

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Клинический институт детского здоровья имени Н.Ф. Филатова
Кафедра детской хирургии и урологии-андрологии им. профессора Л.П. Александрова

Методические материалы по дисциплине:

Детская хирургия

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования - программа специалитета

по специальности: 31.05.02 – Педиатрия

	<i>Неотложная абдоминальная и гнойная хирургия</i>	
1	<i>Что представляет собой аппендикс?</i> <i>А. порок развития</i> <i>Б. функциональный орган</i> <i>В. аномалия развития</i> <i>Г. рудимент</i>	<i>Б</i>
2	<i>Что является провоцирующими моментами в возникновении острого аппендицита у детей?</i> <i>А. аномалия развития отростка</i> <i>Б. каловый камень</i> <i>В. аскаридоз</i> <i>Г. травма</i>	<i>Б,В,Г</i>
3	<i>Локализация болей вокруг пупка при остром аппендиците у детей до 3-х лет обусловлена:</i> <i>А. склонностью к иррадиации нервных импульсов</i> <i>Б. близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки</i> <i>В. вовлечением в процесс мезентериальных лимфоузлов</i> <i>Г. всем перечисленным</i>	<i>Г</i>
4	<i>Что не является характерным для клинической картины острого аппендицита у детей до 3-х лет?</i> <i>А. гипертермия</i> <i>Б. острое начало</i> <i>В. изменение поведения</i> <i>Г. нарушение сна</i> <i>Д. жидкий стул</i> <i>Е. головная боль</i> <i>Ж. неоднократная рвота</i>	<i>Е</i>
5	<i>Отметьте два патогномоничных признака острого аппендицита</i>	

	<i>А. боли в животе</i> <i>Б. рвота</i> <i>В. гипертермия</i> <i>Г. жидкий стул</i> <i>Д. задержка стула</i> <i>Е. локальная болезненность</i> <i>Ж. пассивное мышечное напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области</i>	<i>Е,Ж</i>
6	<i>Для определения ...(чего?)... при остром аппендиците проводится сравнительная пальпация.</i> <i>А. активного мышечного напряжения</i> <i>Б. пассивного мышечного напряжения</i> <i>В. локальной болезненности;</i> <i>Д. определения выпота в брюшной полости</i>	<i>Б</i>
7	<i>При осмотре во время сна у детей раннего возраста с острым аппендицитом возможно определить:</i> <i>А. симптом локальной болезненности, пассивное мышечное напряжение, симптом Ровзинга;</i> <i>Б. симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение, симптом Образцова;</i> <i>В. симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение</i>	<i>В</i>
8	<i>Отметьте наиболее достоверные признаки острого аппендицита у детей являются (один ответ):</i> <i>А. локальная боль и рвота</i> <i>Б. беспокойство и рвота</i> <i>В. напряжение мышц брюшной стенки и неустойчивый стул</i> <i>Г. симптом Щеткина-Блюмберга и локальная болезненность</i>	<i>Г</i>
9	<i>Для клинической картины острого аппендицита у детей до 3-х лет характерно:</i> <i>А. острое начало, фебрильная температура, изменение</i>	<i>А</i>

	поведения, нарушение сна, однократная рвота, головная боль, учащенный жидкий стул Б. острое начало, субфебрильная температура, локальная болезненность в правой подвздошной области, задержка стула В. острое начало, фебрильная температура, менингеальные знаки,неоднократная рвота	
10	Положение больного с острым аппендицитом в постели: А. на правом боку с приведенными ногами Б. на животе В. на спине Г. на левом боку Д. сидя	А
11	Для диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет не используют: А. обезболивающие препараты Б. масочный наркоз В. интубационный наркоз Г. естественный сон	А, Б, В
12	Варианты расположения червеобразного отроста А. медиально Б. поддиафрагмально В. ретроцекально Г. ретроперитонеально Д. подпеченочно	А,В,Г,Д
13	Симптом расхождения пульса и температуры при остром аппендиците у детей младшего возраста: А. не характерен Б. характерен	А
14	Отметьте симптом Ситковского при остром аппендиците	

	<i>А. усиление болей при расположении на левом боку</i> <i>Б. усиление болей при поднятии правой ноги одновременной пальпации правой подвздошной области</i> <i>В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки</i>	<i>А</i>
15	<i>Отметьте достоверные признаки острого аппендицита у детей (один ответ)</i> <i>А. локальная болезненность в правой подвздошной области и рвота</i> <i>Б. напряжение мышц брюшной стенки и рвота</i> <i>В. напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность в правой подвздошной области</i> <i>Г. симптом Щеткина-Блюмберга и рвота</i>	<i>В</i>
16	<i>Отметьте симптом Образцова при остром аппендиците</i> <i>А. усиление болей при расположении на левом боку</i> <i>Б. усиление болей при поднятии правой ног и одновременной пальпации правой подвздошной области</i> <i>В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки</i>	<i>Б</i>
17	<i>Отметьте симптом Ровзинга при остром аппендиците</i> <i>А. усиление болей при расположении на левом боку</i> <i>Б. усиление болей при поднятии правой ноги одновременной пальпации правой подвздошной области</i> <i>В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки</i>	<i>В</i>
18	<i>Отметьте признаки, характерные для аппендикулярного инфильтрата у детей старше 3-х лет:</i> <i>А. субфебрильная температура, болевой симптом выражен</i> <i>Б. фебрильная температура; болевой симптом выражен</i> <i>В. гектическая температура, болевой симптом не выражен</i> <i>Г. гектическая температура, болевой симптом выражен</i>	<i>Д</i>

	<i>Д. субфебрильная температура, болевой симптом не выражен</i>	
19	<i>Назовите основной метод лечения аппендикулярного инфильтрата:</i> <i>А. Консервативное</i> <i>Б. оперативное</i>	<i>А</i>
20	<i>Какое лечение применяют у детей с аппендикулярным инфильтратом</i> <i>А. эндоскопическое</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. консервативное</i>	<i>В</i>
21	<i>Укажите возможные варианты течения аппендикулярного инфильтрата</i> <i>А. рассасывание</i> <i>Б. абсцедирование</i> <i>В. разлитой перитонит</i> <i>Г. кишечная непроходимость</i> <i>Д. все перечисленное</i>	<i>Д</i>
22	<i>Отметьте признаки, характерные для аппендикулярного абсцесса у ребенка:</i> <i>А. субфебрильная температура, болевой симптом выражен</i> <i>Б. фебрильная температура; болевой симптом не выражен</i> <i>В. гектическая температура, болевой симптом не выражен</i> <i>Г. гектическая температура, болевой симптом выражен</i> <i>Д. субфебрильная температура, болевой симптом не выражен</i>	<i>Г</i>
23	<i>Распространенный перитонит имеет:</i> <i>А. две фазы течения</i> <i>Б. три фазы течения</i> <i>В. четыре фазы течения</i>	<i>Б</i>
24	<i>Что способствует развитию распространенного перитонита у детей</i> <i>А. несвоевременная диагностика, недоразвитие сальника, низкие</i>	<i>А</i>

	<i>пластические свойства брюшины, снижение реактивности организма</i> <i>Б. низкие пластические свойства брюшины; преобладание экссудации при воспалительном процессе, собенности возбудителя</i> <i>В. малый объем брюшной полости, преобладание экссудации при воспалительном процессе, несвоевременная диагностика.</i>	
25	<i>Что не характерно для распространенного перитонита у детей:</i> <i>А. повторная рвота;</i> <i>Б. симптом расхождения температуры и пульса</i> <i>В. гипертермия</i> <i>Г. нарушения микроциркуляции</i> <i>Д. ребенок хочет пить, но отказывается от питья воды</i> <i>Е. ничего из перечисленного</i>	Д
26	<i>Отметьте патогномичный симптом перитонита у ребенка</i> <i>А. рвота застойным содержимым</i> <i>Б. боли в животе</i> <i>В. вздутие живота</i> <i>Г. задержка отхождения стула и газов</i> <i>Д. пассивное напряжение мышц живота.</i>	Д
27	<i>Что характерно для пельвиоперитонита:</i> <i>А. болят только мальчики, возраст 6 – 9 лет</i> <i>Б. болят только девочки, возраст 6 – 9 лет</i> <i>В. болят и мальчики и девочки, возраст 6 – 9 лет</i> <i>Г. болят только девочки, возраст 10 – 14 лет</i> <i>Д. болят только девочки, возраст 10 – 14 лет</i>	Б
28	<i>Предоперационную подготовку у детей с перитонитом целесообразно проводить в течение:</i> <i>А. нескольких минут</i>	Б

	<i>Б. до устранения тяжелой гиповолемии, но не более 2 ч</i> <i>В. не менее 3-5 ч;</i> <i>Г. до полной коррекции электролитных нарушений</i> <i>Д. 10-12 часов</i>	
29	<i>Размножение возбудителя при сепсисе происходит:</i> <i>А. в первичном очаге</i> <i>Б. во вторичном очаге</i> <i>В. в крови</i> <i>Г. в зависимости от индивидуальных особенностей</i>	<i>В</i>
30	<i>Что следует учитывать при выборе антибиотика в первую очередь:</i> <i>А. характер и чувствительность микрофлоры</i> <i>Б. фармакодинамику и фармакокинетику препарата</i> <i>В. токсичность препарата</i> <i>Г. характер гнойного отделяемого</i> <i>Д. давность заболевания</i>	<i>А</i>
31	<i>Что не является основным при направленной антибактериальной терапии при гнойной хирургической инфекции:</i> <i>А. характер и чувствительность микрофлоры</i> <i>Б. фармакодинамика и фармакокинетика препарата</i> <i>В. токсичность препарата</i> <i>Г. характер гнойного отделяемого</i> <i>Д. давность заболевания</i>	<i>Д</i>
32	<i>Ведущее место в патогенезе острого гематогенного остеомиелита занимает:</i> <i>А. травма</i> <i>Б. переохлаждение</i> <i>В. ОРВИ</i>	<i>Г</i>

	<i>Г. высокий уровень контаминации возбудителя</i> <i>Д. неполноценное питание</i> <i>Е. сенсibilизация организма</i>	
33	<i>Что из перечисленного является провоцирующим фактором острого гематогенного остеомиелита у детей:</i> <i>А. травма</i> <i>Б. . переохлаждение</i> <i>В. наличие хронических очагов инфекции</i> <i>Г. все из перечисленного</i>	<i>Г</i>
34	<i>В каком отделе кости начинается воспалительный процесс при остром гематогенном остеомиелите:</i> <i>А. в эпифизе</i> <i>Б. в метафизе</i> <i>В. в диафизе</i>	<i>Б</i>
35	<i>Для новорожденных и детей раннего возраста при остром гематогенном остеомиелите характерно поражение:</i> <i>А. эпифиза</i> <i>Б. метафиза</i> <i>В. метаэпифиза</i> <i>Г. метадиафиза</i> <i>Д. диафиза</i>	<i>В</i>
36	<i>Для детей старше 2,5 лет при остром гематогенном остеомиелите (ОГО) характерно поражение:</i> <i>А. эпифиза</i> <i>Б. метафиза</i> <i>В. метаэпифиза</i> <i>Г. метадиафиза</i> <i>Д. диафиза</i>	<i>Г</i>
37	<i>К ранним местным симптомам метадиафизарного ОГО</i>	

	<i>не относится:</i> <i>А. нарушение функции конечности</i> <i>Б. местная гиперемия</i> <i>В. усиление сосудистого рисунка</i> <i>Г. пастозность мягких тканей</i>	<i>Б</i>
38	<i>Укажите первый рентгенологический признак ОГО:</i> <i>А. очаги деструкции губчатого вещества</i> <i>Б. периостальная реакция</i> <i>В. наличие секвестров</i>	<i>Б</i>
39	<i>Для диагностики метаэпифизарного ОГО у новорожденных не используется:</i> <i>А. пункция сустава</i> <i>Б. рентгенография</i> <i>В. УЗИ сустава</i> <i>Г. измерение внутрикостного давления</i>	<i>Г</i>
40	<i>Рентгенологические признаки остеомиелита у новорожденных появляются:</i> <i>А. на 2-3 сутки,</i> <i>Б. на 4- 5 сутки,</i> <i>В. на 7-10 сутки,</i> <i>Г. на 11- 12 сутки.</i>	<i>В</i>
41	<i>Укажите внутрикостное давление в норме у детей после 5 лет:</i> <i>А. 40 – 80 мм. вод. ст,</i> <i>Б. 90 – 100 мм. вод. ст;</i> <i>В. 100 – 120 мм. вод. ст;</i> <i>Г. 120 – 130 мм.вод. ст.</i> <i>Д. 140 – 160 мм. вод. ст.</i> <i>Е. выше 160 мм.вод.ст.</i>	<i>В</i>

42	<i>Лечение метаэпифизарного остеомиелита у новорожденных включает:</i> <i>А. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава</i> <i>Б. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит, иммобилизация конечности</i> <i>В. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит</i> <i>Г. согревающие компрессы, назначение антибиотков, дренирование сустава, иммобилизация конечности</i> <i>Д. согревающие компрессы, назначение антибиотков, остеоперфорация, иммобилизация конечности</i>	Б
43	<i>Исходом ОГО у новорожденным может быть:</i> <i>А. переход в хроническую форму, нарушение роста конечности в длину, ложный сустав, полное выздоровление</i> <i>Б. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей. патологический перелом сустава, полное выздоровление</i> <i>В. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей, патологический вывих сустава, полное выздоровление</i>	В
44	<i>Для хронического остеомиелита на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. наличие полости с секвестром на фоне остеопороза костной ткани</i> <i>Б. наличие полости с секвестром на фоне остеосклероза периостальная реакция костной ткани</i> <i>В. наличие множества секвестров на фоне остеопороза костной ткани</i>	Б
45	<i>Для первично-хронических форм остеомиелита характерно:</i> <i>А. острое начало, субфебрильная температура тела, постоянные боли в конечности</i> <i>Б. подострое начало, постоянная субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке</i> <i>В. подострое начало, периодически субфебрильная температура</i>	В

	тела; боли в конечности при физической нагрузке и ночные Г. острое начало, нормальная температура тела, постоянные боли в конечности;	
46	Что является первичным звеном в цепи развития гнойного процесса у новорожденных: А. развитие гнойного очага Б. входные ворота инфекции В. контаминация патогенной флорой Г. транслокация возбудителя Д. избыточное размножение флоры Е. вторичный иммунный блок Ж. снижение иммунологической реакции	Б
47	Для катаральной (простой) формы омфалита характерно: А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки, флебит пупочных сосудов	А
48	Для флегмонозной формы омфалита характерно: А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки, гипергрануляции Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки. Флебит пупочных сосудов	Б
49	При длительном мокнутие пупка у новорожденного необходимо исключить: А. омфалит Б. грибок В. неполный свищ пупка	В
50	Причиной не полного свища пупка может быть все	

	перечисленное, кроме: А. незаращения ухахуса Б. незаращение пупочной вены В. незаращение желточного протока	Б
51	Некротическая флегмона новорожденного встречается в возрасте: А. сразу после рождения Б. 2-3 недели жизни В. после 3-х недель жизни Г. после 6 месяцев Д. в любом возрасте	Б
52	Укажите местное лечение флегмоны новорожденного: А. полуспиртовая повязка + магнит Б. обкалывание антибиотиком+ множественные разрезы+ повязка с антисептиком + магнит В. множественные разрезы+ повязка с антисептиком+ магнит	В
53	Адипозонекроз проявляется симптомами: А. пятнистая гиперемия; бугристая инфильтрация, болезненность при пальпации Б. бугристая инфильтрация; цианотичность кожных покровов, местное повышение температуры В. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, отсутствие болевого симптома Г. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, болезненность при пальпации	В
54	Для некротической флегмоны в период образования некрозов местно характерно: А. сплошная инфильтрация Б. разлитая гиперемия, флюктуация В. цианотичность кожных покровов	В

	<i>Г. цианотичность кожных покровов, зыбление</i>	
55	<i>У новорожденного стафилококк вызывает все, кроме:</i> <i>А. некротическую флегмону</i> <i>Б. острый гематогенный остеомиелит</i> <i>В. острый артрит</i> <i>Г. рожистое воспаление</i> <i>Д. мастит</i>	<i>Г</i>
56	<i>У новорожденных стрептококк вызывает:</i> <i>А. некротическую флегмону</i> <i>Б. острый гематогенный остеомиелит</i> <i>В. острый артрит</i> <i>Г. рожистое воспаление</i> <i>Д. мастит</i>	<i>Г</i>
57	<i>Перитониты у новорожденных чаще встречаются:</i> <i>А. первичные</i> <i>Б. вторичные</i>	<i>Б</i>
58	<i>Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является:</i> <i>А. ятрогенное повреждение кишечной стенки</i> <i>Б. дефицит лизоцима;</i> <i>В. некротизирующий энтероколит новорожденных</i> <i>Г. пороки развития стенки кишки</i> <i>Д. заменное переливание крови</i> <i>Е. внутриутробное инфицирование</i>	<i>В</i>
59	<i>В основе патогенеза некротического энтероколита у новорожденных лежит:</i> <i>А. недоношенность</i> <i>Б. внутриутробная гипоксия</i>	<i>Г</i>

	<i>В. асфиксия в родах</i> <i>Г. централизация кровообращения в организме новорожденного</i>	
60	<i>Для первичного перитонита новорожденных первым клиническим симптомом в начале разгара является:</i> <i>А. эксикоз</i> <i>Б. вздутие живота</i> <i>В. задержка стула</i> <i>Г. полиурия</i> <i>Д. сердечно-сосудистые нарушения</i>	Б
61	<i>Из всех перечисленных симптомов достоверными местными симптомами для разлитого перитонита у новорожденного являются:</i> <i>А. вздутие живота</i> <i>Б. рвота застойным содержимым</i> <i>В. отек, гиперемия брюшной стенки</i> <i>Г. отсутствие стула</i> <i>Д. жидкий стул</i>	В
61	<i>При первичном перитоните у новорожденного ранним патогномичным симптом является:</i> <i>А. рвота застойным содержимым</i> <i>Б. кровь в стуле</i> <i>В. вздутия живота</i> <i>Г. патозность нижних отделов передней брюшной стенки</i> <i>Д. отек половых органов</i>	Г
62	<i>Некротический энтероколит на стадии клинических проявлений характеризуется симптомами:</i> <i>А. рвотой с желчью, отсутствием стула и газов</i> <i>Б. рвотой с желчью, частым жидким стулом с патологическими примесями, вздутием живота с локальной болезненностью</i> <i>В. отсутствием стула и газов</i>	Б

	<i>Г. вздутием живота с локальной болезненностью, усилением перистальтики</i>	
63	<i>Некротический энтероколит на III стадии предперфорации проявляется рентгенологически:</i> <i>А. локальным затенением брюшной полости</i> <i>Б. гидроперитонеумом</i> <i>В. свободным газом в брюшной полости</i>	<i>Б</i>
64	<i>Некротический энтероколит на стадии продромы рентгенологически проявляется:</i> <i>А. повышенным равномерным газонаполнением кишечника</i> <i>Б. неравномерным наполнением кишечника с уровнями</i> <i>В. пневматозом кишечной стенки</i> <i>Г. газом в портальной системе печени</i> <i>Д. гидроперитонеумом</i> <i>Е. пневмоперитонеумом</i>	<i>А</i>
65	<i>Лечение 1, 2 - ой стадий НЭК:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i> <i>Г. только оперативное.</i>	<i>А</i>
66	<i>Лечение 3-ей стадии НЭК:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i> <i>Г. только оперативное</i>	<i>В</i>
67	<i>Лечение 4-ой стадии НЭК:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>	<i>Г</i>

	<i>Г. только оперативное</i>	
68	Для перфоративного перитонита на рентгенограмме характерно: А. наличие свободной жидкости в брюшной полости Б. сниженное газонаполнение петель кишечника В. наличие свободного воздуха в брюшной полости Г. множественные уровни жидкости в петлях кишечника	<i>В</i>
69	В каком возрасте наиболее часто встречается инвагинация кишок? А. новорожденный Б. 4 -10 месяцев В. старше года Г. школьный	<i>Б</i>
70	Провоцирующими факторами инвагинации кишечника у детей является все, кроме: А. нарушение пищевого режима Б. анатомо-физиологические особенности В. кишечная инфекция Г. ОРВИ	<i>Б</i>
71	Предрасполагающим фактором инвагинации кишечника из перечисленного является: А. нарушение или изменение режима питания Б. анатомо-физиологические особенности В. кишечная инфекция Г. ОРВИ Д. все перечисленное	<i>Б.</i>
72	Наиболее частой причиной илеоцекальной инвагинации кишечника у детей до 1 года является: А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника	<i>А</i>

	<i>Б. нарушение или изменение режима питания</i> <i>В. диспепсия</i> <i>Г. ОРВИ</i> <i>Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)</i>	
73	<i>Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:</i> <i>А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника</i> <i>Б. нарушение или изменение режима питания</i> <i>В. диспепсия</i> <i>Г. ОРВИ</i> <i>Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)</i>	Д
74	<i>Инвагинация кишечника относится к:</i> <i>А. обтурационной кишечной непроходимости</i> <i>Б. странгуляционной кишечной непроходимости</i> <i>В. паралитической кишечной непроходимости</i> <i>Г. спастической кишечной непроходимости</i> <i>Д. смешанной кишечной непроходимости</i>	Д
75	<i>Смешанная механическая кишечная непроходимость, это сочетание:</i> <i>А. обтурационной кишечной непроходимости + спастической кишечной непроходимости</i> <i>Б. обтурационной кишечной непроходимости + паралитическая кишечная непроходимость</i> <i>В. обтурационной кишечной непроходимости + странгуляционной</i>	В
76	<i>Укажите, какой из симптомов инвагинации кишечника не характерен для стадии начальных клинических проявлений:</i> <i>А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками</i> <i>Б. симптом «малинового или смородинового желе»</i>	Г

	<i>В. симптом пальпируемой опухоли</i> <i>Г. многократная рвота с желчью</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i> <i>Е. все перечисленное</i>	
77	<i>При инвагинации кишечника приступы болей в животе постепенно:</i> <i>А. усиливаются и укорачиваются;</i> <i>Б, удлиняются и усиливаются;</i> <i>В. удлиняются и ослабевают.</i>	<i>В</i>
78	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. боли в животе</i> <i>Б, вялость</i> <i>В .симптом «малинового или смородинового желе»</i> <i>Г .повышение температуры тела</i> <i>Д. многократная рвота с желчью</i> <i>Е. ни чего из перечисленного</i>	<i>В</i>
79	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками</i> <i>Б. задержка отхождения стула и газов</i> <i>В. многократная рвота с желчью</i> <i>Г. . ни чего из перечисленного</i> <i>Д. .все перечисленное</i>	<i>А</i>
80	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. боли в животе</i> <i>Б. задержка отхождения стула и газов</i> <i>В. симптом пальпируемой опухоли в брюшной полости</i>	<i>В</i>

	<i>Г. многократная рвота с желчью</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i> <i>Е. все перечисленное</i>	
81	<i>Для диагностики инвагинации кишечника в начальный период наиболее из всего перечисленного целесообразно использовать:</i> <i>А. пневмоирригографию</i> <i>Б.. УЗИ брюшной полости</i> <i>В. пальпацию. живота под наркозом</i> <i>Г. рентгеноконтрастное обследование с барием, данным через рот</i> <i>Д.. лапароскопию</i>	<i>А</i>
82	<i>Дифференцировать острую кишечную инвагинацию у детей необходимо со всеми заболеваниями, кроме:</i> <i>А. дизентерии</i> <i>Б. опухоли брюшной полости</i> <i>В. острой пневмонии</i> <i>Г. геморрагического васкулита</i>	<i>В</i>
	<i>Для стадии начинающихся осложнений при инвагинации кишечника характерно:</i> <i>А. усиление и укорачивание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», асимметрия живота, симптом пальпируемой опухоли</i> <i>Б. удлинение и ослабевание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», симптом пальпируемой опухоли, отсутствие симптомов раздражения брюшин</i> <i>В. удлинение и ослабевание, болей в животе, многократная рвота с желчью, темная кровь с примесью слизи, наличие симптомов раздражения брюшины</i>	<i>В</i>
83	<i>Лечение инвагинации кишечника:</i> <i>А. только оперативное</i> <i>Б. только консервативное</i>	<i>Г</i>

	<i>В. зависит от возраста ребенка</i> <i>Г. зависит от возраста и стадии заболевания</i>	
84	<i>Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при:</i> <i>А. стенозе кишечника</i> <i>Б. завороте кишечника</i> <i>В. болезни Гирипрунга</i> <i>Г. инвагинации</i>	<i>Б</i>
85	<i>Смешанная кишечная непроходимость включает:</i> <i>А. обтурационная кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость</i> <i>Б. странгуляционная кишечная непроходимость + обтурационная кишечная непроходимость</i> <i>В. спастическая кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость</i>	<i>Б</i>
86	<i>К смешанной кишечной непроходимости относится:</i> <i>А. стенозе кишечника</i> <i>Б. заворот кишечника</i> <i>В. болезнь Гирипрунга</i> <i>Г. инвагинация</i>	<i>Г</i>
87	<i>Для острой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические симптомы:</i> <i>А. отсутствие газа в петлях тонкого кишечника во всех случаях</i> <i>Б. свободный газ в брюшной полости</i> <i>В. множественные или единичные тонкокишечные арки или чаши Клойбера</i> <i>Д. не равномерное газонаполнение петель кишечника</i>	<i>В</i>
88	<i>Для низкой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны все перечисленные симптомы, кроме:</i> <i>А. приступообразные боли в животе</i> <i>Б. рвота с патологическими примесями</i>	<i>Д</i>

	<i>В. вздутие живота</i> <i>Г. контурация петель кишечника на брюшную стенку</i> <i>Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии</i> <i>Е. задержка отхождения стула и газов</i>	
89	<i>Для высокой поздней спаечной тонкокишечной непроходимости в первые часы от заболевания характерны все перечисленные симптомы, кроме</i> <i>А. приступообразные боли в животе</i> <i>Б. рвота с патологическими примесями</i> <i>В. контурация петель кишечника на брюшную стенку</i> <i>Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии</i> <i>Е. задержка отхождения стула и газов</i> <i>Д. стул и газы отходят</i>	<i>Е</i>
90	<i>Для паралитической кишечной непроходимости на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. равномерное распределение газа в петлях тонкого кишечника</i> <i>Б. множественные или единичные чаши Клойбера</i> <i>В. равномерно перераздутые петли кишечника или равномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости</i> <i>Д. неравномерное газонаполнение петель кишечника или неравномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости</i>	<i>В</i>
91	<i>Консервативную терапию при ранней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение:</i> <i>А. 3-6 часов</i> <i>Б. 6-12 часов</i> <i>В. 12-24 часов</i> <i>Г. 24-48 часов</i> <i>Д. 48-72 часов</i>	<i>В</i>
92	<i>Лечение поздней спаечной кишечной непроходимости не зависит от:</i>	

	<i>А. вида непроходимости</i> <i>Б. давности заболевания</i> <i>В. наличия осложнений</i> <i>Г. возраста ребенка</i>	<i>Г</i>
93	<i>При странгуляционной кишечной непроходимости показано:</i> <i>А. консервативная терапия</i> <i>Б. наблюдение</i> <i>В. дача бария, консервативная терапия через 3-6 часов</i> <i>Г. срочная операция</i> <i>Д. операция после кратковременной предоперационной подготовки</i>	<i>Д</i>
94	<i>Консервативную терапию при поздней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение:</i> <i>А. 3-6 часов;</i> <i>Б. 6-12 часов;</i> <i>В. 12-24 часов;</i> <i>Г. 24-48 часов;</i> <i>Д. 48-72 часов</i>	<i>А</i>
95	<i>Выделение алой крови из прямой кишки характерно для:</i> <i>А. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>Б. язвы двенадцатиперстной кишки</i> <i>В. язвы или полипа толстой кишки</i> <i>Г. инвагинации кишечника</i>	<i>В</i>
96	<i>Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:</i> <i>А. гепатомегалия</i> <i>Б. увеличение размеров живота</i> <i>В. спленомегалия</i> <i>Д. кровавая рвота</i>	<i>В</i>

