 - Б) верхне-грудном отделе;
 - В) средне-грудном отделе;
 - Г) нижне-грудном отделе;
 - Д) поясничном отделе.
- 09.72. Перелом грудного отдела позвоночника возникает при падении:
- А) на грудь;
 - Б) на спину;
 - В) на ягодицы;
 - Г) на ноги;
 - Д) на голову.
- 09.73. При неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы имеет место:
- А) локальная болезненность, деформация;
 - Б) болезненность при осевой нагрузке;
 - В) локальная болезненность, затрудненное дыхание;
 - Г) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика;
 - Д) нарушение функции тазовых органов.
- 09.74. Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает:
- А) функциональный метод лечения (вытяжение, ЛФК, массаж);
 - Б) с помощью корсетов;
 - В) оперативное лечение;
 - Г) одномоментную реклинацию + корсет;

Д) не требует лечения.

- 09.75. Типичная поза пострадавшего с компрессионным оскольчатый переломом поясничного позвонка:
- А) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами;
 - Б) на спине с выпрямленными конечностями;
 - В) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами;
 - Г) на боку с выпрямленными конечностями;
 - Д) нет типичных позиций.
- 09.76. Симптом «прилипшей пятки» характерен:
- А) для перелома крыла подвздошной кости;
 - Б) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения;
 - В) для перелома горизонтальной ветви лонной кости;
 - Г) для отрыва передне-верхней ости;
 - Д) для отрыва передне-нижней ости.
- 09.77. Вынужденное положение «лягушки» характерно:
- А) при переломе обеих лонных и седалищных костей;
 - Б) при отрывном переломе передне-верхней ости;
 - В) при переломе тазового кольца;
 - Г) при разрыве крестцово-подвздошного сочленения;
 - Д) при отрывном переломе апофиза седалищного бугра.
- 09.78. При травматическом разрыве лонного сочленения в стационаре целесообразно применить следующую укладку больного:
- А) сдвинуть и приподнять таз с помощью «гамачка», укрепленного на балканской раме;
 - Б) положение «лягушки» на горизонтальной плоскости;
 - В) скелетное вытяжение за одну из нижних конечностей по наклонной плоскости;
 - Г) скелетное вытяжение за обе из нижних конечностей по горизонтальной плоскости;
 - Д) не требует специальной укладки.
- 09.79. Симптом «заднего шага» характерен:
- А) для перелома крыла подвздошной кости;
 - Б) для разрыва симфиза;
 - В) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения;
 - Г) отрыва передне-нижней ости;
 - Д) отрыва передней верхней ости.
- 09.80. Целостность тазового кольца не страдает при переломе
- А) лонной и седалищной костей в диагональном варианте;
 - Б) переднего полукольца;
 - В) заднего отдела полукольца;
 - Г) крестцово-подвздошного сочленения;
 - Д) Мальгения.
- 09.81. Целостность тазового кольца нарушена:
- А) при переломе лонной кости;
 - Б) при переломе седалищной кости;
 - В) при переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза;
 - Г) при отрыве бугра седалищной кости;
 - Д) при краевых переломах подвздошной кости.
- 09.82. Оптимальный объем противошокового комплекса при переломах таза включает:
- А) внутримышечное введение наркотиков, переливание жидкостей;
 - Б) фиксацию на шите с выпрямленными ногами, введение новокаина в область перелома;
 - В) фиксацию на шите в положении «лягушки», внутритазовую блокаду по Школьникову-Селиванову, инфузионную терапию, гемотрансфузию;
 - Г) внутривенное введение наркотиков, массивную трансфузионную терапию;
 - Д) лечебный наркоз без иммобилизации.
- 09.83. Скелетное вытяжение за проксимальный метафиз большеберцовой кости показано:
- А) при одностороннем переломе переднего и заднего полукольца, сопровождающимся смещением половины таза;
 - Б) при переломе переднего полукольца со смещением;
 - В) при краевых переломах со смещением;
 - Г) при переломах заднего полукольца со смещением;
 - Д) не показано.
- 09.84. Тяжесть состояния больного при сочетанном повреждении таза определяется:
- А) нарушением дыхания;
 - Б) метаболическим ацидозом;
 - В) гиповолемией, афферентной патологической импульсацией;
 - Г) периферическим спазмом капилляров;
 - Д) отеком головного мозга.
- 09.85. Симптом «кошачьего зрачка» при диагностике ранней биологической смерти — это:
- А) равномерное расширение зрачков;
 - Б) трансформация зрачка в вертикальную щель при сдавлении глазного яблока с боков;
 - В) анизокория;
 - Г) лягофтальм;
 - Д) нет такого симптома.

- 09.86. При политравме, возникающей вследствие дорожно-транспортных происшествий, у детей преобладает:
- А) черепно-мозговая травма;
 - Б) черепно-мозговая травма и повреждения внутренних органов и нижних конечностей;
 - В) повреждения позвоночника и таза;
 - Г) повреждения таза и верхних конечностей;
 - Д) повреждения верхних и нижних конечностей.
- 09.87. Типичными обстоятельствами, при которых у большинства детей происходят множественные и сочетанные повреждения, являются:
- А) падение с высоты и огнестрельные ранения;
 - Б) автотравма и падение с высоты;
 - В) синдром опасного обращения с детьми;
 - Г) огнестрельные ранения;
 - Д) рельсовая травма.
- 09.88. При падении с высоты преобладают:
- А) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей;
 - Б) черепно-мозговая травма + повреждения внутренних органов;
 - В) повреждения таза и конечностей;
 - Г) повреждения конечностей;
 - Д) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей, таза и внутренних органов.
- 09.89. Определяющим при оценке тяжести политравмы является:
- А) состояние жизненно-важных функций; Б) степень кровотечения;
 - В) болевая ирритация;
 - Г) коматозное состояние;
 - Д) степень шока.
- 09.90. Ведущим повреждением при множественном переломе костей таза, переломе бедра, ушибе селезенки, с множественными ушибами и ссадинами тела является:
- А) переломы таза;
 - Б) перелом бедра;
 - В) ушиб селезенки;
 - Г) множественные ушибы тела;
 - Д) множественные ссадины тела.
- 09.91. В оценке тяжести общего состояния ведущее значение имеет:
- А) уровень АД;
 - Б) уровень центрального венозного давления;
 - В) острая дыхательная недостаточность;
 - Г) аритмия сердца;
 - Д) изменения центральной гемодинамики + острая дыхательная недостаточность.
- 09.92. При политравме со следующей клинической картиной: выраженный цианоз носогубного треугольника, частое поверхностное дыхание, тимпанический перкуторный звук над правой половиной грудной клетки, смещение границ сердца влево — ведущим является:
- А) разрыв печени и диафрагмы;
 - Б) разрыв диафрагмы;
 - В) ушиб сердца;
 - Г) открытый пневмоторакс;
 - Д) закрытый напряженный пневмоторакс, разрыв легкого.
- 09.93. При сочетанной черепно-мозговой травме при следующей клинической картине: смещение М-эхо на 4 мм, гемипарез на стороне мидриаза - ведущим является:
- А) внутричерепная травма;
 - Б) ушиб головного мозга;
 - В) сотрясение головного мозга;
 - Г) субарахноидальное кровоизлияние;
 - Д) ушиб ствола головного мозга.
- 09.94. Из методов первичного обследования скелета больного ребенка с политравмой приоритетным является:
- А) последовательное и посистемное выявление местных, даже минимальных, признаков травмы;
 - Б) рентгенологический;
 - В) рентгеномографический;
 - Г) компьютерная томография;
 - Д) теплогография, УЗИ.
- 09.95. У ребенка 12 лет при первичном осмотре выявлен перелом бедра и заподозрены перелом таза, повреждения селезенки. Оптимальный порядок лечебно-диагностических мероприятий (на догоспитальном этапе введен промедол) предусматривает:
- А) транспортную иммобилизацию + лапаротомию;
 - Б) рентгенологическое обследование + катетеризацию периферической вены + лапаротомию;
 - В) транспортную иммобилизацию + рентгенологическое обследование + катетеризацию центральной вены, переливание плазмозаменителей, определение группы крови и резус-фактора, лапаротомию;
 - Г) транспортную иммобилизацию + катетеризацию центральной вены + переливание плазмозаменителей + лапаротомию;
 - Д) обезболивание перелома бедра, внутритазовую блокаду по Школьникову — Селиванову, транспортную иммобилизацию поврежденной конечности, рентгенологическое обследование, катетеризацию центральной вены, переливание плазмозаменителей, определение группы крови и резус-фактора, выполнение УЗИ, при нарастающей картине внутрибрюшного кровотечения - лапаротомию.

- 09.96. Для больного с переломом позвоночника и костей таза при транспортировке оптимальным положением является:
- А) на шите, на спине с соблюдением «оси безопасности»: голова-гортань-таз-конечности на одном уровне;
 - Б) на боку, на носилках;
 - В) на носилках в положении «лягушки»;
 - Г) на шите, на животе;
 - Д) не имеет значения.
- 09.97. Оптимальная лечебная тактика при травматической отслойке кожи на значительной площади включает:
- А) консервативное ведение: холод, мазевые повязки и т.д.;
 - Б) дренирование кармана с пассивной аспирацией жидкости;
 - В) наложение швов на раневую поверхность,
 - Г) отсечение лоскута с последующей пластикой дефекта по Красовитову;
 - Д) кожную пластику местными тканями.
- 09.98. Оптимальный метод лечения перелома бедренной кости при ведущем повреждении грудь-живот предусматривает применение:
- А) аппарата Волкова-Оганесяна;
 - Б) аппарата Илизарова;
 - В) стержневого аппарата;
 - Г) скелетного вытяжения;
 - Д) интрамедуллярного стержневого синтеза.
- 09.99. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на госпитальном этапе:
- А) обеспечение оксигенации, временная остановка кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортная иммобилизация;
 - Б) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация;
 - В) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, (транспортная иммобилизация + введение наркотиков);
 - Г) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация + введение анальгетиков;
 - Д) мероприятия, перечисленные в Г), взятые вместе.
- 09.100. В приемное отделение доставлен ребенок 10 лет, попавший под поезд. У него имеется отрыв голени в дистальной трети. На госпитальном этапе ему был наложен кровоостанавливающий жгут на бедро, введен промедол. Оптимальный порядок последующих лечебно-диагностических мероприятий в стационаре предусматривает:
- А) не раздевая ребенка, осмотреть его, произвести рентгенологическое обследование, срочно подать в операционную;
 - Б) в приемном отделении произвести циркулярную новокаиновую блокаду в верхней трети голени, раздеть ребенка и полностью осмотреть его, при подозрении на повреждения других сегментов конечностей осуществить транспортную иммобилизацию, в отделении (палате) реанимации произвести катетеризацию вены (вен), начать переливание плазмозаменителей, снять жгут и провести временную остановку кровотечения путем наложения кровоостанавливающих зажимов, произвести необходимое рентгенологическое обследование и подать в операционную;
 - В) в приемном отделении раздеть ребенка и направить его в отделение (палату) реанимации, далее произвести катетеризацию периферической вены и начать переливание плазмозаменителей, определить группу крови и подать ребенка в операционную;
 - Г) в приемном отделении раздеть ребенка и подать ребенка в операционную, срочно приступить к операции;
 - Д) осуществить порядок лечебно-диагностических мероприятий, указанных в Б). Оперативное вмешательство отложить на 5-6 часов до полного восстановления жизненно-важных функций.
- 09.101. Абсолютное показание к выполнению компрессионно-дистракционного остеосинтеза при переломе конечности, сочетанном с черепно-мозговой травмой:
- А) открытый метадиафизарный перелом крупного сегмента конечности со смещением;
 - Б) закрытый метадиафизарный перелом крупного сегмента конечности без существенного смещения;
 - В) внутрисуставный перелом в области крупного сустава;
 - Г) закрытый перелом костей двух предплечий;
 - Д) закрытый поперечный перелом двух костей голени.
- 09.102. Врожденную мышечную кривошею следует отнести:
- А) к миогенной деформации;
 - Б) к десмогенной деформации;
 - В) к неврогенной деформации;
 - Г) к дермо-десмогенной деформации;
 - Д) к конституционной деформации.
- 09.103. Этиопатогенез врожденной мышечной кривошеи:
- А) порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;
 - Б) травма при родах;
 - В) неправильное положение плода;
 - Г) воспалительная теория;
 - Д) ишемия сердца.
- 09.104. Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются:
- А) в первые 3-5 дней после рождения;

- Б) на 10-14 день после родов;
- В) в месячном возрасте;
- Г) в 3-месячном возрасте;
- Д) клинические симптомы в этот период не выражены.

- 09.105. Неправильное положение головы при врожденной мышечной кривошее выражается:
- А) наклоном головы в сторону пораженной мышцы;
 - Б) поворотом головы в здоровую сторону;
 - В) поворотом головы в пораженную сторону;
 - Г) наклоном головы в здоровую сторону;
 - Д) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную.
- 09.106. Консервативное лечение кривошеи следует начинать:
- А) с момента рождения;
 - Б) в 2-недельном возрасте;
 - В) 2,5 месяцев;
 - Г) 0,5-1 год;
 - Д) после 1 года.
- 09.107. Оперативное лечение кривошеи при неэффективности консервативного показано:
- А) до 5 мес;
 - Б) до 1 года;
 - В) до 2 лет;
 - Г) до 3 лет;
 - Д) в 3-4 года.
- 09.108. Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи являются:
- А) нарастающая асимметрия лица и шеи;
 - Б) нарушение осанки;
 - В) нарушение остроты зрения;
 - Г) стробизм сходящийся и расходящийся;
 - Д) нарушения осанки и зрения.
- 09.109. Болезнь Клиппель-Фейля — это:
- А) врожденный синостоз шейных и верхне-грудных позвонков с незаращением дужек;
 - Б) наличие шейных ребер;
 - В) приобретенный подвывих I шейного позвонка воспалительной этиологии;
 - Г) острая мышечная кривошея;
 - Д) крыловидная шея.
- 09.110. Сколиоз в большей степени возникает:
- А) при сутулой спине;
 - Б) при прямой спине;
 - В) при усилении лордоза;
 - Г) при плоской спине;
 - Д) при сутулой спине с лордозом.
- 09.111. Понятие «спондилолиз» означает:
- А) отсутствие костного сращения дужек с телом;
 - Б) расщепление тел позвонков;
 - В) изменение форм позвонков (фронтальное);
 - Г) изолированное смещение тел позвонков;
 - Д) изменение форм позвонков (сагитальное).
- 09.112. Понятие «переходящий пояснично-крестцовый позвонок» (по Шморлю) означает:
- А) люмбализацию;
 - Б) сакрализацию;
 - В) люмбализацию, сакрализацию;
 - Г) деформацию поясничных позвонков;
 - Д) деформацию крестцового позвонка.
- 09.113. Понятие «люмбалпация» означает:
- А) увеличение числа поясничных позвонков за счет I крестцового;
 - Б) сращение нескольких поясничных позвонков;
 - В) добавочный клиновидный поясничный позвонок;
 - Г) увеличение числа поясничных позвонков за счет D12;
 - Д) расщепление тела поясничного позвонка.
- 09.114. Характерным рентгенологическим признаком спондилолистеза, позволяющим выявить начальные фазы смещения, является:
- А) щель спондилолиза в виде полосы просветления, располагающейся у основания верхних и нижних суставных отростков;
 - Б) щель просветления между дужками и телом позвонка;
 - В) щель просветления между основанием поперечных отростков и дужками позвонка;
 - Г) щель просветления между апофизами остистых отростков.
- 09.115. Оперативное вмешательство при полидактилии проводится:
- А) в первые месяцы жизни;
 - Б) в первый год жизни;
 - В) до 3 лет;
 - Г) 3-5 лет;
 - Д) после 5 лет.

- 09.116. Абсолютным показанием к оперативному лечению радио-ульнарного синостоза является:
- А) нет абсолютных показаний;
 - Б) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья;
 - В) лучевая косорукокость;
 - Г) локтевая косорукокость;
 - Д) нарушение функции в локтевом суставе.
- 09.117. Показания к оперативному лечению врожденного вывиха головки лучевой кости у ребенка 5-6 лет:
- А) абсолютные;
 - Б) искривление лучевой кости более 40°;
 - В) болевые ощущения;
 - Г) ограничение движений и болевые ощущения после окончания периода роста;
 - Д) ограничение ротационных движений.
- 09.118. Оперативное лечение врожденной косорукокости (костнопластическое замещение дефекта кости) следует проводить:
- А) в первые месяцы жизни;
 - Б) до 3 лет;
 - В) в 3-5 лет;
 - Г) в 5-7 лет;
 - Д) в 10-12 лет.
- 09.119. Деформация Маделунга — это:
- А) штыкообразная деформация кисти и предплечья;
 - Б) лучевая косорукокость;
 - В) локтевая косорукокость;
 - Г) укорочение костей предплечья;
 - Д) сгибательная контрактура.
- 09.120. Наиболее эффективным методом лечения болезни Нотта является:
- А) иссечение кольцевидной связки;
 - Б) инъекция гидрокортизона в кольцевидную связку;
 - В) ЛФК, массаж;
 - Г) фонофорез с гидрокортизоном;
 - Д) инъекция гидрокортизона с последующей физиотерапией.
- 09.121. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости складывается:
- А) из приведения, супинации и подошвенного сгибания;
 - Б) из отведения, супинации и подошвенного сгибания;
 - В) из приведения, пронации и тыльного сгибания;
 - Г) из отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении;
 - Д) из эквинусной установки стопы.
- 09.122. Наиболее вероятный этиопатогенез истинного врожденного вывиха бедра, выявляемого с первых дней постнатального периода:
- А) порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей;
 - Б) задержка развития нормально развивающегося сустава и тканей;
 - В) невыгодное положение плода с приведением нижних конечностей;
 - Г) невыгодное положение плода с отведением бедер;
 - Д) патология беременности.
- 09.123. Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:
- А) ограничение отведения бедер;
 - Б) симптом Маркса-Ортолани (соскальзывание);
 - В) укорочение ножки;
 - Г) асимметрия ножных складок;
 - Д) наружная ротация ножки.
- 09.124. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует:
- А) в период новорожденности;
 - Б) в первые полгода жизни;
 - В) до 1 года;
 - Г) показано оперативное лечение;
 - Д) в возрасте от 1 года до 3 лет.
- 09.125. Показаниями к простому оперативному вправлению врожденного вывиха бедра является:
- А) только в младшей возрастной группе (до 2 лет), когда консервативное лечение не проводилось;
 - Б) у детей раннего возраста (старше года), когда одномоментное вправление по Лоренцу было безуспешным;
 - В) у детей от 2 до 8 лет, когда вывих не вправляется или наступает полная релюкация после консервативного функционального лечения при хорошо сформированной впадине и правильной развитой головке;
 - Г) у детей старше 8 лет при недоразвитии головки бедренной кости;
 - Д) у детей старше 5 лет при недоразвитой вертлужной впадине.
- 09.126. Не замеченная вовремя болевая контрактура приводящих мышц при лечении врожденного вывиха с помощью шины Виленского может привести:
- А) к асептическому некрозу головки бедренной кости;
 - Б) к шоку;
 - В) к разрыву капсулы;
 - Г) к скручиванию бедра;
 - Д) к нарушению кровообращения в стопах.

- 09.127 При врожденной рекурвации голени в первые недели жизни лечение включает:
- А) ЛФК, коррекцию с помощью гипсовых или полиэтиленовых шин;
 - Б) ЛФК + тугор;
 - В) остеомию;
 - Г) остеоклазию;
 - Д) не требует лечения.
- 09.128. Оперативное лечение косолапости проводится в сроки:
- А) новорожденности;
 - Б) 1-3 года;
 - В) 3-7 лет;
 - Г) 7-10 лет;
 - Д) не имеет значения.
- 09.129. Лечение плоско-вальгусной стопы включает:
- А) этапные гипсовые повязки;
 - Б) лонгеты из поливика + ЛФК, массаж, электростимуляцию мышц;
 - В) ношение ортопедической обуви;
 - Г) ЛФК, массаж;
 - Д) лечения не требует.
- 09.130. Показания к оперативному лечению постостеомиелитических деформаций конечностей у детей возможно ставить:
- А) при затухающей стадии процесса;
 - Б) при хронической форме остеомиелита;
 - В) при свищевой форме;
 - Г) в период ремиссии;
 - Д) не менее, чем через 2-4 года после полного клинического и рентгенологического выздоровления.
- 09.131. При диагностике специфических поражений костей и суставов наиболее достоверным является:
- А) клиническое обследование;
 - Б) рентгенологическое обследование;
 - В) теплогографическое обследование;
 - Г) томография;
 - Д) бактериологическое обследование.
- 09.132. Вальгусная деформация конечности может развиваться в случае консервативного лечения:
- А) при закрытом поперечном переломе проксимального метафиза большеберцовой кости;
 - Б) при закрытом переломе диафиза большеберцовой кости;
 - В) при переломе двух костей голени в средней трети;
 - Г) при переломе малоберцовой кости;
 - Д) при переломе межмышечкового возвышения.
- 09.133. У ребенка закрытый чрезмышелковый разгибательный перелом плечевой кости с полным смещением. Пальцы кисти бледные, пульс на лучевой артерии резко ослаблен. Оптимальной лечебной тактикой у него, направленной на предупреждение ишемической контрактуры Фолькмана, будет:
- А) закрытая ручная репозиция, гипсовая иммобилизация;
 - Б) закрытая ручная репозиция, чрезкожная фиксация отломка спицами;
 - В) открытая репозиция, костный шов;
 - Г) открытая репозиция, ревизия сосудистого пучка, фиксация отломка спицами;
 - Д) скелетное вытяжение.
- 09.134. При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является:
- А) торсия позвонков;
 - Б) слабость мышечного корсета;
 - В) асимметрия уровня расположения лопаток;
 - Г) разница треугольников талии;
 - Д) круглая спина.
- 09.135. Тотальный кифоз может рассматриваться физиологическим:
- А) у новорожденных и грудных детей;
 - Б) у детей до 3-5 лет;
 - В) у детей от 5 до 10 лет;
 - Г) у детей от 10 до 15 лет;
 - Д) старше 15 лет.
- 09.136. При полиомиелите чаще всего страдает:
- А) средняя и малая ягодичные мышцы;
 - Б) большая ягодичная мышца;
 - В) приводящие мышцы бедра;
 - Г) отводящие мышцы бедра;
 - Д) все перечисленные мышцы вместе взятые.
- 09.137. Дисхондроплазия, как разновидность хондродисплазии скелета - это:
- А) опухоль, исходящая из хрящевой ткани;
 - Б) нарушение процесса оссификации эмбрионального хряща;
 - В) приобретенное заболевание, возникающее в пубертатном возрасте;
 - Г) заболевание воспалительного характера;

- Д) врожденное заболевание, характеризующееся замедлением и извращением развития эмбриональной хрящевой ткани.
- 09.138. Наиболее часто поражаются дисхондроплазией (болезнь Олье):
- А) позвоночник;
 - Б) кости предплечья;
 - В) кости таза, бедренные и плюсневые кости;
 - Г) пальцы кисти, стопы, поясничные кости;
 - Д) кости черепа.
- 09.139. Понятие «метафизарная форма хондродисплазии» — это:
- А) системные наследственные заболевания скелета, поражающие метафизы и характеризующиеся деформациями конечностей, отставанием в росте;
 - Б) злокачественное образование кости;
 - В) доброкачественная опухоль хрящевого происхождения;
 - Г) злокачественная опухоль хрящевого происхождения;
 - Д) рахитоподобное заболевание.
- 09.140. Клинические проявления метафизарной хондродисплазии выражаются:
- А) непропорциональным развитием тела, сгибательными контрактурами;
 - Б) искривлением конечностей типа «пастушьей палки»;
<ли>В) увеличением в объеме суставов за счет выпота и воспаления; - Г) неустойчивостью в тазобедренных, коленных и локтевых суставах;
 - Д) ухудшением общего состояния, увеличением лимфоузлов.
- 09.141. К рентгенологическим признакам метафизарной хондродисплазии относятся:
- А) зоны роста не расширены;
 - Б) эпифизы имеют нормальный вид;
 - В) метафизы утолщены, зоны роста расширены, эпифизы не поражены;
 - Г) резко склерозированы кости основания черепа;
 - Д) овальные очаги разрежения штампованной формы «луковичный» периостит.
- 09.142. Понятие «экзостозная хондродисплазия» — это:
- А) порок развития эпифизарного хряща, проявляющийся разрастанием в метафизарных отделах кости;
 - Б) доброкачественная опухоль;
 - В) злокачественная опухоль;
 - Г) порок развития мезенхимы кости;
 - Д) заболевание воспалительного характера.
- 09.143. Клинические проявления экзостозной хондродисплазии выражаются:
- А) плотным безболезненным образованием, располагающимся вблизи от зоны роста;
 - Б) резко болезненным образованием;
 - В) нерезкими ночными болями с воспалительной реакцией крови;
 - Г) резким ухудшением общего состояния, отеком больной конечности, болью;
 - Д) «утиной» походкой.
- 09.144. Ахондроплазия — это:
- А) системное поражение скелета, связанное с пороком развития мшдробластической системы, аномалией развития и роста хряща;
 - Б) последствия внутриутробного сифилиса;
 - В) последствия внутриутробного рахита;
 - Г) нейро-эндокринное заболевание;
 - Д) повышение давления амниотической жидкости.
- 09.145. Ведущими симптомами ахондроплазии являются:
- А) ночные боли, мышечная гипотония;
 - Б) макроцефалия, микромелия, извращения и замедление эпифизарного роста, вальгусные и варусные деформации;
 - В) умственная отсталость, нейро-эндокринные нарушения;
 - Г) «утиная» походка;
 - Д) акромегалия, гигантизм.
- 09.146. Болезнь Блаунта — это:
- А) извращение развития росткового хряща (дисплазия) с разрыхлением и разрежением медиальной части эпифизарной пластинки с поодкующей ее оссификацией, поражается проксимальный эпифиз большеберцовой кости;
 - Б) следствие перенесенного остеомиелита большеберцовой кости;
 - В) рахитоподобное заболевание;
 - Г) дисплазия росткового хряща верхнего конца большеберцовой кости;
 - Д) остеохондропатия головки бедренной кости.
- 09.147. Причиной возникновения болезни Маделунга является:
- А) дисплазия дистальной ростковой зоны кости;
 - Б) опухоль;
 - В) остеомиелит бедренной кости;
 - Г) травма;
 - Д) дисплазия росткового хряща локтевой кости.
- 09.148. Спидилоэпифизарная дисплазия обусловлена:
- А) нарушением развития эпифизов, в том числе и эпифизарных зон тел позвонков;
 - Б) системным нарушением развития мышечной ткани;
 - В) аномалией развития почек;
 - Г) нарушением процессов оссификации;

- Д) нейро-эндокринными нарушениями.
- 09.149. Клинические проявления спондило-эпифизарной дисплазии выражаются:
- А) хромотой, быстрой утомляемостью, деформацией конечностей, сколиозом, контрактурами в суставах, мышечной слабостью, нарушением зрения;
 - Б) укорочением больной конечности, патологическими переломами диафиза, крупными пигментными пятнами;
 - В) болезненностью очага поражения, увеличением венозного рисунка, припухлостью;
 - Г) врожденной ломкостью костей;
 - Д) корешковыми симптомами, дисфункцией тазовых органов, нарушением роста кости.
- 09.150. Рентгенологические признаки спондило-эпифизарной дисплазии проявляются:
- А) изменением эпифизов всех трубчатых костей (уплощены), неправильным соотношением шейного отдела позвоночника и основания черепа;
 - Б) полупозвонками, нарушением количества позвонков в шейном отделе;
 - В) костными выростами вблизи ростковых зон;
 - Г) сращением нескольких позвонков между собой, фиброзными анкилозами в суставах.
- 09.151. По локализации выделяют следующие формы фиброзной остеодисплазии:
- А) полиоссальную, монооссальную, региональную;
 - Б) суставную, диафизарную;
 - В) субкортикальную, субхондральную;
 - Г) висцеральную, краниальную;
 - Д) распространенную и изолированную, точечную.
- 09.152. К наиболее важным симптомам синдрома Олбрайта относятся:
- А) одностороннее, полиоссальное поражение типа фиброзной дисплазии, преждевременное половое созревание, пятна светло-кофейного цвета на коже;
 - Б) поражения костей черепа в области турецкого седла;
 - В) наличие гормональных нарушений, отсутствие нарушений роста кости в длину;
 - Г) деформации костей таза, ребер, ключицы, отсутствие поражений кожи;
 - Д) гидроцефалия, а мел и я.
- 09.153. Фиброзный метафизарный дефект в отличие от очаговой формы фиброзной дисплазии имеет следующие особенности:
- А) размеры не превышают 3-4 см, отсутствуют жалобы и взбухание надкостницы;
 - Б) формой очага;
 - В) количеством очагов поражения;
 - Г) взбуханием надкостницы;
 - Д) размеры очага 5-10 см.
- 09.154. Основными рентгенологическими признаками очаговой фиброзной дисплазии является:
- А) очаг поражения имеет четкие границы с четкой пограничной склеротической каймой, большой очаг может включать в себя несколько маленьких диаметром 1-2 см, при больших размерах отмечается вздутие кости;
 - Б) симптом козырька, вкрапление извести в окружающих очаг тканях;
 - В) наиболее частая локализация - диафиз;
 - Г) остеопороз («луковичный» периостит);
 - Д) нарушение конгруэнтности суставных поверхностей.
- 09.155. Основные рентгенологические признаки диффузной формы фиброзной дисплазии выражаются:
- А) разряжением в области очага поражения, без четких границ, склероз выражен меньше, пятнистый остеопороз, вздутие кости;
 - Б) «луковичным периоститом» штампованным видом очага;
 - В) отсутствием перехода в кистозную стадию и патологических переломов;
 - Г) отсутствие склеротического ободка, гомогенной местами ячеистой структурой кости;
 - Д) большой зоной склероза вокруг очага, субкортикальной локализацией, но не поднадкостничной.
- 09.156. «Эозинофильная гранулема» — это:
- А) заболевание, выражающееся в очаговом скоплении в костях эозинофильных лейкоцитов;
 - Б) системное заболевание крови и кроветворных органов;
 - В) осложнение, развивающееся при лейкозе;
 - Г) хронический очаг воспаления в кости;
 - Д) порок развития в кости.
- 09.157. Этиология эозинофильной гранулемы:
- А) диспластическое поражение ретикулоэндотелия костной системы;
 - Б) последствие травмы;
 - В) бактериальное поражение кости;
 - Г) зоопаразитарное заболевание;
 - Д) хронический очаг воспаления.
- 09.158. Лечение эозинофильной гранулемы:
- А) только оперативное;
 - Б) только рентгенотерапия;
 - В) химиотерапия и оперативное лечение;
 - Г) химиотерапия;
 - Д) лучевая терапия.
- 09.159. Для эозинофильной гранулемы характерны:
- А) болезненность, припухлость в области очага поражения, расширение вен, повышение местной температуры;
 - Б) атрофия мышц конечности, ограничение подвижности в суставе;

- В) гидроцефалия, низкий рост за счет укорочения конечностей;
- Г) резкое ухудшение общего самочувствия на фоне резких болей в конечности;
- Д) начало заболевания бессимптомное, выявляется случайно при возникновении патологических переломов.

- 09.160. При эозинофильной гранулеме наиболее часто поражаются:
- А) бедренная кость и кости таза;
 - Б) кости стопы;
 - В) кости черепа;
 - Г) фаланги пальцев;
 - Д) лучевая большеберцовая.
- 09.161. К наиболее характерным симптомам рентгенологической картины при эозинофильной гранулеме относятся:
- А) очаги разражения яйцевидной формы с полициклическими краями «луковичный» периостит;
 - Б) отсутствие четких границ, прорастание в мягкие ткани;
 - В) поражение эпифиза, позднее появление ядер окостенения, бахромчатый вид эпифиза;
 - Г) варусная деформация диафиза кости, укорочение;
 - Д) нарушение линии Шентона, отсутствие ядер окостенения в головках бедер.
- 09.162. Наиболее характерные деформации нижних конечностей при рахите — это:
- А) варусная или вальгусная деформация голени;
 - Б) резкая атрофия конечности;
 - В) опухолевидное образование в области зоны роста;
 - Г) гипертрофия конечности;
 - Д) деформация всех крупных суставов, ограничение подвижности.
- 09.163. Болезнь Келлер-1 — это:
- А) остеохондропатия плюсневых костей;
 - Б) остеохондропатия ладьевидной кости;
 - В) атипичная форма остеомиелита костей стопы;
 - Г) остеохондропатия бугристой большеберцовой кости;
 - Д) остеохондропатия тел позвонков.
- 09.164. Понятие «остеома» — это:
- А) порок развития, связанный с нарушением процесса оссификации;
 - Б) доброкачественная первичная опухоль скелета, имеющая наиболее простое гистологическое строение, продуцирующая в себе костную ткань;
 - В) злокачественная, быстро прогрессирующая опухоль;
 - Г) порок развития костной ткани;
 - Д) атипично протекающий воспалительный процесс в костной ткани.
- 09.165. Наиболее типичными клиническими проявлениями остеомы является:
- А) плотное неподвижное образование, растет в любом направлении. Головная боль присоединяется при поражении костей черепа;
 - Б) протекает бессимптомно, выявляется при обследовании случайно;
 - В) ухудшение общего самочувствия, резкие боли в пораженной конечности;
 - Г) располагается образование вблизи ростковых зон, растет в направлении диафиза;
 - Д) укорочение конечности, боли при физической нагрузке.
- 09.166. К рентгенологическим признакам остеомы относятся:
- А) опухоль является продолжением костного вещества, имеет ровные и четкие границы с окружающими тканями;
 - Б) имеется остеопороз и деструкция в зоне поражения, отслоение надкостницы;
 - В) головки бедренных костей остеопорозны, фрагментированы;
 - Г) опухоль прорастает в мягкие ткани и не имеет четких границ;
 - Д) опухоль располагается в метафизарной зоне, имеет направление роста к центру диафиза холмовидной или грибовидной формы.
- 09.167. Лечение остеомы:
- А) оперативное;
 - Б) химиотерапия;
 - В) рентгено-радиооблучение очага с последующим оперативным лечением;
 - Г) наблюдение (самоизлечение с возрастом);
 - Д) наблюдение и оперативное лечение при быстром росте и озлокачествлении.
- 09.168. Рентгенологически сходны с остеомой:
- А) экзостозная хондродисплазия, ахондродисплазия;
 - Б) параоссальная саркома, остеоид остеома, экзостоз;
 - В) остеобластокластома, эозинофильная гранулема;
 - Г) остеогенная саркома, остеохондрома;
 - Д) хондросаркома.
- 09.169. «Остеоид-остеома» — это:
- А) доброкачественная опухоль кости остеогенного происхождения;
 - Б) злокачественная опухоль кости остеогенного происхождения;
 - В) осложнение хронически протекающего воспалительного процесса;
 - Г) нарушение процесса оссификации кости;
 - Д) атипичная форма остеомиелита.

- 09.170.К наиболее характерным симптомам остеонид-остеомы относится:
- А) ноющие ночные боли, усиливающиеся с течением болезни болезненная припухлость в области очага поражения;
 - Б) укорочение конечности, боли при длительной физической нагрузке;
 - В) выпот в области пораженного сустава, контрактура, боль только при движении;
 - Г) протекает бессимптомно, выявляется случайно как рентгенологическая находка;
 - Д) резкие пульсирующие боли, отек больной конечности.
- 09.171.Рентгенологическая картина при остеонид-остеоме включает следующие признаки:
- А) гнездо с крошечными «секвестрами», окруженное зоной склероза, отмечается утолщение кости в месте патологического очага;
 - Б) отмечается дефект в кортикальном отделе, метафизарной части кости с четкой склеротической каймой;
 - В) бокаловидное утолщение метафизов, остеопороз;
 - Г) очаг шаровидной или штампованной без окружающей зоны склероза «луковичный» периостит;
 - Д) очаговый остеопороз, смазанные контуры кости.
- 09.172.Дифференциальную диагностику при остеонид-остеоме следует проводить:
- А) с изолированным абсцессом кости;
 - Б) с остеопойкилией, «мраморной» болезнью;
 - В) с «мраморной» болезнью, экзостозной хондродистрофией;
 - Г) фиброзной остеодисплазией, корковым фиброзным метафи-зарным дефектом;
 - Д) эозинофильной гранулемой, болезнью Олье.
- 09.173.Основной метод лечения остеонид-остеомы:
- А) хирургический;
 - Б) наблюдение, самоизлечение при наступлении периода полового созревания;
 - В) лучевая терапия;
 - Г) химиотерапия и оперативное лечение;
 - Д) рентгенотерапия.
- 09.174.Наиболее частая локализация остеонид-остеомы:
- А) бедренная, большеберцовая, плечевая кости;
 - Б) позвоночник, кости стопы;
 - В) малоберцовая кость, кость таза;
 - Г) лопатка, кости кисти;
 - Д) кости черепа.
- 09.175.Типичная локализация остеогенной саркомы:
- А) нижняя треть бедра, верхняя треть голени;
 - Б) верхняя треть бедра, нижняя треть голени;
 - В) кости таза;
 - Г) кости предплечья;
 - Д) кости стопы, кости черепа.
- 09.176. Клиническая картина при остеогенной саркоме в начале заболевания выражается следующими признаками:
- А) боли в покое, припухлость, болевая контрактура;
 - Б) повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов;
 - В) боли нет, припухлость, гиперемия;
 - Г) боль при движениях, хромота;
 - Д) патологическая подвижность в области наибольшей болезненности.
- 09.177. Рентгенологическая картина при остеогенной саркоме характеризуется:
- А) пятнистыми очагами разряжения, уплотнением кости с развитыми контурами внутри метафиза, симптом «козырька»;
 - Б) отсутствием отслоения надкостницы (симптома «козырька»);
 - В) остеопорозом кости, окруженным зоной склероза;
 - Г) отсутствием четкой границы проникновения в мягкие ткани;
 - Д) бокаловидным расширением метафизов, искривлением оси конечности.
- 09.178. Лечение остеогенных сарком:
- А) высокая ампутация конечности;
 - Б) резекция опухоли;
 - В) химиотерапия;
 - Г) лучевая терапия и оперативное лечение;
 - Д) лучевая терапия.
- 09.179. Типичная локализация хондром:
- А) кости стопы и кисти, ребра, грудина;
 - Б) бедренная, большеберцовая кости;
 - В) плечевая кость, кости таза;
 - Г) кости черепа;
 - Д) кости предплечья.
- 09.180. Клинические проявления при хондромах:
- А) боли, чувство неудобства в кости;
 - Б) отсутствие припухлости в области поражения, патологический перелом;
 - В) жалоб не предъявляет;
 - Г) гиперемия участка поражения, припухлость;
 - Д) наличие деформаций.

ответы
Раздел 9.

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И КОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

09.01. - А	09.31. - А	09.61. - Д	09.91. - Д	09.121. - А	09.151. - А
09.02. - Б	09.32. - В	09.62. - А	09.92. - Д	09.122. - А	09.152. - А
09.03. - А	09.33. - Г	09.63. - Б	09.93. - А	09.123. - А	09.153. - А
09.04. - А	09.34. - А	09.64. - Б	09.94. - А	09.124. - А	09.154. - А
09.05. - Д	09.35. - А	09.65. - А	09.95. - Д	09.125. - В	09.155. - А
09.06. - А	09.36. - А	09.66. - Г	09.96. - А	09.126. - А	09.156. - А
09.07. - А	09.37. - А	09.67. - В	09.97. - Г	09.127. - А	09.157. - А
09.08. - Б	09.38. - Д	09.68. - А	09.98. - В	09.128. - В	09.158. - А
09.09. - Б	09.39. - А	09.69. - Г	09.99. - А	09.129. - Б	09.159. - А
09.10. - А	09.40. - Б	09.70. - А	09.100. - Б	09.130. - Д	09.160. - А
09.11. - В	09.41. - А	09.71. - В	09.101. - А	09.131. - Д	09.161. - А
09.12. - Б	09.42. - Д	09.72. - Б	09.102. - А	09.132. - А	09.162. - А
09.13. - Г	09.43. - В	09.73. - В	09.103. - А	09.133. - Г	09.163. - Б
09.14. - Г	09.44. - Д	09.74. - А	09.104. - Б	09.134. - А	09.164. - Б
09.15. - Д	09.45. - В	09.75. - А	09.105. - Д	09.135. - А	09.165. - А
09.16. - Д	09.46. - А	09.76. - В	09.106. - А	09.136. - А	09.166. - А
09.17. - А	09.47. - В	09.77. - А	09.107. - Д	09.137. - Д	09.167. - А
09.18. - Б	09.48. - А	09.78. - А	09.108. - А	09.138. - В	09.168. - Б
09.19. - Б	09.49. - Д	09.79. - Д	09.109. - А	09.139. - А	09.169. - А
09.20. - В	09.50. - Д	09.80. - А	09.110. - Г	09.140. - А	09.170. - А
09.21. - Д	09.51. - Г	09.81. - В	09.111. - А	09.141. - В	09.171. - А
09.22. - Г	09.52. - А	09.82. - В	09.112. - В	09.142. - А	09.172. - А
09.23. - Г	09.53. - В	09.83. - А	09.113. - А	09.143. - А	09.173. - А
09.24. - Д	09.54. - А	09.84. - В	09.114. - А	09.144. - А	09.174. - А
09.25. - А	09.55. - В	09.85. - Б	09.115. - А	09.145. - Б	09.175. - А
09.26. - В	09.56. - А	09.86. - Б	09.116. - Б	09.146. - А	09.176. - А
09.27. - В	09.57. - А	09.87. - Б	09.117. - А	09.147. - А	09.177. - А
09.28. - А	09.58. - В	09.88. - Д	09.118. - В	09.148. - А	09.178. - А
09.29. - Г	09.59. - Б	09.89. - А	09.119. - А	09.149. - А	09.179. - А
09.30. - А	09.60. - В	09.90. - А	09.120. - А	09.150. - А	09.180. - А

Раздел 10. Челюстно-лицевая хирургия.

(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Контрольные вопросы:

Тема 1. Незаращение верхней губы

1. *Определение и этиология врожденных расщелин верхней губы*
2. *Первый этап реабилитации детей с изолированными расщелинами верхней губы, верхней губы и альвеолярного отростка.*
3. *Второй и третий этапы реабилитации детей с изолированными расщелинами верхней губы, верхней губы и альвеолярного отростка.*
4. *Симптомы врожденных несращений верхней губы*
5. *Нормально развитая верхняя губа имеет следующие анатомические компоненты.....?(перечислите)*
6. *Классификация врожденных несращений верхней губы*

Тема2. Незаращение мягкого и твердого нёба

- 1. Определние и этиология врожденных расщелин альвеолярного отростка и неба.*
- 2. Первый этап реабилитации детей с изолированными расщелинами верхней губы, верхней губы и альвеолярного отростка.*
- 3. Второй и третий этапы реабилитации детей с изолированными расщелинами верхней губы, верхней губы и альвеолярного отростка.*
- 4. Первый и второй этапы реабилитации детей с изолированными расщелинами твердого и мягкого неба.*
- 5. Третий и четвертый этапы реабилитации детей с изолированными расщелинами твердого и мягкого неба.*
- 6. Классификация расщелины верхней губы и неба. С какой целью используется защитная пластинка после*
- 7. Операции уранопластики?*
- 8. Какие нарушения окклюзии встречаются при врожденной изолированной расщелине мягкого и твердого неба?*

Тема3. Срединные кисты и свищи шеи

- 1. Клинико-морфологическая классификация доброкачественных кистозных образований челюстно-лицевой области и шеи.
Клиническая характеристика кист, возникающих в результате порока развития эктодермы.*
- 2. Назовите классификацию кист мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.*
- 3. Укажите локализацию дермоидных кист в области шеи.*
- 4. Назовите основные методы диагностики и дифференциальной диагностики дермоидных и эпидермоидных кист.*
- 5. Назовите классификацию срединных свищей шеи.*
- 6. Патогенез срединных кист шеи.*
- 7. Опишите клиническую картину срединных кист шеи.*
- 8. Топографо-анатомическая характеристика полного срединного свища шеи.*
- 9. Топографо-анатомическая характеристика неполного срединного свища шеи.*
- 10. Назовите образования, с которыми проводится дифференциальная диагностика срединных кист шеи.*

Тема4. Боковые кисты и свищи шеи

- 1. Клинико-морфологическая классификация доброкачественных кистозных образований челюстно-лицевой области и шеи.*
- 2. Клиническая характеристика кист, возникающих в результате аномалий в эмбриогенезе.*
- 3. Патогенез развития дермоидных кист.*
- 4. Опишите морфологические признаки различия дермоидных и эпидермоидных кист.*
- 5. Опишите клинику боковых кист шеи.*
- 6. Топографо-анатомическая характеристика полного бокового свища шеи.*
- 7. Топографо-анатомическая характеристика неполного бокового свища шеи (наружного и внутреннего).*
- 8. Назовите образования, с которыми проводится дифференциальная диагностика боковых кист шеи.*

9. Назовите методы лечения доброкачественных кистозных образований мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.
10. Назовите кистозные образования мягких тканей челюстно-лицевой области, которые чаще являются результатом нарушений в постэмбриональном периоде, однако могут иметь врожденный характер.
11. Клиническая характеристика боковых кист шеи

Тема5. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей лица и шеи

1. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения периоститов у детей, профилактика.
2. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения остеомиелитов челюстных костей у детей.
3. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи у детей.
4. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения сialoadенитов у детей.
5. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения абсцессов, флегмон, фурункулов челюстно-лицевой области у детей.
6. Основные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей, этиологию, особенности клиники, диагностики и принципы лечения детей с этими заболеваниями.
7. Связь одонтогенной инфекции с общими заболеваниями.

Тема6. Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области

1. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей.
2. Топографическая анатомия лица и шеи.
3. Общая клиническая классификация опухолей мягких тканей. (папиллома, невус, эпителиома, атерома и др.). Клиника, диагностика и лечение.
4. Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области мезодермальной природы (фиброма, миома, липома, фиброматоз десен, нейрофиброма и др.). Клиника, диагностика и лечение.
5. Сосудистые опухоли челюстно-лицевой области у детей. Гемангиомы. Классификация, клиника, диагностика и лечение гемангиом лица у детей в зависимости от нозологии.
6. Лимфангиомы челюстно-лицевой области и шеи у детей. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
7. Диспансеризация детей с доброкачественными опухолями мягких тканей челюстно-лицевой области.
8. Методы лучевой диагностики в челюстно-лицевой области.
9. Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области у взрослых и методы их лечения.
10. Классификация доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области у детей.
11. Опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области эктодермальной природы

Тема7. Злокачественные опухоли

1. Классификация злокачественных опухолей челюстно-лицевой области и шеи у детей.
2. Злокачественная меланома. Клиника, ранняя диагностика и схема лечения.
3. Лимфогранулематоз, лимфосаркома. Клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика и схема лечения.

4. Аденокистозная карцинома (цилиндрома), мукоэпидермоидная опухоль слюнных желез.
5. Клиника, ранняя диагностика и схема лечения.
6. Остеогенная саркома и хондросаркома челюстей у детей. Клиника, ранняя диагностика и схема лечения.
7. Саркома Юинга и ретикулярная саркома костей лицевого скелета у детей. Клиника, ранняя диагностика и схема лечения.
8. Онконадзор и диспансеризация детей со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.
9. Клиника, диагностика и лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области

Тема 8. Травматическое повреждение мягких тканей лица и шеи

1. Особенности повреждений мягких тканей ЧЛО у детей.
2. Клинические признаки повреждений мягких тканей ЧЛО у детей.
3. Основные принципы лечения повреждений мягких тканей ЧЛО у детей.
4. Классификация и особенности повреждений мягких тканей ЧЛО у детей.
5. Закрытые механические повреждения мягких тканей ЧЛО у детей. Клиника, диагностика и лечение.
6. Открытые механические повреждения мягких тканей ЧЛО у детей. Клиника, диагностика и лечение.
7. Ожоги и отморожения ЧЛО у детей. Клиника, диагностика и лечение.
8. 4 степени повреждения тканей ГО
9. Клиника, диагностика и лечение повреждений мягких

Тема 9. Травматическое повреждение челюсти

1. Обследование детей с травмой челюстно-лицевой области.
2. Классификация повреждений
3. Переломы костей лицевого скелета
4. Повреждение мягких тканей лица
5. Повреждение зубов
6. Смещение отломков зависит от:
7. Диагностика перелома НЧ и основные, патогномоничные симптомы:
8. Определение подвижности отломков верхней челюсти при ее переломе:
9. Классификация повреждений зубов (Г.М. Иващенко):
10. Вывих зуба – это
11. Способы временной иммобилизации костных отломков верхней челюсти

Раздел 11. Онкология.

(Собеседование по контрольным вопросам)

Коды контролируемых компетенций: УК-1; УК-2; ПК-1; ПК-2; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-8;

Контрольные вопросы:

Тема 1. Особенности опухолей у детей. Этиология и классификация. Современные методы диагностики и лечения опухолей

Тема 2. Доброкачественные опухоли мягких тканей

Тема 3. Злокачественные опухоли мягких тканей

Тема 4. Опухоли средостения

Тема 5. Опухоли печени

Тема 6. Опухоли брюшной полости

Тема 7. Опухоли почек

Тема 8. Опухоли забрюшинного пространства

Тема 9. Опухоли яичек и яичников

Тема 10. Доброкачественные опухоли костей

Тема 11. Злокачественные опухоли костей

Тестовые задания:

11.01. Сплошные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение:

- а) мезенхимальное;
- б) эпителиальное.

11.02. Для детского возраста типичны сплошные опухоли:

- а) эпителиальные типы рака;
- б) саркомы.

11.03. Для детского возраста характерны:

- а) рак желудка;
- б) лейкоз;
- в) рак поджелудочной железы;
- г) саркома Юинга;
- д) нефробластома;
- е) тератобластома.

11.04. Выберите врожденные опухоли:

- а) лимфогранулематоз;
- б) рабдомиосаркома;
- в) тератобластома;
- г) нефробластома;
- д) нейробластома;
- е) остеогенная бластома;
- ж) все перечисленные.

Установите соответствие

11.05. Злокачественные опухоли встречаются в следующих группах: Нозологические группы:

- 1. Нефробластома, нейробластома, тератобластома.
- 2. Остеогенная саркома.

Возраст:

- а) 0-4 года;
- б) подростковый.

Ответы: 1, 2

Укажите правильные ответы

11.06. Хирургическому удалению подлежат:

- а) нефробластома;
- б) лимфогранулематоз;
- в) лимфосаркома;
- г) гепатобластома.

11.07. Для нейробластом характерна локализация:

- а) переднее средостение;
- б) мальй газ;
- в) забрюшинное пространство;
- г) заднее средостение.

11.08. Из нейрогенных опухолей злокачественными являются:

- а) нейробластома;
- б) ганглионеврома;
- в) симпатогониома;
- г) ганглионейробластома.

Укажите правильный ответ

11.09. При подозрении на меланому нужно провести:

- а) аспирационную биопсию;
- б) инцизионную биопсию;
- в) удаление в пределах здоровых тканей.

Укажите правильный ответ

11.10. Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли вы назначают:

- а) рентгенографию;
- б) УЗИ;
- в) комплекс (УЗИ, рентгенография, КТ, ангиография);
- г) морфологическое исследование ткани опухоли.

11.11. Противоопухолевое лечение назначают без морфологической верификации диагноза при:

- а) остеогенной саркоме;
- б) саркоме Юинга;
- в) нефробластоме.

Укажите все правильные ответы

11.12. Источники роста нейрогенных опухолей:

- а) симпатические ганглии;
- б) белое вещество мозга;
- в) оболочки периферических нервов;
- г) мозговое вещество надпочечников.

Укажите правильный ответ

11.13. Оценку биологической активности нейрогенной опухоли производят по:

- а) реакции Абелева—Татарина;
- б) экскреции катехоламинов мочи.

Укажите все правильные ответы

11.14. Врожденные аномалии, предрасполагающие к злокачественному перерождению:

- а) эктопия яичка;
- б) гипоплазия яичка;
- в) крипторхизм;
- г) варикоцеле;
- д) гидроцеле.

Установите соответствие

11.15. Вид опухоли и локализация:

- 1. Остеогенная саркома.
- 2. Саркома Юинга.
- а) диафизы длинных трубчатых костей;
- б) метафизы длинных трубчатых костей;
- в) эпифизы длинных трубчатых костей;
- г) крупные суставы;
- д) мелкие суставы.

Ответы: 1 , 2 .

Укажите правильный ответ

11.16. Прогноз при современном лечении злокачественных опухолей лучше при:

- а) саркомах;
- б) эпителиальных типах рака.

11.17. Показана ли радикальная операция при саркоме Юинга после хорошего клинико-рентгенологического эффекта от химиотерапии:

- а) да;
- б) нет.

Укажите правильные ответы

11.18. Рентгенологические изменения при остеогенной саркоме:

- а) литическая деструкция;
- б) бластическая деструкция;
- в) смешанная деструкция;
- г) однослойный периостальный козырек;
- д) симптом «луковичной кожуры»;
- е) наличие мягкотканного компонента.

11.19. Рентгенологические изменения при саркоме Юинга:

- а) литическая деструкция;
- б) бластическая деструкция;
- в) смешанная деструкция;
- г) однослойный периостальный козырек;
- д) симптом «луковичной кожуры»;
- е) наличие мягкотканного компонента.

Укажите правильный ответ

11.20. Можно ли ограничиться радикальной операцией при остеогенной саркоме если не выявлено отдаленное метастазирование:

- а) да;
- б) нет.

Укажите все правильные ответы

11.21. При остеогенной саркоме прогноз неблагоприятный, если поражены:

- а) кости таза, позвонки;
- б) длинная трубчатая кость;

- в) метастазами легкие;
- г) метастазами лимфатические узлы;
- д) метастазами другие кости.

Укажите правильный ответ

11.22. Прогноз лучше при саркоме Юинга при поражении:

- а) длинной трубчатой кости;
- б) костей таза.

11.23. При злокачественных опухолях печени у детей характерны:

- а) резкая боль в правом подреберье;
- б) высокий титр α -фетопротеина;
- в) повышение экскреции катехоламинов с мочой;
- г) повышение концентрации билирубина сыворотки крови;
- д) повышение активности трансаминаз сыворотки крови;
- е) резкое снижение белково-синтетической функции печени.

Укажите все правильные ответы

11.24. К злокачественным герминогенным опухолям относятся:

- а) тератома;
- б) тератобластома;
- в) гепатоцеллюлярная карцинома;
- г) дисгерминома яичника.

11.25. Укажите признаки, характерные для нефробластомы:

- а) синдром малых признаков;
- б) макрогематурия;
- в) увеличение живота;
- г) манифестация опухоли в 9—12 лет;
- д) манифестация опухоли в 0—4 года.

Укажите правильный ответ

11.26. Первые признаки гемангиом проявляются в виде:

- а) небольшого красного пятна;
- б) пигментного образования;
- в) обширной опухоли.

11.27. Возраст особо интенсивного роста гемангиомы:

- а) первое полугодие жизни;
- б) после года;
- в) в 7—10 лет;
- г) у взрослых.

Укажите правильные ответы

11.28. Методы выбора при лечении гемангиом:

- а) полихимиотерапия;
- б) короткофокусная рентгенотерапия;
- в) криогенное воздействие;
- г) хирургическое удаление;
- д) склерозирующее;
- е) гормональное;
- ж) эндоваскулярная хирургия.

11.29. Чаше лимфангиомы локализуются в области:

- а) головы;
- б) конечностей;
- в) подмышечной впадины;
- г) подчелюстной;
- д) спины;
- е) живота;
- ж) средостения.

Укажите правильный ответ

11.30. Лимфангиомы лечатся:

- а) консервативно;
- б) гормонами;
- в) хирургически;
- г) эндоваскулярно;
- д) склерозированием;
- е) короткофокусной рентгенотерапией.

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

- а) концентрации глюкозы крови;
- б) белка крови;
- в) мочевины;
- г) гемоглобина;
- д) тромбоцитов.

11.32. Дермоиды чаще встречаются в области:

- а) грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

- б) крестцово-копчиковой;
- в) височной.надбровной.

11.33. Дермоидные кисты лечатся:

- а) пункцией;
- б) радикальным удалением;
- в) криогенным воздействием;
- г) гормональными препаратами;
- д) склерозированием.

11.34. Крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте:

- а) после года;
- б) после 3 лет;
- в) до 3 мес;
- г) до 1 мес;
- д) с 3 до 6 мес.

11.35. Крестцово-копчиковую тератому необходимо дифференцировать с:

- а) спинномозговой грыжей;
- б) лимфангиомой;
- в) дермоидной кистой.

Укажите правильные ответы

11.36. Ребенок с тератомой крестцово-копчиковой области требует обследования:

- а) УЗИ образования;
- б) УЗИ почек и мочевого пузыря;
- в) пробы Абелева-Татарина;
- г) пневмоирригографии.

Ответы: Раздел 11. Онкология.

11.01-а.	11.12— а. г.	11.23— б. г.	11.34-а.
11.02-б.	11.13-б.	11.24— в. д.	11.35— а, б. в.
11.03— б, г, д, е.	11.14— а, б. в.	11.25-а.	
11.04-в, г, д.	11.15-1 б, 2 а.	11.26-а.	
11.05- а. 2 б.	11.16-а.	11.27— б. в. г, д, е, ж.	
11.06— а, г.	11.17- а.	11.28— в. г.	
11.07— в, г.	11.18— а, б. в. г, е.	11.29— в.	
11.08— а, в, г.	11.19— а. д, е.	11.30-д.	
11.09-в.	11.20— а, в. г. л.	11.31-в.	
11.10-г.	11.21-а.	11.32-б.	
11.11-в.	11.22- б.	11.33— в.	

ФОРМЫ КОНТРОЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№ п/п	Раздел	Наименование работ	Трудоемкость	Формы контроля
-------	--------	--------------------	--------------	----------------

1	Абдоминальная хирургия у детей	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	80	Собеседование
2	Плановая и пластическая хирургия у детей	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	80	Собеседование
3	Гнойная хирургия у детей	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	72	Собеседование
4	Торакальная хирургия у детей	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	42	Собеседование
5	Эндокринная хирургия	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	6	Собеседование
6	Проктология	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	26	Собеседование
ИТОГО в семинаре			306	
7	Урология	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	98	Собеседование
	Хирургия новорожденных	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	88	Собеседование
	Травматология-ортопедия детского возраста	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	80	Собеседование
	Челюстно-лицевая хирургия	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	52	Собеседование
	Онкология	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию	24	Собеседование
ВСЕГО			648	

III. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Перечень вопросов для подготовки к зачету:

1. Пороки развития нижних мочевых путей: общая характеристика, методы диагностики, принципы лечения
2. Ножевые и огнестрельные ранения органов брюшной полости, классификация, клиника, диагностика, лечение
3. Пороки развития верхних мочевых путей: общая характеристика, диагностика, принципы лечения
4. Хирургическая патология дивертикула Меккеля
5. Дифференциальная диагностика врожденного пилоростеноза и пилороспазма условиях поликлиники и стационара
6. Портальная гипертензия: классификация, неотложная помощь при кровотечениях из вен пищевода и желудка, варианты хирургического вмешательства
7. Врожденная мышечная кривошея: ранняя диагностика, консервативное лечение, показания к операции и ее методика
8. Эхинококкоз печени у детей: клиника, диагностика, лечение
9. Выбор метода лечения инвагинации кишечника у детей
10. Флегмона новорожденного, стадии течения, хирургическое лечение
11. История становления детской хирургии в России и Дагестане
12. Эпифизарный остеомиелит: клиника диагностика, лечение
13. Пузырно - мочеточниковый рефлюкс у детей: клиника, диагностика, варианты консервативного и оперативного лечения
14. Хирургическое лечение пороков развития легких у детей
15. Системные заболевания костей у детей - общая характеристика
16. Выбор метода лечения атрезии пищевода у детей, ранние поздние осложнения, отдаленные результаты
17. Кровотечение из пищеварительного тракта у детей: особенности клинического проявления в зависимости от уровня расположения источника
18. Атрезия пищевода: клиника диагностика, доставка из роддома
19. Клинико-рентгенологическая классификация острой бактериальной деструкции легких у детей, критерии выбора метода лечения
20. Врожденная диафрагмальная грыжа: клиника, диагностика в роддоме, доставка в хирургическое отделение, окончательный диагноз
21. Гипоспадия: классификация, клиника, принципы лечения
22. Тупая травма живота - повреждение паренхиматозных органов брюшной полости: клиника, диагностика, лечение
23. Основные принципы хирургического вмешательства при лечении перитонитов различной этиологии у детей
24. Опухоль Вильмса: клиника, ранняя диагностика, хирургическое лечение
25. Остеохондропатии у детей; этиология, патогенез, клиника, рентгенологическая диагностика, принципы лечения
26. Варианты оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря
27. До - и послеоперационные осложнения острого аппендицита
28. Осложнения врожденного вывиха бедра у детей, варианты их лечения
29. Способы оперативного лечения мочекаменной болезни у детей
30. Спаечная кишечная непроходимость у детей: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика рецидивов
31. Основные принципы хирургического вмешательства при лечении перитонитов различной этиологии у детей
32. Травматические вывихи костей у детей: клиника, диагностика, лечение
33. Ранние симптомы острого гематогенного остеомиелита, дифференциальная диагностика,

тактика

34. Рентгенологические признаки врожденного вывиха бедра
35. Сотрясение головного мозга у детей: клиника, диагностика лечение
36. Методы детоксикации у детей: общая характеристика
37. Рубцовый стеноз пищевода у детей; клиника, диагностика, лечение
38. Гемангиомы: классификация, клиника, методы лечения
39. Гастрошизис и грыжи пупочного канатика, варианты лечения
40. Реанимационные мероприятия при остановке сердца и дыхания у детей, диагноз
41. Атрезия анального отверстия
42. Инородные тела желудочно-кишечного тракта
43. Киста Нукке
44. Пупочная грыжа
45. Флебэктазия яремной вены
46. Флегмона мягких тканей. Фурункул, фурункулёз. Карбункул
47. Рожистое воспаление
48. Хронический остеомиелит
49. Воронкообразная деформация грудной клетки
50. Килевидная деформация
51. Пороки развития бронхов и лёгкихБактериальные деструкции лёгких (абсцесс, гангрена, буллы)
52. Бронхоэктатическая болезнь Кисты легких и поликистоз
53. Инородные тела гортани, трахеи и бронхов
54. Эхинококкоз лёгких
55. Медиастениты
56. Периокардиты
57. Атрезия пищевода
58. Ахалазия пищевода
59. Трахеопищеводные свищи
60. Врождённые и приобретенные стенозы пищевода
61. Химические ожоги пищевода
62. Диафрагмальные грыжи
63. Травматические повреждения грудной клетки
64. Ранения и повреждения легких
65. Трещины заднего прохода. Геморрой
66. Мочекаменная болезнь
67. Перекрут яичка и гидатид
68. Три варианта отклонений в развитии плода и новорожденных (пороки, аномалии, варианты)
69. Синдром Ледда
70. Врожденный пилоростеноз
71. Некротическая флегмона новорожденных
72. Дисплазия тазобедренных суставов
73. Деформация Моделунга.
74. Болезнь Нота
75. Срединные кисты и свищи шеи

Ситуационные задачи.

Состояние новорожденного ребенка 3-х недельного возраста, находящегося в отделении патологии новорожденных по поводу пупочного сепсиса, в течение последней ночи существенно ухудшилось: стал беспокойным, повысилась температура до 38,5°, дважды была рвота створоженным молоком с примесью желчи. В легких – пуэрильное дыхание, тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, живот резко вздут, напряжен при перкуссии определяются участки тимпанита, аускультативно: кишечные шумы не выслушиваются. Стул жидкий, зеленоватый, с большим количеством слизи. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имеются горизонтальные уровни жидкости, пневматоз кишечника.

Практические навыки:

-
-
-
-
-

БИЛЕТ (ОБРАЗЕЦ)

ФГБОУ ВО ДГМУ

Кафедра Детской хирургии

Минздрава России

Специальность (направление)

БИЛЕТ № 1

1. Пороки развития нижних мочевых путей: общая характеристика, методы диагностики, принципы лечения.
2. Ножевые и огнестрельные ранения органов брюшной полости, классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Практический навык: Вправление вывиха плечевого сустава.

Ситуационная задача: Состояние новорожденного ребенка 3-х недельного возраста, находящегося в отделении патологии новорожденных по поводу пупочного сепсиса, в течение последней ночи существенно ухудшилось: стал беспокойным, повысилась температура до 38,5°, дважды была рвота створоженным молоком с примесью желчи. В легких – пуэрильное дыхание, тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, живот резко вздут, напряжен при перкуссии определяются участки тимпанита, аускультативно: кишечные шумы не выслушиваются. Стул жидкий, зеленоватый, с большим количеством слизи. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имеются горизонтальные уровни жидкости, пневматоз кишечника.

О каком заболевании можно думать? Как уточнить диагноз? Ваша тактика? Показания к оперативному вмешательству?

