

**ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»
Высшая категория**

- 1. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов:**
 - a) при бронхоэктазии;
 - b) при врожденной лобарной эмфиземе;
 - c) при легочной секвестрации;
 - d) при кисте легкого;
 - e) при опухоли легкого.

- 2. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является:**
 - a) интубационный наркоз без миорелаксантов;
 - b) местная анестезия;
 - c) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи;
 - d) интубационный наркоз с применением миорелаксантов;
 - e) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи.

- 3. При патологии пупочной области зондирование пупочной ямки не проводят для выявления:**
 - a) кальциноза пупочной области;
 - b) фунгуза пупка;
 - c) полного свища желточного протока;
 - d) неполного свища желточного протока;
 - e) свища урахус.

- 4. Основным показателем правильности анатомических соотношений в суставах при артрографии является:**
 - a) равномерная высота рентгеновской суставной щели;
 - b) строгое соответствие краев сочленяющихся суставных поверхностей;
 - c) соответствие оси конечности с осью движения в суставе;
 - d) правильные ответы и;
 - e) нет такого показателя.

- 5. Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является:**
 - a) смещение срединных структур мозга;
 - b) менингит;
 - c) менингоэнцефалит;
 - d) стафилококковая деструкция легких;
 - e) родовая черепно-мозговая травм

- 6. Отсутствие контрастирования желчного пузыря наиболее характерно для:**
 - a) для кисты общего желчного протока;
 - b) для хронического безкаменного холецистита;

- с) для хронического калькулезного холецистита;
- д) для врожденной гипоплазии желчевыделительной системы;
- е) для хронического гепатит.

7. Отсутствие нормальных анатомических образований в воротах печени наиболее характерно:

- а) для внепеченочной формы портальной гипертензии;
- б) для хронического гепатита;
- с) для цирроза печени;
- д) для врожденного фиброза печени;
- е) для эхинококкоза печени.

8. Показанием для проведения функциональных исследований в гепатологии является:

- а) спленомегалия с варикозным расширением вен пищевода;
- б) гепатомегалия;
- с) гипербилирубинемия;
- д) анемия с частыми носовыми кровотечениями;
- е) асцит.

9. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в/в урография с лазерной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз:

- а) сморщивание или гипоплазия почки;
- б) новообразование или киста почки;
- с) ОРВИ или апостематоз почки;
- д) пиелозктазия или гидронефроз;
- е) ПМР или нейрогенный мочевой пузырь.

10. В случае макрогематурии показано выполнение:

- а) ретроградную пиелографии;
- б) экскреторную урографии;
- с) цистоскопии;
- д) цистоуретрографии;
- е) радиоизотопного обследования.

11. Боковую кисту шеи не следует дифференцировать с:

- а) лимфангиомой;
- б) периоститом нижней челюсти;
- с) лимфаденитом;
- д) флебэктазией яремной вены;
- е) дермоидной кистой.

12. Паховая грыжа формируется:

- а) на 2-3-й неделе эмбрионального развития;
- б) на 7-8-й неделе эмбрионального развития;
- с) на 5-6-м месяце эмбрионального развития;

- d) на 7-8-м месяце эмбрионального развития;
- e) может формироваться на любом этапе.

13. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:

- a) у девочек;
- b) у мальчиков;
- c) у грудных детей;
- d) у больных старше 2 лет;
- e) у больных старше 5 лет.

14. Осложнения грыжесечения обусловлены:

- a) техническими погрешностями;
- b) возрастом ребенка;
- c) степенью диспластических изменений;
- d) сопутствующими пороками;
- e) операцией по экстренным показаниям.

15. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена:

- a) повышенным внутрибрюшным давлением;
- b) ангиодисплазией;
- c) травмой пахово-мошоночной области;
- d) незаращением вагинального отростка;
- e) инфекцией мочевыводящих путей.

16. Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:

- a) вариантом оперативного вмешательства;
- b) предшествующей гормональной терапией;
- c) попыткой лечения пункционным способом;
- d) сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы.

17. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика связаны:

- a) с возрастом ребенка;
- b) с сопутствующими пороками;
- c) с техническими погрешностями;
- d) с запоздалой операцией;
- e) с предшествующими пункциями.

18. После операции по поводу больших грыж белой линии живота возможны следующие осложнения:

- a) рецидив грыжи;
- b) кровотечение;
- c) расхождение швов;
- d) нагноение послеоперационных швов;
- e) деформация брюшной стенки.