	<i>Е. асцит</i>	
97	<i>Выделение крови в виде «темной вишни» из прямой кишки характерно для:</i> <i>А. язвы толстой кишки</i> <i>Б. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>В. инвагинации кишечника</i>	<i>Б</i>
98	<i>Рвота с кровью не характерна для:</i> <i>А. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>Б. язвы желудка</i> <i>В. варикозно расширенных вен пищевода</i> <i>Г. язвы двенадцатиперстной кишки</i>	<i>А</i>
99	<i>Причиной кровотечения из дивертикула Меккеля является:</i> <i>А. аномалия развития сосудов в стенке дивертикула Меккеля</i> <i>Б. инвагинация дивертикула Меккеля в подвздошную кишку</i> <i>В. острая язва слизистой дивертикула Меккеля</i>	<i>В</i>
100	<i>Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК выше Фатерова сосочка, кроме:</i> <i>А. рвота без желчи</i> <i>Б. быстрая потеря массы тела</i> <i>В. ранняя желтуха</i> <i>Г. запавший живот</i> <i>Д. отсутствие мекония</i>	<i>Д</i>
101	<i>Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК ниже Фатерова сосочка, кроме:</i> <i>А. рвота с желчью</i> <i>Б. быстрая потеря массы тела</i> <i>В. ранняя желтуха</i> <i>Г. запавший живот</i> <i>Д. меконий светлый</i>	<i>Д</i>

	<i>Е. меконий отсутствует</i>	
102	<i>Задержка развития кишечной трубки в период эмбриогенеза в стадию «солидного тяжа» приводит к:</i> <i>А. аганглиозу кишечной стенки</i> <i>Б. гиперфиксации ДПК</i> <i>В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки</i> <i>Г. мембране</i> <i>Д. мальротации «средней кишки»</i>	<i>Г</i>
103	<i>Нарушение вращения средней кишки во 2-ой период приводит к:</i> <i>А. аганглиозу кишечной стенки</i> <i>Б. гиперфиксации ДПК</i> <i>В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки</i> <i>Г. к высокому расположению слепой кишки</i> <i>Д. мальротации «средней кишки»</i>	<i>Д</i>
104	<i>Задержка отхождения мекония у новорожденного может быть вызвана:</i> <i>А. аганглиозом кишечной стенки</i> <i>Б. муковисцедозом</i> <i>В. родовой травмой</i> <i>Г. мекониальной пробкой</i> <i>Д. всем перечисленным</i> <i>Е. ни чем из перечисленного</i>	<i>Д</i>
105	<i>Врожденная странгуляционная кишечная непроходимость у новорожденного может быть вызвана:</i> <i>А. атрезией двенадцатиперстной кишки</i> <i>Б. незавершенным поворотом кишечника</i> <i>В. заворотом «средней кишки»</i> <i>Г. мекониальной непроходимостью</i>	<i>В</i>
106	<i>Для полной атрезии двенадцатиперстной кишки характерно все</i>	

	кроме: А. начало проявления с первых часов жизни Б. рвота съеденным молоком В. рвота с желчью Г. начало с 3-4-х суток жизни Д. ранняя желтуха	Г
107	При полной атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка характерно все кроме: А. рвота с желчью Б. ранняя желтуха В. внутриутробная гипотрофия Г. меконий темного цвета Д. меконий обесцвечен	Г
108	Для частичной врожденной высокой кишечной непроходимости не характерно: А. рвота с желчью Б. меконий отходит В. меконий не отходит Г. наличие переходного стула	В
109	Укажите какие симптомы не характерны для врожденной полной низкой кишечной непроходимости: А рвота с желчью Б мекониевая рвота В вздутие живота в эпигастрии, западение нижних отделов Г равномерное вздутие живота Д отсутствие мекония	В
110	Мекониевая рвота у новорожденных не характерна для: А. перитонита Б. острой форме болезни Гиришпруга	В

	<i>В. атрезии тощей кишки</i> <i>Г. атрезии прямой кишки</i> <i>Д. атрезии подвздошной кишки</i>	
111	<i>Укажите какие симптомы при врожденной полной низкой кишечной непроходимости не относятся к ранним:</i> <i>А. срыгивания молоком</i> <i>Б. рвота с желчью или застойным кишечным содержимым</i> <i>В. беспокойство ребенка</i> <i>Г. равномерное вздутие живота</i> <i>Д. отсутствие мекония</i>	Б
112	<i>Мекониальная рвота не характерна для:</i> <i>А. для острой формы юлезни Гиришпруга</i> <i>Б. атрезии подвздошной кишки</i> <i>В. атрезии тонкой кишки</i> <i>Г. атрезии прямой кишки</i> <i>Д. перитонита новорожденных</i>	В
113	<i>Для внутриутробного заворота «средней кишки» у новорожденного не характерно:</i> <i>А. время проявления -3-5 –е сутки жизни</i> <i>Б. рвота с желчью</i> <i>В. рвота застойным кишечным содержимым</i> <i>Г. меконий отходит</i> <i>Д. беспокойство ребенка</i> <i>Е. живот при пальпации болезненный</i> <i>Ж. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»</i>	В
114	<i>Наиболее значимым симптомом для «заворота кишечника» у новорожденного является:</i> <i>А. беспокойство</i>	Д

	<i>Б. рвота с желчью</i> <i>В. болезненный при пальпации живот</i> <i>Д. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»</i>	
115	<i>Ведущим симптомом врожденной высокой кишечной непроходимости является:</i> <i>А. рвота</i> <i>Б. боли в животе</i> <i>В. отсутствие мекония</i>	<i>А</i>
116	<i>Ведущим симптомом врожденной низкой кишечной непроходимости является:</i> <i>А. рвота</i> <i>Б. боли в животе</i> <i>В. отсутствие мекония</i>	<i>В</i>
117	<i>Атрезия двенадцатиперстной кишки часто сочетается с синдромом:</i> <i>А. Беквита – Видемана</i> <i>Б. Смита- Опитца</i> <i>В. Дауна</i> <i>Г. Меккеля</i>	<i>В</i>
118	<i>Для высокой врожденной частичной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике</i> <i>Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отдела кишечника</i> <i>В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника;</i> <i>Г. множественные уровни жидкости</i>	<i>В</i>
119	<i>Для высокой врожденной полной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике</i>	<i>Б</i>

	<i>Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника</i> <i>В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника</i> <i>Г. множественные уровни жидкости</i>	
120	<i>Для атрезии подвздошной кишки в клинике основным характерным симптомом является:</i> <i>А. рвота застойным содержимым</i> <i>Б. вздутие живота</i> <i>В. беспокойство ребенка</i> <i>Г. стул в виде обесцвеченной слизи</i> <i>Д. стул в виде «малинового желе»</i>	Г
121	<i>На обзорной рентгенограмме при полной врожденной низкой кишечной непроходимости характерно:</i> <i>А. два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника</i> <i>Б. три или больше уровня уровней жидкости в петлях кишечника, затенение нижних отделов</i> <i>В. симптом «микроколон»</i>	Б
122	<i>Основным методом диагностики синдрома мальротации «средней кишки» является:</i> <i>А. обследование ЖКТ с контрастным веществом, введенным в желудок</i> <i>Б. пневмоирригография</i> <i>В. ирригография с водорастворимым контрастом</i> <i>Г. УЗИ органов брюшной полости</i>	В
123	<i>На ирригографии для синдрома мальротации «средней кишки» характерно:</i> <i>А. левостороннее расположение купола слепой кишки</i> <i>Б. высокое расположение купола слепой кишки</i> <i>В. левостороннее расположение толстой кишки с нетипичным</i>	В

	<i>расположение купола слепой кишки</i>	
124	<i>Пилоростеноз проявляется у детей в возрасте:</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. 7 - 10 дней</i> <i>В. 2 -4 недели</i> <i>Г. после 2-х месяцев</i> <i>Д. после 6-ти месяцев</i>	<i>В</i>
125	<i>Для пилоростеноза характерна:</i> <i>А. рвота неизменным молоком большим объемом</i> <i>Б. рвота створоженным молоком</i> <i>В. рвота створоженным молоком большим объемом с кислым запахом</i> <i>Г. рвота большим объемом с примесью желчи</i>	<i>В</i>
126	<i>При острой форме пилоростеноза в клинике характерен стул:</i> <i>А. скудный темный-зеленый</i> <i>Б. «ложные» запоры</i> <i>В. водянистый</i> <i>Г. частый жидкий</i>	<i>А</i>
127	<i>При острой форме пилоростеноза масса тела характеризуется:</i> <i>А. малой прибавкой</i> <i>Б. возрастным дефицитом</i> <i>В. быстрым снижением</i> <i>Г. отсутствием прибавки</i> <i>Д. неравномерной прибавкой</i>	<i>В</i>
128	<i>При подострой форме пилоростеноза масса тела характеризуется:</i> <i>А. малой прибавкой</i> <i>Б. возрастным дефицитом</i>	<i>Б</i>

	<i>В. прогрессирующим снижением</i> <i>Г. отсутствием прибавки</i> <i>Д. неравномерной прибавкой</i>	
129	<i>Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:</i> <i>А. склонность к запорам</i> <i>Б. желтуха</i> <i>В. рвота «фонтаном»</i> <i>Г. олигурия</i> <i>Д. потеря в массе тела</i>	<i>В</i>
130	<i>При подострой форме пилоростеноза в клинике характерен стул:</i> <i>А. скудный темный-зеленый</i> <i>Б. «ложные» запоры</i> <i>В. водянистый</i> <i>Г. частый жидкий</i>	<i>Б</i>
131	<i>При объективном осмотре при пилоростенозе характерен симптом:</i> <i>А. Воскресенского</i> <i>Б. Вааля</i> <i>В. «песочных часов»</i> <i>Г. Данса</i>	<i>В</i>
132	<i>Для диагностики пилоростеноза в настоящее время в основном используют:</i> <i>А. пальпацию пилорического отдела желудка под наркозом</i> <i>Б. рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта с барием</i> <i>В. УЗИ желудка</i> <i>Г. эзофагогастроскопию</i>	<i>В</i>
133	<i>Для врожденного пилоростеноза на УЗИ характерно:</i> <i>А. длина пилорического отдела < 14- мм, толщина стенки</i>	<i>В</i>

	<i>пилорического отдела 4 мм</i> <i>Б. длина пилорического отдела 16 мм, толщина стенки пилорического отдела < 4 мм</i> <i>В. длина пилорического отдела > 14- мм, толщина стенки пилорического отдела > 4 мм</i>	
134	<i>Из перечисленных симптомов наиболее достоверным является:</i> <i>А. симптом «песочных часов»</i> <i>Б. гипотрофия</i> <i>В. вздутие в эпигастрии после кормления</i> <i>Г. пальпация утолщенного пилорического отдела желудка</i> <i>Д. олигурия</i>	<i>Г</i>
135	<i>Для пилоростеноза на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. два газовых пузыря с двумя уровнями жидкости, расположенные в эпигастральной области, обеднение газом петель кишечника</i> <i>Б. симптом «клюва»</i> <i>В. увеличенный в размерах желудок с уровнем жидкости, обеднение газом петель кишечника</i>	<i>В</i>
136	<i>Алгоритм обследования больного с подозрением на пилоростеноз включает:</i> <i>А. объективный осмотр, сбор анамнеза, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, обследование желудочно-кишечного тракта с барием, ФГДС, анализы</i> <i>Б. сбор анамнеза, объективный осмотр, ФГДС, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, обследование желудочно-кишечного тракта с барием</i> <i>В. сбор анамнеза, объективный осмотр, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, УЗИ желудка, ФГДС, обследование желудочно-кишечного тракта с барием</i>	<i>В</i>
137	<i>Острую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:</i>	<i>В</i>

	<i>А. псевдопилоростеноза</i> <i>Б. кишечной инфекции</i> <i>В.. халази кардии</i> <i>Г. заворота кишечника</i>	
138	<i>Подострую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:</i> <i>А аэрофагии</i> <i>Б. вегетоабдоминального синдрома</i> <i>В пилороспазма</i> <i>Г псевдопилоростеноза</i>	<i>Г</i>
139	<i>Желудочно-пищеводный рефлюкс проявляется:</i> <i>А. с рождения</i> <i>Б. с 2-3-х недельного возраста</i> <i>В. с 2-3 месяцев</i>	<i>А</i>
140	<i>Для диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса необходимо провести:</i> <i>А. фиброгастроскопию, контрастную рентгенографию пищевода и желудка</i> <i>Б. фиброгастроскопию, рентгеноскопию пищевода и желудка с контрастом в положении лежа или Тренделенбурга</i> <i>В. фиброгастроскопию, КТ</i>	<i>Б</i>
141	<i>Лечение пилоростеноза:</i> <i>А. оперативное</i> <i>Б. консервативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>	<i>А</i>
142	<i>Для атрезии желчевыводящих путей в первые две недели жизни характерно:</i> <i>А. обесцвеченный стул с 5-6 суток, желтуха с 3-4 дня, темная моча, состояние ребенка страдает;</i> <i>Б. желтуха с 3-4 дня, обесцвеченный стул в течении 10 дней,</i>	<i>Б</i>

	темная моча, состояние ребенка не страдает; В. желтуха с рождения, гепатомегалия, обесцвеченный стул с 3-5-го дня.	
143	Дифференцировать атрезию желчевыводящих путей у новорожденных в первые две недели жизни необходимо: А. с холестазом; Б. с гемолитической желтухой; В. с внутриутробным гепатитом; Г. с затянувшейся физиологической желтухой.; Д. со всем перечисленным.	Д
144	Классической триадой симптомов для кисты общего желчного протока являются.: А. обесцвеченный стул, постоянные боли в правом подреберье, темная моча; Б. рецидивирующие боли в правом подреберье или эпигастрии, пермежающаяся желтуха, пальпируемая опухоль у края печени; В. приступообразные боль в эпигастрии, симптом пальпируемой опухоли, повышение температуры тела	Б
145	При атрезии желчевыводящих путей в биохимическом анализе превалирует: А. прямой билирубин; Б. непрямой билирубин	А
146	Стенозы большого дуоденального сосочка (БДС) могут быть обусловлены: А. хронической дуоденальной непроходимостью; Б. мембраной, гипоплазией или хористой БДС; В. кистозным расширением желчных протоков.	Б
147	Ведущим симптомом атрезии атрезии желчевыводящих путей (ЖВП) является: А. ранняя желтуха; Б. ахоличный стул;	Б

	<i>В. увеличение печени в размерах</i>	
148	<i>К не коррегируемым порокам развития ЖВП относится:</i> <i>А. атрезия наружных желчевыводящих путей;</i> <i>Б. атрезия дистального отдела общего желчного протока;</i> <i>В. внутripеченочная атрезия желчевыводящих путей</i>	<i>В</i>
149	<i>Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является:</i> <i>А. наследственность;</i> <i>Б. гормональные нарушения;</i> <i>В. пороки развития желчного пузыря;</i> <i>Г. нарушения обменных процессов;</i> <i>Д. хронический гепатит</i>	<i>В</i>
150	<i>Операция Касаи показана при:</i> <i>А. атрезии наружных желчевыводящих путей;</i> <i>Б. атрезии внутripеченочных протоков;</i> <i>В. кисте холедоха.</i>	<i>А</i>
151	<i>Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является:</i> <i>А. УЗИ;</i> <i>Б. сцинтиграфия;</i> <i>В. ретроградная холецистопанкреатография;</i> <i>Г. релаксационная дуоденография.</i>	<i>В</i>
152	<i>Поперечная перегородка желчного пузыря в виде «фригийской шапочки» локализуется:</i> <i>А. в шейке пузыря;</i> <i>Б. в области дна пузыря;</i> <i>В. теле пузыря</i>	<i>Б</i>
153	<i>Основным симптомом атрезии ЖВП является:</i> <i>А. ранняя желтуха;</i>	<i>Б</i>

	<i>Б. ахоличный стул;</i> <i>В. увеличение печени в размерах</i>	
154	<i>К регистрируемым порокам развития ЖВП относится:</i> <i>А. один или два печеночных протока проходимы, но диаметр их слишком мал;</i> <i>Б. непроходимость дистального отдела общего желчного протока;</i> <i>В. в воротах печени отсутствуют протоки</i>	<i>Б</i>
155	<i>Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является:</i> <i>А. УЗИ;</i> <i>Б. сцинтиграфия;</i> <i>В. ретроградная холецистопанкреатография;</i> <i>Г. релаксационная дуоденография.</i>	<i>В</i>
156	<i>Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является:</i> <i>А. наследственность;</i> <i>Б. гормональные нарушения;</i> <i>В. пороки развития желчного пузыря;</i> <i>Г. нарушения обменных процессов;</i> <i>Д. хронический гепатит</i>	<i>В</i>
157	<i>При нарушении облитерации желточного протка может образоваться все, кроме:</i> <i>А. полный свищ пупка</i> <i>Б. неполный свищ пупка</i> <i>В. дивертикул Меккеля</i> <i>Г. киста брыжейки тонкой кишки</i> <i>Д. киста желточного протока</i>	<i>Г</i>
158	<i>Относительным противопоказанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является:</i>	

	<i>А. мацерация кожных покровов</i> <i>Б. эвагинация кишечника</i> <i>В. кровотечение из слизистой</i> <i>Г. потеря кишечного содержимого</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i>	<i>А</i>
159	<i>Дивертикул Меккеля, это</i> <i>А. нарушение облитерации дистальной части урахуса</i> <i>Б. нарушение облитерации проксимальной части желточного проток</i> <i>В. нарушение облитерации дистальной части желточного протока</i> <i>Г. нарушение процесса реканализации кишечной трубки в эмбриогенезе</i>	<i>В</i>
160	<i>Полный свищ желточного протока может осложниться всем, кроме:</i> <i>А. инфицированием передней брюшной стенки</i> <i>Б. эвагинацией кишечника</i> <i>В. кровотечением из слизистой кишечной стенки</i> <i>Г. гипотрофией</i> <i>Д. инвагинацией кишечника</i>	<i>Д</i>
161	<i>Экстренным показанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является:</i> <i>А. мацерация кожных покровов</i> <i>Б. эвагинация кишечника</i> <i>В. кровотечение из слизистой</i> <i>Г. потеря кишечного содержимого</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i>	<i>Б</i>
162	<i>Для гастрошизиса не характерно:</i> <i>А. дефект в брюшной стенке до 2-3 см</i>	<i>Г</i>

	<i>Б. кишечник укорочен в 3-4 раза</i> <i>В. стенка кишечника отечна</i> <i>Г. имеется грыжевой мешок, покрытый фибрином</i> <i>Д. пуповина отходит нормально, справа от дефекта</i> <i>Е. ни чего из перечисленного</i>	
163	<i>Гастрошизис может сочетаться:</i> <i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i> <i>Б. с пороками сердца</i> <i>В. с атрезиями кишечной трубки</i> <i>Г. с синдромом Дауна</i>	<i>В</i>
164	<i>При рождении ребенка с гастрошизисом необходимо:</i> <i>А. укутать эвентрированные петли кишечника теплыми салфетками и срочно перевести в хирургический стационар</i> <i>Б. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, ввести антибиотики и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар</i> <i>В. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, укутать теплыми ватно-марлевыми салфетками, ввести анальгетики, антибиотики, установить зонд в желудок, сделать очистительную клизму, назначить инфузионную терапию и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар</i>	<i>В</i>
165	<i>Грыжей пупочного канатика средних размеров считают, если:</i> <i>А. грыжевой мешок содержит только 2-3 петли кишечника</i> <i>Б. грыжевой мешок содержит только петли кишечника</i> <i>В. грыжевой мешок содержит только петли кишечника и незначительную часть печени</i> <i>Г. грыжевой мешок содержит петли кишечника и большую часть печени</i>	<i>Б</i>
166	<i>Образования грыж пупочного канатика не связано с:</i> <i>А. отсутствием вращения кишечника</i>	<i>В</i>

	<i>Б. недоразвитием брюшной полости</i> <i>В. недоразвитием брюшной стенки</i>	
167	<i>Грыжа пупочного канатика может сочетаться</i> <i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i> <i>Б. VACTERL-ассоциацией пороков</i> <i>В. с атрезиями желчевыводящих путей</i> <i>Г. с синдромом Дауна</i>	<i>А</i>
168	<i>Оперативное лечение пупочных грыж проводят:</i> <i>А. по установлению диагноза;</i> <i>Б. в возрасте 3-лет;</i> <i>В. в возрасте 4-х лет;</i> <i>Г. после 5 лет.</i>	<i>Г</i>
169	<i>Грыжи белой линии живота лечат:</i> <i>А. консервативно;</i> <i>Б. оперативно;</i> <i>В. оперативно при неэффективности консервативной терапии.</i>	<i>Б</i>
170	<i>Острая форма болезни Гиришпруга проявляется в возрасте:</i> <i>А. с первых дней жизни</i> <i>Б. в возрасте 1-3-х месяцев</i> <i>В. после введения прикорма</i>	<i>А</i>
171	<i>Первые симптомы подострой формы болезни Гиришпруга проявляется в возрасте:</i> <i>А. с первых дней жизни</i> <i>Б. в возрасте 1-3-х месяцев</i> <i>В. после введения прикорма</i> <i>Г. после года</i>	<i>Б</i>
172	<i>Первые симптомы хронической формы болезни Гиришпруга проявляется в возрасте:</i> <i>А. с первых дней жизни</i> <i>Б. в возрасте 1-3-месяцев</i> <i>В. после введения прикорма</i>	<i>В</i>

	<i>Г. после года</i>	
173	<i>Укажите характерные рентгенологические признаки болезни Гиришпрунга на контрастной ирригграмме:</i> <i>А. расширение толстой кишки, сглаженность гаустрации, не полное опорожнение кишечника</i> <i>Б. суженная зона в дистальном отделе толстой кишки и расширение супрастенотической зоны</i> <i>В. удлинение и расширение сигмовидной кишки, задержка опорожнения кишечника</i>	<i>Б</i>
174	<i>Из предложенных методов диагностики уровня атрезии прямой кишки в первые часы после рождения наиболее информативным является:</i> <i>А. боковая инвертограмма через 24 – 26 часов после рождения;</i> <i>Б. пункция промежности;</i> <i>В. выявление симптома толчка;</i> <i>Г. УЗИ промежности</i>	<i>Г</i>
175	<i>При атрезии ануса и прямой кишки боковую инвертограмму по Вангенстину необходимо выполнить:</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. через 5-6 часов после рождения</i> <i>В.. через 16-18 часов после рождения</i>	<i>В</i>
176	<i>Из перечисленных методов диагностики уровня атрезии ануса и прямой кишки наиболее достоверным в первые часы после рождения является:</i> <i>А. УЗИ промежности</i> <i>Б. пункция промежности</i> <i>Б. выявление симптома толчка</i> <i>В. рентгенограмма по Вангенстину.</i>	<i>А</i>
177	<i>При атрезии прямой кишки у девочек не может быть свища:</i> <i>А. на промежность</i> <i>Б. во влагалище</i> <i>В. в преддверие влагалища</i> <i>Г. в матку</i> <i>Д. в мочевого пузырь</i>	<i>Д</i>

	<i>Пороки развития и заболевания органов грудной клетки</i>	
178	<i>Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем может сочетаться:</i> <i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i> <i>Б. с VACTERL-ассоциацией пороков</i> <i>В. с синдромом Эллиса</i> <i>Г. синдром Пьера-Робина</i> <i>Д со всем перечисленным</i>	<i>Б</i>
179	<i>Рентгеноконтрастное обследование при подозрении на атрезию пищевода проводится:</i> <i>А. 5% барием, разведенным на молоке в объеме 1 мл</i> <i>Б. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме 5 мл</i> <i>В. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме не более 1 мл</i> <i>Г. водорастворимым контрастным веществом в объеме 1 мл</i>	<i>В</i>
180	<i>При атрезии пищевода на рентгенограмме с контрастированием верхнего сегмента можно определить все, кроме:</i> <i>А. уровень атрезии</i> <i>Б. форму атрезии (наличие или отсутствие трахеопищеводного свища)</i> <i>В. изменения со стороны легких</i> <i>Г. сопутствующие пороки развития со стороны ЖКТ</i> <i>Д. позвоночника, конечностей</i> <i>Е. почек</i>	<i>Е</i>
181	<i>При атрезии пищевода в роддоме необходимо:</i> <i>А. респираторный уход, антибактериальная терапия, ИВЛ, перевод ребенка в специализированное хирургическое отделение по установлению диагноза</i>	<i>Б</i>

	<i>Б. респираторный уход, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения</i> <i>В. установка КПВ для проведения инфузионной терапии, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения</i>	
182	<i>Из ниже перечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:</i> <i>А. гастро-эзофагеальный рефлюкс</i> <i>Б. стеноз пищевода</i> <i>В. реканализация трахеопищеводного свища</i> <i>Г. дисфагия,</i> <i>Д. аспирационная пневмония</i>	<i>Б</i>
183	<i>Характерным симптомом изолированного трахеопищеводного свища является:</i> <i>А. одышка</i> <i>Б. цианоз</i> <i>В. гиперсаливация</i> <i>Д. кашель во время кормления</i>	<i>Д</i>
184	<i>Осложнением трахеопищеводного свища является:</i> <i>А. эзофагит</i> <i>Б. бронхит</i> <i>В. аспирационная пневмония</i> <i>Г. гастро-эзофагеальный рефлюкс</i>	<i>В</i>
185	<i>Первым симптомом рубцового послеожогового стеноза пищевода является:</i> <i>А. боль за грудиной</i> <i>Б. изжога</i>	<i>Г</i>

	<i>В. потеря массы тела</i> <i>Г. затруднения при глотании</i>	
186	<i>Первые признаки диафрагмы появляются у эмбриона на:</i> <i>А. 3 – 4 –ой неделе</i> <i>Б. 5 – 6 -ом месяце</i> <i>В. 3 –ем месяце</i>	<i>А</i>
187	<i>При недоразвитии поперечной перегородки образуются грыжи:</i> <i>А. пищевого отверстия диафрагмы</i> <i>Б. переднего отдела диафрагмы</i> <i>В. заднего отдела диафрагмы</i>	<i>Б</i>
188	<i>При задержке опускания желудка формируются грыжи:</i> <i>А. пищевого отверстия диафрагмы</i> <i>Б. переднего отдела диафрагмы</i> <i>В. заднего отдела диафрагмы</i>	<i>А</i>
189	<i>При грыжах пищевого отверстия диафрагмы ведущим симптомом является:</i> <i>А. рвота или срыгивания</i> <i>Б. отставание в массе тела</i> <i>В. беспокойство во время кормления</i> <i>Г. изжога</i> <i>Д. запоры</i>	<i>А</i>
190	<i>Для грыж пищевого отверстия диафрагмы у детей старшего возраста не характерны:</i> <i>А. изжога</i> <i>Б. боли за грудиной</i> <i>В. рвота</i> <i>Г. анемия</i> <i>Д. запоры</i>	<i>Д</i>

191	<i>При ложной диафрагмальной грыже отсутствует:</i> <i>А. грыжевое содержимое</i> <i>Б. грыжевые ворота</i> <i>В. грыжевой мешок</i> <i>Г. грыжевой мешок и грыжевые ворота</i> <i>Д. грыжевое содержимое и грыжевой мешок</i>	<i>В</i>
192	<i>Френоперикардальная грыжа, это перемещение органов брюшной полости в:</i> <i>А. заднее средостение</i> <i>Б. переднее средостение</i> <i>В. перикард</i>	<i>В</i>
193	<i>Ведущим синдромом при грыжах собственно диафрагмы (диафрагмально-плевральных) является:</i> <i>А. геморрагический;</i> <i>Б. синдром внутригрудного напряжения;</i> <i>В. абдоминальный синдром.</i>	<i>Б</i>
194	<i>Диафрагмальные грыжи собственно диафрагмы у детей старшего возраста дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме:</i> <i>А. киста легкого</i> <i>Б. поликистозм легкого</i> <i>В. рецидивирующая кишечная непроходимость</i> <i>Г. гипоплазия легкого</i>	<i>Г</i>
195	<i>У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания при аускультации. Органы смещения смещены вправо. При бронхоскопии отсутствует правый главный бронх.</i> <i>А. гипоплазия легкого;</i> <i>Б. аплазия легкого;</i> <i>В. Агенезия легкого;</i>	<i>Б</i>