Утвержден на заседании кафедры, протокол от «31» августа 2020г. № __ 1__

Заведующая кафедрой:

Мейланова Ф.В., к.м.н., доцент, зав. кафедрой / _____
(ФИО, ученая степень, ученое звание, должность) (подпись)

Составители:

Мейланова Ф.В., к.м.н., доцент, зав. кафедрой / _____
(ФИО, ученая степень, ученое звание, должность) (подпись)

Магомедов А.Д., к.м.н., доцент / _____
(ФИО, ученая степень, ученое звание, должность) (подпись)

М.П.

Полный комплект билетов представлен в Приложении 1

Оценочный материал, необходимый для оценки освоения каждой компетенции, указанной в 2 разделе рабочей программы дисциплины по уровням (знать, уметь, владеть)

УК-1

способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Тестирование:

1. При травме костей свода черепа у детей младшего возраста характерными для костей признаками являются:
 - А) четкая граница между наружной и внутренней пластинками кости;
 - Б) отсутствие четкой границы между наружной и внутренней пластинками кости;
 - В) внутренняя пластинка кости при травме отслаивается;
 - Г) внутренняя пластинка кости при травме не отслаивается;
 - Д) правильные ответы А) и Г).

2. Для третьего клетчаточного пространства височной области, содержащего у новорожденных большое количество жировой клетчатки, характерно:
 - А) сообщение с жировой клетчаткой шейной области;
 - Б) отсутствие связи с другими клеточными пространствами;
 - В) расположение под височной мышцей;
 - Г) расположение между височным апоневрозом и височной мышцей;
 - Д) правильные ответы А) и Г).

3. При костно-пластической трепанации черепа с целью перевязки средней оболочечной артерии границы кожного разреза по направлению спереди сверху и назад проецируются:
 - А) на скуловой отросток лобной кости — чешую височной кости — наружный затылочный бугор;
 - Б) на скуловой отросток лобной кости — теменной бугор — наружный затылочный бугор;
 - В) на скуловой отросток лобной кости — чешую височной кости — основание сосцевидного отростка;
 - Г) на лобный бугор — теменной бугор — основание сосцевидного отростка;
 - Д) правильные ответы А) и Б).

4. Во время операции удаления бокового свища (кисты) шеи в операционной ране к средней трети свища прилежит:
 - А) сосудисто-нервный пучок шеи;
 - Б) гортань и трахея;
 - В) грудной проток;
 - Г) шейная часть симпатического ствола;
 - Д) правильные ответы В) и Г).

5. Границей между внутренним и наружным треугольниками шеи является:
- А) двубрюшная мышца;
 - Б) лопаточно-подъязычная мышца;
 - В) грудинно-ключично-сосцевидная мышца;
 - Г) грудино-щитовидная мышца;
 - Д) правильные ответы А) и Б).
6. Воспалительный процесс при мастоидитах, распространяющийся вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы, соответствует топографии:
- А) I шейной фасции;
 - Б) II шейной фасции;
 - В) III шейной фасции;
 - Г) IV шейной фасции;
 - Д) V шейной фасции.
7. К нижним отделам шейной части трахеи у детей не прилегают следующие перечисленные сосуды:
- А) левой плечеголовной вены;
 - Б) плечеголового ствола;
 - В) дуги аорты;
 - Г) непарной вены;
 - Д) правильные ответы А) и Б).
8. Для шейного отдела пищевода не характерны признаки:
- А) сужение в месте перехода глотки в пищевод;
 - Б) уровень верхнего сужения пищевода соответствует перстневидному хрящу;
 - В) к передней поверхности пищевода прилежит перепончатая часть трахеи;
 - Г) пищевод отклоняется на шею вправо;
 - Д) пищевод отклоняется на шею влево.
9. С целью предупреждения воспалительных процессов в подвязочном пространстве у детей рационально выполнять:
- А) верхнюю трахеостомию;
 - Б) среднюю трахеостомию;
 - В) нижнюю трахеостомию;
 - Г) коникотомию;
 - Д) любую из перечисленных операций.
10. Для доступа к шейному отделу пищевода не характерны следующие основные этапы:
- А) линия кожного разреза проводится в нижней половине вдоль переднего края левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

- Б) общая сонная артерия, внутренняя яремная вена и блуждающий нерв отводятся кнаружи;
- В) общая сонная артерия, внутренняя яремная вена и блуждающий нерв отводятся кнутри;
- Г) в глубине операционной раны ориентируются на переднюю поверхность позвоночника и трахею.

11. Чаще всего терминальный отдел грудного протока впадает в заднюю поверхность:
- А) левого венозного угла;
 - Б) правого венозного угла;
 - В) левой внутренней яремной вены;
 - Г) левой подключичной вены;
 - Д) любой из перечисленных вариантов.
12. При дренировании глубокой флегмоны (аденофлегмоны) шеи проекционная линия кожного разреза соответствует доступу:
- А) по срединной линии шеи;
 - Б) к сосудисто-нервному пучку шеи;
 - В) по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
 - Г) к подключичной артерии;
 - Д) кожной складке.
13. При вагосимпатической блокаде инъекционная игла проводится:
- А) кзади от сосудисто-нервного пучка шеи;
 - Б) кпереди от сосудисто-нервного пучка шеи;
 - В) по латеральному краю сосудисто-нервного пучка шеи;
 - Г) по медиальному краю сосудисто-нервного пучка шеи;
 - Д) существенного значения не имеет
14. Гнойно-воспалительный процесс из задней предлопаточной щели распространяется:
- А) в подмышечную впадину;
 - Б) в надостное пространство;
 - В) в заднюю срединную область груди;
 - Г) в поддельтовидное пространство;
 - Д) в переднюю предлопаточную щель.
15. Из перечисленных врожденных пороков легких чаще всего встречается:
- А) гипоплазия легких;
 - Б) добавочные доли легкого
 - В) слияние легочных долей;
 - Г) легочная секвестрация;
 - Д) поликистоз легких.

16. Расширение бронхов при вдохе обусловлено под влиянием:
- А) возвратных нервов;
 - Б) симпатических нервов;
 - В) парасимпатических Нервов;
 - Г) межреберных нервов;
 - Д) диафрагмальных нервов.
17. Бифуркация трахеи у детей проецируется по отношению к передней стенке груди:
- А) на уровне I ребра;
 - Б) на уровне II ребра;
 - В) на уровне III ребра;
 - Г) между II и III ребрами;
 - Д) между III и IV ребрами.
18. Из долеых бронхов наиболее крупными являются:
- А) верхнедолевой слева;
 - Б) верхнедолевой справа;
 - В) среднедолевой справа;
 - Г) нижнедолевой слева;
 - Д) нижнедолевой справа.
19. Из перечисленных анатомических образований прилежат к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи:
- А) легочная артерия;
 - Б) перикард и левое предсердие;
 - В) легочные вены;
 - Г) перикард и правое предсердие;
 - Д) аорта.
20. Из дивертикулов пищевода наиболее часто встречаются:
- А) глоточно-пищеводные;
 - Б) эпифренальные;
 - В) бифуркационные;
 - Г) абдоминального отдела пищевода;
 - Д) все перечисленное одинаково часто.
21. Наиболее частые причины ранения непарной вены во время операции на легких возникают:
- А) при обработке корня легкого;
 - Б) при выделении задней стенки перикарда;
 - В) при остановке кровотечения;
 - Г) при выделении легкого из плоских сращений;
 - Д) при выделении сосудов корня легкого.

22. В средостении имеется:
- А) две сердечно-перикардальные щели;
 - Б) три сердечно-перикардальные щели;
 - В) четыре сердечно-перикардальные щели;
 - Г) пять сердечно-перикардальные щели;
 - Д) не существует их.
23. Для пункции перикарда наиболее предпочтительным является способ:
- А) Н.И.Пирогова;
 - Б) Куршмана;
 - В) Марфана;
 - Г) Ларрея;
 - Д) Б.М.Шапошникова.
24. Оперативный доступ к средней трети грудного отдела пищевода технически проще:
- Л) с левой стороны;
 - Б) с правой стороны;
 - В) сзади;
 - Г) спереди;
 - Д) трансабдоминально.
25. Пищевод в своей нижней трети грудного отдела по отношению к аорте:
- А) расположен слева от аорты;
 - Б) лежит справа от аорты;
 - В) спереди и слева от аорты;
 - Г) сзади и справа от аорты;
 - Д) сзади и слева от аорты.
26. Пункция заднего средостения осуществляется через:
- А) IV межреберье по лопаточной области;
 - Б) V межреберье паравертебрально;
 - В) IV межреберье по задней подмышечной линии под углом 45° по отношению к позвоночнику;
 - Г) IV-VI межреберье паравертебрально под углом 70° по отношению к позвоночнику;
 - Д) V-VII межреберье паравертебрально под углом 60° по отношению к позвоночнику.
27. Непарная и полунепарная вены проходят между:
- А) средними и наружными ножками диафрагмы;

- Б) внутренними и средними ножками диафрагмы;
- В) внутренними ножками диафрагмы;
- Г) наружными ножками и медиальной частью мышечного отдела диафрагмы;
- Д) любой из перечисленных вариантов.

28. В норме количество естественных лимфовенозных анастомозов составляет:

- А) два;
- Б) три;
- В) четыре;
- Г) пять;
- Д) более пяти.

29. Назовите авторов оперативного доступа к червеобразному отростку

- а) Волкович - Дьяконов
- б) Жерар - Спасокукоцкий
- в) Щеткин - Блюмберг
- г) Федоров
- д) Пирогов

30. При продольной лапаротомии в латеральной части брюшной полости хирург встречает крупные сегментарные кровеносные сосуды и нервы:

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

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

- А) к 1 году;
- Б) к 2-3 годам;
- В) к 5-6 годам;
- Г) к 7 годам;
- Д) к 9-11 годам.

32. Ветви для иннервации подчревной области брюшной стенки отходят:

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

33. Предпосылки для образования пупочных грыж создает отсутствие или слабость развития:
- А) соединительно-тканых образований;
 - Б) пупочной фасции и апоневротических волокон;
 - В) слоя подкожной клетчатки;
 - Г) сосудистых элементов;
 - Д) нервных сплетений.
34. Паховый канал образован, не образован элементами:
- А) апоневроза наружной косой мышцы живота;
 - Б) подвздошно-гребешковой связки;
 - В) пупартовой связки;
 - Г) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц;
 - Д) поперечной фасции.
35. Какая стенка пахового канала бывает ослаблена при прямой паховой грыже?
- А) верхняя
 - Б) передняя
 - В) задняя
 - Г) нижняя
 - Д) ни одна
36. Поверхностное паховое кольцо образовано:
- А) частью лонной кости;
 - Б) расщепленным апоневрозом наружной косой мышцы живота
 - В) связкой Коллези (завороченной связкой);
 - Г) связкой Купера;
 - Д) межножковыми волокнами.
37. Дном треугольника Пети является:
- А) внутренняя косая мышца живота
 - Б) поперечная мышца живота
 - В) квадратная мышца поясницы
 - Г) подвздошно-реберная мышца
 - Д) нижняя зубчатая мышца
38. В образовании солнечного сплетения принимают участие:
- А) большой чревный, блуждающий и симпатический нервы;
 - Б) малый чревный, блуждающий, большой чревный, симпатический и диафрагмальный нервы;
 - В) симпатический, блуждающий, большой чревный и диафрагмальный нервы;
 - Г) блуждающий, симпатический, малый чревный и большой чревный нервы;
 - Д) блуждающий и симпатический нервы.

39. Основной функцией, выполняемой 12-перстной кишкой, является:
- А) секреторная;
 - Б) всасывания;
 - В) в ней проходит процесс ассимиляции;
 - Г) в ней осуществляется переход от кислого желудочного пищеварения к кишечному;
 - Д) в ней проходит процесс диссимиляции.
40. Внебрюшинное поле печени формируется за счет:
- А) печеночно-желудочной связки;
 - Б) серповидной или поддерживающей связки, венечной связки;
 - В) печеночно-дуоденальной связки;
 - Г) всех перечисленных;
 - Д) треугольной связки.
41. Печеночные вены впадают:
- А) В нижнюю полую вену
 - Б) В верхнюю полую вену
 - В) В селезеночную вену
 - Г) В верхнюю брыжеечную вену
 - Д) В правую желудочную вену.
42. Верхняя брыжеечная артерия выходит через щель, образованную всеми перечисленными элементами, кроме:
- А) головки поджелудочной железы;
 - Б) нижнего края поджелудочной железы;
 - В) поперечной ободочной кишки;
 - Г) нижней горизонтальной части 12-перстной кишки;
 - Д) восходящей части 12-перстной кишки.
43. Анастомозирование чревного ствола и верхней брыжеечной артерии осуществляется посредством:
- Л) общей печеночной артерии;
 - Б) верхней и нижней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии;
 - В) поджелудочно-двенадцатиперстной артерии;
 - Г) правой желудочно-сальниковой артерии;
 - Д) всех перечисленных.
44. Наиболее часто встречающимися карманами брюшины в нижнем этаже брюшной полости являются:
- А) в области двенадцатиперстно-тощекишечного перегиба;
 - Б) поперечной ободочной кишки;
 - В) подвздошно-слепокишечного угла;
 - Г) сигмовидной кишки и ее брыжейки;

Д) нисходящей ободочной кишки.

45. Что такое средостение?

- А) Комплекс органов, расположенный между листками медиастинальной плевры, грудиной, позвоночником, диафрагмой и полость шеи
- Б) Пространство между грудиной, позвоночником и аортой.
- В) Полость, где располагаются аорта, пищевод и сердце.
- Г) Расположенные посредине органы полости груди.
- Д) Часть полости груди, лежащая между листками медиастинальной плевры.

46. Забрюшинное пространство имеет

- А) два клеточных слоя;
- Б) три клеточных слоя;
- В) четыре клеточных слоя;
- Г) пять клеточных слоев;
- Д) шесть клеточных слоев.

47. Паранефрон по отношению к брюшной полости является:

- А) пятым слоем;
- Б) четвертым слоем;
- В) третьим слоем;
- Г) вторым слоем;
- Д) первым слоем.

48. Артерия и вена яичка расположена в забрюшинной клетчатке:

- А) в собственном слое забрюшинной клетчатки;
- Б) в паранефрон;
- В) в околоободочной клетчатке (паракалон);
- Г) правильные ответы Б) и В);
- Д) правильного ответа нет.

49. Элементы почечной ножки при рассмотрении спереди назад расположены следующим образом:

- А) вена, артерия, мочеточник;
- Б) артерия, вена, мочеточник;
- В) вена, мочеточник, артерия;
- Г) мочеточник, вена, артерия;
- Д) артерия, мочеточник, вена.

50. Питание мочеточника в его верхнем отделе осуществляется:

- А) почечной артерией;
- Б) яичковой артерией;
- В) ветвями брюшной части аорты;
- Г) верхней брыжеечной артерией;
- Д) правильные ответы А) и Б).

51. В образовании порто - кавальных анастомозов большую роль играют следующие вены забрюшинного пространства:

- А) поясничные;
- Б) почечные;
- В) непарная и полунепарная;
- Г) яичковые;
- Д) брыжеечные.

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

- А) второго поясничного позвонка;
- Б) двенадцатого грудного и первого поясничного позвонка;
- В) одиннадцатого грудного позвонка;
- Г) третьего поясничного позвонка;
- Д) второго-третьего поясничного позвонка.

53. К левой почке спереди и снаружи предлежат:

- А) селезенка;
- Б) нисходящая ободочная кишка;
- В) петли тонкого кишечника;
- Г) поджелудочная железа;
- Д) правильные ответы А) и Б).

54. Поджелудочная железа расположена:

- А. В верхнем этаже брюшной полости
- Б. В нижнем этаже брюшной полости
- В. Забрюшинно.
- Г. В полости сальниковой сумки
- Д. В полости малого таза.

55. В полости малого таза выделяют:

- А) два этажа;
- Б) три этажа;
- В) четыре этажа;
- Г) пять этажей;
- Д) возможны варианты Б) и В).

56. Наружный сфинктер мочевого пузыря расположен:
- А) в мочеполовой диафрагме;
 - Б) в основании мочевого пузыря;
 - В) в сухожильном центре промежности;
 - Г) в мышце, поднимающей задний проход;
 - Д) правильного ответа нет.
57. Мочеточник по отношению к артерии яичка в области пограничной линии таза:
- А) не имеет к артерии никакого отношения;
 - Б) расположен спереди от артерии яичка;
 - В) расположен над артерией;
 - Г) расположен под артерией;
 - Д) расположен сзади от артерии яичка;
58. Правый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается:
- А) с общей подвздошной артерией;
 - Б) с наружной подвздошной артерией;
 - В) с внутренней подвздошной артерией;
 - Г) с подчревной артерией;
 - Д) с запирающей артерией.
59. Левый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается:
- А) с общей подвздошной артерией;
 - Б) с наружной подвздошной артерией;
 - В) с внутренней подвздошной артерией;
 - Г) с подчревной артерией;
 - Д) с запирающей артерией.
60. При патологических условиях серозная жидкость (водянка яичка) скапливается между:
- А) наружной и внутренней семенной фасцией;
 - Б) внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка;
 - В) наружной семенной и мясистой оболочкой;
 - Г) белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочкой;
 - Д) париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочкой яичка.
61. Полное окостенение лопатки происходит:
- А) к 1-3 годам;
 - Б) к 7-8 годам;
 - В) к 13-17 годам;
 - Г) к 16-18 годам;
 - Д) к 20-25 годам.
62. При поражении какого нерва стопа принимает патологическое положение, которое называется «конская стопа»?
- а) nervus peroneus profundus
 - б) nervus tibialis
 - в) nervus obturatorius
 - г) nervus ischiadicus
 - д) nervus saphenus
63. Чаще всего пункцию локтевого сустава осуществляют:

- А) из латерального доступа;
- Б) из заднего доступа;
- В) из медиального и латерального доступов,
- Г) из заднего и латерального доступов;
- Д) из медиального и переднего доступов.

2) **Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»** (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Навыки:

1. Заполнение и ведение медицинской документации
2. Навык осмотра и клинического обследования пациента с заболеваниями опорно-двигательного аппарата
3. Навык осмотра и клинического обследования пациента с ургентной абдоминальной хирургической патологией
4. Навык осмотра и клинического обследования пациента с ургентной урологической патологией
5. Навык осмотра и клинического обследования новорожденного с врожденной хирургической патологией
6. Навык качественного сбора анамнеза заболевания.
7. Знание прав и обязанностей медицинского работника

Ситуационная задача1: Состояние новорожденного ребенка 3-х недельного возраста, находящегося в отделении патологии новорожденных по поводу пупочного сепсиса, в течение последней ночи существенно ухудшилось: стал беспокойным, повысилась температура до 38,5°, дважды была рвота створоженным молоком с примесью желчи. В легких – пуэрильное дыхание, тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, живот резко вздут, напряжен при перкуссии определяются участки тимпанита, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются. Стул жидкий, зеленоватый, с большим количеством слизи. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имеются горизонтальные уровни жидкости, пневматоз кишечника.

Как уточнить диагноз? Ваша тактика? Показания к оперативному вмешательству?

Ситуационная задача2: У доношенного новорожденного ребенка с массой тела 3200 гр. И оценкой Апгар при рождении 7-8 баллов через час после рождения отмечена рвота с примесью желчи. После первого кормления рвота повторилась, причем количество рвотных масс значительно увеличилось и по-прежнему содержит примесь желчи. При осмотре ребенка обращают на себя внимание: адинамия, слабый крик, западение родничка, сухость кожных покровов. Живот пальпаторно мягкий, вздутый в верхних отделах и запавший в нижних. Меконий не отходил. Падение массы тела за первые сутки-150гр.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих диагностических манипуляций? Каковы Ваши действия после уточнения диагноза? Если показана операция, то какая?

Ситуационная задача: У новорожденного ребенка 2-х суток жизни в результате исследования выявлена атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – в проекции желудка определяется газовый пузырь, в остальных отделах – картина «немного» живота, в петлях кишечника газы не определяются. Был скудный «стул» в виде слизистых пробок серого цвета.

О каком сочетанном пороке развития можно думать? Ваши действия для уточнения диагноза. Суть и смысл хирургической помощи?

Ситуационная задача: Новорожденному ребенку с клинической картиной нарастающей острой дыхательной недостаточности через 6 часов после рождения выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости, на которой отмечается смещение сердца и средостения в правую сторону. В проекции левого легкого участки затемнения чередуются с участками просветления и имеют ячеистый рисунок. Живот не вздут, запавший и уменьшенный в нижних отделах «Стула» не было. Тахикардия до 180 уд. В 1 минуту. Направляющей диагноз родильного дома «Декстракардия».

О каком заболевании или пороке развития можно думать? Уточните диагноз, определите хирургическую тактику, предоперационная подготовка, операционный доступ, этапы хирургического вмешательства.

Ситуационная задача: У больного 12 лет, который уже 3-и сутки находится на скелетном вытяжении в травматологическом отделении по поводу закрытого перелома бедренной кости, резко ухудшилось состояние (нарастающая бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, АД падает). Из анамнеза - доставлен в клинику через 2 часа после дорожно-транспортного происшествия. При поступлении выполнена рентгенография бедра, выявлен перелом бедренной кости и под внутривенным наркозом наложено скелетное вытяжение. Состояние больного в течение прошедших 2-х суток не вызывало опасений.

С чем может быть связано внезапное ухудшение состояния ребенка? Как уточнить диагноз? Ваша тактика?

Ситуационная задача: Ребенок 3-х месяцев находится на лечении в инфекционной больнице по поводу кишечной инфекции в течение 7 дней. В последние двое суток у ребенка отмечается ухудшение состояния: многократная рвота, вздутие живота отсутствие стула. Состояние тяжелое. Вы приглашены для исключения хирургической патологии.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих действий? В каком случае следует перевести ребенка в хирургический стационар?

Ситуационная задача: В приемное отделение хирургической клиники доставлен 3-х месячный ребенок с жалобами на задержку стула и газов, вздутие живота 2-х кратную рвоту Затруднение в отхождении стула и газов отмечаются с рождения, но удавалось получить стул после клизмы, введения свечи или кусочка мыла В настоящее время очистительные клизмы и введение газоотводной трубки облегчения не дают, стула нет на протяжении 4-х суток.

Каковы Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы исследования и лечебная тактика?

Ситуационная задача: Мальчику 5 лет. Болеет с 3-х летнего возраста, когда родители стали обращать внимание, что ребенок подолгу жует пищу, периодически жалуется на боли в грудной клетке во время еды, иногда после еды отмечалась рвота или рвотные движения появлялись вовремя приема пищи. Насколько раз находился в ЛОР - отделении по месту жительства с признаками полной непроходимости пищевода из-за обтурации его крупными кусками мяса и фруктов. В настоящее время во время приема пищи постоянно запивает еду водой, иногда сам вызывает после еды рвоту. В «рвотных» массах иногда определяются частицы пищи, принятой накануне.

Каковы Ваш предположительный диагноз и план обследования?

Ситуационная задача: В приемный покой доставлен ребенок 8 лет. Во время игры упал на правую руку. В настоящее время жалуется на боли в правом плече. При осмотре имеется отек, деформация в средней трети правого плеча, резкая болезненность, правая кисть свисает. Поднять кисть ребенок не может, но пассивное разгибание лучезапястном суставе возможно. На рентгенограмме - закрытый косой перелом средней трети правой плечевой кости.

Какая патология сопутствует повреждению кости? Каковы возможные причины? Что следует предпринять?

Ситуационная задача: Ребенок 2,5 лет пятые сутки лечится в соматическом стационаре с диагнозом «Правосторонняя сливная пневмония». Состояние ребенка резко ухудшилось: выросла одышка, дыхание хрипящее, выражен акроцианоз, ребенок покрыт холодным потом. При аускультации дыхание справа не прослушивается, тоны сердца приглушены и смещены влево. *С чем может быть связано резкое ухудшение состояния? Как уточнить диагноз? Каковы возможные варианты оказания первой помощи и дальнейшего лечения?*

Ситуационная задача: Ребенок 7 лет в течение нескольких месяцев отмечает чувство тяжести в груди справа, слабость и быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке и покашливание. Температура тела иногда к вечеру поднимается до субфебрильных цифр. При

аускультации справа в нижних отделах дыхание ослаблено, при перкуссии отмечается притупление. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа отмечается отчетливое затемнение с четким овальным верхним контуром. Нижний контур образования сливается с тенью печени

О какой патологии следует думать? Как уточнит, диагноз? Каковы целесообразные методы лечения?

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д.):

Ситуационная задача: Ребенок, возраст 1 мес. Масса тела при рождении 3800. Беременность протекала с токсикозом первой половины, с 10 дня жизни появилось срыгивание, с 14 дня рвота после каждого кормления, затем рвота стала реже, но большей частью «фонтаном», створоженным молоком. Ребенок стал, редко мочится, появились запоры. Вес 2900. Участковый педиатр назначил атропин, но-шпу, улучшения нет. При поступлении состояние тяжелое. Кожа дряблая, складки на лице и бедрах, п/к жировой слой выражен слабо. При осмотре живота в эпигастральной области видны крупные волны перистальтики, которые переходят вправо и исчезают.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Проведите дополнительные обследования.
3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача: Мальчик 9 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в 9 часов 30 минут с диагнозом «ущемленная грыжа». Заболевание началось накануне: на уроке физкультуры мальчик почувствовал резкую боль в правой половине мошонки. С трудом пришел домой. Дома принял обезболивающие таблетки, но ночью шал плохо из-за болей. При осмотре отмечается отек и гиперемия правой половины мошонки, яичко увеличено в размере, резко болезненно и подтянуто к корню мошонки. *Каковы вероятный диагноз и хирургическая тактика?*

Ситуационная задача: В стационар доставлена девочка 6 лет с жалобами на боли в животе. Заболела около 4-5 часов тому назад: появились боли в животе, дважды была рвота, температура повысилась до 38,7 градуса. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы бледные, черты лица заострены, язык сухой, обложен белым налетом, пульс - 120 ударов в 1 минуту. Живот пальпаторно болезненный во всех отделах, в нижних отделах отмечается ригидность передней брюшной стенки и положительный симптом Шеткина - Блюмберга.

В анализе крови - лейкоцитоз до 19 тыс. и сдвиг нейтрофильной формулы влево.

Ваши предположительные диагнозы? Какую медицинскую помощь необходимо оказать ребенку в данный момент? Если показано оперативное вмешательство, то какое?

УК-2

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

- 1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты);**

Вопросы :

1. Законодательство Российской Федерации по вопросам организации хирургической помощи детскому населению;
2. Принципы социальной гигиены, биосоциальные аспекты здоровья и болезни;
3. Основы медицинской этики и деонтологии в детской хирургии;
4. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, медицинского страхования и иные нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения,
5. Общие принципы организации службы детской хирургии, действующие приказы и другие документы, регулирующие службу, оснащение отделений и гигиенические требования;

- 2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения)**

Тестирование:

1. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются:

- А) недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи;
- Б) развитие многоканальности финансирования;
- В) сохранение общественного сектора здравоохранения;
- Г) увеличение кадрового потенциала;
- Д) формирование правовой базы реформ отрасли.

2. Не являются основными источниками информации о здоровье:

- А) официальная информация о смертности населения;
- Б) данные страховых компаний
- В) эпидемиологическая информация;
- Г) данные мониторинга окружающей среды и здоровья;
- Д) регистры заболеваний, несчастных случаев и травм.

3. Основным показателем естественного движения населения являются:

- А) рождаемость, смертность;
- Б) смертность, заболеваемость;
- В) инвалидность, смертность;
- Г) инвалидность, заболеваемость;
- Д) заболеваемость и рождаемость.

4. Международная классификация болезней - это:

- А) перечень наименований болезней в определенном порядке;
- Б) перечень диагнозов в определенном порядке;
- В) перечень симптомов, синдромов и остальных состояний, расположенных по определенному принципу;
- Г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;
- Д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромом, расположенных в определенном порядке.

5. Укажите специалистов, имеющих право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:

- А) врач станции скорой помощи;
- Б) врач станции переливания крови;
- В) врач бальнеолечебницы;
- Г) врач приемного покоя больницы;
- Д) судебно-медицинский эксперт.

6. До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач?

- А) до 10 дней;
- Б) до 30 дней;
- В) до 45 дней;
- Г) до 60 дней;
- Д) до 75 дней.

7. Основой для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования не является:

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

8. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- А) Если пациент не достиг 15 лет;
- Б) В возрасте от 15 до 18 лет при отказе от медицинского вмешательства, недееспособные граждане
- В) В возрасте до 15 лет и во всех случаях, когда невозможно получить согласие пациента, недееспособные граждане
- Г) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители
- Д) В случае отсутствия возможности своевременно оформить документы

9. Право сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) администрации не дают следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

- А) систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей;
- Б) прогул (в том числе отсутствие на работе более 3-х часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин;
- В) появление на работе в нетрезвом состоянии;
- Г) совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности;
- Д) однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями.

10. Право граждан на оказание экстренной медицинской помощи регламентировано:

- А) Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.
- Б) Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается при отсутствии полиса ОМС.
- В) Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается иностранным гражданам.

Г) Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается жителям других регионов, за исключением детей.

Д) Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается при отсутствии возможности получить информированное согласие пациента или его законного представителя

ПК-1

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты).

Тестирование:

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

- А) четкая граница между наружной и внутренней пластинками кости;
- Б) отсутствие четкой границы между наружной и внутренней пластинками кости;
- В) внутренняя пластинка кости при травме отслаивается;
- Г) внутренняя пластинка кости при травме не отслаивается;
- Д) правильные ответы А) и Г).

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

- А) сообщение с жировой клетчаткой шейной области;
- Б) отсутствие связи с другими клеточными пространствами;
- В) расположение под височной мышцей;
- Г) расположение между височным апоневрозом и височной мышцей;
- Д) правильные ответы А) и Г).

3. При костно-пластической трепанации черепа с целью перевязки средней оболочечной артерии границы кожного разреза по направлению спереди кверху и назад проецируются:

- А) на скуловой отросток лобной кости — чешую височной кости — наружный затылочный бугор;
- Б) на скуловой отросток лобной кости — теменной бугор — наружный затылочный бугор;
- В) на скуловой отросток лобной кости — чешую височной кости — основание сосцевидного отростка;
- Г) на лобный бугор — теменной бугор — основание сосцевидного отростка;
- Д) правильные ответы А) и Б).

4. Во время операции удаления бокового свища (кисты) шеи в операционной ране к средней трети свища прилежит:

- А) сосудисто-нервный пучок шеи;
- Б) гортань и трахея;
- В) грудной проток;
- Г) шейная часть симпатического ствола;
- Д) правильные ответы В) и Г).

5. Границей между внутренним и наружным треугольниками шеи является:

- А) двубрюшная мышца;

- Б) лопаточно-подъязычная мышца;
- В) грудинно-ключично-сосцевидная мышца;
- Г) грудино-щитовидная мышца;
- Д) правильные ответы А) и Б).

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

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

7. К нижним отделам шейной части трахеи у детей не прилегают следующие перечисленные сосуды:

- А) левой плечеголовной вены;
- Б) плечеголового ствола;
- В) дуги аорты;
- Г) непарной вены;
- Д) правильные ответы А) и Б).

8. Для шейного отдела пищевода не характерны признаки:

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

9. С целью предупреждения воспалительных процессов в подсвязочном пространстве у детей рационально выполнять:

- А) верхнюю трахеостомию;
- Б) среднюю трахеостомию;
- В) нижнюю трахеостомию;
- Г) коникотомию;
- Д) любую из перечисленных операций.

10. Для доступа к шейному отделу пищевода не характерны следующие основные этапы:

- А) линия кожного разреза проводится в нижней половине вдоль переднего края левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- Б) общая сонная артерия, внутренняя яремная вена и блуждающий нерв отводятся наружу;
- В) общая сонная артерия, внутренняя яремная вена и блуждающий нерв отводятся кнутри;
- Г) в глубине операционной раны ориентируются на переднюю поверхность позвоночника и трахею.

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

- А) левого венозного угла;
- Б) правого венозного угла;
- В) левой внутренней яремной вены;
- Г) левой подключичной вены;
- Д) любой из перечисленных вариантов.

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

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

Д) кожной складке.

13. При вагосимпатической блокаде инъекционная игла проводится:

- А) кзади от сосудисто-нервного пучка шеи;
- Б) впереди от сосудисто-нервного пучка шеи;
- В) по латеральному краю сосудисто-нервного пучка шеи;
- Г) по медиальному краю сосудисто-нервного пучка шеи;
- Д) существенного значения не имеет

14. Гнойно-воспалительный процесс из задней предлопаточной щели распространяется:

- А) в подмышечную впадину;
- Б) в надостное пространство;
- В) в заднюю срединную область груди;
- Г) в поддельтовидное пространство;
- Д) в переднюю предлопаточную щель.

15. Из перечисленных врожденных пороков легких чаще всего встречается:

- А) гипоплазия легких;
- Б) добавочные доли легкого
- В) слияние легочных долей;
- Г) легочная секвестрация;
- Д) поликистоз легких.

16. Расширение бронхов при вдохе обусловлено под влиянием:

- А) возвратных нервов;
- Б) симпатических нервов;
- В) парасимпатических Нервов;
- Г) межреберных нервов;
- Д) диафрагмальных нервов.

17. Бифуркация трахеи у детей проецируется по отношению к передней стенке груди:

- А) на уровне I ребра;
- Б) на уровне II ребра;
- В) на уровне III ребра;
- Г) между II и III ребрами;
- Д) между III и IV ребрами.

18. Из долевых бронхов наиболее крупными являются:

- А) верхнедолевой слева;
- Б) верхнедолевой справа;
- В) среднедолевой справа;
- Г) нижнедолевой слева;
- Д) нижнедолевой справа.

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

- А) легочная артерия;
- Б) перикард и левое предсердие;
- В) легочные вены;
- Г) перикард и правое предсердие;
- Д) аорта.

20. Из дивертикулов пищевода наиболее часто встречаются:

- А) глоточно-пищеводные;
- Б) эпифренальные;

- В) бифуркационные;
- Г) абдоминального отдела пищевода;
- Д) все перечисленное одинаково часто.

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

- А) при обработке корня легкого;
- Б) при выделении задней стенки перикарда;
- В) при остановке кровотечения;
- Г) при выделении легкого из плоских сращений;
- Д) при выделении сосудов корня легкого.

22. В средостении имеется:

- А) две сердечно-перикардальные щели;
- Б) три сердечно-перикардальные щели;
- В) четыре сердечно-перикардальные щели;
- Г) пять сердечно-перикардальные щели;
- Д) не существует их.

23. Для пункции перикарда наиболее предпочтительным является способ:

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

24. Оперативный доступ к средней трети грудного отдела пищевода технически проще:

- Л) с левой стороны;
- Б) с правой стороны;
- В) сзади;
- Г) спереди;
- Д) трансабдоминально.

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

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

26. Пункция заднего средостения осуществляется через:

- А) IV межреберье по лопаточной области;
- Б) V межреберье паравертебрально;
- В) IV межреберье по задней подмышечной линии под углом 45° по отношению к позвоночнику;
- Г) IV-VI межреберье паравертебрально под углом 70° по отношению к позвоночнику;
- Д) V-VII межреберье паравертебрально под углом 60° по отношению к позвоночнику.

27. Непарная и полунепарная вены проходят между:

- А) средними и наружными ножками диафрагмы;
- Б) внутренними и средними ножками диафрагмы;
- В) внутренними ножками диафрагмы;
- Г) наружными ножками и медиальной частью мышечного отдела диафрагмы;
- Д) любой из перечисленных вариантов.

28. В норме количество естественных лимфовенозных анастомозов составляет:
- А) два;
 - Б) три;
 - В) четыре;
 - Г) пять;
 - Д) более пяти.
29. Назовите авторов оперативного доступа к червеобразному отростку
- а) Волкович - Дьяконов
 - б) Жерар - Спасокукоцкий
 - в) Щеткин - Блюмберг
 - г) Федоров
 - д) Пирогов
30. При продольной лапаротомии в латеральной части брюшной полости хирург встречает крупные сегментарные кровеносные сосуды и нервы:
- А) в подкожножировой клетчатке;
 - Б) под сухожилием наружной косой мышцы живота;
 - В) между наружной и внутренней косой мышцами;
 - Г) между внутренней косой и поперечной мышцами;
 - Д) между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота.
31. Большой сальник развивается настолько, что прикрывает петли тонких кишок на таком же протяжении, как и у взрослого:
- А) к 1 году;
 - Б) к 2-3 годам;
 - В) к 5-6 годам;
 - Г) к 7 годам;
 - Д) к 9-11 годам.
32. Ветви для иннервации подчревной области брюшной стенки отходят:
- А) от солнечного сплетения;
 - Б) от верхнего брыжеечного сплетения;
 - В) от нижнего брыжеечного сплетения;
 - Г) от поясничного сплетения;
 - Д) от крестцового сплетения.
33. Предпосылки для образования пупочных грыж создает отсутствие или слабость развития:
- А) соединительно-тканых образований;
 - Б) пупочной фасции и апоневротических волокон;
 - В) слоя подкожной клетчатки;
 - Г) сосудистых элементов;
 - Д) нервных сплетений.
34. Паховый канал образован, не образован элементами:
- А) апоневроза наружной косой мышцы живота;
 - Б) подвздошно-гребешковой связки;
 - В) пупартовой связки;
 - Г) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц;
 - Д) поперечной фасции.

35. Какая стенка пахового канала бывает ослаблена при прямой паховой грыже?
- А) верхняя
 - Б) передняя
 - В) задняя
 - Г) нижняя
 - Д) ни одна
36. Поверхностное паховое кольцо образовано:
- А) частью лонной кости;
 - Б) расщепленным апоневрозом наружной косой мышцы живота
 - В) связкой Коллези (завороченной связкой);
 - Г) связкой Купера;
 - Д) межножковыми волокнами.
37. Дном треугольника Пти является:
- А) внутренняя косая мышца живота
 - Б) поперечная мышца живота
 - В) квадратная мышца поясницы
 - Г) подвздошно-реберная мышца
 - Д) нижняя зубчатая мышца
38. В образовании солнечного сплетения принимают участие:
- А) большой чревный, блуждающий и симпатический нервы;
 - Б) малый чревный, блуждающий, большой чревный, симпатический и диафрагмальный нервы;
 - В) симпатический, блуждающий, большой чревный и диафрагмальный нервы;
 - Г) блуждающий, симпатический, малый чревный и большой чревный нервы;
 - Д) блуждающий и симпатический нервы.
39. Основной функцией, выполняемой 12-перстной кишкой, является:
- А) секреторная;
 - Б) всасывания;
 - В) в ней проходит процесс ассимиляции;
 - Г) в ней осуществляется переход от кислого желудочного пищеварения к кишечному;
 - Д) в ней проходит процесс диссимиляции.
40. Внебрюшинное поле печени формируется за счет:
- А) печеночно-желудочной связки;
 - Б) серповидной или поддерживающей связки, венечной связки;
 - В) печеночно-дуоденальной связки;
 - Г) всех перечисленных;
 - Д) треугольной связки.
41. Печеночные вены впадают:
- А) В нижнюю полую вену
 - Б) В верхнюю полую вену
 - В) В селезеночную вену
 - Г) В верхнюю брыжеечную вену
 - Д) В правую желудочную вену.
42. Верхняя брыжеечная артерия выходит через щель, образованную всеми перечисленными элементами, кроме:

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

43. Анастомозирование чревного ствола и верхней брыжеечной артерии осуществляется посредством:

- Л) общей печеночной артерии;
- Б) верхней и нижней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии;
- В) поджелудочно-двенадцатиперстной артерии;
- Г) правой желудочно-сальниковой артерии;
- Д) всех перечисленных.

44. Наиболее часто встречающимися карманами брюшины в нижнем этаже брюшной полости являются:

- А) в области двенадцатиперстно-тощекишечного перегиба;
- Б) поперечной ободочной кишки;
- В) подвздошно-слепокишечного угла;
- Г) сигмовидной кишки и ее брыжейки;
- Д) нисходящей ободочной кишки.

45. Что такое средостение?

- А) Комплекс органов, расположенный между листками медиастинальной плевры, грудиной, позвоночником, диафрагмой и полость шеи
- Б) Пространство между грудиной, позвоночником и аортой.
- В) Полость, где располагаются аорта, пищевод и сердце.
- Г) Расположенные посредине органы полости груди.
- Д) Часть полости груди, лежащая между листками медиастинальной плевры.

46. Забрюшинное пространство имеет

- А) два клеточных слоя;
- Б) три клеточных слоя;
- В) четыре клеточных слоя;
- Г) пять клеточных слоев;
- Д) шесть клеточных слоев.

47. Паранефрон по отношению к брюшной полости является:

- А) пятым слоем;
- Б) четвертым слоем;
- В) третьим слоем;
- Г) вторым слоем;
- Д) первым слоем.

48. Артерия и вена яичка расположена в забрюшинной клетчатке:

- А) в собственном слое забрюшинной клетчатки;
- Б) в паранефрон;
- В) в околоободочной клетчатке (паракалон);
- Г) правильные ответы Б) и В);
- Д) правильного ответа нет.

49. Элементы почечной ножки при рассмотрении спереди назад расположены следующим образом:

- А) вена, артерия, мочеточник;

- Б) артерия, вена, мочеточник;
- В) вена, мочеточник, артерия;
- Г) мочеточник, вена, артерия;
- Д) артерия, мочеточник, вена.

50. Питание мочеточника в его верхнем отделе осуществляется:

- А) почечной артерией;
- Б) яичковой артерией;
- В) ветвями брюшной части аорты;
- Г) верхней брыжеечной артерией;
- Д) правильные ответы А) и Б).

51. В образовании порто - кавальных анастомозов большую роль играют следующие вены забрюшинного пространства:

- А) поясничные;
- Б) почечные;
- В) непарная и полунепарная;
- Г) яичковые;
- Д) брыжеечные.

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

- А) второго поясничного позвонка;
- Б) двенадцатого грудного и первого поясничного позвонка;
- В) одиннадцатого грудного позвонка;
- Г) третьего поясничного позвонка;
- Д) второго-третьего поясничного позвонка.

53. К левой почке спереди и снаружи предлежат:

- А) селезенка;
- Б) нисходящая ободочная кишка;
- В) петли тонкого кишечника;
- Г) поджелудочная железа;
- Д) правильные ответы А) и Б).

54. Поджелудочная железа расположена:

- А. В верхнем этаже брюшной полости
- Б. В нижнем этаже брюшной полости
- В. Забрюшинно.
- Г. В полости сальниковой сумки
- Д. В полости малого таза.

55. В полости малого таза выделяют:

- А) два этажа;
- Б) три этажа;
- В) четыре этажа;
- Г) пять этажей;
- Д) возможны варианты Б) и В).

56. Наружный сфинктер мочевого пузыря расположен:

- А) в мочеполовой диафрагме;
- Б) в основании мочевого пузыря;
- В) в сухожильном центре промежности;
- Г) в мышце, поднимающей задний проход;
- Д) правильного ответа нет.

- 57 Мочеточник по отношению к артерии яичка в области пограничной линии таза:
- А) не имеет к артерии никакого отношения;
 - Б) расположен спереди от артерии яичка;
 - В) расположен над артерией;
 - Г) расположен под артерией;
 - Д) расположен позади от артерии яичка;
- 58 Правый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается:
- А) с общей подвздошной артерией;
 - Б) с наружной подвздошной артерией;
 - В) с внутренней подвздошной артерией;
 - Г) с подчревной артерией;
 - Д) с запирающей артерией.
59. Левый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается:
- А) с общей подвздошной артерией;
 - Б) с наружной подвздошной артерией;
 - В) с внутренней подвздошной артерией;
 - Г) с подчревной артерией;
 - Д) с запирающей артерией.
60. При патологических условиях серозная жидкость (водянка яичка) скапливается между:
- А) наружной и внутренней семенной фасцией;
 - Б) внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка;
 - В) наружной семенной и мясистой оболочкой;
 - Г) белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочкой;
 - Д) париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочкой яичка.
61. Полное окостенение лопатки происходит:
- А) к 1-3 годам;
 - Б) к 7-8 годам;
 - В) к 13-17 годам;
 - Г) к 16-18 годам;
 - Д) к 20-25 годам.
62. При поражении какого нерва стопа принимает патологическое положение, которое называется «конская стопа»?
- а) nervus peroneus profundus
 - б) nervus tibialis
 - в) nervus obturatorius
 - г) nervus ischiadicus
 - д) nervus saphenus
63. Чаще всего пункцию локтевого сустава осуществляют:
- А) из латерального доступа;
 - Б) из заднего доступа;
 - В) из медиального и латерального доступов,
 - Г) из заднего и латерального доступов;
 - Д) из медиального и переднего доступов.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения)

Ситуационная задача: Состояние новорожденного ребенка 3-х недельного возраста, находящегося в отделении патологии новорожденных по поводу пупочного сепсиса, в течение последней ночи существенно ухудшилось: стал беспокойным, повысилась температура до 38,5°, дважды была рвота створоженным молоком с примесью желчи. В легких – пуэрильное дыхание, тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, живот резко вздут, напряжен при перкуссии определяются участки тимпанита, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются. Стул жидкий, зеленоватый, с большим количеством слизи. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имеются горизонтальные уровни жидкости, пневматоз кишечника.

Как уточнить диагноз? Ваша тактика? Показания к оперативному вмешательству?

Ситуационная задача: У доношенного новорожденного ребенка с массой тела 3200 гр. И оценкой Апгар при рождении 7-8 баллов через час после рождения отмечена рвота с примесью желчи. После первого кормления рвота повторилась, причем количество рвотных масс значительно увеличилось и по-прежнему содержит примесь желчи. При осмотре ребенка обращают на себя внимание: адинамия, слабый крик, западение родничка, сухость кожных покровов. Живот пальпаторно мягкий, вздутый в верхних отделах и запавший в нижних. Меконий не отходил. Падение массы тела за первые сутки-150гр.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих диагностических манипуляций? Каковы Ваши действия после уточнения диагноза? Если показана операция, то какая?

Ситуационная задача: У новорожденного ребенка 2-х суток жизни в результате исследования выявлена атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – в проекции желудка определяется газовый пузырь, в остальных отделах – картина «немного» живота, в петлях кишечника газы не определяются. Был скудный «стул» в виде слизистых пробок серого цвета.

О каком сочетанном пороке развития можно думать? Ваши действия для уточнения диагноза. Суть и смысл хирургической помощи?

Ситуационная задача: Новорожденному ребенку с клинической картиной нарастающей острой дыхательной недостаточности через 6 часов после рождения выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости, на которой отмечается смещение сердца и средостения в правую сторону. В проекции левого легкого участки затемнения чередуются с участками просветления и имеют ячеистый рисунок. Живот не вздут, запавший и уменьшенный в нижних отделах «Стула» не было. Тахикардия до 180 уд. В 1 минуту. Направляющей диагноз родильного дома «Декстракардия».

О каком заболевании или пороке развития можно думать? Уточните диагноз, определите хирургическую тактику, предоперационная подготовка, операционный доступ, этапы хирургического вмешательства.

Ситуационная задача: У больного 12 лет, который уже 3-и сутки находится на скелетном вытяжении в травматологическом отделении по поводу закрытого перелома бедренной кости, резко ухудшилось состояние (нарастающая бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, А/Д падает). Из анамнеза - доставлен в клинику через 2 часа после дорожно-транспортного происшествия. При поступлении выполнена рентгенография бедра, выявлен перелом бедренной кости и под внутривенным наркозом наложено скелетное вытяжение. Состояние больного в течение прошедших 2-х суток не вызывало опасений.

С чем может быть связано внезапное ухудшение состояния ребенка? Как уточнить диагноз? Ваша тактика?

Ситуационная задача: Ребенок 3-х месяцев находится на лечении в инфекционной больнице по поводу кишечной инфекции в течение 7 дней. В последние двое суток у ребенка отмечается ухудшение состояния: многократная рвота, вздутие живота отсутствие стула. Состояние тяжелое. Вы приглашены для исключения хирургической патологии.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих действий? В каком случае следует перевести ребенка в хирургический стационар?

Ситуационная задача: В приемное отделение хирургической клиники доставлен 3-х месячный ребенок с жалобами на задержку стула и газов, вздутие живота 2-х кратную рвоту Затруднение в

отхождении стула и газов отмечаются с рождения, но удавалось получить стул после клизмы, введения свечи или кусочка мыла. В настоящее время очистительные клизмы и введение газоотводной трубки облегчения не дают, стула нет на протяжении 4-х суток.

Каковы Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы исследования и лечебная тактика?

Ситуационная задача: Мальчику 5 лет. Болеет с 3-х летнего возраста, когда родители стали обращать внимание, что ребенок подолгу жует пищу, периодически жалуется на боли в грудной клетке во время еды, иногда после еды отмечалась рвота или рвотные движения появлялись вовремя приема пищи. Насколько раз находился в ЛОР - отделении по месту жительства с признаками полной непроходимости пищевода из-за обтурации его крупными кусками мяса и фруктов. В настоящее время во время приема пищи постоянно запивает еду водой, иногда сам вызывает после еды рвоту. В «рвотных» массах иногда определяются частицы пищи, принятой накануне.

Каковы Ваш предположительный диагноз и план обследования?

Ситуационная задача: В приемный покой доставлен ребенок 8 лет. Во время игры упал на правую руку. В настоящее время жалуется на боли в правом плече. При осмотре имеется отек, деформация в средней трети правого плеча, резкая болезненность, правая кисть свисает. Поднять кисть ребенок не может, но пассивное разгибание лучезапястного сустава возможно. На рентгенограмме - закрытый косой перелом средней трети правой плечевой кости.

Какая патология сопутствует повреждению кости? Каковы возможные причины? Что следует предпринять?

Ситуационная задача: Ребенок 2,5 лет пятые сутки лечится в соматическом стационаре с диагнозом «Правосторонняя сливная пневмония». Состояние ребенка резко ухудшилось: выросла одышка, дыхание хрипящее, выражен акроцианоз, ребенок покрыт холодным потом. При аускультации дыхание справа не прослушивается, тоны сердца приглушены и смещены влево. *С чем может быть связано резкое ухудшение состояния? Как уточнить диагноз? Каковы возможные варианты оказания первой помощи и дальнейшего лечения?*

Ситуационная задача: Ребенок 7 лет в течение нескольких месяцев отмечает чувство тяжести в груди справа, слабость и быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке и покашливание. Температура тела иногда к вечеру поднимается до субфебрильных цифр. При аускультации справа в нижних отделах дыхание ослаблено, при перкуссии отмечается притупление. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа отмечается отчетливое затемнение с четким овальным верхним контуром. Нижний контур образования сливается с тенью печени.

О какой патологии следует думать? Как уточнить диагноз? Каковы целесообразные методы лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 9 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в 9 часов 30 минут с диагнозом «ущемленная грыжа». Заболевание началось накануне: на уроке физкультуры мальчик почувствовал резкую боль в правой половине мошонки. С трудом пришел домой. Дома принял обезболивающие таблетки, но ночью шал плохо из-за болей. При осмотре отмечается отек и гиперемия правой половины мошонки, яичко увеличено в размере, резко болезненно и подтянуто к корню мошонки.

Каковы вероятный диагноз и хирургическая тактика?

Ситуационная задача: В стационар доставлена девочка 6 лет с жалобами на боли в животе. Заболела около 4-5 часов тому назад: появились боли в животе, дважды была рвота, температура повысилась до 38,7 градуса. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы бледные, черты лица заострены, язык сухой, обложен белым налетом, пульс - 120 ударов в 1 минуту. Живот пальпаторно болезненный во всех отделах, в нижних отделах отмечается ригидность передней брюшной стенки и положительный симптом Шеткина - Блюмберга. В анализе крови - лейкоцитоз до 19 тыс. и сдвиг нейтрофильной формулы влево.

Ваши предположительные диагнозы? Какую медицинскую помощь необходимо оказать ребенку в данный момент? Если показано оперативное вмешательство, то какое?

Ситуационная задача: В отделение реанимации новорожденных из родильного дома доставлен новорожденный мальчик 4-х дней. Ребенок от первой беременности, роды в тазовом предлежании,

родился с массой тела 3800 гр., с оценкой по шкале Апгар — 5-6 баллов. Состояние тяжелое, вял, адинамичен, плач слабый.

Кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут, срыгивания и рвоты не было. В момент осмотра отмечен стул переходного характера Правая половина мошонки темно - синюшного цвета, по ходу семенного канатика уплотнение. В анализе крови - Нб - 54 г/л

О каких заболеваниях можно думать? Как уточнить диагноз? Варианты лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 12 лет взят на операцию с диагнозом «острый аппендицит». При вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество слабо-ге- моррагического выпота, гиперемия петель подвздошной кишки и червеоб- разного отростка, на перитонеальной брюшине геморрагические высыпания, убедительных данных за острый аппендицит нет.

О каком заболевании следует думать?

В чем причина диагностической ошибки? Каковы дальнейшие действия хирурга в данной ситуации?

Ситуационная задача: Мальчик 13 лет доставлен в клинику с приступом почечной колики слева. При осмотре выяснилось, что ребенок около суток не мочился. При катетеризации мочевого пузыря получено около 5 мл геморрагической мочи. На рентгенограмме мочевыводящих гут ей обнаружена тень конкремента неправильной формы размерами около 3,5 x 1,5 см в проекции левой почки и вторая тень размерами 1,2 x 0,8 см в проекции дистального отдела левого мочеточника

В чем причина анурии? Какую неотложную помощь следует оказать ребенку!/? Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить и когда?

Ситуационная задача: Ребенок 6 лет направлен из районной больницы в хирургическую клинику с диагнозом «абсцесс левого легкого». Отмечается повышение температуры тела до 38,4 градуса, интоксикация, умеренная одышка, болен около 3-х дней На рентгенограмме грудной клетки в левой половине на фоне инфильтрации нижней доли определяется тень с уровнем жидкости и воздухом над ним диаметром около 12 см. Справа в среднем легочном поле видна четкая овальная тень размерами около 5,0 x 4,0 см. Высказано предположение о множественном эхинококкозе.

Какие исследования, необходимо выполнить для уточнения диагноза? Какова должна быть хирургическая тактика при двустороннем эхинококкозе легких или при обнаружении паразитарных кист еще и в других органах?

Ситуационная задача: Мальчик 8 лет получил перелом костей предплечья в результате падения с высоты. Ребенок был госпитализирован в травматологическое отделение, под общим обезболиванием выполнена репозиция и наложена гипсовая повязка На следующее утро ребенок стал жаловаться на головные боли, дважды отмечена рвота.

С чем могут быть связаны указанные симптомы? Как уточнить диагноз? Каково целесообразное лечение в зависимости от диагноза?

Ситуационная задача: Мальчик 1,5 лет доставлен бригадой скорой помощи с диагнозом «ущемленная паховая грыжа справа», При осмотре диагноз подтвержден. Давность ущемления около 6 часов. Хирург пришел к выводу о необходимости оперативного вмешательства. Однако, при осмотре ребенка обнаружен так же сопутствующий двусторонний крипторхизм. *Какую операцию целесообразно выполнить ребенку? Как быть в последующем?*

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д.)

Ситуационная задача: Состояние новорожденного ребенка 3-х недельного возраста, находящегося в отделении патологии новорожденных по поводу пупочного сепсиса, в течение последней ночи существенно ухудшилось: стал беспокойным, повысилась температура до 38,5°, дважды была рвота створоженным молоком с примесью желчи. В легких – пуэрильное дыхание, тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, живот резко вздут, напряжен при перкуссии определяются участки тимпанита, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются. Стул жидкий, зеленоватый, с большим количеством слизи. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имеются горизонтальные уровни жидкости, пневматоз кишечника.

Как уточнить диагноз? Ваша тактика? Показания к оперативному вмешательству?

Ситуационная задача: У доношенного новорожденного ребенка с массой тела 3200 гр. И оценкой Апгар при рождении 7-8 баллов через час после рождения отмечена рвота с примесью желчи. После первого кормления рвота повторилась, причем количество рвотных масс значительно увеличилось и по-прежнему содержит примесь желчи. При осмотре ребенка обращают на себя внимание: адинамия, слабый крик, западение родничка, сухость кожных покровов. Живот пальпаторно мягкий, вздутый в верхних отделах и запавший в нижних. Меконий не отходил. Падение массы тела за первые сутки-150гр.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих диагностических манипуляций? Каковы Ваши действия после уточнения диагноза? Если показана операция, то какая?

Ситуационная задача: У новорожденного ребенка 2-х суток жизни в результате исследования выявлена атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – в проекции желудка определяется газовый пузырь, в остальных отделах – картина «немого» живота, в петлях кишечника газы не определяются. Был скудный «стул» в виде слизистых пробок серого цвета.

О каком сочетанном пороке развития можно думать? Ваши действия для уточнения диагноза. Суть и смысл хирургической помощи?

Ситуационная задача: Новорожденному ребенку с клинической картиной нарастающей острой дыхательной недостаточности через 6 часов после рождения выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости, на которой отмечается смещение сердца и средостения в правую сторону. В проекции левого легкого участки затемнения чередуются с участками просветления и имеют ячеистый рисунок. Живот не вздут, запавший и уменьшенный в нижних отделах «Стула» не было. Тахикардия до 180 уд. В 1 минуту. Направляющей диагноз родильного дома «Декстракардия».

О каком заболевании или пороке развития можно думать? Уточните диагноз, определите хирургическую тактику, предоперационная подготовка, операционный доступ, этапы хирургического вмешательства.

Ситуационная задача: У больного 12 лет, который уже 3-и сутки находится на скелетном вытяжении в травматологическом отделении по поводу закрытого перелома бедренной кости, резко ухудшилось состояние (нарастающая бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, АД падает). Из анамнеза - доставлен в клинику через 2 часа после дорожно-транспортного происшествия. При поступлении выполнена рентгенография бедра, выявлен перелом бедренной кости и под внутривенным наркозом наложено скелетное вытяжение. Состояние больного в течение прошедших 2-х суток не вызывало опасений.

С чем может быть связано внезапное ухудшение состояния ребенка? Как уточнить диагноз? Ваша тактика?

Ситуационная задача: Ребенок 3-х месяцев находится на лечении в инфекционной больнице по поводу кишечной инфекции в течение 7 дней. В последние двое суток у ребенка отмечается ухудшение состояния: многократная рвота, вздутие живота отсутствие стула. Состояние тяжелое. Вы приглашены для исключения хирургической патологии.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих действий? В каком случае следует перевести ребенка в хирургический стационар?

Ситуационная задача: В приемное отделение хирургической клиники доставлен 3-х месячный ребенок с жалобами на задержку стула и газов, вздутие живота 2-х кратную рвоту Затруднение в отхождении стула и газов отмечаются с рождения, но удавалось получить стул после клизмы,

введения свечи или кусочка мыла. В настоящее время очистительные клизмы и введение газоотводной трубки облегчения не дают, стула нет на протяжении 4-х суток.

Каковы Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы исследования и лечебная тактика?

Ситуационная задача: Мальчику 5 лет. Болеет с 3-х летнего возраста, когда родители стали обращать внимание, что ребенок подолгу жует пищу, периодически жалуется на боли в грудной клетке во время еды, иногда после еды отмечалась рвота или рвотные движения появлялись вовремя приема пищи. Насколько раз находился в ЛОР - отделении по месту жительства с признаками полной непроходимости пищевода из-за обтурации его крупными кусками мяса и фруктов. В настоящее время во время приема пищи постоянно запивает еду водой, иногда сам вызывает после еды рвоту. В «рвотных» массах иногда определяются частицы пищи, принятой накануне.

Каковы Ваш предположительный диагноз и план обследования?

Ситуационная задача: В приемный покой доставлен ребенок 8 лет. Во время игры упал на правую руку. В настоящее время жалуется на боли в правом плече. При осмотре имеется отек, деформация в средней трети правого плеча, резкая болезненность, правая кисть свисает. Поднять кисть ребенок не может, но пассивное разгибание лучезапястного сустава возможно. На рентгенограмме - закрытый косой перелом средней трети правой плечевой кости.

Какая патология сопутствует повреждению кости? Каковы возможные причины? Что следует предпринять?

Ситуационная задача: Ребенок 2,5 лет пятые сутки лечится в соматическом стационаре с диагнозом «Правосторонняя сливная пневмония». Состояние ребенка резко ухудшилось: выросла одышка, дыхание хрипящее, выражен акроцианоз, ребенок покрыт холодным потом. При аускультации дыхание справа не прослушивается, тоны сердца приглушены и смещены влево. *С чем может быть связано резкое ухудшение состояния? Как уточнить диагноз? Каковы возможные варианты оказания первой помощи и дальнейшего лечения?*

Ситуационная задача: Ребенок 7 лет в течение нескольких месяцев отмечает чувство тяжести в груди справа, слабость и быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке и покашливание. Температура тела иногда к вечеру поднимается до субфебрильных цифр. При аускультации справа в нижних отделах дыхания ослаблено, при перкуссии отмечается притупление. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа отмечается отчетливое затемнение с четким овальным верхним контуром. Нижний контур образования сливается с тенью печени.

О какой патологии следует думать? Как уточнить диагноз? Каковы целесообразные методы лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 9 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в 9 часов 30 минут с диагнозом «ущемленная грыжа». Заболевание началось накануне: на уроке физкультуры мальчик почувствовал резкую боль в правой половине мошонки. С трудом пришел домой. Дома принял обезболивающие таблетки, но ночью шал плохо из-за болей. При осмотре отмечается отек и гиперемия правой половины мошонки, яичко увеличено в размере, резко болезненно и подтянуто к корню мошонки.

Каковы вероятный диагноз и хирургическая тактика?

Ситуационная задача: В стационар доставлена девочка 6 лет с жалобами на боли в животе. Заболела около 4-5 часов тому назад: появились боли в животе, дважды была рвота, температура тела повысилась до 38,7 градуса. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы бледные, черты лица заострены, язык сухой, обложен белым налетом, пульс - 120 ударов в 1 минуту. Живот пальпаторно болезненный во всех отделах, в нижних отделах отмечается ригидность передней брюшной стенки и положительный симптом Шеткина - Блюмберга. В анализе крови - лейкоцитоз до 19 тыс. и сдвиг нейтрофильной формулы влево.

Ваши предположительные диагнозы? Какую медицинскую помощь необходимо оказать ребенку в данный момент? Если показано оперативное вмешательство, то какое?

Ситуационная задача: В отделение реанимации новорожденных из родильного дома доставлен новорожденный мальчик 4-х дней. Ребенок от первой беременности, роды в тазовом предлежании, родился с массой тела 3800 гр., с оценкой по шкале Апгар — 5-6 баллов. Состояние тяжелое, вял, динамичен, плач слабый.

Кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут, срыгивания и рвоты не было. В момент осмотра отмечен стул переходного характера Правая половина мошонки темно - синюшного цвета, по ходу семенного канатика уплотнение. В анализе крови - Hb - 54 г/л

О каких заболеваниях можно думать? Как уточнить диагноз? Варианты лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 12 лет взят на операцию с диагнозом «острый аппендицит». При вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество слабо-ге-моррагического выпота, гиперемия петель подвздошной кишки и червеоб-разного отростка, на перитонеальной брюшине геморрагические высыпания, убедительных данных за острый аппендицит нет.

О каком заболевании следует думать?

В чем причина диагностической ошибки? Каковы дальнейшие действия хирурга в данной ситуации?

Ситуационная задача: Мальчик 13 лет доставлен в клинику с приступом почечной колики слева. При осмотре выяснилось, что ребенок около суток не мочился. При катетеризации мочевого пузыря получено около 5 мл геморрагической мочи. На рентгенограмме мочевыводящих гут ей обнаружена тень конкремента неправильной формы размерами около 3,5 x 1,5 см в проекции левой почки и вторая тень размерами 1,2 x 0,8 см в проекции дистального отдела левого мочеточника

В чем причина анурии? Какую неотложную помощь следует оказать ребенку!? Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить и когда?

Ситуационная задача: Ребенок 6 лет направлен из районной больницы в хирургическую клинику с диагнозом «абсцесс левого легкого». Отмечается повышение температуры тела до 38,4 градуса, интоксикация, умеренная одышка, болен около 3-х дней На рентгенограмме грудной клетки в левой половине на фоне инфильтрации нижней доли определяется тень с уровнем жидкости и воздухом над ним диаметром около 12 см. Справа в среднем легочном поле видна четкая овальная тень размерами около 5,0 x 4,0 см. Высказано предположение о множественном эхинококкозе.

Какие исследования, необходимо выполнить для уточнения диагноза? Какова должна быть хирургическая тактика при двустороннем эхинококкозе легких или при обнаружении паразитарных кист еще и в других органах?

Ситуационная задача: Мальчик 8 лет получил перелом костей предплечья в результате падения с высоты. Ребенок был госпитализирован в травматологическое отделение, под общим обезболиванием выполнена репозиция и наложена гипсовая повязка На следующее утро ребенок стал жаловаться на головные боли, дважды отмечена рвота.