19. Оптимальным оперативным доступом при бедренной грыже у детей является:

- a) поперечный разрез выше пупартовой связки;
- b) косой разрез;
- c) косо-поперечный разрез ниже пупартовой связки;
- d) разрез в области бедра;
- e) вертикальный разрез.

20. Наиболее эффективным методом лечения пороков развития поверхностных вен является:

- a) гормонотерапия;
- b) криотерапия;
- c) эндоваскулярная окклюзия;
- d) рентгенотерапия;
- e) хирургическое лечение.

21. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:

- a) особенностями вскармливания;
- b) склонностью к гипертермии;
- c) травмой ЦНС в анамнезе;
- d) относительная незрелостью органов и тканей;
- e) токсикозом 1 половины беременности.

22. Для выделяемого при анаэробной газовой инфекции гематоксина не характерны свойства:

- a) некроза соединительной ткани и мышц;
- b) гемолиза;
- c) тромбоза сосудов;
- d) поражения миокарда, печени, почек;
- e) избирательного поражения мозга.

23. Увеличение больных с хирургическим сепсисом не связано с:

- a) изменением сопротивляемости макроорганизма;
- b) развитием антибиотикорезистентности микрофлоры;
- c) расширением инвазивных методов диагностики и лечения;
- d) распространенностью внутригоспитальной инфекции;
- e) внедрением в практику новых антибактериальных препаратов.

24. О развитии шока у септического больного свидетельствует:

- a) постепенное ухудшение состояния больного;
- b) резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции;
- c) наличие метаболических нарушений;
- d) длительная гипертермия;
- e) наличие метастатических очагов инфекции.

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

- a) к обрывному;
- b) к затяжному;
- c) к молниеносному;
- d) к хроническому;
- e) к септикопиемическому.

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

- a) ниже 90 мм. водн.ст.;
- b) 96-122 мм. водн. ст.;
- c) 122-140 мм. водн. ст.;
- d) 140-160 мм. водн. ст.;
- e) 160-180 мм. водн. ст..

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

- a) наличие боли в конечности и высокой температуре;
- b) при указании в анамнезе на травму отсутствии повреждений;
- c) при картине ревматизма, когда отмечено поражение одного сустава;
- d) при синдроме заболевания мягких тканей;
- e) во всех указанных случаях.

28. Сквозное дренирования при эпифизарном остеомиелите показано:

- a) во всех случаях установления диагноза;
- b) при неэффективности пункционного ведения;
- c) при параартикулярной флегмоне;
- d) при обнаружении при первой пункции значительного количества выпота;
- e) не показано.

29. На развитие антибиотикорезистентности не оказывает влияние:

- a) применение высоких доз антибиотиков;
- b) длительные курсы антибактериальной терапии;
- c) расширение больных высокой степени риска;
- d) комбинация антибиотиков с нестероидными противовоспалительными средствами;
- e) применение инвазивных методов диагностики и лечения.

30. Об окончательном исходе течения остеомиелитического процесса можно судить по истечении:

- a) 6 месяцев;
- b) 6-8 месяцев;
- c) 1 года;
- d) 1,5-2 лет;
- e) 3-х лет.

- 31. Укажите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом:**
- a) сканирование легких;
 - b) аортография;
 - c) бронхография;
 - d) ангиопульмонография;
 - e) бронхоскопия.
- 32. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:**
- a) экстренную операцию;
 - b) плановую операцию;
 - c) срочную операцию;
 - d) консервативную терапию;
 - e) выжидательную тактику.
- 33. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением водорастворимого контрастного веществ Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:**
- a) 3-5 дней;
 - b) 6-10 дней;
 - c) 11-15 дней;
 - d) 16-20 дней ;
 - e) после 20 дней.
- 34. Функциональной зрелости пищевод достигает к:**
- a) 3-м месяцам;
 - b) 6-ти месяцам;
 - c) 12-ти месяцам;
 - d) 2-м годам;
 - e) 5-ти годам.
- 35. Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются:**
- a) в верхнем отделе центрального средостения;
 - b) в нижнем отделе центрального средостения;
 - c) в заднем средостении;
 - d) в нижнем отделе переднего средостения;
 - e) в верхнем отделе переднего средостения.
- 36. Дифференциальную диагностику при установлении диагноза ахалазии пищевода надо проводить:**
- a) с врожденным коротким пищеводом;
 - b) с халазией пищевода;
 - c) с врожденным стенозом пищевода;
 - d) с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;

е) с пилоростенозом.