	<i>Г. ателектаз легкого.</i>	
196	<i>На обзорной рентгенограмме при гипоплазии одной из долей легкого характерно:</i> <i>А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.</i>	<i>В</i>
197	<i>При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:</i> <i>А. нижняя доля справа;</i> <i>Б. верхняя доля слева;</i> <i>В. нижняя доля слева;</i> <i>Г. верхняя доля справа;</i> <i>Д. средняя доля справа</i>	<i>Б</i>
198	<i>На обзорной рентгенограмме при лобарной эмфиземе характерно:</i> <i>А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.</i>	<i>Б</i>
199	<i>Основной причиной врожденной долевой эмфиземы легкого является:</i> <i>А. аспирация мекония</i> <i>Б. дефицит сурфактанта</i> <i>В. аномальное отхождение легочных сосудов</i>	<i>Г</i>

	<i>Г. аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха</i> <i>Д. опухоль средостения</i>	
200	<i>Укажите на симптом не характерный для врожденной долевой эмфиземы у новорожденного:</i> <i>А. одышка, цианоз при плаче</i> <i>Б. сердечно-сосудистая недостаточность</i> <i>В. западение живота</i> <i>Г. вздутие грудной клетки</i> <i>Д. смещение средостения в здоровую сторону</i>	<i>В</i>
201	<i>Наиболее частой локализацией легочной секвестрации является:</i> <i>А. нижняя доля справа;</i> <i>Б. верхняя доля слева;</i> <i>В. нижняя доля слева;</i> <i>Г. верхняя доля справа;</i> <i>Д. средняя доля справа</i>	<i>А</i>
202	<i>Из всего перечисленного паралич купола диафрагмы у новорожденного наиболее часто является:</i> <i>А. осложнением плевральной пункции</i> <i>Б. осложнением катетеризации подключичной вены.</i> <i>В. осложнением родовой травмы</i> <i>Г. осложнением медиастениита</i>	<i>В</i>
203	<i>Укажите, какой рентгенологический признак не характерен для врожденной диафрагмально-плевральной грыжи:</i> <i>А. отсутствие купола диафрагмы на стороне поражения</i> <i>Б. высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения</i> <i>В. ячеистый рисунок в грудной полости</i> <i>Г. смещение средостения в больную сторону</i> <i>Д. смещение органов средостения в здоровую сторону</i>	<i>Г</i>
204	<i>Какой из рентгенологических симптомов не характерен для</i>	

	<i>диафрагмально-плевральной грыжи:</i> <i>А. ячеистый рисунок; смещение границ сердца в здоровую сторону</i> <i>Б. высокое стояние купола диафрагмы</i> <i>В. низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения</i> <i>Г. отсутствие купола диафрагмы на должном месте</i>	<i>В</i>
205	<i>В периоде новорожденности наиболее часто проявляется:</i> <i>А. левосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа</i> <i>Б. правосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа</i> <i>В. френоперикардальная диафрагмальная грыжа</i> <i>Г. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы</i>	<i>А</i>
206	<i>Для ограниченного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. скопление воздуха в плевральной полости, легкое колабированно к корню</i> <i>Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости без смещения органов средостения в здоровую сторону</i> <i>В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону</i> <i>Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения со смещением средостения в здоровую сторону</i>	<i>Б</i>
207	<i>Для острого напряженного пневмоторакса характерно все, кроме:</i> <i>А. одышка</i> <i>Б. тахикардия</i> <i>В. смещение границ сердца в здоровую сторону</i> <i>Г. притупление перкуторного звука на стороне поражения</i> <i>Д. коробочный перкуторный звук на стороне поражения</i>	<i>Г</i>
208	<i>Для внеперикардального медиастанального напряжения (медиастанит) характерно:</i> <i>А. увеличение одной из половин грудной клетки, гипертермия,</i>	<i>Б</i>

	<i>тахикардия, одышка</i> <i>Б. набухание и пульсация шейных вен, одутловатость лица, гипертермия, тахикардия, одышка</i> <i>В. подкожная эмфизема в области шеи и грудной клетки, тахикардия, одышка</i>	
209	<i>Пульсация и набухание шейных вен, сглаженность надключичных ямок, одутловатость шеи, лица характерны для:</i> <i>А. синдрома внутри плеврального напряжения</i> <i>Б. синдрома внутри перикардального напряжения</i> <i>В. синдрома внеперикардального медиастинального напряжения</i> <i>Г. для всего перечисленного</i>	<i>В</i>
210	<i>Для напряженного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. скопление воздуха в плевральной полости, колабированное к корню легкое</i> <i>Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в в больную сторону</i> <i>В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону</i> <i>Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения</i>	<i>В</i>
211	<i>Внутрилегочное напряжение при ОГДП может быть обусловлено:</i> <i>А. пиотораксом</i> <i>Б. абсцессом легкого</i> <i>В. напряженной буллой</i> <i>Г. напряженным пневмотораксом</i>	<i>В</i>
212	<i>Укажите метод лечения фибропиоторакса:</i> <i>А. пункции плевральной полости</i> <i>Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией</i> <i>В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией</i> <i>Г. торакоскопия с дренированием плевральной полости с</i>	<i>Г</i>

	<i>активной аспирацией</i> <i>Д. все перечисленное</i>	
213	<i>Воздушная полость (булла) может осложниться:</i> <i>А. пиоторакс</i> <i>Б. нагноением</i> <i>В. пневмоторакс</i> <i>Г. пиопенемоторакс</i>	<i>В</i>
214	<i>Укажите метод местного лечения плащевидного серозного плеврита:</i> <i>А. пункции плевральной полости,</i> <i>Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией,</i> <i>В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией,</i> <i>Г. все перечисленное</i>	<i>А</i>
215	<i>При плащевидном плеврите необходимо выполнить:</i> <i>А. дренирование плевральной полости по Бюлау</i> <i>Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. пункцию плевральной полости</i> <i>Г. бронхоскопию</i>	<i>В</i>
216	<i>При напряженном пневмотороксе необходимо выполнить:</i> <i>А. дренирование плевральной полости по Бюлау</i> <i>Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. пункцию плевральной полости</i> <i>Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау</i>	<i>Б</i>
217	<i>При напряженном пневмотороксе с бронхоплевральным свищом необходимо выполнить:</i> <i>А. дренирование плевральной полости по Бюлау</i> <i>Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i>	<i>Г</i>

	<i>В. пункцию плевральной полости</i> <i>Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау</i>	
218	<i>Укажите метод лечения пиоторакса:</i> <i>А. пункция плевральной полости</i> <i>Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией</i> <i>В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией</i> <i>Г. все перечисленное</i>	<i>В</i>
219	<i>Синдром внутрилегочного напряжения при ОГДП может быть обусловлен:</i> <i>А. пиотораксом</i> <i>Б. абсцессом легкого</i> <i>В. напряженной буллой</i> <i>Г. напряженным пневмотораксом</i> <i>Д. всем перечисленным</i> <i>Е. ни чем из перечисленного</i>	<i>В</i>
220	<i>Для абсцесса легкого на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокального воспаления</i> <i>Б. округлое образование с уровнем жидкости с перифокальным воспалением</i> <i>В. округлое образование без уровня жидкости</i>	<i>Б</i>
221	<i>Лечение остеохондропатий включает все, кроме:</i> <i>А. антибактериальная терапия</i> <i>Б физиотерапия</i> <i>В. ЛФК</i> <i>Г. исключение физической нагрузки на проаженный сегмент опорно-двигательного аппарата</i>	<i>А</i>

	<i>Д. общеукрепляющая терапия</i>	
222	<i>В механизме образования ВДГК основное место занимают::</i> <i>А. перенесенный рахит, диспропорция роста грудины и ребер;</i> <i>Б. диспропорция роста грудины и ребер. диспластические изменения хрящевой и соединительной ткани скелета грудной клетки;</i> <i>В. перенесенный рахит, диспластические изменения хрящевой и соединительной ткани скелета грудной клетки..</i>	<i>Б</i>
223	<i>ВДГК сразу после рождения проявляется:</i> <i>А. выраженной деформацией грудины.</i> <i>Б. западение ребер и грудины при выдохе,</i> <i>В. западение ребер и грудины при вдохе.</i>	<i>В</i>
	<i>ВДГК может сочетается с синдромом:</i> <i>А. Беквида –Видеман,</i> <i>Б. Марфана,</i> <i>В. Дауна,</i> <i>Г. Егера</i>	<i>Б</i>
224	<i>ВДГК может сочетается с синдромом:</i> <i>А. Элерса-Данло;</i> <i>Б. Нунан;</i> <i>В. ассоциация VATER;</i> <i>Г. ассоциация CHARGE</i>	<i>А</i>
225	<i>Наиболее часто ВДГК начинает прогрессировать.</i> <i>А. до 3-5 лет,</i> <i>Б. в период ускоренного роста ребенка.</i> <i>В. в пубертатный период.</i>	<i>А</i>
226	<i>Выделяют:</i> <i>А. 2 степени ВДГК.</i> <i>Б. 3 степени ВДГК,</i>	<i>Б</i>

	<i>В. 4 степени ВДГК,</i> <i>Г. 5 степеней ВДГК</i>	
227	<i>Для компенсированной стадии ВДГК характерно:</i> <i>А. наличие только косметического дефекта,</i> <i>Б. наличие только косметического дефекта, функциональные нарушения со стороны легких и сердца при физической нагрузке.</i>	<i>А</i>
228	<i>Для субкомпенсированной стадии ВДГК характерно:</i> <i>А. наличие только косметического дефекта,</i> <i>Б. наличие косметического дефекта, умеренно выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца при нагрузке.</i> <i>В. выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца.</i>	<i>Б</i>
	<i>Для диагностики степени ВДГК применяют:</i> <i>А. рентгенологические методы,</i> <i>Б. функциональные,</i> <i>В. рентгенологические и функциональные методы.</i>	<i>В</i>
229	<i>Абсолютным показанием к оперативному лечению при врожденной воронкообразной деформации грудной клетки является:</i> <i>А. наличие косметического дефекта</i> <i>Б. сердечно-легочная недостаточность</i> <i>В. симптом «парадоксального вдоха»</i>	<i>Б</i>
	Урология	
230	<i>Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:</i> <i>А. пиурию</i> <i>Б. альбуминурию</i> <i>В. микрогематурию</i> <i>Г. макрогематурию</i> <i>Д. оксалатурию</i>	<i>Г</i>

	<i>Е. все перечисленное</i> <i>Ж. ничего из перечисленного</i>	
231	<i>Основной клинический признак атрезии прямой кишки со свищем в мочевую систему:</i> <i>А. моча окрашенная меконием в момент начала мочеиспускания,</i> <i>Б. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания,</i> <i>В. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания, последние порции окрашены более интенсивной</i> <i>сопровождаются отхождением газов.</i>	<i>В</i>
232	<i>Какой из перечисленных пороков развития относится к обструктивным уropатиям?:</i> <i>А. мультыкистоз,</i> <i>Б. гипоплазия,</i> <i>В. гидронефроз,</i> <i>Д поликистоз</i>	<i>В</i>
233	<i>Гидронефроз, это</i> <i>А. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы,</i> <i>Б. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника,</i> <i>В. каликопиелозктазия,</i> <i>Г. наличие кисты в паренхиме почки</i>	<i>А</i>
234	<i>Причиной гидронефроза является:</i> <i>А. стеноз устья мочеточника</i> <i>Б. нарушение оттока мочи на уровне пиелоуретрального сегмента</i> <i>В. нейромышечная дисплазия мочеточника</i>	<i>Б</i>
235	<i>Гидронефроз у новорожденных наиболее часто проявляется:</i> <i>А. пиелонефритом</i> <i>Б. симптомом пальпируемой опухоли в брюшной полости</i> <i>В. болевым симптомом</i>	<i>Б</i>
236	<i>Основным признаком гидронефроза считают:</i> <i>А. наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника.</i> <i>Б. признаки нарушения сократительной способности лоханки.</i> <i>В. признаки вторичного пиелонефрита.</i>	<i>А</i>

	<i>Г. истончение паренхимы.</i> <i>Д. признаки снижения почечного кровотока</i>	
237	<i>Микционная цистоуретрография является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме:</i> <i>А. пузырно-мочеточникового рефлюкса</i> <i>Б. рефлюксирующего уретерогидронефроза</i> <i>В. стеноза шейки мочевого пузыря</i> <i>Г. стеноза уретры у девочек</i> <i>Д. нефроптоза</i>	Д
238	<i>Мультикистозная дисплазия почки, это:</i> <i>А. замещение участка почки многокамерной кистой, не сообщающейся с лоханкой</i> <i>Б. одна почка замещена кистозными полостями</i> <i>В. две почки замещены кистозными полостями</i>	Б
239	<i>Постоянное капельное недержание мочи у ребенка на фоне нормального мочеиспускания характерно для:</i> <i>А. тазовой дистопии почки</i> <i>Б. неполного удвоения почки</i> <i>В. стеноза уретры</i> <i>Г. эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек</i> <i>Д. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря</i>	Г
240	<i>УЗИ является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме:</i> <i>А. нефроптоза</i> <i>Б. гидронефроза</i> <i>В. поликистоза</i> <i>Г. рефлюксирующего уретерогидронефроза</i> <i>Д. всего перечисленного</i>	Г
241	<i>Причиной рефлюксирующего мегауретера не является:</i> <i>А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника</i> <i>Б. стеноз устья мочеточника</i>	Б

	<i>В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника</i> <i>Г. дистопия устья мочеточника</i> <i>Д. пузырно-мочеточниковый рефлюкс</i>	
242	<i>Причиной нерефлюксирующего мегауретера является:</i> <i>А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника</i> <i>Б. дистопия устья мочеточника</i> <i>В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника</i> <i>Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника</i>	<i>А</i>
243	<i>Причиной нерефлюксирующего мегауретера является:</i> <i>А.пузырно-мочеточниковый рефлюкс;</i> <i>Б. дистопия устья мочеточника</i> <i>В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника</i> <i>Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника;</i> <i>Д. стеноз устья мочеточника</i>	<i>Д</i>
244	<i>Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при:</i> <i>А.цистоскопии</i> <i>Б. экскреторной урографии</i> <i>В. микционной цистоуретрография</i> <i>Г урофлуометрии</i> <i>Д. цистометрии</i>	<i>В</i>
245	<i>Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:</i> <i>А. нарушение мочеиспускания</i> <i>Б. болевой симптом</i> <i>В. энурез</i> <i>Г. поллакиурия</i>	<i>Б</i>
246	<i>Экскреторная урография противопоказана при:</i> <i>А. остром пиелонефрите</i> <i>Б. травме почки</i> <i>В. почечной колике</i> <i>Г. анурии</i> <i>Д. макрогематурия</i>	<i>Г</i>
247	<i>Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для:</i>	

	<i>А. удвоения почки</i> <i>Б. гидронефроза</i> <i>В. нефроптоза</i> <i>Г. разрыва почки</i>	<i>Г</i>
248	<i>Из перечисленных аномалий развития почек к аномалиям структуры относится:</i> <i>А. дистопия почки</i> <i>Б. мультикистоз почки</i> <i>В. подковообразная почка</i> <i>Г. удвоение почки</i> <i>Д. S-образная почка</i> <i>Е. гидронефроз</i>	<i>Б</i>
249	<i>Какой из перечисленных пороков развития почки, как правило, является двусторонним:</i> <i>А. мультикистоз</i> <i>Б. гипоплазия</i> <i>В. гидронефроз</i> <i>Д. поликистоз</i>	<i>Д</i>
250	<i>Основное отличие поясничной дистопии почки от нефроптоза состоит:</i> <i>А. в отсутствии по УЗИ подвижности почки,</i> <i>Б. в поясничном положении почки,</i> <i>В. в эхографических признаков ротации почки.</i> <i>Г. в расширении мочеточника опущенной почки.</i> <i>Д. в наличии почки в поясничном отделе при положении пациента стоя.</i>	<i>Д</i>
251	<i>Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является:</i> <i>А. наличие кист в паренхиме обеих почек,</i> <i>Б. увеличение почек в размерах,</i>	<i>А</i>

	<i>В. диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны,</i> <i>Г. деформация чашечно-лоханочной системы,</i> <i>Д. расширение чашечно-лоханочной системы</i>	
252	<i>Основным эхографическим признаком мультикистоза почки у детей является:</i> <i>А. увеличение в размерах одной из почек.</i> <i>Б. полное замещение кистами одной из почек,</i> <i>В. выявление в паренхиме отдельных кистозных включений,</i> <i>Г. деформация чашечно-лоханочной системы,</i> <i>Д. расширение чашечно-лоханочной системы</i>	<i>Б</i>
253	<i>Для гиперрефлекторного мочевого пузыря характерно:</i> <i>А. задержка мочеиспускания</i> <i>Б. императивные позывы к мочеиспусканию</i> <i>В. редкое мочеиспускание</i> <i>Г. затрудненное мочеиспускание</i>	<i>Б</i>
254	<i>8. Для гипорефлекторного мочевого пузыря характерно:</i> <i>А. задержка мочеиспускания</i> <i>Б. императивные позывы к мочеиспусканию,</i> <i>В. редкое мочеиспускание</i> <i>Г. затрудненное мочеиспускание</i>	<i>В</i>
255	<i>Варикоцеле у детей возникает в возрасте :</i> <i>А. до 3-х лет</i> <i>Б. до 9-10 лет</i> <i>В. после 9-10 лет</i>	<i>В</i>

256	Назовите симптомы варикоцеле: А. уменьшенное в размерах яичка Б. гиперемия мошонки В. симптом «дождевых червей» Г. урчание при пальпации	В
257	Лечение варикоцеле: А. оперативное при любой степени; Б. консервативное при I степени; В. оперативное только при II – III степени	А
258	Причиной возникновения паховой грыжи является: А. повышение внутрибрюшного давления Б. незаращение влагалищного отростка В. нарушением лимфооттока. Г. расширенное наружное паховое кольцо	Б
259	Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается: А. к 28 неделе внутриутробного развития Б. к рождению ребенка В. к 1-му году Г. к 2-3 –м годам Д. к 3-м годам.	В
260	Симптом «урчания» характерен для: А. ущемленной паховой грыжи Б. для водянки оболочек яичка В. для неосложненной пахово-мошоночной грыжи	В
261	Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является: А. тошнота и рвота Б. периодически появляющееся эластичное выпячивание в пховой	Б

	области В. боли в животе Г. постоянное эластичное выпячивание в паховой области	
262	Неосложненная пахово-мошоночная грыжа характеризуется: А. симптомом урчания при вправлении, сужением наружного пахового кольца, положительным симптомом «кашлевого» толчка Б. симптомом просвечивания при диафаноскопии, симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка расширением наружного пахового кольца В. симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка, расширением наружного пахового кольца.	В
263	Выберите симптом, характерный для ущемленной пахово-мошоночной грыжи А. симптом «урчания» при вправлении Б. симптом «кашлевого толчка» В. невозможность вправления Г. увеличение мошонки в размерах Д. симптом «дождевых червей»	В
264	Показанием к плановому оперативному лечению при паховой грыже является: А. возраст ребенка Б. опасность ущемления	Б
265	Ущемленную паховую грыжу необходимо дифференцировать с: А. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом, орхоэпидидимитом Б. ущемлением яичка в паховом канале при крипторхизме, остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом В. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом	В

266	Консервативное вправление ущемленной паховой или пахово-мошоночной грыжи противопоказано во всех случаях, кроме: А. при давности ущемления более 8-12 часов Б. у девочек В. при наличии гиперемии кожи в области грыжевого выпячивания Г. давность ущемления не известна Д. у мальчиков, при ущемлении не более 8-12 часов	Д
267	Острый специфический орхит у детей: А. является редким заболеванием Б. частым заболеванием	А
268	Орхиты у детей чаще встречаются: А. первичные Б, вторичные	Б
269	Лечение вторичного орхита: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии	В
270	Лечение первичного орхита: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии	В
271	В этиологии острых заболеваний яичка у детей основное место занимает: А. механические факторы Б. незаращение влагалищного отростка В. инфекция	А
272	Синдром «отечной мошонки» включает все, кроме:	

	<i>А. увеличение мошонки в размерах</i> <i>Б. отек мягких тканей</i> <i>В. гиперемия кожи</i> <i>Г. боль</i> <i>Д. отсутствие болевого симптома</i>	<i>Д</i>
273	<i>Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме:</i> <i>А. перекрут гидатиды</i> <i>Б. заворот яичка</i> <i>В. водянка оболочек яичка</i> <i>Г. травма органов мошонки</i> <i>Д. идиопатический инфаркт яичка</i>	<i>В</i>
274	<i>Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме:</i> <i>А. острое поражение гидатиды</i> <i>Б. тромбоз сосудов семенного канатика</i> <i>В. орхоэпидидимит</i> <i>Д. варикоцеле</i>	<i>Д</i>
275	<i>При остром поражении гидатиды яичка возникает осложнение:</i> <i>А. водянка оболочек яичка</i> <i>Б. орхит</i> <i>В. нарушение кровообращения в яичке</i>	<i>Б</i>
276	<i>Из всех перечисленных симптомов для заворота яичка в первые 1-2 часа патогномоничным является:</i> <i>А. яичко болезненное при пальпации, снижение кремастерного рефлекса</i> <i>Б. яичко болезненное при пальпации, отек мошонки</i> <i>В. яичко болезненное при пальпации, подтянуто к корню</i> <i>Г. яичко болезненное при пальпации, увеличено в размерах</i>	<i>В</i>

277	Водянка оболочек яичка у детей до 1,5 – 2-х лет обусловлена: А. повышенным внутрибрюшным давлением; Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем В. незаращением влагалищного отростка Г. травмой пахово-мошоночной области	Б
278	Водянка оболочек яичка у детей после 2-х лет обусловлена: А. повышенным внутрибрюшным давлением Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем В. незаращением влагалищного отростка Г. травмой пахово-мошоночной области	В
279	Для несообщающейся водянки оболочек яичка характерно: А. увеличение мошонки в размерах отек мягких тканей, боль Б. отек мягких тканей, боль В. увеличение мошонки в размерах	В
280	При каких заболеваниях необходима срочная операция? А. паховая грыжа Б. киста семенного канатика В. ущемление паховой грыжи Г. варикоцеле	В
281	Консервативные мероприятия по вправлению ущемленной паховой грыжи показаны: А. если давность ущемления неизвестна; Б. при ущемлении более 8-12 часов; В. при наличии местных признаков воспаления; Г. у девочек; Д. у новорожденных и детей раннего возраста, если давность ущемления не более 12 часов.	Д
282	Остро возникшую кисту семенного канатика дифференцируют с:	

	<i>А. ущемленной паховой грыжей</i> <i>Б. острым лимфаденитом</i> <i>В. с паховым крипторхизмом</i>	<i>А</i>
283	<i>Ненапряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует:</i> <i>А. экстренного оперативного лечения</i> <i>Б. оперативного лечения в плановом порядке</i> <i>В. пункция оболочек яичка</i> <i>Г. наблюдение в динамике</i> <i>Д. гормональная терапия</i>	<i>Г</i>
284	<i>При напряженной водянке оболочек яичка у ребенка в возрасте 6 месяцев показано:</i> <i>А. наблюдение</i> <i>Б. оперативное лечение в экстренном порядке</i> <i>В. оперативное лечение в плановом порядке</i> <i>Г. пункция оболочек яичка</i> <i>Д. физиопроцедуры</i>	<i>Г</i>
285	<i>Ненапряженная водянка оболочек яичка у детей 2 х лет требует:</i> <i>А. экстренного оперативного лечения</i> <i>Б. оперативного лечения в плановом порядке</i> <i>В. пункция оболочек яичка</i> <i>Г. наблюдение в динамик</i> <i>Д. гормональная терапия</i>	<i>Б</i>
286	<i>Задержка яичка на пути следования в мошонку называется:</i> <i>А. истинный крипторхизм</i> <i>Б. эктопия яичка</i> <i>В. ложный крипторхизм</i>	<i>А</i>
287	<i>Полным недержанием мочи сопровождается:</i> <i>А. тотальная эписпадия,</i> <i>Б. промежностная гипоспадия.</i>	

	<i>В. клапан уретры.</i>	<i>А</i>
288	<i>Для экстрофии мочевого пузыря характерно:</i> <i>А. отсутствие участка передней брюшной стенки, недоразвитие половых органов, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза;</i> <i>Б. отсутствие участка передней брюшной стенки, отсутствие передней стенки мочевого пузыря, тотальная эписпадия, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза;</i> <i>В. недоразвитие мочевого пузыря, деформация половых органов, постоянное недержание мочи, врожденный вывих бедра</i>	<i>А</i>
289	<i>Причиной инфравезикальной обструкции из перечисленного является:</i> <i>А. стеноз устья мочеточника;</i> <i>Б. клапан, стеноз уретры;</i> <i>В. стеноз пиелоуретрального</i>	<i>Б</i>
290	<i>Основными жалобами инфравезикальной обструкции являются:</i> <i>А. гематурия, боли при мочеиспускании, периодическое недержание мочи;</i> <i>Б. затрудненное мочеиспускание, периодическое недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, в анализах мочи лейкоцитурия;</i> <i>В. атрудненное мочеиспускание, , в анализах мочи лейкоцитурия</i>	<i>Б</i>
291	<i>Гипоспадия, это:</i> <i>А. отсутствие верхней стенки уретры</i> <i>Б. недоразвитие полового члена;</i> <i>В. отсутствие нижней стенки уретры;</i> <i>Г. искривление полового члена</i>	<i>В</i>
292	<i>Для мошоночной формы гипоспадии характерно:</i> <i>А. половой член недоразвит, наружное отверстие уретры открывается на уровне мошонки, которая расщеплена и напоминает большие половые губы;</i> <i>Б. половой член похож на гипертрофированный клитор, мошонка расщеплена, отверстие уретры открывается на промежности;</i>	<i>Б</i>

	<i>В. половой член похож на гипертрофированный клитор, отверстие уретры открывается у корня мошонки.</i>	
293	<i>Эписпадия, это:</i> <i>А. отсутствие верхней стенки уретры</i> <i>Б. недоразвитие полового члена;</i> <i>В. отсутствие нижней стенки уретры;</i> <i>Г. искривление полового члена</i>	<i>А</i>
294	<i>Показание к оперативному лечению является:</i> <i>А. головчатая форма;</i> <i>Б стволовая форма;</i> <i>В. мошоночная форма;</i> <i>Г. промежностная форма;</i> <i>Д. гипоспадия без гипоспадии;</i> <i>Е. любая форма</i>	<i>Е</i>
295	<i>Фимоз, это:</i> <i>А. сужение крайней плоти;</i> <i>Б. это воспаление крайней плоти;</i> <i>В. недоразвитие крайней плоти,</i> <i>Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>	<i>А</i>
296	<i>Причиной фимоза не является:</i> <i>А. гипертрофия крайней плоти;</i> <i>Б. перенесенный баланопостит;</i> <i>В. насильственное оттягивание крайней плоти за головку полового члена.</i>	<i>В</i>
297	<i>Парафимоз, это:</i> <i>А. сужение крайней плоти;</i> <i>Б. это воспаление крайней плоти и головки полового члена;</i> <i>В. недоразвитие крайней плоти,</i>	<i>Г</i>

	<i>Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>	
298	<i>Баланопостит, это:</i> <i>А воспаление крайней плоти и головки полового члена;</i> <i>Б. воспаление крайней плоти</i> <i>В. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>	<i>А</i>
	Травматология	
299	<i>Доврачебная помощь при ранах включает:</i> <i>А. остановка кровотечения, наложение асептической повязки. введение антибиотиков</i> <i>Б. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация</i> <i>В. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация введение антибиотиков, введение антирабической сыворотки, иммобилизации</i>	<i>Б</i>
300	<i>Ранней хирургической обработкой раны считают, если рана обработана после травмы:</i> <i>А. до 6 часов</i> <i>Б. до 24 часов</i> <i>В. в первые двое суток</i>	<i>Б</i>
301	<i>Противопоказанием к первичной хирургической обработке раны является:</i> <i>А. загрязнение</i> <i>Б. инфицирование</i> <i>В. разможенные края</i>	<i>Б</i>
302	<i>13. В течении раневого процесса выделяют:</i> <i>А. 2 фазы</i> <i>Б. 3 фазы,</i> <i>В. 4 фазы</i>	<i>Б</i>