С чем могут быть связаны указанные симптомы? Как уточнить диагноз? Каково целесообразное лечение в зависимости от диагноза?

Ситуационная задача: Мальчик 1,5 лет доставлен бригадой скорой помощи с диагнозом «ущемленная паховая грыжа справа», При осмотре диагноз подтвержден. Давность ущемления около 6 часов. Хирург пришел к выводу о необходимости оперативного вмешательства. Однако, при осмотре ребенка обнаружен так же сопутствующий двусторонний крипторхизм. *Какую операцию целесообразно выполнить ребенку? Как быть в последующем?*

ПК-2

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками.

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты)

Тестирование:

01. Чтобы правильно трактовать имеющиеся изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении:
- А) лежа на спине;
 - Б) стоя;
 - В) лежа на животе;
 - Г) в положении Тренделенбурга;
 - Д) на «горке».
02. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по:
- А) наклейке на рентгенограмме;
 - Б) букве «Л» или «П», поставленной рентгенотехником;
 - В) газовому пузырю желудка;
 - Г) тени средостения;
 - Д) высоте куполов диафрагмы.
03. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:
- А) атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода;
 - Б) атрезии пищевода (безсвищевая форма);
 - В) халазии кардии;
 - Г) врожденным коротким пищеводом;
 - Д) грыже пищеводного отверстия диафрагмы.
04. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов:
- А) при бронхоэктазии;
 - Б) при врожденной лобарной эмфиземе;
 - В) при легочной секвестрации;
 - Г) при кисте легкого;
 - Д) при опухоли легкого.
05. Бронхография противопоказана:
- А) при опухоли легкого;
 - Б) при легочной секвестрации;
 - В) при врожденной лобарной эмфиземе;
 - Г) при кисте легкого;
 - Д) при бронхоэктазии.
06. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является:
- А) интубационный наркоз без миорелаксантов;
 - Б) местная анестезия;
 - В) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи;
 - Г) интубационный наркоз с применением миорелаксантов;
 - Д) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи.
07. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительна:
- А) «слепая» катетеризация бронхов под масочной анестезией;
 - Б) введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку под контролем рентгеновского экрана;
 - В) введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку без контроля рентгеновского экрана;
 - Г) введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп под контролем рентгеновского аппарата с электроннооптическим преобразователем;
 - Д) введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп без рентгеновского контроля.
08. Диагностический пневмоторакс показан:
- А) при гематоме легкого;
 - Б) при легочной севестрации;

- В) при лобарной эмфиземе;
- Г) при опухоли средостения;
- Д) при кистозной гипоплазии.

09. При выполнении «жесткой» эзофагоскопии перфорация пищевода чаще всего происходит на уровне:

- А) 1-го физиологического сужения;
- Б) 2-го физиологического сужения;
- В) области кардии;
- Г) между 1-м и 2-м физиологическими сужениями;
- Д) между 2-м физиологическим сужением и кардией.

10. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

- А) при бронхоэктазии;
- Б) при туберкулезе;
- В) при абсцессе легкого;
- Г) при легочной секвестрации;
- Д) при агенезии легкого.

11. Абсолютными показаниями для выполнения торакоскопии у детей являются:

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

12. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:

- А) синдром напряжения в грудной полости;
- Б) ранение легкого инструментами;
- В) отек легкого;
- Г) легочно-сердечная недостаточность;
- Д) все перечисленные.

13. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

- А) пиопневмоторакс
- Б) ателектаз
- В) буллезная форма легочной деструкции
- Г) пиоторакс
- Д) пневмоторакс

14. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:

- А) вертикальное;
- Б) лежа;
- В) на правом боку;
- Г) на левом боку;
- Д) любое из предложенных.

15. Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются:

- А) единичные широкие уровни;
- Б) множественные мелкие уровни;
- В) большой газовый пузырь желудка;
- Г) наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
- Д) свободный газ в брюшной полости.

16. Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является:
- А) единичные широкие уровни;
 - Б) множественные мелкие уровни;
 - В) большой газовый пузырь желудка;
 - Г) наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
 - Д) свободный газ в брюшной полости.
17. Наиболее целесообразно выполнять рентгеновское исследование после дачи бариевой взвеси у больного с подозрением на спаечную обтурационную непроходимость кишечника:
- А) каждый час;
 - Б) через каждые 3 часа;
 - В) через 3, 6, 12 часов;
 - Г) через 12, 24 часа;
 - Д) в зависимости от клинической картины и эффективности консервативных мероприятий.
18. При ирригографии у больного с болезнью Гиршпрунга после выведения зоны поражения под экраном целесообразно выполнить:
- А) один прямой снимок;
 - Б) один боковой снимок;
 - В) два — прямой и боковой;
 - Г) два — прямой и косой;
 - Д) три — прямой, боковой и косой.
19. При выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника и ранние сроки наиболее целесообразное число рентгеновских снимков:
- А) один — после расправления инвагината;
 - Б) два — при обнаружении инвагината и после его расправления;
 - В) три — обзорную рентгенограмму, при обнаружении инвагината и после его расправления;
 - Г) четыре — обзорный снимок, при обнаружении инвагината, на этапе его расправления и после расправления-;
 - Д) рентгеновские снимки не производить, контроль только рентгеноскопический.
20. В качестве контрастного вещества при фистулографии у больного с хроническим остеомиелитом костей таза следует использовать:
- А) воздух;
 - Б) водорастворимый контраст;
 - В) йодолипол;
 - Г) раствор бариевой взвеси;
 - Д) любое из предложенных.
21. Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии не показано при подозрении на:
- А) абсцесса Дугласова пространства;
 - Б) кисты яичника;
 - В) инородного тела прямой кишки;
 - Г) ректо-сигмоидита;
 - Д) полипа прямой кишки.
22. Типичной проекцией привратника при пилоростенозе, выявляемой при пальпации живота у младенца 1-го месяца жизни, является:
- А) средняя линия выше пупка;
 - Б) край правого подреберья;
 - В) уровень пупка;
 - Г) область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы;
 - Д) внутри от переднего отдела правой подвздошной кости.

23. Контрастное обследование пищевода с барием не показано при:
- А) халазии кардии;
 - Б) ахалазии кардии;
 - В) врождённом трахео-пищеводном свище;
 - Г) атрезии пищевода;
 - Д) врождённом коротком пищеводе.
24. Эзофагоскопия не обязательна при:
- А) ахалазии пищевода;
 - Б) врождённом стенозе пищевода;
 - В) ожоге пищевода;
 - Г) халазии кардии;
 - Д) атрезии пищевода.
25. При оценке тяжести пневмонии у новорождённых наиболее достоверным из физикальных методов обследования является:
- А) осмотр грудной клетки;
 - Б) аускультация лёгких;
 - В) перкуссия грудной клетки;
 - Г) число дыхательных движений в минуту;
 - Д) оценка степени цианоза и одышки.
26. Наиболее информативным из физикальных методов исследования при подозрении у новорождённого на острый живот является:
- А) наблюдение за поведением ребёнка;
 - Б) осмотр живота;
 - В) деликатная пальпация живота;
 - Г) перкуссия живота;
 - Д) зондирование желудка.
27. Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является:
- А) симптом «песочных часов»;
 - Б) обильная рвота;
 - В) потеря веса;
 - Г) обнаружение утолщенного привратника при пальпации;
 - Д) склонность к запорам.
28. Зондирование пищевода с диагностической целью не показано при:
- А) врождённом коротком пищеводе;
 - Б) пневмонии;
 - В) атрезии пищевода;
 - Г) врождённом трахео-пищеводном свище;
 - Д) врождённом стенозе пищеводе.
29. При подозрении на трахео-пищеводный свищу новорождённого наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:
- А) эзофагоскопия;
 - Б) рентгеноконтрастное исследование пищевода;
 - В) трахеоскопия;
 - Г) оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме;
 - Д) трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки.
30. При цистографии у новорождённых чаще всего выявляется:
- А) уретероцеле;
 - Б) наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса;
 - В) наличие незаращённого урахуса;
 - Г) наличие пузырно-кишечного свища;

Д) наличие дивертикула мочевого пузыря.

31. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:

- А) гидронефротическую трансформацию почек;
- Б) врожденную кишечную непроходимость;
- В) врожденный трахео-пищеводный свищ;
- Г) гастрошизис;
- Д) врожденный порок сердца.

32. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода и желудка нельзя выявить:

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

33. Метод ирригографии с бариевой взвесью не используется для диагностики:

- А) заворота средней кишки;
- Б) атипичного расположения аппендикса;
- В) болезни Гиршпрунга;
- Г) язвенно-некротического энтероколита у новорожденного;
- Д) инвагинации кишечника.

34. При патологии пупочной области зондирование пупочной ямки не проводят для выявления:

- А) кальциноза пупочной области;
- Б) фунгуса пупка;
- В) полного свища желточного протока;
- Г) неполного свища желточного протока;
- Д) свища урахуса.

35. Основным показателем правильности анатомических соотношений в суставах при артрографии является:

- А) равномерная высота рентгеновской суставной щели;
- Б) строгое соответствие краев сочленяющихся суставных поверхностей;
- В) соответствие оси конечности с осью движения в суставе;
- Г) правильные ответы А) и Б);
- Д) нет такого показателя.

36. Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является:

- А) смещение срединных структур мозга;
- Б) менингит;
- В) менингоэнцефалит;
- Г) стафилококковая деструкция легких;
- Д) родовая черепно-мозговая травма.

37. Отсутствие контрастирования желчного пузыря наиболее характерно для:

- А) для кисты общего желчного протока;
- Б) для хронического безкаменного холецистита;
- В) для хронического калькулезного холецистита;
- Г) для врожденной гипоплазии желчевыделительной системы;
- Д) для хронического гепатита.

38. Спленопортография выполняется:

- А) под общим обезболиванием с применением миорелаксантов;
- Б) под местным обезболиванием;
- В) через переднюю брюшную стенку;
- Г) в положении сидя;

Д) после лапаротомии.

39. Отсутствие нормальных анатомических образований в воротах печени наиболее характерно:

- А) для внепеченочной формы портальной гипертензии;
- Б) для хронического гепатита;
- В) для цирроза печени;
- Г) для врожденного фиброза печени;
- Д) для эхинококкоза печени.

40. Пункционная биопсия печени выполняется:

- А) под общим обезболиванием;
- Б) под местным обезболиванием;
- В) через переднюю брюшную стенку;
- Г) в положении сидя;
- Д) после лапаротомии.

41. Пункция оболочек яичка показана:

- А) при кисте семенного канатика;
- Б) при перекруте яичка;
- В) при орхоэпидидимите;
- Г) при напряженной водянке оболочек яичка;
- Д) при идиопатическом отеке мошонки.

42. Показанием для проведения функциональных исследований в гепатологии является:

- А) спленомегалия с варикозным расширением вен пищевода;
- Б) гепатомегалия;
- В) гипербилирубинемия;
- Г) анемия с частыми носовыми кровотечениями;
- Д) асцит.

43. Диафаноскопия не показана:

- А) при паховой грыже;
- Б) при пахово-мошоночной грыже;
- В) при перекруте яичка;
- Г) при остро возникшей кисте элементов семенного канатика;
- Д) при бедренной грыже.

44. Об остро возникшей кисте элементов семенного канатика свидетельствуют:

- А) отсутствие яичка в мошонке;
- Б) беспокойство и подъем температуры;
- В) наличие мягко эластического образования по ходу семенного канатика и прозрачной жидкости при диафаноскопии;
- Г) гиперемия мошонки;
- Д) гиперемия и болезненность в паховой области.

45. Центральный луч по отношению к плоскости кассеты для получения структурной рентгенограммы кости имеет:

- А) перпендикулярное направление;
- Б) под углом 10° ;
- В) под углом 20° ;
- Г) под углом 30° ;
- Д) под углом 40° .

46. Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием:

- А) острая задержка мочи;
- Б) гидронефроз;

- В) пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
- Г) недержание мочи;
- Д) нейрогенный мочевой пузырь.

47. Назовите заболевание, при котором экскреторная урография не помогает установить диагноз:

- А) клапан задней уретры;
- Б) гидронефроз;
- В) удвоение верхних мочевых путей;
- Г) торакальная дистония почки;
- Д) подковообразная почка.

48. Антеградную пиелографию проводят для выявления:

- А) дивертикула мочевого пузыря;
- Б) наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- В) проходимости пиелoureтрального анастомоза при гидронефрозе;
- Г) опухоли почки;
- Д) кисты почки.

49. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в/в урография с лазерной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз:

- А) сморщивание или гипоплазия почки;
- Б) новообразование или киста почки;
- В) ОРВИ или апостематоз почки;
- Г) пиелoэктазия или гидронефроз;
- Д) ПМР или нейрогенный мочевой пузырь.

50. Цистография противопоказана:

- А) при пузырно-кишечных и пузырно-вагинальных свищах;
- Б) при уретероцеле;
- В) при обострении пиелонефрита;
- Г) при контрактуре шейки мочевого пузыря;
- Д) при опухолевом процессе в малом тазу.

51. Для цистографии используют:

- А) сергозин;
- Б) сульфат бария;
- В) верографин;
- Г) сульфат натрия;
- Д) тиосульфат натрия.

52. Цистография не информативна для выявления:

- А) размеров и контура мочевого пузыря;
- Б) наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- В) незаращенного урахуса;
- Г) врожденного пузырно-кишечного свища;
- Д) обструкции уретерovesикального сегмента мочеточника.

53. Уретрография противопоказана:

- А) при удвоении уретры;
- Б) при остром орхоэпидидимите;
- В) при урогенитальном синусе;
- Г) при клапане задней уретры;
- Д) при травме уретры .

54. В какое положение укладывают больного для проведения уретрографии:

- А) положение Тренделенбурга;
- Б) положение на правом боку с отведением левой ноги кнаружи

- и назад;
- В) положение на спине с разведенными бедрами;
- Г) положение на спине с валиком под ягодицами;
- Д) положение на боку с согнутыми нижними конечностями.

55. В диагностике «невидимых» камней почечной лоханки наиболее информативным методом исследования считают:

- А) экскреторная урография;
- Б) урокинематография;
- В) ретропневмоперитонеум;
- Г) ультразвуковое исследование;
- Д) урокимография.

56. Для диагностики разрыва уретры необходимо выполнить:

- А) экскреторную урографию
- Б) восходящую (ретроградную) уретрографию;
- В) цистометрию;
- Г) урофлоу метрик);
- Д) микционную цистографию.

57. При разрыве уретры запрещено проводить:

- А) инфузионную урографию;
- Б) восходящую уретрографию;
- В) микционную цистоуретрографию;
- Г) катетеризацию мочевого пузыря;
- Д) урофлоуметрию.

58. Наиболее достоверным методом исследования по выявлению камня мочевого пузыря считают:

- Л) микционную цистографию;
- Б) обзорный рентген-снимок;
- В) пневмоцистографию;
- Г) цистоскопию;
- Д) урофлоуметрию.

59. Диагноз вторично сморщенной почки или гипоплазированной почки позволяет установить:

- А) экскреторная урография;
- Б) компьютерная томорграфия;
- В) почечная ангиография;
- Г) биопсия почки;
- Д) радиоизотопные исследования в динамике.

60. Основным методом диагностики клапана задней уретры является

- А) восходящая уретрография;
- Б) инфузионная урография;
- В) цистометрия;
- Г) уретроскопия;
- Д) урофлоуметрия.

61. Красочная проба (введение синьки в мочевой пузырь) наиболее информативна для выявления:

- А) удвоения верхних мочевых путей и уретероцеле;
- Б) рефлюкса в мочеточник верхней половины удвоенной почки
- В) ночного недержания мочи (энуреза);
- Г) эктопии устья добавочного мочеточника ниже сфинктера мочевого пузыря;
- Д) уретерогидронефроза одной из половин удвоенной почки .

62. В случае макрогематурии показано выполнение:

- А) ретроградную пиелографии;

- Б) экскреторную урографии;
- В) цистоскопии;
- Г) цистоуретрографии;
- Д) радиоизотопного обследования.

63. Симптом гемоглинурии может быть результатом:

- А) острого пиелонефрита;
- Б) острого гломерулонефрита;
- В) некротического папиллита;
- Г) паранефрита;
- Д) отравления анилином.

64. Больным с анурией противопоказано проведение:

- А) обзорной рентгенографии органов брюшной полости;
- Б) экскреторной урографии;
- В) цистоуретрографии;
- Г) ретроградной пиелографии;
- Д) цистоскопии.

65. Рентгенологический феномен «белой почки» (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:

- А) обтурации мочеточника камнем;
- Б) вторично сморщенной почки;
- В) острого необструктивного пиелонефрита;
- Г) травмы почки;
- Д) опухоли почки.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения)

Ситуационная задача: Состояние новорожденного ребенка 3-х недельного возраста, находящегося в отделении патологии новорожденных по поводу пупочного сепсиса, в течение последней ночи существенно ухудшилось: стал беспокойным, повысилась температура до 38,5°, дважды была рвота створоженным молоком с примесью желчи. В легких – пуэрильное дыхание, тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, живот резко вздут, напряжен при перкуссии определяются участки тимпанита, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются. Стул жидкий, зеленоватый, с большим количеством слизи. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имеются горизонтальные уровни жидкости, пневматоз кишечника.

Как уточнить диагноз? Ваша тактика? Показания к оперативному вмешательству?

Ситуационная задача: У доношенного новорожденного ребенка с массой тела 3200 гр. И оценкой Апгар при рождении 7-8 баллов через час после рождения отмечена рвота с примесью желчи. После первого кормления рвота повторилась, причем количество рвотных масс значительно увеличилось и по-прежнему содержит примесь желчи. При осмотре ребенка обращают на себя внимание: адинамия, слабый крик, западение родничка, сухость кожных покровов. Живот пальпаторно мягкий, вздутый в верхних отделах и запавший в нижних. Меконий не отходил. Падение массы тела за первые сутки-150гр.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих диагностических манипуляций? Каковы Ваши действия после уточнения диагноза? Если показана операция, то какая?

Ситуационная задача: У новорожденного ребенка 2-х суток жизни в результате исследования выявлена атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – в проекции желудка определяется газовый пузырь, в остальных

отделах – картина «немного» живота, в петлях кишечника газы не определяются. Был скудный «стул» в виде слизистых пробок серого цвета.

О каком сочетанном пороке развития можно думать? Ваши действия для уточнения диагноза. Суть и смысл хирургической помощи?

Ситуационная задача: Новорожденному ребенку с клинической картиной нарастающей острой дыхательной недостаточности через 6 часов после рождения выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости, на которой отмечается смещение сердца и средостения в правую сторону. В проекции левого легкого участки затемнения чередуются с участками просветления и имеют ячеистый рисунок. Живот не вздут, запавший и уменьшенный в нижних отделах «Стула» не было. Тахикардия до 180 уд. В 1 минуту. Направляющей диагноз родильного дома «Декстракардия».

О каком заболевании или пороке развития можно думать? Уточните диагноз, определите хирургическую тактику, предоперационная подготовка, операционный доступ, этапы хирургического вмешательства.

Ситуационная задача: У больного 12 лет, который уже 3-и сутки находится на скелетном вытяжении в травматологическом отделении по поводу закрытого перелома бедренной кости, резко ухудшилось состояние (нарастающая бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, А/Д падает). Из анамнеза - доставлен в клинику через 2 часа после дорожно-транспортного происшествия. При поступлении выполнена рентгенография бедра, выявлен перелом бедренной кости и под внутривенным наркозом наложено скелетное вытяжение. Состояние больного в течение прошедших 2-х суток не вызывало опасений.

С чем может быть связано внезапное ухудшение состояния ребенка? Как уточнить диагноз? Ваша тактика?

Ситуационная задача: Ребенок 3-х месяцев находится на лечении в инфекционной больнице по поводу кишечной инфекции в течение 7 дней. В последние двое суток у ребенка отмечается ухудшение состояния: многократная рвота, вздутие живота отсутствие стула. Состояние тяжелое. Вы приглашены для исключения хирургической патологии.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих действий? В каком случае следует перевести ребенка в хирургический стационар?

Ситуационная задача: В приемное отделение хирургической клиники доставлен 3-х месячный ребенок с жалобами на задержку стула и газов, вздутие живота 2-х кратную рвоту Затруднение в отхождении стула и газов отмечаются с рождения, но удавалось получить стул после клизмы, введения свечи или кусочка мыла В настоящее время очистительные клизмы и введение газоотводной трубки облегчения не дают, стула нет на протяжении 4-х суток.

Каковы Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы исследования и лечебная тактика?

Ситуационная задача: Мальчику 5 лет. Болеет с 3-х летнего возраста, когда родители стали обращать внимание, что ребенок подолгу жует пищу, периодически жалуется на боли в грудной клетке во время еды, иногда после еды отмечалась рвота или рвотные движения появлялись вовремя приема пищи. Насколько раз находился в ЛОР - отделении по месту жительства с признаками полной непроходимости пищевода из-за обтурации его крупными кусками мяса и фруктов. В настоящее время во время приема пищи постоянно запивает еду водой, иногда сам вызывает после еды рвоту. В «рвотных» массах иногда определяются частицы пищи, принятой накануне.

Каковы Ваш предположительный диагноз и план обследования?

Ситуационная задача: В приемный покой доставлен ребенок 8 лет. Во время игры упал на правую руку. В настоящее время жалуется на боли в правом плече. При осмотре имеется отек, деформация в средней трети правого плеча, резкая болезненность, правая кисть свисает. Поднять кисть ребенок не может, но пассивное разгибание лучезапястного суставе возможно. На рентгенограмме - закрытый косой перелом средней трети правой плечевой кости.

Какая патология сопутствует повреждению кости? Каковы возможные причины? Что следует предпринять?

Ситуационная задача: Ребенок 2,5 лет пятые сутки лечится в соматическом стационаре с диагнозом «Правосторонняя сливная пневмония». Состояние ребенка резко ухудшилось: выросла одышка, дыхание хрипящее, выражен акроцианоз, ребенок покрыт холодным потом. При аускультации дыхание справа не прослушивается, тоны сердца приглушены и смещены влево.

С чем может быть связано резкое ухудшение состояния? Как уточнить диагноз? Каковы возможные варианты оказания первой помощи и дальнейшего лечения?

Ситуационная задача: Ребенок 7 лет в течение нескольких месяцев отмечает чувство тяжести в груди справа, слабость и быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке и покашливание. Температура тела иногда к вечеру поднимается до субфебрильных цифр. При аускультации справа в нижних отделах дыхание ослаблено, при перкуссии отмечается притупление. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа отмечается отчетливое затемнение с четким овальным верхним контуром. Нижний контур образования сливается с тенью печени

О какой патологии следует думать? Как уточнить диагноз? Каковы целесообразные методы лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 9 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в 9 часов 30 минут с диагнозом «ущемленная грыжа». Заболевание началось накануне: на уроке физкультуры мальчик почувствовал резкую боль в правой половине мошонки. С трудом пришел домой. Дома принял обезболивающие таблетки, но ночью шал плохо из-за болей. При осмотре отмечается отек и гиперемия правой половины мошонки, яичко увеличено в размере, резко болезненно и подтянуто к корню мошонки.

Каковы вероятный диагноз и хирургическая тактика?

Ситуационная задача: В стационар доставлена девочка 6 лет с жалобами на боли в животе. Заболела около 4-5 часов тому назад: появились боли в животе, дважды была рвота, температура тела повысилась до 38,7 градуса. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы бледные, черты лица заострены, язык сухой, обложен белым налетом, пульс - 120 ударов в 1 минуту. Живот пальпаторно болезненный во всех отделах, в нижних отделах отмечается ригидность передней брюшной стенки и положительный симптом Шеткина - Блюмберга. В анализе крови - лейкоцитоз до 19 тыс. и сдвиг нейтрофильной формулы влево.

Ваши предположительные диагнозы? Какую медицинскую помощь необходимо оказать ребенку в данный момент? Если показано оперативное вмешательство, то какое?

Ситуационная задача: В отделение реанимации новорожденных из родильного дома доставлен новорожденный мальчик 4-х дней. Ребенок от первой беременности, роды в тазовом предлежании, родился с массой тела 3800 гр., с оценкой по шкале Апгар — 5-6 баллов. Состояние тяжелое, вял, адинамичен, плач слабый.

Кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут, срыгивания и рвоты не было. В момент осмотра отмечен стул переходного характера. Правая половина мошонки темно-синюшного цвета, по ходу семенного канатика уплотнение. В анализе крови - Hb - 54 г/л

О каких заболеваниях можно думать? Как уточнить диагноз? Варианты лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 12 лет взят на операцию с диагнозом «острый аппендицит». При вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество слабо-геморрагического выпота, гиперемия петель подвздошной кишки и червеобразного отростка, на перитонеальной брюшине геморрагические высыпания, убедительных данных за острый аппендицит нет.

О каком заболевании следует думать?

В чем причина диагностической ошибки? Каковы дальнейшие действия хирурга в данной ситуации?

Ситуационная задача: Мальчик 13 лет доставлен в клинику с приступом почечной колики слева. При осмотре выяснилось, что ребенок около суток не мочился. При катетеризации мочевого пузыря получено около 5 мл геморрагической мочи. На рентгенограмме мочевыводящих путей ей обнаружена тень конкремента неправильной формы размерами около 3,5 x 1,5 см в проекции левой почки и вторая тень размерами 1,2 x 0,8 см в проекции дистального отдела левого мочеточника

В чем причина анурии? Какую неотложную помощь следует оказать ребенку!? Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить и когда?

Ситуационная задача: Ребенок 6 лет направлен из районной больницы в хирургическую клинику с диагнозом «абсцесс левого легкого». Отмечается повышение температуры тела до 38,4

градуса, интоксикация, умеренная одышка, болен около 3-х дней На рентгенограмме грудной клетки в левой половине на фоне инфильтрации нижней доли определяется тень с уровнем жидкости и воздухом над ним диаметром около 12 см. Справа в среднем легочном поле видна четкая овальная тень размерами около 5,0 x 4,0 см. Высказано предположение о множественном эхинококкозе.

Какие исследования, необходимо выполнить для уточнения диагноза? Какова должна быть хирургическая тактика при двустороннем эхинококкозе легких или при обнаружении паразитарных кист еще и в других органах?

Ситуационная задача: Мальчик 8 лет получил перелом костей предплечья в результате падения с высоты. Ребенок был госпитализирован в травматологическое отделение, под общим обезболиванием выполнена репозиция и наложена гипсовая повязка На следующее утро ребенок стал жаловаться на головные боли, дважды отмечена рвота.

С чем могут быть связаны указанные симптомы? Как уточнить диагноз? Каково целесообразное лечение в зависимости от диагноза?

Ситуационная задача: Мальчик 1,5 лет доставлен бригадой скорой помощи с диагнозом «ущемленная паховая грыжа справа», При осмотре диагноз подтвержден. Давность ущемления около 6 часов. Хирург пришел к выводу о необходимости оперативного вмешательства. Однако, при осмотре ребенка обнаружен так же сопутствующий двусторонний крипторхизм. *Какую операцию целесообразно выполнить ребенку? Как быть в последующем?*

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д)

Ситуационная задача: Состояние новорожденного ребенка 3-х недельного возраста, находящегося в отделении патологии новорожденных по поводу пупочного сепсиса, в течение последней ночи существенно ухудшилось: стал беспокойным, повысилась температура до 38,5°, дважды была рвота створоженным молоком с примесью желчи. В легких – пуэрильное дыхание, тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, живот резко вздут, напряжен при перкуссии определяются участки тимпанита, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются. Стул жидкий, зеленоватый, с большим количеством слизи. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имеются горизонтальные уровни жидкости, пневматоз кишечника.

Как уточнить диагноз? Ваша тактика? Показания к оперативному вмешательству?

Ситуационная задача: У доношенного новорожденного ребенка с массой тела 3200 гр. И оценкой Апгар при рождении 7-8 баллов через час после рождения отмечена рвота с примесью желчи. После первого кормления рвота повторилась, причем количество рвотных масс значительно увеличилось и по-прежнему содержит примесь желчи. При осмотре ребенка обращают на себя внимание: адинамия, слабый крик, западение родничка, сухость кожных покровов. Живот пальпаторно мягкий, вздутый в верхних отделах и запавший в нижних. Меконий не отходил. Падение массы тела за первые сутки-150гр.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих диагностических манипуляций? Каковы Ваши действия после уточнения диагноза? Если показана операция, то какая?

Ситуационная задача: У новорожденного ребенка 2-х суток жизни в результате исследования выявлена атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – в проекции желудка определяется газовый пузырь, в остальных отделах – картина «немного» живота, в петлях кишечника газы не определяются. Был скудный «стул» в виде слизистых пробок серого цвета.

О каком сочетанном пороке развития можно думать? Ваши действия для уточнения диагноза. Суть и смысл хирургической помощи?

Ситуационная задача: Новорожденному ребенку с клинической картиной нарастающей острой дыхательной недостаточности через 6 часов после рождения выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости, на которой отмечается смещение сердца и средостения в правую сторону. В проекции левого легкого участки затемнения чередуются с участками просветления и имеют ячеистый рисунок. Живот не вздут, запавший и уменьшенный в нижних отделах «Стула» не было. Тахикардия до 180 уд. В 1 минуту. Направляющей диагноз родильного дома «Декстракардия».

О каком заболевании или пороке развития можно думать? Уточните диагноз, определите хирургическую тактику, предоперационная подготовка, операционный доступ, этапы хирургического вмешательства.

Ситуационная задача: У больного 12 лет, который уже 3-и сутки находится на скелетном вытяжении в травматологическом отделении по поводу закрытого перелома бедренной кости, резко ухудшилось состояние (нарастающая бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, А/Д падает). Из анамнеза - доставлен в клинику через 2 часа после дорожно-транспортного происшествия. При поступлении выполнена рентгенография бедра, выявлен перелом бедренной кости и под внутривенным наркозом наложено скелетное вытяжение. Состояние больного в течение прошедших 2-х суток не вызывало опасений.

С чем может быть связано внезапное ухудшение состояния ребенка? Как уточнить диагноз? Ваша тактика?

Ситуационная задача: Ребенок 3-х месяцев находится на лечении в инфекционной больнице по поводу кишечной инфекции в течение 7 дней. В последние двое суток у ребенка отмечается ухудшение состояния: многократная рвота, вздутие живота отсутствие стула. Состояние тяжелое. Вы приглашены для исключения хирургической патологии.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих действий? В каком случае следует перевести ребенка в хирургический стационар?

Ситуационная задача: В приемное отделение хирургической клиники доставлен 3-х месячный ребенок с жалобами на задержку стула и газов, вздутие живота 2-х кратную рвоту Затруднение в отхождении стула и газов отмечаются с рождения, но удавалось получить стул после клизмы, введения свечи или кусочка мыла В настоящее время очистительные клизмы и введение газоотводной трубки облегчения не дают, стула нет на протяжении 4-х суток.

Каковы Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы исследования и лечебная тактика?

Ситуационная задача: Мальчику 5 лет. Болеет с 3-х летнего возраста, когда родители стали обращать внимание, что ребенок подолгу жует пищу, периодически жалуется на боли в грудной клетке во время еды, иногда после еды отмечалась рвота или рвотные движения появлялись вовремя приема пищи. Насколько раз находился в ЛОР - отделении по месту жительства с признаками полной непроходимости пищевода из-за обтурации его крупными кусками мяса и фруктов. В настоящее время во время приема пищи постоянно запивает еду водой, иногда сам вызывает после еды рвоту. В «рвотных» массах иногда определяются частицы пищи, принятой накануне.

Каковы Ваш предположительный диагноз и план обследования?

Ситуационная задача: В приемный покой доставлен ребенок 8 лет. Во время игры упал на правую руку. В настоящее время жалуется на боли в правом плече. При осмотре имеется отек, деформация в средней трети правого плеча, резкая болезненность, правая кисть свисает. Поднять кисть ребенок не может, но пассивное разгибание лучезапястном суставе возможно. На рентгенограмме - закрытый кривой перелом средней трети правой плечевой кости.

Какая патология сопутствует повреждению кости? Каковы возможные причины? Что следует предпринять?

Ситуационная задача: Ребенок 2,5 лет пятые сутки лечится в соматическом стационаре с диагнозом «Правосторонняя сливная пневмония». Состояние ребенка резко ухудшилось: выросла одышка, дыхание хрипящее, выражен акроцианоз, ребенок покрыт холодным потом. При аускультации дыхание справа не прослушивается, тоны сердца приглушены и смещены влево. *С чем может быть связано резкое ухудшение состояния? Как уточнить диагноз? Каковы возможные варианты оказания первой помощи и дальнейшего лечения?*

Ситуационная задача: Ребенок 7 лет в течение нескольких месяцев отмечает чувство тяжести в груди справа, слабость и быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке и покашливание. Температура тела иногда к вечеру поднимается до субфебрильных цифр. При аускультации справа в нижних отделах дыхание ослаблено, при перкуссии отмечается притупление. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа отмечается отчетливое затемнение с четким овальным верхним контуром. Нижний контур образования сливается с тенью печени

О какой патологии следует думать? Как уточнит, диагноз? Каковы целесообразные методы лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 9 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в 9 часов 30 минут с диагнозом «ущемленная грыжа». Заболевание началось накануне: на уроке физкультуры мальчик почувствовал резкую боль в правой половине мошонки. С трудом пришел домой. Дома принял обезболивающие таблетки, но ночью шал плохо из-за болей. При осмотре отмечается отек и гиперемия правой половины мошонки, яичко увеличено в размере, резко болезненно и подтянуто к корню мошонки.

Каковы вероятный диагноз и хирургическая тактика?

Ситуационная задача: В стационар доставлена девочка 6 лет с жалобами на боли в животе. Заболела около 4-5 часов тому назад: появились боли в животе, дважды была рвота, температура тела повысилась до 38,7 градуса. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы бледные, черты лица заострены, язык сухой, обложен белым налетом, пульс - 120 ударов в 1 минуту. Живот пальпаторно болезненный во всех отделах, в нижних отделах отмечается ригидность передней брюшной стенки и положительный симптом Шеткина - Блюмберга. В анализе крови - лейкоцитоз до 19 тыс. и сдвиг нейтрофильной формулы влево.

Ваши предположительные диагнозы? Какую медицинскую помощь необходимо оказать ребенку в данный момент? Если показано оперативное вмешательство, то какое?

Ситуационная задача: В отделение реанимации новорожденных из родильного дома доставлен новорожденный мальчик 4-х дней. Ребенок от первой беременности, роды в тазовом предлежании, родился с массой тела 3800 гр., с оценкой по шкале Апгар — 5-6 баллов. Состояние тяжелое, вял, динамичен, плач слабый.

Кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут, срыгивания и рвоты не было. В момент осмотра отмечен стул переходного характера. Правая половина мошонки темно-синюшного цвета, по ходу семенного канатика уплотнение. В анализе крови - Hb - 54 г/л

О каких заболеваниях можно думать? Как уточнить диагноз? Варианты лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 12 лет взят на операцию с диагнозом «острый аппендицит». При вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество слабо-ге-моррагического выпота, гиперемия петель подвздошной кишки и червеоб-разного отростка, на перитонеальной брюшине геморрагические высыпания, убедительных данных за острый аппендицит нет.

О каком заболевании следует думать?

В чем причина диагностической ошибки? Каковы дальнейшие действия хирурга в данной ситуации?

Ситуационная задача: Мальчик 13 лет доставлен в клинику с приступом почечной колики слева. При осмотре выяснилось, что ребенок около суток не мочился. При катетеризации мочевого пузыря получено около 5 мл геморрагической мочи. На рентгенограмме мочевыводящих гут ей обнаружена тень конкремента неправильной формы размерами около 3,5 x 1,5 см в проекции левой почки и вторая тень размерами 1,2 x 0,8 см в проекции дистального отдела левого мочеточника

В чем причина анурии? Какую неотложную помощь следует оказать ребенку!? Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить и когда?

Ситуационная задача: Ребенок 6 лет направлен из районной больницы в хирургическую клинику с диагнозом «абсцесс левого легкого». Отмечается повышение температуры тела до 38,4 градуса, интоксикация, умеренная одышка, болен около 3-х дней. На рентгенограмме грудной клетки в левой половине на фоне инфильтрации нижней доли определяется тень с уровнем

жидкости и воздухом над ним диаметром около 12 см. Справа в среднем легочном поле видна четкая овальная тень размерами около 5,0 x 4,0 см. Высказано предположение о множественном эхинококкозе.

Какие исследования, необходимо выполнить для уточнения диагноза? Какова должна быть хирургическая тактика при двустороннем эхинококкозе легких или при обнаружении паразитарных кист еще и в других органах?

Ситуационная задача: Мальчик 8 лет получил перелом костей предплечья в результате падения с высоты. Ребенок был госпитализирован в травматологическое отделение, под общим обезболиванием выполнена репозиция и наложена гипсовая повязка. На следующее утро ребенок стал жаловаться на головные боли, дважды отмечена рвота.

С чем могут быть связаны указанные симптомы? Как уточнить диагноз? Каково целесообразное лечение в зависимости от диагноза?

Ситуационная задача: Мальчик 1,5 лет доставлен бригадой скорой помощи с диагнозом «ущемленная паховая грыжа справа». При осмотре диагноз подтвержден. Давность ущемления около 6 часов. Хирург пришел к выводу о необходимости оперативного вмешательства. Однако, при осмотре ребенка обнаружен так же сопутствующий двусторонний крипторхизм. *Какую операцию целесообразно выполнить ребенку? Как быть в последующем?*

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (Объективными методами обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания)

Тестирование:

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

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

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

- А) наклейке на рентгенограмме;
- Б) букве «Л» или «П», поставленной рентгентехником;
- В) газовому пузырю желудка;
- Г) тени средостения;
- Д) высоте куполов диафрагмы.

3. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:

- А) атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода;
- Б) атрезии пищевода (безсвищевая форма);
- В) халазии кардии;
- Г) врожденным коротким пищеводом;
- Д) грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

4. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов:

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

5. Бронхография противопоказана:

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

6. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является:

- А) интубационный наркоз без миорелаксантов;
- Б) местная анестезия;
- В) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи;
- Г) интубационный наркоз с применением миорелаксантов;
- Д) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи.

7. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительна:

- А) «слепая» катетеризация бронхов под масочной анестезией;
- Б) введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку под контролем рентгеновского экрана;
- В) введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку без контроля рентгеновского экрана;
- Г) введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп под контролем рентгеновского аппарата с электроннооптическим преобразователем;
- Д) введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп без рентгеновского контроля.

8. Диагностический пневмоторакс показан:

- А) при гематоме легкого;
- Б) при легочной севестрации;
- В) при лобарной эмфиземе;
- Г) при опухоли средостения;
- Д) при кистозной гипоплазии.

9. При выполнении «жесткой» эзофагоскопии перфорация пищевода чаще всего происходит на уровне:

- А) 1-го физиологического сужения;
- Б) 2-го физиологического сужения;
- В) области кардии;
- Г) между 1-м и 2-м физиологическими сужениями;
- Д) между 2-м физиологическим сужением и кардией.

10. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

- А) при бронхоэктазии;
- Б) при туберкулезе;
- В) при абсцессе легкого;
- Г) при легочной секвестрации;
- Д) при агенезии легкого.

11. Абсолютными показаниями для выполнения торакоскопии у детей являются:

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

12. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:

- А) синдром напряжения в грудной полости;
- Б) ранение легкого инструментами;
- В) отек легкого;

- Г) легочно-сердечная недостаточность;
- Д) все перечисленные.

13. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

- А) пиопневмоторакс
- Б) ателектаз
- В) буллезная форма легочной деструкции
- Г) пиоторакс
- Д) пневмоторакс

14. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:

- А) вертикальное;
- Б) лежа;
- В) на правом боку;
- Г) на левом боку;
- Д) любое из предложенных.

15. Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются:

- А) единичные широкие уровни;
- Б) множественные мелкие уровни;
- В) большой газовый пузырь желудка;
- Г) наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
- Д) свободный газ в брюшной полости.

16. Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является:

- А) единичные широкие уровни;
- Б) множественные мелкие уровни;
- В) большой газовый пузырь желудка;
- Г) наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
- Д) свободный газ в брюшной полости.

17. Наиболее целесообразно выполнять рентгеновское исследование после дачи бариевой взвеси у больного с подозрением на спаечную обтурационную непроходимость кишечника:

- А) каждый час;
- Б) через каждые 3 часа;
- В) через 3, 6, 12 часов;
- Г) через 12, 24 часа;
- Д) в зависимости от клинической картины и эффективности консервативных мероприятий.

18. При ирригографии у больного с болезнью Гиршпрунга после выведения зоны поражения под экраном целесообразно выполнить:

- А) один прямой снимок;
- Б) один боковой снимок;
- В) два — прямой и боковой;
- Г) два — прямой и косой;
- Д) три — прямой, боковой и косой.

19. При выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника и ранние сроки наиболее целесообразное число рентгеновских снимков:

- А) один — после расправления инвагината;
- Б) два — при обнаружении инвагината и после его расправления;
- В) три — обзорную рентгенограмму, при обнаружении инвагината и после его расправления;

- Г) четыре — обзорный снимок, при обнаружении инвагината, на этапе его расправления и после расправления-;
- Д) рентгеновские снимки не производить, контроль только рентгеноскопический.

20. В качестве контрастного вещества при фистулографии у больного с хроническим остеомиелитом костей таза следует использовать:

- А) воздух;
- Б) водорастворимый контраст;
- В) йодолипол;
- Г) раствор бариевой взвеси;
- Д) любое из предложенных.

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

- А) абсцесса Дугласова пространства;
- Б) кисты яичника;
- В) инородного тела прямой кишки;
- Г) ректо-сигмоидита;
- Д) полипа прямой кишки.

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

- А) средняя линия выше пупка;
- Б) край правого подреберья;
- В) уровень пупка;
- Г) область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы;
- Д) внутри от переднего отдела правой подвздошной кости.

23. Контрастное обследование пищевода с барием не показано при:

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

24. Эзофагоскопия не обязательна при:

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

25. При оценке тяжести пневмонии у новорождённых наиболее достоверным из физикальных методов обследования является:

- А) осмотр грудной клетки;
- Б) аускультация лёгких;
- В) перкуссия грудной клетки;
- Г) число дыхательных движений в минуту;
- Д) оценка степени цианоза и одышки.

26. Наиболее информативным из физикальных методов исследования при подозрении у новорождённого на острый живот является:

- А) наблюдение за поведением ребёнка;
- Б) осмотр живота;
- В) деликатная пальпация живота;
- Г) перкуссия живота;
- Д) зондирование желудка.

27. Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является:
- А) симптом «песочных часов»;
 - Б) обильная рвота;
 - В) потеря веса;
 - Г) обнаружение утолщенного привратника при пальпации;
 - Д) склонность к запорам.
28. Зондирование пищевода с диагностической целью не показано при:
- А) врожденном коротком пищеводе;
 - Б) пневмонии;
 - В) атрезии пищевода;
 - Г) врожденном трахео-пищеводном свище;
 - Д) врожденном стенозе пищеводе.
29. При подозрении на трахео-пищеводный свищу новорожденного наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:
- А) эзофагоскопия;
 - Б) рентгеноконтрастное исследование пищевода;
 - В) трахеоскопия;
 - Г) оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме;
 - Д) трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки.
30. При цистографии у новорожденных чаще всего выявляется:
- А) уретероцеле;
 - Б) наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса;
 - В) наличие незаращенного урахуса;
 - Г) наличие пузырно-кишечного свища;
 - Д) наличие дивертикула мочевого пузыря.
31. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:
- А) гидронефротическую трансформацию почек;
 - Б) врожденную кишечную непроходимость;
 - В) врожденный трахео-пищеводный свищ;
 - Г) гастрошизис;
 - Д) врожденный порок сердца.
32. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода и желудка нельзя выявить:
- А) халазию кардии;
 - Б) ахалазию кардии;
 - В) грыжу пищеводного отверстия диафрагмы;
 - Г) геморрагический гастрит;
 - Д) пилоростеноз.
33. Метод ирригографии с бариевой взвесью не используется для диагностики:
- А) заворота средней кишки;
 - Б) атипичного расположения аппендикса;
 - В) болезни Гиршпрунга;
 - Г) язвенно-некротического энтероколита у новорожденного;
 - Д) инвагинации кишечника.
34. При патологии пупочной области зондирование пупочной ямки не проводят для выявления:
- А) кальциноза пупочной области;
 - Б) фунгуса пупка;
 - В) полного свища желточного протока;
 - Г) неполного свища желточного протока;
 - Д) свища урахуса.

35. Основным показателем правильности анатомических соотношений в суставах при артрографии является:
- А) равномерная высота рентгеновской суставной щели;
 - Б) строгое соответствие краев сочленяющихся суставных поверхностей;
 - В) соответствие оси конечности с осью движения в суставе;
 - Г) правильные ответы А) и Б);
 - Д) нет такого показателя.
36. Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является:
- А) смещение срединных структур мозга;
 - Б) менингит;
 - В) менингоэнцефалит;
 - Г) стафилококковая деструкция легких;
 - Д) родовая черепно-мозговая травма.
37. Отсутствие контрастирования желчного пузыря наиболее характерно для:
- А) для кисты общего желчного протока;
 - Б) для хронического безкаменного холецистита;
 - В) для хронического калькулезного холецистита;
 - Г) Для врожденной гипоплазии желчевыведительной системы;
 - Д) для хронического гепатита.
38. Спленопортография выполняется:
- А) под общим обезболиванием с применением миорелаксантов;
 - Б) под местным обезболиванием;
 - В) через переднюю брюшную стенку;
 - Г) в положении сидя;
 - Д) после лапаротомии.
39. Отсутствие нормальных анатомических образований в воротах печени наиболее характерно:
- А) для внепеченочной формы портальной гипертензии;
 - Б) для хронического гепатита;
 - В) для цирроза печени;
 - Г) для врожденного фиброза печени;
 - Д) для эхинококкоза печени.
40. Пункционная биопсия печени выполняется:
- А) под общим обезболиванием;
 - Б) под местным обезболиванием;
 - В) через переднюю брюшную стенку;
 - Г) в положении сидя;
 - Д) после лапаротомии.
41. Пункция оболочек яичка показана:
- А) при кисте семенного канатика;
 - Б) при перекруте яичка;
 - В) при орхоэпидидимите;
 - Г) при напряженной водянке оболочек яичка;
 - Д) при идиопатическом отеке мошонки.
42. Показанием для проведения функциональных исследований в гепатологии является:
- А) спленомегалия с варикозным расширением вен пищевода;
 - Б) гепатомегалия;
 - В) гипербилирубинемия;
 - Г) анемия с частыми носовыми кровотечениями;
 - Д) асцит.

43. Диафаноскопия не показана:
- А) при паховой грыже;
 - Б) при пахово-мошоночной грыже;
 - В) при перекруте яичка;
 - Г) при остро возникшей кисте элементов семенного канатика;
 - Д) при бедренной грыже.
44. Об остро возникшей кисте элементов семенного канатика свидетельствуют:
- А) отсутствие яичка в мошонке;
 - Б) беспокойство и подъем температуры;
 - В) наличие мягко эластического образования по ходу семенного канатика и прозрачной жидкости при диафаноскопии;
 - Г) гиперемия мошонки;
 - Д) гиперемия и болезненность в паховой области.
45. Центральный луч по отношению к плоскости кассеты для получения структурной рентгенограммы кости имеет:
- А) перпендикулярное направление;
 - Б) под углом 10° ;
 - В) под углом 20° ;
 - Г) под углом 30° ;
 - Д) под углом 40° .
46. Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием:
- А) острая задержка мочи;
 - Б) гидронефроз;
 - В) пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
 - Г) недержание мочи;
 - Д) нейрогенный мочевой пузырь.
47. Назовите заболевание, при котором экскреторная урография не помогает установить диагноз:
- А) клапан задней уретры;
 - Б) гидронефроз;
 - В) удвоение верхних мочевых путей;
 - Г) торакальная дистония почки;
 - Д) подковообразная почка.
48. Антеградную пиелографию проводят для выявления:
- А) дивертикула мочевого пузыря;
 - Б) наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса;
 - В) проходимости пиелoureтрального анастомоза при гидронефрозе;
 - Г) опухоли почки;
 - Д) кисты почки.
49. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в/в урография с лазерной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз:
- А) сморщивание или гипоплазия почки;
 - Б) новообразование или киста почки;
 - В) ОРВИ или апостематоз почки;
 - Г) пиелэктазия или гидронефроз;
 - Д) ПМР или нейрогенный мочевой пузырь.
50. Цистография противопоказана:
- А) при пузырно-кишечных и пузырно-вагинальных свищах;
 - Б) при уретероцеле;
 - В) при обострении пиелонефрита;

- Г) при контрактуре шейки мочевого пузыря;
- Д) при опухолевом процессе в малом тазу.

51. Для цистографии используют:

- А) сергозин;
- Б) сульфат бария;
- В) верографин;
- Г) сульфат натрия;
- Д) тиосульфат натрия.

52. Цистография не информативна для выявления:

- А) размеров и контура мочевого пузыря;
- Б) наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- В) незаращенного урахуса;
- Г) врожденного пузырно-кишечного свища;
- Д) обструкции уретерovesикального сегмента мочеточника.

53. Уретрография противопоказана:

- А) при удвоении уретры;
- Б) при остром орхоэпидидимите;
- В) при урогенитальном синусе;
- Г) при клапане задней уретры;
- Д) при травме уретры .

54. В какое положение укладывают больного для проведения уретрографии:

- А) положение Тренделенбурга;
- Б) положение на правом боку с отведением левой ноги кнаружи и назад;
- В) положение на спине с разведенными бедрами;
- Г) положение на спине с валиком под ягодицами;
- Д) положение на боку с согнутыми нижними конечностями.

55. В диагностике «невидимых» камней почечной лоханки наиболее информативным методом исследования считают:

- А) экскреторная урография;
- Б) урокинематография;
- В) ретропневмоперитонеум;
- Г) ультразвуковое исследование;
- Д) урокимография.

56. Для диагностики разрыва уретры необходимо выполнить:

- А) экскреторную урографию
- Б) восходящую (ретроградную) уретрографию;
- В) цистометрию;
- Г) урофлоу метрик);
- Д) микционную цистографию.

57. При разрыве уретры запрещено проводить:

- А) инфузионную урографию;
- Б) восходящую уретрографию;
- В) микционную цистоуретрографию;
- Г) катетеризацию мочевого пузыря;
- Д) урофлоуметрию.

58. Наиболее достоверным методом исследования по выявлению камня мочевого пузыря считают:

- Л) микционную цистографию;
- Б) обзорный рентген-снимок;

- В) пневмоцистографию;
- Г) цистоскопию;
- Д) урофлоуметрию.

59. Диагноз вторично сморщенной почки или гипоплазированной почки позволяет установить:
- А) экскреторная урография;
 - Б) компьютерная томография;
 - В) почечная ангиография;
 - Г) биопсия почки;
 - Д) радиоизотопные исследования в динамике.
60. Основным методом диагностики клапана задней уретры является
- А) восходящая уретрография;
 - Б) инфузионная урография;
 - В) цистометрия;
 - Г) уретроскопия;
 - Д) урофлоуметрия.
61. Красочная проба (введение синьки в мочевой пузырь) наиболее информативна для выявления:
- А) удвоения верхних мочевых путей и уретероцеле;
 - Б) рефлюкса в мочеточник верхней половины удвоенной почки
 - В) ночного недержания мочи (энуреза);
 - Г) эктопии устья добавочного мочеточника ниже сфинктера мочевого пузыря;
 - Д) уретерогидронефроза одной из половин удвоенной почки .
62. В случае макрогематурии показано выполнение:
- А) ретроградную пиелографии;
 - Б) экскреторную урографии;
 - В) цистоскопии;
 - Г) цистоуретрографии;
 - Д) радиоизотопного обследования.
63. Симптом гемоглобинурии может быть результатом:
- А) острого пиелонефрита;
 - Б) острого гломерулонефрита;
 - В) некротического папиллита;
 - Г) паранефрита;
 - Д) отравления анилином.
64. Больным с анурией противопоказано проведение:
- А) обзорной рентгенографии органов брюшной полости;
 - Б) экскреторной урографии;
 - В) цистоуретрографии;
 - Г) ретроградной пиелографии;
 - Д) цистоскопии.
65. Рентгенологический феномен «белой почки» (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:
- А) обтурации мочеточника камнем;
 - Б) вторично сморщенной почки;
 - В) острого необструктивного пиелонефрита;
 - Г) травмы почки;
 - Д) опухоли почки.

ПК-4

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты)

Тестирование

1. Международная классификация болезней - это:

- А) перечень наименований болезней в определенном порядке;
- Б) перечень диагнозов в определенном порядке;
- В) перечень симптомов, синдромов и остальных состояний, расположенных по определенному принципу;
- Г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;
- Д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромом, расположенных в определенном порядке.

2. Укажите специалистов, имеющих право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:

- А) врач станции скорой помощи;
- Б) врач станции переливания крови;
- В) врач бальнеолечебницы;
- Г) врач приемного покоя больницы;
- Д) судебно-медицинский эксперт.

3. До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач?

- А) до 10 дней;
- Б) до 30 дней;
- В) до 45 дней;
- Г) до 60 дней;
- Д) до 75 дней.

4. Основой для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования не является:

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

5. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- А) Если пациент не достиг 15 лет;
- Б) В возрасте от 15 до 18 лет при отказе от медицинского вмешательства, недееспособные граждане
- В) В возрасте до 15 лет и во всех случаях, когда невозможно получить согласие пациента, недееспособные граждане
- Г) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители
- Д) В случае отсутствия возможности своевременно оформить документы

6. Право граждан на оказание экстренной медицинской помощи регламентировано:
- А) Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.
 - Б) Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается при отсутствии полиса ОМС.
 - В) Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается иностранным гражданам.
 - Г) Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается жителям других регионов, за исключением детей.
 - Д) Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается при отсутствии возможности получить информированное согласие пациента или его законного представителя.
7. Оптимальным сроком при оперативном лечении срединного свища шеи является возраст:
- А) от 6 мес до 1 года;
 - Б) 3-5 лет;
 - В) 1-2 года;
 - Г) 5-10 лет;
 - Д) старше 10 лет.
8. Для предупреждения рецидива кисты шеи при операции необходимо выполнить:
- А) выделение свища до поверхностной фасции;
 - Б) ушивание свищевого отверстия после санации;
 - В) перевязка наружной яремной вены;
 - Г) обработка свищевого хода склерозирующими препаратами;
 - Д) резекция подъязычной кости.
9. Наиболее частым осложнением после операции по поводу свищей шеи является:
- А) кровотечение;
 - Б) расхождение швов;
 - В) нарушение акта глотания;
 - Г) рецидив свища;
 - Д) гиперсаливация.
10. Хирургическая обработка гнойной раны не обеспечивает:
- А) ускорению заживления раны;
 - Б) снижению интоксикации;
 - В) купированию раневой инфекции;
 - Г) предупреждению генерализации процесса;
 - Д) антибактериальное воздействие.
11. Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является
- А) общая анестезия;
 - Б) местная инфильтрационная анестезия;
 - В) местная проводниковая анестезия;
 - Г) местно хлорэтил;
 - Д) выбор по индивидуальным показаниям.
12. Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет:
- А) 2-3 часа;
 - Б) 4-6 часов;
 - В) 7-9 часов;

- Г) 10-12 часов;
- Д) индивидуально.

13. Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является:

- А) активная аспирация;
- Б) пассивный отток;
- В) капиллярные свойства;
- Г) гигроскопические свойства;
- Д) сочетание свойств.

14. Дренирование гнойной раны показано в фазе:

- А) индивидуально;
- Б) реорганизации;
- В) регенерации;
- Г) воспаления;
- Д) во всех перечисленных фазах.

15. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:

- А) механическое очищение очага;
- Б) антибактериальное воздействие;
- В) предупреждение распространения местного процесса;
- Г) предупреждение генерализации воспалительного процесса;
- Д) противовоспалительный фактор.

16. Наиболее эффективным методом дренирования гнойной раны является:

- А) однопросветная трубка для пассивного оттока;
- Б) резиновый выпускник;
- В) марлевый тампон;
- Г) активное дренирование;
- Д) сигарный дренаж.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения)

Изложение информации полученной на научно-практических конференциях, обществе хирургов, с высказыванием мнения о том, как можно использовать эту информацию для улучшения качества оказания хирургической помощи детскому населению.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д)

Навыки:

1. Составления отчета по показателям конкретного хирургического отделения

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты)

Тестирование:

1. Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено:
 - А) нарушением обратного развития зубно-глотовочного протока;
 - Б) незаращением остатков жаберных дуг;
 - В) нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока;
 - Г) хромосомными абберациями;
 - Д) эктопией эпителия дна полости рта.

2. Характерным симптомом для срединных кист шеи является:
 - А) боли при глотании;
 - Б) смещаемость кисты при глотании;
 - В) расположение над яремной ямкой;
 - Г) плотная консистенция;
 - Д) периодическое исчезновение.

3. Наиболее информативным методом распознавания срединных свищей шеи является:
 - А) обзорная рентгенография;
 - Б) ультразвуковое исследование;
 - В) зондирование свища;
 - Г) фистулография;
 - Д) компьютерная томография.

4. Для лимфангиомы в области шеи характерны:
 - А) размеры 1-2 см;
 - Б) плотный тяж, идущий к подъязычной кости;
 - В) срединное расположение;
 - Г) истонченная кожа над образованием;
 - Д) смещаемость при глотании.

5. Для шейного лимфаденита характерны:
 - А) смещаемость при глотании;
 - Б) срединное расположение;
 - В) мягкая консистенция;
 - Г) отсутствие боли при пальпации;
 - Д) наличие входных ворот инфекции и болезненность.

6. Срединную кисту шеи не следует дифференцировать с:
 - А) липомой;
 - Б) флебэктазией яремной вены;
 - В) врожденной мышечной кривошеей;
 - Г) дермоидной кистой;
 - Д) лимфаденитом.

7. Оптимальным сроком при оперативном лечении срединного свища шеи является возраст:
 - А) от 6 мес до 1 года;
 - Б) 3-5 лет;
 - В) 1-2 года;
 - Г) 5-10 лет;
 - Д) старше 10 лет.

8. Для предупреждения рецидива кисты шеи при операции необходимо выполнить:
- А) выделение свища до поверхностной фасции;
 - Б) ушивание свищевого отверстия после санации;
 - В) перевязка наружной яремной вены;
 - Г) обработка свищевого хода склерозирующими препаратами;
 - Д) резекция подъязычной кости.
9. Наиболее частым осложнением после операции по поводу свищей шеи является:
- А) кровотечение;
 - Б) расхождение швов;
 - В) нарушение акта глотания;
 - Г) рецидив свища;
 - Д) гиперсаливация.
11. Для боковых кист шеи характерны:
- А) болезненность при пальпации;
 - Б) истончение кожи над образованием;
 - В) расположение над яремной веной;
 - Г) расположение по внутреннему краю кивательной мышцы
 - Д) плотная консистенция.
12. При боковых свищах шеи наиболее информативным методом исследования является:
- А) обзорная рентгенография;
 - Б) ультразвуковое исследование;
 - В) фистулография;
 - Г) венография;
 - Д) компьютерная томография.
13. Боковую кисту шеи не следует дифференцировать с:
- А) лимфангиомой;
 - Б) периоститом нижней челюсти;
 - В) лимфаденитом;
 - Г) флебэктазией яремной вены;
 - Д) дермоидной кистой.
14. Оптимальным сроком оперативного лечения врожденных боковых свищей шеи является возраст:
- А) до 1 года;
 - Б) до 3 лет;
 - В) 3-5 лет;
 - Г) 5-7 лет;
 - Д) старше 10 лет.
15. Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является:
- А) резекция подъязычной кости;
 - Б) перевязка сосудисто-нервного пучка;
 - В) ушивание жаберной щели;
 - Г) выделение свища до боковой стенки глотки;
 - Д) иссечение свища и ушивание отверстия на коже.
16. В послеоперационном периоде после операции по поводу боковых свищей шеи показано:
- А) инфузионная терапия;
 - Б) фиксация головы;
 - В) исключение питания через рот;
 - Г) постельный режим;
 - Д) физиотерапия.

17. Рецидив после операции по поводу боковых свищей шеи обусловлен:
- А) нагноением послеоперационной раны;
 - Б) расхождение швов;
 - В) недостаточным гемостазом;
 - Г) неполным удалением боковых ответвлений свища;
 - Д) отказом от резекции подъязычной кости.
18. Паховая грыжа формируется:
- А) на 2-3-й неделе эмбрионального развития;
 - Б) на 7-8-й неделе эмбрионального развития;
 - В) на 5-6-м месяце эмбрионального развития;
 - Г) на 7-8-м месяце эмбрионального развития;
 - Д) может формироваться на любом этапе.
19. Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является:
- А) нарушение развития мезенхимальной ткани;
 - Б) чрезмерные физические нагрузки;
 - В) повышение внутрибрюшного давления;
 - Г) слабость поперечной фасции;
 - Д) слабость апоневроза наружной косой мышцы живота.
20. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:
- А) тошнота и рвота;
 - Б) подъем температуры;
 - В) эластическое выпячивание в паховой области;
 - Г) боли в животе;
 - Д) плохой аппетит.
21. Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить:
- А) с орхитом;
 - Б) с водянкой оболочек яичка;
 - В) с варикоцеле;
 - Г) с перекрутом гидатиды;
 - Д) с орхоэпидидимитом.
22. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:
- А) частое ущемление;
 - Б) возраст после двух лет;
 - В) установление диагноза;
 - Г) возраст после 5 лет;
 - Д) диаметр выпячивания свыше 3 см.
23. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:
- А) у девочек;
 - Б) у мальчиков;
 - В) у грудных детей;
 - Г) у больных старше 5 лет;
 - Д) нет правильного ответа
24. В послеоперационном периоде по поводу паховой грыжи показано:
- А) физиотерапия;
 - Б) массаж;
 - В) щадящий режим 2 недели;
 - Г) ограничение физической нагрузки на 1 год;
 - Д) постельный режим на 1 неделю.

25. Осложнения грыжесечения обусловлены:
- А) техническими погрешностями;
 - Б) возрастом ребенка;
 - В) степенью диспластических изменений;
 - Г) сопутствующими пороками;
 - Д) операцией по экстренным показаниям.
26. Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости от:
- А) возраста ребенка;
 - Б) сопутствующих пороков;
 - В) опыта хирурга;
 - Г) операции в плановом или в экстренном порядке;
 - Д) пола ребенка;
27. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена:
- А) повышенным внутрибрюшным давлением;
 - Б) ангиодисплазией;
 - В) травмой пахово-мошоночной области;
 - Г) незаращением вагинального отростка;
 - Д) инфекцией мочевыводящих путей.
28. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:
- А) появление припухлости в одной половине мошонки;
 - Б) ухудшение общего состояния;
 - В) подъем температуры;
 - Г) резкая болезненность;
 - Д) гиперемия мошонки.
29. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного до 1.5 лет предусматривает:
- А) оперативное лечение в плановом порядке;
 - Б) наблюдение до 3-4 лет;
 - В) наблюдение до 1.5-2 лет;
 - Г) пункцию под контролем УЗИ;
 - Д) экстренную операцию.
30. Показанием к операции Винкельмана служит:
- А) водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые;
 - Б) мутная водяночная жидкость;
 - В) изменение оболочек яичка;
 - Г) облитерированный вагинальный отросток;
 - Д) все перечисленное.
31. В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимо:
- А) физиотерапия;
 - Б) массаж;
 - В) обычный образ жизни;
 - Г) ограничение физической нагрузки;
 - Д) постельный режим.
32. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены:
- А) возрастом ребенка;
 - Б) сопутствующими пороками;
 - В) запоздалой операцией;
 - Г) техническими погрешностями;
 - Д) патологией верхних мочевыводящих путей.

33. Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:
- А) вариантом оперативного вмешательства;
 - Б) предшествующей гормональной терапией;
 - В) попыткой лечения пункционным способом;
 - Г) сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы.
34. У мальчика в возрасте 3 лет обнаружен полный свищ пупка. Ему показаны:
- А) наблюдение
 - Б) антибиотикотерапия
 - В) диагностическая лапаротомия
 - Г) криотерапия
 - Д) оперативное лечение
35. Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:
- А) гормональный дисбаланс;
 - Б) ангиодисплазия;
 - В) незаращение вагинального отростка брюшины;
 - Г) специфический процесс;
 - Д) патология мочевыделительной системы.
36. Наиболее характерным признаком кисты элементов семенного канатика является:
- А) отечность в паховой области;
 - Б) гиперемия в паховой области;
 - В) эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко;
 - Г) резкая болезненность;
 - Д) расширение наружного пахового кольца.
37. Лечение кисты оболочек семенного канатика у ребенка 6 месяцев включает:
- А) экстренное оперативное лечение;
 - Б) одно-двукратную пункцию, при неэффективности - операцию;
 - В) оперативное лечение в плановом порядке;
 - Г) гормональное лечение;
 - Д) наблюдение в динамике.
38. Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает:
- А) пункцию элементов семенного канатика;
 - Б) рассечение оболочек;
 - В) операцию Гросса;
 - Г) операцию Винкельмана;
 - Д) иссечение оболочек яичка.
39. В послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика показаны:
- А) физиотерапия;
 - Б) лечебная физкультура;
 - В) массаж;
 - Г) ограничение физической нагрузки;
 - Д) обычный образ жизни.
40. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика связаны:
- А) с возрастом ребенка;
 - Б) с сопутствующими пороками;
 - В) с техническими погрешностями;
 - Г) с запоздалой операцией;
 - Д) с предшествующими пункциями.
41. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:

- А) порок развития сосудов пуповины;
- Б) незаращение апоневроза пупочного кольца;
- В) воспаление пупочных сосудов;
- Г) портальная гипертензия;
- Д) родовая травма.