37. 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

38. 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.

39. 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 аксиллярной линии;
- д) в заднем отделе ребер.

40. 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.

41. 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.

42. Причиной скрытого полового члена считают:

- а) ожирение;
- б) малые размеры кавернозных тел;
- в) гипертрофия крайней плоти;

- d) дисгенетические изменения поддерживающей и пеноабдоминальной связки;
- e) рубцовый фимоз.

43. Наиболее частой причиной синдрома неполной маскулинизации является:

- a) 5-А-редуктазная недостаточность;
- b) недостаточность десмолазы;
- c) недостаточность 17-β-20-лиазы;
- d) недостаточность 17-гидроксилазы;
- e) недостаточность 3-ОН-гидроксилазы.

44. 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:

- a) ацетилсалициловая кислота;
- b) преднизолон;
- c) антибиотики;
- d) трентал;
- e) никотиновая кислота.

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

- a) диспансерное наблюдение;
- b) лечение ХГ;
- c) оперативное лечение;
- d) снятие с учета;
- e) регулярный массаж паховой области.

46. При ревизии брюшной полости у ребенка 6 лет в забрюшинной клетчатке под почкой обнаружено яичко размерами 1.2x0.7x0.4 см, без сформированного придатка. Низвести его в мошонку не удастся. В этом случае вашим действием будет:

- a) гонадэктомия ;
- b) оставить на месте;
- c) вывести в брюшную полость;
- d) вывести над апоневрозом;
- e) провести биопсию.

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

- a) основное осложнение крипторхизма – гипогенитализм и бесплодие;
- b) крипторхизм – системное заболевание,
- c) одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек;
- d) аутоиммунная агрессия является
- e) одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках;
- f) лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста;

г) лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста.

48. 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, удлиненной формы размерами 5.0x2.0 см. При лапаротомии обнаружены в полости малого таза две гонады размерами 1.0x0.5 см, рудиментарная матка с трубами. В данном случае следует:

- a) оставить все как есть;
- b) удалить гонады;
- c) удалить матку, вывести гонады из брюшной полости;
- d) удалить матку и гонады;
- e) удалить матку, гонады оставить в брюшной полости.

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

- a) неспецифическая инфекция;
- b) механические факторы;
- c) специфическая инфекция;
- d) нарушение обменных процессов;
- e) диспропорция развития тканевых структур детского организма.

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

- a) дефицит андрогенов;
- b) несоответствие температурного режима ;
- c) дефицит гонадотропинов;
- d) аутоиммунная агрессия;
- e) воспалительные заболевания кожи мошонки.

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

- a) рентгенография по Вангенстину;
- b) контрастное исследование кишки через свищ;
- c) исследование свища зондом;
- d) электромиография промежности;
- e) профилометрия.

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

- a) острую;
- b) подострую;
- c) хроническую;
- d) ректальную;

е) ректосигмоидальную.

53. 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;
- е) определение активности ацетилхолинэстеразы.

54. 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;
- е) ректосигмоидальную.

55. 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;
- е) терминальную колостому на переходной зоне кишки.

56. 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;
- е) все перечисленное.

57. 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;
- е) сигмостомия.

- 58. Допустимыми сроками наблюдения ребенка с тератомой крестцово-копчиковой области является:**
- a) 6-8 мес;
 - b) 1 год;
 - c) 2 года;
 - d) 3 года;
 - e) в зависимости от роста и размеров образования.
- 59. У ребенка 8 лет, оперированного по поводу болезни Гиршпрунга по методике Дюамеля, наблюдается постоянное недержание жидкого и плотного кала. Степень недостаточности анального жома составляет:**
- a) первую;
 - b) вторую;
 - c) третью;
 - d) четвертую;
 - e) пятую.
- 60. Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести:**
- a) обзорная рентгенография брюшной полости;
 - b) пальцевое исследование прямой кишки;
 - c) ирригография с воздухом;
 - d) лапароскопия;
 - e) колоноскопия.
- 61. Рентгенологический феномен «белой почки» (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции является результатом:**
- a) обтурации мочеточника камнем;
 - b) вторично сморщенной почки;
 - c) острого необструктивного пиелонефрита ;
 - d) травмы почки;
 - e) опухоли почки.
- 62. Операцией выбора при удалении камней почек у детей считают:**
- a) пиелотомия;
 - b) нефротомия;
 - c) резекция почки;
 - d) нефрэктомия;
 - e) нефростомия.
- 63. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки решающим методом исследования у детей является:**
- a) экскреторная урография;
 - b) планиметрия почки;
 - c) почечная ангиография;
 - d) биопсия почки;

е) динамическая сравнительная радиоизотопная ренография.