303	<i>Ушиб, это:</i> <i>А. закрытое повреждение мягких тканей или органов без нарушения анатомической целостности</i> <i>Б. закрытое повреждение мягких тканей или органов с нарушением анатомической целостности</i>	<i>А</i>
304	<i>При глубоких степенях отморожения конечности первая помощь состоит в:</i> <i>А. погружении в теплую воду</i> <i>В. наложении термоизолирующей повязки, введение сосудорасширяющих средств</i> <i>Г. погружении в теплую воду, введение сосудорасширяющих средств</i> <i>Д. растирании снегом, шерстью, футлярной новокаиновой блокаде.</i> <i>Е. наложении масляно-бальзамической повязки после растирания</i>	<i>В</i>
304	<i>Выберите последовательность фаз в течении ожоговой болезни:</i> <i>А. острая токсемия, септикопиемия, ожоговый шок, реконвалисценция</i> <i>Б. септикопиемия, острая токсемия, ожоговый шок, реконвалисценция</i> <i>В. ожоговый шок, острая токсемия, септикопиемия, реконвалисценция.</i>	<i>В</i>
305	<i>Для ожога I степени характерны местные симптомы:</i> <i>А. гиперемия кожи в области поражения, отек</i> <i>Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом</i> <i>В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции</i>	<i>Б</i>
306	<i>Для ожога II степени характерны местные симптомы:</i> <i>А. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом, нарушение функции</i> <i>Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью болевой симптом, нарушение функции</i> <i>В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с</i>	<i>Б</i>

	<i>серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы</i>	
307	<i>Для ожога III степени характерны:</i> <i>А. гиперемия кожи в области поражения, отечность, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. отечность, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы</i> <i>Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы</i> <i>Г. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы. поражение фасций и мышц</i>	<i>В</i>
308	<i>Сколько мыщелков у плечевой кости?</i> <i>А. один</i> <i>Б. два</i> <i>В. три</i>	<i>Б</i>
309	<i>Укажите на причину родовых повреждений:</i> <i>А. дислокация плаценты;</i> <i>Б. дискоординация рододой деятельности;</i> <i>В. реанимация плода, родившегося в асфиксии;</i> <i>Г. порок развития матки;</i>	<i>Б</i>
310	<i>Для детей младшего возраста не характерен:</i> <i>А. поднадкостничный перелом</i> <i>Б. остеоэпифизеолиз</i> <i>В. подвывих головки лучевой кости</i> <i>Г. оскольчатый перелом</i> <i>Д. эпифизеолиз</i> <i>Е. апофизеолиз</i>	<i>Г</i>

311	Типичные для детского возраста переломы костей обусловлены следующими анатомическими особенностями, кроме: А. эластичность и гибкость длинных трубчатых костей Б. низкой минерализацией костей В. обильностью кровоснабжения надкостницы и ее высокой прочностью Г. наличия эпифизов, соединенных с метафизами широкой эластичной ростковой зоной Д. автономностью кровоснабжения (эпифиз, диафиз, метафиз)	Д
312	Необходимо ли рентгенографическое исследование при наличии всех клинических признаков перелома кости? А. да Б. нет	А
313	Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерно: А. крепитация, отсутствие движения в локтевом суставе Б. отсутствие движения в локтевом суставе, деформация локтевого сустава В. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья Г. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья. деформация локтевого сустава	В
314	Для поднадкостничного перелома длинных трубчатых костей у детей характерны: А. боль. деформация конечности, потеря функции; Б. боль. деформация конечности, потеря функции, местное повышение температуры; В. боль, отек мягких тканей, потеря функции; местная гиперемия кожи; Г. боль., гематома мягких тканей. потеря функции..	В
315	Укажите клинические признаки поперечного перелома диафиза бедренной кости без смещения отломков:	

	<i>А. локальная болезненность, нарушение функции, деформация, гематома, патологическая подвижность, крепитация</i> <i>Б. локальная болезненность, деформация, выраженный сосудистый рисунок, удлинение бедра, крепитация</i> <i>В. локальная болезненность, гематома, деформация, патологическая подвижность, укорочение бедра</i>	<i>А</i>
316	<i>Травматические вывихи костей у детей встречаются:</i> <i>А. редко;</i> <i>Б. часто;</i> <i>В. не встречаются.</i>	<i>А</i>
317	<i>Укажите основные симптомы травматического вывиха бедренной кости:</i> <i>А. боль в тазобедренном суставе, потеря функции, вынужденное положение конечности</i> <i>Б. потеря функции, абсолютное укорочение конечности</i> <i>В. нарушение оси конечности, боль в тазобедренном суставе</i>	<i>А</i>
318	<i>Укажите показания к оперативному лечению при переломе диафиза бедренной кости:</i> <i>А. смещение по длине</i> <i>Б. интерпозиция тканей</i> <i>В. поперечное смещени</i>	<i>Б</i>
319	<i>Укажите объём транспортной иммобилизации при переломе костей голени - от конца пальцев и до:</i> <i>А. верхней трети голени,</i> <i>Б. средней трети бедра,</i> <i>В. верхней трети бедра.</i>	<i>Б</i>
320	<i>Для определения типа перелома кости у ребенка необходимо :</i> <i>А. сделать общий анализ крови</i> <i>Б. определить локальную болезненность</i> <i>В. выявить патологическую подвижность</i> <i>Г. выполнить рентгенографию места повреждения в 2-х</i>	<i>Г</i>

	<i>проекциях</i>	
321	<i>Какому методу отдать предпочтение при лечении перелома бедра со смещением отломков у ребенка до двух лет?</i> <i>А. клеевое вытяжение по Шеде</i> <i>Б. одномоментная ручная репозиция</i> <i>В. скелетное вытяжение</i> <i>Г. интрамедуллярный остеосинтез.</i>	<i>А</i>
322	<i>Вынужденное положение «лягушки» характерно:</i> <i>А. для перелома крыла подвздошной кости,</i> <i>Б. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения,</i> <i>В. при переломе обеих донных и седалищных костей,</i> <i>Г. при отрывном переломе седалищного бугра</i>	<i>В</i>
323	<i>При падении с высоты на ноги может произойти перелом:</i> <i>А. крестца</i> <i>Б. лонной кости</i> <i>В. костей вертлужной впадины</i>	<i>В</i>
324	<i>Симптом «прилипшей пятки» определяется при переломе:</i> <i>А. седалищной кости</i> <i>Б. лонной кости</i> <i>В. подвздошной кости</i>	<i>А</i>
325	<i>Какие отделы позвоночника чаще повреждаются при непрямом механизме травмы?</i> <i>А. дуги</i> <i>Б. отростки</i> <i>В. тела</i>	<i>В</i>
326	<i>Как транспортируют больных с подозрением на травму позвоночника?</i> <i>А. своим ходом</i> <i>Б. лёжа на спине</i>	<i>Б</i>

	<i>В. в положении «лягушки»</i>	
327	<i>Симптом осевой нагрузки на позвоночник проверяют в положении больного:</i> <i>А. сидя</i> <i>Б. стоя</i> <i>В. лёжа</i>	<i>В</i>
328	<i>Компрессионный перелом тела позвонка происходит при:</i> <i>А. падении на спину</i> <i>Б. избыточном сгибании позвоночника</i> <i>В. напряжении мышц спины</i>	<i>В</i>
329	<i>Укажите ведущие клинические симптомы при неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы:</i> <i>А. локальная болезненность, деформация позвоночника</i> <i>Б. локальная болезненность, затрудненное дыхание</i> <i>В. болезненность осевой нагрузки, деформация позвоночника</i> <i>Г. нарушение функции тазовых органов</i>	<i>Б</i>
330	<i>Основным методом диагностики эпи- и субдуральной гематомы является: :</i> <i>А. механизм травмы и анамнез заболевания,</i> <i>Б. неврологическая симптоматика,</i> <i>В. рентгенография черепа в двух проекциях,</i> <i>Г. КТ, МРТ,</i> <i>Д. эхоэнцефалография,</i>	<i>Г</i>
331	<i>Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является:</i> <i>А. потеря сознания,</i> <i>Б. очаговая неврологическая симптоматика,</i> <i>В. многократная рвота,</i>	<i>Г</i>

	<i>Г. ото-рино-ликворея.</i>	
332	<i>Светобоязнь, головную боль, лихорадку, неукротимую рвоту, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы натяжения относят к:</i> <i>А. менингеальным симптомам</i> <i>Б. общемозговым симптомам</i> <i>В. локальным симптомам</i> <i>Г. стволовым симптомам</i>	<i>А</i>
333	<i>Назовите клинический синдром сотрясения головного мозга у детей:</i> <i>А. кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия</i> <i>Б. потеря сознания через 2-3 часа и более после травмы, анизокория, очаговая симптоматика</i> <i>В. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота</i> <i>Г. глубокая кома после травмы.</i>	<i>А</i>
334	<i>Укажите вид ЧМТ с характерным «светлым промежутком»:</i> <i>А. сотрясение головного мозга;</i> <i>Б. ушиб головного мозга;</i> <i>В. внутричерепная гематома.</i>	<i>В</i>
335	<i>Назовите симптомокомплекс односторонней эпи- или субдуральной гематомы:</i> <i>А. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия</i> <i>Б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки</i> <i>В. «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности</i> <i>Г. общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры тела</i>	<i>В</i>

336	Ортопедия	
337	Осмотр ортопедического больного старше года проводят: А. лежа Б. стоя В. сидя	Б
338	Нарушения оси конечности не могут быть во: А. фронтальной плоскости Б. сагитальной плоскости В. в горизонтальной	В
339	Искривление оси конечности к наружи называется: А. вальгусная деформация Б. варусная деформация	Б
340	Искривление оси конечности под углом, открытым кзади называется: А. антекурвация Б. рекурвация	А
341	Симптом Александрова, это: А. болезненность мягких тканей при пальпации Б. толщина кожной складки В. толщина подкожно-жирового слоя	Б
342	Во фронтальной плоскости производятся следующие движения в суставах: А. отведение. сгибание Б. отведение, разгибание В..сгибание. разгибание Г. отведение, приведение	Г
343	Супинация, это:	А

	<i>А. наружная ротация в суставе</i> <i>Б. внутренняя ротация в суставе</i>	
344	<i>Измерение объема активных и пассивных движений в суставах определяют:</i> <i>А. с помощью линейки</i> <i>Б. с помощью угломера</i> <i>В. визуально</i>	Б
345	<i>Относительная длина нижней конечности измеряется от:</i> <i>А. головки бедренной кости до нижнего края внутренней лодыжки</i> <i>Б. верхней передней подвздошной ости до нижнего края внутренней лодыжки</i>	Б
346	<i>Абсолютная длина верхней конечности измеряется от:</i> <i>А. вершины акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости</i> <i>Б. середины головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости</i> <i>В. от акромиального отростка до локтевого или наружного надмыщелка плечевой кости, длина предплечья – от локтевого отростка до шиловидного локтевой кости</i>	В
347	<i>Ось верхней конечности в норме проходит через:</i> <i>А. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку локтевой кости</i> <i>Б. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости</i> <i>В. центр головки плечевой кости, наружный мыщелок плечевой кости и головку локтевой кости</i>	А
348	<i>Укажите признаки врожденной косолапости:</i> <i>А. супинация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы</i> <i>Б. пронация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы</i> <i>В. супинация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы</i>	В

	<i>Г пронация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы</i>	
349	<i>Для 1-ой степени косолапости характерно:</i> <i>А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия</i> <i>Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации</i> <i>В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна</i>	<i>А</i>
350	<i>Для 2-ой степени косолапости характерно:</i> <i>А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия</i> <i>Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации</i> <i>В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна</i>	<i>Б</i>
351	<i>Для 3-ей степени косолапости характерно:</i> <i>А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия</i> <i>Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации</i> <i>В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна</i>	<i>В</i>
352	<i>Лечение врожденной косолапости у новорожденных включает:</i> <i>А. корригирующие упражнения, массаж</i> <i>Б. корригирующие упражнения, массаж, бинтование по Финку - Эттингену</i> <i>В. корригирующие упражнения, массаж, этапные гипсовые повязки</i>	<i>Б</i>

353	<i>Лечение врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками показано</i> <i>А. с момента рождения</i> <i>Б. с 2-х недель жизни</i> <i>В. с 1-2 -х месяцев жизни</i> <i>Г. с 3-месяцев</i>	Б
354	<i>Оперативное лечение врожденной косолапости проводится в сроки:</i> <i>А. в период новорожденности</i> <i>Б. в 6 месяцев</i> <i>В. 1-2 года</i> <i>Г. 3-7 лет</i> <i>Д. 7 -10 лет</i> <i>Е. не имеет значения</i>	Г
355	<i>Плоскостопие, это результат:</i> <i>А. родовой травмы;</i> <i>Б. порока развития стоп и нарушение иннервации;</i> <i>В. неправильной обуви.</i>	Б
356	<i>Для профилактики плоскостопия применяют:</i> <i>А. супинаторы;</i> <i>Б. солевые ванны;</i> <i>В. диету.</i>	А
367	<i>Укажите сроки, в которые обычно исчезает симптом Маркса-Ортолани:</i> <i>А. в первые 10 дней жизни</i> <i>Б. в первые 2-3 нед. жизни</i> <i>В. в 3 месяца</i> <i>Г. к концу первого года жизни</i>	А
358	<i>Причиной врожденного вывиха бедра является:</i> <i>А. родовая травма</i>	В

	<i>Б. задержка развитие тазобедренного сустава и окружающих тканей</i> <i>В. порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей</i> <i>В. неблагоприятные факторы в о время беременности</i>	
359	<i>Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:</i> <i>А. отграничение отведения бедер</i> <i>Б. симптом Маркса –ортолани</i> <i>В. укорочение ножки</i> <i>Г. асимметрия кожных складок</i> <i>Д. наружная ротация ножки</i>	<i>А</i>
360	<i>Для врожденного вывиха бедра характерны все симптомы, кроме:</i> <i>А. соскальзывания</i> <i>Б. ограничения отведения бедер</i> <i>В. ассиметрии кожных складок</i> <i>Г. относительного укорочения конечности</i> <i>Д. хромоты</i> <i>Е. низведения конечности</i> <i>Ж. абсолютного укорочения конечности</i>	<i>Ж</i>
361	<i>Выберите метод лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава до месячного возраста:</i> <i>А. одномоментное вправление</i> <i>Б. шина Волкова</i> <i>В. подушка Фрейка</i> <i>Г. оперативное вправление.</i>	<i>В</i>
362	<i>Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является:</i> <i>А. ультразвуковой</i>	<i>Б</i>

	<i>Б. рентгенологический</i> <i>В. клинический</i>	
363	<i>Назовите причину возникновения положительного симптома Тренделенбурга при врожденном вывихе бедра:</i> <i>А. укорочение нижней конечности</i> <i>Б. отсутствие опоры для головки бедра</i> <i>В. слабость ягодичных мышц</i>	<i>В</i>
364	<i>Для симптома Тренделенбурга характерно:</i> <i>А. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в противоположную, сколиоз</i> <i>Б. опущение ягодичной складки на здоровой стороне, перекос таза в противоположную, сколиоз</i> <i>В. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в здоровую сторону, сколиоз</i>	<i>Б</i>
365	<i>Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 3 месяцев до 1 года:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. консервативное. при неэффективности консервативной терапии</i>	<i>А</i>
366	<i>Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития:</i> <i>А. трапецевидной мышцы</i> <i>Б. кивательной мышцы</i> <i>В. подключичной мышцы</i>	<i>Б</i>
367	<i>Выберите характерный признак мышечной кривошеи:</i> <i>А. наклон головы кпереди</i> <i>Б. наклон головы кзади</i> <i>В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую</i> <i>Г. наклон головы в больную сторону с поворотом в больную</i>	<i>В</i>
368	<i>Начальные симптомы мышечной кривошеи проявляется::</i>	

	<i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. на 3-5-й день жизни</i> <i>Б. на 10-14 – й день жизни</i> <i>В. в 2-месяца</i> <i>Г. после 3-х месяцев</i>	<i>Б</i>
369	<i>Лечение врожденной мышечной кривошеи:</i> <i>А. только консервативное</i> <i>Б. только оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>	<i>В</i>
370	<i>Оперативное лечение мышечной кривошеи при неэффективности консервативной терапии показано в возрасте:</i> <i>А. до 5 месяцев</i> <i>Б. в 1 год</i> <i>Б. в 2-3 года</i> <i>Г. в 3 -4 года</i>	<i>Г</i>
371	<i>Абсолютным показанием к оперативному лечению врожденной мышечной кривошеи является:</i> <i>А. нарастающая асимметрия лица и шеи</i> <i>Б. нарушение осанки</i> <i>В. нарушение остроты зрения</i> <i>Г. стробизм сходящийся и расходящийся</i> <i>Д нарушение осанки и остроты зрения</i>	<i>А</i>
372	<i>Какой процесс лежит в основе остеохондропатий?</i> <i>А. асептический некроз</i> <i>Б. воспаление</i> <i>В. травма</i>	<i>А</i>
373	<i>Болезнь Пертеса – это поражение:</i> <i>А. ладьевидной кости</i>	<i>Б</i>

	<i>Б. головки бедренной кости</i> <i>В. бугристости большеберцовой кости</i>	
374	<i>При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является:</i> <i>А. слабость мышечного каркаса</i> <i>Б. асимметрия уровней углов лопаток</i> <i>В. круглая спина</i> <i>Г. торсия позвонков</i> <i>Д. асимметрия треугольников талии</i>	<i>Г</i>
375	<i>Сколиотическую дугу определяют методом:</i> <i>А. Кобба</i> <i>Б. Хильгенрейнера</i> <i>В. Пути</i>	<i>А</i>
	Онкология	
376	<i>Солитарные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение:</i> <i>А. мезенхимальное;</i> <i>Б. эпителиальное.</i>	<i>А</i>
377	<i>Для детского возраста типичны солидные опухоли:</i> <i>А. эпителиальные раки</i> <i>Б. саркомы</i>	<i>Б</i>
378	<i>Гетеропластические опухоли:</i> <i>А. образуются в результате нарушения формообразовательных процессов при развитии тканей и органов в период эмбриогенез</i> <i>Б. в результате воздействия экзогенных и эндогенных факторов</i> <i>В. возникают из дистопированных клеток</i> <i>Г. из тканей собственно средостения</i>	<i>В</i>
379	<i>Укажите возраст особо интенсивного роста гемангиом:</i>	

	<i>А. первое полугодие жизни</i> <i>Б. второе полугодие жизни</i> <i>В. от 2 до 5 лет</i>	<i>А</i>
380	<i>Из всего перечисленного лимфангиомы чаще локализуются в области:</i> <i>А. конечностей</i> <i>Б. подмышечной впадине</i> <i>В. спины</i> <i>Г. шеи</i> <i>Д. головы</i>	<i>Г</i>
381	<i>Лечение лимфангиом в основном:</i> <i>А. гормональное</i> <i>Б. склеротерапией</i> <i>В. хирургическое</i> <i>Г. пункционное</i>	<i>В</i>
382	<i>Гемангиомы не лечат:</i> <i>А. гормонами</i> <i>Б. полихимиотерапией</i> <i>В. короткофокусной рентгенотерапией</i> <i>Г. криотерапией</i>	<i>Б</i>
383	<i>При гемангиомах встречается синдром:</i> <i>А. Беквита – Видемана</i> <i>Б. Казабаха – Мерита</i> <i>В. Синдром асплении Ивемарка.</i>	<i>Б</i>
384	<i>Дермоиды чаще встречаются в области:</i> <i>А. крестцово-копчиковой</i> <i>Б. надбровной, височной</i> <i>В. грудино-ключично-сосцевидной мышцы</i>	<i>Б</i>

385	<i>Аденома слюнных желез чаще возникает:</i> <i>А. у новорожденных</i> <i>Б. в возрасте 3-4 лет</i> <i>В. в возрасте 5-6 лет</i> <i>Г. в период полового созревания</i>	<i>Г</i>
386	<i>Для целиндромы характерно:</i> <i>А. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация - области спины, конечностей; возраст до 3-х лет</i> <i>Б. рассеянные плотные узлы; локализация - область головы, лица; возраст до 10 лет</i> <i>В. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация – область головы, лица; возраст до 10 лет</i>	<i>В</i>
387	<i>Липома, это:</i> <i>А. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, не имеющая капсулу</i> <i>Б. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, имеющая капсулу</i>	<i>Б</i>
388	<i>Крестцово-копчиковую тератому дифференцируют с:</i> <i>А. лимфангиомой</i> <i>Б. спинно-мозговой грыжей</i> <i>В. дермоидной кистой</i> <i>Г. со всем перечисленным</i> <i>Д. ни с чем из перечисленного</i>	<i>Г</i>
389	<i>При подозрении на меланому, показано:</i> <i>А. биопсия</i> <i>Б. наблюдение</i> <i>В. удаление в пределах здоровых тканей</i>	<i>В</i>
400	<i>Большинство опухолей грудной клетки у детей исходят из:</i>	

	<i>А. легких</i> <i>Б. средостения</i> <i>В. из мягких тканей</i>	<i>Б</i>
401	<i>Неосложненную крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте:</i> <i>А. до 1 месяца</i> <i>Б. до 3-х месяцев</i> <i>В.. после года</i> <i>Г. после 3-х лет</i>	<i>Б</i>
402	<i>Для тератом характерна локализация:</i> <i>А. переднее средостение</i> <i>Б. заднее средостение</i> <i>В. брюшная полость.</i>	<i>Б</i>
403	<i>Для тератом характерна локализация:</i> <i>А. головной мозг</i> <i>Б. яичник</i> <i>В. заднее средостение</i>	<i>Б</i>
404	<i>Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют:</i> <i>А. рентгенографию</i> <i>Б. комплекс обследований (УЗИ, рентгенографию, КТ, МРТ)</i> <i>В. морфологическое исследование ткани опухоли</i>	<i>В</i>
405	<i>Из нейрогенных опухолей не злокачественной является:</i> <i>А. симпатобластома</i> <i>Б. ганглионеврома</i> <i>В. симпатогониома</i> <i>Г. ганглионейробластома</i>	<i>Б</i>
406	<i>Для нейробластом характерна локализация:</i>	

	<i>А. брюшная полость</i> <i>Б. забрюшинное пространство</i> <i>В. малый таз</i> <i>Г. конечности</i>	<i>Б</i>
407	<i>Первыми жалобами при нефробластоме являются:</i> <i>А. боли в поясничной области, изменение цвета мочи</i> <i>Б. капризность, повышенная утомляемость, симптом пальпируемой опухоли</i> <i>В. нарушение мочеиспускания, гипертермия, снижение аппетита, бледность кожных покровов, увеличение живота в размерах</i>	<i>Б</i>
408	<i>Для гепатобластомы характерен возраст:</i> <i>А. первые месяцы жизни</i> <i>Б. 2-5 лет</i> <i>В. 6-9 лет</i> <i>Г. 10-15 лет</i>	<i>Б</i>
409	<i>Для остеогенной саркомы наиболее характерна локализация:</i> <i>А. диафиз длинных трубчатых костей</i> <i>Б. метафиз длинных трубчатых костей</i> <i>В. плоские кости</i>	<i>Б</i>
410	<i>Саркома Юинга, это опухоль:</i> <i>А. остеогенного происхождения</i> <i>Б. опухоль из клеток костного мозга</i> <i>В. из надкостницы</i>	<i>Б</i>
411	<i>Причиной возникновения болевого синдрома при саркоме Юинга является:</i> <i>А. повышение внутрикостного давления</i> <i>Б. вовлечение в процесс надкостницы</i> <i>В. прорастание опухоли надкостницы</i>	<i>А</i>
412	<i>Характер боли при остеогенной саркоме:</i>	

	<i>А. распирающий</i> <i>Б. режущий</i> <i>В. ноющий</i> <i>Г. колющий</i>	<i>В</i>
413	Для саркомы Юинга характерна локализация: <i>А. диафиз длинных трубчатых костей</i> <i>Б. метафиз длинных трубчатых костей</i>	<i>А</i>
414	При остеогенной саркоме первым симптомом является: <i>А. нарушение функции</i> <i>Б. появление боли при физической нагрузке и ночные</i> <i>В. постоянные ноющие боли</i> <i>Г. видимое появление опухоли</i>	<i>Б</i>
409	Рентгенологическим симптомом остеогенной саркомы является: <i>А. склерозирование костно-мозгового канала</i> <i>Б. симптом «козырька»</i> <i>В. «луковичный» периостит</i>	<i>Б</i>
410	Рентгенологическим симптомом саркомы Юинга является: <i>А. склерозирование костно-мозгового канала</i> <i>Б. симптом «козырька»</i> <i>В. «луковичный» периостит</i>	<i>В</i>
411	Оценку биологической активности нейрогенной опухоли производят по: <i>А. реакции Абелева –Татарина;</i> <i>Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.</i>	<i>Б</i>
412	Для нейробластом характерна локализация: <i>А. переднее средостение</i> <i>Б. заднее средостение</i>	<i>Б</i>
413	Оценку биологической активности тератоидной опухоли	

	производят по: А. реакции Абелева –Татаринаова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	А
414	Для остеобластокластомы е характерно: А. поражение метаэпифиза; Б. поражение метадиафиза; В. поражение диафиза	А
415	Большинство опухолей грудной клетки исходят из: А. легких Б. средостения В. из мягких тканей.	Б
416	Зрелые опухоли, это опухоли из: А. дифференцированных клеток Б. недифференцированных клеток В. малодифференцированных	А
417	Бронхогенные кисты происходят из: А. из трахеи Б. из передней кишки В. из хорды	Б
418	Типичным проявлением опухолей средостения у детей до 2-х лет является: А. дисфагия Б. синдром дыхательных расстройств В. сердечно-сосудистая недостаточность	Б
419	Признаки миастении характерны для: А. тератом переднего средостения Б. тимомы В. для кисты тимуса	Б

	<i>Г. для липомы вилочковой железы</i>	
	<i>Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия</i>	
420	<i>Наиболее достоверным признаком клинической смерти является:</i> <i>А. патологические ритмы дыхания, судороги, цианоз;</i> <i>Б. отсутствие сознания;</i> <i>В. расширение зрачков;</i> <i>Г. отсутствие зрачкового рефлекса;</i> <i>Д. отсутствие АД, сердечных тонов и пульса на сонных артериях.</i>	<i>Д</i>
421	<i>Показаниями к сердечно-легочной реанимации являются:</i> <i>А. отсутствие пульса и АД, цианоз;</i> <i>Б. остановка дыхания;</i> <i>В. отсутствие сознания;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	<i>Г</i>
422	<i>Критериями эффективности закрытого массажа сердца являются все перечисленное, за исключением:</i> <i>А. цвета кожи лица и слизистых;</i> <i>Б. появления пульса на сонной артерии и лучевой артерии;</i> <i>В. сужение зрачков;</i> <i>Г. АД - 80-90 мм рт. ст.;</i> <i>Д. восстановление дыхания.</i>	<i>Д</i>
423	<i>Эндотрахеально можно вводить следующие препараты, кроме:</i> <i>А. норадреналин;</i> <i>Б. адреналин;</i> <i>В. лидокаин;</i> <i>Г. атропин;</i>	<i>А</i>