42. Из перечисленных симптомов наименее характерным для пупочной грыжи являются:

- А) расширение пупочного кольца;
- Б) в покое легко вправляется;
- В) частое ущемление;
- Г) в покое трудно вправляется;
- Д) выпячивание чаще появляется при беспокойстве.

43. У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0.5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:

- А) экстренное оперативное вмешательство;
- Б) операцию в плановом порядке по достижении 2 лет;
- В) наблюдение в динамике;
- Г) массаж живота, гимнастика, профилактику запоров;
- Д) массаж живота, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем.

44. При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует:

- А) по установлении диагноза;
- Б) до 1 года;
- В) до 2 лет;
- Г) после 3 лет;
- Д) в 5-6 лет.

45. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу пупочной грыжи необходимы:

- А) постельный режим;
- Б) протертый стол;
- В) обычный образ жизни;
- Г) физиотерапия;
- Д) ношение бандажа.

46. После операции по поводу пупочной грыжи наиболее частое осложнение:

- А) расхождение швов;
- Б) нагноение послеоперационной раны;
- В) рецидив;
- Г) эвентрация сальника;
- Д) лигатурный свищ.

47. Наиболее вероятной причиной формирования грыжи белой линии является:

- А) повышение внутрибрюшного давления;
- Б) слабость мышц передней брюшной стенки;
- В) дисплазия соединительной ткани;
- Г) родовая травма;
- Д) воспалительные заболевания передней брюшной стенки.

48. Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является:

- А) наличие апоневротического дефекта по средней линии;
- Б) приступообразные боли в животе;
- В) тошнота и рвота;
- Г) диспептические явления;
- Д) гиперемия и припухлость.

49. Показанием к срочной операции при грыже белой линии служит:
- А) установление диагноза;
 - Б) болевой симптом;
 - В) косметический дефект;
 - Г) сопутствующие диспептические явления;
 - Д) отставание в физическом развитии.
50. Грыжа белой линии живота, не вызывающая нарушения общего состояния ребенка, должна оперироваться:
- А) до 1 года;
 - Б) 1-3 года;
 - В) после 3 лет;
 - Г) старше 5 лет;
 - Д) после 10 лет.
51. Наиболее часто в детской практике при грыже белой линии живота применяется:
- А) ушивание апоневроза узловыми швами;
 - Б) аутодермопластика кожными лоскутами;
 - В) подшивание синтетических материалов;
 - Г) операция Лойа;
 - Д) пластика с широкой фасцией бедра.
52. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу грыжи белой линии живота необходимы:
- А) физиотерапия;
 - Б) лечебная физкультура;
 - В) домашний режим;
 - Г) ношение бандажа;
 - Д) постельный режим.
53. После операции по поводу больших грыж белой линии живота возможны следующие осложнения:
- А) рецидив грыжи;
 - Б) кровотечение;
 - В) расхождение швов;
 - Г) нагноение послеоперационных швов;
 - Д) деформация брюшной стенки.
54. Наиболее вероятным этиопатогенетическим фактором, обуславливающим формирование бедренной грыжи у детей, является:
- А) слабость апоневроза наружной косой мышцы живота;
 - Б) чрезмерные физические нагрузки;
 - В) внутриутробное повреждение мезенхимальной закладки, одним из проявлений которого является бедренная грыжа;
 - Г) генетические нарушения;
 - Д) родовая травма.
55. Наиболее характерным симптомом бедренной грыжи у детей является
- А) боли в паховой области;
 - Б) тошнота и рвота;
 - В) хронические запоры;
 - Г) эластическое выпячивание ниже пупартовой связки;
 - Д) необоснованный подъем температуры.
56. Показанием к операции при бедренной грыже у детей является:
- А) возраст ребенка;

- Б) частое ущемление;
- В) установление диагноза;
- Г) возраст после 2 лет;
- Д) возраст после 5 лет.

57. Оптимальным оперативным доступом при бедренной грыже у детей является:
- А) поперечный разрез выше пупартовой связки;
 - Б) косой разрез;
 - В) косо-поперечный разрез ниже пупартовой связки;
 - Г) разрез в области бедра;
 - Д) вертикальный разрез.
58. После операции по поводу бедренной грыжи необходимо:
- А) физиотерапия;
 - Б) лечебная физкультура;
 - В) щадящий режим — 2 недели;
 - Г) диета;
 - Д) постельный режим на 1 неделю.
59. Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу бедренной грыжи является:
- А) повреждение элементов семенного канатика;
 - Б) повреждение бедренной вены;
 - В) повреждение паховой связки;
 - Г) повреждение нервного пучка;
 - Д) повреждение бедренной артерии.
60. Наиболее вероятной причиной возникновения грыжи спигелевой линии является дисплазия:
- А) наружной косой мышцы;
 - Б) внутренней косой мышцы;
 - В) прямой мышцы;
 - Г) поперечной фасции;
 - Д) поперечной мышцы.
61. Наиболее характерным симптомом для грыжи спигелевой пинии является:
- А) диспептические явления;
 - Б) подъем температуры;
 - В) боли по средней линии живота выше пупка после физической нагрузки;
 - Г) плохой аппетит;
 - Д) эластическое выпячивание в эпигастральной области.
62. Противопоказанием к пластике местными тканями является:
- А) незначительный дефект кожи после иссечения рубцов;
 - Б) наличие вокруг дефекта запаса подвижной кожи;
 - В) дефект кожи после иссечения амниотической перетяжки;
 - Г) обширный дефект кожи;
 - Д) склонность к образованию киллоидных рубцов.
63. Пластика полнослойным кожным лоскутом применяется в случаях:
- А) небольших гранулирующих ран;
 - Б) небольших дефектов кожи после иссечения рубцов;
 - В) необходимости исключить вторичное смещение кожи;
 - Г) пластики при синдактилии;
 - Д) пластики обширных гранулирующих ран.
64. Этиопатогенетическим для пороков развития вен у детей является:
- А) наследственность;
 - Б) врожденная неполноценность венозной стенки;

- В) врожденная аплазия венозных клапанов;
- Г) поражение вазомоторных центров спинного мозга;
- Д) все перечисленное.

65. Характерным симптомом для порока развития поверхностных вен является

- А) боль;
- Б) варикозное расширение вен;
- В) атрофия мягких тканей;
- Г) симптом губки;
- Д) флеболиты.

66. Для пороков развития глубоких вен характерно:

- А) наличие варикозного расширения вен;
- Б) трофические расстройства;
- В) гипертрофия и утолщение пораженной конечности;
- Г) атрофия пораженного органа;
- Д) наличие флеболитов.

67. Наиболее эффективным методом лечения пороков развития поверхностных вен является:

- А) гормонотерапия;
- Б) криотерапия;
- В) эндоваскулярная окклюзия;
- Г) рентгенотерапия;
- Д) хирургическое лечение.

68. В основе врожденных пороков артериальных сосудов лежит:

- А) поражение вазомоторных центров спинного мозга;
- Б) инфекционный процесс;
- В) врожденное недоразвитие сосудистой стенки;
- Г) эндокринные заболевания;
- Д) наследственность.

69. Основным методом диагностики артериовенозных соустьей является:

- А) термометрия;
- Б) Уз-доплер;
- В) ангиография;
- Г) рентгенография;
- Д) ЭКГ.

70. Наиболее эффективным методом лечения артериовенозной аневризмы является:

- А) склеротерапия;
- Б) рентгенотерапия;
- В) криодеструкция;
- Г) эндоваскулярная окклюзия;
- Д) хирургическое лечение.

71. После операции по поводу артериовенозного свища больному необходимы:

- А) гормонотерапия;
- Б) гепаринотерапия;
- В) рентгенотерапия;
- Г) лечебная физкультура;
- Д) ангиография.

72. К наиболее характерным осложнениям после операции по поводу артериовенозной аневризмы относятся:

- А) нагноение послеоперационной раны;
- Б) расхождение швов;

- В) временное нарушение функции;
- Г) лимфостаз;
- Д) тромбофлебит.

73. Наиболее информативным методом диагностики порока развития лимфатических сосудов является:

- А) ЭКГ;
- Б) реовазография;
- В) волдырная проба;
- Г) лимфография;
- Д) ангиография.

74. Наиболее радикальным и эффективным методом лечения слоновости является:

- А) перевязка измененных лимфатических сосудов с их частичным иссечением;
- Б) склеротерапия;
- В) криодеструкция;
- Г) рентгенотерапия;
- Д) многоэтапная пластическая операция.

75. После операции по Красовитову первая перевязка осуществляется:

- А) на следующий день;
- Б) через 2 дня;
- В) через неделю;
- Г) через 10 дней;
- Д) через 2 недели.

76. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:

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

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

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

78. Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является:

- А) высокая чувствительность к антибактериальным препаратам;
- Б) быстрая адаптация к лекарственным препаратам;
- В) малая распространенность в окружающей среде;
- Г) стертость клинических проявлений;
- Д) редко развивается антибиотикорезистентность.

79. Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, протекает в сроки:

- А) сутки;
- Б) двое суток;
- В) трое суток;
- Г) четверо суток;
- Д) неделю.

80. Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения раневого процесса, протекает в сроки:

- А) сутки;
- Б) вторые-четвертые сутки;

- В) пятые-шестые сутки;
- Г) седьмые-десятые сутки;
- Д) невозможно определить.

81. Очищение гнойной раны обычно наступает:

- А) на вторые-третьи сутки;
- Б) на четвертые-шестые сутки;
- В) на седьмые-десятые сутки;
- Г) к концу второй недели;
- Д) спустя две недели.

82. Репарация гнойной раны обычно наступает:

- А) на вторые-третьи сутки;
- Б) на четвертые-шестые сутки;
- В) на седьмые-десятые сутки;
- Г) к концу второй недели;
- Д) спустя две недели.

83. Для выделяемого при анаэробной газовой инфекции гематоксина не характерны свойства:

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

84. В течение инфекционного процесса у детей не является определяющим:

- А) вирулентность микрофлоры;
- Б) сенсibilизация организма;
- В) иммунологическая реактивностью организма;
- Г) антибиотикорезистентность возбудителя;
- Д) в анамнезе натальная травма ЦНС.

85. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции не являются:

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

86. Особенностью ампутации при анаэробной инфекции не является:

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

87. К основным источникам госпитальной инфекции не относят:

- А) больных;
- Б) персонал-носитель инфекции;
- В) раковины отделения;
- Г) растворы, кремы, мази;
- Д) посетителей пациента.

88. Наиболее эффективным средством борьбы с синегнойной госпитальной инфекцией является:

- А) борная кислота;
- Б) раствор фурациллина;
- В) гипертонический раствор;

- Г) перекись водорода;
- Д) левомеколь.

89. Хирургическая обработка гнойной раны не обеспечивает:

- А) ускорению заживления раны;
- Б) снижению интоксикации;
- В) купированию раневой инфекции;
- Г) предупреждению генерализации процесса;
- Д) антибактериальное воздействие.

90. Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является

- А) общая анестезия;
- Б) местная инфильтрационная анестезия;
- В) местная проводниковая анестезия;
- Г) местно хлорэтил;
- Д) выбор по индивидуальным показаниям.

91. Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет:

- А) 2-3 часа;
- Б) 4-6 часов;
- В) 7-9 часов;
- Г) 10-12 часов;
- Д) индивидуально.

92. Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является:

- А) активная аспирация;
- Б) пассивный отток;
- В) капиллярные свойства;
- Г) гигроскопические свойства;
- Д) сочетание свойств.

93. Дренирование гнойной раны показано в фазе:

- А) индивидуально;
- Б) реорганизации;
- В) регенерации;
- Г) воспаления;
- Д) во всех перечисленных фазах.

94. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:

- А) механическое очищение очага;
- Б) антибактериальное воздействие;
- В) предупреждение распространения местного процесса;
- Г) предупреждение генерализации воспалительного процесса;
- Д) противовоспалительный фактор.

95. Наиболее эффективным методом дренирования гнойной раны является:

- А) однопросветная трубка для пассивного оттока;
- Б) резиновый выпускник;
- В) марлевый тампон;
- Г) активное дренирование;
- Д) сигарный дренаж.

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

- А) 3-4 день;
- Б) 5-6 день;
- В) 7-10 день;
- Г) 10-12 день;

Д) 12-14 дней.

97. Ранние вторичные швы при гнойной ране накладываются:

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

98. Поздний вторичный шов при гнойной ране накладывают:

- А) на 3-4 день;
- Б) на 5-6 день;
- В) на 2-ю неделю;
- Г) на 3-4-ю неделю;
- Д) в зависимости от состояния раны.

99. Применение вторичных швов при гнойной ране не обеспечит:

- А) Сокращение сроков заживления;
- Б) Снижение опасности госпитального инфицирования;
- В) Уменьшение потерь с раневым отделяемым;
- Г) Улучшение косметических результатов;
- Д) Ускорение сроков смены фаз воспаления.

100. Необходимым условием для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:

- А) улучшение самочувствия больного;
- Б) отсутствие температуры;
- В) нормализация лабораторных показателей;
- Г) купирование перифокального воспаления;
- Д) начало репаративной фазы.

101. У ребенка 13 лет в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Состояние средней тяжести. Эта картина соответствует:

- А) для фурункула;
- Б) для карбункула;
- В) для флегмоны;
- Г) для фурункулеза;
- Д) для псевдофурункулеза.

102. У ребенка абсцедирующий фурункул в области нижней губы. Ему не следует предпринимать:

- А) госпитализацию;
- Б) антибиотикотерапию;
- В) физиотерапию;
- Г) мазовые повязки;
- Д) радикальное оперативное лечение.

103. Увеличение больных с хирургическим сепсисом не связано с:

- А) изменением сопротивляемости макроорганизма;
- Б) развитием антибиотикорезистентности микрофлоры;
- В) расширением инвазивных методов диагностики и лечения;
- Г) распространенностью внутригоспитальной инфекции;
- Д) внедрением в практику новых антибактериальных препаратов.

104. Понятие хирургический сепсис у детей не определяет:

- А) общее тяжелое инфекционное состояние;
- Б) наличие местного очага инфекции;
- В) измененную реактивность организма;
- Г) необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии;

Д) показания к назначению гормональной терапии.

105. Патогенез хирургического сепсиса не определяет:

- А) возбудитель инфекции (вид, доза, вирулентность);
- Б) состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений);
- В) неспецифическая реактивность организма;
- Г) специфическая реактивность организма;
- Д) ранее проведенное антибактериальное лечение.

106. Размножение возбудителя при сепсисе происходит, как правило:

- А) в первичном очаге;
- Б) во вторичном очаге;
- В) в крови;
- Г) в зависимости от индивидуальных особенностей;
- Д) возможны все варианты.

107. О развитии шока у септического больного свидетельствует:

- А) постепенное ухудшение состояния больного;
- Б) резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции;
- В) наличие метаболических нарушений;
- Г) длительная гипертермия;
- Д) наличие метастатических очагов инфекции.

108. Длительность применения кортикостероидов при гнойной инфекции определяется:

- А) нормализацией состояния до средней тяжести;
- Б) купированием шока;
- В) снижением температуры до субфебрильной;
- Г) устранением сердечно-легочной недостаточности;
- Д) все перечисленное.

109. Основанием для использования глюкокортикостероидов является:

- А) септический шок и токсико-аллергическая реакция;
- Б) септикопиемия;
- В) септицемия;
- Г) пресепсис (начальная стадия сепсиса);
- Д) высокий риск развития септических осложнений.

110. Противопоказанием к применению гипербарической оксигенации при тяжелых формах сепсиса является:

- А) тяжелые метаболические нарушения, обусловленные токсико-инфекционными процессами;
- Б) дыхательные расстройства и сердечнососудистая недостаточность;
- В) анемия вследствие гемолиза и поражения микробами и токсинами;
- Г) тяжелые поражения паренхиматозных органов;
- Д) терминальное состояние.

111. У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к распространению. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункл;
- Б) карбункл;
- В) флегмона;
- Г) рожистое воспаление;
- Д) абсцесс подкожной клетчатки.

112. У ребенка 5 лет множественные гнойники конусовидной формы, очаги с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое течение. Указанное состояние характерно:

- А) для фурункулеза;

- Б) для рожистого воспаления;
- В) для флегмоны;
- Г) для псевдофурункулеза;
- Д) для абсцессов подкожной клетчатки.

113. У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:

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

114. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз:

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

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

- А) фурункул;
- Б) карбункул;
- В) флегмона;
- Г) рожистое воспаление;
- Д) абсцесс подкожной клетчатки.

116. Подострый лимфаденит обычно не дифференцируют с:

- А) с туберкулезом;
- Б) с лимфогранулематозом;
- В) с опухолью;
- Г) с болезнью кошачьих царапин;
- Д) с гемангиомой.

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

- А) паронихий;
- Б) кожный панариций;
- В) флегмона;
- Г) абсцесс;
- Д) подкожный панариций.

118. У ребенка в области указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует:

- А) паронихий;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) флегмоне.

119. У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли. Под ногтем скопление гноя. Диагноз соответствует: А) паронихий;

- Б) кожному панарицию;
- В) подногтевому панарицию;

- Г) подкожному панарицию;
- Д) флегмоне.

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

- А) паронихий;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) костному панарицию.

121. У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация мягких тканей. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Диагноз:

- А) паронихия;
- Б) кожный панариций;
- В) подкожный панариций;
- Г) костный панариций;
- Д) подногтевой панариций.

122. У ребенка 13 лет болезненность и равномерная отечность тканей у основания пальца кисти, распространяющаяся к лучезапястному суставу. Активные движения в суставе отсутствуют. Пассивные сопровождаются резкой болезненностью. Указанная картина соответствует:

- А) паронихии;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) сухожильному панарицию.

123. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз:

- А) флегмона кисти;
- Б) кожный панариций;
- В) подкожный панариций;
- Г) костный панариций;
- Д) сухожильный панариций.

124. Для операции по поводу костного панариция у ребенка 5 лет наиболее целесообразна:

- А) проводниковая анестезия;
- Б) инфильтрационная анестезия;
- В) масочный наркоз;
- Г) интубационный наркоз;
- Д) местно хлорэтил.

125. Появление рентгенологических признаков при костном панариции у ребенка 12 лет следует ожидать:

- А) на 1-2 день болезни;
- Б) на 4-6 день болезни;
- В) на 7-9 день болезни;
- Г) на 10-12 день болезни;
- Д) на 13-15 день болезни.

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

- А) характер и чувствительность микрофлоры;
- Б) фармакодинамика и фармакокинетика препарата;
- В) токсичность препарата;

- Г) совместимость с другими лекарственными препаратами;
- Д) давность заболевания.

127. При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать:

- А) характер и чувствительность микрофлоры;
- Б) локализацию гнойного очага;
- В) объем гнойного отделяемого;
- Г) характер гнойного отделяемого;
- Д) распространенность воспалительного процесса.

128. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит измерение внутри костного давления следует производить в течение:

- А) 1-2 мин;
- Б) 10-15 мин;
- В) 20-25 мин;
- Г) 30-40 мин;
- Д) 60 мин.

129. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной. Дальнейшие действия предусматривают:

- А) измерение внутрикостного давления;
- Б) дополнительную остеоперфорацию;
- В) ушивание раны;
- Г) промывание костно-мозгового канала;
- Д) дренирование раны.

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

- А) дополнительную остеоперфорацию;
- Б) измерение внутрикостного давления;
- В) ушивание раны;
- Г) промывание костно-мозгового канала;
- Д) дренирование раны.

131. Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

132. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, в течение 2-х лет не было обострения процесса. Указанный вариант течения относится:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

133. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 мес. после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме секвестр. Указанный вариант течения относится:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;

- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

134. При измерении внутрикостного давления при подозрении на острый гематогенный остеомиелит за норму принимается уровень:

- А) ниже 90 мм. водн.ст.;
- Б) 96-122 мм. водн. ст.;
- В) 122-140 мм. водн. ст.;
- Г) 140-160 мм. водн. ст.;
- Д) 160-180мм. водн.ст.

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

- А) наличии боли в конечности и высокой температуре;
- Б) при указании в анамнезе на травму отсутствии повреждений;
- В) при картине ревматизма, когда отмечено поражение одного сустава;
- Г) при синдроме заболевания мягких тканей;
- Д) во всех указанных случаях.

136. Декомпрессивная остеоперфорция при остром гематогенном остеомиелите не позволяет:

- А) уточнить диагноз в неясных случаях;
- Б) получить отделяемое из костномозгового канала для цитологического исследования;
- В) снизить внутрикостное давление;
- Г) снять боль;
- Д) полностью санировать очаг воспаления.

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

- А) характером и количеством патологического отделяемого;
- Б) улучшением самочувствия;
- В) динамикой лабораторных показателей;
- Г) динамикой рентгенологических данных;
- Д) купированием болевого синдрома.

138. Иммобилизация при остром гематогенном остеомиелите в послеоперационном периоде не обеспечивает:

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

139. Строгую иммобилизацию конечности при остром гематогенном остеомиелите при благоприятном течении применять не целесообразно более:

- А) 1 недели;
- Б) 1,5 недель;
- В) 2-3 недель;
- Г) 1 месяца;
- Д) 2-3 месяцев.

140. При остром гематогенном остеомиелите продолжительность затяжного периода составляет:

- А) до 1 мес;
- Б) до 2-3 мес.;
- В) до 6-8 мес;
- Г) до 8-10 мес;
- Д) до 1 года.

141. Наиболее типичными рентгенологическими признаками хронического остеомиелита являются:
- А) остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала;
 - Б) симптом периостальной реакции;
 - В) уплотнение структуры параоссальных тканей;
 - Г) размытость и нечеткость кортикального слоя кости;
 - Д) явления пятнистого остеопороза.
142. У больного с острым гематогенным остеомиелитом при остеоперфорациях получен гной под давлением. Следующим этапом является:
- А) введение внутрикостно антибиотиков;
 - Б) измерение внутрикостного давления;
 - В) ушивание раны до резиновых выпускников;
 - Г) иммобилизация конечности;
 - Д) налаживание системы постоянного промывания.
143. Сквозное дренирование при эпифизарном остеомиелите показано:
- А) во всех случаях установления диагноза;
 - Б) при неэффективности пункционного ведения;
 - В) при параартикулярной флегмоне;
 - Г) при обнаружении при первой пункции значительного количества выпота;
 - Д) не показано.
144. В патогенезе острого гематогенного остеомиелита ведущее значение имеет:
- А) травма;
 - Б) высокий уровень одномоментной контаминации возбудителя;
 - В) длительное течение ОРВИ;
 - Г) неполноценное питание;
 - Д) сенсibilизация организма.
145. Наиболее частым возбудителем острого гематогенного остеомиелита является:
- А) золотистый стафилококк;
 - Б) стрептококк;
 - В) протей;
 - Г) синегнойная палочка;
 - Д) кишечная палочка.
146. Tактической ошибкой в хирургической тактике ведения больных с эпифизарным остеомиелитом считают:
- А) пункцию сустава;
 - Б) сквозное дренирование сустава;
 - В) дренирование параартикулярного пространства;
 - Г) артротомию;
 - Д) повторные пункции сустава.
147. При подозрении на эпифизарный остеомиелит показано:
- А) назначение антибактериальной терапии, наблюдение;
 - Б) диагностическая пункция сустава;
 - В) дренирование сустава;
 - Г) остеоперфорация;
 - Д) остеопункция и измерение внутрикостного давления.
148. При эпифизарном остеомиелите "сухие" артриты встречаются при преобладании следующей флоры:
- А) грамм-положительной;
 - Б) грамм-отрицательной;
 - В) ассоциативной флоры;

- Г) характер микрофлоры значения не имеет;
- Д) анаэробной флоры.

149. На развитие антибиотикорезистентности не оказывает влияние:

- А) применение высоких доз антибиотиков;
- Б) длительные курсы антибактериальной терапии;
- В) расширение больных высокой степени риска;
- Г) комбинация антибиотиков с нестероидными противовоспалительными средствами;
- Д) применение инвазивных методов диагностики и лечения.

150. Применение скелетного вытяжения при остром гематогенном остеомиелите показано при поражении:

- А) дистального отдела бедренной кости;
- Б) проксимального отдела бедренной кости;
- В) дистального отдела большеберцовой кости;
- Г) проксимального отдела большеберцовой кости;
- Д) поражение малоберцовой кости.

151. После выполнения остеоперфорации при остром гематогенном остеомиелите контрольная рентгенограмма выполняется в сроки:

- А) 1 неделя;
- Б) 1,5 недели;
- В) 2 недели;
- Г) 2,5 недели;
- Д) 3 недели.

152. Полная нагрузка на конечность при остром гематогенном остеомиелите верхней трети бедра при благоприятном течении процесса допускается, в среднем, через:

- А) 2 мес;
- Б) 3 мес;
- В) 4 мес;
- Г) 5 мес;
- Д) 6 мес.

153. К бета-лактамам относятся:

- А) пенициллины, цефалоспорины;
- Б) пенициллины, цефалоспорины; карбапенемы, монобактамы;
- В) только пенициллины, цефалоспорины и карбапенемы;
- Г) только пенициллины и карбапенемы;
- Д) карбапенемы и монобактамы.

154. Отметьте нежелательные реакции хлорамфеникола:

- А) апластическая анемия;
- Б) ототоксичность;
- В) нефротоксичность;
- Г) гепатотоксичность;
- Д) ототоксичность и нефротоксичность.

155. При устойчивости синегнойной палочки к гентамицину следует отдать предпочтение:

- А) канамицину;
- Б) тобрамицину;
- В) стрептомицину;
- Г) амикацину;
- Д) неомицину.

156. Отметьте препараты, применяемые для антибиотико-профилактики в хирургии:

- А) оксациллин;

- Б) цефазолин;
- В) фортум;
- Г) линкомицин;
- Д) пенициллин.

157. Укажите нежелательные реакции линкомицина:

- А) судороги;
- Б) апластическая анемия;
- В) ототоксичность;
- Г) нефротоксичность;
- Д) псевдомембранозный колит.

158. У пациента в течение 2-х лет обострения по поводу хронического остеомиелита большеберцовой кости. При бактериологическом исследовании раневого отделяемого высеян метициллинрезистентный золотистый стафилококк. Следует рекомендовать:

- А) цефазолин;
- Б) фортум;
- В) ванкомицин;
- Г) ампициллин / сульбактам;
- Д) гентамицин.

159. У больного, оперированного по поводу продолженного отграниченного перитонита, при бактериологическом исследовании из брюшной полости высеяна неидентифицированная грамотрицательная флора. Целесообразно назначить:

- А) гентамицин;
- Б) канамицин;
- В) левомицетин;
- Г) амикацин;
- Д) цефазолин.

160. При выполнении декомпрессивной остеоперфорации больному с клиникой острого гематогенного остеомиелита получена кровь под давлением. Оперативное вмешательство целесообразно закончить:

- А) оставлением резиновых выпускников в мягких тканях;
- Б) дренированием параоссального пространства по Редону;
- В) установлением однопросветных дренажей для проточного промывания;
- Г) дренированием двухпросветной трубкой;
- Д) ушиванием операционной раны наглухо.

161. Во время оперативного вмешательства по поводу острого гематогенного остеомиелита выявлены поднадкостничное и межмышечное скопление гноя. После выполнения декомпрессивной остеоперфорации показано:

- А) оставлением резиновых выпускников в мягких тканях;
- Б) дренированием параоссального пространства по Редону;
- В) установлением однопросветных дренажей для проточного промывания;
- Г) дренированием двухпросветной трубкой;
- Д) ушиванием операционной раны наглухо.

162. Дренирование и промывание костно-мозгового канала при остром гематогенном остеомиелите показано:

- А) значительных сроках заболевания и тотальном поражении кости;
- Б) всегда для введения антибиотиков;
- В) не показано;
- Г) при получении крови под большим давлением;
- Д) при антибиотикорезистентности возбудителя заболевания.

163. Оперативное лечение при остром гематогенном остеомиелите костей таза показано при:

- А) подтверждении диагноза рентгенологически;
- Б) формировании гнойных затеков в мягких тканях;
- В) всегда показана консервативная терапия;
- Г) предположении диагноза;
- Д) подтверждении диагноза компьютерной томографией.

164. Об окончательном исходе течения остеомиелитического процесса можно судить по истечении:

- А) 6 месяцев;
- Б) 6-8 месяцев;
- В) 1 года;
- Г) 1,5-2 лет;
- Д) 3-х лет.

165. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

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

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

- А) гипоплазия легкого;
- Б) аплазия легкого;
- В) агенезия легкого;
- Г) ателектаз;
- Д) кистозная гипоплазия.

167. При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в большую сторону. При бронхоскопии сужены долевыми бронхи. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) аплазия легкого;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) ателектаз.

168. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) кистозная гипоплазия;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) аплазия легкого.

169. Состояние новорожденного тяжелое. Одышка. Дыхание слева ослаблено. Перкуторно справа корочный звук. На рентгенограмме справа увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе справа треугольная тень прилегающая к тени средостения. Средостение смещено влево с снижением прозрачности левого легкого. Диагноз:

- А) киста легкого;
- Б) лобарная эмфизема;
- В) напряженный пневмоторакс;

- Г) гипоплазия легкого;
- Д) агенезия легкого.

170. На рентгенограмме имеется округлой формы затемнение в области базальных сегментов. При аортографии обнаруживается сосуд, идущий от аорты к патологической тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А) киста легкого;
- Б) опухоль легкого;
- В) легочная секвестрация;
- Г) опухоль средостения;
- Д) ателектаз.

171. На рентгенограмме имеется дополнительная тень, прилегающая к тени средостения и имеющая треугольную форму с вогнутым наружным краем. На бронхограмме в области патологического образования выявляются только крупные бронхи, доходящие до нижнего края тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазы;
- Б) легочная секвестрация;
- В) гипоплазия нижней доли;
- Г) опухоль средостения;
- Д) агенезия легкого.

172. Пищевод Барретта это:

- А. рефлюкс-эзофагит;
- Б. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- В. аденокарцинома;
- Г. метаплазия слизистой пищевода;
- Д. пептическая стриктура пищевода.

173. При установлении диагноза «агенезия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

- А) бронхоскопия;
- Б) аортография;
- В) ангиопульмонография;
- Г) бронхография;
- Д) обзорная рентгенография.

174. При установлении диагноза «аплазия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

- А) бронхография;
- Б) сканирование легкого;
- В) бронхоскопия;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) аортография.

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

- А) сканирование легкого;
- Б) бронхоскопию;
- В) ангиопульмонография;
- Г) аортография;
- Д) бронхография.

176. Методом выбора обследования при установлении диагноза «врожденная лобарная эмфизема» является:

- А) бронхоскопия;
- Б) бронхография;

- В) обзорная рентгенография;
- Г) радиоизотопное обследование легких;
- Д) ангиопульмонография.

177. При установлении диагноза «легочная секвестрация» предпочтение имеет:

- А) аортография;
- Б) бронхография;
- В) бронхоскопия;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) сканирование легких.

178. Укажите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом:

- А) сканирование легких;
- Б) аортография;
- В) бронхография;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) бронхоскопия.

179. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

- А) нижняя доля справа;
- Б) верхняя доля слева;
- В) нижняя доля слева;
- Г) верхняя доля справа;
- Д) средняя доля правого легкого.

180. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:

- А) средняя доля правого легкого;
- Б) нижняя доля левого легкого;
- В) верхняя доля левого легкого;
- Г) верхняя доля правого легкого;
- Д) нижняя доля правого легкого.

181. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- А) экстренную операцию;
- Б) плановую операцию;
- В) срочную операцию;
- Г) консервативную терапию;
- Д) выжидательную тактику.

182. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- А) консервативную терапию;
- Б) бронхоскопическую санацию;
- В) экстренную операцию;
- Г) наблюдение в динамике;
- Д) плановую операцию.

183. У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:

- А) срочную операцию;
- Б) операцию после предоперационной подготовки;
- В) консервативную терапию;
- Г) диспансерное наблюдение;
- Д) плановую операцию.

184. Оптимальной при операции по поводу врожденной эмфиземы верхней доли является:
- А) боковая торакотомия;
 - Б) передняя торакотомия;
 - В) заднебоковая торакотомия;
 - Г) задняя торакотомия;
 - Д) переднебоковая торакотомия.
185. Резекцию нижней доли при внутрилегочной секвестрации следует начинать с выделения:
- А) артерии нижней доли;
 - Б) бронха нижней доли;
 - В) разделения нижней легочной связки;
 - Г) нижней легочной вены;
 - Д) основного ствола легочной артерии.
186. Из осложнений после операции на легких чаще всего встречается:
- А) кровотечение;
 - Б) массивные продувания воздуха;
 - В) сердечно-легочная недостаточность;
 - Г) обтурационные осложнения;
 - Д) несостоятельность швов.
187. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:
- А) абсцесс легкого;
 - Б) пневмоторакс;
 - В) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
 - Г) пиоторакс;
 - Д) пиопневмоторакс.
188. Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Укажите вероятный диагноз:
- А) пиопневмоторакс;
 - Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
 - В) абсцесс легкого;
 - Г) пиоторакс;
 - Д) медиастинальная эмфизема.
189. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:
- А) с абсцессом легкого;
 - Б) с тотальной эмпиемой плевры;
 - В) с осумкованным плевритом;
 - Г) с плащевидным плевритом;
 - Д) с буллезной формой бактериальной деструкции легких.
190. На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз:
- А) тотальная эмпиема плевры;
 - Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
 - В) фибриноторакс;
 - Г) плащевидный плеврит;
 - Д) пиопневмоторакс.
191. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А) тотальная эмпиема плевры;
- Б) ателектаз легкого;
- В) напряженная тотальная эмпиема;
- Г) плащевидный плеврит;
- Д) абсцесс легкого.

192. Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является:

- А) смещение средостения;
- Б) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов;
- В) деформация одного или обоих куполов диафрагмы;
- Г) непостоянность рентгенологических данных при повторных и многоосевых исследованиях;
- Д) признаки гиповентиляции легких.

193. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А) пневмоторакс;
- Б) гидропневмоторакс;
- В) напряженный гидропневмоторакс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) абсцесс легкого.

194. На рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое. Наиболее вероятный диагноз:

- А) напряженный гидропневмоторакс;
- Б) напряженный пневмоторакс;
- В) гигантский кортикальный абсцесс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) мелкоочаговая бактериальная деструкция легких.

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

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

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

- А) пункция буллы;
- Б) интенсивная терапия без вмешательства в очаг;
- В) дренирование буллы;
- Г) бронхоскопический дренаж;
- Д) плевральная пункция.

197. У больного больших размеров буллезное образование в легком. Смещения средостения нет. Ему необходимо выполнить:

- А) бронхоскопический дренаж;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) пункцию буллы;
- Г) дренирование буллы;
- Д) катетеризацию бронха.

198. На бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого. Больному следует рекомендовать:

- А) оперативное лечение;

- Б) консервативное лечение;
- В) длительную бронхоскопическую санацию;
- Г) оперативное лечение временно не показано;
- Д) санаторное лечение.

199. На бронхограммах у больного имеется деформирующий бронхит нижней доли одного легкого. Остальные бронхи не поражены. Оптимальным методом лечения является:

- А) резекция нижней доли;
- Б) торакоцентез;
- В) экстирпация бронхов нижней доли;
- Г) бронхоскопические санации;
- Д) консервативное лечение.

200. У больного удалено длительно лежащее инородное тело. При бронхографическом обследовании выявлены цилиндрические бронхоэктазы. Ему следует рекомендовать:

- А) диспансерное наблюдение;
- Б) оперативное лечение;
- В) бронхоскопическое лечение;
- Г) санаторное лечение;
- Д) консервативную терапию.

201. У больного с бронхоэктазами нижней доли справа имеется обострение процесса в легком:

- А) оперативное лечение показано;
- Б) оперативное лечение временно противопоказано;
- В) оперативное лечение не показано;
- Г) оперативное лечение противопоказано;
- Д) санаторное лечение.

202. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением масляного контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

- А) 3-5 дней;
- Б) 6-10 дней;
- В) 11-15 дней;
- Г) 16-20 дней;
- Д) после 20 дней.

203. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением водорастворимого контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

- А) 3-5 дней;
- Б) 6-10 дней;
- В) 11-15 дней;
- Г) 16-20 дней;
- Д) после 20 дней.

204. Наиболее достоверным признаком при оценке степени подготовленности больного с бронхоэктазами к операции является:

- А) улучшение общего состояния больного;
- Б) купирование восходящего бронхита;
- В) уменьшение гнойного отделяемого;
- Г) улучшение показателей со стороны функций внешнего дыхания;
- Д) уменьшение количества хрипов.

205. Оптимальным доступом при резекции верхней доли является:

- А) задний;
- Б) заднебоковой;
- В) передний;
- Г) боковой;

Д) переднебоковой.

206. Оптимальным доступом при резекции средней доли является:

- А) заднебоковой;
- Б) передний;
- В) переднебоковой;
- Г) задний;
- Д) боковой.

207. Оптимальным доступом при резекции нижней доли является:

- А) передний;
- Б) переднебоковой;
- В) задний;
- Г) заднебоковой;
- Д) боковой.

208. Послеоперационные ателектазы наиболее часто возникают:

- А) на 1-3-и сутки;
- Б) на 4-7-е сутки;
- В) на 7-10-е сутки;
- Г) на 11-14-е сутки;
- Д) на 14-17-е сутки.

209. При послеоперационном ателектазе легкого аускультативно выявляется:

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

210. При плащевидном плеврите (серозном) лечение предусматривает:

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) пункцию плевральной полости;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) бронхоскопию.

211. При пиотораксе лечение предусматривает:

- А) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- В) пункцию плевральной полости;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) бронхоскопию.

212. При осумкованном гнойном плеврите лечение предусматривает:

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Б) пункцию плевральной полости;
- В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Г) радикальную операцию;
- Д) бронхоскопию.

213. При тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания плевры лечение предусматривает:

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

214. У больного парциальный пневмоторакс. Ему следует рекомендовать:
- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
 - В) плевральную пункцию;
 - Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Д) бронхоскопию.
215. Функциональной зрелости пищевод достигает к:
- А) 3-м месяцам;
 - Б) 6-ти месяцам;
 - В) 12-ти месяцам;
 - Г) 2-м годам;
 - Д) 5-ти годам.
216. При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищем тактика лечения включает:
- А) плевральную пункцию;
 - Б) бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией;
 - В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Д) выжидательную тактику.
217. У больного напряженный пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищем. Ему следует рекомендовать:
- А) бронхоблокаду;
 - Б) плевральную пункцию;
 - В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Д) выжидательную тактику.
218. При простом пиопневмотораксе необходимо выполнить:
- А) плевральную пункцию;
 - Б) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Г) радикальную операцию;
 - Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.
219. При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить:
- А) плевральную пункцию;
 - Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Г) радикальную операцию;
 - Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.
220. При фибротораксе оптимальным методом лечения является:
- А) радикальная операция;
 - Б) консервативная терапия, при неэффективности - радикальная операция;
 - В) плевральная пункция;
 - Г) дренирование плевральной полости;
 - Д) бронхоскопия.
221. Врожденные солитарные кисты легких чаще всего встречаются:
- А) в верхней доле правого легкого;
 - Б) в средней доле правого легкого;
 - В) в нижней доле правого легкого;
 - Г) в верхней доле левого легкого;
 - Д) в нижней доле левого легкого.

222. У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом обследовании обнаружено кистозное образование в легком. Состояние ребенка удовлетворительное. Дыхательной недостаточности нет. Лечение больного предусматривает:

- А) наблюдение в динамике;
- Б) дренирование кисты;
- В) оперативное лечение;
- Г) консервативное лечение;
- Д) санаторное лечение.

223. У ребенка 3 лет в течение 6 месяцев имеется кистозное образование в легком. Жалоб нет. Ребенку следует рекомендовать:

- А) оперативное лечение в плановом порядке;
- Б) лечение пункциями;
- В) консервативное лечение;
- Г) выжидательную тактику;
- Д) санаторное лечение.

224. Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Наиболее вероятный диагноз:

- А) абсцесс легкого;
- Б) напряженная киста легкого;
- В) нагноившаяся киста легкого;
- Г) диафрагмальная грыжа;
- Д) булла.

225. У ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого. Лечение больного включает:

- А) пункцию кисты;
- Б) дренирование кисты;
- В) радикальную операцию;
- Г) консервативную терапию;
- Д) выжидательную тактику.

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

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

227. При напряженной солитарной кисте легкого следует выполнить:

- А) лобэктомию;
- Б) цеоэктомию;
- В) клиновидную резекцию;
- Г) краевую резекцию;
- Д) экстирпацию бронха.

228. Больного беспокоит постоянный рефлексорный кашель, боль при глотании. Дыхание не затруднено. В анамнезе - поперхивание при еде. Наиболее вероятный диагноз:

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

229. У больного затрудненное дыхание. Временами наступают приступы удушья. Отмечается охриплость голоса, временами афония. Наиболее вероятный диагноз:
- А) фиксированное инородное тело трахеи;
 - Б) баллотирующее инородное тело трахеи;
 - В) фиксированное инородное тело гортани;
 - Г) инородное тело бронха;
 - Д) инородное тело сегментарного бронха.
230. Состояние больного тяжелое. Выраженная дыхательная недостаточность. Голос звонкий. Периодически слышен симптом «хлопка». Наиболее вероятный диагноз:
- А) инородное тело бронха;
 - Б) инородное тело гортани;
 - В) фиксированное инородное тело трахеи;
 - Г) баллотирующее инородное тело трахеи;
 - Д) инородное тело пищевода.
231. Состояние больного крайне тяжелое. Дыхание резко затруднено, втяжение уступчивых мест грудной клетки. На рентгенограмме повышение прозрачности обоих легких. В анамнезе аспирация инородного тела. Наиболее вероятный диагноз:
- А) инородное тело гортани;
 - Б) фиксированное инородное тело трахеи;
 - В) инородное тело бронха;
 - Г) баллотирующее инородное тело трахеи;
 - Д) инородное тело пищевода.
232. Из перечисленных опухолей средостения является злокачественной:
- А) ганглионеврома;
 - Б) симпатогониома;
 - В) невринома;
 - Г) нейрофиброма;
 - Д) феохромоцитомы.
233. Нейрогенные опухоли локализируются:
- А) в верхнем отделе переднего средостения;
 - Б) в нижнем отделе переднего средостения;
 - В) в заднем средостении;
 - Г) в верхнем отделе центрального средостения;
 - Д) в нижнем отделе центрального средостения.
234. Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализируются:
- А) в верхнем отделе центрального средостения;
 - Б) в нижнем отделе центрального средостения;
 - В) в заднем средостении;
 - Г) в нижнем отделе переднего средостения;
 - Д) в верхнем отделе переднего средостения.
235. Дупликационные кисты чаще всего локализируются:
- А) в заднем средостении;
 - Б) в центральном средостении;
 - В) в верхнем отделе переднего средостения;
 - Г) в нижнем отделе переднего средостения; Д) в нижнем отделе заднего средостения.
236. Сосудистые опухоли чаще всего локализируются:
- А) в нижнем отделе заднего средостения;
 - Б) в верхнем отделе заднего средостения;
 - В) в центральном средостении;
 - Г) в верхнем отделе переднего средостения;

Д) в нижнем отделе переднего средостения.

237. Терадотермоидная опухоль чаще всего локализуется:

- А) в верхнем отделе заднего средостения;
- Б) в переднем средостении;
- В) в нижнем отделе заднего средостения;
- Г) в верхнем отделе центрального средостения;
- Д) в нижнем отделе центрального средостения;

238. У ребенка после катотравмы имеет место выраженная подкожная эмфизема в области шеи, лица, верхнего отдела грудной стенки. На рентгенограмме грудной клетки - перелом II, III, IV ребер по парастернальной линии справа. Предположительный диагноз:

- А) разрыв правого легкого;
- Б) травма трахеи;
- В) повреждение перикарда;
- Г) разрыв правого главного бронха;
- Д) травма магистральных сосудов.

239. Под болезнью гастро-эзофагеального рефлюкса понимают:

- А) заброс содержимого из желудка в пищевод;
- Б) за грудинные боли;
- В) регургитацию;
- Г) рвоты;
- Д) симптомокомплекс, являющийся следствием агрессивного воздействия рефлюксного содержимого.

240. Наиболее достоверные данные для подтверждения диагноза недостаточности кардиального отдела пищевода дает:

- А) контрастное обследование пищевода в положении стоя;
- Б) жесткая эзофагоскопия;
- В) контрастное обследование пищевода в положении лежа;
- Г) фиброэзофагоскопия;
- Д) рН-метрия.

241. При хронической эмпиеме плевры оптимальным методом лечения является:

- А), ультразвуковая санация плевральной полости;
- Б) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) пункция плевральной полости;
- Д) радикальная операция.

242. Для ахалазии пищевода при производстве обзорной рентгенограммы грудной клетки наиболее характерно:

- А) смещение средостения влево;
- Б) расширение тени средостения;
- В) смещение средостения вправо;
- Г) отсутствие газового пузыря;
- Д) высокое стояние левого купола диафрагмы.

243. Ведущими симптомами при ахалазии пищевода являются:

- А) дисфагия;
- Б) регургитация;
- В) рецидивирующая пневмония;
- Г) пищеводная рвота;
- Д) рвота с желудочным содержимым.

244. Дифференциальную диагностику при установлении диагноза ахалазии пищевода надо проводить:
- А) с врожденным коротким пищеводом;
 - Б) с халазией пищевода;
 - В) с врожденным стенозом пищевода;
 - Г) с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;
 - Д) спилоростенозом.
245. При врожденном коротком пищеводе ведущим симптомом является:
- А) рвота;
 - Б) икота;
 - В) дисфагия;
 - Г) регургитация;
 - Д) саливация.
246. Из специальных методов обследования наиболее информативным при установлении диагноза «врожденный короткий пищевод» является:
- А) рН-метрия;
 - Б) обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей;
 - В) фиброэзофагогастроскопия;
 - Г) жесткая эзофагоскопия;
 - Д) контрастное обследование пищевода.
247. Наиболее информативным рентгенологическим признаком при установлении диагноза «врожденный короткий пищевод» является:
- А) расширение пищевода в нижнем отделе;
 - Б) желудочно-пищеводный рефлюкс;
 - В) высокое положение куполов диафрагмы;
 - Г) стеноз в кардиальном отделе пищевода;
 - Д) смещение дна желудка в грудную полость.
248. Врожденные стенозы пищевода чаще всего встречаются на уровне:
- А) первого физиологического сужения;
 - Б) кардиального отдела;
 - В) средней трети пищевода;
 - Г) нижней трети пищевода;
 - Д) верхней трети пищевода .
249. Диагноз врожденного стеноза пищевода чаще всего устанавливается:
- А) в периоде новорожденности;
 - Б) от 1 до 3 месяцев;
 - В) от 3 до 6 месяцев;
 - Г) от 6 месяцев до 1 года;
 - Д) старше 1 года.
250. Наиболее эффективным методом лечения при коротком врожденном стенозе пищевода является:
- А) бужирование;
 - Б) анастомоз в 3/4 в зоне стеноза;
 - В) резекция в зоне стеноза с наложением анастомоза «конец в конец»;
 - Г) установка встречных магнитов;
 - Д) баллонная дилатация.
251. Ребенок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Ему следует произвести промывание желудка:
- А) щелочным раствором;

- Б) подкисленным раствором;
- В) холодной водой;
- Г) водой комнатной температуры;
- Д) горячей водой.

252. Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Промывание желудка ему следует произвести:

- А) холодной водой;
- Б) водой комнатной температуры;
- В) горячей водой;
- Г) подкисленным раствором;
- Д) щелочным раствором.

253. Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести:

- А) на 1-2-е сутки;
- Б) на 3-4-е сутки;
- В) на 5-6-е сутки;
- Г) на 10-е сутки;
- Д) на 12-е сутки .

254. При свежем ожоге пищевода III ст. следует отдать предпочтение:

- А) «слепому» методу бужирования;
- Б) через эзофагоскоп;
- В) за нитку;
- Г) ретроградному бужированию;
- Д) не бужировать.

255. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода обнаружен небольшой отек и гиперемия слизистой. Это соответствует:

- А) первой — легкой степени ожога;
- Б) второй — средней степени ожога;
- В) третьей — тяжелой степени ожога;
- Г) нет ожога;
- Д) четвертой степени ожога.

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

- А) легкой степени ожога;
- Б) средней степени ожога;
- В) тяжелой степени ожога;
- Г) нет ожога;
- Д) очень тяжелой степени ожога.

257. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется картина циркулярных фиброзных наложений, стенка пищевода по снятии фибрина кровоточит. Это соответствует:

- А) легкой степени ожога;
- Б) средней степени ожога;
- В) тяжелой степени ожога;
- Г) нет ожога;
- Д) очень тяжелой степени ожога.

258. Вторичные кисты легких у детей наиболее часто локализуются:

- А) верхней доли;
- Б) средней доли;
- В) 10-го сегментарного бронха;
- Г) верхушечного сегмента базальной пирамиды (S-6);
- Д) заднего сегмента верхней доли.

259. Больной поступил в стационар на 8-е сутки после ожога пищевода уксусной эссенцией. При эзофагоскопии имеется ожог 3-й степени. Бужирование пищевода следует начинать:
- А) сразу после поступления;
 - Б) на 10-е сутки;
 - В) на 11-14-е сутки;
 - Г) на 15-20-е сутки;
 - Д) после 20-х суток.
260. Показанием к созданию искусственного пищевода является:
- А) ожог пищевода 3-й степени;
 - Б) ожог пищевода 4-й степени;
 - В) короткая рубцовая стриктура пищевода;
 - Г) рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 6 месяцев;
 - Д) рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 1 года.
261. Из перечисленных видов пластики пищевода наиболее распространен в детской хирургии:
- А) внутриплевральная пластика тонкой кишки;
 - Б) внутриплевральная пластика из большой кривизны желудка;
 - В) заградная пластика толстой кишки;
 - Г) заградная пластика тонкой кишки;
 - Д) внутриплевральная пластика толстой кишки.
262. При поступлении ребенка с напряженным хилотораксом показано:
- А) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Б) дренирование плевральной полости с аспирацией по Бюлау;
 - В) операция;
 - Г) плевральная пункция;
 - Д) консервативное лечение.
263. При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении:
- А) стоя;
 - Б) лежа на животе;
 - В) лежа на спине;
 - Г) лежа на левом боку;
 - Д) лежа на правом боку.
264. Консервативная тактика при повреждении пищевода оправдана:
- А) при проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода;
 - Б) при повреждении пищевода с повреждением плевры;
 - В) при непроникающем ранении пищевода;
 - Г) при инструментальном повреждении с ложным ходом более 2 см;
 - Д) при проникающем ранении грудной клетки с повреждением пищевода.
265. Во время бужирования пищевода произошла его перфорация. При контрастном исследовании пищевода имеется затек контрастного вещества более чем на 2 см. Тактика хирурга должна предусматривать:
- А) курс лечебных эзофагоскопий;
 - Б) введение зонда в желудок и консервативная терапия;
 - В) перевод больного на парентеральное питание и консервативную терапию;
 - Г) срочную операцию;
 - Д) гастростомию.
266. Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:
- А) френоперикардальная;

- Б) передние;
- В) пищевого отверстия;
- Г) задние ложные;
- Д) истинные.

267. У детей старшего возраста чаще всего встречаются:

- А) передние грыжи диафрагмы;
- Б) истинные левосторонние грыжи;
- В) грыжи пищевого отверстия диафрагмы;
- Г) задние ложные грыжи;
- Д) френоперикардальные грыжи.

268. При грыжах пищевого отверстия диафрагмы наиболее информативны:

- А) жесткая эзофагоскопия;
- Б) рентгеноконтрастное обследование пищевода и желудка;
- В) фиброэзофагоскопия;
- Г) обзорная рентгеноскопия;
- Д) компьютерная томография.

269. Дифференцировать грыжу пищевого отверстия диафрагмы следует:

- Л) с халазией пищевода;
- Б) с ахалазией пищевода;
- В) с врожденным стенозом;
- Г) с врожденным коротким пищеводом;
- Д) с дивертикулом пищевода.

270. При грыжах пищевого отверстия диафрагмы выгоднее всего производить оперативное вмешательство:

- А) из левосторонней торакотомии;
- Б) из лапаротомии;
- В) из правосторонней торакотомии;
- Г) из верхнесрединной лапаротомии;
- Д) из широкой срединной лапаротомии.

271. Наиболее достоверным методом определения степени агрессивности гастроэзофагеального рефлюкса является:

- А) эзофагоскопия;
- Б) манометрия;
- В) Ph-метрия;
- Г) рентгеноконтрастное исследование;
- Д) компьютерная томография.

272. При воронкообразной деформации грудной клетки у детей дает наилучшие результаты:

- А) торакопластика с наружным вытяжением;
- Б) стернохондропластика с внутренней фасцией костными трансплантатами;
- В) стернохондропластика с внутренней фасцией металлическими конструкциями;
- Г) наружное вытяжение без торакопластики;
- Д) торакопластика без фиксирующих устройств.

273. При травме грудной клетки чаще всего встречаются:

- А) переломы каркаса грудной клетки без повреждения внутренних органов;
- Б) ушибы грудной клетки без повреждения внутренних органов;
- В) ушибы грудной клетки с повреждением внутренних органов;
- Г) переломы каркаса грудной клетки с повреждением внутренних органов;
- Д) сдавление груди (травматическая асфиксия).

274. У ребенка 3 лет имеется правосторонний парциальный пневмоторакс. Чаще всего приводит к пневмотораксу в данном возрасте:
- А) бронхиальная астма;
 - Б) обтурационная эмфизема;
 - В) проникающее ранение грудной клетки;
 - Г) буллезная форма легочной деструкции;
 - Д) сдавление груди.
275. Перелом ребер у детей чаще всего происходит:
- А) в хрящевой части грудины;
 - Б) в хрящевой части у перехода ее в костную часть ребра;
 - В) в переднем отделе костной части ребра;
 - Г) по аксилярной линии;
 - Д) заднем отделе ребра.
276. К переломам лопатки у детей чаще всего приводит:
- А) сдавление грудной клетки;
 - Б) падение с высоты;
 - В) падение на руку;
 - Г) прямой удар;
 - Д) падение на спину.
277. У ребенка 10 лет после травмы грудной клетки плащевидный гемоторакс, показатели гемодинамики стабильные. В данном случае ему следует рекомендовать:
- А) плевральную пункцию;
 - Б) дренирование плевральной полости с аспирацией по Бюлау;
 - В) торакоскопию;
 - Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Д) радикальную операцию.
278. У ребенка 8 лет после травмы грудной клетки имеется простой гемоторакс. Наиболее целесообразным в данном случае методом лечения является:
- А) радикальная операция;
 - Б) торакоскопия;
 - В) плевральная пункция;
 - Г) дренирование с активной аспирацией;
 - Д) дренирование по Бюлау.
279. Характерной формой эпителиального копчикового хода у детей, определяемой макроскопически, является:
- А) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку;
 - Б) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика;
 - В) копчиковая киста;
 - Г) воронкообразное кожное втяжение;
 - Д) все перечисленное.
280. Для дифференциальной диагностики эпителиального копчикового хода оптимальным методом исследования у детей является:
- А) зондирование;
 - Б) пальцевое ректальное исследование;
 - В) рентгенофистулография;
 - Г) ректороманоскопия, колоноскопия;
 - Д) весь перечисленный комплекс исследований.
281. Оптимальным положением больного при операции удаления копчикового хода является:
- А) на животе;

- Б) на спине;
- В) на левом боку;
- Г) на правом боку;
- Д) любое из перечисленных.

282. Удаление копчикового хода у детей при хроническом течении следует производить:

- А) по установлению диагноза;
- Б) через 2-3 мес. после стихания острого процесса;
- В) при обострении процесса;
- Г) после 5-6 лет;
- Д) в любые сроки.

283. Наиболее информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является:

- А) рентгеноконтрастный;
- Б) ректороманоскопия;
- В) колоноскопия;
- Г) пальцевое ректальное исследование;
- Д) все перечисленное.

284. При врожденном сужении прямой кишки оптимальным является:

- А) хирургическое вмешательство по установлению диагноза;
- Б) консервативная терапия, бужирование;
- В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта - операция;
- Г) рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;
- Д) любой из перечисленных вариантов.

285. Ректовестубулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

- А) по установлении диагноза;
- Б) в 1.5 года;
- В) в 3-4 года;
- Г) в 7 лет;
- Д) в более старшем возрасте.

286. Ректовагинальный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

- А) по установлении диагноза;
- Б) в 1.5 года;
- В) в 3-4 года; Г) в 7 лет;
- Д) в более старшем возрасте.

287. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

- А) 3 часа после рождения;
- Б) 6 часов после рождения;
- В) 16 часов после рождения;
- Г) 24 часа после рождения;
- Д) 32 часа после рождения.

288. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается:

- А) ректовестубулярный свищ;
- Б) ректовагинальный свищ;
- В) ректоуретральный свищ;
- Г) ректовезикальный свищ;
- Д) ректопромежностный свищ.

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

- А) рентгенография по Вангенстину;
- Б) контрастное исследование кишки через свищ;
- В) исследование свища зондом;
- Г) электромиография промежности;
- Д) профилометрия.

290. В основе болезни Гиршпрунга лежит:

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

291. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:

- А) острую;
- Б) подострую;
- В) хроническую;
- Г) ректальную;
- Д) ректосигмоидальную.

292. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у детей целесообразно выполнить:

- А) ирриграфию;
- Б) ирриграфию с отсроченным снимком через 24 часа;
- В) дачу бариевой смеси через рот;
- Г) колоноскопию;
- Д) определение активности ацетилхолинэстеразы.

293. У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является:

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

294. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга, после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 9 мес;
- Г) 12 мес;
- Д) в 3 года и старше.

295. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:

- А) острую;
- Б) подострую;
- В) хроническую;
- Г) ректальную;
- Д) ректосигмоидальную.

296. У ребенка хроническая форма болезни Гиршпрунга. Радикальное оперативное вмешательство у него целесообразно:
- А) в 1.5 года;
 - Б) в 3 года;
 - В) в 6 лет;
 - Г) в 10 лет;
 - Д) по установлению диагноза.
297. У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:
- А) консервативное лечение с помощью сифонных клизм;
 - Б) радикальное оперативное вмешательство;
 - В) пристеночную цекстому;
 - Г) двухствольную стому на восходящий отдел кишки;
 - Д) терминальную колостому на переходной зоне кишки.
298. Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются:
- А) до 6 мес;
 - Б) после I года;
 - В) после 3 лет;
 - Г) после 6 лет;
 - Д) после перенесенной кишечной инфекции.
299. Оптимальным оперативным пособием при острой форме болезни Гиршпрунга у детей является:
- А) операция Дюамеля;
 - Б) операция Свенсона;
 - В) операция Соаве;
 - Г) колостома;
 - Д) илеостома.
300. Ребенок 2 лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит:
- А) обзорная рентгенография брюшной полости;
 - Б) ирригография с воздухом;
 - В) ирригография с бариевой взвесью;
 - Г) дача бариевой взвеси через рот;
 - Д) колоноскопия.
301. Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятно:
- А) болезнь Гиршпрунга;
 - Б) долихосигма;
 - В) хронический колит;
 - Г) неспецифический язвенный колит;
 - Д) болезнь Крона.
302. Ребенок 4 лет поступает в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:
- А) консервативную терапию, сифонные клизмы;
 - Б) срочное радикальное оперативное вмешательство;
 - В) срочную колостому;
 - Г) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки;
 - Д) колостомию после консервативных мероприятий и удовлетворительного состояния больного.

303. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Наиболее вероятный диагноз:

- А) опухоль толстой кишки;
- Б) удвоение кишечника;
- В) лимфангиомабрюшной полости;
- Г) каловый камень;
- Д) холодный аппендикулярный инфильтрат.

304. Наиболее целесообразна следующая последовательность специальных методов исследования при мегаколон у ребенка с хроническим запором:

- 1) ректальное пальцевое;
- 2) функциональное;
- 3) ирригография;
- 4) гистохимическое.

- А) правильные ответы 1, 2, 3 и 4;
- Б) правильные ответы 1, 2, 4 и 3;
- В) правильные ответы 1, 3, 4 и 2;
- Г) правильные ответы 1, 4, 2 и 3;
- Д) правильные ответы 1, 4, 3 и 2.

305. У ребенка 1.5 месяцев острый гнойный парапроктит. Наиболее рациональным вариантом лечения является

- А) разрез мягких тканей и дренирование;
- Б) радикальное иссечение инфильтрата и свища;
- В) антибактериальная терапия;
- Г) физиотерапевтические методы лечения;
- Д) повязка с мазью Вишневского.

306. У ребенка 1.5 месяцев острый парапроктит. Радикальное вмешательство при хроническом парапроктите у него целесообразно в сроки:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 8 мес;
- Г) 1.5 года;
- Д) после 3 лет.

307. Наиболее вероятной теорией возникновения неспецифического язвенного колита у детей является:

- А) инфекционная;
- Б) ферментативная;
- В) алиментарная;
- Г) аллергическая;
- Д) аутоиммунная.

308. У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Наиболее вероятная у него форма неспецифического язвенного колита:

- А) острая;
- Б) первично-хроническая;
- В) хроническая;
- Г) скоротечная;
- Д) подострая.

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

В этом случае следует думать:

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

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

- А) бактериологическое;
- Б) рентгенологическое;
- В) эндоскопическое;
- Г) пальцевое ректальное;
- Д) биохимия крови.

311. У ребенка 6 лет отмечено появление алой крови в стуле. Боли в животе. Стул до 8-10 раз. При ирригографии выявлено укорочение и сужение толстой кишки, ригидность ее стенки, псевдополипоз. Клиническая картина позволяет установить диагноз:

- А) колита;
- Б) болезни Гиршпрунга;
- В) неспецифического язвенного колита;
- Г) болезни Крона;
- Д) семейного полипоза.

312. Показанием к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита у детей является:

- А) младший возраст;
- Б) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении;
- В) прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии;
- Г) поражение толстой кишки на всем протяжении;
- Д) все перечисленное.

313. Ребенку ошибочно была поставлена очистительная клизма раствором нашатырного спирта. Сразу отмечены боли в области прямой кишки. Спустя несколько часов появились боли в животе и перитонеальные знаки. Ребенку показано:

- А) наблюдение, антибиотики, обезболивающие препараты;
- Б) сифонная клизма;
- В) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Г) цекстомия;
- Д) сигмостомия.

314. У ребенка обширная рана промежности без повреждения прямой кишки. Ему следует рекомендовать:

- А) санацию и ревизию раны;
- Б) ревизию и санацию раны, сигмостому;
- В) ревизию и санацию раны, лапаротомию, ревизию брюшной полости;
- Г) ревизию и санацию раны, цекстому;
- Д) ревизию и санацию раны, лапаротомию, сигмостому.

315. У ребенка обширная рана промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Рациональным способом лечения является:

- А) ревизия и санация раны;
- Б) ревизия и санация раны, цекстома;
- В) ревизия и санация раны, сигмостома;
- Г) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома;

Д) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома.

316. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Если имеется подозрение на проникающее ранение брюшной полости, то ребенку показана:

- А) ревизия и санация раны;
- Б) ревизия и санация раны, сигмостома;
- В) ревизия и санация раны, цекостома;
- Г) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Д) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны.

317. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Боли в животе. Перитонеальные знаки. Свободный газ в брюшной полости на обзорной рентгенограмме. Ребенку необходима:

- А) ревизия и санация брюшной полости;
- Б) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома;
- В) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Г) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны;
- Д) ревизия раны, наблюдение.

318. Наиболее информативным методом исследования при подозрении на дермоидную кисту крестцово-копчиковой области является:

- А) рентгеновский;
- Б) эндоскопический;
- В) пальцевое ректальное исследование;
- Г) ангиография;
- Д) пункция образования.

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

- А) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты;
- Б) дренирование кисты;
- В) антибактериальная терапия;
- Г) рентгенотерапия;
- Д) наблюдение.

320. Допустимыми сроками наблюдения ребенка с тератомой крестцово-копчиковой области является:

- А) 6-8 мес; Б) I год;
- В) 2 года; Г) 3 года;
- Д) в зависимости от роста и размеров образования.