64. Показанием к временному отведению мочи (пункционной нефростомой) 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.

65. Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают:

- а) операцию Фолея;
- б) операцию Бонина;
- в) операцию Хайнса - Андерсена;
- г) резекцию добавочного сосуда;
- д) уретеролизис.

66. 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.

67. Показанием для отведения мочи с помощью уретерокутанеостомии служат:

- а) мегауретер в сочетании с нейрогенными нарушениями мочевого пузыря, 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 ацидоз;
- д) миелодисплазия, арефлекторный мочевой пузырь и мегауретер.

68. 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.

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

- а) ушивание мочевого пузыря, удлинение и погружение уретры, сведение костей лона, ушивание брюшной стенки;

- b) ушивание мочевого пузыря, пластика брюшной стенки;
- c) иссечение мочевого пузыря и имплантация мочеточников в кишку с антирефлюксной защитой по Коэну;
- d) выделение мочевого пузыря и пересадка его в сигмовидную кишку единым блоком;
- e) ушивание мочевого пузыря с использованием синтетических материалов, замещение дефекта передней брюшной стенки полимерными материалами.

70. Ребенок 2 лет с проксимальной гипоспадией типа хорды (имеет искривление кавернозных тел до 65-70 градусов). Ему показано:

- a) расправление кавернозных тел путем иссечения рубцовой хорды и формирования двойной уретростомии;
- b) противорубцовая терапия в полном объеме;
- c) расправление кавернозных тел с иссечением хорды и пластикой уретры лоскутом крайней плоти;
- d) расправление кавернозных тел путем пликация белочной оболочки по дорсальной поверхности;
- e) расправление кавернозных тел путем длительной иммобилизации лангетой.

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

- a) совместные патолого-анатомические конференции;
- b) совместный разбор диагностических и лечебных ошибок;
- c) летальная комиссия;
- d) научно-практическая конференция;
- e) консультация больных с сотрудниками кафедры.

72. Из ниже перечисленных нозологических единиц фетохирургическое вмешательство не возможно при:

- a) обширной лимфангиоме шеи;
- b) стенозе прилоханочного отдела мочеточника;
- c) клапане задней уретры;
- d) врожденной кишечной непроходимости;
- e) врожденная гидроцефалия.

73. При частичной несостоятельности швов пищевода у новорожденного после радикальной операции по поводу атрезии пищевода экстраплевральным доступом наиболее целесообразно:

- a) реторакотомия, разделение анастомоза пищевода, эзофаго- и гастростомия;
- b) гастростомия, дренирование средостения;
- c) реторакотомия, ушивание дефекта пищевода;
- d) консервативная терапия (интенсивная антибактериальная терапия, промывание средостения с активной аспирацией);
- e) считать больного инкурабельным.

74. Летальность после пилоротомии составляет:

- a) 0.1%;
- b) 0.5-1.0%;
- c) 1.5-2.0%;

- d) 2.5-3.0%;
- e) 3.5-4.0%.

75. Наиболее частым осложнением радикальной операции по поводу атрезии 12-перстной кишки является:

- a) пневмония;
- b) замедление восстановления моторики 12 –перстной кишки;
- c) стенозирование анастомоза;
- d) острой почечной недостаточности разной степени;
- e) метаболических нарушений.

76. 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:

- a) пилоростеноз;
- b) частичная высокая кишечная непроходимость;
- c) низкая кишечная непроходимость;
- d) синдром Ледда;
- e) инвагинация кишечника.

77. Наиболее частой причиной летального исхода при эмбриональной грыже пупочного канатика является:

- a) перитонит;
- b) сепсис;
- c) тяжелый сочетанный порок развития;
- d) пневмония;
- e) нарушение гемостаз.