	<i>Д. изадрин.</i>	
424	<i>Дозировка «вслепую» бикарбоната натрия при остановке сердца составляет:</i> <i>А. первое введение 1 мэкв/кг;</i> <i>Б. первое введение 2 мэкв/кг;</i> <i>В. повторные введения 0,5 мэкв/кг каждые 10 мин;</i> <i>Г. верно А и В;</i> <i>Д. верно Б и В.</i>	<i>Г</i>
425	<i>Показаниями к закрытому массажу сердца являются:</i> <i>А. остановка дыхания;</i> <i>Б. остановка сердца, фибрилляция желудочков;</i> <i>В. отсутствие сознания;</i> <i>Г. верно А и Б.</i>	<i>Б</i>
426	<i>Медикаментозные препараты для сердечно-лёгочной реанимации:</i> <i>А. тиопентал натрия, лидокаин, фуросемид;</i> <i>Б. сердечные гликозиды, хлорид калия, глюкокортикоидные гормоны;</i> <i>В. адренилин, атропин, гидрокарбонат натрия, лидокаин;</i> <i>Г. атропин, лидокаин, фуросемид.</i>	<i>В</i>
427	<i>Оценка эффективности проводимых реанимационных мероприятий:</i> <i>А. сужение зрачков, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки;</i> <i>Б. сухость склер глазных яблок, расширение зрачков;</i> <i>В. улучшение цвета кожных покровов, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки.</i>	<i>А</i>
428	<i>В терапии травматического шока первоначальные усилия направляются:</i> <i>А. на восстановление газообмена и ОЦК;</i> <i>Б. на коррекцию КОС и ВЭБ;</i> <i>В. на обезболивание;</i>	<i>Д</i>

	<i>Г. все ответы правильны;</i> <i>Д. верно только А и В.</i>	
429	<i>На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении:</i> <i>А. на черепно-мозговую травму;</i> <i>Б. на переломы таза;</i> <i>В. на переломы бедра;</i> <i>Г. на компрессионные переломы позвоночника.</i>	<i>А</i>
430	<i>При определении площади ожогов, не имеющих сплошной поверхности, удобнее пользоваться:</i> <i>А. правилом ладони»;</i> <i>Б. «правилом девяток»;</i> <i>В. индексом Франка.</i>	<i>А</i>
431	<i>Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления:</i> <i>А. до 100 мм рт. ст.;</i> <i>Б. до 80-90 мм рт. ст.;</i> <i>В. до 60-70 мм рт. ст.;</i> <i>Г. до 40-50 мм рт. ст.;</i> <i>Д. до 30-20 мм рт. ст.</i>	<i>В</i>
432	<i>При волевических нарушениях наиболее важными и доступными для определения критериями адекватности инфузионно-трансфузионной терапии являются:</i> <i>А. нормализация цвета кожных покровов, градиента температуры, диуреза;</i> <i>Б. гемодинамические показатели: АД, ЧСС, ЦВД;</i> <i>В. показатели состава крови, метаболизма, коагулограмма;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	<i>Г</i>
433	<i>Гипотензия при анафилактическом шоке развивается</i>	

	<i>вследствие:</i> <i>А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости;</i> <i>Б. потери симпатического тонуса;</i> <i>В. высвобождения простагландина;</i> <i>Г. брадикардии;</i> <i>Д. всего перечисленного.</i>	<i>А</i>
434	<i>Лечение анафилактического шока включает использование:</i> <i>А. адреналина;</i> <i>Б. антигистаминных препаратов;</i> <i>В. йроплегиков;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	<i>Г</i>
435	<i>Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является:</i> <i>А. дефицит гемоглобина;</i> <i>Б. гиповолемия;</i> <i>В. гипопротеинемия;</i> <i>Г. коагулопатия;</i> <i>Д. дефицит фибриногена.</i>	<i>Б</i>
436	<i>Фетальный гемоглобин:</i> <i>имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина;</i> <i>А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.;</i> <i>Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого;</i> <i>В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л;</i> <i>Г. никогда не обнаруживается у взрослых.</i>	<i>Б</i>

437	<i>На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении:</i> <i>А. на черепно-мозговую травму;</i> <i>Б. на переломы таза;</i> <i>В. на переломы бедра;</i> <i>Г. на компрессионные переломы позвоночника.</i>	<i>А</i>
438	<i>Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления:</i> <i>А. до 100 мм рт. ст.;</i> <i>Б. до 80-90 мм рт. ст.;</i> <i>В. до 60-70 мм рт. ст.;</i> <i>Г. до 40-50 мм рт. ст.;</i> <i>Д. до 30-20 мм рт. ст.</i>	<i>В</i>
439	<i>Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие:</i> <i>А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости;</i> <i>Б. потери симпатического тонуса;</i> <i>В. высвобождения простагландина;</i> <i>Г. брадикардии;</i> <i>Д. всего перечисленного.</i>	<i>А</i>
440	<i>Лечение анафилактического шока включает использование:</i> <i>А. адреналина;</i> <i>Б. антигистаминных препаратов;</i> <i>В. йоплегиков;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	<i>Г</i>
441	<i>Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является:</i>	<i>Б</i>

	<i>А. дефицит гемоглобина;</i> <i>Б. гиповолемия;</i> <i>В. гипопротеинемия;</i> <i>Г. коагулопатия;</i> <i>Д. дефицит фибриногена.</i>	
442	<i>Фетальный гемоглобин:</i> <i>имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина;</i> <i>А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.;</i> <i>Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого;</i> <i>В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л;</i> <i>Г. никогда не обнаруживается у взрослых.</i>	<i>Б</i>
443	<i>Новорожденный ребенок не в состоянии поддерживать температуру тела с помощью одного из ниженазванных механизмов:</i> <i>А. вазоконстрикции;</i> <i>Б. дрожи;</i> <i>В. мобилизации энергии из коричневых жиров;</i> <i>Г. выделения тироксина;</i> <i>Д. мышечной активности.</i>	<i>Б</i>
444	<i>Максимально допустимый баланс массы тела новорожденного при проведении инфузионной терапии составляет:</i> <i>А. 50 г;</i> <i>Б. 40 г;</i> <i>В. 30 г;</i> <i>Г. 20 г.</i>	<i>А</i>
445	<i>Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности в практике интенсивной терапии детей раннего возраста является:</i>	<i>А</i>

	<i>А. гиповолемия;</i> <i>Б. нефротоксины;</i> <i>В. гемолиз;</i> <i>Г. пороки развития почек.</i>	
446	<i>Концентрация калия в сыворотке:</i> <i>А. увеличивается при алкалозе;</i> <i>Б. уменьшается при ацидозе;</i> <i>В. увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе;</i> <i>Г. уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе;</i> <i>Д. не изменяется при ацидозе и алкалозе.</i>	<i>В</i>
447	<i>Основными клиническими симптомами дефицита калия являются:</i> <i>А. астенизация, мышечная слабость, дыхательные нарушения;</i> <i>Б. уплощения зубца Т и удлинения интервала P-Q и QRS;</i> <i>В. тоническое состояние скелетных мышц;</i> <i>Г. верны все ответы;</i> <i>Д. верно А и Б.</i>	<i>Д</i>
448	<i>Клиническими симптомами дефицита натрия являются:</i> <i>А. усталость, апатия, тошнота и рвота;</i> <i>Б. снижение АД, судороги;</i> <i>В. потеря сознания;</i> <i>Д. верно А и Б.</i>	<i>Г</i>
449	<i>При избытке натрия наблюдаются следующие клинические симптомы:</i> <i>А. жажда, гипертермия, отеки;</i> <i>Б. судороги;</i> <i>В. нарушения сознания;</i> <i>Г. верно А и В;</i>	<i>Г</i>

	<i>Д. верны все ответы.</i>	
450	<i>Клиническими симптомами гипокальциемии являются:</i> <i>А. гиперрефлексия, тетания;</i> <i>Б. боли в животе;</i> <i>В. снижение мышечного тонуса;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. Б и В.</i>	<i>Г</i>
451	<i>Клиническими симптомами гипертонической дегидратации являются:</i> <i>А. жажда, сухость кожи и слизистых оболочек, нервно-психические нарушения;</i> <i>Б. полиурия;</i> <i>В. повышение осмолярности плазмы;</i> <i>Г. верны все ответы;</i> <i>Д. верно А и В.</i>	<i>Д</i>
452	<i>Клиническими симптомами изотонической дегидратации являются:</i> <i>А. артериальная гипотензия, гиповолемический шок, олигурия;</i> <i>Б. полиурия;</i> <i>В. апатия, замедленные реакции;</i> <i>Г. верно А и В;</i> <i>Д. верно Б и В.</i>	<i>Г</i>
453	<i>При гипотонической дегидратации наблюдается:</i> <i>А. падение АД, тахикардия, олигурия;</i> <i>Б. напряжение глазных яблок;</i> <i>В. понижение осмолярности плазмы;</i> <i>Г. верно А и В;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	<i>Г</i>
454	<i>Укажите наиболее значимый путь потерь жидкости при</i>	<i>Г</i>

	кишечной непроходимости: А. желудочно-кишечной секреции; Б. снижение канальцевой реабсорбции; В. наружные потери (рвота, легкие, кожа); Г. гвнутренние потери (секвестрация в просвет кишечника, полость брюшины); Д. повышение температуры тела, перспирация.	
455	Для состояния гиповолемии не характерно: А. уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК); Б. снижение АД, тахикардия; В. уменьшение ударного объема и сердечного выброса (УО и СВ); Г. повышение ЦВД; Д. снижение давления наполнения левого желудочка.	Г
456	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Б
467	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Г
468	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия;	А

	<i>В. гипернатриемия и гиперкалиемия;</i> <i>Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия;</i> <i>Д. гипернатриемия и гипокалиемия.</i>	
469	<i>Для кишечного эксикоза 3-й степени характерными изменениями электролитов является:</i> <i>А. нормальный уровень натрия и калия;</i> <i>Б. гипонатриемия и гипокалиемия;</i> <i>В. гипернатриемия и гиперкалиемия;</i> <i>Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия;</i> <i>Д. гипернатриемия и гипокалиемия.</i>	<i>В</i>
470	<i>При отравлении ребенка неизвестным ядом наиболее целесообразно промыть желудок:</i> <i>А. чистой водой;</i> <i>Б. раствором марганца;</i> <i>В. раствором соды;</i> <i>Г. водой с активированным углем.</i>	<i>Г</i>
471	<i>Наиболее эффективным методом дезинтоксикации при большинстве острых отравлений у детей является:</i> <i>А. форсированный диурез;</i> <i>Б. аменное переливание крови;</i> <i>В. перитонеальный диализ;</i> <i>Д. гемосорбция.</i>	<i>Г</i>
	<i>Для вызывания рвоты у детей при отравлениях нельзя пользоваться:</i> <i>А. раствором поваренной соли;</i> <i>Б. раствором сухой горчицы;</i> <i>В. апоморфином;</i> <i>Г. раствором марганца.</i>	<i>В</i>
472	<i>Промывание желудка у ребенка с отравлением в бессознательном</i>	<i>Г</i>

	<i>состоянии допустимо:</i> <i>А. в положении на боку с опущенной головой;</i> <i>Б. в положении на спине;</i> <i>В. после идентификации яда;</i> <i>Г. после интубации трахеи.</i>	
473	<i>При отравлении неизвестным ядом в качестве антидота следует ввести:</i> <i>А. не вводить;</i> <i>Б. унитиол;</i> <i>В. атропин;</i> <i>Г. унитиол, хромосмон, атропин.</i>	<i>А</i>
474	<i>Этиловый спирт применяется как антидот при отравлениях:</i> <i>А. инсулином;</i> <i>Б. амитриптилином;</i> <i>В. ФОС</i> <i>Г. этиленгликолем, метиловым спиртом;</i> <i>Д. тяжелыми металлами.</i>	<i>Г</i>
475	<i>Унитиол применяется как антидот при отравлениях:</i> <i>А. инсулином;</i> <i>Б. амитриптилином⁴</i> <i>В. ФОС;</i> <i>Г. этиленгликолем, метиловым спиртом;</i> <i>Д. тяжелыми металлами.</i>	<i>Д</i>
476	<i>К наиболее характерным симптомам отравления атропиноподобными веществами относятся:</i> <i>А. саливация, бронхоспазм, сужение зрачков;</i> <i>Б. угнетение сознания, сужение зрачков;</i> <i>В. гиперемия кожи, галлюцинации, расширение зрачков;</i>	<i>В</i>

	<i>Г. тонико-клонические судороги.</i>	
477	Подберите соответствующее лекарственное средство для ребенка при отравлении морфием: А. атропин; Б. бемегрид; В. налорфин, налоксон; Г. протамин сульфат.	<i>В</i>
478	Клинические проявления отравления угарным газом включают развитие: А. двигательного возбуждения, зрительные и слуховых галлюцинаций, потери сознания, амнезии после выхода из комы; Б. депрессии дыхания, тахикардии, гипертензии, метгемоглобинемии; В. гемолиза, токсической нефропатии; Г. верны все ответы; Д. верно только А и Б.	<i>Д</i>
479	Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью: А. применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки; Б. ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей; В. применения санационной бронхоскопии, адекватной регидратации; Г. верно только А и В; Д. верны все ответы.	<i>Д</i>
480	Укажите не характерное для утопления в морской воде нарушение: А. дисритмии сердца; Б. гемолиз; В. гипотензия; Г. ателектаз;	<i>Б</i>

	<i>Д. судороги.</i>	
481	<i>У больного в периоде восстановления после перенесенного утопления в морской воде весьма вероятны клинические проявления:</i> <i>А. внутрилегочного шунтирования и метаболического ацидоза;</i> <i>Б. отека легких;</i> <i>В. электролитных нарушений;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верно А и В.</i>	<i>А</i>
482	<i>Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы</i> <i>А. обеспечить наилучшее лечение</i> <i>Б. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного</i> <i>В. установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родители больного,</i> <i>Г. все перечисленное</i>	<i>Г</i>
483	<i>Этические нормы врача определяются</i> <i>А. умениями и навыками</i> <i>Б. законами и приказами</i> <i>В. этническими особенностями региона</i> <i>Г. моральной ответственностью перед обществом</i>	<i>Г</i>
484	<i>Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то хирург должен</i> <i>А. отказаться от операции</i> <i>Б. принять решение оперировать больного</i> <i>В. созвать консилиум в составе анестезиолога, педиатра для решения вопроса об операции</i>	<i>Д</i>

	<i>Г. предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска</i> <i>Д. правильно В и Г</i> <i>Е. правильные ответы А и Г</i>	
485	<i>В случаях нарушения врачебной тайны зав. отделением должен</i> <i>А. разобрать случай нарушения в отделении на утренней конференции</i> <i>Б.сообщить о нарушении администрации в любом случае</i> <i>В. сообщить администрации при повторном нарушении</i> <i>Г. на усмотрение зав. отделением - провести отдельную беседу с нарушителем</i> <i>Д. правильно все, кроме Б</i>	Д
486	<i>Сообщить родственникам результаты произведенной операции должен</i> <i>А. только оперировавший уролог</i> <i>Б.кто-либо из присутствующих на операции</i> <i>В. медсестра</i> <i>Г. зав. отделением</i>	А
	Неотложная абдоминальная и гнойная хирургия	
488	<i>Червеобразный отросток это:</i> <i>А. рудимент</i> <i>Б. функциональный орган</i> <i>В. порок развития</i> <i>Г. аномалия развития</i> <i>Д. вариант развития</i>	А
489	<i>Что не является провоцирующим моментом в возникновении острого аппендицита у детей?</i>	А

	<i>А. аномалия развития отростка</i> <i>Б. каловый камень</i> <i>В. аскаридоз</i> <i>Г. травма</i>	
490	<i>Локализация болей вокруг пупка при остром аппендиците у детей до 3-х лет обусловлена:</i> <i>А. высоким расположением отростка, склонностью к иррадиации нервных импульсов</i> <i>Б. коротким сальником, высоким расположением отростка, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки</i> <i>В. склонностью к иррадиации нервных импульсов, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки, вовлечением в процесс мезентериальных лимфоузлов.</i>	<i>В</i>
491	<i>В клинике для острого аппендицита у детей до 3-х лет характерно все, кроме:</i> <i>А. гипертермия</i> <i>Б. острое начало</i> <i>В. изменение поведения</i> <i>Г. нарушение сна</i> <i>Д. жидкий стул</i> <i>Е. головная боль</i> <i>Ж. неоднократная рвота</i>	<i>Е</i>
492	<i>Патогномоничными симптомами острого аппендицита являются.</i> <i>А. боли в животе</i> <i>Б. рвота</i> <i>В. гипертермия</i> <i>Г. жидкий стул</i> <i>Д. задержка стула</i> <i>Е. локальная болезненность</i> <i>Ж. пассивное мышечное напряжение брюшной стенки в правой</i>	<i>З</i>

	<i>подвздошной области</i> 1. А, Б, В, Г 2. Б, В, Е 3. Е, Ж	
493	<i>Сравнительная пальпация при остром аппендиците проводится для определения:</i> А. активного мышечного напряжения Б. пассивного мышечного напряжения В. локальной болезненности; Д. определения выпота в брюшной полости	Б
494	<i>Какие симптомы острого аппендицита у детей раннего возраста определяются при осмотре во время медикаментозного сна:</i> А. симптом локальной болезненности, пассивное мышечное напряжение, симптом Ровзинга; Б. симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение, симптом Образцова; В. симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение	В
495	<i>Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:</i> А. локальная боль и рвота Б. напряжение мышц брюшной стенки и рвота В. напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность Г. симптом Щеткина-Блюмберга и локальная болезненность	Г
496	<i>Для клиники острого аппендицита у детей до 3-х лет характерно все, кроме:</i> А. острое начало, фебрильная температура, изменение поведения, нарушение сна, однократная рвота, головная боль, учащенный жидкий стул Б. острое начало, субфебрильная температура, изменение поведения, нарушение сна, многократная рвота, задержка стула В. острое начало, фебрильная температура, изменение	В

	<i>поведения, нарушение сна, неоднократная рвота, жидкий стул</i>	
497	<i>Больной с острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:</i> <i>А. на спине</i> <i>Б. на животе</i> <i>В. на правом боку с приведенными ногами</i> <i>Г. на левом боку</i> <i>Д. сидя</i>	<i>В</i>
498	<i>Для диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет не используют:</i> <i>А. реланиум</i> <i>Б. масочный наркоз</i> <i>В. ГОМК</i> <i>Г. естественный сон</i>	<i>Б</i>
499	<i>Аппендикулярный отросток не может располагаться</i> <i>А. медиально</i> <i>Б. поддиафрагмально</i> <i>В. ретроцекально</i> <i>Г. ретроперитонеально</i> <i>Д. подпеченочно</i>	<i>Б</i>
501	<i>Для детей младшего возраста симптом расхождения пульса и температуры при остром аппендиците:</i> <i>А. не характерен</i> <i>Б. характерен</i>	<i>А</i>
502	<i>Симптом Ситковского при остром аппендиците, это:</i> <i>А. усиление болей при расположении на левом боку</i> <i>Б. усиление болей при поднятии правой ноги одновременной пальпации правой подвздошной области</i> <i>В. усиление болей в правой подвздошной области при</i>	<i>А</i>

	<i>толчкообразной пальпации сигмовидной кишки</i>	
503	<i>Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:</i> <i>А. локальная болезненность в правой подвздошной области и рвота</i> <i>Б. напряжение мышц брюшной стенки и рвота</i> <i>В. напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность в правой подвздошной области</i> <i>Г. симптом Щеткина-Блюмберга и рвота</i>	<i>В</i>
504	<i>Симптом Образцова при остром аппендиците, это:</i> <i>А. усиление болей при расположении на левом боку</i> <i>Б. усиление болей при поднятии правой ног и одновременной пальпации правой подвздошной области</i> <i>В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки</i>	<i>Б</i>
505	<i>Симптом Ровзинга при остром аппендиците, это:</i> <i>А. усиление болей при расположении на левом боку</i> <i>Б. усиление болей при поднятии правой ноги одновременной пальпации правой подвздошной области</i> <i>В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки</i>	<i>В</i>
506	<i>Для аппендикулярного инфильтрата у детей старше 3-х лет характерно:</i> <i>А. субфебрильная температура, болевой симптом выражен</i> <i>Б. фебрильная температура; болевой симптом выражен</i> <i>В. гектическая температура, болевой симптом не выражен</i> <i>Г. гектическая температура, болевой симптом выражен</i> <i>Д. субфебрильная температура, болевой симптом не выражен</i>	<i>Д</i>
507	<i>Назовите метод лечения аппендикулярного инфильтрата у детей до 3-х лет:</i> <i>А. Консервативное</i>	<i>Б</i>

	<i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>	
508	Назовите метод лечения аппендикулярного инфильтрата у детей старше 3-х лет. <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>	<i>В</i>
509	Каковы возможные варианты течения аппендикулярного инфильтрата? <i>А. рассасывание</i> <i>Б. абсцедирование</i> <i>В. разлитой перитонит</i> <i>Г. кишечная непроходимость</i> <i>Д. все перечисленное</i>	<i>Д</i>
510	Для аппендикулярного абсцесса характерно: <i>А. субфебрильная температура, болевой симптом выражен</i> <i>Б. фебрильная температура; болевой симптом выражен</i> <i>В. гектическая температура, болевой симптом не выражен</i> <i>Г. гектическая температура, болевой симптом выражен</i> <i>Д. субфебрильная температура, болевой симптом не выражен</i>	<i>Г</i>
511	Распространенный перитонит имеет: <i>А. две фазы течения</i> <i>Б. три фазы течения</i> <i>В. четыре фазы течения</i>	<i>Б</i>

512	<i>Развитию распространенного перитонита у детей способствует:</i> <i>А. несвоевременная диагностика, недоразвитие сальника, низкие пластические свойства брюшины, снижение реактивности организма</i> <i>Б. низкие пластические свойства брюшины; преобладание экссудации при воспалительном процессе, собенности возбудителя</i> <i>В. малый объем брюшной полости, преобладание экссудации при воспалительном процессе, несвоевременная диагностика.</i>	<i>А</i>
513	<i>Для распространенного перитонита у детей не характерно:</i> <i>А. повторная рвота;</i> <i>Б. симптом расхождения температуры и пульса</i> <i>В. Гипертермия</i> <i>Г. Нарушения микроциркуляции</i> <i>Д. ребенок хочет пить, но отказывается от питья воды</i> <i>Е. ничего из перечисленного</i>	<i>Д</i>
514	<i>Основным патогномичным симптомом распространенного перитонита из ниже перечисленных, является:</i> <i>А. рвота застойным содержимым</i> <i>Б. боли в животе</i> <i>В. вздутие живота</i> <i>Г. задержка отхождения стула и газов</i> <i>Д. пассивное напряжение мышц живота.</i>	<i>Д</i>
515	<i>Для пельвиоперитонита характерно:</i> <i>А. болят только мальчики, возраст 6 – 9 лет</i> <i>Б. болят только девочки, возраст 6 – 9 лет</i> <i>В. болят и мальчики и девочки, возраст 6 – 9 лет</i> <i>Г. болят только девочки, возраст 10 – 14 лет</i> <i>Д. болят только девочки, возраст 10 – 14 лет</i>	<i>Б</i>

516	<i>Целесообразно проводить предоперационную инфузионную подготовку у больных перитонитом в течение:</i> <i>А. нескольких минут</i> <i>Б. до устранения тяжелой гиповолемии, но не более 2 ч</i> <i>В. не менее 3-5 ч;</i> <i>Г. до полной коррекции электролитных нарушений</i> <i>Д. 10-12 часов</i>	<i>Б</i>
517	<i>Размножение возбудителя при хирургическом сепсисе происходит:</i> <i>А. в первичном очаге</i> <i>Б. во вторичном очаге</i> <i>В. в крови</i> <i>Г. в зависимости от индивидуальных особенностей</i>	<i>В</i>
518	<i>При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать:</i> <i>А. характер и чувствительность микрофлоры</i> <i>Б. фармакодинамику и фармакокинетику препарата</i> <i>В. токсичность препарата</i> <i>Г. характер гнойного отделяемого</i> <i>Д. давность заболевания</i>	<i>А</i>
519	<i>При направленной антибактериальной терапии при гнойной хирургической инфекции основным не является:</i> <i>А. характер и чувствительность микрофлоры</i> <i>Б. фармакодинамика и фармакокинетика препарата</i> <i>В. токсичность препарата</i> <i>Г. характер гнойного отделяемого</i> <i>Д. давность заболевания</i>	<i>Д</i>
520	<i>В патогенезе острого гематогенного остеомиелита ведущее место имеет:</i> <i>А. травма</i>	<i>Г</i>

	<i>Б. переохлаждение</i> <i>В. ОРВИ</i> <i>Г. высокий уровень контаминации возбудителя</i> <i>Д. неполноценное питание</i> <i>Е. сенсibilизация организма</i>	
521	<i>Что из перечисленного является провоцирующим фактором острого гематогенного остеомиелита у детей:</i> <i>А. травма</i> <i>Б. переохлаждение</i> <i>В. наличие хронических очагов инфекции</i> <i>Г. все из перечисленного</i>	<i>Г</i>
522	<i>В каком отделе кости начинается воспалительный процесс при остром гематогенном остеомиелите:</i> <i>А. в эпифизе</i> <i>Б. в метафизе</i> <i>В. в диафизе</i>	<i>Б</i>
523	<i>Для новорожденных и детей раннего возраста при остром гематогенном остеомиелите характерно поражение:</i> <i>А. эпифиза</i> <i>Б. метафиза</i> <i>В. метаэпифиза</i> <i>Г. метадиафиза</i> <i>Д. диафиза</i>	<i>В</i>
524	<i>Для детей старше 2,5 лет при остром гематогенном остеомиелите (ОГО) характерно поражение:</i> <i>А. эпифиза</i> <i>Б. метафиза</i> <i>В. метаэпифиза</i> <i>Г. метадиафиза</i>	<i>Г</i>

	<i>Д. диафиза</i>	
525	<i>К ранним местным симптомам метадиафизарного ОГО не относится:</i> <i>А. нарушение функции конечности</i> <i>Б. местная гиперемия</i> <i>В. усиление сосудистого рисунка</i> <i>Г. пастозность мягких тканей</i>	<i>Б</i>
526	<i>Укажите первый рентгенологический признак ОГО:</i> <i>А. очаги деструкции губчатого вещества</i> <i>Б. периостальная реакция</i> <i>В. наличие секвестров</i>	<i>Б</i>
527	<i>Для диагностики метаэпифизарного ОГО у новорожденных не используется:</i> <i>А. пункция сустава</i> <i>Б. рентгенография</i> <i>В. УЗИ сустава</i> <i>Г. измерение внутрикостного давления</i>	<i>Г</i>
528	<i>Рентгенологические признаки остеомиелита у новорожденных появляются:</i> <i>А. на 2-3 сутки,</i> <i>Б. на 4- 5 сутки,</i> <i>В. на 7-10 сутки,</i> <i>Г. на 11- 12 сутки.</i>	<i>В</i>
529	<i>Укажите внутрикостное давление в норме у детей после 5 лет:</i> <i>А. 40 – 80 мм. вод. ст,</i> <i>Б. 90 – 100 мм. вод. ст;</i> <i>В. 100 – 120 мм. вод. ст;</i> <i>Г. 120 – 130 мм.вод. ст.</i>	<i>В</i>

	<i>Д. 140 – 160 мм. вод. ст.</i> <i>Е. выше 160 мм.вод.ст.</i>	
530.	<i>Лечение метаэпифизарного остеомиелита у новорожденных включает:</i> <i>А. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава</i> <i>Б. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит, иммобилизация конечности</i> <i>В. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит</i> <i>Г. согревающие компрессы, назначение антибиотков, дренирование сустава, иммобилизация конечности</i> <i>Д. согревающие компрессы, назначение антибиотков, остеоперфорация, иммобилизация конечности</i>	Б
531.	<i>Исходом ОГО у новорожденным может быть:</i> <i>А. переход в хроническую форму, нарушение роста конечности в длину, ложный сустав, полное выздоровление</i> <i>Б. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей. патологический перелом сустава, полное выздоровление</i> <i>В. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей, патологический вывих сустава, полное выздоровление</i>	В
532.	<i>Для хронического остеомиелита на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. наличие полости с секвестром на фоне остеопороза костной ткани</i> <i>Б. наличие полости с секвестром на фоне остеосклероза периостальная реакция костной ткани</i> <i>В. наличие множества секвестров на фоне остеопороза костной ткани</i>	Б
533.	<i>Для первично-хронических форм остеомиелита характерно:</i> <i>А. острое начало, субфебрильная температура тела, постоянные боли в конечности</i>	В