321. Наиболее информативным методом диагностики сосудистых образований прямой кишки у детей является

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

322. У ребенка 4 лет отмечены кровотечения алой кровью во время дефекации. При ректальном обследовании обнаружен полип слизистой прямой кишки. Ему следует рекомендовать:

- А) осмотр прямой кишки в зеркалах, прошивание ножки и удаление полипа;
- Б) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа;
- В) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа;
- Г) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа;
- Д) криодеструкцию полипа.

323. Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является:

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

324. У ребенка 6 лет, оперированного по поводу атрезии прямой кишки, наблюдается периодическое недержание жидкого кала. Степень недостаточности анального жома определяется, как:

- А) первая;
- Б) вторая;
- В) третья;
- Г) четвертая;
- Д) пятая.

325. У ребенка 7 лет, оперированного по поводу травмы промежности, наблюдается постоянное недержание жидкого кала и периодически плотного. Степень недостаточности анального жома составляет:

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую;
- Д) пятую.

326. У ребенка 8 лет, оперированного по поводу болезни Гиршпрунга по методике Дюамеля, наблюдается постоянное недержание жидкого и плотного кала. Степень недостаточности анального жома составляет:

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую;
- Д) пятую.

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

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

328. Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести:

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

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения)

Ситуационная задача: Состояние новорожденного ребенка 3-х недельного возраста, находящегося в отделении патологии новорожденных по поводу пупочного сепсиса, в течение последней ночи существенно ухудшилось: стал беспокойным, повысилась температура до 38,5°, дважды была рвота створоженным молоком с примесью желчи. В легких – пуэрильное дыхание, тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, живот резко вздут, напряжен при перкуссии определяются участки тимпанита, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются. Стул жидкий, зеленоватый, с большим количеством слизи. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имеются горизонтальные уровни жидкости, пневматоз кишечника.

Как уточнить диагноз? Ваша тактика? Показания к оперативному вмешательству?

Ситуационная задача: У доношенного новорожденного ребенка с массой тела 3200 гр. И оценкой Апгар при рождении 7-8 баллов через час после рождения отмечена рвота с примесью желчи. После первого кормления рвота повторилась, причем количество рвотных масс значительно увеличилось и по-прежнему содержит примесь желчи. При осмотре ребенка обращают на себя внимание: адинамия, слабый крик, западение родничка, сухость кожных покровов. Живот пальпаторно мягкий, вздутый в верхних отделах и запавший в нижних. Меконий не отходил. Падение массы тела за первые сутки-150гр.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих диагностических манипуляций? Каковы Ваши действия после уточнения диагноза? Если показана операция, то какая?

Ситуационная задача: У новорожденного ребенка 2-х суток жизни в результате исследования выявлена атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – в проекции желудка определяется газовый пузырь, в остальных отделах – картина «немого» живота, в петлях кишечника газы не определяются. Был скудный «стул» в виде слизистых пробок серого цвета.

О каком сочетанном пороке развития можно думать? Ваши действия для уточнения диагноза. Суть и смысл хирургической помощи?

Ситуационная задача: Новорожденному ребенку с клинической картиной нарастающей острой дыхательной недостаточности через 6 часов после рождения выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости, на которой отмечается смещение сердца и средостения в правую сторону. В проекции левого легкого участки затемнения чередуются с участками просветления и имеют ячеистый рисунок. Живот не вздут, запавший и уменьшенный в нижних отделах «Стула» не было. Тахикардия до 180 уд. В 1 минуту. Направляющей диагноз родильного дома «Декстракардия».

О каком заболевании или пороке развития можно думать? Уточните диагноз, определите хирургическую тактику, предоперационная подготовка, операционный доступ, этапы хирургического вмешательства.

Ситуационная задача: У больного 12 лет, который уже 3-и сутки находится на скелетном вытяжении в травматологическом отделении по поводу закрытого перелома бедренной кости, резко ухудшилось состояние (нарастающая бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, АД падает). Из анамнеза - доставлен в клинику через 2 часа после дорожно-транспортного происшествия. При поступлении выполнена рентгенография бедра, выявлен перелом бедренной кости и под внутривенным наркозом наложено скелетное вытяжение. Состояние больного в течение прошедших 2-х суток не вызывало опасений.

С чем может быть связано внезапное ухудшение состояния ребенка? Как уточнить диагноз? Ваша тактика?

Ситуационная задача: Ребенок 3-х месяцев находится на лечении в инфекционной больнице по поводу кишечной инфекции в течение 7 дней. В последние двое суток у ребенка отмечается ухудшение состояния: многократная рвота, вздутие живота отсутствие стула. Состояние тяжелое. Вы приглашены для исключения хирургической патологии.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих действий? В каком случае следует перевести ребенка в хирургический стационар?

Ситуационная задача: В приемное отделение хирургической клиники доставлен 3-х месячный ребенок с жалобами на задержку стула и газов, вздутие живота 2-х кратную рвоту Затруднение в отхождении стула и газов отмечаются с рождения, но удавалось получить стул после клизмы,

введения свечи или кусочка мыла. В настоящее время очистительные клизмы и введение газоотводной трубки облегчения не дают, стула нет на протяжении 4-х суток.

Каковы Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы исследования и лечебная тактика?

Ситуационная задача: Мальчику 5 лет. Болеет с 3-х летнего возраста, когда родители стали обращать внимание, что ребенок подолгу жует пищу, периодически жалуется на боли в грудной клетке во время еды, иногда после еды отмечалась рвота или рвотные движения появлялись вовремя приема пищи. Насколько раз находился в ЛОР - отделении по месту жительства с признаками полной непроходимости пищевода из-за обтурации его крупными кусками мяса и фруктов. В настоящее время во время приема пищи постоянно запивает еду водой, иногда сам вызывает после еды рвоту. В «рвотных» массах иногда определяются частицы пищи, принятой накануне.

Каковы Ваш предположительный диагноз и план обследования?

Ситуационная задача: В приемный покой доставлен ребенок 8 лет. Во время игры упал на правую руку. В настоящее время жалуется на боли в правом плече. При осмотре имеется отек, деформация в средней трети правого плеча, резкая болезненность, правая кисть свисает. Поднять кисть ребенок не может, но пассивное разгибание лучезапястного сустава возможно. На рентгенограмме - закрытый косой перелом средней трети правой плечевой кости.

Какая патология сопутствует повреждению кости? Каковы возможные причины? Что следует предпринять?

Ситуационная задача: Ребенок 2,5 лет пятые сутки лечится в соматическом стационаре с диагнозом «Правосторонняя сливная пневмония». Состояние ребенка резко ухудшилось: выросла одышка, дыхание хрипящее, выражен акроцианоз, ребенок покрыт холодным потом. При аускультации дыхание справа не прослушивается, тоны сердца приглушены и смещены влево. *С чем может быть связано резкое ухудшение состояния? Как уточнить диагноз? Каковы возможные варианты оказания первой помощи и дальнейшего лечения?*

Ситуационная задача: Ребенок 7 лет в течение нескольких месяцев отмечает чувство тяжести в груди справа, слабость и быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке и покашливание. Температура тела иногда к вечеру поднимается до субфебрильных цифр. При аускультации справа в нижних отделах дыхания ослаблено, при перкуссии отмечается притупление. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа отмечается отчетливое затемнение с четким овальным верхним контуром. Нижний контур образования сливается с тенью печени.

О какой патологии следует думать? Как уточнить диагноз? Каковы целесообразные методы лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 9 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в 9 часов 30 минут с диагнозом «ущемленная грыжа». Заболевание началось накануне: на уроке физкультуры мальчик почувствовал резкую боль в правой половине мошонки. С трудом пришел домой. Дома принял обезболивающие таблетки, но ночью шал плохо из-за болей. При осмотре отмечается отек и гиперемия правой половины мошонки, яичко увеличено в размере, резко болезненно и подтянуто к корню мошонки.

Каковы вероятный диагноз и хирургическая тактика?

Ситуационная задача: В стационар доставлена девочка 6 лет с жалобами на боли в животе. Заболела около 4-5 часов тому назад: появились боли в животе, дважды была рвота, температура тела повысилась до 38,7 градуса. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы бледные, черты лица заострены, язык сухой, обложен белым налетом, пульс - 120 ударов в 1 минуту. Живот пальпаторно болезненный во всех отделах, в нижних отделах отмечается ригидность передней брюшной стенки и положительный симптом Шеткина - Блюмберга. В анализе крови - лейкоцитоз до 19 тыс. и сдвиг нейтрофильной формулы влево.

Ваши предположительные диагнозы? Какую медицинскую помощь необходимо оказать ребенку в данный момент? Если показано оперативное вмешательство, то какое?

Ситуационная задача: В отделение реанимации новорожденных из родильного дома доставлен новорожденный мальчик 4-х дней. Ребенок от первой беременности, роды в тазовом предлежании, родился с массой тела 3800 гр., с оценкой по шкале Апгар — 5-6 баллов. Состояние тяжелое, вял, динамичен, плач слабый.

Кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут, срыгивания и рвоты не было. В момент осмотра отмечен стул переходного характера Правая половина мошонки темно - синюшного цвета, по ходу семенного канатика уплотнение. В анализе крови - Hb - 54 г/л

О каких заболеваниях можно думать? Как уточнить диагноз? Варианты лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 12 лет взят на операцию с диагнозом «острый аппендицит». При вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество слабо-ге-моррагического выпота, гиперемия петель подвздошной кишки и червеоб-разного отростка, на перитонеальной брюшине геморрагические высыпания, убедительных данных за острый аппендицит нет.

О каком заболевании следует думать?

В чем причина диагностической ошибки? Каковы дальнейшие действия хирурга в данной ситуации?

Ситуационная задача: Мальчик 13 лет доставлен в клинику с приступом почечной колики слева. При осмотре выяснилось, что ребенок около суток не мочился. При катетеризации мочевого пузыря получено около 5 мл геморрагической мочи. На рентгенограмме мочевыводящих гут ей обнаружена тень конкремента неправильной формы размерами около 3,5 x 1,5 см в проекции левой почки и вторая тень размерами 1,2 x 0,8 см в проекции дистального отдела левого мочеточника

В чем причина анурии? Какую неотложную помощь следует оказать ребенку!? Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить и когда?

Ситуационная задача: Ребенок 6 лет направлен из районной больницы в хирургическую клинику с диагнозом «абсцесс левого легкого». Отмечается повышение температуры тела до 38,4 градуса, интоксикация, умеренная одышка, болен около 3-х дней На рентгенограмме грудной клетки в левой половине на фоне инфильтрации нижней доли определяется тень с уровнем жидкости и воздухом над ним диаметром около 12 см. Справа в среднем легочном поле видна четкая овальная тень размерами около 5,0 x 4,0 см. Высказано предположение о множественном эхинококкозе.

Какие исследования, необходимо выполнить для уточнения диагноза? Какова должна быть хирургическая тактика при двустороннем эхинококкозе легких или при обнаружении паразитарных кист еще и в других органах?

Ситуационная задача: Мальчик 8 лет получил перелом костей предплечья в результате падения с высоты. Ребенок был госпитализирован в травматологическое отделение, под общим обезболиванием выполнена репозиция и наложена гипсовая повязка На следующее утро ребенок стал жаловаться на головные боли, дважды отмечена рвота.

С чем могут быть связаны указанные симптомы? Как уточнить диагноз? Каково целесообразное лечение в зависимости от диагноза?

Ситуационная задача: Мальчик 1,5 лет доставлен бригадой скорой помощи с диагнозом «ущемленная паховая грыжа справа», При осмотре диагноз подтвержден. Давность ущемления около 6 часов. Хирург пришел к выводу о необходимости оперативного вмешательства. Однако, при осмотре ребенка обнаружен так же сопутствующий двусторонний крипторхизм. *Какую операцию целесообразно выполнить ребенку? Как быть в последующем?*

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д)

Ситуационная задача: Состояние новорожденного ребенка 3-х недельного возраста, находящегося в отделении патологии новорожденных по поводу пупочного сепсиса, в течение последней ночи существенно ухудшилось: стал беспокойным, повысилась температура до 38,5°, дважды была рвота створоженным молоком с примесью желчи. В легких – пуэрильное дыхание,

тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, живот резко вздут, напряжен при перкуссии определяются участки тимпанита, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются. Стул жидкий, зеленоватый, с большим количеством слизи. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имеются горизонтальные уровни жидкости, пневматоз кишечника.

Как уточнить диагноз? Ваша тактика? Показания к оперативному вмешательству?

Ситуационная задача: У доношенного новорожденного ребенка с массой тела 3200 гр. И оценкой Апгар при рождении 7-8 баллов через час после рождения отмечена рвота с примесью желчи. После первого кормления рвота повторилась, причем количество рвотных масс значительно увеличилось и по-прежнему содержит примесь желчи. При осмотре ребенка обращают на себя внимание: адинамия, слабый крик, западение родничка, сухость кожных покровов. Живот пальпаторно мягкий, вздутый в верхних отделах и запавший в нижних. Меконий не отходил. Падение массы тела за первые сутки-150гр.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих диагностических манипуляций? Каковы Ваши действия после уточнения диагноза? Если показана операция, то какая?

Ситуационная задача: У новорожденного ребенка 2-х суток жизни в результате исследования выявлена атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – в проекции желудка определяется газовый пузырь, в остальных отделах – картина «немого» живота, в петлях кишечника газы не определяются. Был скудный «стул» в виде слизистых пробок серого цвета.

О каком сочетанном пороке развития можно думать? Ваши действия для уточнения диагноза. Суть и смысл хирургической помощи?

Ситуационная задача: Новорожденному ребенку с клинической картиной нарастающей острой дыхательной недостаточности через 6 часов после рождения выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости, на которой отмечается смещение сердца и средостения в правую сторону. В проекции левого легкого участки затемнения чередуются с участками просветления и имеют ячеистый рисунок. Живот не вздут, запавший и уменьшенный в нижних отделах «Стула» не было. Тахикардия до 180 уд. В 1 минуту. Направляющей диагноз родильного дома «Декстракардия».

О каком заболевании или пороке развития можно думать? Уточните диагноз, определите хирургическую тактику, предоперационная подготовка, операционный доступ, этапы хирургического вмешательства.

Ситуационная задача: У больного 12 лет, который уже 3-и сутки находится на скелетном вытяжении в травматологическом отделении по поводу закрытого перелома бедренной кости, резко ухудшилось состояние (нарастающая бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, А/Д падает). Из анамнеза - доставлен в клинику через 2 часа после дорожно-транспортного происшествия. При поступлении выполнена рентгенография бедра, выявлен перелом бедренной кости и под внутривенным наркозом наложено скелетное вытяжение. Состояние больного в течение прошедших 2-х суток не вызывало опасений.

С чем может быть связано внезапное ухудшение состояния ребенка? Как уточнить диагноз? Ваша тактика?

Ситуационная задача: Ребенок 3-х месяцев находится на лечении в инфекционной больнице по поводу кишечной инфекции в течение 7 дней. В последние двое суток у ребенка отмечается ухудшение состояния: многократная рвота, вздутие живота отсутствие стула. Состояние тяжелое. Вы приглашены для исключения хирургической патологии.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих действий? В каком случае следует перевести ребенка в хирургический стационар?

Ситуационная задача: В приемное отделение хирургической клиники доставлен 3-х месячный ребенок с жалобами на задержку стула и газов, вздутие живота 2-х кратную рвоту Затруднение в отхождении стула и газов отмечаются с рождения, но удавалось получить стул после клизмы, введения свечи или кусочка мыла В настоящее время очистительные клизмы и введение газоотводной трубки облегчения не дают, стула нет на протяжении 4-х суток.

Каковы Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы исследования и лечебная тактика?

Ситуационная задача: Мальчику 5 лет. Болеет с 3-х летнего возраста, когда родители стали обращать внимание, что ребенок подолгу жует пищу, периодически жалуется на боли в грудной клетке во время еды, иногда после еды отмечалась рвота или рвотные движения появлялись вовремя приема пищи. Насколько раз находился в ЛОР - отделении по месту жительства с признаками полной непроходимости пищевода из-за обтурации его крупными кусками мяса и фруктов. В настоящее время во время приема пищи постоянно запивает еду водой, иногда сам вызывает после еды рвоту. В «рвотных» массах иногда определяются частицы пищи, принятой накануне.

Каковы Ваш предположительный диагноз и план обследования?

Ситуационная задача: В приемный покой доставлен ребенок 8 лет. Во время игры упал на правую руку. В настоящее время жалуется на боли в правом плече. При осмотре имеется отек, деформация в средней трети правого плеча, резкая болезненность, правая кисть свисает. Поднять кисть ребенок не может, но пассивное разгибание лучезапястного сустава возможно. На рентгенограмме - закрытый косой перелом средней трети правой плечевой кости.

Какая патология сопутствует повреждению кости? Каковы возможные причины? Что следует предпринять?

Ситуационная задача: Ребенок 2,5 лет пятые сутки лечится в соматическом стационаре с диагнозом «Правосторонняя сливная пневмония». Состояние ребенка резко ухудшилось: выросла одышка, дыхание хрипящее, выражен акроцианоз, ребенок покрыт холодным потом. При аускультации дыхание справа не прослушивается, тоны сердца приглушены и смещены влево. *С чем может быть связано резкое ухудшение состояния? Как уточнить диагноз? Каковы возможные варианты оказания первой помощи и дальнейшего лечения?*

Ситуационная задача: Ребенок 7 лет в течение нескольких месяцев отмечает чувство тяжести в груди справа, слабость и быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке и покашливание. Температура тела иногда к вечеру поднимается до субфебрильных цифр. При аускультации справа в нижних отделах дыхание ослаблено, при перкуссии отмечается притупление. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа отмечается отчетливое затемнение с четким овальным верхним контуром. Нижний контур образования сливается с тенью печени

О какой патологии следует думать? Как уточнить диагноз? Каковы целесообразные методы лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 9 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в 9 часов 30 минут с диагнозом «ущемленная грыжа». Заболевание началось накануне: на уроке физкультуры мальчик почувствовал резкую боль в правой половине мошонки. С трудом пришел домой. Дома принял обезболивающие таблетки, но ночью шал плохо из-за болей. При осмотре отмечается отек и гиперемия правой половины мошонки, яичко увеличено в размере, резко болезненно и подтянуто к корню мошонки.

Каковы вероятный диагноз и хирургическая тактика?

Ситуационная задача: В стационар доставлена девочка 6 лет с жалобами на боли в животе. Заболела около 4-5 часов тому назад: появились боли в животе, дважды была рвота, температура повысилась до 38,7 градуса. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы бледные, черты лица заострены, язык сухой, обложен белым налетом, пульс - 120 ударов в 1 минуту. Живот пальпаторно болезненный во всех отделах, в нижних отделах отмечается ригидность передней брюшной стенки и положительный симптом Шеткина - Блюмберга. В анализе крови - лейкоцитоз до 19 тыс. и сдвиг нейтрофильной формулы влево.

Ваши предположительные диагнозы? Какую медицинскую помощь необходимо оказать ребенку в данный момент? Если показано оперативное вмешательство, то какое?

Ситуационная задача: В отделение реанимации новорожденных из родильного дома доставлен новорожденный мальчик 4-х дней. Ребенок от первой беременности, роды в тазовом предлежании, родился с массой тела 3800 гр., с оценкой по шкале Апгар — 5-6 баллов. Состояние тяжелое, вял, адинамичен, плач слабый.

Кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут, срыгивания и рвоты не было. В момент осмотра отмечен стул переходного характера. Правая половина мошонки темно-синюшного цвета, по ходу семенного канатика уплотнение. В анализе крови - Hb - 54 г/л

О каких заболеваниях можно думать? Как уточнить диагноз? Варианты лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 12 лет взят на операцию с диагнозом «острый аппендицит». При вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество слабо-геморрагического выпота, гиперемия петель подвздошной кишки и червеобразного отростка, на перитонеальной брюшине геморрагические высыпания, убедительных данных за острый аппендицит нет.
*О каком заболевании следует думать?
В чем причина диагностической ошибки? Каковы дальнейшие действия хирурга в данной ситуации?*

Ситуационная задача: Мальчик 13 лет доставлен в клинику с приступом почечной колики слева. При осмотре выяснилось, что ребенок около суток не мочился. При катетеризации мочевого пузыря получено около 5 мл геморрагической мочи. На рентгенограмме мочевыводящих путей обнаружена тень конкремента неправильной формы размерами около 3,5 x 1,5 см в проекции левой почки и вторая тень размерами 1,2 x 0,8 см в проекции дистального отдела левого мочеточника.
В чем причина анурии? Какую неотложную помощь следует оказать ребенку!? Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить и когда?

Ситуационная задача: Ребенок 6 лет направлен из районной больницы в хирургическую клинику с диагнозом «абсцесс левого легкого». Отмечается повышение температуры тела до 38,4 градуса, интоксикация, умеренная одышка, болен около 3-х дней. На рентгенограмме грудной клетки в левой половине на фоне инфильтрации нижней доли определяется тень с уровнем жидкости и воздухом над ним диаметром около 12 см. Справа в среднем легочном поле видна четкая овальная тень размерами около 5,0 x 4,0 см. Высказано предположение о множественном эхинококкозе.
Какие исследования, необходимо выполнить для уточнения диагноза? Какова должна быть хирургическая тактика при двустороннем эхинококкозе легких или при обнаружении паразитарных кист еще и в других органах?

Ситуационная задача: Мальчик 8 лет получил перелом костей предплечья в результате падения с высоты. Ребенок был госпитализирован в травматологическое отделение, под общим обезболиванием выполнена репозиция и наложена гипсовая повязка. На следующее утро ребенок стал жаловаться на головные боли, дважды отмечена рвота.
С чем могут быть связаны указанные симптомы? Как уточнить диагноз? Каково целесообразное лечение в зависимости от диагноза?

Ситуационная задача: Мальчик 1,5 лет доставлен бригадой скорой помощи с диагнозом «ущемленная паховая грыжа справа». При осмотре диагноз подтвержден. Давность ущемления около 6 часов. Хирург пришел к выводу о необходимости оперативного вмешательства. Однако, при осмотре ребенка обнаружен так же сопутствующий двусторонний крипторхизм.
Какую операцию целесообразно выполнить ребенку? Как быть в последующем?

Навыки:

1. Интерпретация рентгеновских снимков
2. Интерпретация снимков КТ
3. Проведение диагностической пункции коленного сустава
4. Проведения плевральной пункции
5. Эзофагоскопия, эзофагография, гастроскопия
6. Торакоскопия
7. Бронхоскопия, бронхография
8. Лапароскопия
9. Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ с барием
10. Внутривенная урография
11. Цистография

- 12. Цистоскопия
- 13. Пальцевое исследование прямой кишки
- 14. Ректоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия
- 15. УЗИ органов грудной, брюшной полости и забрюшинного пространства
- 16. Фистулография

ПК-6

Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты)

Тестирование:

04.01 Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено:

- А) нарушением обратного развития зубно-глоточного протока;
- Б) незаращением остатков жаберных дуг;
- В) нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока;
- Г) хромосомными абберациями;
- Д) эктопией эпителия дна полости рта.

04.02. Характерным симптомом для срединных кист шеи является:

- А) боли при глотании;
- Б) смещаемость кисты при глотании;
- В) расположение над яремной ямкой;
- Г) плотная консистенция;
- Д) периодическое исчезновение.

04.03. Наиболее информативным методом распознавания срединных свищей шеи является:

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

04.04. Для лимфангиомы в области шеи характерны:

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

04.05. Для шейного лимфаденита характерны:

- А) смещаемость при глотании;
- Б) срединное расположение;
- В) мягкая консистенция;
- Г) отсутствие боли при пальпации;
- Д) наличие входных ворот инфекции и болезненность.

- 04.06. Срединную кисту шеи не следует дифференцировать с:
- А) липомой;
 - Б) флебэктазией яремной вены;
 - В) врожденной мышечной кривошеей;
 - Г) дермоидной кистой;
 - Д) лимфаденитом.
- 04.07. Оптимальным сроком при оперативном лечении срединного свища шеи является возраст:
- А) от 6 мес до 1 года;
 - Б) 3-5 лет;
 - В) 1-2 года;
 - Г) 5-10 лет;
 - Д) старше 10 лет.
- 04.08. Для предупреждения рецидива кисты шеи при операции необходимо выполнить:
- А) выделение свища до поверхностной фасции;
 - Б) ушивание свищевого отверстия после санации;
 - В) перевязка наружной яремной вены;
 - Г) обработка свищевого хода склерозирующими препаратами;
 - Д) резекция подъязычной кости.
- 04.09. Наиболее частым осложнением после операции по поводу свищей шеи является:
- А) кровотечение;
 - Б) расхождение швов;
 - В) нарушение акта глотания;
 - Г) рецидив свища;
 - Д) гиперсаливация.
- 04.11. Для боковых кист шеи характерны:
- А) болезненность при пальпации;
 - Б) истончение кожи над образованием;
 - В) расположение над яремной веной;
 - Г) расположение по внутреннему краю кивательной мышцы
 - Д) плотная консистенция.
- 04.12. При боковых свищах шеи наиболее информативным методом исследования является:
- А) обзорная рентгенография;
 - Б) ультразвуковое исследование;
 - В) фистулография;
 - Г) венография;
 - Д) компьютерная томография.
- 04.13. Боковую кисту шеи не следует дифференцировать с:
- А) лимфангиомой;
 - Б) периоститом нижней челюсти;
 - В) лимфаденитом;
 - Г) флебэктазией яремной вены;
 - Д) дермоидной кистой.
- 04.14. Оптимальным сроком оперативного лечения врожденных боковых свищей шеи является возраст:
- А) до 1 года;
 - Б) до 3 лет;
 - В) 3-5 лет;
 - Г) 5-7 лет;
 - Д) старше 10 лет.

- 04.15. Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является:
- А) резекция подъязычной кости;
 - Б) перевязка сосудисто-нервного пучка;
 - В) ушивание жаберной щели;
 - Г) выделение свища до боковой стенки глотки;
 - Д) иссечение свища и ушивание отверстия на коже.
- 04.16. В послеоперационном периоде после операции по поводу боковых свищей шеи показано:
- А) инфузионная терапия;
 - Б) фиксация головы;
 - В) исключение питания через рот;
 - Г) постельный режим;
 - Д) физиотерапия.
- 04.17. Рецидив после операции по поводу боковых свищей шеи обусловлен:
- А) нагноением послеоперационной раны;
 - Б) расхождение швов;
 - В) недостаточным гемостазом;
 - Г) неполным удалением боковых ответвлений свища;
 - Д) отказом от резекции подъязычной кости.
- 04.18. Паховая грыжа формируется:
- А) на 2-3-й неделе эмбрионального развития;
 - Б) на 7-8-й неделе эмбрионального развития;
 - В) на 5-6-м месяце эмбрионального развития;
 - Г) на 7-8-м месяце эмбрионального развития;
 - Д) может формироваться на любом этапе.
- 04.19. Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является:
- А) нарушение развития мезенхимальной ткани;
 - Б) чрезмерные физические нагрузки;
 - В) повышение внутрибрюшного давления;
 - Г) слабость поперечной фасции;
 - Д) слабость апоневроза наружной косой мышцы живота.
- 04.20. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:
- А) тошнота и рвота;
 - Б) подъем температуры;
 - В) эластическое выпячивание в паховой области;
 - Г) боли в животе;
 - Д) плохой аппетит.
- 04.21. Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить:
- А) с орхитом;
 - Б) с водянкой оболочек яичка;
 - В) с варикоцеле;
 - Г) с перекрутом гидатиды;
 - Д) с орхоэпидидимитом.
- 04.22. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:
- А) частое ущемление;
 - Б) возраст после двух лет;
 - В) установление диагноза;
 - Г) возраст после 5 лет;
 - Д) диаметр выпячивания свыше 3 см.

- 04.23. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:
- А) у девочек;
 - Б) у мальчиков;
 - В) у грудных детей;
 - Г) у больных старше 5 лет;
 - Д) нет правильного ответа
- 04.24. В послеоперационном периоде по поводу паховой грыжи показано:
- А) физиотерапия;
 - Б) массаж;
 - В) щадящий режим 2 недели;
 - Г) ограничение физической нагрузки на 1 год;
 - Д) постельный режим на 1 неделю.
- 04.25. Осложнения грыжесечения обусловлены:
- А) техническими погрешностями;
 - Б) возрастом ребенка;
 - В) степенью диспластических изменений;
 - Г) сопутствующими пороками;
 - Д) операцией по экстренным показаниям.
- 04.26. Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости от:
- А) возраста ребенка;
 - Б) сопутствующих пороков;
 - В) опыта хирурга;
 - Г) операции в плановом или в экстренном порядке;
 - Д) пола ребенка;
- 04.27. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена:
- А) повышенным внутрибрюшным давлением;
 - Б) ангиодисплазией;
 - В) травмой пахово-мошоночной области;
 - Г) незаращением вагинального отростка;
 - Д) инфекцией мочевыводящих путей.
- 04.28. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:
- А) появление припухлости в одной половине мошонки;
 - Б) ухудшение общего состояния;
 - В) подъем температуры;
 - Г) резкая болезненность;
 - Д) гиперемия мошонки.
- 04.29. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного до 1.5 лет предусматривает:
- А) оперативное лечение в плановом порядке;
 - Б) наблюдение до 3-4 лет;
 - В) наблюдение до 1.5-2 лет;
 - Г) пункцию под контролем УЗИ;
 - Д) экстренную операцию.
- 04.30. Показанием к операции Винкельмана служит:
- А) водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые;
 - Б) мутная водяночная жидкость;
 - В) изменение оболочек яичка;
 - Г) облитерированный вагинальный отросток;
 - Д) все перечисленное.

- 04.31. В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимо:
- А) физиотерапия;
 - Б) массаж;
 - В) обычный образ жизни;
 - Г) ограничение физической нагрузки;
 - Д) постельный режим.
- 04.32. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены:
- А) возрастом ребенка;
 - Б) сопутствующими пороками;
 - В) запоздалой операцией;
 - Г) техническими погрешностями;
 - Д) патологией верхних мочевыводящих путей.
- 04.33. Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:
- А) вариантом оперативного вмешательства;
 - Б) предшествующей гормональной терапией;
 - В) попыткой лечения пункционным способом;
 - Г) сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы.
- 04.34. У мальчика в возрасте 3 лет обнаружен полный свищ пупка. Ему показаны:
- А) наблюдение
 - Б) антибиотикотерапия
 - В) диагностическая лапаротомия
 - Г) криотерапия
 - Д) оперативное лечение
- 04.35. Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:
- А) гормональный дисбаланс;
 - Б) ангиодисплазия;
 - В) незаращение вагинального отростка брюшины;
 - Г) специфический процесс;
 - Д) патология мочевыделительной системы.
- 04.36. Наиболее характерным признаком кисты элементов семенного канатика является:
- А) отечность в паховой области;
 - Б) гиперемия в паховой области;
 - В) эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко;
 - Г) резкая болезненность;
 - Д) расширение наружного пахового кольца.
- 04.37. Лечение кисты оболочек семенного канатика у ребенка 6 месяцев включает:
- А) экстренное оперативное лечение;
 - Б) одно-двукратную пункцию, при неэффективности - операцию;
 - В) оперативное лечение в плановом порядке;
 - Г) гормональное лечение;
 - Д) наблюдение в динамике.
- 04.38. Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает:
- А) пункцию элементов семенного канатика;
 - Б) рассечение оболочек;
 - В) операцию Гросса;
 - Г) операцию Винкельмана;
 - Д) иссечение оболочек яичка.

- 04.39. В послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика показаны:
- А) физиотерапия;
 - Б) лечебная физкультура;
 - В) массаж;
 - Г) ограничение физической нагрузки;
 - Д) обычный образ жизни.
- 04.40. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика связаны:
- А) с возрастом ребенка;
 - Б) с сопутствующими пороками;
 - В) с техническими погрешностями;
 - Г) с запоздалой операцией;
 - Д) с предшествующими пункциями.
- 04.41. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:
- А) порок развития сосудов пуповины;
 - Б) незаращение апоневроза пупочного кольца;
 - В) воспаление пупочных сосудов;
 - Г) портальная гипертензия;
 - Д) родовая травма.
- 04.42. Из перечисленных симптомов наименее характерным для пупочной грыжи являются:
- А) расширение пупочного кольца;
 - Б) в покое легко вправляется;
 - В) частое ущемление;
 - Г) в покое трудно вправляется;
 - Д) выпячивание чаще появляется при беспокойстве.
- 04.43. У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0.5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:
- А) экстренное оперативное вмешательство;
 - Б) операцию в плановом порядке по достижении 2 лет;
 - В) наблюдение в динамике;
 - Г) массаж живота, гимнастика, профилактику запоров;
 - Д) массаж живота, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем.
- 04.44. При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует:
- А) по установлении диагноза;
 - Б) до 1 года;
 - В) до 2 лет;
 - Г) после 3 лет;
 - Д) в 5-6 лет.
- 04.45. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу пупочной грыжи необходимы:
- А) постельный режим;
 - Б) протертый стол;
 - В) обычный образ жизни;
 - Г) физиотерапия;
 - Д) ношение бандажа.
- 04.46. После операции по поводу пупочной грыжи наиболее частое осложнение:
- А) расхождение швов;
 - Б) нагноение послеоперационной раны;

- В) рецидив;
- Г) эвентрация сальника;
- Д) лигатурный свищ.

04.47. Наиболее вероятной причиной формирования грыжи белой линии является:

- А) повышение внутрибрюшного давления;
- Б) слабость мышц передней брюшной стенки;
- В) дисплазия соединительной ткани;
- Г) родовая травма;
- Д) воспалительные заболевания передней брюшной стенки.

04.48. Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является:

- А) наличие апоневротического дефекта по средней линии;
- Б) приступообразные боли в животе;
- В) тошнота и рвота;
- Г) диспептические явления;
- Д) гиперемия и припухлость.

04.49. Показанием к срочной операции при грыже белой линии служит:

- А) установление диагноза;
- Б) болевой симптом;
- В) косметический дефект;
- Г) сопутствующие диспептические явления;
- Д) отставание в физическом развитии.

04.50. Грыжа белой линии живота, не вызывающая нарушения общего состояния ребенка, должна оперироваться:

- А) до 1 года;
- Б) 1-3 года;
- В) после 3 лет;
- Г) старше 5 лет;
- Д) после 10 лет.

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

- А) ушивание апоневроза узловыми швами;
- Б) аутодермопластика кожными лоскутами;
- В) подшивание синтетических материалов;
- Г) операция Лойа;
- Д) пластика с широкой фасцией бедра.

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

- А) физиотерапия;
- Б) лечебная физкультура;
- В) домашний режим;
- Г) ношение бандажа;
- Д) постельный режим.

04.53. После операции по поводу больших грыж белой линии живота возможны следующие осложнения:

- А) рецидив грыжи;
- Б) кровотечение;
- В) расхождение швов;
- Г) нагноение послеоперационных швов;
- Д) деформация брюшной стенки.

- 04.54. Наиболее вероятным этиопатогенетическом фактором, обуславливающим формирование бедренной грыжи у детей, является:
- А) слабость апоневроза наружной косой мышцы живота;
 - Б) чрезмерные физические нагрузки;
 - В) внутриутробное повреждение мезенхимальной закладки, одним из проявлений которого является бедренная грыжа;
 - Г) генетические нарушения;
 - Д) родовая травма.
- 04.55. Наиболее характерным симптомом бедренной грыжи у детей является
- А) боли в паховой области;
 - Б) тошнота и рвота;
 - В) хронические запоры;
 - Г) эластическое выпячивание ниже пупартовой связки;
 - Д) необоснованный подъем температуры.
- 04.56. Показанием к операции при бедренной грыже у детей является:
- А) возраст ребенка;
 - Б) частое ущемление;
 - В) установление диагноза;
 - Г) возраст после 2 лет;
 - Д) возраст после 5 лет.
- 04.57. Оптимальным оперативным доступом при бедренной грыже у детей является:
- А) поперечный разрез выше пупартовой связки;
 - Б) косой разрез;
 - В) косо-поперечный разрез ниже пупартовой связки;
 - Г) разрез в области бедра;
 - Д) вертикальный разрез.
- 04.58. После операции по поводу бедренной грыжи необходимо:
- А) физиотерапия;
 - Б) лечебная физкультура;
 - В) щадящий режим — 2 недели;
 - Г) диета;
 - Д) постельный режим на 1 неделю.
- 04.59. Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу бедренной грыжи является:
- А) повреждение элементов семенного канатика;
 - Б) повреждение бедренной вены;
 - В) повреждение паховой связки;
 - Г) повреждение нервного пучка;
 - Д) повреждение бедренной артерии.
- 04.60. Наиболее вероятной причиной возникновения грыжи спигелевой линии является дисплазия:
- А) наружной косой мышцы;
 - Б) внутренней косой мышцы;
 - В) прямой мышцы;
 - Г) поперечной фасции;
 - Д) поперечной мышцы.
- 04.61. Наиболее характерным симптомом для грыжи спигелевой пинии является:
- А) диспептические явления;
 - Б) подъем температуры;
 - В) боли по средней линии живота выше пупка после физической нагрузки;
 - Г) плохой аппетит;

Д) эластическое выпячивание в эпигастральной области.

04.62. Противопоказанием к пластике местными тканями является:

- А) незначительный дефект кожи после иссечения рубцов;
- Б) наличие вокруг дефекта запаса подвижной кожи;
- В) дефект кожи после иссечения амниотической перетяжки;
- Г) обширный дефект кожи;
- Д) склонность к образованию киллоидных рубцов.

04.63. Пластика полнослойным кожным лоскутом применяется в случаях:

- А) небольших гранулирующих ран;
- Б) небольших дефектов кожи после иссечения рубцов;
- В) необходимости исключить вторичное смещение кожи;
- Г) пластики при синдактилии;
- Д) пластики обширных гранулирующих ран.

04.64. Этиопатогенетическим для пороков развития вен у детей является:

- А) наследственность;
- Б) врожденная неполноценность венозной стенки;
- В) врожденная аплазия венозных клапанов;
- Г) поражение вазомоторных центров спинного мозга;
- Д) все перечисленное.

04.65. Характерным симптомом для порока развития поверхностных вен является

- А) боль;
- Б) варикозное расширение вен;
- В) атрофия мягких тканей;
- Г) симптом губки;
- Д) флеболиты.

04.66. Для пороков развития глубоких вен характерно:

- А) наличие варикозного расширения вен;
- Б) трофические расстройства;
- В) гипертрофия и утолщение пораженной конечности;
- Г) атрофия пораженного органа;
- Д) наличие флеболитов.

04.67. Наиболее эффективным методом лечения пороков развития поверхностных вен является:

- А) гормонотерапия;
- Б) криотерапия;
- В) эндоваскулярная окклюзия;
- Г) рентгенотерапия;
- Д) хирургическое лечение.

04.68. В основе врожденных пороков артериальных сосудов лежит:

- А) поражение вазомоторных центров спинного мозга;
- Б) инфекционный процесс;
- В) врожденное недоразвитие сосудистой стенки;
- Г) эндокринные заболевания;
- Д) наследственность.

04.69. Основным методом диагностики артериовенозных соустьей является:

- А) термометрия;
- Б) Уз-доплер;
- В) ангиография;
- Г) рентгенография;
- Д) ЭКГ.

- 04.70. Наиболее эффективным методом лечения артериовенозной аневризмы является:
- А) склеротерапия;
 - Б) рентгенотерапия;
 - В) криодеструкция;
 - Г) эндоваскулярная окклюзия;
 - Д) хирургическое лечение.
- 04.71. После операции по поводу артериовенозного свища больному необходимы:
- А) гормонотерапия;
 - Б) гепаринотерапия;
 - В) рентгенотерапия;
 - Г) лечебная физкультура;
 - Д) ангиография.
- 04.72. К наиболее характерным осложнениям после операции по поводу артериовенозной аневризмы относятся:
- А) нагноение послеоперационной раны;
 - Б) расхождение швов;
 - В) временное нарушение функции;
 - Г) лимфостаз;
 - Д) тромбофлебит.
- 04.73. Наиболее информативным методом диагностики порока развития лимфатических сосудов является:
- А) ЭКГ;
 - Б) реовазография;
 - В) волдырная проба;
 - Г) лимфография;
 - Д) ангиография.
- 04.74. Наиболее радикальным и эффективным методом лечения слоновости является:
- А) перевязка измененных лимфатических сосудов с их частичным иссечением;
 - Б) склеротерапия;
 - В) криодеструкция;
 - Г) рентгенотерапия;
 - Д) многоэтапная пластическая операция.
- 04.75. После операции по Крассовитову первая перевязка осуществляется:
- А) на следующий день;
 - Б) через 2 дня;
 - В) через неделю;
 - Г) через 10 дней;
 - Д) через 2 недели.
- 05.01. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:
- А) особенностями вскармливания;
 - Б) склонностью к гипертермии;
 - В) травмой ЦНС в анамнезе;
 - Г) относительной незрелостью органов и тканей;
 - Д) токсикозом 1 половины беременности.
- 05.02. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:
- А) стафилококк;

- Б) стрептококк;
- В) кишечная палочка;
- Г) протей;
- Д) синегнойная палочка.

05.03. Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является:

- А) высокая чувствительность к антибактериальным препаратам;
- Б) быстрая адаптация к лекарственным препаратам;
- В) малая распространенность в окружающей среде;
- Г) стертость клинических проявлений;
- Д) редко развивается антибиотикорезистентность.

05.04. Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, протекает в сроки:

- А) сутки;
- Б) двое суток;
- В) трое суток;
- Г) четверо суток;
- Д) неделю.

05.05. Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения раневого процесса, протекает в сроки:

- А) сутки;
- Б) вторые-четвертые сутки;
- В) пятые-шестые сутки;
- Г) седьмые-десятые сутки;
- Д) невозможно определить.

05.06. Очищение гнойной раны обычно наступает:

- А) на вторые-третьи сутки;
- Б) на четвертые-шестые сутки;
- В) на седьмые-десятые сутки;
- Г) к концу второй недели;
- Д) спустя две недели.

05.07. Репарация гнойной раны обычно наступает:

- А) на вторые-третьи сутки;
- Б) на четвертые-шестые сутки;
- В) на седьмые-десятые сутки;
- Г) к концу второй недели;
- Д) спустя две недели.

05.08. Для выделяемого при анаэробной газовой инфекции гематоксина не характерны свойства:

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

05.09. В течение инфекционного процесса у детей не является определяющим:

- А) вирулентность микрофлоры;
- Б) сенсibilизация организма;
- В) иммунологическая реактивностью организма;
- Г) антибиотикорезистентность возбудителя;
- Д) в анамнезе натальная травма ЦНС.

05.10. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции не являются:

- А) лампасные разрезы;

- Б) иссечение пораженных тканей;
- В) нейтрализация действия циркулирующих токсинов;
- Г) коррекция нарушений гомеостаза;
- Д) строгая иммобилизация конечности.

05.11. Особенностью ампутации при анаэробной инфекции не является:

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

05.12. К основным источникам госпитальной инфекции не относят:

- А) больных;
- Б) персонал-носитель инфекции;
- В) раковины отделения;
- Г) растворы, кремы, мази;
- Д) посетителей пациента.

05.13. Наиболее эффективным средством борьбы с синегнойной госпитальной инфекцией является:

- А) борная кислота;
- Б) раствор фурациллина;
- В) гипертонический раствор;
- Г) перекись водорода;
- Д) левомеколь.

05.14. Хирургическая обработка гнойной раны не обеспечивает:

- А) ускорению заживления раны;
- Б) снижению интоксикации;
- В) купированию раневой инфекции;
- Г) предупреждению генерализации процесса;
- Д) антибактериальное воздействие.

05.15. Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является

- А) общая анестезия;
- Б) местная инфильтрационная анестезия;
- В) местная проводниковая анестезия;
- Г) местно хлорэтил;
- Д) выбор по индивидуальным показаниям.

05.16. Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет:

- А) 2-3 часа;
- Б) 4-6 часов;
- В) 7-9 часов;
- Г) 10-12 часов;
- Д) индивидуально.

05.17. Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является:

- А) активная аспирация;
- Б) пассивный отток;
- В) капиллярные свойства;
- Г) гигроскопические свойства;
- Д) сочетание свойств.

05.18. Дренирование гнойной раны показано в фазе:

- А) индивидуально;

- Б) реорганизации;
- В) регенерации;
- Г) воспаления;
- Д) во всех перечисленных фазах.

- 05.19. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:
- А) механическое очищение очага;
 - Б) антибактериальное воздействие;
 - В) предупреждение распространения местного процесса;
 - Г) предупреждение генерализации воспалительного процесса;
 - Д) противовоспалительный фактор.
- 05.20. Наиболее эффективным методом дренирования гнойной раны является:
- А) однопросветная трубка для пассивного оттока;
 - Б) резиновый выпускник;
 - В) марлевый тампон;
 - Г) активное дренирование;
 - Д) сигарный дренаж.
- 05.21. Первично отсроченный шов при гнойной ране выполняется в сроки:
- А) 3-4 день;
 - Б) 5-6 день;
 - В) 7-10 день;
 - Г) 10-12 день;
 - Д) 12-14 дней.
- 05.22. Ранние вторичные швы при гнойной ране накладываются:
- А) 3-4 день;
 - Б) 5-6 день;
 - В) 7-10 день;
 - Г) 10-12 день;
 - Д) 12-14 день.
- 05.23. Поздний вторичный шов при гнойной ране накладывают:
- А) на 3-4 день;
 - Б) на 5-6 день;
 - В) на 2-ю неделю;
 - Г) на 3-4-ю неделю;
 - Д) в зависимости от состояния раны.
- 05.24. Применение вторичных швов при гнойной ране не обеспечит:
- А) Сокращение сроков заживления;
 - Б) Снижение опасности госпитального инфицирования;
 - В) Уменьшение потерь с раневым отделяемым;
 - Г) Улучшение косметических результатов;
 - Д) Ускорение сроков смены фаз воспаления.
- 05.25. Необходимым условием для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:
- А) улучшение самочувствия больного;
 - Б) отсутствие температуры;
 - В) нормализация лабораторных показателей;
 - Г) купирование перифокального воспаления;
 - Д) начало репаративной фазы.
- 05.26. У ребенка 13 лет в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Состояние средней тяжести. Эта картина соответствует:
- А) для фурункула;

- Б) для карбункула;
- В) для флегмоны;
- Г) для фурункулеза;
- Д) для псевдофурункулеза.

05.27. У ребенка абсцедирующий фурункул в области нижней губы. Ему не следует предпринимать:

- А) госпитализацию;
- Б) антибиотикотерапию;
- В) физиотерапию;
- Г) мазовые повязки;
- Д) радикальное оперативное лечение.

05.28. Увеличение больных с хирургическим сепсисом не связано с:

- А) изменением сопротивляемости макроорганизма;
- Б) развитием антибиотикорезистентности микрофлоры;
- В) расширением инвазивных методов диагностики и лечения;
- Г) распространенностью внутригоспитальной инфекции;
- Д) внедрением в практику новых антибактериальных препаратов.

05.29. Понятие хирургический сепсис у детей не определяет:

- А) общее тяжелое инфекционное состояние;
- Б) наличие местного очага инфекции;
- В) измененную реактивность организма;
- Г) необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии;
- Д) показания к назначению гормональной терапии.

05.30. Патогенез хирургического сепсиса не определяет:

- А) возбудитель инфекции (вид, доза, вирулентность);
- Б) состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений);
- В) неспецифическая реактивность организма;
- Г) специфическая реактивность организма;
- Д) ранее проведенное антибактериальное лечение.

05.31. Размножение возбудителя при сепсисе происходит, как правило:

- А) в первичном очаге;
- Б) во вторичном очаге;
- В) в крови;
- Г) в зависимости от индивидуальных особенностей;
- Д) возможны все варианты.

05.32. О развитии шока у септического больного свидетельствует:

- А) постепенное ухудшение состояния больного;
- Б) резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции;
- В) наличие метаболических нарушений;
- Г) длительная гипертермия;
- Д) наличие метастатических очагов инфекции.

05.33. Длительность применения кортикостероидов при гнойной инфекции определяется:

- А) нормализацией состояния до средней тяжести;
- Б) купированием шока;
- В) снижением температуры до субфебрильной;
- Г) устранением сердечно-легочной недостаточности;
- Д) все перечисленное.

05.34. Основанием для использования глюкокортикостероидов является:

- А) септический шок и токсико-аллергическая реакция;

- Б) септикопиемия;
- В) септицемия;
- Г) пресепсис (начальная стадия сепсиса);
- Д) высокий риск развития септических осложнений.

05.35. Противопоказанием к применению гипербарической оксигенации при тяжелых формах сепсиса является:

- А) тяжелые метаболические нарушения, обусловленные токсико-инфекционными процессами;
- Б) дыхательные расстройства и сердечнососудистая недостаточность;
- В) анемия вследствие гемолиза и поражения микробами и токсинами;
- Г) тяжелые поражения паренхиматозных органов;
- Д) терминальное состояние.

05.36. У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к распространению. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункл;
- Б) карбункл;
- В) флегмона;
- Г) рожистое воспаление;
- Д) абсцесс подкожной клетчатки.

05.37. У ребенка 5 лет множественные гнойники конусовидной формы, очаги с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое течение. Указанное состояние характерно:

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

05.38. У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:

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

05.39. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз:

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

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

- А) фурункул;
- Б) карбункул;
- В) флегмона;
- Г) рожистое воспаление;
- Д) абсцесс подкожной клетчатки.

05.41. Подострый лимфаденит обычно не дифференцируют с:

- А) с туберкулезом;

- Б) с лимфогранулематозом;
- В) с опухолью;
- Г) с болезнью кошачих царапин;
- Д) с гемангиомой.

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

- А) паронихий;
- Б) кожный панариций;
- В) флегмона;
- Г) абсцесс;
- Д) подкожный панариций.

05.43. У ребенка в области указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует:

- А) паронихий;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) флегмоне.

05.44. У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли. Под ногтем скопление гноя. Диагноз соответствует: А) паронихий;

- Б) кожному панарицию;
- В) подногтевому панарицию;
- Г) подкожному панарицию;
- Д) флегмоне.

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

- А) паронихий;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) костному панарицию.

05.46. У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация мягких тканей. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Диагноз:

- А) паронихия;
- Б) кожный панариций;
- В) подкожный панариций;
- Г) костный панариций;
- Д) подногтевой панариций.

05.47. У ребенка 13 лет болезненность и равномерная отечность тканей у основания пальца кисти, распространяющаяся к лучезапястному суставу. Активные движения в суставе отсутствуют. Пассивные сопровождаются резкой болезненностью. Указанная картина соответствует:

- А) паронихии;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) сухожильному панарицию.

05.48. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз:

- А) флегмона кисти;
- Б) кожный панариций;
- В) подкожный панариций;
- Г) костный панариций;
- Д) сухожильный панариций.

05.49. Для операции по поводу костного панариция у ребенка 5 лет наиболее целесообразна:

- А) проводниковая анестезия;
- Б) инфильтрационная анестезия;
- В) масочный наркоз;
- Г) интубационный наркоз;
- Д) местно хлорэтил.

05.50. Появление рентгенологических признаков при костном панариции у ребенка 12 лет следует ожидать:

- А) на 1-2 день болезни;
- Б) на 4-6 день болезни;
- В) на 7-9 день болезни;
- Г) на 10-12 день болезни;
- Д) на 13-15 день болезни.

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

- А) характер и чувствительность микрофлоры;
- Б) фармакодинамика и фармакокинетика препарата;
- В) токсичность препарата;
- Г) совместимость с другими лекарственными препаратами;
- Д) давность заболевания.

05.52. При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать:

- А) характер и чувствительность микрофлоры;
- Б) локализацию гнойного очага;
- В) объем гнойного отделяемого;
- Г) характер гнойного отделяемого;
- Д) распространенность воспалительного процесса.

05.53. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит измерение внутри костного давления следует производить в течение:

- А) 1-2 мин;
- Б) 10-15 мин;
- В) 20-25 мин;
- Г) 30-40 мин;
- Д) 60 мин.

05.54. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной. Дальнейшие действия предусматривают:

- А) измерение внутрикостного давления;
- Б) дополнительную остеоперфорацию;
- В) ушивание раны;
- Г) промывание костно-мозгового канала;
- Д) дренирование раны.

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

- А) дополнительную остеоперфорацию;
- Б) измерение внутрикостного давления;
- В) ушивание раны;

- Г) промывание костно-мозгового канала;
- Д) дренирование раны.

05 56. Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

05 57. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, в течение 2-х лет не было обострения процесса. Указанный вариант течения относится:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

05 58. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 мес. после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме секвестр. Указанный вариант течения относится:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

05.69. При измерении внутрикостного давления при подозрении на острый гематогенный остеомиелит за норму принимается уровень:

- А) ниже 90 мм. водн.ст.;
- Б) 96-122 мм. водн. ст.;
- В) 122-140 мм. водн. ст.;
- Г) 140-160 мм. водн. ст.;
- Д) 160-180мм. водн.ст.

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

- А) наличии боли в конечности и высокой температуре;
- Б) при указании в анамнезе на травму отсутствию повреждений;
- В) при картине ревматизма, когда отмечено поражение одного сустава;
- Г) при синдроме заболевания мягких тканей;
- Д) во всех указанных случаях.

05.71. Декомпрессивная остеоперфорция при остром гематогенном остеомиелите не позволяет:

- А) уточнить диагноз в неясных случаях;
- Б) получить отделяемое из костномозгового канала для цитологического исследования;
- В) снизить внутрикостное давление;
- Г) снять боль;
- Д) полностью санировать очаг воспаления.

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

- А) характером и количеством патологического отделяемого;
- Б) улучшением самочувствия;
- В) динамикой лабораторных показателей;
- Г) динамикой рентгенологических данных;

Д) купированием болевого синдрома.

05.73. Иммобилизация при остром гематогенном остеомиелите в послеоперационном периоде не обеспечивает:

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

05.74. Строгую иммобилизацию конечности при остром гематогенном остеомиелите при благоприятном течении применять не целесообразно более:

- А) 1 недели;
- Б) 1,5 недель;
- В) 2-3 недель;
- Г) 1 месяца;
- Д) 2-3 месяцев.

05.75. При остром гематогенном остеомиелите продолжительность затяжного периода составляет:

- А) до 1 мес;
- Б) до 2-3 мес;
- В) до 6-8 мес;
- Г) до 8-10 мес;
- Д) до 1 года.

05.76. Наиболее типичными рентгенологическими признаками хронического остеомиелита являются:

- А) остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала;
- Б) симптом периостальной реакции;
- В) уплотнение структуры параоссальных тканей;
- Г) размытость и нечеткость кортикального слоя кости;
- Д) явления пятнистого остеопороза.

05.77. У больного с острым гематогенным остеомиелитом при остеоперфорациях получен гной под давлением. Следующим этапом является:

- А) введение внутрикостно антибиотиков;
- Б) измерение внутрикостного давления;
- В) ушивание раны до резиновых выпускников;
- Г) иммобилизация конечности;
- Д) налаживание системы постоянного промывания.

05.78. Сквозное дренирование при эпифизарном остеомиелите показано:

- А) во всех случаях установления диагноза;
- Б) при неэффективности пункционного ведения;
- В) при параартикулярной флегмоне;
- Г) при обнаружении при первой пункции значительного количества выпота;
- Д) не показано.

05.79. В патогенезе острого гематогенного остеомиелита ведущее значение имеет:

- А) травма;
- Б) высокий уровень одномоментной контаминации возбудителя;
- В) длительное течение ОРВИ;
- Г) неполноценное питание;
- Д) сенсibilизация организма.

05.80. Наиболее частым возбудителем острого гематогенного остеомиелита является:

- А) золотистый стафилококк;

- Б) стрептококк;
- В) протей;
- Г) синегнойная палочка;
- Д) кишечная палочка.

05.81. Тактической ошибкой в хирургической тактике ведения больных с эпифизарным остеомиелитом считают:

- А) пункцию сустава;
- Б) сквозное дренирование сустава;
- В) дренирование параартикулярного пространства;
- Г) артротомию;
- Д) повторные пункции сустава.

05.82. При подозрении на эпифизарный остеомиелит показано:

- А) назначение антибактериальной терапии, наблюдение;
- Б) диагностическая пункция сустава;
- В) дренирование сустава;
- Г) остеоперфорация;
- Д) остеопункция и измерение внутрикостного давления.

05.83. При эпифизарном остеомиелите "сухие" артриты встречаются при преобладании следующей флоры:

- А) грамм-положительной;
- Б) грамм-отрицательной;
- В) ассоциативной флоры;
- Г) характер микрофлоры значения не имеет;
- Д) анаэробной флоры.

05.84. На развитие антибиотикорезистентности не оказывает влияние:

- А) применение высоких доз антибиотиков;
- Б) длительные курсы антибактериальной терапии;
- В) расширение больных высокой степени риска;
- Г) комбинация антибиотиков с нестероидными противовоспалительными средствами;
- Д) применение инвазивных методов диагностики и лечения.

05.85. Применение скелетного вытяжения при остром гематогенном остеомиелите показано при поражении:

- А) дистального отдела бедренной кости;
- Б) проксимального отдела бедренной кости;
- В) дистального отдела большеберцовой кости;
- Г) проксимального отдела большеберцовой кости;
- Д) поражение малоберцовой кости.

05.86. После выполнения остеоперфорации при остром гематогенном остеомиелите контрольная рентгенограмма выполняется в сроки:

- А) 1 неделя;
- Б) 1,5 недели;
- В) 2 недели;
- Г) 2,5 недели;
- Д) 3 недели.

05.87. Полная нагрузка на конечность при остром гематогенном остеомиелите верхней трети бедра при благоприятном течении процесса допускается, в среднем, через:

- А) 2 мес;
- Б) 3 мес;
- В) 4 мес;
- Г) 5 мес;

Д) 6 мес.

05.88. К бета-лактамам относятся:

- А) пенициллины, цефалоспорины;
- Б) пенициллины, цефалоспорины; карбапенемы, монобактамы;
- В) только пенициллины, цефалоспорины и карбапенемы;
- Г) только пенициллины и карбапенемы;
- Д) карбапенемы и монобактамы.

05.89. Отметьте нежелательные реакции хлорамфеникола:

- А) апластическая анемия;
- Б) ототоксичность;
- В) нефротоксичность;
- Г) гепатотоксичность;
- Д) ототоксичность и нефротоксичность.

05.90. При устойчивости синегнойной палочки к гентамицину следует отдать предпочтение:

- А) канамицину;
- Б) тобрамицину;
- В) стрептомицину;
- Г) амикацину;
- Д) неомицину.

05.91. Отметьте препараты, применяемые для антибиотико-профилактики в хирургии:

- А) оксациллин;
- Б) цефазолин;
- В) фортум;
- Г) линкомицин;
- Д) пенициллин.

05.92. Укажите нежелательные реакции линкомицина:

- А) судороги;
- Б) апластическая анемия;
- В) ототоксичность;
- Г) нефротоксичность;
- Д) псевдомембранозный колит.

05.93. У пациента в течение 2-х лет обострения по поводу хронического остеомиелита большеберцовой кости. При бактериологическом исследовании раневого отделяемого высеян метициллинрезистентный золотистый стафилококк. Следует рекомендовать:

- А) цефазолин;
- Б) фортум;
- В) ванкомицин;
- Г) ампициллин / сульбактам;
- Д) гентамицин.

05.94. У больного, оперированного по поводу продолженного отграниченного перитонита, при бактериологическом исследовании из брюшной полости высеяна неидентифицированная грамотрицательная флора. Целесообразно назначить:

- А) гентамицин;
- Б) канамицин;
- В) левомицетин;
- Г) амикацин;
- Д) цефазолин.

05.95. При выполнении декомпрессивной остеоперфорации больному с клиникой острого гематогенного остеомиелита получена кровь под давлением. Оперативное вмешательство целесообразно закончить:

- А) оставлением резиновых выпускников в мягких тканях;
- Б) дренированием параоссального пространства по Редону;
- В) установлением однопросветных дренажей для проточного промывания;
- Г) дренированием двухпросветной трубкой;
- Д) ушиванием операционной раны наглухо.

05.96. Во время оперативного вмешательства по поводу острого гематогенного остеомиелита выявлены поднадкостничное и межмышечное скопление гноя. После выполнения декомпрессивной остеоперфорации показано:

- А) оставлением резиновых выпускников в мягких тканях;
- Б) дренированием параоссального пространства по Редону;
- В) установлением однопросветных дренажей для проточного промывания;
- Г) дренированием двухпросветной трубкой;
- Д) ушиванием операционной раны наглухо.

05.97. Дренирование и промывание костно-мозгового канала при остром гематогенном остеомиелите показано:

- А) значительных сроках заболевания и тотальном поражении кости;
- Б) всегда для введения антибиотиков;
- В) не показано;
- Г) при получении крови под большим давлением;
- Д) при антибиотикорезистентности возбудителя заболевания.

05.98. Оперативное лечение при остром гематогенном остеомиелите костей таза показано при:

- А) подтверждении диагноза рентгенологически;
- Б) формировании гнойных затеков в мягких тканях;
- В) всегда показана консервативная терапия;
- Г) предположении диагноза;
- Д) подтверждении диагноза компьютерной томографией.

05.99. Об окончательном исходе течения остеомиелитического процесса можно судить по истечении:

- А) 6 месяцев;
- Б) 6-8 месяцев;
- В) 1 года;
- Г) 1,5-2 лет;
- Д) 3-х лет.

06.01. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

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

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

- А) гипоплазия легкого;
- Б) аплазия легкого;
- В) агенезия легкого;

- Г) ателектаз;
- Д) кистозная гипоплазия.

06.03. При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в большую сторону. При бронхоскопии сужены долевые бронхи. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) аплазия легкого;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) ателектаз.

06.04. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) кистозная гипоплазия;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) аплазия легкого.

06.05. Состояние новорожденного тяжелое. Одышка. Дыхание слева ослаблено. Перкуторно справа коробочный звук. На рентгенограмме справа увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе справа треугольная тень прилегающая к тени средостения. Средостение смещено влево с снижением прозрачности левого легкого. Диагноз:

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

06.06. На рентгенограмме имеется округлой формы затемнение в области базальных сегментов. При аортографии обнаруживается сосуд, идущий от аорты к патологической тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А) киста легкого;
- Б) опухоль легкого;
- В) легочная секвестрация;
- Г) опухоль средостения;
- Д) ателектаз.

06.07. На рентгенограмме имеется дополнительная тень, прилегающая к тени средостения и имеющая треугольную форму с вогнутым наружным краем. На бронхограмме в области патологического образования выявляются только крупные бронхи, доходящие до нижнего края тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазы;
- Б) легочная секвестрация;
- В) гипоплазия нижней доли;
- Г) опухоль средостения;
- Д) агенезия легкого.

06.08. Пищевод Барретта это:

- А. рефлюкс-эзофагит;
- Б. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- В. аденокарцинома;
- Г. метаплазия слизистой пищевода;
- Д. пептическая стриктура пищевода.

06.09. При установлении диагноза «агенезия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

- А) бронхоскопия;
- Б) аортография;
- В) ангиопульмонография;
- Г) бронхография;
- Д) обзорная рентгенография.

06.10. При установлении диагноза «аплазия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

- А) бронхография;
- Б) сканирование легкого;
- В) бронхоскопия;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) аортография.

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

- А) сканирование легкого;
- Б) бронхоскопию;
- В) ангиопульмонография;
- Г) аортография;
- Д) бронхография.

06.12. Методом выбора обследования при установлении диагноза «врожденная лобарная эмфизема» является:

- А) бронхоскопия;
- Б) бронхография;
- В) обзорная рентгенография;
- Г) радиоизотопное обследование легких;
- Д) ангиопульмонография.

06.13. При установлении диагноза «легочная секвестрация» предпочтение имеет:

- А) аортография;
- Б) бронхография;
- В) бронхоскопия;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) сканирование легких.

06.14. Укажите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом:

- А) сканирование легких;
- Б) аортография;
- В) бронхография;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) бронхоскопия.

06.15. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

- А) нижняя доля справа;
- Б) верхняя доля слева;
- В) нижняя доля слева;
- Г) верхняя доля справа;
- Д) средняя доля правого легкого.

06.16. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:

- А) средняя доля правого легкого;
- Б) нижняя доля левого легкого;
- В) верхняя доля левого легкого;
- Г) верхняя доля правого легкого;
- Д) нижняя доля правого легкого.

06.17. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- А) экстренную операцию;
- Б) плановую операцию;
- В) срочную операцию;
- Г) консервативную терапию;
- Д) выжидательную тактику.

06.18. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- А) консервативную терапию;
- Б) бронхоскопическую санацию;
- В) экстренную операцию;
- Г) наблюдение в динамике;
- Д) плановую операцию.

06.19. У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:

- А) срочную операцию;
- Б) операцию после предоперационной подготовки;
- В) консервативную терапию;
- Г) диспансерное наблюдение;
- Д) плановую операцию.

06.20. Оптимальной при операции по поводу врожденной эмфиземы верхней доли является:

- А) боковая торакотомия;
- Б) передняя торакотомия;
- В) заднебоковая торакотомия;
- Г) задняя торакотомия;
- Д) переднебоковая торакотомия.

06.21. Резекцию нижней доли при внутрилегочной секвестрации следует начинать с выделения:

- А) артерии нижней доли;
- Б) бронха нижней доли;
- В) разделения нижней легочной связки;
- Г) нижней легочной вены;
- Д) основного ствола легочной артерии.