78. Определяющим принципом терапии хирургического сепсиса является:

- a) санация очага;
- b) иммунокоррекция;
- c) подавление возбудителя;
- d) управляемая гипокоагуляция;
- e) коррекция нарушений гемодинамики.

79. Типичной локализацией рожистого воспаления у детей младшего грудного возраста является:

- a) пояснично-крестцовая область;
- b) грудная клетка;
- c) лицо;
- d) промежность и половые органы;
- e) конечности.

- 80. У ребенка 10 дней появилась болезненная припухлость в пахово-мошоночной области, отек мягких тканей, гиперемия кожи. Тактика хирурга включает:**
- a) динамическое наблюдение;
 - b) пункцию образования;
 - c) попытку "вправления" образования в брюшную полость;
 - d) рентгенографию брюшной полости;
 - e) операцию - ревизию пахово-мошоночной области.
- 81. Во время операции обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания – 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако его основание свободно от сращений. Оптимальной тактикой будет:**
- a) аппендэктомия обычным способом;
 - b) отказ от аппендэктомии, тампонада гнойника марлей;
 - c) аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнойника;
 - d) отказ от аппендэктомии, оставление местно микроиригатора;
 - e) пересечение отростка у основания без его удаления, дренирование.
- 82. У ребенка через 8 часов после аппендэктомии клиника внутрибрюшного кровотечения. Ребенку показана:**
- a) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - b) ревизия через доступ в правой подвздошной области;
 - c) наблюдение, проведение консервативных мероприятий;
 - d) лапароцентез;
 - e) лапароскопия.
- 83. У больного, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезнен. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Дальнейшее обследование следует начинать:**
- a) с пальпации живота под наркозом;
 - b) с лапароскопии;
 - c) с рентгеноскопии грудной клетки;
 - d) с ультразвукового исследования брюшной полости;
 - e) с ректального пальцевого исследования.
- 84. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:**
- a) возрастная дискоординация перистальтики ;
 - b) изменение или нарушение режима питания;
 - c) диспепсия;
 - d) респираторно-вирусная инфекция ;
 - e) органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние).
- 85. У ребенка 8 мес однократная рвот 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:

- a) острый аппендицит;
- b) инвагинация кишечника;
- c) аппендикулярный инфильтрат;
- d) кишечная инфекция;
- e) опухоль брюшной полости.

86. 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:

- a) резекцию явно некротизированного участка кишки, илеостому, плановую релапаротомию через 12 часов;
- b) резекцию всей подвздошной кишки, илеостому;
- c) резекцию подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз;
- d) выведение на кожу измененного участка кишки петлей;
- e) резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз.

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

- a) 5-7 дней;
- b) 1 мес;
- c) 3 мес;
- d) 6 мес;
- e) 1 год.

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

- a) спленэктомию
- b) попытку ушивания дефекта
- c) перевязку селезеночной артерии
- d) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
- e) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки.

89. 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:

- a) лапароцентез;
- b) лапароскопия;
- c) лапаротомия;
- d) наблюдение;
- e) консервативная терапия.

- 90. У ребенка в послеоперационном периоде после аппендэктомии и дренирования абсцесса, сформировался трубчатый свищ области илеоцекального угла. Оперативное вмешательство наиболее целесообразно в сроки:**
- a) 3 мес;
 - b) 6 мес;
 - c) 1 год;
 - d) 1.5 года;
 - e) индивидуальный подход.
- 91. Объем необходимых лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает:**
- a) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование;
 - b) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух;
 - c) с противошоковой целью ввести наркотики;
 - d) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается;
 - e) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по В.Вишневскому, приступить к обследованию для уточнения диагноза.
- 92. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе включает:**
- a) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей;
 - b) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения,
 - c) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков;
 - d) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации;
 - e) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков.
- 93. Абсолютными показаниями к оперативному лечению перелома костей предплечья являются:**
- a) перелом лучевой кости в средней трети с полным смещением;
 - b) перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением;
 - c) перелом двух костей предплечья в средней трети с полным смещением;
 - d) перелом двух костей предплечья на разных уровнях;
 - e) перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности.
- 94. При повреждении лучевой кости преждевременное закрытие зоны роста и развитие деформации верхней конечности наиболее вероятно в случае:**
- a) эпифизеолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине;
 - b) перелома проксимального эпифиза;
 - c) остеоэпифизеолиза со смещением;

- d) эпифизеолиза со смещением;
- e) сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза.