		<i>Б. подострое начало, постоянная субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке</i> <i>В. подострое начало, периодически субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке и ночные</i> <i>Г. острое начало, нормальная температура тела, постоянные боли в конечности;</i>	
534.	46	<i>Что является первичным звеном в цепи развития гнойного процесса у новорожденных:</i> <i>А. развитие гнойного очага</i> <i>Б. входные ворота инфекции</i> <i>В. контаминация патогенной флорой</i> <i>Г. транслокация возбудителя</i> <i>Д. избыточное размножение флоры</i> <i>Е. вторичный иммунный блок</i> <i>Ж. снижение иммунологической реакции</i>	<i>Б</i>
535.	47	<i>Для катаральной (простой) формы омфалита характерно:</i> <i>А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки</i> <i>Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки</i> <i>В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки, флебит пупочных сосудов</i>	<i>А</i>
536.	48	<i>Для флегмонозной формы омфалита характерно:</i> <i>А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки, гипергрануляции</i> <i>Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки</i> <i>В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки. Флебит пупочных сосудов</i>	<i>Б</i>
537.	49	<i>При длительном мокнутие пупка у новорожденного необходимо исключить:</i> <i>А. омфалит</i>	<i>В</i>

	<i>Б. фунгус</i> <i>В. неполный свищ пупка</i>	
538.	<i>Причиной не полного свища пупка может быть все перечисленное, кроме:</i> <i>А. незаращения урахуса</i> <i>Б. незаращение пупочной вены</i> <i>В. незаращение желточного протока</i>	Б
539.	<i>Некротическая флегмона новорожденного встречается в возрасте:</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. 2-3 недели жизни</i> <i>В. после 3-х недель жизни</i> <i>Г. после 6 месяцев</i> <i>Д. в любом возрасте</i>	Б
540.	<i>Укажите местное лечение флегмоны новорожденного:</i> <i>А. полуспиртовая повязка + магнит</i> <i>Б. обкалывание антибиотиком+ множественные разрезы+ повязка с антисептиком + магнит</i> <i>В. множественные разрезы+ повязка с антисептиком+ магнит</i>	В
541.	<i>Адипозонекроз проявляется симптомами:</i> <i>А. пятнистая гиперемия; бугристая инфильтрация, болезненность при пальпации</i> <i>Б. бугристая инфильтрация; цианотичность кожных покровов, местное повышение температуры</i> <i>В. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, отсутствие болевого симптома</i> <i>Г. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, болезненность при пальпации</i>	В
542.	<i>Для некротической флегмоны в период образования некрозов местно характерно:</i> <i>А. сплошная инфильтрация</i>	В

	<i>Б. разлитая гиперемия, флюктуация</i> <i>В. цианотичность кожных покровов</i> <i>Г. цианотичность кожных покровов, зыбление</i>	
543.	<i>У новорожденного стафилококк вызывает все, кроме:</i> <i>А. некротическую флегмону</i> <i>Б. острый гематогенный остеомиелит</i> <i>В. острый артрит</i> <i>Г. рожистое воспаление</i> <i>Д. мастит</i>	Г
544.	<i>У новорожденных стрептококк вызывает:</i> <i>А. некротическую флегмону</i> <i>Б. острый гематогенный остеомиелит</i> <i>В. острый артрит</i> <i>Г. рожистое воспаление</i> <i>Д. мастит</i>	Г
545.	<i>Перитониты у новорожденных чаще встречаются:</i> <i>А. первичные</i> <i>Б. вторичные</i>	Б
546.	<i>Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является:</i> <i>А. ятрогенное повреждение кишечной стенки</i> <i>Б. дефицит лизоцима;</i> <i>В. некротизирующий энтероколит новорожденных</i> <i>Г. пороки развития стенки кишки</i> <i>Д. заменное переливание крови</i> <i>Е. внутриутробное инфицирование</i>	В
547.	<i>В основе патогенеза некротического энтероколита у новорожденных лежит:</i>	Г

	<i>А. недоношенность</i> <i>Б. внутриутробная гипоксия</i> <i>В. асфиксия в родах</i> <i>Г. централизация кровообращения в организме новорожденного</i>	
548.	<i>Для первичного перитонита новорожденных первым клиническим симптомом в начале разгара является:</i> <i>А. эксикоз</i> <i>Б. вздутие живота</i> <i>В. задержка стула</i> <i>Г. полиурия</i> <i>Д. сердечно-сосудистые нарушения</i>	<i>Б</i>
549.	<i>Из всех перечисленных симптомов достоверными местными симптомами для разлитого перитонита у новорожденного являются:</i> <i>А. вздутие живота</i> <i>Б. рвота застойным содержимым</i> <i>В. отек, гиперемия брюшной стенки</i> <i>Г. отсутствие стула</i> <i>Д. жидкий стул</i>	<i>В</i>
550.	<i>При первичном перитоните у новорожденного ранним патогномоничным симптом является:</i> <i>А. рвота застойным содержимым</i> <i>Б. кровь в стуле</i> <i>В. вздутия живота</i> <i>Г. патозность нижних отделов передней брюшной стенки</i> <i>Д. отек половых органов</i>	<i>Г</i>
551.	<i>Некротический энтероколит на стадии клинических проявлений характеризуется симптомами:</i> <i>А. рвотой с желчью, отсутствием стула и газов</i> <i>Б. рвотой с желчью, частым жидким стулом с патологическими</i>	<i>Б</i>

	примесями, вздутием живота с локальной болезненностью В.отсутствием стула и газов Г. вздутием живота с локальной болезненностью, усилением перистальтики	
552.	Некротический энтероколит на III стадии предперфорации проявляется рентгенологически: А. локальным затенением брюшной полости Б. гидроперитонеумом В. свободным газом в брюшной полости	Б
553.	Некротический энтероколит на стадии продромы рентгенологически проявляется: А. повышенным равномерным газонаполнением кишечника Б. неравномерным наполнением кишечника с уровнями В. пневматозом кишечной стенки Г. газом в портальной системе печени Д. гидроперитонеумом Е. пневмоперитонеумом	А
554.	Лечение 1, 2 - ой стадий НЭК: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное.	А
555.	Лечение 3-ей стадии НЭК: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное	В
556.	Лечение 4-ой стадии НЭК: А. консервативное	Г

	<i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i> <i>Г. только оперативное</i>	
557.	<i>Для перфоративного перитонита на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. наличие свободной жидкости в брюшной полости</i> <i>Б. сниженное газонаполнение петель кишечника</i> <i>В. наличие свободного воздуха в брюшной полости</i> <i>Г. множественные уровни жидкости в петлях кишечника</i>	<i>В</i>
558.	<i>В каком возрасте наиболее часто встречается инвагинация кишок?</i> <i>А. новорожденный</i> <i>Б. 4 -10 месяцев</i> <i>В. старше года</i> <i>Г. школьный</i>	<i>Б</i>
559.	<i>Провоцирующими факторами инвагинации кишечника у детей является все, кроме:</i> <i>А. нарушение пищевого режима</i> <i>Б. анатомо-физиологические особенности</i> <i>В. кишечная инфекция</i> <i>Г. ОРВИ</i>	<i>Б</i>
560.	<i>Предрасполагающим фактором инвагинации кишечника из перечисленного является:</i> <i>А. нарушение или изменение режима питания режима</i> <i>Б. анатомо-физиологические особенности</i> <i>В. кишечная инфекция</i> <i>Г. ОРВИ</i> <i>Д. все перечисленное</i>	<i>Б.</i>
561.	<i>Наиболее частой причиной илеоцекальной инвагинации кишечника</i>	

	у детей до 1 года является: А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника Б. нарушение или изменение режима питания В. диспепсия Г. ОРВИ Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)	А
562.	Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является: А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника Б. нарушение или изменение режима питания В. диспепсия Г. ОРВИ Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)	Д
563.	Инвагинация кишечника относится к: А. обтурационной кишечной непроходимости Б. странгуляционной кишечной непроходимости В. паралитической кишечной непроходимости Г. спастической кишечной непроходимости Д. смешанной кишечной непроходимости	Д
564.	Смешанная механическая кишечная непроходимость, это сочетание: А. обтурационной кишечной непроходимости + спастической кишечной непроходимости Б. обтурационной кишечной непроходимости + паралитическая кишечная непроходимость В. обтурационной кишечной непроходимости + странгуляционной	В
565. 77	Укажите, какой из симптомов инвагинации кишечника не характерен для стадии начальных клинических проявлений:	

	<i>А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками</i> <i>Б. симптом «малинового или смородинового желе»</i> <i>В. симптом пальпируемой опухоли</i> <i>Г. многократная рвота с желчью</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i> <i>Е. все перечисленное</i>	<i>Г</i>
566. 78	<i>При инвагинации кишечника приступы болей в животе постепенно:</i> <i>А. усиливаются и укорачиваются;</i> <i>Б, удлиняются и усиливаются;</i> <i>В. удлиняются и ослабевают.</i>	<i>В</i>
567. 79	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. боли в животе</i> <i>Б, вялость</i> <i>В .симптом «малинового или смородинового желе»</i> <i>Г .повышение температуры тела</i> <i>Д. многократная рвота с желчью</i> <i>Е. ни чего из перечисленного</i>	<i>В</i>
568. 80	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками</i> <i>Б. задержка отхождения стула и газов</i> <i>В. многократная рвота с желчью</i> <i>Г. . ни чего из перечисленного</i> <i>Д. .все перечисленное</i>	<i>А</i>
569.	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. боли в животе</i>	<i>В</i>

	<i>Б. задержка отхождения стула и газов</i> <i>В. симптом пальпируемой опухоли в брюшной полости</i> <i>Г. многократная рвота с желчью</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i> <i>Е. все перечисленное</i>	
570.	<i>Для диагностики инвагинации кишечника в начальный период наиболее из всего перечисленного целесообразно использовать:</i> <i>А. пневмоирригографию</i> <i>Б.. УЗИ брюшной полости</i> <i>В. пальпацию живота под наркозом</i> <i>Г. рентгеноконтрастное обследование с барием, данным через рот</i> <i>Д.. лапароскопию</i>	<i>А</i>
571.	<i>Дифференцировать острую кишечную инвагинацию у детей необходимо со всеми заболеваниями, кроме:</i> <i>А. дизентерии</i> <i>Б. опухоли брюшной полости</i> <i>В. острой пневмонии</i> <i>Г. геморрагического васкулита</i>	<i>В</i>
572.	<i>Для стадии начинающихся осложнений при инвагинации кишечника характерно:</i> <i>А. усиление и укорачивание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», асимметрия живота, симптом пальпируемой опухоли</i> <i>Б. удлинение и ослабевание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», симптом пальпируемой опухоли, отсутствие симптомов раздражения брюшин</i> <i>В. удлинение и ослабевание, болей в животе, многократная рвота с желчью, темная кровь с примесью слизи, наличиее симптомов раздражения брюшины</i>	<i>В</i>
573.	<i>Лечение инвагинации кишечника:</i>	

	<i>А. только оперативное</i> <i>Б. только консервативное</i> <i>В. зависит от возраста ребенка</i> <i>Г. зависит от возраста и стадии заболевания</i>	<i>Г</i>
574.	<i>Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при:</i> <i>А. стенозе кишечника</i> <i>Б. завороте кишечника</i> <i>В. болезни Гиришпруга</i> <i>Г. инвагинации</i>	<i>Б</i>
575.	<i>Смешанная кишечная непроходимость включает:</i> <i>А. обтурационная кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость</i> <i>Б. странгуляционная кишечная непроходимость + обтурационная кишечная непроходимость</i> <i>В. спастическая кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость</i>	<i>Б</i>
576.	<i>К смешанной кишечной непроходимости относится:</i> <i>А. стенозе кишечника</i> <i>Б. заворот кишечника</i> <i>В. болезнь Гиришпруга</i> <i>Г. инвагинация</i>	<i>Г</i>
577.	<i>Для острой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические симптомы:</i> <i>А. отсутствие газа в петлях тонкого кишечника во всех случаях</i> <i>Б. свободный газ в брюшной полости</i> <i>В. множественные или единичные тонкокишечные арки или чаши Клойбера</i> <i>Д. не равномерное газонаполнение петель кишечника</i>	<i>В</i>
578.	<i>Для низкой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны все перечисленные симптомы, кроме:</i>	

	<i>А. приступообразные боли в животе</i> <i>Б. рвота с патологическими примесями</i> <i>В. вздутие живота</i> <i>Г. контурация петель кишечника на брюшную стенку</i> <i>Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии</i> <i>Е. задержка отхождения стула и газов</i>	<i>Д</i>
579.	<i>Для высокой поздней спаечной тонкокишечной непроходимости в первые часы от заболевания характерны все перечисленные симптомы, кроме</i> <i>А. приступообразные боли в животе</i> <i>Б. рвота с патологическими примесями</i> <i>В. контурация петель кишечника на брюшную стенку</i> <i>Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии</i> <i>Е. задержка отхождения стула и газов</i> <i>Д. стул и газы отходят</i>	<i>Е</i>
580.	<i>Для паралитической кишечной непроходимости на рентгенограмме характерно:</i> <i>А равномерное распределение газа в петлях тонкого кишечника</i> <i>Б. множественные или единичные чаши Клойбера</i> <i>В. равномерно перераздутые петли кишечника или равномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости</i> <i>Д. неравномерное газонаполнение петель кишечника или неравномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости</i>	<i>В</i>
581.	<i>Консервативную терапию при ранней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение:</i> <i>А. 3-6 часов</i> <i>Б. 6-12 часов</i> <i>В. 12-24 часов</i> <i>Г. 24-48 часов</i>	<i>В</i>

	<i>Д. 48-72 часов</i>	
582.	<i>Лечение поздней спаечной кишечной непроходимости не зависит от:</i> <i>А. вида непроходимости</i> <i>Б. давности заболевания</i> <i>В. наличия осложнений</i> <i>Г. возраста ребенка</i>	<i>Г</i>
583.	<i>При странгуляционной кишечной непроходимости показано:</i> <i>А. консервативная терапия</i> <i>Б. наблюдение</i> <i>В. дача бария, консервативная терапия через 3-6 часов</i> <i>Г. срочная операция</i> <i>Д. операция после кратковременной предоперационной подготовки</i>	<i>Д</i>
584.	<i>Консервативную терапию при поздней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение:</i> <i>А. 3-6 часов;</i> <i>Б. 6-12 часов;</i> <i>В. 12-24 часов;</i> <i>Г. 24-48 часов;</i> <i>Д. 48-72 часов</i>	<i>А</i>
585.	<i>Выделение алой крови из прямой кишки характерно для:</i> <i>А. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>Б. язвы двенадцатиперстной кишки</i> <i>В. язвы или полипа толстой кишки</i> <i>Г. инвагинации кишечника</i>	<i>В</i>
586.	<i>Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:</i> <i>А. гепатомегалия</i>	<i>В</i>

	<i>Б. увеличение размеров живота</i> <i>В. спленомегалия</i> <i>Д. кровавая рвота</i> <i>Е. асцит</i>	
587.	<i>Выделение крови в виде «темной вишни» из прямой кишки характерно для:</i> <i>А. язвы толстой кишки</i> <i>Б. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>Б. инвагинации кишечника</i>	<i>Б</i>
588.	<i>Рвота с кровью не характерна для:</i> <i>А. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>Б. язвы желудка</i> <i>В. варикозно расширенных вен пищевода</i> <i>Г. язвы двенадцатиперстной кишки</i>	<i>А</i>
589.	<i>Причиной кровотечения из дивертикула Меккеля является:</i> <i>А. аномалия развития сосудов в стенке дивертикула Меккеля</i> <i>Б. инвагинация дивертикула Меккеля в подвздошную кишку</i> <i>В. острая язва слизистой дивертикула Меккеля</i>	<i>В</i>
590.	<i>Пороки развития брюшной стенки и органов брюшной полости</i>	
591.	<i>Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК выше Фатерова сосочка, кроме:</i> <i>А. рвота без желчи</i> <i>Б. быстрая потеря массы тела</i> <i>В. ранняя желтуха</i> <i>Г. запавающий живот</i> <i>Д. отсутствие мекония</i>	<i>Д</i>

592.	103	Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК ниже Фатерова сосочка, кроме: А. рвота с желчью Б. быстрая потеря массы тела В. ранняя желтуха Г. запавший живот Д. меконий светлый Е. меконий отсутствует	Д
593.	104	Задержка развития кишечной трубки в период эмбриогенеза в стадию «солидного тяжа» приводит к: А. аганглиозу кишечной стенки Б. гиперфиксации ДПК В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки Г. мембране Д. мальротации «средней кишки»	Г
594.	105	Нарушение вращения средней кишки во 2-ой период приводит к: А. аганглиозу кишечной стенки Б. гиперфиксации ДПК В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки Г. к высокому расположению слепой кишки Д. мальротации «средней кишки»	Д
595.	106	Задержка отхождения мекония у новорожденного может быть вызвана: А. аганглиозом кишечной стенки Б. муковисцедозом В. родовой травмой Г. мекониальной пробкой Д. всем перечисленным Е. ни чем из перечисленного	Д

596.	<i>Врожденная странгуляционная кишечная непроходимость у новорожденного может быть вызвана:</i> <i>А. атрезией двенадцатиперстной кишки</i> <i>Б. незавершенным поворотом кишечника</i> <i>В. заворотом «средней кишки»</i> <i>Г. мекониальной непроходимостью</i>	<i>В</i>
597.	<i>Для полной атрезии двенадцатиперстной кишки характерно все кроме:</i> <i>А. начало проявления с первых часов жизни</i> <i>Б. рвота съеденным молоком</i> <i>В. рвота с желчью</i> <i>Г. начало с 3-4-х суток жизни</i> <i>Д. ранняя желтуха</i>	<i>Г</i>
598.	<i>При полной атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка характерно все кроме:</i> <i>А. рвота с желчью</i> <i>Б. ранняя желтуха</i> <i>В. внутриутробная гипотрофия</i> <i>Г. меконий темного цвета</i> <i>Д. меконий обесцвечен</i>	<i>Г</i>
599.	<i>Для частичной врожденной высокой кишечной непроходимости не характерно:</i> <i>А. рвота с желчью</i> <i>Б. меконий отходит</i> <i>В. меконий не отходит</i> <i>Г. наличие переходного стула</i>	<i>В</i>
600.	<i>Укажите какие симптомы не характерны для врожденной полной низкой кишечной непроходимости:</i> <i>А рвота с желчью</i>	<i>В</i>

	<i>Б мекониевая рвота</i> <i>В вздутие живота в эпигастрии, западение нижних отделов</i> <i>Г равномерное вздутие живота</i> <i>Д отсутствие мекония</i>	
601.	<i>Мекониевая рвота у новорожденных не характерна для:</i> <i>А. перитонита</i> <i>Б. острой форме болезни Гиришпруга</i> <i>В. атрезии тощей кишки</i> <i>Г. атрезии прямой кишки</i> <i>Д. атрезии подвздошной кишки</i>	<i>В</i>
602.	<i>Укажите какие симптомы при врожденной полной низкой кишечной непроходимости не относятся к ранним:</i> <i>А. срыгивания молоком</i> <i>Б. рвота с желчью или застойным кишечным содержимым</i> <i>В. беспокойство ребенка</i> <i>Г. равномерное вздутие живота</i> <i>Д. отсутствие мекония</i>	<i>Б</i>
603.	<i>Мекониальная рвота не характерна для:</i> <i>А. для острой формы болезни Гиришпруга</i> <i>Б. атрезии подвздошной кишки</i> <i>В. атрезии тонкой кишки</i> <i>Г. атрезии прямой кишки</i> <i>Д. перитонита новорожденных</i>	<i>В</i>
604.	<i>Для внутриутробного заворота «средней кишки» у новорожденного не характерно:</i> <i>А. время проявления -3-5 –е сутки жизни</i> <i>Б. рвота с желчью</i> <i>В. рвота застойным кишечным содержимым</i>	<i>В</i>

	<i>Г. меконий отходит</i> <i>Д. беспокойство ребенка</i> <i>Е. живот при пальпации болезненный</i> <i>Ж. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»</i>	
605.	<i>Наиболее значимым симптомом для «заворота кишечника» у новорожденного является:</i> <i>А. беспокойство</i> <i>Б. рвота с желчью</i> <i>В. болезненный при пальпации живот</i> <i>Д. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»</i>	Д
606.	<i>Ведущим симптомом врожденной высокой кишечной непроходимости является:</i> <i>А. рвота</i> <i>Б. боли в животе</i> <i>В. отсутствие мекония</i>	А
607.	<i>Ведущим симптомом врожденной низкой кишечной непроходимости является:</i> <i>А. рвота</i> <i>Б. боли в животе</i> <i>В. отсутствие мекония</i>	В
608.	<i>Атрезия двенадцатиперстной кишки часто сочетается с синдромом:</i> <i>А. Беквита – Видемана</i> <i>Б. Смита- Опитца</i> <i>В. Дауна</i> <i>Г. Меккеля</i>	В
609.	<i>Для высокой врожденной частичной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно:</i>	В

	<i>А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике</i> <i>Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отдела кишечника</i> <i>В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника;</i> <i>Г. множественные уровни жидкости</i>	
610.	<i>Для высокой врожденной полной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике</i> <i>Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника</i> <i>В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника</i> <i>Г. множественные уровни жидкости</i>	Б
611.	<i>Для атрезии подвздошной кишки в клинике основным характерным симптомом является:</i> <i>А. рвота застойным содержимым</i> <i>Б. вздутие живота</i> <i>В. беспокойство ребенка</i> <i>Г. стул в виде обесцвеченной слизи</i> <i>Д. стул в виде «малинового желе»</i>	Г
612.	<i>На обзорной рентгенограмме при полной врожденной низкой кишечной непроходимости характерно:</i> <i>А. два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника</i> <i>Б. три или больше уровня уровней жидкости в петлях кишечника, затенение нижних отделов</i> <i>В. симптом «микроколон»</i>	Б
613.	<i>Основным методом диагностики синдрома мальротации «средней кишки» является:</i> <i>А. обследование ЖКТ с контрастным веществом, введенным в желудок</i>	В

	<i>Б. пневмоирригография</i> <i>В. ирригография с водорастворимым контрастом</i> <i>Г. УЗИ органов брюшной полости</i>	
614.	<i>На ирригографии для синдрома мальротации «средней кишки» характерно:</i> <i>А. левостороннее расположение купола слепой кишки</i> <i>Б. высокое расположение купола слепой кишки</i> <i>В. левостороннее расположение толстой кишки с нетипичным расположением купола слепой кишки</i>	<i>В</i>
615.	<i>Пилоростеноз проявляется у детей в возрасте:</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. 7 - 10 дней</i> <i>В. 2 -4 недели</i> <i>Г. после 2-х месяцев</i> <i>Д. после 6-ти месяцев</i>	<i>В</i>
616.	<i>Для пилоростеноза характерна:</i> <i>А. рвота неизменным молоком большим объемом</i> <i>Б. рвота створоженным молоком</i> <i>В. рвота створоженным молоком большим объемом с кислым запахом</i> <i>Г. рвота большим объемом с примесью желчи</i>	<i>В</i>
617.	<i>При острой форме пилоростеноза в клинике характерен стул:</i> <i>А. скудный темный-зеленый</i> <i>Б. «ложные» запоры</i> <i>В. водянистый</i> <i>Г. частый жидкий</i>	<i>А</i>
618. 1	<i>При острой форме пилоростеноза масса тела характеризуется:</i> <i>А. малой прибавкой</i> <i>Б. возрастным дефицитом</i>	<i>В</i>

	<i>В. быстрым снижением</i> <i>Г. отсутствием прибавки</i> <i>Д. неравномерной прибавкой</i>	
619.	<i>При подострой форме пилоростеноза масса тела характеризуется:</i> <i>А. малой прибавкой</i> <i>Б. возрастным дефицитом</i> <i>В. прогрессирующим снижением</i> <i>Г. отсутствием прибавки</i> <i>Д. неравномерной прибавкой</i>	<i>Б</i>
620.	<i>Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:</i> <i>А. склонность к запорам</i> <i>Б. желтуха</i> <i>В. рвота «фонтаном»</i> <i>Г. олигурия</i> <i>Д. потеря в массе тела</i>	<i>В</i>
621.	<i>При подострой форме пилоростеноза в клинике характерен стул:</i> <i>А. скудный темный-зеленый</i> <i>Б. «ложные» запоры</i> <i>В. водянистый</i> <i>Г. частый жидкий</i>	<i>Б</i>
622.	<i>При объективном осмотре при пилоростенозе характерен симптом:</i> <i>А. Воскресенского</i> <i>Б. Вааля</i> <i>В. «песочных часов»</i> <i>Г. Данса</i>	<i>В</i>
623.	<i>Для диагностики пилоростеноза в настоящее время в основном используют:</i>	

	<i>А. пальпацию пилорического отдела желудка под наркозом</i> <i>Б. рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта с барием</i> <i>В. УЗИ желудка</i> <i>Г. эзофагогастроскопию</i>	<i>В</i>
624.	<i>Для врожденного пилоростеноза на УЗИ характерно:</i> <i>А. длина пилорического отдела < 14- мм, толщина стенки пилорического отдела 4 мм</i> <i>Б. длина пилорического отдела 16 мм, толщина стенки пилорического отдела < 4 мм</i> <i>В. длина пилорического отдела > 14- мм, толщина стенки пилорического отдела > 4 мм</i>	<i>В</i>
625.	<i>Из перечисленных симптомов наиболее достоверным является:</i> <i>А. симптом «песочных часов»</i> <i>Б. гипотрофия</i> <i>В. вздутие в эпигастрии после кормления</i> <i>Г. пальпация утолщенного пилорического отдела желудка</i> <i>Д. олигурия</i>	<i>Г</i>
626.	<i>Для пилоростеноза на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. два газовых пузыря с двумя уровнями жидкости, расположенные в эпигастральной области, обеднение газом петель кишечника</i> <i>Б. симптом «клюва»</i> <i>В. увеличенный в размерах желудок с уровнем жидкости, обеднение газом петель кишечника</i>	<i>В</i>
627.	<i>Алгоритм обследования больного с подозрением на пилоростеноз включает:</i> <i>А. объективный осмотр, сбор анамнеза, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, обследование желудочно-кишечного тракта с барием, ФГДС, анализы</i> <i>Б. сбор анамнеза, объективный осмотр, ФГДС, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости,</i>	<i>В</i>

	анализы, обследование желудочно-кишечного тракта с барием В. сбор анамнеза, объективный осмотр, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, УЗИ желудка, ФГДС, обследование желудочно-кишечного тракта с барием	
628.	Острую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме: А. псевдопилоростеноза Б. кишечной инфекции В. халази кардии Г. заворота кишечника	В
629.	Подострую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме: А аэрофагии Б. вегетоабдоминального синдрома В пилороспазма Г псевдопилоростеноза	Г
630.	Желудочно-пищеводный рефлюкс проявляется: А. с рождения Б. с 2-3-х недельного возраста В. с 2-3 месяцев	А
631.	Для диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса необходимо провести: А. фиброгастроскопию, контрастную рентгенографию пищевода и желудка Б. фиброгастроскопию, рентгеноскопию пищевода и желудка с контрастом в положении лежа или Тренделенбурга В. фиброгастроскопию, КТ	Б
632.	Лечение пилоростеноза: А. оперативное Б. консервативное	А