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

- А) кровотечение;
- Б) массивные продувания воздуха;
- В) сердечно-легочная недостаточность;
- Г) обтурационные осложнения;
- Д) несостоятельность швов.

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

- А) абсцесс легкого;
- Б) пневмоторакс;
- В) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- Г) пиоторакс;

Д) пиопневмоторакс.

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

- А) пиопневмоторакс;
- Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- В) абсцесс легкого;
- Г) пиоторакс;
- Д) медиастинальная эмфизема.

06.25. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:

- А) с абсцессом легкого;
- Б) с тотальной эмпиемой плевры;
- В) с осумкованным плевритом;
- Г) с плащевидным плевритом;
- Д) с буллезной формой бактериальной деструкции легких.

06.26. На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз:

- А) тотальная эмпиема плевры;
- Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- В) фибриноторакс;
- Г) плащевидный плеврит;
- Д) пиопневмоторакс.

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

- А) тотальная эмпиема плевры;
- Б) ателектаз легкого;
- В) напряженная тотальная эмпиема;
- Г) плащевидный плеврит;
- Д) абсцесс легкого.

06.28. Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является:

- А) смещение средостения;
- Б) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов;
- В) деформация одного или обоих куполов диафрагмы;
- Г) непостоянность рентгенологических данных при повторных и многоосевых исследованиях;
- Д) признаки гиповентиляции легких.

06.29. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А) пневмоторакс;
- Б) гидропневмоторакс;
- В) напряженный гидропневмоторакс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) абсцесс легкого.

06.30. На рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое. Наиболее вероятный диагноз:

- А) напряженный гидропневмоторакс;
- Б) напряженный пневмоторакс;
- В) гигантский кортикальный абсцесс;

- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) мелкоочаговая бактериальная деструкция легких.

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

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

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

- А) пункция буллы;
- Б) интенсивная терапия без вмешательства в очаг;
- В) дренирование буллы;
- Г) бронхоскопический дренаж;
- Д) плевральная пункция.

06.33. У больного больших размеров буллезное образование в легком. Смещения средостения нет. Ему необходимо выполнить:

- А) бронхоскопический дренаж;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) пункцию буллы;
- Г) дренирование буллы;
- Д) катетеризацию бронха.

06.34. На бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого. Больному следует рекомендовать:

- А) оперативное лечение;
- Б) консервативное лечение;
- В) длительную бронхоскопическую санацию;
- Г) оперативное лечение временно не показано;
- Д) санаторное лечение.

06.35. На бронхограммах у больного имеется деформирующий бронхит нижней доли одного легкого. Остальные бронхи не поражены. Оптимальным методом лечения является:

- А) резекция нижней доли;
- Б) торакоцентез;
- В) экстирпация бронхов нижней доли;
- Г) бронхоскопические санации;
- Д) консервативное лечение.

06.36. У больного удалено длительно лежащее инородное тело. При бронхографическом обследовании выявлены цилиндрические бронхоэктазы. Ему следует рекомендовать:

- А) диспансерное наблюдение;
- Б) оперативное лечение;
- В) бронхоскопическое лечение;
- Г) санаторное лечение;
- Д) консервативную терапию.

06.37. У больного с бронхоэктазами нижней доли справа имеется обострение процесса в легком:

- А) оперативное лечение показано;
- Б) оперативное лечение временно противопоказано;
- В) оперативное лечение не показано;
- Г) оперативное лечение противопоказано;
- Д) санаторное лечение.

- 06.38. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением масляного контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:
- А) 3-5 дней;
 - Б) 6-10 дней;
 - В) 11-15 дней;
 - Г) 16-20 дней;
 - Д) после 20 дней.
- 06.39. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением водорастворимого контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:
- А) 3-5 дней;
 - Б) 6-10 дней;
 - В) 11-15 дней;
 - Г) 16-20 дней;
 - Д) после 20 дней.
- 06.40. Наиболее достоверным признаком при оценке степени подготовленности больного с бронхоэктазами к операции является:
- А) улучшение общего состояния больного;
 - Б) купирование восходящего бронхита;
 - В) уменьшение гнойного отделяемого;
 - Г) улучшение показателей со стороны функций внешнего дыхания;
 - Д) уменьшение количества хрипов.
- 06.41. Оптимальным доступом при резекции верхней доли является:
- А) задний;
 - Б) заднебоковой;
 - В) передний;
 - Г) боковой;
 - Д) переднебоковой.
- 06.42. Оптимальным доступом при резекции средней доли является:
- А) заднебоковой;
 - Б) передний;
 - В) переднебоковой;
 - Г) задний;
 - Д) боковой.
- 06.43. Оптимальным доступом при резекции нижней доли является:
- А) передний;
 - Б) переднебоковой;
 - В) задний;
 - Г) заднебоковой;
 - Д) боковой.
- 06.44. Послеоперационные ателектазы наиболее часто возникают:
- А) на 1-3-и сутки;
 - Б) на 4-7-е сутки;
 - В) на 7-10-е сутки;
 - Г) на 11-14-е сутки;
 - Д) на 14-17-е сутки.
- 06.45. При послеоперационном ателектазе легкого аускультативно выявляется:
- А) бронхиальное дыхание;
 - Б) альвеолярное дыхание;
 - В) амфорическое дыхание;
 - Г) отсутствие дыхания;

Д) ослабление дыхания.

06.46. При плащевидном плеврите (серозном) лечение предусматривает:

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) пункцию плевральной полости;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) бронхоскопию.

06.47. При пиотораксе лечение предусматривает:

- А) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- В) пункцию плевральной полости;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) бронхоскопию.

06.48. При осумкованном гнойном плеврите лечение предусматривает:

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Б) пункцию плевральной полости;
- В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Г) радикальную операцию;
- Д) бронхоскопию.

06.49. При тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания плевры лечение предусматривает:

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

06.50. У больного парциальный пневмоторакс. Ему следует рекомендовать:

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

06.51. Функциональной зрелости пищевод достигает к:

- А) 3-м месяцам;
- Б) 6-ти месяцам;
- В) 12-ти месяцам;
- Г) 2-м годам;
- Д) 5-ти годам.

06.52. При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищем тактика лечения включает:

- А) плевральную пункцию;
- Б) бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) выжидательную тактику.

06.53. У больного напряженный пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищем. Ему следует рекомендовать:

- А) бронхоблокаду;
- Б) плевральную пункцию;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;

Д) выжидательную тактику.

06.54. При простом пиопневмотораксе необходимо выполнить:

- А) плевральную пункцию;
- Б) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) радикальную операцию;
- Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.

06.55. При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить:

- А) плевральную пункцию;
- Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Г) радикальную операцию;
- Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.

06.56. При фибротораксе оптимальным методом лечения является:

- А) радикальная операция;
- Б) консервативная терапия, при неэффективности - радикальная операция;
- В) плевральная пункция;
- Г) дренирование плевральной полости;
- Д) бронхоскопия.

06.57. Врожденные солитарные кисты легких чаще всего встречаются:

- А) в верхней доле правого легкого;
- Б) в средней доле правого легкого;
- В) в нижней доле правого легкого;
- Г) в верхней доле левого легкого;
- Д) в нижней доле левого легкого.

06.58. У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом обследовании обнаружено кистозное образование в легком. Состояние ребенка удовлетворительное. Дыхательной недостаточности нет. Лечение больного предусматривает:

- А) наблюдение в динамике;
- Б) дренирование кисты;
- В) оперативное лечение;
- Г) консервативное лечение;
- Д) санаторное лечение.

06.59. У ребенка 3 лет в течение 6 месяцев имеется кистозное образование в легком. Жалоб нет. Ребенку следует рекомендовать:

- А) оперативное лечение в плановом порядке;
- Б) лечение пункциями;
- В) консервативное лечение;
- Г) выжидательную тактику;
- Д) санаторное лечение.

06.60. Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Наиболее вероятный диагноз:

- А) абсцесс легкого;
- Б) напряженная киста легкого;
- В) нагноившаяся киста легкого;
- Г) диафрагмальная грыжа;
- Д) булла.

06.61. У ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого. Лечение больного включает:

- А) пункцию кисты;
- Б) дренирование кисты;
- В) радикальную операцию;
- Г) консервативную терапию;
- Д) выжидательную тактику.

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

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

06.63. При напряженной солитарной кисте легкого следует выполнить:

- А) лобэктомию;
- Б) цеоэктомию;
- В) клиновидную резекцию;
- Г) краевую резекцию;
- Д) экстирпацию бронха.

06.64. Больного беспокоит постоянный рефлекторный кашель, боль при глотании. Дыхание не затруднено. В анамнезе - поперхивание при еде. Наиболее вероятный диагноз:

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

06.65. У больного затрудненное дыхание. Временами наступают приступы удушья. Отмечается охриплость голоса, временами афония. Наиболее вероятный диагноз:

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

06.66. Состояние больного тяжелое. Выраженная дыхательная недостаточность. Голос звонкий. Периодически слышен симптом «хлопка». Наиболее вероятный диагноз:

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

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

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

06.68. Из перечисленных опухолей средостения является злокачественной:

- А) ганглионеврома;
- Б) симпатогониома;
- В) невринома;

- Г) нейрофиброма;
- Д) феохромоцитомы.

06.69. Нейрогенные опухоли локализуются:

- А) в верхнем отделе переднего средостения;
- Б) в нижнем отделе переднего средостения;
- В) в заднем средостении;
- Г) в верхнем отделе центрального средостения;
- Д) в нижнем отделе центрального средостения.

06.70. Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются:

- А) в верхнем отделе центрального средостения;
- Б) в нижнем отделе центрального средостения;
- В) в заднем средостении;
- Г) в нижнем отделе переднего средостения;
- Д) в верхнем отделе переднего средостения.

06.71. Дубликационные кисты чаще всего локализуются:

- А) в заднем средостении;
- Б) в центральном средостении;
- В) в верхнем отделе переднего средостения;
- Г) в нижнем отделе переднего средостения; Д) в нижнем отделе заднего средостения.

06.72. Сосудистые опухоли чаще всего локализуются:

- А) в нижнем отделе заднего средостения;
- Б) в верхнем отделе заднего средостения;
- В) в центральном средостении;
- Г) в верхнем отделе переднего средостения;
- Д) в нижнем отделе переднего средостения.

06.73. Терадотермоидная опухоль чаще всего локализуется:

- А) в верхнем отделе заднего средостения;
- Б) в переднем средостении;
- В) в нижнем отделе заднего средостения;
- Г) в верхнем отделе центрального средостения;
- Д) в нижнем отделе центрального средостения;

06.74. У ребенка после катотравмы имеет место выраженная подкожная эмфизема в области шеи, лица, верхнего отдела грудной стенки. На рентгенограмме грудной клетки - перелом II, III, IV ребер по парастернальной линии справа. Предположительный диагноз:

- А) разрыв правого легкого;
- Б) травма трахеи;
- В) повреждение перикарда;
- Г) разрыв правого главного бронха;
- Д) травма магистральных сосудов.

07.75. Под болезнью гастро-эзофагеального рефлюкса понимают:

- А) заброс содержимого из желудка в пищевод;
- Б) за грудиные боли;
- В) регургитацию;
- Г) рвоты;
- Д) симптомокомплекс, являющийся следствием агрессивного воздействия рефлюксного содержимого.

06.76. Наиболее достоверные данные для подтверждения диагноза недостаточности кардиального отдела пищевода дает:

- А) контрастное обследование пищевода в положении стоя;

- Б) жесткая эзофагоскопия;
- В) контрастное обследование пищевода в положении лежа;
- Г) фиброэзофагоскопия;
- Д) рН-метрия.

06.77. При хронической эмпиеме плевры оптимальным методом лечения является:

- А), ультразвуковая санация плевральной полости;
- Б) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) пункция плевральной полости;
- Д) радикальная операция.

06.78. Для ахалазии пищевода при производстве обзорной рентгенограммы грудной клетки наиболее характерно:

- А) смещение средостения влево;
- Б) расширение тени средостения;
- В) смещение средостения вправо;
- Г) отсутствие газового пузыря;
- Д) высокое стояние левого купола диафрагмы.

06.79. Ведущими симптомами при ахалазии пищевода являются:

- А) дисфагия;
- Б) регургитация;
- В) рецидивирующая пневмония;
- Г) пищеводная рвота;
- Д) рвота с желудочным содержимым.

06.80. Дифференциальную диагностику при установлении диагноза ахалазии пищевода надо проводить:

- А) с врожденным коротким пищеводом;
- Б) с халазией пищевода;
- В) с врожденным стенозом пищевода;
- Г) с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;
- Д) спилоростенозом.

06.81. При врожденном коротком пищеводом ведущим симптомом является:

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

06.82. Из специальных методов обследования наиболее информативным при установлении диагноза «врожденный короткий пищевод» является:

- А) рН-метрия;
- Б) обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей;
- В) фиброэзофагогастроскопия;
- Г) жесткая эзофагоскопия;
- Д) контрастное обследование пищевода.

06.83. Наиболее информативным рентгенологическим признаком при установлении диагноза «врожденный короткий пищевод» является:

- А) расширение пищевода в нижнем отделе;
- Б) желудочно-пищеводный рефлюкс;
- В) высокое положение куполов диафрагмы;
- Г) стеноз в кардиальном отделе пищевода;
- Д) смещение дна желудка в грудную полость.

- 06.84. Врожденные стенозы пищевода чаще всего встречаются на уровне:
- А) первого физиологического сужения;
 - Б) кардиального отдела;
 - В) средней трети пищевода;
 - Г) нижней трети пищевода;
 - Д) верхней трети пищевода .
- 06.85. Диагноз врожденного стеноза пищевода чаще всего устанавливается:
- А) в периоде новорожденности;
 - Б) от 1 до 3 месяцев;
 - В) от 3 до 6 месяцев;
 - Г) от 6 месяцев до 1 года;
 - Д) старше 1 года.
- 06.86. Наиболее эффективным методом лечения при коротком врожденном стенозе пищевода является:
- А) бужирование;
 - Б) анастомоз в 3/4 в зоне стеноза;
 - В) резекция в зоне стеноза с наложением анастомоза «конец в конец»;
 - Г) установка встречных магнитов;
 - Д) баллонная дилатация.
- 06.87. Ребенок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Ему следует произвести промывание желудка:
- А) щелочным раствором;
 - Б) подкисленным раствором;
 - В) холодной водой;
 - Г) водой комнатной температуры;
 - Д) горячей водой.
- 06.88. Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Промывание желудка ему следует произвести:
- А) холодной водой;
 - Б) водой комнатной температуры;
 - В) горячей водой;
 - Г) подкисленным раствором;
 - Д) щелочным раствором.
- 06.89. Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести:
- А) на 1-2-е сутки;
 - Б) на 3-4-е сутки;
 - В) на 5-6-е сутки;
 - Г) на 10-е сутки;
 - Д) на 12-е сутки .
- 06.90. При свежем ожоге пищевода III ст. следует отдать предпочтение:
- А) «слепому» методу бужирования;
 - Б) через эзофагоскоп;
 - В) за нитку;
 - Г) ретроградному бужированию;
 - Д) не бужировать.
- 06.91. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода обнаружен небольшой отек и гиперемия слизистой. Это соответствует:
- А) первой — легкой степени ожога;

- Б) второй — средней степени ожога;
- В) третьей — тяжелой степени ожога;
- Г) нет ожога;
- Д) четвертой степени ожога.

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

- А) легкой степени ожога;
- Б) средней степени ожога;
- В) тяжелой степени ожога;
- Г) нет ожога;
- Д) очень тяжелой степени ожога.

06.93. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется картина циркулярных фиброзных наложений, стенка пищевода по снятию фибрина кровоточит. Это соответствует:

- А) легкой степени ожога;
- Б) средней степени ожога;
- В) тяжелой степени ожога;
- Г) нет ожога;
- Д) очень тяжелой степени ожога.

06.94. Вторичные кисты легких у детей наиболее часто локализуются:

- А) верхней доли;
- Б) средней доли;
- В) 10-го сегментарного бронха;
- Г) верхушечного сегмента базальной пирамиды (S-6);
- Д) заднего сегмента верхней доли.

06.95. Больной поступил в стационар на 8-е сутки после ожога пищевода уксусной эссенцией. При эзофагоскопии имеется ожог 3-й степени. Бужирование пищевода следует начинать:

- А) сразу после поступления;
- Б) на 10-е сутки;
- В) на 11-14-е сутки;
- Г) на 15-20-е сутки;
- Д) после 20-х суток.

06.96. Показанием к созданию искусственного пищевода является:

- А) ожог пищевода 3-й степени;
- Б) ожог пищевода 4-й степени;
- В) короткая рубцовая стриктура пищевода;
- Г) рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 6 месяцев;
- Д) рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 1 года.

06.97. Из перечисленных видов пластики пищевода наиболее распространен в детской хирургии:

- А) внутриплевральная пластика тонкой кишки;
- Б) внутриплевральная пластика из большой кривизны желудка;
- В) за грудинная пластика толстой кишки;
- Г) за грудинная пластика тонкой кишки;
- Д) внутриплевральная пластика толстой кишки.

06.98. При поступлении ребенка с напряженным хилотораксом показано:

- А) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Б) дренирование плевральной полости с аспирацией по Бюлау;
- В) операция;
- Г) плевральная пункция;
- Д) консервативное лечение.

06.99. При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении:

- А) стоя;
- Б) лежа на животе;
- В) лежа на спине;
- Г) лежа на левом боку;
- Д) лежа на правом боку.

06.100. Консервативная тактика при повреждении пищевода оправдана:

- А) при проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода;
- Б) при повреждении пищевода с повреждением плевры
- В) при непроникающем ранении пищевода
- Г) при инструментальном повреждении с ложным ходом более 2 см;
- Д) при проникающем ранении грудной клетки с повреждением пищевода.

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

- А) курс лечебных эзофагоскопий;
- Б) введение зонда в желудок и консервативная терапия;
- В) перевод больного на парентеральное питание и консервативную терапию;
- Г) срочную операцию;
- Д) гастростомию.

06.102. Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:

- А) френоперикардиальная;
- Б) передние;
- В) пищеводного отверстия;
- Г) задние ложные;
- Д) истинные.

06.103. У детей старшего возраста чаще всего встречаются:

- А) передние грыжи диафрагмы;
- Б) истинные левосторонние грыжи;
- В) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- Г) задние ложные грыжи;
- Д) френоперикардиальные грыжи.

06.104. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативны:

- А) жесткая эзофагоскопия;
- Б) рентгеноконтрастное обследование пищевода и желудка;
- В) фиброэзофагоскопия;
- Г) обзорная рентгеноскопия;
- Д) компьютерная томография.

06.105. Дифференцировать грыжу пищеводного отверстия диафрагмы следует:

- Л) с халазией пищевода;
- Б) с ахалазией пищевода;
- В) с врожденным стенозом;
- Г) с врожденным коротким пищеводом;
- Д) с дивертикулом пищевода.

06.106. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы выгоднее всего производить оперативное вмешательство:

- А) из левосторонней торакотомии;
- Б) из лапароторакотомии;

- В) из правосторонней торакотомии;
- Г) из верхнесрединной лапаротомии;
- Д) из широкой срединной лапаротомии.

06.107. Наиболее достоверным методом определения степени агрессивности гастроэзофагеального рефлюкса является:

- А) эзофагоскопия;
- Б) манометрия;
- В) Ph-метрия;
- Г) рентгеноконтрастное исследование;
- Д) компьютерная томография.

06.108. При воронкообразной деформации грудной клетки у детей дает наилучшие результаты:

- А) торакопластика с наружным вытяжением;
- Б) стернохондропластика с внутренней фасцией костными трансплантатами;
- В) стернохондропластика с внутренней фасцией металлическими конструкциями;
- Г) наружное вытяжение без торакопластики;
- Д) торакопластика без фиксирующих устройств.

06.109. При травме грудной клетки чаще всего встречаются:

- А) переломы каркаса грудной клетки без повреждения внутренних органов;
- Б) ушибы грудной клетки без повреждения внутренних органов;
- В) ушибы грудной клетки с повреждением внутренних органов;
- Г) переломы каркаса грудной клетки с повреждением внутренних органов;
- Д) сдавление груди (травматическая асфиксия).

06.110. У ребенка 3 лет имеется правосторонний парциальный пневмоторакс. Чаще всего приводит к пневмотораксу в данном возрасте:

- А) бронхиальная астма;
- Б) обтурационная эмфизема;
- В) проникающее ранение грудной клетки;
- Г) буллезная форма легочной деструкции;
- Д) сдавление груди.

06.111. Перелом ребер у детей чаще всего происходит:

- А) в хрящевой части грудины;
- Б) в хрящевой части у перехода ее в костную часть ребра;
- В) в переднем отделе костной части ребра;
- Г) по аксилярной линии;
- Д) в заднем отделе ребра.

06.112. К переломам лопатки у детей чаще всего приводит:

- А) сдавление грудной клетки;
- Б) падение с высоты;
- В) падение на руку;
- Г) прямой удар;
- Д) падение на спину.

06.113. У ребенка 10 лет после травмы грудной клетки плащевидный гемоторакс, показатели гемодинамики стабильные. В данном случае ему следует рекомендовать:

- А) плевральную пункцию;
- Б) дренирование плевральной полости с аспирацией по Бюлау;
- В) торакоскопию;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) радикальную операцию.

- 06.114. У ребенка 8 лет после травмы грудной клетки имеется простой гемоторакс. Наиболее целесообразным в данном случае методом лечения является:
- А) радикальная операция;
 - Б) торакоскопия;
 - В) плевральная пункция;
 - Г) дренирование с активной аспирацией;
 - Д) дренирование по Бюлау.
- 07.01. У больного 4 лет установлен диагноз «скрытый половой член». Ребенку показано:
- А) наблюдение эндокринолога + гормональная терапия;
 - Б) оперативное лечение при желании родителей;
 - В) показана фаллопластика;
 - Г) не наблюдать;
 - Д) смена паспортного пола + феминизирующая пластика.
- 07.02. Скрытым половым членом считают:
- А) половой член нормальных возрастных размеров погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки;
 - Б) половой член с недоразвитыми кавернозными телами;
 - В) половой член с гипертрофированной крайней плотью;
 - Г) половой член малых размеров;
 - Д) микрофаллус с дисгенезией гонад.
- 07.03. Причиной скрытого полового члена считают:
- А) ожирение;
 - Б) малые размеры кавернозных тел;
 - В) гипертрофия крайней плоти;
 - Г) дисгенетические изменения поддерживающей и пеноабдоминальной связки;
 - Д) рубцовый фимоз.
- 07.04. Яички начинают вырабатывать андрогены:
- А) еще внутриутробно;
 - Б) на первом году жизни;
 - В) в раннем детском возрасте;
 - Г) с началом полового созревания;
 - Д) в конце пубертатного периода.
- 07.05. Наиболее частой причиной синдрома неполной маскулинизации является:
- А) 5-А-редуктазная недостаточность;
 - Б) недостаточность десмолазы;
 - В) недостаточность 17-, 20-лиазы;
 - Г) недостаточность 17-гидроксилазы;
 - Д) недостаточность 3-ОН-гидроксилазы.
- 07.06. Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка:
- Л) подострое начало заболевания;
 - Б) темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии;
 - В) наличие выпота в оболочках яичка;
 - Г) пальпируется болезненное округлое образование на яичке;
 - Д) тяжелая интоксикация и лихорадка.
- 07.07. Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка при крипторхизме:
- Л) пениальной;
 - Б) бедренной;
 - В) промежностной;

- Г) перекрестной;
- Д) пупочной.

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

- Л) об истинном гермафродитизме;
- Б) о смешанной дисгенезии гонад;
- В) о синдроме тестикулярной феминизации;
- Г) о крипторхизме в сочетании с грыжей и микропенисом;
- Д) о синдроме XX-мужчины.

07.09. Для обследования ребенка младшего возраста, страдающего абдоминальным крипторхизмом, в первую очередь следует выполнить

- А) пневмопельвиографию;
- Б) УЗ - исследование;
- В) радиоизотопное сканирование с ^{90}Tc ;
- Г) проба с ХГ;
- Д) лапароскопию.

07.10. При ревизии пахового канала и брюшной полости по поводу абдоминального крипторхизма обнаружен «слепо начинающийся» семявыносящий проток. Органы малого таза сформированы по мужскому типу. В данном случае имеет место:

- Л) атрофия яичка;
- Б) гипотрофия яичка;
- В) агенезия яичка;
- Г) монорхизм;
- Д) дисгенезия яичка.

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

- А) одностороннего крипторхизма;
- Б) двустороннего крипторхизма;
- В) ложного крипторхизма;
- Г) анорхизма;
- Д) монорхизма.

07.12. После низведения в мошонку яичка, сопровождающегося техническими трудностями, у ребенка отмечено увеличение в размерах и резкая болезненность яичка. Укажите препарат из перечисленных, не оказывающий положительного эффекта:

- А) ацетилсалициловая кислота;
- Б) преднизолон;
- В) антибиотики;
- Г) трентал;
- Д) никотиновая кислота.

07.13. Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают:

- А) период новорожденности;
- Б) 6 мес - 1 год;
- В) 2-5 лет;
- Г) 6-9 лет;
- Д) начиная с 10 лет.

07.14. Гормональное лечение при крипторхизме можно начинать:

- А) с рождения;
- Б) с полугода;
- В) с 2 лет;
- Г) с 5 лет;
- Д) с 12 лет.

07.15. Для ребенка 6 месяцев, страдающего крипторхизмом в форме паховой ретенции, тактически правильно проводить:

- А) диспансерное наблюдение;
- Б) лечение ХГ;
- В) оперативное лечение;
- Г) снятие с учета;
- Д) регулярный массаж паховой области;

07.16. Ребёнку с крипторхизмом 5 лет доза хорионического гонадотропина должна составлять:

- А) 250 МЕ;
- Б) 500 МЕ;
- В) 1000 МЕ;
- Г) 1500 МЕ;
- Д) 2000 МЕ.

07.17. Больной 12 лет направлен с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой ее половины. Яичко увеличено, плотное, резко болезненное, слегка Подтянуто к корню мошонки. Произведена пункция левой половины мошонки: получено небольшое количество прозрачной жидкости. Дифференциальную диагностику следует провести:

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

07.18. Больной в возрасте 3 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне с внезапно но шикшей боли в мошонке. При осмотре: выраженный отек и гиперемия мошонки больше справа, яичко на ощупь не изменено, болезненность при пальпации мошонки, температура не повышалась. Дополнительно выявлено, что мальчик страдает экссудативным диате-ЮМ. В данном случае наиболее вероятны:

- А) перекрут яичка;
- Б) перекрут подвесок правого яичка;
- В) аллергический отек мошонки;
- Г) ущемленная правосторонняя паховая грыжа;
- Д) рожистое воспаление мошонки.

07.19. При ревизии брюшной полости у ребенка 6 лет в забрюшинной клетчатке под почкой обнаружено яичко размерами 1.2г0.7г0.4 см, без сформированного придатка. Низвести его в мошонку не удастся. В этом случае вашим действием будет:

- А) гонадэктомия;
- Б) оставить на месте;
- В) вывести в брюшную полость;
- Г) вывести над апоневрозом;
- Д) провести биопсию.

07.20. При крипторхизме в форме эктопии хорионический гонадотропин назначается:

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

07.21. Какое из перечисленных положений, относящиеся к проблеме лечения крипторхизма трудно назвать справедливым:

- А) основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие;
- Б) крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек;
- В) аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках;
- Г) лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста;
- Д) лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста.

07.22. Показанием для гормональной терапии неопустившегося яичка служит крипторхизм:

- А) в форме эктопии;
- Б) в форме ретенции, когда уровень лютеинизирующего гормона в моче ниже 124 МЕ/л;
- В) в форме ретенции, когда уровень лютеинизирующего гормона в моче выше 124 МЕ/л;
- Г) в форме ретенции у больного с ожирением;
- Д) крипторхизм в сочетании с грыжей.

07.23. У ребенка в возрасте 2 лет обнаружен крипторхизм в форме паховой эктопии. Ему необходимо провести оперативное лечение:

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

07.24. У больного 4 лет со смешанным строением наружных гениталий, воспитывающегося по мужскому типу яички не пальпируются, гипоспадия, промежностная форма, половой хроматин отрицательный, кариотип 46XY. При УЗИ выявляется образование за мочевым пузырем, похожее на матку. При уретрографии - наполненный контрастом мочевой пузырь, сзади которого видно образование больших размеров, заполненное контрастным веществом, исходящее из простатической части уретры, удлинённой формы размерами 5.0-2.0 см. При лапаротомии обнаружены в полости малого таза две гонады размерами 1.0-0.5 см, рудиментарная матка с трубами.

В данном случае следует:

- А) оставить все как есть;
- Б) удалить гонады;
- В) удалить матку, вывести гонады из брюшной полости;
- Г) удалить матку и гонады;
- Д) удалить матку, гонады оставить в брюшной полости.

07.25. У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой эктопии. В анамнезе — боль в области задержанного яичка. Ему следует рекомендовать:

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

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

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

07.27. Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичек:

- А) перекрут гидатиды яичка;

- Б) перекрут яичка;
- В) орхоэпидидимит;
- Г) флегмона Фурнье;
- Д) травматический разрыв яичка.

07.28. Какой из перечисленных ниже факторов, нельзя считать причиной дегенеративных изменений у больного крипторхизмом:

- А) дефицит андрогенов;
- Б) несоответствие температурного режима;
- В) дефицит гонадотропинов;
- Г) аутоиммунная агрессия;
- Д) воспалительные заболевания кожи мошонки.

07.29. Наиболее частой причиной возникновения острых заболеваний яичек у детей является:

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

07.30. Какое из перечисленных положений, имеющих отношение к острым заболеваниям яичек у детей, ошибочно:

- А) боль — ведущий симптом заболевания;
- Б) гиперемия и отек мошонки возникают спустя 1-2 часа от начала заболевания;
- В) яичко уплотняется, увеличивается в размерах и становится болезненным при ощупывании;
- Г) показания к хирургическому лечению возникают редко;
- Д) специфическое поражение яичек встречается редко.

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

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

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

- А) зондирование;
- Б) пальцевое ректальное исследование;
- В) рентгенофистулография;
- Г) ректороманоскопия, колоноскопия;
- Д) весь перечисленный комплекс исследований.

08.03. Оптимальным положением больного при операции удаления копчикового хода является:

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

08.04. Удаление копчикового хода у детей при хроническом течении следует производить:

- А) по установлению диагноза;
- Б) через 2-3 мес. после стихания острого процесса;
- В) при обострении процесса;
- Г) после 5-6 лет;
- Д) в любые сроки.

08.05. Наиболее информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является:

- А) рентгеноконтрастный;
- Б) ректороманоскопия;
- В) колоноскопия;
- Г) пальцевое ректальное исследование;
- Д) все перечисленное.

08.06. При врожденном сужении прямой кишки оптимальным является:

- А) хирургическое вмешательство по установлению диагноза;
- Б) консервативная терапия, бужирование;
- В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта - операция;
- Г) рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;
- Д) любой из перечисленных вариантов.

08.07. Ректостебужулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

- А) по установлении диагноза;
- Б) в 1.5 года;
- В) в 3-4 года;
- Г) в 7 лет;
- Д) в более старшем возрасте.

08.08. Ректовагинальный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

- А) по установлении диагноза;
- Б) в 1.5 года;
- В) в 3-4 года; Г) в 7 лет;
- Д) в более старшем возрасте.

08.09. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

- А) 3 часа после рождения;
- Б) 6 часов после рождения;
- В) 16 часов после рождения;
- Г) 24 часа после рождения;
- Д) 32 часа после рождения.

08.10. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается:

- А) ректостебужулярный свищ;
- Б) ректовагинальный свищ;
- В) ректоуретральный свищ;
- Г) ректовезикальный свищ;
- Д) ректопромежностный свищ.

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

- А) рентгенография по Вангенстину;
- Б) контрастное исследование кишки через свищ;
- В) исследование свища зондом;

- Г) электромиография промежности;
- Д) профилометрия.

08.12. В основе болезни Гиршпрунга лежит:

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

08.13. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:

- А) острую;
- Б) подострую;
- В) хроническую;
- Г) ректальную;
- Д) ректосигмоидальную.

14. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у детей целесообразно выполнить:

- А) ирриграфию;
- Б) ирриграфию с отсроченным снимком через 24 часа;
- В) дачу бариевой смеси через рот;
- Г) колоноскопию;
- Д) определение активности ацетилхолинэстеразы.

08.15. У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является:

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

08.16. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга, после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 9 мес;
- Г) 12 мес;
- Д) в 3 года и старше.

08.17. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:

- А) острую;
- Б) подострую;
- В) хроническую;
- Г) ректальную;
- Д) ректосигмоидальную.

08.18. У ребенка хроническая форма болезни Гиршпрунга. Радикальное оперативное вмешательство у него целесообразно:

- А) в 1.5 года;
- Б) в 3 года;
- В) в 6 лет;
- Г) в 10 лет;

Д) по установлению диагноза.

08.19. У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:

- А) консервативное лечение с помощью сифонных клизм;
- Б) радикальное оперативное вмешательство;
- В) пристеночную цекостому;
- Г) двухствольную стому на восходящий отдел кишки;
- Д) терминальную колостому на переходной зоне кишки.

08.20. Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются:

- А) до 6 мес;
- Б) после I года;
- В) после 3 лет;
- Г) после 6 лет;
- Д) после перенесенной кишечной инфекции.

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

- А) операция Дюамеля;
- Б) операция Свенсона;
- В) операция Соаве;
- Г) колостома;
- Д) илеостома.

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

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

08.23. Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятно:

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

08.24. Ребенок 4 лет поступает в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:

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

08.25. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Наиболее вероятный диагноз:

- А) опухоль толстой кишки;
- Б) удвоение кишечника;

- В) лимфангиома брюшной полости;
- Г) каловый камень;
- Д) холодный аппендикулярный инфильтрат.

08.26. Наиболее целесообразна следующая последовательность специальных методов исследования при мегаколоне у ребенка с хроническим запором:

- 1) ректальное пальцевое;
- 2) функциональное;
- 3) ирригография;
- 4) гистохимическое.

- А) правильные ответы 1, 2, 3 и 4;
- Б) правильные ответы 1, 2, 4 и 3;
- В) правильные ответы 1, 3, 4 и 2;
- Г) правильные ответы 1, 4, 2 и 3;
- Д) правильные ответы 1, 4, 3 и 2.

08.27. У ребенка 1.5 месяцев острый гнойный парапроктит. Наиболее рациональным вариантом лечения является

- А) разрез мягких тканей и дренирование;
- Б) радикальное иссечение инфильтрата и свища;
- В) антибактериальная терапия;
- Г) физиотерапевтические методы лечения;
- Д) повязка с мазью Вишневского.

08.28. У ребенка 1.5 месяцев острый парапроктит. Радикальное вмешательство при хроническом парапроктите у него целесообразно в сроки:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 8 мес;
- Г) 1.5 года;
- Д) после 3 лет.

08.29. Наиболее вероятной теорией возникновения неспецифического язвенного колита у детей является:

- А) инфекционная;
- Б) ферментативная;
- В) алиментарная;
- Г) аллергическая;
- Д) аутоиммунная.

08.30. У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Наиболее вероятная у него форма неспецифического язвенного колита:

- А) острая;
- Б) первично-хроническая;
- В) хроническая;
- Г) скоротечная;
- Д) подострая.

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

В этом случае следует думать:

- А) об острой форме неспецифического язвенного колита;
- Б) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита;

- В) о хронической форме неспецифического язвенного колита;
- Г) о подострой форме неспецифического язвенного колита;
- Д) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита.

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

- А) бактериологическое;
- Б) рентгенологическое;
- В) эндоскопическое;
- Г) пальцевое ректальное;
- Д) биохимия крови.

08.33. У ребенка 6 лет отмечено появление алой крови в стуле. Боли в животе. Стул до 8-10 раз. При ирригографии выявлено укорочение и сужение толстой кишки, ригидность ее стенки, псевдополипоз. Клиническая картина позволяет установить диагноз:

- А) колита;
- Б) болезни Гиршпрунга;
- В) неспецифического язвенного колита;
- Г) болезни Крона;
- Д) семейного полипоза.

08.34. Показанием к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита у детей является:

- А) младший возраст;
- Б) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении;
- В) прогрессирующее ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии;
- Г) поражение толстой кишки на всем протяжении;
- Д) все перечисленное.

08.35. Ребенку ошибочно была поставлена очистительная клизма раствором нашатырного спирта. Сразу отмечены боли в области прямой кишки. Спустя несколько часов появились боли в животе и перитонеальные знаки. Ребенку показано:

- А) наблюдение, антибиотики, обезболивающие препараты;
- Б) сифонная клизма;
- В) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Г) цекостомия;
- Д) сигмостомия.

08.36. У ребенка обширная рана промежности без повреждения прямой кишки. Ему следует рекомендовать:

- А) санацию и ревизию раны;
- Б) ревизию и санацию раны, сигмостому;
- В) ревизию и санацию раны, лапаротомию, ревизию брюшной полости;
- Г) ревизию и санацию раны, цекостому;
- Д) ревизию и санацию раны, лапаротомию, сигмостому.

08.37. У ребенка обширная рана промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Рациональным способом лечения является:

- А) ревизия и санация раны;
- Б) ревизия и санация раны, цекостома;
- В) ревизия и санация раны, сигмостома;
- Г) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома;
- Д) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома.

08.38. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Если имеется подозрение на проникающее ранение брюшной полости, то ребенку показана:

- А) ревизия и санация раны;

- Б) ревизия и санация раны, сигмостома;
- В) ревизия и санация раны, цекостома;
- Г) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Д) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны.

08.39. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Боли в животе. Перитонеальные знаки. Свободный газ в брюшной полости на обзорной рентгенограмме. Ребенку необходима:

- А) ревизия и санация брюшной полости;
- Б) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома;
- В) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Г) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны;
- Д) ревизия раны, наблюдение.

08.40. Наиболее информативным методом исследования при подозрении на дермоидную кисту крестцово-копчиковой области является:

- А) рентгеновский;
- Б) эндоскопический;
- В) пальцевое ректальное исследование;
- Г) ангиография;
- Д) пункция образования.

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

- А) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты;
- Б) дренирование кисты;
- В) антибактериальная терапия;
- Г) рентгенотерапия;
- Д) наблюдение.

08.42. Допустимыми сроками наблюдения ребенка с тератомой крестцово-копчиковой области является:

- А) 6-8 мес; Б) 1 год;
- В) 2 года; Г) 3 года;
- Д) в зависимости от роста и размеров образования.

08.43. Наиболее информативным методом диагностики сосудистых образований прямой кишки у детей является

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

08.44. У ребенка 4 лет отмечены кровотечения алой кровью во время дефекации. При ректальном обследовании обнаружен полип слизистой прямой кишки. Ему следует рекомендовать:

- А) осмотр прямой кишки в зеркалах, прошивание ножки и удаление полипа;
- Б) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа;
- В) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа;
- Г) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа;
- Д) криодеструкцию полипа.

08.45. Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является:

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

08.46. У ребенка 6 лет, оперированного по поводу атрезии прямой кишки, наблюдается периодическое недержание жидкого кала. Степень недостаточности анального жома определяется, как:

- А) первая;
- Б) вторая;
- В) третья;
- Г) четвертая;
- Д) пятая.

08.47. У ребенка 7 лет, оперированного по поводу травмы промежности, наблюдается постоянное недержание жидкого кала и периодически плотного. Степень недостаточности анального жома составляет:

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую;
- Д) пятую.

08.48. У ребенка 8 лет, оперированного по поводу болезни Гиршпрунга по методике Дюамеля, наблюдается постоянное недержание жидкого и плотного кала. Степень недостаточности анального жома составляет:

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую;
- Д) пятую.

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

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

08.50. Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести:

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

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

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

09.02. Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется:

- А) в поясничной области;
- Б) в наружном крае прямых мышц;
- В) в надлобковой области;

- Г) в промежности;
- Д) в эпигастрии.

09.03. Основной причиной развития гипертонии у детей, перенесших травму почки, можно считать:

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

09.04. Наиболее частой причиной появления патологических выделений из мочеиспускательного канала ребенка считают:

- А) гнойно-воспалительные заболевания наружных половых путей;
- Б) цистит;
- В) наличие инородных тел;
- Г) специфический уретрит;
- Д) грибковое поражение уретры.

09.05. Двустороннюю макрогематурию у детей может вызвать:

- А) мочекаменная болезнь;
- Б) гидронефроз;
- В) острый гломерулонефрит;
- Г) опухоль почки;
- Д) парапельвикальная киста почки.

09.06. Одностороннюю макрогематурию наблюдают:

- А) при болезни Верльгофа;
- Б) при узелковом;
- В) при остром гломерулонефрите;
- Г) при поликистозе;
- Д) при опухоли почки.

09.07. При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо пополнить:

- А) ретроградную пиелографию;
- Б) экскреторную урографию;
- В) цистоскопию;
- Г) цистоуретрографию;
- Д) радиоизотопные методы.

09.08. При анурии у детей противопоказана:

- А) обзорная рентгенография органов мочевой системы;
- Б) экскреторная урография;
- В) цистоуретрография;
- Г) ретроградная пиелография;
- Д) цистоскопия.

09.09. Не требует лечения у детей:

- А) ренальная форма анурии;
- Б) экстраренальная форма анурии;
- В) субренальная форма анурии;
- Г) физиологическая анурия новорожденных;
- Д) аренальная форма анурии .

09.10. Основным признаком гидронефроза считают:

- Л) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника;
- Б) признаки нарушения сократительной способности лоханки;
- В) признаки вторичного пиелонефрита;

- Г) истончение почечной паренхимы;
- Д) признаки снижения почечного кровотока.

09.11. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают:

- Л) экскреторную урографию;
- Б) цистографию;
- В) цистоскопию;
- Г) иистометрию;
- Д) УЗИ с определением кровотока.

09.12. Рентгенологический феномен «белой почки» (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:

- А) обтурации мочеточника камнем;
- Б) вторично сморщенной почки;
- В) острого необструктивного пиелонефрита;
- Г) травмы почки;
- Д) опухоли почки.

09.13. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей:

- А) перемежающийся гидронефроз;
- Б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
- В) гипоплазия почки;
- Г) удвоение верхних мочевых путей;
- Д) поликистоз.

09.14. УЗИ слазиксной нагрузкой (для выявления гидронефроза) у младенцев предусматривает:

- А) оральную гидротацию, назначение лазикса через рот и спазмолитиков;
- Б) пережатый уретральный катетер, введение лазикса, ограничение жидкости;
- В) оральную гидротацию, в\в гидротацию, уретральный катетер, лазикс в\в в возрастных дозировках;
- Г) сухоядение, ограничение жидкости, лазикс, очистительная клизма;
- Д) спазмолитики, уросептики, лазикс в возрастных дозировках в\в.

09.15. Катетеризация уретры противопоказана при острой задержке мочи, вызванной:

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

09.16. Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:

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

09.17. Решающим методом диагностики нефроптоза у детей является:

- А) пальпация;
- Б) экскреторная урография;
- В) ультразвуковое сканирование;
- Г) радиоизотопное исследование;
- Д) ангиоренография.

09.18. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают:

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

09.19. Операцией выбора при удалении камней почек у детей считают:

- А) пиелотомия;
- Б) нефротомия;
- В) резекция почки;
- О нефрэктомия;
- Д) нефростомия.

09.20. Сочетание гематурии с асептической пиурией характерно:

- А) для гидронефроза;
- Б) для мочекаменной болезни;
- В) для туберкулеза;
- Г) для нефроптоза;
- Д) для опухоли почки.

09.21. Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен для диагностики:

- А) нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря;
- Б) гидронефроза;
- В) пороков уретры и ПМР;
- Г) удвоения верхних мочевых путей;
- Д) нефроптоза.

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

- А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря;
- Б) энуреза (ночного недержания мочи);
- В) эктопии устья добавочного мочеточника;
- Г) эписпадии;
- Д) клапана задней уретры .

09.23. В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы:

- А) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки;
- Б) гиперемия, болезненность мошонки, увеличение паховых лимфоузлов;
- В) отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки;
- Г) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах;
- Д) значительное накопление жидкости в полости мошонки, увеличение в размерах яичка, болезненность при пальпации яичка.

09.24. Наличие синехий (сращений между головкой и крайней плотью) считают:

- А) патологическим состоянием, необходимо срочное лечение;
- Б) вариантом нормы, лечения не показано до наступления препубертата;
- В) условно патологическое состояние, показано регулярное разделение синехий в плановом порядке;
- Г) редким пороком крайней плоти;
- Д) патологическим состоянием, требует лечения после 1 года.

09.25. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки решающим методом исследования у детей является:

- А) экскреторная урография;
- Б) планиметрия почки;
- В) почечная ангиография;

- Г) биопсия почки;
- Д) динамическая сравнительная радиоизотопная ренография.

09.26. Мочевыделительная функция у новорожденного 10 дней характеризуется:

- А) олигурией и оксалурией;
- Б) полиурией и гипоизостенурией;
- В) физиологической анурией;
- Г) урежением мочеиспускания;
- Д) альбуминурией и поллакиурией.

09.27. Экскреторная урография противопоказана при следующем неотложном состоянии:

- А) острый пиелонефрит;
- Б) травма почки;
- В) почечная колика;
- Г) анурия;
- Д) макрогематурия .

09.28. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является:

- А) болезненное мочеиспускание;
- Б) острая задержка мочи;
- В) гематурия;
- Г) пиурия;
- Д) протеинурия.

09.29. Оптимальным методом операции при абберантном сосуде, называемом гидронефроз, является:

- А) перевязка сосудов;
- Б) резекция нижнего полюса;
- В) транспозиция абберантного сосуда;
- Г) антевазальный уретеропиелоанастомоз;
- Д) лоскутная пластика .

09.30. Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита вплоть до апостематоза почки возникает:

- А) при камне верхней чашечки;
- Б) при камне лоханки;
- В) при коралловидном камне почки;
- Г) при камне мочеточника;
- Д) при камне мочевого пузыря.

09.31. Наиболее серьезным осложнением оперативного лечения I гидронефроза считают:

- А) гематурию;
- Б) обострение пиелонефрита;
- В) стеноз сформированного анастомоза;
- Г) мочевого затек;
- Д) нагноение послеоперационной раны.

09.32. Показанием к временному отведению мочи (пункционной I к фростомой) при гидронефрозе служат:

- А) сочетание гидронефроза с мегауретером;
- Б) нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника;
- В) ХПН, пионефроз, спорные показания к нефрэктомии;
- Г) сочетание гидронефроза с МКБ;
- Д) сочетание гидронефроза с удвоением ВМП.

09.33. Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают:

- А) операцию Фолея;

- Б) операцию Бонина;
- В) операцию Хайнса — Андерсена;
- Г) резекцию добавочного сосуда;
- Д) уретеролизис.

09.34. Оптимальным методом дренирования почки после уретеропиелопластики по поводу гидронефроза при внутрипочечной лоханке считают:

- А) пиелостому;
- Б) нефростому;
- В) интубационную уретеростому;
- Г) бездренажный метод;
- Д) уретерокутанеостому.

09.35. Оптимальным методом дренирования после уретеропиелопластики при внепочечной лоханке считают:

- А) пиелостому;
- Б) нефростому;
- В) интубационную уретеростому;
- Г) бездренажный метод;
- Д) уретерокутанеостому.

09.36. Полным недержанием мочи сопровождается:

- А) тотальная эписпадия;
- Б) промежностная гипоспадия;
- В) субсимфизарная эписпадия;
- Г) клапаны задней уретры;
- Д) эктопическое уретероцеле.

09.37. Методом выбора в оперативном лечении тотальной эписпадии у детей считают:

- А) устранение недержания мочи созданием механического препятствия;
- Б) создание искусственного сфинктера мочевого пузыря из окружающей скелетной мускулатуры;
- В) формирование сфинктера мочевого пузыря из местных тканей;
- Г) устранение недержания мочи путем отведение в кишечник;
- Д) уретропластика.

09.38. Наличие скопления смегмы в препуциальном мешке без признаков воспаления требует:

- А) срочного удаления и полного разделения синехий;
- Б) удаления путем обведения головки;
- В) требует удаления при скоплении смегмы в больших количествах;
- Г) удаления путем мануального перемещения смегмы наружу;
- Д) не требует вмешательства.

09.39. Из функциональных методов исследования с наибольшей достоверностью установить диагноз клапана задней уретры у детей позволяет:

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

09.40. К наиболее тяжелым анатомо-функциональным нарушениям со стороны верхних мочевых путей приводят варианты инфравезикальной обструкции обусловленные:

- А) гипертрофией семенного бугорка;
- Б) клапаном задней уретры или врожденный стеноз уретры;
- В) полипом уретры;
- Г) меатостенозом;

Д) склерозом шейки мочевого пузыря.

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

- Л) нефростомию;
- Б) пиелостомию;
- В) прямую уретерокутанеостомию;
- Г) обратную уретерокутанеостомию;
- Д) интубационную уретеростомию.

09.42. Показанием для отведения мочи с помощью уретерокутанеостомии служат:

- А) мегауретер в сочетании с нейрогенными нарушениями мочеиспускания, инфекция мочевых путей;
- Б) ХПН, двусторонний мегауретер с отсутствием сократительной способности мочеточников, некупирующийся пиелонефрит.
- В) рецидивирующее течение пиелонефрита, мегауретер и грудной возраст ребенка;
- Г) клапан задней уретры, двусторонний мегауретер, тубулярный ииндоз;
- Д) миелодисплазия, арелфлекторный мочевой пузырь и мегауретер.

09.43. Оптимальным доступом для рассечения клапанов задней уретры у детей считают:

- А) надлобковый доступ;
- Б) надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения;
- В) промежностный доступ;
- Г) трансуретральный с применением уретрорезектоскопа;
- Д) трансуретральный путем бужирования.

09.44. Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен:

- А) для эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек;
- Б) для тотальной эписпадии;
- В) для клапана задней уретры;
- Г) для нейрогенной дисфункции мочевого пузыря;
- Д) для тяжелой формы энуреза.

09.45. Операцией выбора при гигантском эктопическом уретероцеле считают

- А) геминефроуретерэктомию;
- Б) геминефроуретерэктомию с опорожнением содержимого уретероцеле;
- В) геминефроуретерэктомию с иссечением оболочек кисты;
- Г) уретероуретероанастомоз;
- Д) рассечение уретероцеле.

09.46. При эктопии устья добавочного мочеточника с отсутствием функции, соответствующей ему половины почки целесообразно выполнить:

- А) геминефрэктомию с прокрашиванием мочеточника;
- Б) геминефроуретерэктомию с иссечением терминального отдела эктопированного мочеточника;
- В) пересадку эктопированного мочеточника в пузырь с антирефлюксной защитой;
- Г) уретероуретероанастомоз;
- Д) ушивание эктопического устья.

09.47. Оптимальным возрастом для уретропластики по поводу дистальной гипоспадии (без искривления кавернозных тел) является:

- А) новорожденные и грудные дети;
- Б) 6 мес. - 1 год;
- В) 0-3 мес.;
- Г) 5-6 лет;
- Д) 7-10 лет.

09.48. Оптимальным возрастом для уретропластики при проксимальной гипоспадии (с грубой деформацией кавернозных тел) является:

- А) 9мес-1 год;
- Б) 6-7 лет;
- В) 0-6 мес.;
- Г) 12-14 лет;
- Д) 13-15 лет.

09.49. Оптимальным сроком выполнения операции меатотомии при гипоспадии в сочетании с меатостенозом является;

- А) 1-2 года; Б) 3-5 лет;
- В) 6-8 лет;
- Г) по установлении диагноза;
- Д) в пубертатном периоде .

09.50. Оптимальным сроком оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря является

- А) 1 -3 сутки жизни;
- Б) 1-3 года;
- В) 4-5 лет;
- Г) 6-8 лет;
- Д) 9-15 лет.

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

- А) ушивание мочевого пузыря, удлинение и погружение уретры, сведение костей лона, ушивание брюшной стенки;
- Б) ушивание мочевого пузыря, пластика брюшной стенки;
- В) иссечение мочевого пузыря и имплантация мочеточников в кишку с антирефлюксной защитой по Козну;
- Г) выделение мочевого пузыря и пересадка его в сигмовидную кишку единым блоком;
- Д) ушивание мочевого пузыря с использованием синтетических материалов, замещение дефекта передней брюшной стенки полимерными материалами.

09.52. Нарастающая припухлость в поясничной области характерна:

- А) для удвоения;
- Б) для гидронефроза;
- В) для нефроптоза;
- Г) для разрыва почки;
- Д) для туберкулеза.

09.53. Из перечисленных методов исследования наиболее информативным в диагностике острой травмы почки является:

- А) УЗИ с оценкой почечного кровотока;
- Б) цистоуретрография;
- В) компьютерная томография с введением контрастного вещества;
- Г) экскреторная урография;
- Д) полипозиционная цистография.

09.54. Из перечисленных симптомов абсолютным для экстренного обнажения почки при ее травме является:

- А) макрогематурия;
- Б) шок;
- В) нарастающая припухлость в поясничной области;
- Г) лихорадка, озноб, рвота;
- Д) боль.

- 09.55. Из перечисленных групп симптомов наиболее характерна для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря.
- А) гематурия, дизурия, паравезикальная гематома;
 - Б) пиурия, гематурия, повышение температуры;
 - В) тошнота, рвота, острая задержка мочи;
 - Г) гематурия, олигурия, почечная колика;
 - Д) боль, тошнота, пиурия.
- 09.56. Основными симптомами внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей является:
- А) острая задержка мочи, паравезикальная гематома;
 - Б) пиурия, гематурия;
 - В) перитонеальная симптоматика, притупление в отлогих местах, олигурия;
 - Г) перелом костей таза, острая задержка мочи;
 - Д) почечная колика.
- 09.57. Основным методом диагностики травмы мочевого пузыря у детей является:
- А) экскреторная урография;
 - Б) цистоскопия;
 - В) цистография;
 - Г) катетеризация мочевого пузыря;
 - Д) хромоцистоскопия.
- 09.58. Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей является
- А) гематурия;
 - Б) пиурия;
 - В) острая задержка мочи;
 - Г) дизурия;
 - Д) альбуминурия.
- 09.59. Наиболее информативным методом обследования в диагностике разрыва уретры у детей считают:
- А) экскреторная урография;
 - Б) восходящая уретрография;
 - В) сцинтиграфия;
 - Г) урофлоуметрия;
 - Д) цистография.
- 09.60. Наиболее информативным исследованием в диагностике дивертикула мочевого пузыря является:
- А) нисходящая цистография;
 - Б) восходящая цистография;
 - В) пневмоцистография;
 - Г) полипозиционная цистография с ЭОП;
 - Д) микционная цистография с ЭОП.
- 09.61. Наиболее информативным методом определения тяжести повреждения уретры при ее разрыве считают:
- А) урофлоуметрию;
 - Б) профилометрию;
 - В) экскреторную урографию;
 - Г) уретроскопию;
 - Д) прямую цистометрию.
- 09.62. При острой атаке пиелонефрита у детей противопоказана
- А) реоренография;
 - Б) экскреторная урография;
 - В) ретроградная пиелография;
 - Г) хромоцистоскопия;

Д) радиоизотопные методы.

09.63. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен:

- Л) при цистоскопии;
- Б) при антеградной урографии;
- В) при микционной истистоуретрографии;
- Г) при урофлоуметрии;
- Д) при цистометрии.

09.64. Тактика лечения при неполном разрыве уретры предусматривает:

- А) осторожную катетеризацию мочевого пузыря металлически катетером;
- Б) наложение эпицистостомии и отсроченную операцию;
- В) первичный шов уретры в первые 24 часа;
- Г) уретроскопия с установкой уретрального катетера по проводнику;
- Д) пункционная цистостомия, холод к области промежности.

09.65. Наибольшая угроза полной обструкции мочевыводящ путей возникает:

- А) при камне верхней чашечки;
- Б) при коралловидном камне лоханки;
- В) при камне мочеточника;
- Г) при камне мочевого пузыря;
- Д) при камне нижней чашечки.

09.66. Этиологическим фактором энуреза является:

- А) порок развития органов мочевыделительной системы;
- Б) слабость сфинктера мочевого пузыря;
- В) спинномозговая грыжа;
- Г) нарушение корковой регуляции;
- Д) новообразования мочевого пузыря.

09.67. Из перечисленных аномалий почек к аномалиям структуры относится:

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

09.68. Напряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует:

- А) экстренного оперативного лечения;
- Б) оперативного лечения в плановом порядке;
- В) одно-двукратной пункции, при неэффективности - операцию;
- Г) наблюдение в динамике;
- Д) гормональное лечение.

09.69. Лечение больного 2 лете ненапряженной водянкой оболочек яичка предусматривает:

- А) наблюдение в динамике;
- Б) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости;
- В) повторные пункции с введением гидрокортизона;
- Г) оперативное лечение в плановом порядке;
- Д) назначение гормональных препаратов.

09.70. При ненапряженной водянке оболочек яичка у ребенка 2 лет показано:

- А) дренирование полости мошонки;
- Б) обработка вагинального отростка у шейки, прошивание, перевязка, пересечение;
- В) обработка вагинального отростка у шейки, прошивание, перевязка, пересечение и рассечение оболочек в полости мошонки;

- Г) обработка вагинального отростка у шейки прошивание, перевязка, пересечение и операция Винкельмана;
- Д) операция Винкельмана.

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

- А) водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые;
- Б) мутная водяночная жидкость;
- В) изменение оболочки яичка;
- Г) облитерированный вагинальный отросток;
- Д) гиперемия мошонки.

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

- А) опасностью восходящей инфекции мочевых путей;
- Б) опасностью полипозного перерождения слизистой мочевого пузыря;
- В) сложностью формирования мочевого пузыря местными тканями и старшем возрасте;
- Г) возможностью сведения костей лона без проведения травматичных остеотомии;
- Д) высоким уровнем анестезиологического обеспечения на современном этапе.

09.73. Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного до 1,5 лет обусловлена:

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

09.74. Отличие операции Иванисевича от Паломо состоит:

- А) в перевязке артерии и вен семенного канатика;
- Б) в сохранении лимфатических сосудов;
- В) в сохранении тестикулярной артерии;
- Г) только паховым доступом к яичковым сосудам;
- Д) в мобилизации яичка.

09.75. Показанием к проведению консервативной терапии при крипторхизме считают:

- А) крипторхизм в форме паховой ретенции;
- Б) крипторхизм в форме паховой эктопии;
- В) крипторхизм в форме брюшной ретенции;
- Г) двусторонний крипторхизм;
- Д) крипторхизм в сочетании с паховой грыжей.

09.76. Проведение терапии хориогонином при крипторхизме направлено:

- А) на самостоятельное низведение яичка;
- Б) улучшение функции клеток Лейдига;
- В) стимуляцию сперматогенеза;
- Г) стимуляцию созревания яичка;
- Д) профилактику малигнизации.

09.77. Какой из перечисленных этапов не содержит операция низведения яичка:

- А) обработки вагинального отростка;
- Б) полной скелетизации сосудов яичка;
- В) выделения яичка единым блоком;
- Г) тунелизации мошонки;
- Д) фиксации яичка к мясистой оболочке.

09.78. Основным принципом орхопексии является:

- А) низведение яичка без натяжения его элементов;
- Б) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке;
- В) пересечение мышцы, поднимающей яичко;

- Г) создание условий для постоянной тракции и вытягивания элементов семенного канатика;
- Д) фиксация яичка к дну мошонки.

09.79. Для паховой эктопии яичка характерно:

- А) яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала;
- Б) яичко расположено под кожей и смещается к бедру;
- В) яичко не пальпируется;
- Г) яичко определяется на промежности;
- Д) яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку.

09.80. Какие из перечисленных состояний не могут быть причиной эпидидимоорхита:

- А) инфекция мочевыделительной системы;
- Б) клапан задней уретры;
- В) аномалии впадения семявыводящих протоков;
- Г) аномалии формирования пола;
- Д) водянка оболочек яичка.

09.81. С каким состоянием не следует дифференцировать перекрут гидатиды яичка:

- А) эпидидимоорхит;
- Б) перекрут яичка;
- В) аллергический отек мошонки;
- Г) ущемленная паховая грыжа;
- Д) рожистое воспаление мошонки.

09.82. Для перекрута яичка в мошонке характерны:

- А) постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром, гиперемия;
- Б) внезапное начало, затем светлый промежуток, гиперемия, постепенное нарастание отека, флюктуация;
- В) внезапное начало, выраженный отек, гиперемия мошонки, болевой синдром, подтянутое яичко, утолщенный семенной канатик;
- Г) умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого синдрома, крепитация;
- Д) симптоматика зависит от возраста.

09.83. Больной 13 лет страдает варикоцеле I степени. Ему рекомендовано:

- А) наблюдение в динамике;
- Б) операция Иванисевича;
- В) операция Паломо;
- Г) консервативная терапия: суспензорий, контрастный душ и т.д.;
- Д) тщательное урологическое обследование.

09.84. Больной 13 лет страдает варикоцеле II-III степени. Ему рекомендовано:

- А) наблюдение в динамике;
- Б) консервативная терапия;
- В) операция Иванисевича;
- Г) операция Иванисевича с прокрашиванием лимфатических сосудов;
- Д) операция Винкельмана.

09.85. Какой вариант догоспитальной помощи показан при перекруте яичка на ранней стадии заболевания:

- А) холод к мошонке;
- Б) новокаиновая блокада семенного канатика;
- В) мануальное раскручивание яичка с последующей операцией;
- Г) массаж мошонки;
- Д) согревание мошонки сухим теплом.

09.86. Ребенок 2 лет с проксимальной гипоспадией типа хорды (имеет искривление кавернозных тел до 65-70 градусов) Ему показано:

- А) расправление кавернозных тел путем иссечения рубцовой хорды и формирования двойной уретростомии;
 - Б) противорубцовая терапия в полном объеме;
 - В) расправление кавернозных тел с иссечением хорды и пластикой уретры лоскутом крайней плоти;
 - Г) расправление кавернозных тел путем пликации белочной оболочки по дорсальной поверхности;
 - Д) расправление кавернозных тел путем длительной иммобилизации лангетой.
- 09.87. Для достоверной эхографической оценки органов малого таза необходимо произвести УЗИ:
- А) до приема пациентом пищи;
 - Б) с наполненным у исследуемого пациента мочевым пузырем;
 - В) после опорожнения пациентом мочевого пузыря;
 - Г) визуализировать органы малого таза через наполненный газом кишечник;
 - Д) в положении исследуемого сидя.
- 09.88. Основное отличие поясничной дистопии почек от нефроптоза состоит:
- А) в отсутствии при УЗИ подвижности почки;
 - Б) в поясничном положении органа;
 - В) в эхографических признаках ротации почки;
 - Г) в расширении мочеточника опущенной почки;
 - Д) в наличии органа в поясничном отделе при положении пациента стоя.
- 09.89. Патогномичным эхографическим критерием вторично сморщенной почки является:
- А) разность в размерах при визуализации почек;
 - Б) уменьшение почки в размерах при динамическом УЗИ;
 - В) истончение паренхимы уменьшенной почки;
 - Г) нечеткость рисунка структур уменьшенной почки;
 - Д) неровность и нечеткость контура уменьшенной в размерах почки.
- 09.90. Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является:
- А) наличие кист в паренхиме обеих почек;
 - Б) увеличение почек в размерах;
 - В) диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны;
 - Г) деформация чашечно-лоханочного комплекса;
 - Д) неравномерное расширение отделов чашечно-лоханочной системы.
- 09.91. Основным эхографическим критерием мультикистоза почки у детей является:
- А) увеличение одной из почек в размерах;
 - Б) полное замещение кистами паренхимы одной из почек;
 - В) деформация чашечно-лоханочной системы;
 - Г) выявление в паренхиме отдельных кистозных включений;
 - Д) расширение отделов чашечно-лоханочной системы.
- 09.92. Эхографическим признаком гидрокаликоза у детей является:
- А) изолированное расширение отдельных чашечек при нормально размерах лоханки;
 - Б) наличие жидкостных включений в паренхиме почки;
 - В) увеличение почки в размерах;
 - Г) деформация чашечно-лоханочной системы;
 - Д) истончение паренхимы.
- 09.93. Эхографическим признаком разрыва почки у детей является:
- А) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек;
 - Б) нечеткость контура поврежденной почки;
 - В) увеличение паранефральной гематомы при динамическом УЗИ в сочетании с нарушением кровотока;
 - Г) эхопризнаки выпота в брюшной полости;

Д) нечеткость рисунка исследуемой почки.

09.94. Эхографическим признаком опухоли паренхимы почки у детей является:

- А) выявляемая в паренхиме статичная объемная структура с тенденцией к увеличению при динамическом УЗИ;
- Б) увеличение почки в размерах и кистозные включения;
- В) неровность контура органа и диффузные изменения паренхимы;
- Г) деформация чашечно-лоханочной системы;
- Д) расширение отдельных участков чашечно-лоханочной системы.