95. При привычном вывихе надколенника лечение предусматривает:

- a) моделированную гипсовую лангету;
- b) удаление надколенника;
- c) стабилизирующие пластические операции;
- d) надмышцелковую остеотомию бедра;
- e) иммобилизацию гипсовой циркулярной повязкой.

96. Величина таранно-пяточного угла (Белер в норме) у детей составляет:

- a) до 10°;
- b) от 10 до 20°;
- c) от 30 до 40°;
- d) от 45 до 90°;
- e) 135°.

97. Целостность тазового кольца нарушена:

- a) при переломе лонной кости;
- b) при переломе седалищной кости;
- c) при переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза при отрыве бугра седалищной кости;
- d) при краевых переломах подвздошной кости.

98. Тяжесть состояния больного при сочетанном повреждении таза определяется:

- a) нарушением дыхания;
- b) метаболическим ацидозом;
- c) гиповолемией, афферентной патологической импульсацией;
- d) периферическим спазмом капилляров;
- e) отеком головного мозга.

99. 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:

- a) транспортную иммобилизацию бедра + лапаротомию;
- b) рентгенологическое обследование + катетеризацию периферической вены + лапаротомию;
- c) транспортную иммобилизацию + рентгенологическое обследование + катетеризацию центральной вены, переливание плазмозаменителей, определение группы крови и резус-фактора, лапаротомию;
- d) транспортную иммобилизацию + катетеризацию центральной вены + переливание плазмозаменителей + лапаротомию;
- e) 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.

100. Показаниями к простому оперативному вправлению врожденного вывиха бедра является:

- a) только в младшей возрастной группе (до 2 лет), когда консервативное лечение не проводилось;
- b) у детей раннего возраста (старше год, когда одномоментное вправление по
- c) Лоренцу было безуспешным;
- d) у детей от 2 до 8 лет, когда вывих не вправляется или наступает полная релюксация после консервативного функционального лечения при хорошо сформированной впадине и правильной развитой головке;
- e) у детей старше 8 лет при недоразвитии головки бедренной кости;
- f) у детей старше 5 лет при недоразвитой вертлужной впадине.

101. Выберите контингенты, подлежащие обследованию на наличие антител к ВИЧ:

- a) Лица, подозрительные на в/в употребление наркотиков;
- b) Анонимные алкоголики;
- c) Лица, с установленным диагнозом алкоголизм;
- d) Лица, имеющие следы в/в инъекций, обратившиеся за анонимной помощью к врачу-наркологу;
- e) Лица, употребляющие психоактивные вещества ч/з дыхательные пути и больные туберкулезом любой локализации;
- f) Лица, имеющие потерю веса на 10% и более в течении месяца;
- g) Больные флегмоной.

102. Перечислите действующие в настоящее время коды для направлений при обследовании на антитела к ВИЧ:

- a) 102,104,108,109,113,117,115,126,118,121,123,127,200,112.
- b) 102,103,104,108,109,112,113,115,118,120,200.
- c) 102,104,108,109,113,117,115,118,126,127,122,125,200.

103. Тактика ведения пациента при развитии синдрома восстановления иммунной системы на фоне комбинированной терапии туберкулеза и ВИЧ-инфекции:

- a) Отмена противотуберкулезных препаратов;
- b) Отмена ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия) и продолжение противотуберкулезной терапии;
- c) Продолжить противотуберкулезную терапию и ВААРТ в прежнем режиме.

104. Дотестовое консультирование проводится:

- a) Обученным врачом любой специальности;
- b) Врачом имеющим специальное обучение по ВИЧ-инфекции на сертификационных курсах;
- c) Имеет цель-получить письменное информированное согласие пациента для обследования;
- d) Имеет цель-предоставить пациенту знания о ВИЧ-инфекции;
- e) Цель консультирования-выявить патологию.

105. В каких случаях антитела к ВИЧ могут не обнаруживаться в ИФА у ВИЧ-инфицированных лиц:

- a) На ранних сроках инфицирования (первые 2 недели после заражения);
- b) В терминальной стадии;
- c) При грубых нарушениях сроков доставки сыворотки крови или нарушений условий хранения;
- d) В период беременности.