	<i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>	
633.	<i>Для атрезии желчевыводящих путей в первые две недели жизни характерно:</i> <i>А. обесцвеченный стул с 5-6 суток, желтуха с 3-4 дня, темная моча, состояние ребенка страдает;</i> <i>Б. желтуха с 3-4 дня, обесцвеченный стул в течении 10 дней, темная моча, состояние ребенка не страдает;</i> <i>В. желтуха с рождения, гепатомегалия, обесцвеченный стул с 3-5-го дня.</i>	<i>Б</i>
634.	<i>Дифференцировать атрезию желчевыводящих путей у новорожденных в первые две недели жизни необходимо:</i> <i>А. с холестазом;</i> <i>Б. с гемолитической желтухой;</i> <i>В. с внутриутробным гепатитом;</i> <i>Г. с затянувшейся физиологической желтухой.;</i> <i>Д. со всем перечисленным.</i>	<i>Д</i>
635.	<i>Классической триадой симптомов для кисты общего желчного протока являются::</i> <i>А. обесцвеченный стул, постоянные боли в правом подреберье, темная моча;</i> <i>Б. рецидивирующие боли в правом подреберье или эпигастрии, пермежающаяся желтуха, пальпируемая опухоль у края печени;</i> <i>В. приступообразные боль в эпигастрии, симптом пальпируемой опухоли, повышение температуры тела</i>	<i>Б</i>
636.	<i>При атрезии желчевыводящих путей в биохимическом анализе превалирует:</i> <i>А. прямой билирубин;</i> <i>Б. непрямой билирубин</i>	<i>А</i>
637.	<i>Стенозы большого дуоденального сосочка (БДС) могут быть обусловлены:</i> <i>А. хронической дуоденальной непроходимостью;</i> <i>Б. мембраной, гипоплазией или хористой БДС;</i>	<i>Б</i>

	<i>В. кистозным расширением желчных протоков.</i>	
638.	<i>Ведущим симптомом атрезии атрезии желчевыводящих путей (ЖВП) является:</i> <i>А. ранняя желтуха;</i> <i>Б. ахоличный стул;</i> <i>В. увеличение печени в размерах</i>	<i>Б</i>
639.	<i>К не коррегируемым порокам развития ЖВП относится:</i> <i>А. атрезия наружных желчевыводящих путей;</i> <i>Б. атрезия дистального отдела общего желчного протока;</i> <i>В. внутрипеченочная атрезия желчевыводящих путей</i>	<i>В</i>
640.	<i>Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является:</i> <i>А. наследственность;</i> <i>Б. гормональные нарушения;</i> <i>В. пороки развития желчного пузыря;</i> <i>Г. нарушения обменных процессов;</i> <i>Д. хронический гепатит</i>	<i>В</i>
641.	<i>Операция Касаи показана при:</i> <i>А. атрезии наружных желчевыводящих путей;</i> <i>Б. атрезии внутрипеченочных протоков;</i> <i>В. кисте холедоха.</i>	<i>А</i>
642.	<i>Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является:</i> <i>А. УЗИ;</i> <i>Б. сцинтиграфия;</i> <i>В. ретроградная холецистопанкреатография;</i> <i>Г. релаксационная дуоденография.</i>	<i>В</i>
643.	<i>Поперечная перегородка желчного пузыря в виде «фригийской шапочки» локализуется:</i>	<i>Б</i>

	<i>А. в шейке пузыря;</i> <i>Б. в области дна пузыря;</i> <i>В. теле пузыря</i>	
644.	<i>Основным симптомом атрезии ЖВП является:</i> <i>А. ранняя желтуха;</i> <i>Б. ахоличный стул;</i> <i>В. увеличение печени в размерах</i>	<i>Б</i>
645.	<i>К коррегируемым порокам развития ЖВП относится:</i> <i>А. один или два печеночных протока проходимы, но диаметр их слишком мал;</i> <i>Б. непроходимость дистального отдела общего желчного протока;</i> <i>В. в воротах печени отсутствуют протоки</i>	<i>Б</i>
646.	<i>Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является:</i> <i>А. УЗИ;</i> <i>Б. сцинтиграфия;</i> <i>В. ретроградная холецистопанкреатография;</i> <i>Г. релаксационная дуоденография.</i>	<i>В</i>
647.	<i>Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является:</i> <i>А. наследственность;</i> <i>Б. гормональные нарушения;</i> <i>В. пороки развития желчного пузыря;</i> <i>Г. нарушения обменных процессов;</i> <i>Д. хронический гепатит</i>	<i>В</i>
648.	<i>При нарушении облитерации желточного протка может образоваться все, кроме:</i> <i>А. полный свищ пупка</i>	<i>Г</i>

	<i>Б. неполный свищ пупка</i> <i>В. дивертикул Меккеля</i> <i>Г. киста брыжейки тонкой кишки</i> <i>Д. киста желточного протока</i>	
649.	<i>Относительным противопоказанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является:</i> <i>А. мацерация кожных покровов</i> <i>Б. эвагинация кишечника</i> <i>В. кровотечение из слизистой</i> <i>Г. потеря кишечного содержимого</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i>	<i>А</i>
650.	<i>Дивертикул Меккеля, это</i> <i>А. нарушение облитерации дистальной части урахуса</i> <i>Б. нарушение облитерации проксимальной части желточного проток</i> <i>В. нарушение облитерации дистальной части желточного протока</i> <i>Г. нарушение процесса реканализации кишечной трубки в эмбриогенезе</i>	<i>В</i>
651.	<i>Полный свищ желточного протока может осложниться всем, кроме:</i> <i>А. инфицированием передней брюшной стенки</i> <i>Б. эвагинацией кишечника</i> <i>В. кровотечением из слизистой кишечной стенки</i> <i>Г. гипотрофией</i> <i>Д. инвагинацией кишечника</i>	<i>Д</i>
652.	<i>Экстренным показанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является:</i> <i>А. мацерация кожных покровов</i> <i>Б. эвагинация кишечника</i>	<i>Б</i>

	<i>В. кровотечение из слизистой</i> <i>Г. потеря кишечного содержимого</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i>	
653.	<i>Для гастрошизиса не характерно:</i> <i>А. дефект в брюшной стенке до 2-3 см</i> <i>Б. кишечник укорочен в 3-4 раза</i> <i>В. стенка кишечника отечна</i> <i>Г. имеется грыжевой мешок, покрытый фибрином</i> <i>Д. пуповина отходит нормально, справа от дефекта</i> <i>Е. ни чего из перечисленного</i>	<i>Г</i>
654.	<i>Гастрошизис может сочетаться:</i> <i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i> <i>Б. с пороками сердца</i> <i>В. с атрезиями кишечной трубки</i> <i>Г. с синдромом Дауна</i>	<i>В</i>
655.	<i>При рождении ребенка с гастрошизисом необходимо:</i> <i>А. укутать эвентрированные петли кишечника теплыми салфетками и срочно перевести в хирургический стационар</i> <i>Б. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, ввести антибиотики и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар</i> <i>В. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, укутать теплыми ватно-марлевыми салфетками, ввести анальгетики, антибиотики, установить зонд в желудок, сделать очистительную клизму, назначить инфузионную терапию и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар</i>	<i>В</i>
656.	<i>Грыжей пупочного канатика средних размеров считают, если:</i> <i>А. грыжевой мешок содержит только 2-3 петли кишечника</i> <i>Б. грыжевой мешок содержит только петли кишечника</i> <i>В. грыжевой мешок содержит только петли кишечника и</i>	<i>Б</i>

	незначительную часть печени Г. грыжевой мешок содержит петли кишечника и большую часть печени	
657.	Образования грыж пупочного канатика не связано с: А. отсутствием вращения кишечника Б. недоразвитием брюшной полости В. недоразвитием брюшной стенки	В
658.	Грыжа пупочного канатика может сочетаться А. с синдромом Беквита-Видемана Б. VACTERL-ассоциацией пороков В. с атрезиями желчевыводящих путей Г. с синдромом Дауна	А
659.	Оперативное лечение пупочных грыж проводят: А. по установлению диагноза; Б. в возрасте 3-лет; В. в возрасте 4-х лет; Г. после 5 лет.	Г
660.	Грыжи белой линии живота лечат: А. консервативно; Б. оперативно; В. оперативно при неэффективности консервативной терапии.	Б
661.	Острая форма болезни Гирипрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-х месяцев В. после введения прикорма	А
662.	Первые симптомы подострой формы болезни Гирипрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-х месяцев В. после введения прикорма	Б

	<i>Г. после года</i>	
663.	<i>Первые симптомы хронической формы болезни Гиришпруга проявляется в возрасте:</i> <i>А. с первых дней жизни</i> <i>Б. в возрасте 1-3-месяцев</i> <i>В. после введения прикорма</i> <i>Г. после года</i>	<i>В</i>
664.	<i>Укажите характерные рентгенологические признаки болезни Гиришпруга на контрастной ирригграмме:</i> <i>А. расширение толстой кишки, сглаженность гаустрации, не полное опорожнение кишечника</i> <i>Б. суженная зона в дистальном отделе толстой кишки и расширение супрастенотической зоны</i> <i>В. удлинение и расширение сигмовидной кишки, задержка опорожнения кишечника</i>	<i>Б</i>
665.	<i>Из предложенных методов диагностики уровня атрезии прямой кишки в первые часы после рождения наиболее информативным является:</i> <i>А. боковая инвертограмма через 24 – 26 часов после рождения;</i> <i>Б. пункция промежности;</i> <i>В. выявление симптома толчка;</i> <i>Г. УЗИ промежности</i>	<i>Г</i>
666.	<i>При атрезии ануса и прямой кишки боковую инвертограмму по Вангенстину необходимо выполнить:</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. через 5-6 часов после рождения</i> <i>В. через 16-18 часов после рождения</i>	<i>В</i>
667.	<i>Из перечисленных методов диагностики уровня атрезии ануса и прямой кишки наиболее достоверным в первые часы после рождения является:</i> <i>А. УЗИ промежности</i> <i>Б. пункция промежности</i> <i>Б. выявление симптома толчка</i> <i>В. рентгенограмма по Вангенстину.</i>	<i>А</i>

668.	<i>При атрезии прямой кишки у девочек не может быть свища:</i> <i>А. на промежность</i> <i>Б. во влагалище</i> <i>В. в преддверие влагалища</i> <i>Г. в матку</i> <i>Д. в мочевой пузырь</i>	Д
669.	<i>Пороки развития и заболевания органов грудной клетки</i>	
670.	<i>Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем может сочетаться:</i> <i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i> <i>Б. с VACTERL-ассоциацией пороков</i> <i>В. с синдромом Эллиса</i> <i>Г. синдром Пьера-Робина</i> <i>Д со всем перечисленным</i>	Б
671.	<i>Рентгеноконтрастное обследование при подозрении на атрезию пищевода проводится:</i> <i>А. 5% барием, разведенным на молоке в объеме 1 мл</i> <i>Б. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме 5 мл</i> <i>В. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме не более 1 мл</i> <i>Г. водорастворимым контрастным веществом в объеме 1 мл</i>	В
672.	<i>При атрезии пищевода на рентгенограмме с контрастированием верхнего сегмента можно определить все, кроме:</i> <i>А. уровень атрезии</i> <i>Б. форму атрезии (наличие или отсутствие трахеопищеводного свища)</i> <i>В. изменения со стороны легких</i> <i>Г. сопутствующие пороки развития со стороны ЖКТ</i>	Е

	<i>Д. позвоночника, конечностей</i> <i>Е. почек</i>	
673.	<i>При атрезии пищевода в роддоме необходимо:</i> <i>А. респираторный уход, антибактериальная терапия, ИВЛ, перевод ребенка в специализированное хирургическое отделение по установлению диагноза</i> <i>Б. респираторный уход, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения</i> <i>В. установка КПВ для проведения инфузионной терапии, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения</i>	Б
674.	<i>Из ниже перечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:</i> <i>А. гастро-эзофагеальный рефлюкс</i> <i>Б. стеноз пищевода</i> <i>В. реканализация трахеопищеводного свища</i> <i>Г. дисфагия,</i> <i>Д. аспирационная пневмония</i>	Б
675.	<i>Характерным симптомом изолированного трахеопищеводного свища является:</i> <i>А. одышка</i> <i>Б. цианоз</i> <i>В. гиперсаливация</i> <i>Д. кашель во время кормления</i>	Д
676.	<i>Осложнением трахеопищеводного свища является:</i> <i>А. эзофагит</i> <i>Б. бронхит</i> <i>В. аспирационная пневмония</i>	В

	<i>Г. гастро-эзофагеальный рефлюкс</i>	
677.	<i>Первым симптомом рубцового послеожогового стеноза пищевода является:</i> <i>А. боль за грудиной</i> <i>Б. изжога</i> <i>В. потеря массы тела</i> <i>Г. затруднения при глотании</i>	<i>Г</i>
678.	<i>Первые признаки диафрагмы появляются у эмбриона на:</i> <i>А. 3 – 4 –ой неделе</i> <i>Б. 5 – 6 -ом месяце</i> <i>В. 3 –ем месяце</i>	<i>А</i>
679.	<i>При недоразвитии поперечной перегородки образуются грыжи:</i> <i>А. пищеводного отверстия диафрагмы</i> <i>Б. переднего отдела диафрагмы</i> <i>В. заднего отдела диафрагмы</i>	<i>Б</i>
680.	<i>При задержке опускания желудка формируются грыжи:</i> <i>А. пищеводного отверстия диафрагмы</i> <i>Б. переднего отдела диафрагмы</i> <i>В. заднего отдела диафрагмы</i>	<i>А</i>
681.	<i>При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы ведущим симптомом является:</i> <i>А. рвота или срыгивания</i> <i>Б. отставание в массе тела</i> <i>В. беспокойство во время кормления</i> <i>Г. изжога</i> <i>Д. запоры</i>	<i>А</i>
682.	<i>Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы у детей старшего возраста не характерны:</i> <i>А. изжога</i>	<i>Д</i>

	<i>Б. боли за грудиной</i> <i>В. рвота</i> <i>Г. анемия</i> <i>Д. запоры</i>	
683.	<i>При ложной диафрагмальной грыже отсутствует:</i> <i>А. грыжевое содержимое</i> <i>Б. грыжевые ворота</i> <i>В. грыжевой мешок</i> <i>Г. грыжевой мешок и грыжевые ворота</i> <i>Д. грыжевое содержимое и грыжевой мешок</i>	<i>В</i>
684.	<i>Френоперикардальная грыжа, это перемещение органов брюшной полости в:</i> <i>А. заднее средостение</i> <i>Б. переднее средостение</i> <i>В. перикард</i>	<i>В</i>
685.	<i>Ведущим синдромом при грыжах собственно диафрагмы (диафрагмально-плевральных) является:</i> <i>А. геморрагический;</i> <i>Б. синдром внутригрудного напряжения;</i> <i>В. абдоминальный синдром.</i>	<i>Б</i>
686.	<i>Диафрагмальные грыжи собственно диафрагмы у детей старшего возраста дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме:</i> <i>А. киста легкого</i> <i>Б. поликистозм легкого</i> <i>В. рецидивирующая кишечная непроходимость</i> <i>Г. гипоплазия легкого</i>	<i>Г</i>
687.	<i>У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания при аускультации. Органы смещения смещены вправо. При</i>	<i>Б</i>

	<i>бронхоскопии отсутствует правый главный бронх.</i> <i>А. гипоплазия легкого;</i> <i>Б. аплазия легкого;</i> <i>В. Агенезия легкого;</i> <i>Г. ателектаз легкого.</i>	
688.	<i>На обзорной рентгенограмме при гипоплазии одной из долей легкого характерно:</i> <i>А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.</i>	<i>В</i>
689.	<i>При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:</i> <i>А. нижняя доля справа;</i> <i>Б. верхняя доля слева;</i> <i>В. нижняя доля слева;</i> <i>Г. верхняя доля справа;</i> <i>Д. средняя доля справа</i>	<i>Б</i>
690.	<i>На обзорной рентгенограмме при лобарной эмфиземе характерно:</i> <i>А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.</i>	<i>Б</i>
691.	<i>Основной причиной врожденной долевой эмфиземы легкого</i>	

	<i>является:</i> <i>А.аспирация мекония</i> <i>Б. дефицит сурфактанта</i> <i>В. аномальное отхождение легочных сосудов</i> <i>Г.аплазия. гипоплазия хряща долевого бронха</i> <i>Д. опухоль средостения</i>	<i>Г</i>
692.	<i>Укажите на симптом не характерный для врожденной долевой эмфиземы у новорожденного:</i> <i>А. одышка, цианоз при плаче</i> <i>Б. сердечно-сосудистая недостаточность</i> <i>В. западение живота</i> <i>Г. вздутие грудной клетки</i> <i>Д. смещение средостения в здоровую сторону</i>	<i>В</i>
693.	<i>Наиболее частой локализацией легочной секвестрации является:</i> <i>А. нижняя доля справа;</i> <i>Б. верхняя доля слева;</i> <i>В. нижняя доля слева;</i> <i>Г. верхняя доля справа;</i> <i>Д. средняя доля справа</i>	<i>А</i>
694.	<i>Из всего перечисленного паралич купола диафрагмы у новорожденного наиболее часто является:</i> <i>А. осложнением плевральной пункции</i> <i>Б. осложнением катетеризации подключичной вены.</i> <i>В. осложнением родовой травмы</i> <i>Г. осложнением медиастенита</i>	<i>В</i>
695.	<i>Укажите, какой рентгенологический признак не характерен для врожденной диафрагмально-плевральной грыжи:</i> <i>А. отсутствие купола диафрагмы на стороне поражения</i> <i>Б. высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения</i>	<i>Г</i>

	<i>В. ячеистый рисунок в грудной полости</i> <i>Г. смещение средостения в больную сторону</i> <i>Д. смещение органов средостения в здоровую сторону</i>	
696.	<i>Какой из рентгенологических симптомов не характерен для диафрагмально-плевральной грыжи:</i> <i>А. ячеистый рисунок; смещение границ сердца в здоровую сторону</i> <i>Б. высокое стояние купола диафрагмы</i> <i>В. низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения</i> <i>Г. отсутствие купола диафрагмы на должном месте</i>	<i>В</i>
697.	<i>В периоде новорожденности наиболее часто проявляется:</i> <i>А. левосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа</i> <i>Б. правосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа</i> <i>В. френоперикардальная диафрагмальная грыжа</i> <i>Г. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы</i>	<i>А</i>
698.	<i>Для отграниченного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. скопление воздуха в плевральной полости, легкое колабированно к корню</i> <i>Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости без смещения органов средостения в здоровую сторону</i> <i>В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону</i> <i>Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения со смещением средостения в здоровую сторону</i>	<i>Б</i>
699.	<i>Для острого напряженного пневмоторакса характерно все, кроме:</i> <i>А. одышка</i> <i>Б. тахикардия</i> <i>В. смещение границ сердца в здоровую сторону</i> <i>Г. притупление перкуторного звука на стороне поражения</i>	<i>Г</i>

	<i>Д. коробочный перкуторный звук на стороне поражения</i>	
700.	<i>Для внеперикардального медиастинального напряжения (медиастенит) характерно:</i> <i>А. увеличение одной из половин грудной клетки, гипертермия, тахикардия, одышка</i> <i>Б. набухание и пульсация шейных вен, одутловатость лица, гипертермия, тахикардия, одышка</i> <i>В. подкожная эмфизема в области шеи и грудной клетки, тахикардия, одышка</i>	<i>Б</i>
701.	<i>Пульсация и набухание шейных вен, сглаженность надключичных ямок, одутловатость шеи, лица характерны для:</i> <i>А. синдрома внутри плеврального напряжения</i> <i>Б. синдрома внутри перикардального напряжения</i> <i>В. синдрома внеперикардального медиастинального напряжения</i> <i>Г. для всего перечисленного</i>	<i>В</i>
702.	<i>Для напряженного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. скопление воздуха в плевральной полости, колабированное к корню легкое</i> <i>Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в в большую сторону</i> <i>В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону</i> <i>Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражени</i>	<i>В</i>
703.	<i>Внутрилегочное напряжение при ОГДП может быть обусловлено:</i> <i>А. пиотораксом</i> <i>Б. абсцессом легкого</i> <i>В. напряженной буллой</i> <i>Г. напряженным пневмотораксом</i>	<i>В</i>
704.	<i>Укажите метод лечения фибропиоторакса:</i>	

	<i>А. пункции плевральной полости</i> <i>Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией</i> <i>В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией</i> <i>Г. торакоскопия с дренированием плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>Д. все перечисленное</i>	<i>Г</i>
705.	<i>Воздушная полость (булла) может осложниться:</i> <i>А. пиоторакс</i> <i>Б. нагноением</i> <i>В. пневмоторакс</i> <i>Г. пиопнемоторакс</i>	<i>В</i>
706.	<i>Укажите метод местного лечения плащевидного серозного плеврита:</i> <i>А. пункции плевральной полости,</i> <i>Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией,</i> <i>В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией,</i> <i>Г. все перечисленное</i>	<i>А</i>
707.	<i>При плащевидном плеврите необходимо выполнить:</i> <i>А. дренирование плевральной полости по Бюлау</i> <i>Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. пункцию плевральной полости</i> <i>Г. бронхоскопию</i>	<i>В</i>
708.	<i>При напряженном пневмотороксе необходимо выполнить:</i> <i>А. дренирование плевральной полости по Бюлау</i> <i>Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. пункцию плевральной полости</i> <i>Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау</i>	<i>Б</i>

709.	При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищом необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау	Г
710.	Укажите метод лечения пиоторакса: А. пункция плевральной полости Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией Г. все перечисленное	В
711.	Синдром внутрилегочного напряжения при ОГДП может быть обусловлен: А. пиотораксом Б. абсцессом легкого В. напряженной буллой Г. напряженным пневмотораксом Д. всем перечисленным Е. ни чем из перечисленного	В
712.	Для абсцесса легкого на рентгенограмме характерно: А. тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокального воспаления Б. округлое образование с уровнем жидкости с перифокальным воспалением В. округлое образование без уровня жидкости	Б
713.	Лечение остеохондропатий включает все, кроме: А. антибактериальная терапия	А

	<i>Б физиотерапия</i> <i>В. ЛФК</i> <i>Г. исключение физической нагрузки на проаженный сегмент опорно-двигательного аппарата</i> <i>Д. общеукрепляющая терапия</i>	
714.	<i>В механизме образования ВДГК основное место занимают::</i> <i>А. перенесенный рахит, диспропорция роста грудины и ребер;</i> <i>Б. диспропорция роста грудины и ребер. диспластические изменения хрящевой и соединительной ткни скелета грудной клетку;</i> <i>В. перенесенный рахит, диспластические изменения хрящевой и соединительной ткни скелета грудной клетку..</i>	<i>Б</i>
715.	<i>ВДГК сразу после рождения проявляется:</i> <i>А. выраженной деформацией грудины.</i> <i>Б. западение ребер и грудины при выдохе,</i> <i>В. западение ребер и грыдины при вдохе.</i>	<i>В</i>
716.	<i>ВДГК может сочетается с синдромом:</i> <i>А. Беквида –Видеман,</i> <i>Б. Марфана,</i> <i>В. Дауна,</i> <i>Г. Егерса</i>	<i>Б</i>
717.	<i>ВДГК может сочетается с синдромом:</i> <i>А. Элерса-Данло;</i> <i>Б. Нунан;</i> <i>В. ассоциация VATER;</i> <i>Г. ассоциация CHARGE</i>	<i>А</i>
718.	<i>Наиболле часто ВДГК начинает прогрессировать.</i> <i>А.до 3-5 лет,</i> <i>Б. в период ускоренного роста ребенка.</i>	<i>А</i>

	<i>В. в пубертатный период.</i>	
719.	<i>Выделяют:</i> <i>А. 2 степени ВДГК.</i> <i>Б. 3 степени ВДГК,</i> <i>В. 4 степени ВДГК,</i> <i>Г. 5 степеней ВДГК</i>	<i>Б</i>
720.	<i>Для компенсированной стадии ВДГК характерно:</i> <i>А. наличие только косметического дефекта,</i> <i>Б. наличие только косметического дефекта, функциональные нарушения со стороны легких и сердца при физической нагрузке.</i>	<i>А</i>
721.	<i>Для субкомпенсированной стадии ВДГК характерно:</i> <i>А. наличие только косметического дефекта,</i> <i>Б. наличие косметического дефекта, умеренно выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца при нагрузке.</i> <i>В. выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца.</i>	<i>Б</i>
722.	<i>Для диагностики степени ВДГК применяют:</i> <i>А. рентгенологические методы,</i> <i>Б. функциональные,</i> <i>В. рентгенологические и функциональные методы.</i>	<i>В</i>
723.	<i>Абсолютным показание к оперативному лечению при врожденной воронкообразной деформации грудной клетки является:</i> <i>А. наличие косметического дефекта</i> <i>Б. сердечно-легочная недостаточность</i> <i>В.симптом «парадоксального вдоха»</i>	<i>Б</i>
724.	Урология	
725.	<i>Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:</i>	<i>Г</i>

	<i>А. пиурию</i> <i>Б. альбуминурию</i> <i>В. микрогематурию</i> <i>Г. макрогематурию</i> <i>Д. оксалатурию</i> <i>Е. все перечисленное</i> <i>Ж. ничего из перечисленного</i>	
726.	<i>Основной клинический признак атрезии прямой кишки со свищем в мочевую систему:</i> <i>А. моча окрашенная меконием в момент начала мочеиспускания,</i> <i>Б. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания,</i> <i>В. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания, последние порции окрашены более интенсивной сопровождаются отхождением газов.</i>	<i>В</i>
727.	<i>Какой из перечисленных пороков развития относится к обструктивным уropатиям?:</i> <i>А. мультъкистоз,</i> <i>Б. гипоплазия,</i> <i>В. гидронефроз,</i> <i>Д. поликистоз</i>	<i>В</i>
728.	<i>Гидронефроз, это</i> <i>А. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы,</i> <i>Б. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника,</i> <i>В. каликопиелоэктазия,</i> <i>Г. наличие кисты в паренхиме почки</i>	<i>А</i>
729.	<i>Причиной гидронефроза является:</i> <i>А. стеноз устья мочеточника</i> <i>Б. нарушение оттока мочи на уровне пиелoureтрального сегмента</i> <i>В. нейромышечная дисплазия мочеточника</i>	<i>Б</i>
730.	<i>Гидронефроз у новорожденных наиболее часто проявляется:</i> <i>А. пиелонефритом</i> <i>Б. симптомом пальпируемой опухоли в брюшной полости</i>	<i>Б</i>

	<i>В. болевым симптомом</i>	
731.	<i>Основным признаком гидронефроза считают:</i> <i>А. наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника.</i> <i>Б. признаки нарушения сократительной способности лоханки.</i> <i>В. признаки вторичного пиелонефрита.</i> <i>Г. истончение паренхимы.</i> <i>Д. признаки снижения почечного кровотока</i>	<i>А</i>
732.	<i>Микционная цистоуретрография является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме:</i> <i>А. пузырно-мочеточникового рефлюкса</i> <i>Б. рефлюксирующего уретерогидронефроза</i> <i>В. стеноза шейки мочевого пузыря</i> <i>Г. стеноза уретры у девочек</i> <i>Д. нефроптоза</i>	<i>Д</i>
733.	<i>Мультикистозная дисплазия почки, это:</i> <i>А. замещение участка почки многокамерной кистой, не сообщающейся с лоханкой</i> <i>Б. одна почка замещена кистозными полостями</i> <i>В. две почки замещены кистозными полостями</i>	<i>Б</i>
734.	<i>Постоянное капельное недержание мочи у ребенка на фоне нормального мочеиспускания характерно для:</i> <i>А. тазовой дистопии почки</i> <i>Б. неполного удвоения почки</i> <i>В. стеноза уретры</i> <i>Г. эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек</i> <i>Д. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря</i>	<i>Г</i>
735. 244	<i>УЗИ является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме:</i> <i>А. нефроптоза</i> <i>Б. гидронефроза</i> <i>В. поликистоза</i>	<i>Г</i>

	Г. рефлюксирующего уретерогидронефроза Д. всего перечисленного	
736.	Причиной рефлюксирующего мегауретера не является: А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника Б. стеноз устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. дистопия устья мочеточника Д. пузырно-мочеточниковый рефлюкс	Б
737.	Причиной нерефлюксирующего мегауретера является: А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника Б. дистопия устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника	А
738.	Причиной нерефлюксирующего мегауретера является: А. пузырно-мочеточниковый рефлюкс; Б. дистопия устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника; Д. стеноз устья мочеточника	Д
739.	Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при: А. цистоскопии Б. экскреторной урографии В. микционной цистоуретрография Г. урофлуометрии Д. цистометрии	В
740.	Ведущим симптомом нефроптоза у детей является: А. нарушение мочеиспускания Б. болевой симптом В. энурез Г. поллакиурия	Б
741.	Экскреторная урография противопоказана при: А. остром пиелонефрите Б. травме почки	Г