10.01. Укажите нехарактерную для отделения хирургии новорождённых группу заболеваний:

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

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

- А) совместные патолого-анатомические конференции;
- Б) совместный разбор диагностических и лечебных ошибок;
- В) летальная комиссия;
- Г) научно-практическая конференция;
- Д) консультация больных с сотрудниками кафедры.

10.03. Среди перечисленных показателей работы отделения хирургии новорождённых в наибольшей степени отражает качество и эффективность работы отделения:

- А) средняя длительность пребывания больного на койке;
- Б) число пролеченных больных;
- В) летальность;
- Г) процент выполнения плана по койко-дням;
- Д) оборот койки.

10.04. Среди причинных факторов, способствующих развитию пороков развития у новорождённых, наиболее значимыми являются:

- А) физические;
- Б) химические;
- В) биологические;
- Г) генетические aberrации;
- Д) гиповитаминоз матери.

10.05. Наибольшим повреждающим (тератогенным) действием на развитие эмбриона и плода обладают:

- А) радиация;
- Б) вирусная инфекция;
- В) лекарственные вещества;
- Г) хронические производственные отравления;
- Д) сочетание нескольких повреждающих факторов.

10.06. Из перечисленного ниже наиболее часто встречаются у новорождённых:

- А) врождённые генетические заболевания;
- Б) повреждение растущих органов и систем;
- В) диспропорция роста и дисфункция созревания;
- Г) сочетание факторов А и Б;
- Д) приобретённые заболевания.

10.07. Из ниже перечисленных нозологических единиц фетохирургическое вмешательство не возможно при:

- А) обширной лимфангиоме шеи;
- Б) стенозе прилоханочного отдела мочеточника;
- В) клапане задней уретры;
- Г) врожденной кишечной непроходимости;
- Д) врожденная гидроцефалия.

10.08. Для оценки степени оперативного риска у новорожденных редко используют:

- А) оценку по Апгар;
- Б) массу тела;
- В) степень нарушения мозгового кровообращения;
- Г) выраженность респираторного дистресс-синдрома;
- Д) коэффициента оценки метаболизма.

10.09. Среди перечисленных операций нецелесообразно выполнять в первые часы и дни жизни:

- А) пластику пищевода при его атрезии;
- Б) пластику диафрагмы при ложной диафрагмальной грыже;
- В) пластику неба;
- Г) анастомоз тонкой кишки при ее атрезии;
- Д) пластику передней брюшной стенки при гастрошизисе.

10.10. Нецелесообразно выполнять в первые недели жизни операции по поводу:

- А) частичной кишечной непроходимости;
- Б) тератомы крестцово-копчиковой области;
- В) нарушения оттока мочи;
- Г) дермоидной кисты надбровья;
- Д) пластики верхней губы.

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

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

10.12. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключаяющий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:

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

10.13. Укажите информацию, которую нельзя получить при анализе рентгенограммы больного со свищевой формой атрезии пищевода и контрастированным верхним сегментом:

- А) уровень атрезии;
- Б) форму атрезии;
- В) степень воспалительных изменений в легких;
- Г) ширину трахео-пищеводного свища;
- Д) выявить сопутствующую атрезии кишечника.

10.14. Наиболее правильным положением больного с атрезией пищевода и нижним трахеопищеводным свищом при транспортировке следует считать:

- А) на правом боку;

- Б) с возвышенным тазовым концом;
- В) вертикальное;
- Г) горизонтальное;
- Д) положение значения не имеет.

10.15. Наиболее часто применяемым методом наложения анастомоза при атрезии пищевода у новорожденных является:

- А) наложение швов по Хайят;
- Б) методика Баирова;
- В) анастомоз «конец в конец» узловым однорядным швом;
- Г) циркулярная эзофагомиотомия по Левадитис;
- Д) метод «конец с бок».

10.16. Выполняя шов пищевода при его атрезии, хирург должен соблюдать ряд принципов, наиболее важным из которых является:

- А) использование атравматической нити;
- Б) диастаз между концами пищевода не более 1.5 - 2 см;
- В) редкие узловые швы (интервал 2 мм);
- Г) мобилизация верхнего отрезка пищевода;
- Д) мобилизация нижнего отрезка пищевода не более 1-1.5 см.

10.17. При частичной несостоятельности швов пищевода у новорожденного после радикальной операции по поводу атрезии пищевода экстраплевральным доступом наиболее целесообразно:

- А) реторакотомия, разделение анастомоза пищевода, эзофаго- и гастростомия;
- Б) гастростомия, дренирование средостения;
- В) реторакотомия, ушивание дефекта пищевода;
- Г) консервативная терапия (интенсивная антибактериальная терапия, промывание средостения с активной аспирацией);
- Д) считать больного инкурабельным.

10.18. Из нижеперечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:

- А) длительный гастроэзофагальный рефлюкс;
- Б) стеноз пищевода;
- В) реканализация трахеопищеводного свища;
- Г) рецидивирующая аспирационная пневмония;
- Д) дисфагия.

10.19. К наиболее часто встречающимся анатомическим вариантам врожденного трахеопищеводного свища относится:

- А) узкий длинный в шейном отделе;
- Б) короткий широкий на уровне первых грудных позвонков;
- В) короткий узкий;
- Г) длинный широкий;
- Д) общая стенка пищевода с трахеей.

10.20. Нехарактерным для изолированного трахеопищеводного свища симптомом является:

- А) кормление сопровождается кашле;
- Б) приступы цианоза во время кормления;
- В) пенистые выделения изо рта;
- Г) кормление в вертикальном положении уменьшает кашель и цианоз;
- Д) рецидивирующая аспирационная пневмония.

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

- А) эзофагоскопия;
- Б) трахеобронхоскопия;

- В) проба с метиленовой синью;
- Г) рентгеноконтрастное исследование пищевода;
- Д) трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод.

10.22. Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются:

- А) в первые дни после рождения;
- Б) на второй неделе жизни;
- В) на третьей неделе жизни;
- Г) на четвёртой неделе жизни;
- Д) после 1 месяца жизни.

10.23. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:

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

10.24. Масса тела при пилоростенозе характеризуется:

- А) малой прибавкой;
- Б) возрастным дефицитом;
- В) прогрессирующим падением;
- Г) неравномерной прибавкой;
- Д) отсутствием прибавки.

10.25. При пилоростенозе стул:

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

10.26. Характер рвоты при пилоростенозе:

- А) слизью;
- Б) желчью;
- В) зеленью;
- Г) с примесью крови;
- Д) створоженным молоком.

10.27. Перистальтика желудка при пилоростенозе:

- А) отсутствует;
- Б) усилена;
- В) постоянная антиперистальтика;
- Г) обычная;
- Д) эпизодическая.

10.28. Наиболее достоверным признаком пилоростеноза является:

- А) симптом «песочных часов»;
- Б) вздутие эпигастрия после кормления;
- В) пальпация увеличенного привратника;
- Г) гипотрофия;
- Д) олигурия.

10.29. Из перечисленных заболеваний чаще дифференцируют пилоростеноз:

- А) с артерио-мезентеральной непроходимостью;
- Б) с коротким пищеводом;
- В) с ахалазией пищевода;

- Г) с халазией пищевода;
- Д) с родовой травмой.

10.30. У ребенка 1 месяца с рождения отмечается срыгивание после кормления, учащающееся при плаче, положении на спине; в рвотных массах иногда примесь слизи и прожилки крови.

- А) нарушения мозгового кровообращения;
- Б) пилоростеноз;
- В) частичная высокая непроходимость;
- Г) халазия, эзофагит;
- Д) пилороспазм.

10.31. У ребенка 1.5 месяцев выражен симптом срыгивания, плохо идет в весе, часто болеет пневмониями, бронхитами, в рвотных массах примесь слизи и крови, беспокойство во время кормления, симптом покашливания во сне:

- А) пилороспазм;
- Б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- В) высокая частичная кишечная непроходимость;
- Г) постгипоксическая энцефалопатия;
- Д) муковисцидоз.

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

- А) язвенная болезнь желудка;
- Б) гастродуоденит;
- В) спаечная непроходимость;
- Г) восходящий холангит;
- Д) несостоятельность пилорического кома.

10.33. Летальность после пилоротомии составляет:

- А) 0,1%;
- Б) 0,5-1,0%;
- В) 1,5-2,0%;
- Г) 2,5-3,0%;
- Д) 3,5-4,0%.

10.34. Среди причин кишечной непроходимости у младенцев вызывает атрезию кишечника:

- А) нарушение вращения кишечника;
- Б) кистозный фиброз поджелудочной железы;
- В) нарушение иннервации кишечной стенки;
- Г) аномальный сосуд;
- Д) нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура.

10.35. При операции по поводу мембранозной формы атрезии 12-перстной кишки не следует делать:

- А) верхнесрединную лапаротомию;
- Б) резекцию кишки;
- В) ревизию кишечника;
- Г) пальпаторное и с помощью зонда обнаружение мембраны;
- Д) рассечение стенки кишки над мембраной и иссечение мембраны.

10.36. Наиболее частым осложнением радикальной операции по поводу атрезии 12-перстной кишки является:

- А) пневмония;
- Б) замедление восстановления моторики 12-перстной кишки;
- В) стенозирование анастомоза;
- Г) острой почечной недостаточности разной степени;
- Д) метаболических нарушений.

- 10.37. Низкую кишечную непроходимость у новорожденного отрицает симптом:
- А) многократной рвоты застойным отделяемым;
 - Б) отсутствия стула;
 - В) аспирации;
 - Г) мягкого безболезненного живота;
 - Д) вздутого болезненного живота.
- 10.38. Мекониевой рвоты не может быть при:
- А) перитоните;
 - Б) острой форме болезни Гиршпрунга;
 - В) атрезии тонкой кишки;
 - Г) атрезии прямой кишки;
 - Д) атрезии ободочной кишки.
- 10.39. При пластических операциях на пищеводе и кишечнике у новорожденных и недоношенных детей оптимальным методом хирургического шва является:
- А) двухрядный шов капроном;
 - Б) однорядный узловый атравматической нитью;
 - В) П-образный узловый однорядный;
 - Г) непрерывный однорядный;
 - Д) механический шов.
- 10.40. Наиболее тяжелым осложнением в послеоперационном периоде у ребенка, оперированного по поводу атрезии тонкой кишки, является:
- А) пневмония;
 - Б) метаболические нарушения;
 - В) стойкий парез кишечника;
 - Г) нарушение мозгового кровообращения;
 - Д) острая почечная недостаточность.
- 10.41. Из перечисленных вариантов кишечного соустья у новорожденного с атрезией подвздошной кишки и большой разницей в диаметре приводящего и отводящего отделов кишечной трубки наиболее целесообразным является:
- А) анастомоз «конец в конец»;
 - Б) U-образный анастомоз;
 - В) анастомоз «конец в бок»;
 - Г) двойная илеостомия по Микуличу;
 - Д) анастомоз «бок в бок».
- 10.42. Боковая инвертограмма новорожденного с атрезией заднего прохода должна быть сделана через 24-26 часов для того, чтобы:
- А) подтвердить диагноз;
 - Б) обнаружить уровни в кишечнике;
 - В) определить объем и сроки предоперационной подготовки;
 - Г) определить высоту атрезии;
 - Д) выявить сопутствующие пороки.
- 10.43. У ребенка с атрезией ануса и прямой кишки целесообразно выполнить боковую инвертограмму по Вангенстин:
- А) сразу после рождения;
 - Б) через 8 часов после рождения;
 - В) через 12 часов после рождения;
 - Г) через 24-26 часов после рождения;
 - Д) через 36 часов после рождения.
- 10.44. Из предложенных методов диагностики уровня атрезии прямой кишки наиболее информативным является:

- А) боковая инвертограмма через 24-26 часов после рождения;
- Б) пункция промежности;
- В) выявление симптома толчка;
- Г) расстояние между седалищными буграми;
- Д) УЗИ промежности.

10.45. Девочка в возрасте 1 суток с весом 3 кг поступила в отделение хирургии новорожденных с диагнозом атрезии прямой кишки, свищевая форма. При зондировании ректовестибулярного свища его диаметр 4 мм, длина 2 см. Хорошо отходит меконий. Ребенку показано:

- А) экстренная операция;
- Б) отсеченная операция в периоде новорожденности;
- В) бужирование свища и операция в 6-8 месяцев;
- Г) операция в возрасте 1 года;
- Д) операция в 4-5 лет.

10.46. Наиболее значимым симптомом заворота кишечника у новорожденного является:

- А) беспокойство;
- Б) страдальческое выражение лица;
- В) кровь из прямой кишки;
- Г) пальпируемое болезненное опухолевидное образование;
- Д) повторная рвота застойным отделяемым.

10.47. У ребенка 7 дней внезапно ухудшилось состояние: беспокойство, повторная рвота желчью, затем исчезновение стула, кровь в стуле, болезненность при пальпации живота, страдальческое выражение лица.

- А) язвенно-некротический энтероколит;
- Б) инвагинации кишечника;
- В) заворот кишечника;
- Г) полип прямой кишки;
- Д) геморрагический синдром с меленой.

10.48. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз:

- А) пилоростеноз;
- Б) частичная высокая кишечная непроходимость;
- В) низкая кишечная непроходимость;
- Г) синдром Ледда;
- Д) инвагинация кишечника.

10.49. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Для уточнения диагноза следует выполнить:

- А) пальпацию живота;
- Б) контрастную ирригографию;
- В) обзорную рентгенографию органов брюшной полости;
- Г) введение газоотводной трубки и клизму для выявления примеси крови;
- Д) УЗИ брюшной полости.

10.50. Укажите манипуляцию, которую не целесообразно выполнять у новорожденного с синдромом Ледда:

- А) ликвидацию заворота кишечника;
- Б) цекопексию;
- В) рассечение эмбриональных спаек;
- Г) аппендэктомию;

Д) проведения зонда в тощую кишку для энтерального питания.

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

- А) колостомия на восходящую кишку
- Б) радикальная операция в возрасте 1 суток;
- В) трансверзостомия
- Г) терминальная колостомия с иссечением свища;
- Д) сигмостомия.

10.52. Рациональный начальный метод лечения неосложнённой мекониальной непроходимости предусматривает:

- А) двойную илеостомию по Микуличу;
- Б) энтеростомию, отмывание мёкония из просвета кишки;
- В) U-образный анастомоз;
- Г) высокая клизма с гастрोगрафином (верографин) и АЦЦ;
- Д) подвесную илеостомию.

10.53. Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является

- А) ятрогенные повреждения;
- Б) дефицит лизоцима;
- В) язвенно-некротический энтероколит III и IV стадии;
- Г) порок развития стенки кишки;
- Д) заменное переливание крови.

10.54. Для перитонита новорожденных нехарактерным клиническим симптомом является:

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

10.55. Из всех перечисленных симптомов наиболее достоверным для разлитого перитонита у новорожденного является:

- А) лейкоцитоз;
- Б) рвота застойным отделяемым;
- В) отек, гиперемия брюшной стенки;
- Г) жидкий стул;
- Д) динамическая непроходимость.

10.56. У недоношенного новорожденного 2 суток жизни, перенесшего тяжелую асфиксию и реанимацию, внезапно состояние стало крайне тяжелым, появились резкое вздутие живота, синюшная окраска нижней половины туловища, срыгивание.

- А) парез кишечника;
- Б) тромбоз подвздошных сосудов;
- В) нарушение мозгового кровообращения III степени;
- Г) перфорация желудка, напряжённый пневмоперитонеум;
- Д) низкая кишечная непроходимость.

10.57. Желтуха при гемолитической болезни новорожденного обычно появляется:

- А) с момента рождения;
- Б) с 1-2 дня, быстро прогрессирует;
- В) со 2 дня, быстро исчезает;
- Г) с 3 дня жизни;
- Д) со 2-8 недели.

- 10.58. Билирубиновый обмен у новорожденных не зависит от:
- А) снижения способности печени к конъюгации билирубина;
 - Б) анатомических особенностей строения желчевыводящей системы;
 - В) гистологической незрелости тканей гематоэнцефалического барьера;
 - Г) недостаточности витамина С;
 - Д) ранимости всей системы билирубинового обмена в условиях патологии.
- 10.59. Из перечисленных клинических симптомов спинно-мозговой грыжи служит показанием к экстренной операции:
- А) большое опухолевидное образование в поясничной области;
 - Б) нарушение функции тазовых органов;
 - В) парез нижних конечностей;
 - Г) разрыв оболочек с истечением ликвора;
 - Д) резкое истончение кожи над грыжей.
- 10.60. Периодическое выделение различных количеств мочи из пупка обычно вызвано:
- А) экстрофией мочевого пузыря;
 - Б) полным свищом урахуса;
 - В) эписпадией;
 - Г) клапанами задней уретры;
 - Д) дивертикулом мочевого пузыря.
- 10.61. Экстренное хирургическое лечение полного свища желточного протока показано при:
- А) инфицировании свищевого хода;
 - Б) флегмонозном омфалите;
 - В) потере кишечного содержимого;
 - Г) мацерации кожи вокруг пупка;
 - Д) эвагинации кишечника.
- 10.62. В клинику доставлен новорожденный с эмбриональной грыжей пупочного канатика размером 4-5 см, через 2 часа после рождения. Ребенку показана:
- А) обработка оболочек раствором перманганата калия;
 - Б) экстренная операция;
 - В) обзорная рентгенография брюшной полости;
 - Г) радикальная операция на вторые сутки жизни;
 - Д) I этап операции Гросса после 2-4 часов подготовки.
- 10.63. В клинику доставлен новорожденный с эмбриональной грыжей пупочного канатика средних размеров, глубоко недоношенный с нарушением мозгового кровообращения III степени, врожденным пороком сердца. Ребенку показана:
- А) экстренная операция (I этап по Гроссу);
 - Б) обработка оболочек раствором перманганата калия;
 - В) отсроченная радикальная операция;
 - Г) подшивание пластикового мешка;
 - Д) повязка с антисептиком.
- 10.64. Наиболее частой причиной летального исхода при эмбриональной грыже пупочного канатика является:
- А) перитонит;
 - Б) сепсис;
 - В) тяжелый сочетанный порок развития;
 - Г) пневмония;
 - Д) нарушение гемостаза.
- 10.65. Среди перечисленных анатомо-физиологических особенностей у новорожденного с гастрошизисом укажите нехарактерную:
- А) небольшой размер дефекта передней брюшной стенки;

- Б) грыжевой мешок отсутствует;
- В) выраженный отёк и инфильтрация кишечных петель;
- Г) сопутствующие генетические заболевания;
- Д) сочетанная атрезия кишки.

10.66. В клинику поступил новорождённый с гастрошизисом через 5 часов после рождения. В родильном доме никакой терапии не проводилось. Укажите среди развивающихся патологических симптомов нехарактерный:

- А) гипотермия;
- Б) гемоконцентрация;
- В) гиповолемия;
- Г) декомпенсированный ацидоз;
- Д) декомпенсированный алкалоз.

10.67. Среди перечисленных пороков развития верхних дыхательных путей наиболее часто вызывает асфиксический синдром у новорожденного:

- А) атрезия хоан;
- Б) синдром Пьера - Робена;
- В) рана;
- Г) эпюлис;
- Д) макроглоссия.

10.68. Дыхательная недостаточность у новорожденного чаще всего вызвана:

- А) патологией верхних дыхательных путей;
- Б) патологией органов гортани;
- В) пороком развития органов грудной полости;
- Г) заболеванием легких;
- Д) патологией органов шеи.

10.69. Среди пороков развития и заболеваний органов грудной полости наиболее частой причиной асфиксического синдрома, требующего срочной хирургической коррекции, является:

- А) лобарная эмфизема;
- Б) деструктивная пневмония;
- В) ложная диафрагмальная грыжа;
- Г) врожденные ателектазы;
- Д) опухоль средостения.

10.70. У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность, отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятно:

- А) диафрагмальная грыжа;
- Б) атрезия хоан;
- В) киста легкого;
- Г) лобарная эмфизема;
- Д) пневмоторакс.

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

- А) трахео-пищеводный свищ;
- Б) синдром Пьера - Робена;
- В) атрезия хоан;
- Г) макроглоссия;
- Д) порок развития твердого неба.

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

- А) при истинных грыжах собственно диафрагмы;
- Б) при дефектах диафрагмы;

- В) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- Г) при передних грыжах;
- Д) при френоперикардальных грыжах.

10.73. У новорожденного с диафрагмальной грыжей и ДН укажите нехарактерный клинический признак:

- А) смещение средостения;
- Б) цианоз, усиливающийся при плаче;
- В) перистальтические шумы при аускультации легких;
- Г) сердечно-сосудистая недостаточность;
- Д) вздутый живот.

10.74. Наиболее частым осложнением врожденной кисты легкого у младенцев является:

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

10.75. Пальпируемое образование в брюшной полости чаще всего вызвано:

- А) повреждением органа в родах;
- Б) пороком развития МВС;
- В) неопластическим процессом;
- Г) воспалительным процессом;
- Д) пороком развития ЖКТ.

10.76. У новорожденного 28 дней имеется обширная гемангиома в области спины и грудной клетки, множественные гемангиомы на конечностях, тромбоцитопения. Ребенку следует рекомендовать:

- А) этапное хирургическое лечение;
- Б) гормонотерапию;
- В) короткофокусную рентгенотерапию;
- Г) криодеструкцию многоэтапную;
- Д) гормонотерапию в сочетании с короткофокусной рентгенотерапией.

10.77. Для опухоли Вильмса наиболее характерно:

- А) макрогематурия;
- Б) пальпируемое образование брюшной полости;
- В) волнообразная лихорадка;
- Г) потеря веса;
- Д) увеличение живота.

10.78. Определяющим принципом терапии хирургического сепсиса является:

- А) санация очага;
- Б) иммунокоррекция;
- В) подавление возбудителя;
- Г) управляемая гипокоагуляция;
- Д) коррекция нарушений гемодинамики.

10.79. У ребенка 10 дней поставлен диагноз острого гнойного левостороннего мастита. Нечетко определяется флюктуация. Ребенку необходимо выполнить:

- А) согревающий компресс;
- Б) мазевую повязку;
- В) 1-3 радиальных разреза над инфильтратом, отступая от ореолы;
- Г) антибиотики без хирургического вмешательства;
- Д) пункцию, отсасывание гноя, промывание полости абсцесса.

- 10.80. Типичной локализацией рожистого воспаления у детей младшего грудного возраста является:
- А) пояснично-крестцовая область;
 - Б) грудная клетка;
 - В) лицо;
 - Г) промежность и половые органы;
 - Д) конечности.
- 10.81. У ребенка 10 дней появилась болезненная припухлость в пахово-мошоночной области, отек мягких тканей, гиперемия кожи. Тактика хирурга включает:
- А) динамическое наблюдение;
 - Б) пункцию образования;
 - В) попытку «вправления» образования в брюшную полость;
 - Г) рентгенографию брюшной полости;
 - Д) операцию - ревизию пахово-мошоночной области.
- 10.82. Укажите типичную локализацию флегмоны новорожденных:
- А) околопупочная область;
 - Б) передняя грудная стенка;
 - В) лицо;
 - Г) задняя поверхность тела;
 - Д) открытые поверхности тела.
- 10.83. К правильным действиям при манипуляциях в очаге у больного некротической флегмоной новорожденных относятся:
- А) дренирование раны резиновыми выпускниками;
 - Б) дренирование ирригатором для введения антибиотиков;
 - В) повязка с гипертоническим раствором;
 - Г) разрушить инструментом слепые карманы в подкожной клетчатке;
 - Д) тампонировать рану после разрезов.
- 10.84.. Для остеомиелита новорожденных наиболее характерно:
- А) множественность поражения костей;
 - Б) внутриутробный остеомиелит;
 - В) учащение поражения плоских костей;
 - Г) преобладание грам-отрицательной и анаэробной флоры;
 - Д) преобладание грам-положительной флоры.
- 10.85. Наиболее ранним клиническим симптомом остеомиелита новорожденных при поражении длинных трубчатых костей является:
- А) субфебрильная температура;
 - Б) вялое сосание;
 - В) клиника «псевдопареза»;
 - Г) пастозность тканей, окружающих сустав;
 - Д) гиперемия кожи.
- 10.86. Наиболее часто встречающейся при остеомиелите у новорожденных локализацией патологического процесса в кости является:
- А) эпифиз;
 - Б) диафиз;
 - В) метаэпифизарная зона;
 - Г) тотальное поражение кости;
 - Д) метадиафизарное поражение.
- 10.87. Достоверным рентгенологическим признаком язвенно-некротического энтероколита III стадии является:
- А) множественные разнокалиберные уровни жидкости в петлях кишок;

- Б) повышенное газонаполнение кишечной трубки;
- В) локальное утолщение стенки кишечных петель;
- Г) локальный пневматоз кишечной стенки
- Д) жидкость в полости малого таза.

10.88. Повышенная кровоточивость у новорожденного вызвана чаще всего с:

- А) дефицитом витамина К;
- Б) ДВС-синдромом;
- В) врожденными тромбопатиями;
- Г) врожденными коагулопатиями;
- Д) анатомо-физиологическими особенностями.

10.89. Среди классических причин проявлений геморрагического синдрома новорожденного наиболее часто встречается:

- А) кровотечение из пупка;
- Б) кровотечение из желудочно-кишечного тракта;
- В) нарастающая кефалогематома;
- Г) кровоизлияние в надпочечник;
- Д) кровотечение из трахеи.

10.90. Укажите нехарактерный для кефалогематомы симптом:

- А) деформация головы ребенка;
- Б) гематома, отслаивающаяся надкостницу;
- В) инфицирование;
- Г) изменения кожи над опухолью;
- Д) характерная флюктуация.

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

- А) лечения не требуется;
- Б) пункцию кефалогематомы в возрасте 5 дней;
- В) разрез в области кефалогематомы;
- Г) физиотерапию;
- Д) пункцию кефалогематомы на 9-10-й день жизни.

10.92. Наиболее ярким клиническим симптомом внутричерепного кровоизлияния у новорожденного является:

- А) анемия;
- Б) апноэ, судороги;
- В) гипотермия;
- Г) выбухание большого родничка, нистагм;
- Д) изменения в вегетативной нервной системе.

10.93. Укажите нехарактерный симптом кровоизлияния в надпочечники у новорожденного:

- А) анемия;
- Б) сердечная недостаточность;
- В) пальпируемое опухолевидное образование;
- Г) сосудистая недостаточность;
- Д) парез кишечника.

10.94. Среди перечисленных родовых повреждений костей наиболее часто имеет место:

- А) перелом костей черепа;
- Б) перелом ключицы;
- В) перелом бедра;
- Г) перелом плечевой кости в диафизе;
- Д) травматический эпифизеолиз плечевой кости.

- 10.95. Укажите нетипичный симптом при родовом переломе ключицы:
- А) припухлость в средней трети ключицы;
 - Б) крепитация;
 - В) псевдопарез;
 - Г) гематома;
 - Д) безболезненная пальпация.
- 10.96. Укажите среди ниже перечисленных признаков родового перелома бедра неверный:
- А) в анамнезе — акушерское пособие при родах;
 - Б) конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах;
 - В) отсутствие отека тканей бедра;
 - Г) резкое ограничение движений;
 - Д) крепитация отломков.
- 10.97. Оптимальным методом лечения при переломе бедра у новорожденного является:
- А) лейкопластырное вытяжение по Шеде;
 - Б) лейкопластырное вытяжение по Блаунту;
 - В) гипсовая лонгета;
 - Г) фиксация конечности к животу повязкой;
 - Д) оставить без фиксации.
- 10.98. Сроки иммобилизации при переломе бедра у новорожденного составляют:
- А) 7 дней;
 - Б) 12-14 дней;
 - В) 15-21 день;
 - Г) 22-28 дней;
 - Д) 1 месяц.
- 10.99. Наиболее достоверным клиническим признаком врождённого вывиха бедра у младенца является:
- А) асимметрия кожных складок;
 - Б) симптом «щелчка» (соскальзывания);
 - В) ограничение разведения бедер;
 - Г) укорочение одной из конечностей;
 - Д) наружная ротация бедра.
- 10.100. Выберите нехарактерный симптом родового перелома плечевой кости:
- А) в анамнезе — акушерское пособие при родах;
 - Б) отсутствие активных движений в руке;
 - В) угловая деформация конечности;
 - Г) трудно диагностируется;
 - Д) крепитация отломков.
- 11.01. Червеобразный отросток — это:
- А) рудимент;
 - Б) функциональный орган;
 - В) порок развития;
 - Г) аномалия;
 - Д) вариант развития.
- 11.02. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:
- А) обязательно;

- Б) необязательно;
- В) у детей младшего возраста по показаниям;
- Г) у девочек по показаниям;
- Д) в зависимости от клиники.

- 11.03. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:
- А) усиление болей при расположении на левом боку;
 - Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного;
 - В) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области;
 - Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки;
 - Д) правое яичко расположено выше левого.
- 11.04. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:
- А) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области;
 - Б) болезненность при пальпации области пупочного кольца;
 - В) уменьшение болей в положении на животе;
 - Г) усиление болей при отведении купола кишки медиально;
 - Д) снижение или отсутствие брюшных рефлюксов.
- 11.05. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:
- А) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево;
 - Б) гиперлейкоцитоз;
 - В) лейкопения;
 - Г) отсутствие изменений;
 - Д) ускоренное СОЭ.
- 11.06. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн — Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:
- А) болезненное опухание суставов;
 - Б) геморрагические высыпания на коже;
 - В) гематурия, альбуминурия;
 - Г) появление точечных кровоизлияний после щипка кожи;
 - Д) комбинация перечисленных симптомов.
- 11.07. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:
- А) наблюдение;
 - Б) срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области;
 - В) лапароскопия;
 - Г) назначение антибактериальной терапии;
 - Д) перевод больного в терапевтическое отделение.
- 11.08. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:
- А) невозможен;
 - Б) возможен при начальной стадии воспаления;
 - В) возможен при флегмонозном аппендиците;
 - Г) возможен при гангренозном аппендиците;
 - Д) возможен даже при перфоративном аппендиците .
- 11.09. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:
- А) на спине;
 - Б) на животе;
 - В) на правом боку с приведенными ногами;
 - Г) на левом боку;

Д) сидя.

11.10. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

- А) ввести промедол;
- Б) ввести седуксен;
- В) ввести спазмолитики;
- Г) сделать теплую ванну;
- Д) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.

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

- А) 3 часами;
- Б) 6 часами;
- В) 12 часами;
- Г) 18 часами;
- Д) 24 часами.

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

- А) срединную лапаротомию;
- Б) лапаротомию разрезом по Пфаненштилю;
- В) лапаротомию разрезом в правой подвздошной области;
- Г) лапароскопию;
- Д) динамическое наблюдение.

11.13. У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:

- А) наблюдение;
- Б) консервативное лечение;
- В) лапароскопия;
- Г) лапаротомия в правой подвздошной области;
- Д) срединная лапаротомия.

11.14. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

- А) локальная боль и рвота;
- Б) напряжение мышц брюшной стенки и рвота;
- В) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;
- Г) симптом Щеткина и рвота;
- Д) жидкий стул и рвота.

11.15. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А) одномоментное введение антибиотиков;
- Б) резиновый выпускник;
- В) марлевый тампон;
- Г) промывание брюшной полости;
- Д) тампон Микулича.

11.16. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А) одномоментное введение антибиотиков;
- Б) двухпросветный дренаж;

- В) резиновый выпускник;
- Г) промывание брюшной полости;
- Д) тампон Микулича.

11.17. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

- А) микроирригатор;
- Б) промывание брюшной стенки;
- В) марлевый тампон;
- Г) двухпросветный дренаж;
- Д) резиновый выпускник.

11.18. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- А) стационарное наблюдение;
- Б) амбулаторное наблюдение;
- В) антибиотики, физиотерапия, наблюдение;
- Г) срочная операция;
- Д) операция в плановом порядке.

11.19. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибриновые наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

- А) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания;
- Б) лаважом брюшной полости после операции;
- В) лапаростомией;
- Г) ввести микроирригаторы;
- Д) дренирование брюшной полости в подвздошных областях.

11.29. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:

- А) проведение консервативных мероприятий;
- Б) наблюдение;
- В) дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов;
- Г) срочная операция;
- Д) операция после предоперационной подготовки.

11.30. У ребенка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима:

- А) срочная операция;
- Б) наблюдение;
- В) дача бария, наблюдение;
- Г) дача бария, проведение консервативных мероприятий;
- Д) операция в плановом порядке.

11.31. При спаечно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии не должны превышать:

- А) 3-6 час;
- Б) 6-12 час;
- В) 12-24 час;
- Г) 24-48 час;
- Д) 48-72 час.

11.32. Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начать:

- А) с ректального пальцевого исследования;
- Б) с ирригографии с воздухом;
- В) с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;
- Г) с введения зонда в желудок;

Д) с дачи бариевой взвеси через рот.

11.33. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:

- А) возрастная дискоординация перистальтики;
- Б) изменение или нарушение режима питания;
- В) диспепсия;
- Г) респираторно-вирусная инфекция;
- Д) органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние).

11.34. У ребенка 10 месяцев приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевое образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз — инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценить:

- А) как начальный период;
- Б) как период ярких клинических проявлений;
- В) как период непроходимости кишечника;
- Г) как явления перитонита;
- Д) период осложнений.

11.35. У ребенка начальный период инвагинации кишечника. Наиболее рациональным методом лечения его является:

- А) расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем;
- Б) пальпаторное расправление инвагината под наркозом;
- В) расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопа;
- Г) расправление инвагината воздухом под контролем колоноскопа;
- Д) оперативное лечение.

11.36. У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:

- А) острый аппендицит;
- Б) инвагинация кишечника;
- В) аппендикулярный инфильтрат;
- Г) кишечная инфекция;
- Д) опухоль брюшной полости.

11.37. У ребенка 8 месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания — 9 час с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом специального обследования у больного следует считать:

- А) ирригографию с воздухом;
- Б) ирригографию с бариевой смесью
- В) колоноскопию;
- Г) лапароскопию;
- Д) исследование ректального давления.

11.38. Главное достоинство применения колоноскопии при инвагинации кишечника состоит:

- А) в отказе от рентгеновского обследования;
- Б) в визуальной диагностике инвагината;
- В) в визуальном контроле за расправлением инвагината;
- Г) в возможности выявить органическую причину инвагинации;
- Д) в возможности решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания.

11.39. Из перечисленных специальных методов обследования позволяет решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства при инвагинации кишечника вне зависимости от сроков заболевания:

- А) лапароскопия;
- Б) колоноскопия;
- В) ирригография с воздухом;
- Г) ирригография с бариевой смесью;
- Д) пальпация живота под наркозом.

11.40. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны:

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в подвздошной области;
- Г) параректальный доступ;
- Д) разрез по Пфаненштилю.

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

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в правой подвздошной области;
- Г) параректальный доступ;
- Д) разрез в правом подреберье.

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

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в правой подвздошной области;
- Г) параректальный доступ справа;
- Д) параректальный доступ слева.

11.43. У ребенка во время операции по поводу запущенной инвагинации кишечника обнаружены некрозы дистального отдела подвздошной кишки и сомнительная жизнеспособность вышележащих отделов подвздошной кишки на протяжении 50 см. Тактика хирурга включает:

- А) резекцию явно некротизированного участка кишки, илеосто-му, плановую релапаротомию через 12 часов;
- Б) резекцию всей подвздошной кишки, илеостому;
- В) резекцию подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз;
- Г) выведение на кожу измененного участка кишки петлей;
- Д) резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз.

11.44. Оптимальные сроки закрытия илеостомы у ребенка 3 месяцев, оперированного по поводу инвагинации кишечника, при гладком послеоперационном течении составляют:

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

11.45. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают:

- А) спленэктомию;
- Б) попытку ушивания дефекта;
- В) перевязку селезеночной артерии;
- Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
- Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки.

11.46. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

- А) спленэктомия;
- Б) попытку ушивания дефекта;
- В) перевязку селезеночной артерии;
- Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
- Д) спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки.

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

- А) с рентгенографии брюшной полости;
- Б) с ультразвукового исследования;
- В) с лапароскопии;
- Г) с лапароцентеза;
- Д) с внутривенной урографии.

11.48. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия, осмотр брюшной полости;
- В) лапароскопия, установка длительного дренажа;
- Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Д) наблюдение, консервативная терапия.

11.49. У ребенка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение. Подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия, ревизия;
- В) лапароскопия, длительный дренаж;
- Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Д) наблюдение, консервативная терапия.

11.50. У ребенка 10 лет подозрение на повреждение печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная. Ребенку следует рекомендовать:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопию;
- В) лапаротомию;
- Г) наблюдение;
- Д) наблюдение, консервативную терапию.

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

- А) с рентгенографии брюшной полости;
- Б) с ультразвукового исследования;
- В) с лапароцентеза;
- Г) с лапароскопии;
- Д) с внутривенной урографии.

11.52. У ребенка с травмой живота диагностирован разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Состояние средней тяжести. Гемодинамика не стабильна. Ребенку необходимы:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) установка длительного дренажа брюшной полости;
- Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Д) наблюдение, консервативная терапия.

11.53. У ребенка травма живота. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение состояния. Нестабильность гемодинамики. Ребенку следует рекомендовать:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопию;
- В) установку длительного дренажа брюшной полости;
- Г) лапаротомию;
- Д) наблюдение, консервативная терапия.

11.54. Рациональным доступом при операции по поводу разрыва селезенки является:

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в левом подреберье;
- Г) параректальный доступ;
- Д) трансректальный доступ.

11.55. У ребенка с травмой живота подозрение на повреждение печени. Состояние тяжелое. Гемодинамика нестабильна. Из лечебных действий целесообразны:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) лапаротомия;
- Г) консервативная терапия;
- Д) наблюдение.

11.56. У ребенка 10 лет сочетанная травма: ушиб головного мозга, кома II ст., внутрибрюшное кровотечение. Гемодинамика стабильна. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) лапаротомия;
- Г) консервативная терапия;
- Д) наблюдение.

11.57. У ребенка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Хирургу следует рекомендовать:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) лапаротомия;
- Г) наблюдение;
- Д) консервативная терапия.

11.58. У ребенка 7 лет во время операции обнаружено размоложение участка тела поджелудочной железы. Наиболее рациональная тактика включает:

- А) марлевый тампон через срединную рану;
- Б) марлевый тампон через контрапертуру;
- В) промывание брюшной полости, страховой дренаж в малый таз;
- Г) установка сквозного дренажа вдоль железы;
- Д) удаление тела и хвоста железы, тампонада.

11.59. У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать:

- А) рентгенографию брюшной полости;
- Б) лапароцентез;
- В) лапароскопию;
- Г) ультразвуковое исследование;
- Д) ангиографию.

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

- А) лапароскопия;
- Б) лапароцентез;
- В) лапаротомия;
- Г) ультразвуковое исследование;
- Д) наблюдение.

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

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

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

- А) вскрытие гематом, ревизия стенки органа;
- Б) пункция и эвакуация гематом;
- В) оставление гематом;
- Г) погружение гематом серозномышечными швами;
- Д) резекция пораженных участков.

11.63. У ребенка с огнестрельным ранением брюшной стенки и рентгенологически подтвержденным инородным телом во время операции инородное тело не обнаружено. Наиболее рационально в этом случае:

- А) настойчивые поиски инородного тела;
- Б) отказ от поисков;
- В) повторное рентгеновское исследование;
- Г) перенос больного в рентгеновский кабинет для направленных поисков;
- Д) использование рентгеноконтрастных методов для обнаружения инородного тела во время операции.

11.64. У ребенка с огнестрельным ранением брюшной полости произведена резекция пораженного участка тонкой кишки. Пареза кишечника нет. Для декомпрессии кишечника зонд следует ввести:

- А) трансанально;
- Б) трансназально;
- В) через гастростому;
- Г) через энтеростому;
- Д) зонда вводить не следует.

11.65. Ребенок 5 лет проглотил гвоздь длиной 40 мм. На обзорной рентгенограмме гвоздь в желудке. Наиболее рациональны в этом случае:

- А) гастроскопия;
- Б) гастротомия;
- В) наблюдение;
- Г) стимуляция моторики кишечника;
- Д) дача бариевой взвеси и наблюдение.

- 11.66. Ребенок 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. При рентгенологическом исследовании гвоздь фиксирован в желудке. В этом случае наиболее рациональна:
- А) гастроскопия;
 - Б) гастротомия;
 - В) наблюдение;
 - Г) стимуляция моторики кишечника;
 - Д) лапароскопия.
- 11.67. У ребенка, оперированного по поводу периаппендикулярного абсцесса, аппенэктомии и дренирования гнойника, на пятые сутки после операции стало поступать кишечное отделяемое из раны. В этом случае целесообразно:
- А) консервативное лечение;
 - Б) расширение раны, ревизия;
 - В) срединная лапаротомия, ревизия;
 - Г) лапаротомия, терминальная стома для отключения;
 - Д) лапаротомия, обходной анастомоз.
- 11.68. У ребенка в послеоперационном периоде после аппендэктомии и дренирования абсцесса, сформировался трубчатый свищ области илеоцекального угла. Оперативное вмешательство наиболее целесообразно в сроки:
- А) 3 мес;
 - Б) 6 мес;
 - В) 1 год;
 - Г) 1,5 года;
 - Д) индивидуальный подход.
- 11.69. У ребенка после повторной операции по поводу аппендикулярного перитонита сформировался полный кишечный свищ подвздошной кишки с пролабированием задней стенки кишки. Из оперативных методов наиболее рационален:
- А) ушивание кишки в ране;
 - Б) резекция несущей части кишки с анастомозом;
 - В) широкая мобилизация кишки и ушивание дефекта;
 - Г) обходной анастомоз для отключения;
 - Д) индивидуальное решение.
- 11.70. У ребенка во время операции по поводу подозрения на острый аппендицит червеобразный отросток не изменен, в брюшной полости обнаружено дуоденальное содержимое. Хирургу следует:
- А) провести ревизию тонкой кишки из разреза в правой подвздошной области;
 - Б) расширить рану и выполнить ревизию брюшной полости;
 - В) перейти на срединную лапаротомию;
 - Г) перейти на параректальный доступ;
 - Д) выполнить аппендэктомию.
- 11.71. При перфоративной язве желудка у ребенка 10 лет целесообразно:
- А) ушивание язвы;
 - Б) иссечение язвы и ушивание дефекта;
 - В) Бильрот-I;
 - Г) Бильрот-II;
 - Д) Гофмейстер - Финстерер.
- 11.72. Рациональное отношение к «попутной» аппендэктомии:
- А) обязательное удаление отростка;
 - Б) стремление к оставлению червеобразного отростка;
 - В) аппендэктомия инвагинальным способом;
 - Г) удаление при атипичном расположении отростка;
 - Д) в зависимости от возраста больного.

11.73. У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастральной области. Живот мягкий, безболезнен. Наиболее вероятный диагноз:

- А) гастродуоденит;
- Б) кровотечение из расширенных вен пищевода;
- В) язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки;
- Г) Меккелев дивертикул;
- Д) неспецифический язвенный колит.

11.74. У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения. Начать обследование целесообразно:

- А) с контрастного исследования желудка и 12-перстной кишки;
- Б) гастродуоденоскопии;
- В) лапароскопии;
- Г) лапаротомии и ревизии брюшной стенки;
- Д) колоноскопии.

11.75. У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул. Наиболее целесообразно:

- А) удаление Меккелева дивертикула;
- Б) оставление дивертикула;
- В) плановое удаление дивертикула через 2-3 месяца;
- Г) на усмотрение хирурга;
- Д) установка страхового дренажа для наблюдения.

11.76. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул. Рациональное действие хирурга включает:

- А) удаление дивертикула;
- Б) оставление дивертикула;
- В) введение стомы на уровне дивертикула;
- Г) плановое удаление дивертикула через 3 месяца;
- Д) плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки.

11.77. При флегмонозно измененном Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразно:

- А) клиновидная резекция;
- Б) резекция под углом 45° ;
- В) резекция кишки с анастомозом конец в конец;
- Г) резекция кишки, анастомоз бок в бок;
- Д) на усмотрение хирурга.

11.78. При картине первичного перитонита рациональные действия хирурга предусматривают:

- А) лапароскопию;
- Б) лапаротомию;
- В) лапароцентез;
- Г) антибактериальную терапию;
- Д) наблюдение.

11.79. При пальпируемом кистозном образовании брюшной полости у ребенка 7 лет целесообразно начать обследование:

- А) с пальпации под наркозом;
- Б) с ультразвукового исследования;
- В) с обзорной рентгенографии брюшной полости;
- Г) с лапароскопии;
- Д) с внутривенной урографии.

11.80. Наиболее достоверным симптомом перекрута кисты яичника является:

- А) острое начало, боли внизу живота с иррадиацией в промежность;
- Б) беспокойное поведение, позывы на мочеиспускание;
- В) нормальная температура тела, отсутствие лейкоцитоза;
- Г) мягкий живот, отсутствие перитонеальных знаков;
- Д) обнаружение при ректальном исследовании округлого, эластичного образования.

11.81. Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:

- А) гепатомегалия;
- Б) увеличение размеров живота;
- В) спленомегалия;
- Г) кровавая рвота;
- Д) асцит.

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

- А) постельного режима;
- Б) исключения кормления через рот;
- В) зондирования желудка;
- Г) инфузионной гемостатической терапии;
- Д) парентального питания.

11.83. Наиболее вероятной причиной холецистита (холелитиаза) в детском возрасте является:

- А) гормональные нарушения;
- Б) наследственность;
- В) пороки развития желчного пузыря;
- Г) нарушение обменных процессов;
- Д) хронический гепатит.

11.84. Ребенок 5 лет поступил с клиникой острого холецистита через 4 часа от начала заболевания. Ему следует рекомендовать:

- А) экстренное оперативное вмешательство;
- Б) динамическое наблюдение;
- В) консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности - операцию;
- Г) консервативное лечение 24-48 часов;
- Д) консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности - операцию.

12.01. Наиболее распространенной точкой пункции подключичной вены является:

- А) граница наружной и внутренней трети ключицы;
- Б) под грудино-ключичным сочленением;
- В) над грудино-ключичным сочленением;
- Г) под ключицей, на границе внутренней и средней трети ключицы;
- Д) в яремной ямке.

12.02. Внутренняя яремная вена расположена:

- А) внутри от сонной артерии;
- Б) позади сонной артерии;
- В) снаружи от сонной артерии;
- Г) к сонной артерии отношения не имеет;
- Д) в яремной ямке.

12.03. Центральная гемодинамика при гиповолемическом шоке характеризуется:

- А) левожелудочковой недостаточностью;
- Б) правожелудочковой недостаточностью;
- В) централизацией кровообращения с уменьшением почечного кровотока;

- Г) депонированием крови в сосудах малого круга;
- Д) депонированием крови в сосудах брюшной полости.

12.04. Характерными изменениями микроциркуляции при гипо-нолемическом шоке являются:

- А) ускорение капиллярного кровотока;
- Б) артерио-венозное шунтирование, метаболический ацидоз;
- В) увеличение времени кровотока;
- Г) высокий гемоглобин и гематокрит; Д) расширение капилляров.

12.05. К наиболее частым осложнениям прямой ларингоскопии относится:

- А) пневмоторакс;
- Б) носовое кровотечение;
- В) вывихивание зубов, травма слизистой верхней челюсти;
- Г) травма трахеи;
- Д) травма ротоглотки.

12.06. К клиническим признакам остановки сердца, которые можно определить без специальных исследований, относятся:

- А) отсутствие тонов сердца, АД=0, цианоз;
- Б) остановка дыхания, отсутствие периферического пульса, АД=0;
- В) анизокория, судороги;
- Г) нарушение ритма дыхания, анизокория, цианоз, АД=0;
- Д) остановка дыхания, общий цианоз, отсутствие пульса на сонной артерии, расширение зрачков.

12.07. Восстановить мозговой кровоток при остановке сердца необходимо:

- А) в течение 1 минуты;
- Б) в течение 2 минут;
- В) в течение 4 минут;
- Г) в течение 5 минут;
- Д) не позднее 6 минут.

12.08. Немедленная терапия при внезапной остановке сердца должна быть направлена на коррекцию:

- А) возбудимости сердца;
- Б) дыхательного алкалоза;
- В) метаболического ацидоза;
- Г) тонуса блуждающего нерва;
- Д) метаболического алкалоза.

12.09. Если после восстановления сердечной деятельности больной остается в коматозном состоянии, то следует:

- А) снизить концентрацию кислорода во вдыхаемом воздухе до 30%;
- Б) ввести наркотики;
- В) сделать трахеостомию;
- Г) начать ИВЛ, гипотермию, ввести кортикостероиды, антигипоксанты;
- Д) внутривенно ввести стимуляторы ЦНС.

12.10. К основным особенностям поражения электротоком относятся:

- А) алкалоз, снижение гемоглобина, гипонатриемия;
- Б) судороги, «знаки тока», поражение миокарда;
- В) боли в животе, полиурия, гипокальциемия;
- Г) обструктивный синдром, повышение рСО₂, гипергликемия;
- Д) ацидоз, отеки, гипопротейнемия.

12.11. Отек мозга наиболее часто развивается:

- А) при травме мозга;

- Б) при сердечно-легочной реанимации;
- В) при гипоальбуминемии;
- Г) при длительной гипоксемии;
- Д) при астматическом статусе.

12.12. Охлаждение новорожденного во время лапаротомии чаще всего обусловлено:

- А) переливанием холодных жидкостей;
- Б) переливанием холодной крови;
- В) несовершенством центра терморегуляции;
- Г) дыханием по полукрытому контуру;
- Д) повышенной теплоотдачей со стороны открытой раны.

12.13. Полное расплавление легких у новорожденных происходит:

- А) в первые минуты жизни;
- Б) через 1 час;
- В) через 6 часов;
- Г) через 1 сутки при длительной гипоксемии;
- Д) в течение нескольких дней.

12.14. Неправильно проводимая искусственная вентиляция легких чаще всего:

- А) нарушает действие «грудного насоса»;
- Б) сдавливает сердце и крупные сосуды;
- В) препятствует нормальному легочному кровотоку;
- Г) создает возможность механического повреждения легких;
- Д) может вызвать пневмомедиастинум.

12.15. Для проведения наркоза у новорожденного препаратом выбора является:

- А) эфир;
- Б) фторотан;
- В) нейролептики;
- Г) трилен;
- Д) гексенал.

12.16. При назначении медикаментов новорожденному с массой 3 кг необходимо ввести:

- А) 1/20 часть дозы взрослого;
- Б) 1/15 часть дозы взрослого;
- В) 1/10 часть дозы взрослого;
- Г) 1/8 часть дозы взрослого;
- Д) 1/5 часть дозы взрослого.

12.17. Лекарственные препараты у больного в состоянии шока необходимо вводить:

- А) ректально;
- Б) подкожно;
- В) внутримышечно;
- Г) внутривенно;
- Д) через рот.

12.18. При введении витаминов В₁ и В₆ в одном шприце наблюдается:

- А) возбуждение;
- Б) никакого эффекта;
- В) анестезия;
- Г) гиперемия;
- Д) сонливость.

12.19. Анальгетическая активность фентанила сильнее морфина:

- А) в 10 раз;
- Б) в 15 раз;
- В) в 60 раз;
- Г) в 130 раз;
- Д) в 200 раз.

12.20. Во время ингаляционного наркоза последним исчезает:

- А) гортанный рефлекс;
- Б) фарингеальный рефлекс;
- В) корнеальный рефлекс;
- Г) перитонеальный рефлекс;
- Д) рефлекс с бифуркации трахеи.

12.21. Наиболее частым осложнением общей анестезии является:

- А) угнетения дыхания;
- Б) нарушение проходимости дыхательных путей;
- В) нарушение сердечного ритма;
- Г) тахикардия;
- Д) цианоз.

12.22. При анестезии у грудных детей наиболее неблагоприятным признаком является:

- А) брадикардия до 50 в минуту;
- Б) артериальное давление 90-60 мм рт. ст.;
- В) тахикардия до 160 в минуту;
- Г) нерегулярное дыхание;
- Д) сужение значков.

12.23. Наиболее частой жалобой после перидуральной анестезии является:

- А) головная боль;
- Б) боль в спине;
- В) тошнота;
- Г) задержка мочи;
- Д) сердцебиение.

12.24. Срок назначения на плановую операцию после перенесенного респираторного заболевания должен быть не менее:

- А) одной недели;
- Б) двух недель;
- В) месяца;
- Г) полутора месяцев;
- Д) двух месяцев.

12.25. В фазу экстренной коррекции больному следует ввести жидкости:

- А) 5 мл/кг;
- Б) 10 мл/кг;
- В) 20 мл/кг;
- Г) 200 мл;
- Д) 1500мл/м²/сутки.

12.26. Объем инфузионной терапии у больного 3 лет в предоперационной подготовке при перитоните III ст. должен составлять:

- А) 100 мл;
- Б) 300 мл;
- В) 10 мл/кг;
- Г) 20 мл/кг/час;
- Д) 1500 мл.

- 12.27. Критерием эффективности терапии больного с перитонитом в фазу экстренной коррекции является:
- А) нормализация температуры, пульса, дыхания;
 - Б) снижение лейкоцитоза, повышение гемоглобина, уменьшение боли в животе;
 - В) прекращение рвоты, самостоятельный стул, лейкоцитоз 15-20 тыс;
 - Г) восстановление диуреза, нормализация ЦВД, температура ниже 38°C, уменьшение мраморности кожных покровов;
 - Д) АД - 120/70 мм рт. ст., пульс 120 в минуту, лейкоцитоз 10-12 тыс, диурез 50 мл.
- 12.28. К центральным антипиретикам относится:
- А) дипразин;
 - Б) анальгин;
 - В) аминазин;
 - Г) супрастин;
 - Д) димедрол.
- 12.29. Наиболее частой причиной пареза кишечника после операции на органах брюшной полости является:
- А) гипоксия;
 - Б) травма органов;
 - В) интоксикация;
 - Г) гипокалиемия;
 - Д) действие антибиотиков.
- 12.30. Энтеральное питание у ребенка 3 лет после плановой операции по поводу грыжесечения показано:
- А) после полного пробуждения от наркоза;
 - Б) через 2 часа после пробуждения после наркоза;
 - В) через 12 часов после операции;
 - Г) через 24 часа после операции;
 - Д) через 36 часов после операции.
- 12.31. Энтеральное питание у ребенка 1 года после экстренной операции по поводу инвагинации показано:
- А) после полного пробуждения от наркоза;
 - Б) через 24 часа после операции;
 - В) после восстановления пассажа по кишечнику;
 - Г) по восстановлению уровня калия плазмы до нормы;
 - Д) после удаления зонда из желудка.
- 12.32. Величина минимального почасового диуреза у детей составляет:
- А) 0,1 мл/кг/час;
 - Б) 0,5 мл/кг/час;
 - В) 1-2 мл/кг/час;
 - Г) 5-10 мл/кг/час;
 - Д) 30-50 мл/кг/час.
- 12.33. Основным переносчиком энергии в клетке является:
- А) молочная кислота;
 - Б) креатинин;
 - В) гликоген;
 - Г) флавопротеины;
 - Д) АТФ.
- 12.34. Скорость нормальных метаболических процессов наиболее высокая в возрасте:
- А) 1-2 года;
 - Б) 5-6 лет;
 - В) 8 лет;

- Г) 10 лет;
- Д) 12-14 лет.

12.35. Для новорожденного в первые часы жизни характерны:

- А) метаболический алкалоз;
- Б) метаболический ацидоз;
- В) дыхательный алкалоз;
- Г) дыхательный ацидоз;
- Д) смешанный ацидоз.

12.36. Кислород в клетке нужен для:

- А) образования аминокислот;
- Б) образования молочной кислоты;
- В) образования пировиноградной кислоты;
- Г) дезаминирования аминокислот;
- Д) полноценного окисления глюкозы в цикле Кребса.

12.37. Наиболее часто у новорожденных наблюдается:

- А) центральное угнетение дыхания;
- Б) низкий уровень глюкозы крови;
- В) высокий натрий плазмы;
- Г) задержка жидкости в организме;
- Д) физиологическая потеря массы тела.

12.38. Признаком недостаточности правого сердца является:

- А) снижение артериального давления;
- Б) повышение центрального венозного давления;
- В) снижение центрального венозного давления;
- Г) анемия;
- Д) полицитемия.

12.39. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе:

- А) уменьшается;
- Б) увеличивается;
- В) остается неизменным;
- Г) переменным;
- Д) уменьшается, а затем увеличивается.

12.40. Клиническим симптомом нарушения микроциркуляции является:

- А) тахикардия;
- Б) сужение зрачков;
- В) симптом «бледного пятна»;
- Г) судороги;
- Д) брадикардия.

12.41. Нормальная потребность в калии у детей:

- А) у новорожденных - 0.5 мэкв/кг в сутки;
- Б) у детей в 1 год - 1 мэкв/кг в сутки;
- В) у детей до 3 лет - 3 мэкв/кг, старше - 2 мэкв/кг в сутки;
- Г) во всех возрастах - 0.5 мэкв/кг;
- Д) потребности в калии переменны.

12.42. Из перечисленных препаратов является глюкокортикоидом

- А) адреналин;
- Б) аминазин;
- В) бутадиион;
- Г) кортизон;

Д) витамин D.

12.43. Наиболее частым осложнением катетеризации подключичной вены является:

- А) пневмоторакс;
- Б) птоз левого века;
- В) тромбоз подключичной вены;
- Г) прокол подключичной артерии;
- Д) катетеризационный сепсис.

12.44. Показанием для искусственной вентиляции легких является:

- А) гемоглобин ниже 100 г/л, калий плазмы 3,5 ммоль/л;
- Б) одышка более 40 в минуту;
- В) тахикардия выше 180 в минуту;
- Г) pO_2 менее 55 мм рт. ст., pCO_2 , выше 55 мм рт. ст.;
- Д) цианоз.

12.45. Терапия астматического статуса включает:

- А) коррекцию анемии, гипокалиемии, гипернатриемии;
- Б) искусственную вентиляцию легких, коррекцию ацидоза, анемии;
- В) регидратацию, восстановление проводимости дыхательных путей, снятие бронхоспазма;
- Г) антибиотики, глюкокортикоиды, диуретики;
- Д) атропин, адреналин, диуретики, пеногасители.

12.46. Основными симптомами шока у детей являются:

- А) тахикардия, снижение АД, низкий гемоглобин;
- Б) акроцианоз, бледность кожных покровов, анурия, неадекватность психики;
- В) лейкоцитоз, анемия, тахикардия;
- Г) высокое АД, тахикардия, отек легких;
- Д) кома, судороги, тахикардия.

12.47. В фазу экстренной коррекции при гиповолемической коме следует вводить:

- А) кровь;
- Б) кристаллоиды;
- В) глюкозу;
- Г) жировые эмульсии;
- Д) коллоиды.

12.48. Потребность в жидкости здорового новорожденного в первые сутки после рождения составляет:

- А) 0-5 мл/кг в сутки;
- Б) 10-20 мл/кг в сутки;
- В) 40-60 мл/кг в сутки;
- Г) 5 мл/кг в час;
- Д) 10 мл/кг в час.

12.49. Объем крови у новорожденного массой 3500 г составляет приблизительно:

- А) 1000 мл;
- Б) 850 мл;
- В) 750 мл;
- Г) 600 мл;
- Д) 300 мл.

12.50. Развитие шока у детей возможно при площади ожога равной:

- А) 5%;
- Б) 10%;
- В) 20%;
- Г) 30%;

Д) 40%.

13.01. Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является:

- А) дисплазия тазобедренного сустава;
- Б) врожденная косорукость;
- В) амниотические перетяжки;
- Г) патологический вывих бедра;
- Д) болезнь Клиппеля-Фейля.

13.02. В основе остеохондропатии лежит:

- А) дисфункция созревания;
- Б) дисфункция роста;
- В) внутриутробная инфекция;
- Г) неправильное внутриутробное развитие;
- Д) тератогенное воздействие.

13.03. Из перечисленных заболеваний следствием дисфункции роста является:

- А) болезнь Нотта;
- Б) юношеский эпифизолиз;
- В) синдактилия;
- Г) врожденная соха vara;
- Д) косолапость.

13.04. Сущность III пути развития заболевания (по С.Я. Долецкому) состоит в:

- А) повреждении растущих и развивающихся структур;
- Б) генетически обусловленных страданиях;
- В) приобретенных заболеваниях;
- Г) дисфункции созревания;
- Д) дисфункции роста.

13.05. Рациональным путем управления созреванием у детей является:

- А) хирургический, паллиативный;
- Б) ортопедические приемы;
- В) хирургическая реконструкция;
- Г) хирургический + медикаментозный;
- Д) щадящий, функциональный путь, рассчитанный на дозревание.

13.06. Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:

- А) бытовой;
- Б) уличный;
- В) школьный;
- Г) спортивный;
- Д) прочий.

13.07. Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте:

- А) повреждения;
- Б) ожоги;
- В) инородные тела;
- Г) отравления;
- Д) огнестрельные повреждения.

- 13.08. Малым сегментом нижней конечности при травматическом его отчленении считается уровень дистальнее:
- А) уровня плюсно-фалангового сустава;
 - Б) уровня голеностопного сустава;
 - В) уровня коленного сустава;
 - Г) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет 15% от предполагаемого веса конечности;
 - Д) уровня средней и нижней трети голени.
- 13.09. Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется:
- А) в емкости, наполненной водой с температурой 36°C и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента;
 - Б) в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4°C;
 - В) не имеет значения;
 - Г) при отрицательной температуре;
 - Д) при температуре около 40°C.
- 13.10. Крупным сегментом верхней конечности при его травматическом отчленении считается уровень проксимальнее:
- А) уровня лучезапястного сустава;
 - Б) уровня средней и нижней трети предплечья;
 - В) уровня локтевого сустава;
 - Г) уровня пястно-фалангового сустава;
 - Д) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет более 15% от веса конечности.
- 13.11. Показанием для реплантации крупного сегмента нижней конечности у детей является уровень проксимальнее:
- А) коленного сустава;
 - Б) уровня средней и нижней трети бедра;
 - В) уровня средней и верхней трети бедра;
 - Г) тазобедренного сустава;
 - Д) не имеет значения.
- 13.12. Малым сегментом верхней конечности при его травматическом отчленении считается уровень дистальнее:
- А) уровня пястно-фалангового сустава;
 - Б) уровня лучезапястного сустава;
 - В) уровня локтевого сустава; #
 - Г) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет 15% от веса конечности;
 - Д) уровня средней и нижней трети предплечья.
- 13.13. Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:
- А) циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
 - Б) гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
 - В) гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча;
 - Г) гипсовой лангетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча;
 - Д) циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава.
- 13.14. Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:
- А) циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
 - Б) гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
 - В) гипсовой лангетой от голеностопного сустава до средней трети бедра;

- Г) гипсовой лангетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра;
- Д) циркулярной гипсовой повязкой от плюсне-фаланговых суставов до коленного сустава;

13.15. Первичный наиболее общий этиологический фактор, определяющий нарушение жизненно важной функции при шоке, состоит:

- А) в торможении центров коры головного мозга, обусловленных болевой чувствительностью;
- Б) в «вегетативной буре», с напряжением функций коры надпочечников и гипофиза;
- В) в интоксикации, вызванной продуктами распада органов и тканей;
- Г) в острой дыхательной недостаточности;
- Д) в нарушении центральной гемодинамики.

13.16. Объем необходимых лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает:

- А) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование;
- Б) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух;
- В) с противошоковой целью ввести наркотики;
- Г) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается;
- Д) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по А.В.Вишневному, приступить к обследованию для уточнения диагноза.

12.17. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на Догоспитальном этапе включает:

- А) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей;
- Б) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения,
- В) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков;
- Г) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации;
- Д) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков;

13.18. При верхнем родовом параличе Дюшена-Эрба имеет место:

- А) отсутствие движения в пальцах кисти;
- Б) внутренняя ротация и приведение плеча при наличии движений в пальцах кисти;
- В) полное отсутствие движений в пораженной конечности;
- Г) односторонний спастический гемипарез;
- Д) отсутствие движений в пальцах кисти при сохраненных движениях в плечевом суставе.

13.19. Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является:

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

13.20. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизеолиза дистального конца плечевой кости, является:

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

13.21. Рациональная лечебная тактика при родовом эпифизеолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает:

- А) открытое направление;
- Б) вытяжение по Шеде;
- В) вытяжение по Блаунту;
- Г) вправление закрытое;
- Д) закрытое вправление с последующим лейкопластырным вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки.

13.22. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает:

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

13.23. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является:

- А) гематома в области плечевого сустава;
- Б) крепитация отломков;
- В) гемипарез;
- Г) реакция на болевое ощущение при пеленании;
- Д) нарушение кровообращения.

13.24. Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является:

- А) фиксация ручки к туловищу ребенка;
- Б) лейкопластырное вытяжение;
- В) гипсовая повязка;
- Г) повязка Дезо;
- Д) торакобрахильная гипсовая повязка с отведением плеча (90°) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90°).