106. В высушенных клетках крови при комнатной температуре активность вируса может сохраняться:

- a) До 7 суток;
- b) До 5 суток;
- c) До 3 суток.

107. Ваши действия при попадании крови ВИЧ – инфицированного пациента на слизистую оболочку глаза медработника:

- a) Промыть слизистую 0,01% раствором перманганата калия, не тереть слизистую;
- b) Обильно промыть слизистую водопроводной водой, в случае отсутствия централизованного водоснабжения, стерильной аптечной водой из флакона;
- c) Промыть слизистую 20 % раствором сульфацила натрия;
- d) Провести последующий комплекс мероприятий по случаю аварийной ситуации в ЛПУ.

108. Выберите отличия в обслуживании заведомо ВИЧ-инфицированного пациента от обычного при проведении парентеральной процедуры:

- a) одеть маску, халат, перчатки, очки;
- b) одеть двойные латексные перчатки;
- c) приготовить емкости с дезраствором;
- d) обработать ногтевые фаланги спиртовым раствором йода;
- e) выполнять процедуру в присутствии старшей медсестры или зав.отделением;
- f) иметь дублера на случай аварийной ситуации.

109. Для стадии СПИД характерно:

- a) необратимость вторичных заболеваний;
- b) кахексия;
- c) анурия;
- d) гиперпродукция Т-лимфоцитов в организме.

110. Что нужно сделать при аварийной ситуации (несчастном случае на производстве):

- a) Рекомендуется провести эпидрасследование несчастного случая на производстве;
- b) Снять перчатки, вымыть руки с мылом, обработать 70% этиловым спиртом и смазать рану 5% спиртовым раствором йода;
- c) Сообщить представителю администрации об аварии;
- d) Уточнить данные по ВИЧ-статусу пациента или обследовать его на антитела к ВИЧ экспрестестами с последующим обследованием через лабораторию;
- e) Сообщить родственникам пациента о факте аварии;
- f) Зарегистрировать факт аварии в журнале регистрации несчастных случаев на производстве;

- g) Медработнику обследоваться на наличие антител к ВИЧ вскоре после аварии экспрестестами с последующим обследованием через лабораторию;
- h) Обратиться к доверенному врачу по ВИЧ-инфекции для назначения постконтактной химиопрофилактики;
- i) Начать принимать в течении первых 2-х часов (но не позднее 72 часов калетру (лопинавир/ритонавир)+комбивир (зидовудин/ламивудин);
- j) Взять расписку с больного о том, когда он был последний раз обследован на наличие антител к ВИЧ.

111. Кто имеет право подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?

- a) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
- b) один из родителей;
- c) законный представитель гражданина;
- d) медицинский работник;
- e) все вышеперечисленные.

112. Какие виды экспертиз проводятся в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ?

- a) экспертиза временной нетрудоспособности;
- b) экспертиза качества медицинской помощи;
- c) военно-врачебная экспертиза;
- d) медико-социальная экспертиза;
- e) экспертиза профессиональной пригодности;
- f) экспертиза связи заболевания с профессией;
- g) судебно-медицинская;
- h) судебно-психиатрическая экспертиза;
- i) все вышеперечисленные.

113. На какой срок может выдать листок нетрудоспособности врач единолично?

- a) на срок не более 15 дней;
- b) на срок не более 30 дней;
- c) на весь срок нетрудоспособности.

114. Какие формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности определены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ?

- a) государственный контроль;
- b) ведомственный контроль;
- c) внутренний контроль;
- d) все вышеперечисленные.

115. Как часто может гражданин выбирать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

- a) не чаще чем два раза в год;
- b) не чаще чем один раз в год;

с) не чаще одного раза в 2 год.

116. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

- а) пациент и его законный представитель;
- б) родственники;
- с) работодатели.

117. Каким Приказом в настоящее время утвержден порядок выдачи листков нетрудоспособности?

- а) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- б) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. №514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»;
- с) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

118. Каким Приказом в настоящее время утверждена форма бланка листка нетрудоспособности?

- а) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- с) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

119. Каким приказом утверждена Инструкция о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения?

- а) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- с) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

120. Укажите основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- а) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- б) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- с) приоритет охраны здоровья детей;
- д) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- е) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- ф) доступность и качество медицинской помощи;
- г) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

- h) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- i) соблюдение врачебной тайны;
- j) всё вышеперечисленное.