13.25. Критерием, по которому определяется тяжесть родовой черепно-мозговой травмы, является:

- А) степень нарушения мозгового кровообращения;
- Б) размеры родовой опухоли на голове;
- В) наличие кефалогематомы;
- Г) переломы черепа;
- Д) степень смещения костей черепа.

13.26. Лечебная тактика в отношении вдавленных переломов черепа и плода, возникших при родах, включает:

- А) лечения не требует;
- Б) интенсивную инфузионную терапию;
- В) хирургическую коррекцию методом репозиции;
- Г) резекционную трепанацию черепа;
- Д) резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой.

13.27. Оптимальное положение ручки при лечении паралича Дюшена-Эрба:

- А) прибинтовать ручку к туловищу;
- Б) положить повязку Дезо;
- В) фиксировать ручку в положении отведения плеча под углом 90° с наружной ротацией;
- Г) фиксация не обязательна;
- Д) фиксация при запрокидывании ручки за спину.

- 13.28. Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме:
- А) печень, селезенка;
 - Б) тонкая кишка;
 - В) толстая кишка;
 - Г) мочевого пузыря;
 - Д) почки.
- 13.29. При экстренной профилактике столбняка у ребенка старше 10 лет, имевшего менее 3 прививок, последняя из которых сделана за 2 года до травмы, необходимо ввести:
- А) анатоксин столбнячный + противостолбнячную сыворотку;
 - Б) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин;
 - В) противостолбнячную сыворотку;
 - Г) анатоксин столбнячный;
 - Д) ничего из перечисленного.
- 13.30. К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся:
- А) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей;
 - Б) переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза;
 - В) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области;
 - Г) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области;
 - Д) ушиб мягких тканей головы.
- 13.31. Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы:
- А) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию;
 - Б) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику;
 - В) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту;
 - Г) глубокую кому после сомнительной связи с травмой;
 - Д) гемипарез при ясном сознании.
- 13.32. При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс:
- А) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия;
 - Б) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки;
 - В) «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, | шприлатеральные признаки пирамидной недостаточности;
 - Г) общемозговая симптоматика, повышение температуры;
 - Д) тетраплегия, ясное сознание.
- 13.33. Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является:
- А) потеря сознания;
 - Б) очаговая неврологическая симптоматика;
 - В) многократная рвота;
 - Г) ото-рино-ликворея;
 - Д) кровотечение из носа и уха;
- 13.34. Наиболее часто перелом ключицы локализуется:
- А) в средней трети;
 - Б) в зоне клювовидного отростка;
 - В) на границе средней и медиальной трети ключицы;
 - Г) на границе средней и латеральной трети ключицы;
 - Д) у стернального конца ключицы.
- 13.35. При переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети оптимальной фиксирующей повязкой является:
- А) повязка Дезо;

- Б) торакобрахиальная повязка;
- В) шино-гипсовая 8-образная повязка; .
- Г) костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому-Карпенко;
- Д) фиксация не требуется.

13.36. При вывихе плечевой кости наиболее вероятный механизм травмы:

- А) падение на локоть (или кисть) приведенной или отведенной руки;
- Б) прямой удар в среднюю треть предплечья;
- В) резкий рывок за руку;
- Г) падение на бок при приведенной руке;
- Д) ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке.

13.37. Для постановки правильного диагноза при вывихе плеча оптимальным обследованием является:

- А) клиническое + рентген;
- Б) рентген + УЗИ;
- В) УЗИ + артроскопия;
- Г) ЯМР + радиоизотопное исследование;
- Д) артропневмография.

13.38. При закрытом поперечном переломе диафиза плечевой кости в средней трети оптимальная тактика включает:

- А) репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой;
- Б) репозицию и фиксацию на отводящей типе;
- В) репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами;
- Г) скелетное вытяжение;
- Д) репозицию и фиксацию стержневым аппаратом.

11.39. Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают с устранения:

- А) ротационного смещения;
- Б) смещения по ширине;
- В) смещения по длине;
- Г) углового смещения;
- Д) смещения по ширине и длине.

13.40. Оптимальный уровень проведения спицы при лечении перелома верхней трети плечевой кости с помощью скелетного вытяжения:

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

13.41. Показания к оперативному лечению чаще всего возникают:

- А) при внутрисуставных повреждениях плечевой кости;
- Б) при метафизарных повреждениях плечевой кости;
- В) при метадиафизарных повреждениях плечевой кости;
- Г) при диафизарных повреждениях плечевой кости;
- Д) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях.

13.42. При отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости у ребенка 12-14 лет наиболее предпочтительна фиксация отломков:

- Л) одной спицей;
- Б) двумя спицами;
- В) спицей с боковой компрессией;
- Г) костным швом;

Д) шило-шурупом Тер-Егизарова.

13.43. Задний вывих обеих костей предплечья возникает:

- А) при падении на локоть согнутой руки;
- Б) при падении на локоть разогнутой руки;
- В) падении с упором на ладонную поверхность кисти при неполностью разогнутой руке в локтевом суставе;
- Г) при падении на отведенную руку;
- Д) при падении на кисть отведенной и разогнутой руки.

13.44. Переломо-вывих Монтеджа — это:

- А) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой;
- Б) вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети;
- В) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья;
- Г) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости;
- Д) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке.

13.45. Переломо-вывих Галеацци — это:

- А) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча в верхней трети — на другой;
- Б) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка;
- В) перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке;
- Г) вывих кости с переломом лучевой кости в средней трети;
- Д) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети.

13.46. Позволяет диагностировать вывих головки луча при вывихе Монтеджа по рентгеновским снимкам линия:

- А) Смита;
- Б) Маркса;
- В) Омбредана;
- Г) Келлера;
- Д) симптом Ортолани.

13.47. Оптимальным положением предплечья, фиксированного гипсовой лангетой, при переломах локтевого отростка без смещения будет:

- А) сгибание под углом 45° ;
- Б) разгибание в локтевом суставе предплечья;
- В) сгибание под углом 135° ;
- Г) максимальное сгибание предплечья;
- Д) сгибание и внутренняя ротация предплечья.

13.48. При закрытой ручной репозиции переломо-вывиха Монтеджа до иммобилизации гипсовой лонгеттой следует:

- А) вправление головки и репозиция перелома локтевой кости;
- Б) достаточно репозиции локтевой кости;
- В) достаточно вправить головку луча;
- Г) репозиция локтевой кости + вправление головки луча;
- Д) достаточно тракции по оси.

13.49. Абсолютными показаниями к оперативному лечению перелома костей предплечья являются:

- А) перелом лучевой кости в средней трети с полным смещением;
- Б) перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением;
- В) перелом двух костей предплечья в средней трети с полным смещением;
- Г) перелом двух костей предплечья на разных уровнях;

Д) перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности.

13.50. При повреждении лучевой кости преждевременное закрытие зоны роста и развитие деформации верхней конечности наиболее вероятно в случае:

- А) эпифизолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине;
- Б) перелома проксимального эпифиза;
- В) остеоэпифизолиза со смещением;
- Г) эпифизолиза со смещением;
- Д) сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза;

13.51. Фиксировать палец при подкожном разрыве сухожилия разгибателя следует:

- А) в положении полного разгибания в межфаланговых суставах;
- Б) при переразгибании в суставах пальца;
- В) в положении сгибания в дистальном межфаланговом суставе; и разгибания в проксимальном;
- Г) в положении сгибания в проксимальном суставе и переразгибании в дистальном («писчего пера»);
- Д) при максимальном сгибании во всех суставах пальца.

13.52. При ранении сухожилия сгибателя пальца хирургическая тактика сводится:

- А) к наложению первичного шва сухожилия;
- Б) к лечению под мазевыми повязками;
- В) к гипсовой иммобилизации;
- Г) к фиксации в металлической шине В.И.Розова;
- Д) к лейкопластырной повязке.

13.53. Оптимальным вариантом положения пальца кисти, фиксированного в гипсе, после успешной репозиции перелома средней или основной фаланги пальцев кисти будет:

- А) положение максимального сгибания;
- Б) положение максимального разгибания;
- В) средне-физиологическое положение;
- Г) положение «писчего пера»;
- Д) положение сгибания ногтевой фаланги под углом 90°.

13.54. При заднем (подвздошном) вывихе головки бедренной кости нижняя конечность:

- А) слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, ротирована кнутри;
- Б) согнута и ротирована кнаружи;
- В) отведена и согнута в тазобедренном и коленном суставах;
- Г) выпрямлена, слегка отведена и ротирована кнаружи;
- Д) в максимальном сгибании в тазобедренном и разгибании в коленном суставе.

13.55. При привычном вывихе надколенника лечение предусматривает:

- А) моделированную гипсовую лангету;
- Б) удаление надколенника;
- В) стабилизирующие пластические операции;
- Г) надмышечковую остеотомию бедра;
- Д) иммобилизацию гипсовой циркулярной повязкой.

13.56. При травматическом вывихе надколенник смещен:

- А) кнаружи;
- Б) вниз;
- В) кнутри;
- Г) кзади;
- Д) вверх.

13.57. Методом лечения при гемартрозе и остром вывихе надколенника у детей является:

- А) вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета, последующая артроскопия;
- Б) вправление, гипсовая лонгета;
- В) открытое вправление, давящая повязка;
- Г) открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические приемы;
- Д) закрытое вправление без иммобилизации.

13.58. Оперативное лечение перелома ключицы показано:

- А) при поперечном переломе с полным смещением;
- Б) при переломе с большим угловым смещением;
- В) при оскольчатом переломе со значительным смещением от-иомка;
- Г) при всех типах переломов;
- Д) не показано.

13.59. При отрывном переломе медиальной надмыщелки плечевой кости чаще всего страдает:

- А) лучевой нерв;
- Б) локтевой нерв;
- В) срединный нерв;
- Г) мышечно - кожный нерв;
- Д) нервы не страдают.

13.60. При проникающем ранении коленного сустава пострадавшему следует произвести:

- А) ушивание раны, гипсовую повязку;
- Б) ревизию раны, первичную хирургическую обработку, иммобилизацию;
- В) рентген снимок сустава, ревизию раны, удаление инородных тел, промывание полости антисептиками, ушивание раны, гипс;
- Г) ревизию раны, удаление инородных тел, дренирование;
- Д) артротомию с ревизией коленного сустава.

13.61. Сроки иммобилизации после наложения первичного шва собственной связки надколенника составляют:

- А) 2 недели;
- Б) 3 недели;
- В) 4 недели;
- Г) 5 недель;
- Д) 6 недель.

13.62. Типичным механизмом повреждения менисков коленного сустава у детей является:

- А) форсированное отведение и наружная ротация голени;
- Б) форсированное приведение голени в коленном суставе;
- В) форсированное разгибание в суставе;
- Г) форсированное сгибание в суставе;
- Д) резкое отведение голени в коленном суставе.

13.63. При разрыве передней крестообразной связки в коленном суставе характерным симптомом является:

- А) блокада коленного сустава;
- Б) симптом «выдвижного ящика»;
- В) сгибательная контрактура в коленном суставе;
- Г) разгибательная контрактура в коленном суставе;
- Д) симптом «прилипшей пятки».

13.64. Оптимальный вариант лечебной тактики при внутрисуставных повреждениях костей голени со смещением у детей включает:

- А) открытую репозицию;
- Б) открытую репозицию + остеосинтез;
- В) аппаратное лечение;

- Г) скелетное вытяжение;
- Д) ревизию + гипсовую иммобилизацию.

13.65. Абсолютные показания к оперативному лечению при переломах костей голени касаются:

- А) закрытых внутрисуставных переломов со смещением;
- Б) закрытых диафизарных переломов 2 костей голени;
- В) метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением;
- Г) закрытых переломов с полным смещением;
- Д) всех видов переломов со смещением отломков.

13.66. Контрольный рентгеновский снимок в гипсе при метадиа-физарных переломах для выявления максимального вторичного смещения отломков следует производить:

- А) на 2-е сутки;
- Б) на 3-5-е сутки;
- В) на 6-7-е сутки;
- Г) на 10-14-е сутки;
- Д) рентгенологический контроль не обязателен.

13.67. Величина таранно-пяточного угла (Белера) в норме у детей составляет:

- А) до 10° ;
- Б) от 10 до 20° ;
- В) от 30 до 40° ;
- Г) от 45 до 90° ;
- Д) 135° .

13.68. Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен:

- А) наклон головы и поворот ее в «здоровую» сторону;
- Б) поворот головы в сторону «подвывиха»;
- В) ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди;
- Г) полный объем движений.

13.69. Название болезни Гризеля носит:

- А) остеохондропатия апофиза пяточной кости;
- Б) остеохондропатия апофизов позвонков;
- В) «маршевый» перелом костей стопы;
- Г) подвывих I шейного позвонка на фоне воспаления лимфоузлов шеи;
- Д) порок развития сухожилий сгибателей кисти.

13.70. Название сустава Крювелье носит:

- А) сустав между задней поверхностью передней дуги атланта и передней поверхностью зуба аксиса;
- Б) сустав между верхними суставными поверхностями I шейных позвонков;
- В) сустав между задней поверхностью зуба аксиса и поперечной связкой атланта;
- Г) сустав между телами I и II шейных позвонков;
- Д) такого сустава между телами I и II шейных позвонков нет.

13.71. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у деки встречается в:

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

13.72. Перелом грудного отдела позвоночника возникает при падении:

- А) на грудь;
- Б) на спину;
- В) на ягодицы;
- Г) на ноги;
- Д) на голову.

13.73. При неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы имеет место:

- А) локальная болезненность, деформация;
- Б) болезненность при осевой нагрузке;
- В) локальная болезненность, затрудненное дыхание;
- Г) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика;
- Д) нарушение функции тазовых органов.

13.74. Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает:

- А) функциональный метод лечения (вытяжение, ЛФК, массаж);
- Б) с помощью корсетов;
- В) оперативное лечение;
- Г) одномоментную реклиацию + корсет;
- Д) не требует лечения.

13.75. Типичная поза пострадавшего с компрессионным оскольчатый переломом поясничного позвонка:

- А) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами;
- Б) на спине с выпрямленными конечностями;
- В) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами;
- Г) на боку с выпрямленными конечностями;
- Д) нет типичных позиций.

13.76. Симптом «прилипшей пятки» характерен:

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

13.77. Вынужденное положение «лягушки» характерно:

- А) при переломе обеих лонных и седалищных костей;
- Б) при отрывном переломе передне-верхней ости;
- В) при переломе тазового кольца;
- Г) при разрыве крестцово-подвздошного сочленения;
- Д) при отрывном переломе апофиза седалищного бугра.

13.78. При травматическом разрыве лонного сочленения в стационаре целесообразно применить следующую укладку больного:

- А) сдавить и приподнять таз с помощью «гамачка», укрепленного на балканской раме;
- Б) положение «лягушки» на горизонтальной плоскости;
- В) скелетное вытяжение за одну из нижних конечностей по наклонной плоскости;
- Г) скелетное вытяжение за обе из нижних конечностей по горизонтальной плоскости;
- Д) не требует специальной укладки.

13.79. Симптом «заднего шага» характерен:

- А) для перелома крыла подвздошной кости;
- Б) для разрыва симфиза;
- В) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения;
- Г) отрыва передне-нижней ости;

Д) отрыва передней верхней ости.

- 13.80. Целостность тазового кольца не страдает при переломе
- А) лонной и седалищной костей в диагональном варианте;
 - Б) переднего полукольца;
 - В) заднего отдела полукольца;
 - Г) крестцово-подвздошного сочленения;
 - Д) Мальгенья.
- 13.81. Целостность тазового кольца нарушена:
- А) при переломе лонной кости;
 - Б) при переломе седалищной кости;
 - В) при переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза;
 - Г) при отрыве бугра седалищной кости;
 - Д) при краевых переломах подвздошной кости.
- 13.82. Оптимальный объем противошокового комплекса при переломах таза включает:
- А) внутримышечное введение наркотиков, переливание жидкостей;
 - Б) фиксацию на щите с выпрямленными ногами, введение новокаина в область перелома;
 - В) фиксацию на щите в положении «лягушки», внутритазовую блокаду по Школьникову-Селиванову, инфузионную терапию, гемотрансфузию;
 - Г) внутривенное введение наркотиков, массивную трансфузион-ную терапию;
 - Д) лечебный наркоз без иммобилизации.
- 13.83. Скелетное вытяжение за проксимальный метафиз больше-берцовой кости показано:
- А) при одностороннем переломе переднего и заднего полукольца, сопровождающимся смещением половины таза;
 - Б) при переломе переднего полукольца со смещением;
 - В) при краевых переломах со смещением;
 - Г) при переломах заднего полукольца со смещением;
 - Д) не показано.
- 13.84. Тяжесть состояния больного при сочетанном повреждении таза определяется:
- А) нарушением дыхания;
 - Б) метаболическим ацидозом;
 - В) гиповолемией, афферентной патологической импульсацией;
 - Г) периферическим спазмом капилляров;
 - Д) отеком головного мозга.
- 13.85. Симптом «кошачьего зрачка» при диагностике ранней биологической смерти — это:
- А) равномерное расширение зрачков;
 - Б) трансформация зрачка в вертикальную щель при сдавлении глазного яблока с боков;
 - В) анизокория;
 - Г) лягофтальм;
 - Д) нет такого симптома.
- 13.86. При политравме, возникающей вследствие дорожно-транспортных происшествий, у детей преобладает:
- А) черепно-мозговая травма;
 - Б) черепно-мозговая травма и повреждения внутренних органов и нижних конечностей;
 - В) повреждения позвоночника и таза;
 - Г) повреждения таза и верхних конечностей;
 - Д) повреждения верхних и нижних конечностей.
- 13.87. Типичными обстоятельствами, при которых у большинства детей происходят множественные и сочетанные повреждения, являются:
- А) падение с высоты и огнестрельные ранения;

- Б) автотравма и падение с высоты;
- В) синдром опасного обращения с детьми;
- Г) огнестрельные ранения;
- Д) рельсовая травма.

13.88. При падении с высоты преобладают:

- А) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей;
- Б) черепно-мозговая травма + повреждения внутренних органов;
- В) повреждения таза и конечностей;
- Г) повреждения конечностей;
- Д) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей, таза и внутренних органов.

13.89. Определяющим при оценке тяжести политравмы является:

- А) состояние жизненно-важных функций; Б) степень кровотечения;
- В) болевая ирритация;
- Г) коматозное состояние;
- Д) степень шока.

13.90. Ведущим повреждением при множественном переломе костей таза, переломе бедра, ушибе селезенки, с множественными ушибами и ссадинами тела является:

- А) переломы таза;
- Б) перелом бедра;
- В) ушиб селезенки;
- Г) множественные ушибы тела;
- Д) множественные ссадины тела.

13.91. В оценке тяжести общего состояния ведущее значение имеет:

- А) уровень АД;
- Б) уровень центрального венозного давления;
- В) острая дыхательная недостаточность;
- Г) аритмия сердца;
- Д) изменения центральной гемодинамики + острая дыхательная недостаточность.

12.92. При политравме со следующей клинической картиной: выраженный цианоз носогубного треугольника, частое поверхностное дыхание, тимпанический перкуторный звук над правой половиной грудной клетки, смещение границ сердца влево — ведущим является:

- А) разрыв печени и диафрагмы;
- Б) разрыв диафрагмы;
- В) ушиб сердца;
- Г) открытый пневмоторакс;
- Д) закрытый напряженный пневмоторакс, разрыв легкого.

13.93. При сочетанной черепно-мозговой травме при следующей клинической картине: смещение М-эхо на 4 мм, гемипарез на стороне мидриазы - ведущим является:

- А) внутричерепная травма;
- Б) ушиб головного мозга;
- В) сотрясение головного мозга;
- Г) субарахноидальное кровоизлияние;
- Д) ушиб ствола головного мозга.

13.94. Из методов первичного обследования скелета больного ребенка с политравмой приоритетным является:

- А) последовательное и посистемное выявление местных, даже минимальных, признаков травмы;
- Б) рентгенологический;
- В) рентгенотомографический;
- Г) компьютерная томография;

Д) теплография, УЗИ.

13.95. У ребенка 12 лет при первичном осмотре выявлен перелом бедра и заподозрены перелом таза, повреждения селезенки. Оптимальный порядок лечебно-диагностических мероприятий (на догоспитальном этапе введен промедол) предусматривает:

- А) транспортную иммобилизацию бедра + лапаротомию;
- Б) рентгенологическое обследование + катетеризацию периферической вены + лапаротомию;
- В) транспортную иммобилизацию + рентгенологическое обследование + катетеризацию центральной вены, переливание плазмозаменителей, определение группы крови и резус-фактора, лапаротомию;
- Г) транспортную иммобилизацию + катетеризацию центральной вены + переливание плазмозаменителей + лапаротомию;
- Д) обезболивание перелома бедра, внутритазовую блокаду по Школьникову — Селиванову, транспортную иммобилизацию поврежденной конечности, рентгенологическое обследование, катетеризацию центральной вены, переливание плазмозаменителей, определение группы крови и резус-фактора, выполнение УЗИ, при нарастающей картине внутрибрюшного кровотечения - лапаротомию.

13.96. Для больного с переломом позвоночника и костей таза при транспортировке оптимальным положением является:

- А) на щите, на спине с соблюдением «оси безопасности»: голова-торс-таз-конечности на одном уровне;
- Б) на боку, на носилках;
- В) на носилках в положении «лягушки»;
- Г) на щите, на животе;
- Д) не имеет значения.

13.97. Оптимальная лечебная тактика при травматической отслойке кожи на значительной площади включает:

- А) консервативное ведение: холод, мажевые повязки и т.д.;
- Б) дренирование кармана с пассивной аспирацией жидкости;
- В) наложение швов па раневую поверхность,
- Г) отсечение лоскута с последующей пластикой дефекта по Красовитову;
- Д) кожную пластику местными тканями.

13.98. Оптимальный метод лечения перелома бедренной кости при ведущем повреждении грудь-живот предусматривает применение:

- А) аппарата Волкова-Оганесяна;
- Б) аппарата Илизарова;
- В) стержневого аппарата;
- Г) скелетного вытяжения;
- Д) интрамедуллярного стержневого синтеза.

13.99. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на госпитальном этапе:

- А) обеспечение оксигенации, временная остановка кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортная иммобилизация;
- Б) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация;
- В) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, (транспортная иммобилизация + введение наркотиков);
- Г) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация + введение анальгетиков;
- Д) мероприятия, перечисленные в Г), взятые вместе.

13.100. В приемное отделение доставлен ребенок 10 лет, попавший под поезд. У него имеется отрыв голени в дистальной трети. На госпитальном этапе ему был наложен кровоостанавливающий жгут на бедро, введен промедол. Оптимальный порядок последующих лечебно-диагностических мероприятий в стационаре предусматривает:

- А) не раздевая ребенка, осмотреть его, произвести рентгенологическое обследование, срочно подать в операционную;
- Б) в приемном отделении произвести циркулярную новокаиновую блокаду в верхней трети голени, раздеть ребенка и полностью осмотреть его, при подозрении на повреждения других сегментов конечностей осуществить транспортную иммобилизацию, в отделении (палате) реанимации произвести катетеризацию вены (вен), начать переливание плазмозаменителей, снять жгут и провести временную остановку кровотечения путем наложения кровоостанавливающих зажимов, произвести необходимое рентгенологическое обследование и подать в операционную;
- В) в приемном отделении раздеть ребенка и направить его в отделение (палату) реанимации, далее произвести катетеризацию периферической вены и начать переливание плазмозаменителей, определить группу крови и подать ребенка в операционную;
- Г) в приемном отделении раздеть ребенка и подать ребенка в операционную, срочно приступить к операции;
- Д) осуществить порядок лечебно-диагностических мероприятий, указанных в Б). Оперативное вмешательство отложить на 5-6 часов до полного восстановления жизненно-важных функций.

13.101. Абсолютное показание к выполнению компрессионно-дистракционного остеосинтеза при переломе конечности, сочетанном с черепно-мозговой травмой:

- А) открытый метадиафизарный перелом крупного сегмента конечности со смещением;
- Б) закрытый метадиафизарный перелом крупного сегмента конечности без существенного смещения;
- В) внутрисуставный перелом в области крупного сустава;
- Г) закрытый перелом костей двух предплечий;
- Д) закрытый поперечный перелом двух костей голени.

13.102. Врожденную мышечную кривошею следует отнести:

- А) к миогенной деформации;
- Б) к десмогенной деформации;
- В) к неврогенной деформации;
- Г) к дермо-десмогенной деформации;
- Д) к конституционной деформации.

13.103. Этиопатогенез врожденной мышечной кривошеи:

- А) порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;
- Б) травма при родах;
- В) неправильное положение плода;
- Г) воспалительная теория;
- Д) ишемия сердца.

12.104. Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются:

- А) в первые 3-5 дней после рождения;
- Б) на 10-14 день после родов;
- В) в месячном возрасте;
- Г) в 3-месячном возрасте;

Д) клинические симптомы в этот период не выражены.

13.105. Неправильное положение головы при врожденной мышечной кривошее выражается:

- А) наклоном головы в сторону пораженной мышцы;
- Б) поворотом головы в здоровую сторону;
- В) поворотом головы в пораженную сторону;
- Г) наклоном головы в здоровую сторону;
- Д) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную.

13.106. Консервативное лечение кривошеи следует начинать:

- А) с момента рождения;
- Б) в 2-недельном возрасте;
- В) 2,5 месяцев;
- Г) 0,5-1 год;
- Д) после 1 года.

13.107. Оперативное лечение кривошеи при неэффективности консервативного показано:

- А) до 5 мес;
- Б) до 1 года;
- В) до 2 лет;
- Г) до 3 лет;
- Д) в 3-4 года.

13.108. Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи являются:

- А) нарастающая асимметрия лица и шеи;
- Б) нарушение осанки;
- В) нарушение остроты зрения;
- Г) стробизм сходящийся и расходящийся;
- Д) нарушения осанки и зрения.

13.109. Болезнь Клиппель-Фейля — это:

- А) врожденный синостоз шейных и верхне-грудных позвонков с незаращением дужек;
- Б) наличие шейных ребер;
- В) приобретенный подвывих I шейного позвонка воспалительной этиологии;
- Г) острая мышечная кривошея;
- Д) крыловидная шея.

13.110. Сколиоз в большей степени возникает:

- А) при сутулой спине;
- Б) при прямой спине;
- В) при усилении лордоза;
- Г) при плоской спине;
- Д) при сутулой спине с лордозом.

13.111. Понятие «спондилолиз» означает:

- А) отсутствие костного сращения дужек с телом;
- Б) расщепление тел позвонков;
- В) изменение форм позвонков (фронтальное);
- Г) изолированное смещение тел позвонков;
- Д) изменение форм позвонков (сагитальное).

13.112. Понятие «переходящий пояснично-крестцовый позвонок» (по Шморлю) означает:

- А) люмбализацию;
- Б) сакрализацию;
- В) люмбализацию, сакрализацию;
- Г) деформацию поясничных позвонков;
- Д) деформацию крестцового позвонка.

- 13.113. Понятие «люмбалпзация» означает:
- А) увеличение числа поясничных позвонков за счет I крестцового;
 - Б) сращение нескольких поясничных позвонков;
 - В) добавочный клиновидный поясничный позвонок;
 - Г) увеличение числа поясничных позвонков за счет D12;
 - Д) расщепление тела поясничного позвонка.
- 13.114. Характерным рентгенологическим признаком спондилолистеза, позволяющим выявить начальные фазы смещения, является:
- А) щель спондилолиза в виде полосы просветления, располагающейся у основания верхних и нижних суставных отростков;
 - Б) щель просветления между дужками и телом позвонка;
 - В) щель просветления между основанием поперечных отростков и дужками позвонка;
 - Г) щель просветления между апофизами остистых отростков.
- 13.115. Оперативное вмешательство при полидактилии проводится:
- А) в первые месяцы жизни;
 - Б) в первый год жизни;
 - В) до 3 лет;
 - Г) 3-5 лет;
 - Д) после 5 лет.
- 13.116. Абсолютным показанием к оперативному лечению радио-ульнарного синостоза является:
- А) нет абсолютных показаний;
 - Б) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья;
 - В) лучевая косорукость;
 - Г) локтевая косорукость;
 - Д) нарушение функции в локтевом суставе.
- 13.117. Показания к оперативному лечению врожденного вывиха головки лучевой кости у ребенка 5-6 лет:
- А) абсолютные;
 - Б) искривление лучевой кости более 40° ;
 - В) болевые ощущения;
 - Г) ограничение движений и болевые ощущения после окончания периода роста;
 - Д) ограничение ротационных движений.
- 13.118. Оперативное лечение врожденной косорукости (костнопластическое замещение дефекта кости) следует проводить:
- А) в первые месяцы жизни;
 - Б) до 3 лет;
 - В) в 3-5 лет;
 - Г) в 5-7 лет;
 - Д) в 10-12 лет.
- 13.119. Деформация Маделунга — это:
- А) штыкообразная деформация кисти и предплечья;
 - Б) лучевая косорукость;
 - В) локтевая косорукость;
 - Г) укорочение костей предплечья;
 - Д) сгибательная контрактура.
- 13.120. Наиболее эффективным методом лечения болезни Нотта является:
- А) иссечение кольцевидной связки;
 - Б) инъекция гидрокортизона в кольцевидную связку;
 - В) ЛФК, массаж;
 - Г) фонофорез с гидрокортизоном;

Д) инъекция гидрокортизона с последующей физиотерапией.

13.121. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости складывается:

- А) из приведения, супинации и подошвенного сгибания;
- Б) из отведения, супинации и подошвенного сгибания;
- В) из приведения, пронации и тыльного сгибания;
- Г) из отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении;
- Д) из эквинусной установки стопы.

13.122. Наиболее вероятный этиопатогенез истинного врожденного вывиха бедра, выявляемого с первых дней постнатального периода:

- А) порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей;
- Б) задержка развития нормально развивающегося сустава и тканей;
- В) невыгодное положение плода с приведением нижних конечностей;
- Г) невыгодное положение плода с отведением бедер;
- Д) патология беременности.

13.123. Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:

- А) ограничение отведения бедер;
- Б) симптом Маркса-Ортолани (соскальзывание);
- В) укорочение ножки;
- Г) асимметрия ножных складок;
- Д) наружная ротация ножки.

13.124. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует:

- А) в период новорожденности;
- Б) в первые полгода жизни;
- В) до 1 года;
- Г) показано оперативное лечение;
- Д) в возрасте от 1 года до 3 лет.

13.125. Показаниями к простому оперативному вправлению врожденного вывиха бедра является:

- А) только в младшей возрастной группе (до 2 лет), когда консервативное лечение не проводилось;
- Б) у детей раннего возраста (старше года), когда одномоментное вправление по Лоренцу было безуспешным;
- В) у детей от 2 до 8 лет, когда вывих не вправляется или наступает полная релюкация после консервативного функционального лечения при хорошо сформированной впадине и правильной развитой головке;
- Г) у детей старше 8 лет при недоразвитии головки бедренной кости;
- Д) у детей старше 5 лет при недоразвитой вертлужной впадине.

13.126. Не замеченная вовремя болевая контрактура приводящих мышц при лечении врожденного вывиха с помощью шины Виленс-кого может привести:

- А) к асептическому некрозу головки бедренной кости;
- Б) к шоку;
- В) к разрыву капсулы;
- Г) к скручиванию бедра;
- Д) к нарушению кровообращения в стопах.

13.127 При врожденной рекурвации голени в первые недели жизни лечение включает:

- А) ЛФК, коррекцию с помощью гипсовых или полиэтиленовых шин;
- Б) ЛФК + тугор;
- В) остеомию;
- Г) остеоклазию;
- Д) не требует лечения.

- 13.128. Оперативное лечение косолапости проводится в сроки:
- А) новорожденности;
 - Б) 1-3 года;
 - В) 3-7 лет;
 - Г) 7-10 лет;
 - Д) не имеет значения.
- 13.129. Лечение плоско-вальгусной стопы включает:
- А) этапные гипсовые повязки;
 - Б) лонгеты из поливика + ЛФК, массаж, электростимуляцию мышц;
 - В) ношение ортопедической обуви;
 - Г) ЛФК, массаж;
 - Д) лечения не требует.
- 13.130. Показания к оперативному лечению постостеомиелитических деформаций конечностей у детей возможно ставить:
- А) при затухающей стадии процесса;
 - Б) при хронической форме остеомиелита;
 - В) при свищевой форме;
 - Г) в период ремиссии;
 - Д) не менее, чем через 2-4 года после полного клинического и рентгенологического выздоровления.
- 13.131. При диагностике специфических поражений костей и суставов наиболее достоверным является:
- А) клиническое обследование;
 - Б) рентгенологическое обследование;
 - В) теплографическое обследование;
 - Г) томография;
 - Д) бактериологическое обследование.
- 13.132. Вальгусная деформация конечности может развиваться в случае консервативного лечения:
- А) при закрытом поперечном переломе проксимального метафиза большеберцовой кости;
 - Б) при закрытом переломе диафиза большеберцовой кости;
 - В) при переломе двух костей голени в средней трети;
 - Г) при переломе малоберцовой кости;
 - Д) при переломе межмышелкового возвышения.
- 13.133. У ребенка закрытый чрезмышелковый разгибательный перелом плечевой кости с полным смещением. Пальцы кисти бледные, пульс на лучевой артерии резко ослаблен. Оптимальной лечебной тактикой у него, направленной на предупреждение ишемической контрактуры Фолькмана, будет:
- А) закрытая ручная репозиция, гипсовая иммобилизация;
 - Б) закрытая ручная репозиция, чрескожная фиксация отломка спицами;
 - В) открытая репозиция, костный шов;
 - Г) открытая репозиция, ревизия сосудистого пучка, фиксация отломка спицами;
 - Д) скелетное вытяжение.
- 13.134. При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является:
- А) торсия позвонков;
 - Б) слабость мышечного корсета;
 - В) асимметрия уровня расположения лопаток;
 - Г) разница треугольников талии;
 - Д) круглая спина.
- 13.135. Тотальный кифоз может рассматриваться физиологическим:

- А) у новорожденных и грудных детей;
- Б) у детей до 3-5 лет;
- В) у детей от 5 до 10 лет;
- Г) у детей от 10 до 15 лет;
- Д) старше 15 лет.

13.136. При полиомиелите чаще всего страдает:

- А) средняя и малая ягодичные мышцы;
- Б) большая ягодичная мышца;
- В) приводящие мышцы бедра;
- Г) отводящие мышцы бедра;
- Д) все перечисленные мышцы вместе взятые.

13.137. Дисхондроплазия, как разновидность хондродисплазии скелета - это:

- А) опухоль, исходящая из хрящевой ткани;
- Б) нарушение процесса оссификации эмбрионального хряща;
- В) приобретенное заболевание, возникающее в пубертатном возрасте;
- Г) заболевание воспалительного характера;
- Д) врожденное заболевание, характеризующееся замедлением и извращением развития эмбриональной хрящевой ткани.

13.138. Наиболее часто поражаются дисхондроплазией (болезнь Олье):

- А) позвоночник;
- Б) кости предплюсны;
- В) кости таза, бедренные и плюсневые кости;
- Г) пальцы кисти, стопы, поясничные кости;
- Д) кости черепа.

13.139. Понятие «метафизарная форма хондродисплазии» — это:

- А) системные наследственные заболевания скелета, поражающие метафизы и характеризующиеся деформациями конечностей, отставанием в росте;
- Б) злокачественное образование кости;
- В) доброкачественная опухоль хрящевого происхождения;
- Г) злокачественная опухоль хрящевого происхождения;
- Д) рахитоподобное заболевание.

13.140. Клинические проявления метафизарной хондродисплазии выражаются:

- А) непропорциональным развитием тела, сгибательными контрактурами;
- Б) искривлением конечностей типа «пастушьей палки»;
- В) увеличение в объеме суставов за счет выпота и воспаления;
- Г) неустойчивостью в тазобедренных, коленных и локтевых суставах;
- Д) ухудшением общего состояния, увеличением лимфоузлов.

13.141. К рентгенологическим признакам метафизарной хондродисплазии относятся:

- А) зоны роста не расширены;
- Б) эпифизы имеют нормальный вид;
- В) метафизы утолщены, зоны роста расширены, эпифизы не поражены;
- Г) резко склерозированы кости основания черепа;
- Д) овальные очаги разрежения штампованной формы «луковичный» периостит.

13.142. Понятие «экзостозная хондродисплазия» — это:

- А) порок развития эпифизарного хряща, проявляющийся разрастанием в метафизарных отделах кости;
- Б) доброкачественная опухоль;
- В) злокачественная опухоль;
- Г) порок развития мезенхимы кости;
- Д) заболевание воспалительного характера.

- 13.143. Клинические проявления экзостозной хондродисплазии выражаются:
- А) плотным безболезненным образованием, располагающимся вблизи от зоны роста;
 - Б) резко болезненным образованием;
 - В) нерезкими ночными болями с воспалительной реакцией крови;
 - Г) резким ухудшением общего состояния, отеком больной конечности, болью;
 - Д) «утиной» походкой.
- 13.144. Ахондроплазия — это:
- А) системное поражение скелета, связанное с пороком развития мшдробластической системы, аномалией развития и роста хряща;
 - Б) последствия внутриутробного сифилиса;
 - В) последствия внутриутробного рахита;
 - Г) нейро-эндокринное заболевание;
 - Д) повышение давления амниотической жидкости.
- 13.145. Ведущими симптомами ахондроплазии являются:
- А) ночные боли, мышечная гипотония;
 - Б) макроцефалия, микромелия, извращения и замедление эпифизарного роста, вальгусные и варусные деформации;
 - В) умственная отсталость, нейро-эндокринные нарушения;
 - Г) «утиная» походка;
 - Д) акромегалия, гигантизм.
- 13.146. Болезнь Блаунта — это:
- А) извращение развития росткового хряща (дисплазия) с разрыхлением и разрежением медиальной части эпифизарной пластинки с поидующей ее оссификацией, поражается проксимальный эпифиз большеберцовой кости;
 - Б) следствие перенесенного остеомиелита большеберцовой кости;
 - В) рахитоподобное заболевание;
 - Г) дисплазия росткового хряща верхнего конца большеберцовой кости;
 - Д) остеохондропатия головки бедренной кости.
- 13.147. Причиной возникновения болезни Маделунга является:
- А) дисплазия дистальной ростковой зоны кости;
 - Б) опухоль;
 - В) остеомиелит бедренной кости;
 - Г) травма;
 - Д) дисплазия росткового хряща локтевой кости.
- 13.148. Спондилоэпифизарная дисплазия обусловлена:
- А) нарушением развития эпифизов, в том числе и эпифизарных зон тел позвонков;
 - Б) системным нарушением развития мышечной ткани;
 - В) аномалией развития почек;
 - Г) нарушением процессов оссификации;
 - Д) нейро-эндокринными нарушениями.
- 13.149. Клинические проявления спондило-эпифизарной дисплазии выражаются:
- А) хромотой, быстрой утомляемостью, деформацией конечностей, сколиозом, контрактурами в суставах, мышечной слабостью, нарушением зрения;
 - Б) укорочением большой конечности, патологическими переломами диафиза, крупными пигментными пятнами;
 - В) болезненностью очага поражения, увеличением венозного рисунка, припухлостью;
 - Г) врожденной ломкостью костей;
 - Д) корешковыми симптомами, дисфункцией тазовых органов, нарушением роста кости.
- 13.150. Рентгенологические признаки спондило-эпифизарной дисплазии проявляются:

- А) изменением эпифизов всех трубчатых костей (уплощены), неправильным соотношением шейного отдела позвоночника и основания черепа;
- Б) полупозвонками, нарушением количества позвонков в шейном отделе;
- В) костными выростами вблизи ростковых зон;
- Г) сращением нескольких позвонков между собой, фиброзными анкилозами в суставах.

13.151. По локализации выделяют следующие формы фиброзной остеодисплазии:

- А) полиоссальную, монооссальную, региональную;
- Б) суставную, диафизарную;
- В) субкортикальную, субхондральную;
- Г) висцеральную, краниальную;
- Д) распространенную и изолированную, точечную.

13.152. К наиболее важным симптомам синдрома Олбрайта относятся:

- А) одностороннее, полиоссальное поражение типа фиброзной дисплазии, преждевременное половое созревание, пятна светло-кофейного цвета на коже;
- Б) поражения костей черепа в области турецкого седла;
- В) наличие гормональных нарушений, отсутствие нарушений роста кости в длину;
- Г) деформации костей таза, ребер, ключицы, отсутствие поражений кожи;
- Д) гидроцефалия, а мел и я.

13.153. Фиброзный метафизарный дефект в отличие от очаговой формы фиброзной дисплазии имеет следующие особенности:

- А) размеры не превышают 3-4 см, отсутствуют жалобы и выбухание надкостницы;
- Б) формой очага;
- В) количеством очагов поражения;
- Г) выбуханием надкостницы;
- Д) размеры очага 5-10 см.

13.154. Основными рентгенологическими признаками очаговой фиброзной дисплазии является:

- А) очаг поражения имеет четкие границы с четкой пограничной склеротической каймой, большой очаг может включать в себя несколько маленьких диаметром 1-2 см, при больших размерах отмечается вздутие кости;
- Б) симптом козырька, вкрапление извести в окружающих очаг тканях;
- В) наиболее частая локализация - диафиз;
- Г) остеопороз («луковичный» периостит);
- Д) нарушение конгруэнтности суставных поверхностей.

13.155. Основные рентгенологические признаки диффузной формы фиброзной дисплазии выражаются:

- А) разрежением в области очага поражения, без четких границ, склероз выражен меньше, пятнистый остеопороз, вздутие кости;
- Б) «луковичным периоститом» штампованным видом очага;
- В) отсутствием перехода в кистозную стадию и патологических переломов;
- Г) отсутствие склеротического ободка, гомогенной местами ячеистой структурой кости;
- Д) большой зоной склероза вокруг очага, субкортикальной локализацией, но не поднадкостничной.

13.156. «Эозинофильная гранулема» — это:

- А) заболевание, выражающееся в очаговом скоплении в костях эозинофильных лейкоцитов;
- Б) системное заболевание крови и кроветворных органов;
- В) осложнение, развивающееся при лейкозе;
- Г) хронический очаг воспаления в кости;
- Д) порок развития в кости.

13.157. Этиология эозинофильной гранулемы:

- А) диспластическое поражение ретикулоэндотелия костной системы;

- Б) последствие травмы;
- В) бактериальное поражение кости;
- Г) зоопаразитарное заболевание;
- Д) хронический очаг воспаления.

13.158. Лечение эозинофильной гранулемы:

- А) только оперативное;
- Б) только рентгенотерапия;
- В) химиотерапия и оперативное лечение;
- Г) химиотерапия;
- Д) лучевая терапия.

13.159. Для эозинофильной гранулемы характерны:

- А) болезненность, припухлость в области очага поражения, расширение вен, повышение местной температуры;
- Б) атрофия мышц конечности, ограничение подвижности в суставе;
- В) гидроцефалия, низкий рост за счет укорочения конечностей;
- Г) резкое ухудшение общего самочувствия на фоне резких болей в конечности;
- Д) начало заболевания бессимптомное, выявляется случайно при возникновении патологических переломов.

13.160. При эозинофильной гранулеме наиболее часто поражаются:

- А) бедренная кость и кости таза;
- Б) кости стопы;
- В) кости черепа;
- Г) фаланги пальцев;
- Д) лучевая большеберцовая.

13.161. К наиболее характерным симптомам рентгенологической картины при эозинофильной гранулеме относятся:

- А) очаги разражения яйцевидной формы с полициклическими краями «луковичный» периостит;
- Б) отсутствие четких границ, прорастание в мягкие ткани;
- В) поражение эпифиза, позднее появление ядер окостенения, бахромчатый вид эпифиза;
- Г) варусная деформация диафиза кости, укорочение;
- Д) нарушение линии Шентона, отсутствие ядер окостенения в головках бедер.

13.162. Наиболее характерные деформации нижних конечностей при рахите — это:

- А) варусная или вальгусная деформация голени;
- Б) резкая атрофия конечности;
- В) опухолевидное образование в области зоны роста;
- Г) гипертрофия конечности;
- Д) деформация всех крупных суставов, ограничение подвижности.

13.163. Болезнь Келлер-1 — это:

- А) остеохондропатия плюсневых костей;
- Б) остеохондропатия ладьевидной кости;
- В) атипичная форма остеомиелита костей стопы;
- Г) остеохондропатия бугристой большеберцовой кости;
- Д) остеохондропатия тел позвонков.

13.164. Понятие «остеома» — это:

- А) порок развития, связанный с нарушением процесса оссификации;
- Б) доброкачественная первичная опухоль скелета, имеющая наиболее простое гистологическое строение, продуцирующая в себе костную ткань;
- В) злокачественная, быстро прогрессирующая опухоль;
- Г) порок развития костной ткани;

Д) атипично протекающий воспалительный процесс в костной ткани.

12.165. Наиболее типичными клиническими проявлениями остеомы является:

- А) плотное неподвижное образование, растет в любом направлении. Головная боль присоединяется при поражении костей черепа;
- Б) протекает бессимптомно, выявляется при обследовании случайно;
- В) ухудшение общего самочувствия, резкие боли в пораженной конечности;
- Г) располагается образование вблизи ростковых зон, растет в направлении диафиза;
- Д) укорочение конечности, боли при физической нагрузке.

13.166. К рентгенологическим признакам остеомы относятся:

- А) опухоль является продолжением костного вещества, имеет ровные и четкие границы с окружающими тканями;
- Б) имеется остеопороз и деструкция в зоне поражения, отслоение надкостницы;
- В) головки бедренных костей остеопорозны, фрагментированы;
- Г) опухоль прорастает в мягкие ткани и не имеет четких границ;
- Д) опухоль располагается в метафизарной зоне, имеет направление роста к центру диафиза холмовидной или грибовидной формы.

13.167. Лечение остеомы:

- А) оперативное;
- Б) химиотерапия;
- В) рентгено-радиооблучение очага с последующим оперативным лечением;
- Г) наблюдение (самоизлечение с возрастом);
- Д) наблюдение и оперативное лечение при быстром росте и озлокачествлении.

13.168. Рентгенологически сходны с остеомой:

- А) экзостозная хондродисплазия, ахондродисплазия;
- Б) параоссальная саркома, остеоид-остеома, экзостоз;
- В) остеобластокластома, эозинофильная гранулема;
- Г) остеогенная саркома, остеохондрома;
- Д) хондросаркома.

13.169. «Остеоид-остеома» — это:

- А) доброкачественная опухоль кости остеогенного происхождения;
- Б) злокачественная опухоль кости остеогенного происхождения;
- В) осложнение хронически протекающего воспалительного процесса;
- Г) нарушение процесса оссификации кости;
- Д) атипичная форма остеомиелита.

13.170. К наиболее характерным симптомам остеоид-остеомы относится:

- А) ноющие ночные боли, усиливающиеся с течением болезни болезненная припухлость в области очага поражения;
- Б) укорочение конечности, боли при длительной физической нагрузке;
- В) выпот в области пораженного сустава, контрактура, боль только при движении;
- Г) протекает бессимптомно, выявляется случайно как рентгенологическая находка;
- Д) резкие пульсирующие боли, отек больной конечности.

13.171. Рентгенологическая картина при остеоид-остеоме включает следующие признаки:

- А) гнездо с крошечными «секвестрами», окруженное зоной склероза, отмечается утолщение кости в месте патологического очага;
- Б) отмечается дефект в кортикальном отделе, метафизарной части кости с четкой склеротической каймой;
- В) бокаловидное утолщение метафизов, остеопороз;

- Г) очаг шаровидной или штампованной без окружающей зоны склероза «луковичный» периостит;
- Д) очаговый остеопороз, смазанные контуры кости.

13.172. Дифференциальную диагностику при остеоид-osteоме следует проводить:

- А) с изолированным абсцессом кости;
- Б) с остеопойкилией, «мраморной» болезнью;
- В) с «мраморной» болезнью, экзостозной хондродистрофией;
- Г) фиброзной остеодисплазией, корковым фиброзным метафи-зарным дефектом;
- Д) эозинофильной гранулемой, болезнью Олье.

13.173. Основной метод лечения остеоид-osteомы:

- А) хирургический;
- Б) наблюдение, самоизлечение при наступлении периода полового созревания;
- В) лучевая терапия;
- Г) химиотерапия и оперативное лечение;
- Д) рентгенотерапия.

13.174. Наиболее частая локализация остеоид-osteомы:

- А) бедренная, большеберцовая, плечевая кости;
- Б) позвоночник, кости стопы;
- В) малоберцовая кость, кость таза;
- Г) лопатка, кости кисти;
- Д) кости черепа.

13.175. Типичная локализация остеогенной саркомы:

- А) нижняя треть бедра, верхняя треть голени;
- Б) верхняя треть бедра, нижняя треть голени;
- В) кости таза;
- Г) кости предплечья;
- Д) кости стопы, кости черепа.

13.176. Клиническая картина при остеогенной саркоме в начале заболевания выражается следующими признаками:

- А) боли в покое, припухлость, болевая контрактура;
- Б) повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов;
- В) боли нет, припухлость, гиперемия;
- Г) боль при движениях, хромота;
- Д) патологическая подвижность в области наибольшей болезненности.

13.177. Рентгенологическая картина при остеогенной саркоме характеризуется:

- А) пятнистыми очагами разряжения, уплотнением кости с развитыми контурами внутри метафиза, симптом «козырька»;
- Б) отсутствием отслоения надкостницы (симптома «козырька»);
- В) остеопорозом кости, окруженным зоной склероза;
- Г) отсутствием четкой границы проникновения в мягкие ткани;
- Д) бокаловидным расширением метафизов, искривлением оси конечности.

13.178. Лечение остеогенных сарком:

- А) высокая ампутация конечности;
- Б) резекция опухоли;
- В) химиотерапия;
- Г) лучевая терапия и оперативное лечение;
- Д) лучевая терапия.

13.179. Типичная локализация хондром:

- А) кости стопы и кисти, ребра, грудина;
- Б) бедренная, большеберцовая кости;

- В) плечевая кость, кости таза;
- Г) кости черепа;
- Д) кости предплечья.

13.180. Клинические проявления при хондромах:

- А) боли, чувство неудобства в кости;
- Б) отсутствие припухлости в области поражения, патологический перелом;
- В) жалоб не предъявляет;
- Г) гиперемия участка поражения, припухлость;
- Д) наличие деформаций.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения)

Ситуационная задача: Состояние новорожденного ребенка 3-х недельного возраста, находящегося в отделении патологии новорожденных по поводу пупочного сепсиса, в течение последней ночи существенно ухудшилось: стал беспокойным, повысилась температура до 38,5°, дважды была рвота створоженным молоком с примесью желчи. В легких – пуэрильное дыхание, тоны сердца приглушены, выраженная тахикардия, живот резко вздут, напряжен при перкуссии определяются участки тимпанита, аускультативно кишечные шумы не выслушиваются. Стул жидкий, зеленоватый, с большим количеством слизи. На обзорной рентгенограмме брюшной полости имеются горизонтальные уровни жидкости, пневматоз кишечника.

Как уточнить диагноз? Ваша тактика? Показания к оперативному вмешательству?

Ситуационная задача: У доношенного новорожденного ребенка с массой тела 3200 гр. И оценкой Апгар при рождении 7-8 баллов через час после рождения отмечена рвота с примесью желчи. После первого кормления рвота повторилась, причем количество рвотных масс значительно увеличилось и по-прежнему содержит примесь желчи. При осмотре ребенка обращают на себя внимание: адинамия, слабый крик, западение родничка, сухость кожных покровов. Живот пальпаторно мягкий, вздутый в верхних отделах и запавший в нижних. Меконий не отходил. Падение массы тела за первые сутки-150гр.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих диагностических манипуляций? Каковы Ваши действия после уточнения диагноза? Если показана операция, то какая?

Ситуационная задача: У новорожденного ребенка 2-х суток жизни в результате исследования выявлена атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – в проекции желудка определяется газовый пузырь, в остальных отделах – картина «немного» живота, в петлях кишечника газы не определяются. Был скудный «стул» в виде слизистых пробок серого цвета.

О каком сочетанном пороке развития можно думать? Ваши действия для уточнения диагноза. Ваша тактика? Суть и смысл хирургической помощи?

Ситуационная задача: Новорожденному ребенку с клинической картиной нарастающей острой дыхательной недостаточности через 6 часов после рождения выполнена обзорная рентгенография органов грудной полости, на которой отмечается смещение сердца и средостения в правую сторону. В проекции левого легкого участки затемнения чередуются с участками просветления и имеют ячеистый рисунок. Живот не вздут, запавший и уменьшенный в нижних отделах «Стула» не было. Тахикардия до 180 уд. В 1 минуту. Направляющей диагноз родильного дома «Декстракардия».

О каком заболевании или пороке развития можно думать? Уточните диагноз, определите хирургическую тактику, предоперационная подготовка, операционный доступ, этапы хирургического вмешательства.

Ситуационная задача: У больного 12 лет, который уже 3-и сутки находится на скелетном вытяжении в травматологическом отделении по поводу закрытого перелома бедренной кости, резко ухудшилось состояние (нарастающая бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, А/Д падает). Из анамнеза - доставлен в клинику через 2 часа после дорожно-транспортного происшествия. При поступлении выполнена рентгенография бедра, выявлен перелом бедренной кости и под внутривенным наркозом наложено скелетное вытяжение. Состояние больного в течение прошедших 2-х суток не вызывало опасений.

С чем может быть связано внезапное ухудшение состояния ребенка? Как уточнить диагноз? Ваша тактика?

Ситуационная задача: Ребенок 3-х месяцев находится на лечении в инфекционной больнице по поводу кишечной инфекции в течение 7 дней. В последние двое суток у ребенка отмечается ухудшение состояния: многократная рвота, вздутие живота отсутствие стула. Состояние тяжелое. Вы приглашены для исключения хирургической патологии.

Каковы Ваш предварительный диагноз и последовательность последующих действий? В каком случае следует перевести ребенка в хирургический стационар?

Ситуационная задача: В приемное отделение хирургической клиники доставлен 3-х месячный ребенок с жалобами на задержку стула и газов, вздутие живота 2-х кратную рвоту Затруднение в отхождении стула и газов отмечаются с рождения, но удавалось получить стул после клизмы, введения свечи или кусочка мыла В настоящее время очистительные клизмы и введение газоотводной трубки облегчения не дают, стула нет на протяжении 4-х суток.

Каковы Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы исследования и лечебная тактика?

Ситуационная задача: Мальчику 5 лет. Болеет с 3-х летнего возраста, когда родители стали обращать внимание, что ребенок подолгу жует пищу, периодически жалуется на боли в грудной клетке во время еды, иногда после еды отмечалась рвота или рвотные движения появлялись вовремя приема пищи. Насколько раз находился в ЛОР - отделении по месту жительства с признаками полной непроходимости пищевода из-за обтурации его крупными кусками мяса и фруктов. В настоящее время во время приема пищи постоянно запивает еду водой, иногда сам вызывает после еды рвоту. В «рвотных» массах иногда определяются частицы пищи, принятой накануне.

Каковы Ваш предположительный диагноз и план обследования?

Ситуационная задача: В приемный покой доставлен ребенок 8 лет. Во время игры упал на правую руку. В настоящее время жалуется на боли в правом плече. При осмотре имеется отек, деформация в средней трети правого плеча, резкая болезненность, правая кисть свисает. Поднять кисть ребенок не может, но пассивное разгибание лучезапястном суставе возможно. На рентгенограмме - закрытый косой перелом средней трети правой плечевой кости.

Какая патология сопутствует повреждению кости? Каковы возможные причины? Ваша тактика? Что следует предпринять?

Ситуационная задача: Ребенок 2,5 лет пятые сутки лечится в соматическом стационаре с диагнозом «Правосторонняя сливная пневмония». Состояние ребенка резко ухудшилось: выросла одышка, дыхание хрипящее, выражен акроцианоз, ребенок покрыт холодным потом. При аускультации дыхание справа не прослушивается, тоны сердца приглушены и смещены влево.

С чем может быть связано резкое ухудшение состояния? Как уточнить диагноз? Каковы возможные варианты оказания первой помощи и дальнейшего лечения?

Ситуационная задача: Ребенок 7 лет в течение нескольких месяцев отмечает чувство тяжести в груди справа, слабость и быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке и покашливание. Температура тела иногда к вечеру поднимается до субфебрильных цифр. При аускультации справа в нижних отделах дыхание ослаблено, при перкуссии отмечается притупление. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в нижних отделах справа отмечается отчетливое затемнение с четким овальным верхним контуром. Нижний контур образования сливается с тенью печени

О какой патологии следует думать? Как уточнить, диагноз? Каковы целесообразные методы лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 9 лет доставлен в клинику бригадой скорой помощи в 9 часов 30 минут с диагнозом «ущемленная грыжа». Заболевание началось накануне: на уроке физкультуры мальчик почувствовал резкую боль в правой половине мошонки. С трудом пришел домой. Дома принял обезболивающие таблетки, но ночью шал плохо из-за болей. При осмотре

отмечается отек и гиперемия правой половины мошонки, яичко увеличено в размере, резко болезненно и подтянуто к корню мошонки.

Каковы вероятный диагноз и хирургическая тактика?

Ситуационная задача: В стационар доставлена девочка 6 лет с жалобами на боли в животе. Заболела около 4-5 часов тому назад: появились боли в животе, дважды была рвота, температура повысилась до 38,7 градуса. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы бледные, черты лица заострены, язык сухой, обложен белым налетом, пульс - 120 ударов в 1 минуту. Живот пальпаторно болезненный во всех отделах, в нижних отделах отмечается ригидность передней брюшной стенки и положительный симптом Шеткина - Блюмберга. В анализе крови - лейкоцитоз до 19 тыс. и сдвиг нейтрофильной формулы влево.

Ваши предположительные диагнозы? Какую медицинскую помощь необходимо оказать ребенку в данный момент? Если показано оперативное вмешательство, то какое?

Ситуационная задача: В отделение реанимации новорожденных из родильного дома доставлен новорожденный мальчик 4-х дней. Ребенок от первой беременности, роды в тазовом предлежании, родился с массой тела 3800 гр., с оценкой по шкале Апгар — 5-6 баллов. Состояние тяжелое, вял, адинамичен, плач слабый.

Кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут, срыгивания и рвоты не было. В момент осмотра отмечен стул переходного характера Правая половина мошонки темно - синюшного цвета, по ходу семенного канатика уплотнение. В анализе крови - Hb - 54 г/л

О каких заболеваниях можно думать? Как уточнить диагноз? Варианты лечения?

Ситуационная задача: Мальчик 12 лет взят на операцию с диагнозом «острый аппендицит». При вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество слабо-ге-моррагического выпота, гиперемия петель подвздошной кишки и червеоб-разного отростка, на перитонеальной брюшине геморрагические высыпания, убедительных данных за острый аппендицит нет.

О каком заболевании следует думать?

В чем причина диагностической ошибки? Каковы дальнейшие действия хирурга в данной ситуации?

Ситуационная задача: Мальчик 13 лет доставлен в клинику с приступом почечной колики слева. При осмотре выяснилось, что ребенок около суток не мочился. При катетеризации мочевого пузыря получено около 5 мл геморрагической мочи. На рентгенограмме мочевыводящих гут ей обнаружена тень конкремента неправильной формы размерами около 3,5 x 1,5 см в проекции левой почки и вторая тень размерами 1,2 x 0,8 см в проекции дистального отдела левого мочеточника

В чем причина анурии? Какую неотложную помощь следует оказать ребенку!? Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить и когда?

Ситуационная задача: Ребенок 6 лет направлен из районной больницы в хирургическую клинику с диагнозом «абсцесс левого легкого». Отмечается повышение температуры тела до 38,4 градуса, интоксикация, умеренная одышка, болен около 3-х дней На рентгенограмме грудной клетки в левой половине на фоне инфильтрации нижней доли определяется тень с уровнем жидкости и воздухом над ним диаметром около 12 см. Справа в среднем легочном поле видна четкая овальная тень размерами около 5,0 x 4,0 см. Высказано предположение о множественном эхинококкозе.

Какие исследования, необходимо выполнить для уточнения диагноза? Какова должна быть хирургическая тактика при двустороннем эхинококкозе легких или при обнаружении паразитарных кист еще и в других органах?

Ситуационная задача: Мальчик 8 лет получил перелом костей предплечья в результате падения с высоты. Ребенок был госпитализирован в травматологическое отделение, под общим обезболиванием выполнена репозиция и наложена гипсовая повязка На следующее утро ребенок стал жаловаться на головные боли, дважды отмечена рвота.

С чем могут быть связаны указанные симптомы? Как уточнить диагноз? Каково целесообразное лечение в зависимости от диагноза?

Ситуационная задача: Мальчик 1,5 лет доставлен бригадой скорой помощи с диагнозом «ущемленная паховая грыжа справа», При осмотре диагноз подтвержден. Давность ущемления около 6 часов. Хирург пришел к выводу о необходимости оперативного вмешательства. Однако, при осмотре ребенка обнаружен так же сопутствующий двусторонний крипторхизм. *Какую операцию целесообразно выполнить ребенку? Как быть в последующем?*

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д).

Навыки:

- Консервативное расправление инвагината
- Консервативное ведение больных с травмами органов брюшной полости, грудной полости.
- Дренаж плевральной полости по Бюлау при деструктивных пневмониях
- Закрытая репозиция костных отломков
- Консервативное лечение гемангиом
- Противоспаечная терапия
- Наложение лейкопластырного вытяжения
- Наложение гипсовых распорок по Лоренцу
- Наложение гипсовых сапожков при косолапости
- Вправление вывихов
- Наложение гипсовых лонгет при переломах и растяжениях
- Консервативное ведение больных с мочекаменной болезнью
- Консервативное ведение больных с гидронефрозом
- Проведение сифонной клизмы
- Предоперационная, интраоперационная и послеоперационная антибиотикотерапия.
- Местная анестезия (инфильтрационная, проводниковая);
- Пункция и катетеризация периферических и центральных вен;
- Пункция суставов;
- Люмбальная пункция;
- Экскреторная урография, цистография;
- Наложение гипсовых повязок;
- Наложение скелетного и кожного вытяжения;
- Плевральная пункция;
- Пункция перикарда;
- Лапароцентез;
- Консервативная дезинвагинация;
- Катетеризация мочевого пузыря;
- Пункционная цистостомия;
- Транспортная иммобилизация;
- Закрытая репозиция переломов костей;
- Наложение лейкопластырного вытяжения;
- Вправление вывихов суставов;
- Обработка термических и химических ожогов, обморожений.

- **Операции:**

- Диагностическая лапароскопия;
- Аппендэктомия;
- Дренирование брюшной полости при перитоните;
- Паховое грыжесечение, в том числе при ущемленных грыжах;
- Пластика апоневроза при пупочных грыжах;
- Дезинвагинация кишечника;
- Удаление дивертикула меккеля;
- Наложение илео- и колостомы;
- Трахеотомия и трахеостомия;
- Пункция и дренирование плевральной полости;
- Операция при синдроме «отечной мошонки»;
- Операции при не осложненных формах водянки оболочек яичка;
- Операции при крипторхизме и эктопии яичка;
- Операции при варикоцеле;
- Операции при фимозе и парафимозе;
- Вскрытие абсцессов и флегмон различной локализации;
- Пункция и дренирования абсцесса;
- Резекция ногтя;
- Первичная хирургическая обработка поверхностных ран;
- Легирование сосудов;
- Остеоперфорация при остром гематогенном остеомиелите;
- Удаление поверхностно расположенных инородных тел;
- Наложение скелетного вытяжения;
- Трепанация черепа при эпи- и субдуральных гематомах;
- Наложение трепанационного отверстия;
- Удаление поверхностно расположенных доброкачественных опухолей мягких тканей.

ПК-8

Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты)

Вопросы:

1. Показания к различным видам физиотерапии (УВЧ, кварц, парафин, электрофорез, массаж и т.д.).
2. Механизм действия различных видов физиотерапии (УВЧ, кварц, парафин, электрофорез, массаж и т.д.).
3. Противопоказания к различным видам физиотерапии (УВЧ, кварц, парафин, электрофорез, массаж и т.д.).
4. Сроки проведения различных видов физиотерапии.
5. Распределение больных для санаторно-курортного лечения по нозологической форме патологии.
6. Показания к санаторно-курортному лечению хирургических больных.
7. Противопоказания к санаторно-курортному лечению хирургических больных.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения)

Вопросы:

1. Противоспаечная терапия послеоперационных больных. Показания и методика
2. График и сроки бужирования пищевода, ануса
3. Показания к различным видам физиотерапии (УВЧ, кварц, парафин, электрофорез, массаж и т.д.) и сроки их проведения.
4. Лечебные столы для хирургических больных.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д)

Вопросы:

1. Противоспаечная терапия послеоперационных больных. Показания и методика
2. График и сроки бужирования пищевода, ануса
3. Показания к различным видам физиотерапии (УВЧ, кварц, парафин, электрофорез, массаж и т.д.) и сроки их проведения.
4. Лечебные столы для хирургических больных.