	<i>В. почечной колике</i> <i>Г. анурии</i> <i>Д. макрогематурия</i>	
742.	<i>Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для:</i> <i>А. удвоения почки</i> <i>Б. гидронефроза</i> <i>В. нефроптоза</i> <i>Г. разрыва почки</i>	Г
743.	<i>Из перечисленных аномалий развития почек к аномалиям структуры относится:</i> <i>А. дистопия почки</i> <i>Б. мультикистоз почки</i> <i>В. подковообразная почка</i> <i>Г. удвоение почки</i> <i>Д. S-образная почка</i> <i>Е. гидронефроз</i>	Б
744.	<i>Какой из перечисленных пороков развития почки, как правило, является двусторонним:</i> <i>А. мультикистоз</i> <i>Б. гипоплазия</i> <i>В. гидронефроз</i> <i>Д. поликистоз</i>	Д
745.	<i>Основное отличие поясничной дистопии почки от нефроптоза состоит:</i> <i>А. в отсутствии по УЗИ подвижности почки,</i> <i>Б. в поясничном положении почки,</i> <i>В. в эхографических признаков ротации почки.</i> <i>Г. в расширении мочеточника опущенной почки.</i> <i>Д. в наличии почки в поясничном отделе при положении пациента стоя.</i>	Д
746. 255	<i>Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является:</i> <i>А. наличие кист в паренхиме обеих почек,</i> <i>Б. увеличение почек в размерах,</i> <i>В. диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны,</i> <i>Г. деформация чашечно-лоханочной системы,</i> <i>Д. расширение чашечно-лоханочной системы</i>	А
747.	<i>Основным эхографическим признаком мультикистоза почки у детей является:</i> <i>А. увеличение в размерах одной из почек.</i> <i>Б. полное замещение кистами одной из почек,</i> <i>В. выявление в паренхиме отдельных кистозных включений,</i> <i>Г. деформация чашечно-лоханочной системы,</i> <i>Д. расширение чашечно-лоханочной системы</i>	Б
748.	<i>Для гиперрефлекторного мочевого пузыря характерно:</i> <i>А. задержка мочеиспускания</i> <i>Б. императивные позывы к мочеиспусканию</i> <i>В. редкое мочеиспускание</i> <i>Г. затрудненное мочеиспускание</i>	Б

749.	8. Для гипорефлекторного мочевого пузыря характерно: А. задержка мочеиспускания Б. императивные позывы к мочеиспусканию, В. редкое мочеиспускание Г. затрудненное мочеиспускание	В
750.	Варикоцеле у детей возникает в возрасте : А. до 3-х лет Б. до 9-10 лет В. после 9-10 лет	В
751.	Назовите симптомы варикоцеле: А. уменьшенное в размерах яичка Б. гиперемия мошонки В. симптом «дождевых червей» Г. урчание при пальпации	В
752.	Лечение варикоцеле: А. оперативное при любой степени; Б. консервативное при I степени; В. оперативное только при II – III степени	А
753.	Причиной возникновения паховой грыжи является: А. повышение внутрибрюшного давления Б. незаращение влагалищного отростка В. нарушением лимфооттока. Г. расширенное наружное паховое кольцо	Б
754.	Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается: А. к 28 неделе внутриутробного развития Б. к рождению ребенка В. к 1-му году Г. к 2-3 –м годам Д. к 3-м годам.	В
755.	Симптом «урчания» характерен для: А. ущемленной паховой грыжи	В

	Б. для водянки оболочек яичка В. для неосложненной пахово-мошоночной грыжи	
756.	Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является: А. тошнота и рвота Б. периодически появляющееся эластичное выпячивание в пховой области В. боли в животе Г. постоянное эластичное выпячивание в пховой области	Б
757.	Неосложненная пахово-мошоночная грыжа характеризуется: А. симптомом урчания при вправлении, сужением наружного пахового кольца, положительным симптомом «кашлевого» толчка Б. симптомом просвечивания при диафаноскопии, симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка расширением наружного пахового кольца В. симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка, расширением наружного пахового кольца.	В
758.	Выберите симптом, характерный для ущемленной пахово-мошоночной грыжи А. симптом «урчания» при вправлении Б. симптом «кашлевого толчка» В. невозможность вправления Г. увеличение мошонки в размерах Д. симптом «дождевых червей»	В
759.	Показанием к плановому оперативному лечению при паховой грыже является: А. возраст ребенка Б. опасность ущемления	Б
760.	<i>Ущемленную паховую грыжу необходимо дифференцировать с:</i> <i>А. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом, орхоэпидидимитом</i>	В

	<i>Б. ущемлением яичка в паховом канале при крипторхизме, остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом</i> <i>В. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом</i>	
761.	<i>Консервативное вправление ущемленной паховой или пахово-мошоночной грыжи противопоказано во всех случаях, кроме:</i> <i>А. при давности ущемления более 8-12 часов</i> <i>Б. у девочек</i> <i>Б при наличии гиперемии кожи в области грыжевого выпячивания</i> <i>Г. давность ущемления не известна</i> <i>Д. у мальчиков, при ущемлении не более 8-12 часов</i>	Д
762.	<i>Острый специфический орхит у детей:</i> <i>А. является редким заболеванием</i> <i>Б. частым заболеванием</i>	А
763.	<i>Орхиты у детей чаще встречаются:</i> <i>А. первичные</i> <i>Б, вторичные</i>	Б
764.	<i>Лечение вторичного орхита:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии</i>	В
765.	<i>Лечение первичного орхита:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии</i>	В
766.	<i>В этиологии острых заболеваний яичка у детей основное место занимает:</i>	А

	<i>А. механические факторы</i> <i>Б. незаращение влагалищного отростка</i> <i>В. инфекция</i>	
767.	<i>Синдром «отечной мошонки» включает все, кроме:</i> <i>А. увеличение мошонки в размерах</i> <i>Б. отек мягких тканей</i> <i>В. гиперемия кожи</i> <i>Г. боль</i> <i>Д. отсутствие болевого симптома</i>	<i>Д</i>
768.	<i>Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме:</i> <i>А. перекрут гидатиды</i> <i>Б. заворот яичка</i> <i>В. водянка оболочек яичка</i> <i>Г. травма органов мошонки</i> <i>Д. идиопатический инфаркт яичка</i>	<i>В</i>
769.	<i>Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме:</i> <i>А. острое поражение гидатиды</i> <i>Б. тромбоз сосудов семенного канатика</i> <i>В. орхоэпидидимит</i> <i>Д. варикоцеле</i>	<i>Д</i>
770.	<i>При остром поражении гидатиды яичка возникает осложнение:</i> <i>А. водянка оболочек яичка</i> <i>Б. орхит</i> <i>В. нарушение кровообращения в яичке</i>	<i>Б</i>
771.	<i>Из всех перечисленных симптомов для заворота яичка в первые 1-2 часа патогномоничным является:</i> <i>А. яичко болезненное при пальпации, снижение кремастерного</i>	<i>В</i>

	<i>рефлекса</i> <i>Б. яичко болезненное при пальпации, отек мошонки</i> <i>В. яичко болезненное при пальпации, подтянуто к корню</i> <i>Г. яичко болезненное при пальпации, увеличено в размерах</i>	
772.	<i>Водянка оболочек яичка у детей до 1,5 – 2-х лет обусловлена:</i> <i>А. повышенным внутрибрюшным давлением;</i> <i>Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем</i> <i>В. незаращением влагалищного отростка</i> <i>Г. травмой пахово-мошоночной области</i>	<i>Б</i>
773.	<i>Водянка оболочек яичка у детей после 2-х лет обусловлена:</i> <i>А. повышенным внутрибрюшным давлением</i> <i>Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем</i> <i>В. незаращением влагалищного отростка</i> <i>Г. травмой пахово-мошоночной области</i>	<i>В</i>
774.	<i>Для несообщающейся водянки оболочек яичка характерно:</i> <i>А. увеличение мошонки в размерах отек мягких тканей, боль</i> <i>Б. отек мягких тканей, боль</i> <i>В. увеличение мошонки в размерах</i>	<i>В</i>
775.	<i>При каких заболеваниях необходима срочная операция?</i> <i>А. паховая грыжа</i> <i>Б. киста семенного канатика</i> <i>В. ущемление паховой грыжи</i> <i>Г. варикоцеле</i>	<i>В</i>
776.	<i>Консервативные мероприятия по вправлению ущемленной паховой грыжи показаны:</i> <i>А. если давность ущемления неизвестна;</i> <i>Б. при ущемлении более 8-12 часов;</i> <i>В. при наличии местных признаков воспаления;</i>	<i>Д</i>

	<i>Г. у девочек;</i> <i>Д. у новорожденных и детей раннего возраста, если давность ущемления не более 12 часов.</i>	
777.	<i>Остро возникшую кисту семенного канатика дифференцируют с:</i> <i>А. ущемленной паховой грыжей</i> <i>Б. острым лимфаденитом</i> <i>В. с паховым крипторхизмом</i>	<i>А</i>
778.	<i>Ненапряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует:</i> <i>А. экстренного оперативного лечения</i> <i>Б. оперативного лечения в плановом порядке</i> <i>В. пункция оболочек яичка</i> <i>Г. наблюдение в динамике</i> <i>Д. гормональная терапия</i>	<i>Г</i>
779.	<i>При напряженной водянке оболочек яичка у ребенка в возрасте 6 месяцев показано:</i> <i>А. наблюдение</i> <i>Б. оперативное лечение в экстренном порядке</i> <i>В. оперативное лечение в плановом порядке</i> <i>Г. пункция оболочек яичка</i> <i>Д. физиопроцедуры</i>	<i>Г</i>
780.	<i>Ненапряженная водянка оболочек яичка у детей 2 х лет требует:</i> <i>А. экстренного оперативного лечения</i> <i>Б. оперативного лечения в плановом порядке</i> <i>В. пункция оболочек яичка</i> <i>Г. наблюдение в динамике</i> <i>Д. гормональная терапия</i>	<i>Б</i>
781.	<i>Задержка яичка на пути следования в мошонку называется:</i> <i>А. истинный крипторхизм</i>	<i>А</i>

	<i>Б. эктопия яичка</i> <i>В. ложный крипторхизм</i>	
782.	<i>Полным недержанием мочи сопровождается:</i> <i>А. тотальная эписпадия,</i> <i>Б. промежностная гипоспадия.</i> <i>В. клапан уретры.</i>	<i>А</i>
783.	<i>Для экстрофии мочевого пузыря характерно:</i> <i>А. отсутствие участка передней брюшной стенки, недоразвитие половых органов, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза;</i> <i>Б. отсутствие участка передней брюшной стенки, отсутствие передней стенки мочевого пузыря, тотальная эписпадия, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза;</i> <i>В. недоразвитие мочевого пузыря, деформация половых органов, постоянное недержание мочи, врожденный вывих бедра</i>	<i>А</i>
784.	<i>Причиной инфравезикальной обструкции из перечисленного является:</i> <i>А. стеноз устья мочеточника;</i> <i>Б. клапан, стеноз уретры;</i> <i>В. стеноз пиелоуретрального</i>	<i>Б</i>
785.	<i>Основными жалобами инфравезикальной обструкции являются:</i> <i>А. гематурия, боли при мочеиспускании, периодическое недержание мочи;</i> <i>Б. затрудненное мочеиспускание, периодическое недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, в анализах мочи лейкоцитурия;</i> <i>В. атрудненное мочеиспускание, , в анализах мочи лейкоцитурия</i>	<i>Б</i>
786.	<i>Гипоспадия, это:</i> <i>А. отсутствие верхней стенки уретры</i> <i>Б. недоразвитие полового члена;</i> <i>В. отсутствие нижней стенки уретры;</i> <i>Г. искривление полового члена</i>	<i>В</i>
787.	<i>Для мошоночной формы гипоспадии характерно:</i>	

	<i>А. половой член недоразвит, наружное отверстие уретры открывается на уровне мошонки, которая расщеплена и напоминает большие половые губы;</i> <i>Б. половой член похож на гипертрофированный клитор, мошонка расщеплена, отверстие уретры открывается на промежности;</i> <i>В. половой член похож на гипертрофированный клитор, отверстие уретры открывается у корня мошонки.</i>	<i>Б</i>
788.	<i>Эписпадия, это:</i> <i>А. отсутствие верхней стенки уретры</i> <i>Б. недоразвитие полового члена;</i> <i>В. отсутствие нижней стенки уретры;</i> <i>Г. искривление полового члена</i>	<i>А</i>
789.	<i>Показание к оперативному лечению является:</i> <i>А. головчатая форма;</i> <i>Б стволовая форма;</i> <i>В. мошоночная форма;</i> <i>Г. промежностная форма;</i> <i>Д. гипоспадия без гипоспадии;</i> <i>Е. любая форма</i>	<i>Е</i>
790.	<i>Фимоз, это:</i> <i>А. сужение крайней плоти;</i> <i>Б. это воспаление крайней плоти;</i> <i>В. недоразвитие крайней плоти,</i> <i>Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>	<i>А</i>
791.	<i>Причиной фимоза не является:</i> <i>А. гипертрофия крайней плоти;</i> <i>Б. перенесенный баланопостит;</i> <i>В. насильственное оттягивание крайней плоти за головку полового члена.</i>	<i>В</i>

792.	<i>Парафимоз, это:</i> <i>А. сужение крайней плоти;</i> <i>Б. это воспаление крайней плоти и головки полового члена;</i> <i>В. недоразвитие крайней плоти,</i> <i>Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>	Г
793.	<i>Баланопостит, это:</i> <i>А. воспаление крайней плоти и головки полового члена;</i> <i>Б. воспаление крайней плоти</i> <i>В. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>	А
	Травматология	
794.	<i>Доврачебная помощь при ранах включает:</i> <i>А. остановка кровотечения, наложение асептической повязки. введение антибиотиков</i> <i>Б. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация</i> <i>В. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация введение антибиотиков, введение антирабической сыворотки, иммобилизации</i>	Б
795.	<i>Ранней хирургической обработкой раны считают, если рана обработана после травмы:</i> <i>А. до 6 часов</i> <i>Б. до 24 часов</i> <i>В. в первые двое суток</i>	Б
796.	<i>Противопоказанием к первичной хирургической обработке раны является:</i> <i>А. загрязнение</i> <i>Б. инфицирование</i> <i>В. разможенные края</i>	Б

797.	13. В течении раневого процесса выделяют: А. 2 фазы Б. 3 фазы, В. 4 фазы	Б
798.	Ушиб, это: А. закрытое повреждение мягких тканей или органов без нарушения анатомической целостности Б. закрытое повреждение мягких тканей или органов с нарушением анатомической целостности	А
799.	При глубоких степенях отморожения конечности первая помощь состоит в: А. погружении в теплую воду Б. наложении термоизолирующей повязки, введение сосудорасширяющих средств Г. погружении в теплую воду, введение сосудорасширяющих средств Д. растирании снегом, шерстью, футлярной новокаиновой блокаде. Е. наложении масляно-бальзамической повязки после растирания	В
800.	Выберите последовательность фаз в течении ожоговой болезни: А. острая токсемия, септикопиемия, ожоговый шок, реконвалисценция Б. септикопиемия, острая токсемия, ожоговый шок, реконвалисценция В. ожоговый шок, острая токсемия, септикопиемия, реконвалисценция.	В
801.	Для ожога I степени характерны местные симптомы: А. гиперемия кожи в области поражения, отек Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции	Б

802. 3	Для ожога II степени характерны местные симптомы: А. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом, нарушение функции Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью болевой симптом, нарушение функции В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы	Б
803. 3	Для ожога III степени характерны: А.. гиперемия кожи в области поражения, отечность, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. отечность, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Г. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы. поражение фасций и мышц	В
804.	Сколько мышечков у плечевой кости? А. один Б. два В. три	Б
805. 314	Укажите на причину родовых повреждений: А. дислокация плаценты; Б. дискоординация рододой деятельности; В. реанимация плода, родившегося в асфиксии; Г. порок развития матки;	Б
806. 315	Для детей младшего возраста не характерен: А. поднадкостничный перелом Б. остеоэпифизеолиз	Г

	<i>В. подвывих головки лучевой кости</i> <i>Г. оскольчатый перелом</i> <i>Д. эпифизеолиз</i> <i>Е. апофизеолиз</i>	
807. 316	<i>Типичные для детского возраста переломы костей обусловлены следующими анатомическими особенностями, кроме:</i> <i>А. эластичность и гибкость длинных трубчатых костей</i> <i>Б. низкой минерализацией костей</i> <i>В. обильностью кровоснабжения надкостницы и ее высокой прочностью</i> <i>Г. наличия эпифизов, соединенных с метафизами широкой эластичной ростковой зоной</i> <i>Д. автономностью кровоснабжения (эпифиз, диафиз, метафиз)</i>	Д
808. 317	<i>Необходимо ли рентгенографическое исследование при наличии всех клинических признаков перелома кости?</i> <i>А. да</i> <i>Б. нет</i>	А
809. 318	<i>Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерно:</i> <i>А. крепитация, отсутствие движения в локтевом суставе</i> <i>Б. отсутствие движения в локтевом суставе, деформация локтевого сустава</i> <i>В. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья</i> <i>Г. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья. деформация локтевого сустава</i>	В
810.	<i>Для поднадкостничного перелома длинных трубчатых костей у детей характерны:</i> <i>А. боль. деформация конечности, потеря функции;</i> <i>Б. боль. деформация конечности, потеря функции, местное повышение температуры;</i>	В

	<i>В. боль, отек мягких тканей, потеря функции;</i> <i>местная гиперемия кожи;</i> <i>Г. боль., гематома мягких тканей. потеря функции..</i>	
811.	<i>Укажите клинические признаки поперечного перелома диафиза бедренной кости без смещения отломков:</i> <i>А. локальная болезненность, нарушение функции, деформация, гематома, патологическая подвижность, крепитация</i> <i>Б. локальная болезненность, деформация, выраженный сосудистый рисунок, удлинение бедра, крепитация</i> <i>В. локальная болезненность, гематома, деформация, патологическая подвижность, укорочение бедра</i>	<i>А</i>
812.	<i>Травматические вывихи костей у детей встречаются:</i> <i>А. редко;</i> <i>Б. часто;</i> <i>В. не встречаются.</i>	<i>А</i>
813.	<i>Укажите основные симптомы травматического вывиха бедренной кости:</i> <i>А. боль в тазобедренном суставе, потеря функции, вынужденное положение конечности</i> <i>Б. потеря функции, абсолютное укорочение конечности</i> <i>В. нарушение оси конечности, боль в тазобедренном суставе</i>	<i>А</i>
814.	<i>Укажите показания к оперативному лечению при переломе диафиза бедренной кости:</i> <i>А. смещение по длине</i> <i>Б. интерпозиция тканей</i> <i>В. поперечное смещени</i>	<i>Б</i>
815.	<i>Укажите объем транспортной иммобилизации при переломе костей голени - от конца пальцев и до:</i> <i>А. верхней трети голени,</i> <i>Б. средней трети бедра,</i> <i>В. верхней трети бедра.</i>	<i>Б</i>

816.	Для определения типа перелома кости у ребенка необходимо : А. сделать общий анализ крови Б. определить локальную болезненность В. выявить патологическую подвижность Г. выполнить рентгенографию места повреждения в 2-х проекциях	Г
817.	Какому методу отдать предпочтение при лечении перелома бедра со смещением отломков у ребенка до двух лет? А. клеевое вытяжение по Шеде Б. одномоментная ручная репозиция В. скелетное вытяжение Г. интрамедуллярный остеосинтез.	А
818.	Вынужденное положение «лягушки» характерно: А. для перелома крыла подвздошной кости, Б. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения, В. при переломе обеих донных и седалищных костей, Г. при отрывном переломе седалищного бугра	В
819.	При падении с высоты на ноги может произойти перелом: А. крестца Б. лонной кости В. костей вертлужной впадины	В
820.	Симптом «прилипшей пятки» определяется при переломе: А. седалищной кости Б. лонной кости В. подвздошной кости	А
821.	Какие отделы позвоночника чаще повреждаются при непрямом механизме травмы? А. дуги Б. отростки	В

	<i>В. тела</i>	
822.	<i>Как транспортируют больных с подозрением на травму позвоночника?</i> <i>А. своим ходом</i> <i>Б. лёжа на спине</i> <i>В. в положении «лягушки»</i>	<i>Б</i>
823.	<i>Симптом осевой нагрузки на позвоночник проверяют в положении больного:</i> <i>А. сидя</i> <i>Б. стоя</i> <i>В. лёжа</i>	<i>В</i>
824.	<i>Компрессионный перелом тела позвонка происходит при:</i> <i>А. падении на спину</i> <i>Б. избыточном сгибании позвоночника</i> <i>В. напряжении мышц спины</i>	<i>В</i>
825.	<i>Укажите ведущие клинические симптомы при неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы:</i> <i>А. локальная болезненность, деформация позвоночника</i> <i>Б. локальная болезненность, затрудненное дыхание</i> <i>В. болезненность осевой нагрузки, деформация позвоночника</i> <i>Г. нарушение функции тазовых органов</i>	<i>Б</i>
826.	<i>Основным методом диагностики эпи- и субдуральной гематомы является: :</i> <i>А. механизм травмы и анамнез заболевания,</i> <i>Б. неврологическая симптоматика,</i> <i>В. рентгенография черепа в двух проекциях,</i> <i>Г. КТ, МРТ,</i> <i>Д. эхоэнцефалография,</i>	<i>Г</i>

827.	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является: А. потеря сознания, Б. очаговая неврологическая симптоматика, В. многократная рвота, Г. ото-рино-ликворея.	Г
828.	Светобоязнь, головную боль, лихорадку, неукротимую рвоту, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы натяжения относят к: А. менингеальным симптомам Б. общемозговым симптомам В. локальным симптомам Г. стволовым симптомам	А
829.	Назовите клинический синдром сотрясения головного мозга у детей: А. кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия Б. потеря сознания через 2-3 часа и более после травмы, анизокория, очаговая симптоматика В. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота Г. глубокая кома после травмы.	А
830.	Укажите вид ЧМТ с характерным «светлым промежутком»: А. сотрясение головного мозга; Б. ушиб головного мозга; В. внутричерепная гематома.	В
831.	Назовите симптомокомплекс односторонней эпи- или субдуральной гематомы: А. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия Б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика,	В

	<i>менингеальные знаки</i> <i>В. «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контралатеральные признаки пирамидной недостаточности</i> <i>Г. общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры тела</i>	
	Ортопедия	
832.	<i>Осмотр ортопедического больного старше года проводят:</i> <i>А. лежа</i> <i>Б. стоя</i> <i>В. сидя</i>	<i>Б</i>
833.	<i>Нарушения оси конечности не могут быть во:</i> <i>А. фронтальной плоскости</i> <i>Б. сагитальной плоскости</i> <i>В. в горизонтальной</i>	<i>В</i>
834.	<i>Искривление оси конечности к наружи называется:</i> <i>А. вальгусная деформация</i> <i>Б. варусная деформация</i>	<i>Б</i>
835.	<i>Искривление оси конечности под углом, открытым кзади называется:</i> <i>А. антекурвация</i> <i>Б. рекурвация</i>	<i>А</i>
836.	<i>Симптом Александрова, это:</i> <i>А. болезненность мягких тканей при пальпации</i> <i>Б. толщина кожной складки</i> <i>В. толщина подкожно-жирового слоя</i>	<i>Б</i>
837.	<i>Во фронтальной плоскости производятся следующие движения в суставах:</i> <i>А. отведение. сгибание</i>	<i>Г</i>

	<i>Б. отведение, разгибание</i> <i>В..сгибание. разгибание</i> <i>Г. отведение, приведение</i>	
838.	<i>Супинация, это:</i> <i>А. наружная ротация в суставе</i> <i>Б. внутренняя ротация в суставе</i>	<i>А</i>
839.	<i>Измерение объема активных и пассивных движений в суставах определяют:</i> <i>А. с помощью линейки</i> <i>Б. с помощью угломера</i> <i>В. визуально</i>	<i>Б</i>
840.	<i>Относительная длина нижней конечности измеряется от:</i> <i>А. головки бедренной кости до нижнего края внутренней лодыжки</i> <i>Б. верхней передней подвздошной ости до нижнего края внутренней лодыжки</i>	<i>Б</i>
841.	<i>Абсолютная длина верхней конечности измеряется от:</i> <i>А. вершины акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости</i> <i>Б. середины головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости</i> <i>В. от акромиального отростка до локтевого или наружного надмыщелка плечевой кости, длина предплечья – от локтевого отростка до шиловидного локтевой кости</i>	<i>В</i>
842.	<i>Ось верхней конечности в норме проходит через:</i> <i>А. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку локтевой кости</i> <i>Б. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости</i> <i>В. центр головки плечевой кости, наружный мыщелок плечевой кости и головку локтевой кости</i>	<i>А</i>

843.	Укажите признаки врожденной косолапости: А. супинация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы Б. пронация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы В. супинация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы Г пронация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы	В
844.	Для 1-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозма	А
845.	Для 2-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна	Б
846.	Для 3-ей степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозмо	В
847.	Лечение врожденной косолапости у новорожденных включает:	

	<i>А. коррегирующие упражнения, массаж</i> <i>Б. коррегирующие упражнения, массаж, бинтование по Финку - Эттингену</i> <i>В. коррегирующие упражнения, массаж, этапные гипсовые повязки</i>	<i>Б</i>
848.	<i>Лечение врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками показано</i> <i>А. с момента рождения</i> <i>Б. с 2-х недель жизни</i> <i>В. с 1-2 -х месяцев жизни</i> <i>Г. с 3-месяцев</i>	<i>Б</i>
849.	<i>Оперативное лечение врожденной косолапости проводится в сроки:</i> <i>А. в период новорожденности</i> <i>Б. в 6 месяцев</i> <i>В. 1-2 года</i> <i>Г. 3-7 лет</i> <i>Д. 7 -10 лет</i> <i>Е. не имеет значения</i>	<i>Г</i>
850.	<i>Плоскостопие, это результат:</i> <i>А. родовой травмы;</i> <i>Б. порока развития стоп и нарушение иннервации;</i> <i>В. неправильной обуви.</i>	<i>Б</i>
851.	<i>Для профилактики плоскостопия применяют:</i> <i>А. супинаторы;</i> <i>Б. солевые ванны;</i> <i>В. диету.</i>	<i>А</i>
852.	<i>Укажите сроки, в которые обычно исчезает симптом Маркса-Ортолани:</i>	<i>А</i>

	<i>А. в первые 10 дней жизни</i> <i>Б. в первые 2-3 нед. жизни</i> <i>В. в 3 месяца</i> <i>В. к концу первого года жизни</i>	
853.	<i>Причиной врожденного вывиха бедра является:</i> <i>А. родовая травма</i> <i>Б. задержка развитие тазобедренного сустава и окружающих тканей</i> <i>В. порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей</i> <i>В. неблагоприятные факторы в о время беременности</i>	<i>В</i>
854.	<i>Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:</i> <i>А. отграничение отведения бедер</i> <i>Б. симптом Маркса –ортолани</i> <i>В. укорочение ножки</i> <i>Г. асимметрия кожных складок</i> <i>Д. наружная ротация ножки</i>	<i>А</i>
855.	<i>Для врожденного вывиха бедра характерны все симптомы, кроме:</i> <i>А. соскальзывания</i> <i>Б. ограничения отведения бедер</i> <i>В. ассиметрии кожных складок</i> <i>Г. относительного укорочения конечности</i> <i>Д. хромоты</i> <i>Е. низведения конечности</i> <i>Ж. абсолютного укорочения конечности</i>	<i>Ж</i>
856.	<i>Выберите метод лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава до месячного возраста:</i> <i>А. одномоментное вправление</i>	<i>В</i>

	<i>Б. шина Волкова</i> <i>В. подушка Фрейка</i> <i>Г. оперативное вправление.</i>	
857.	<i>Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является:</i> <i>А. ультразвуковой</i> <i>Б. рентгенологический</i> <i>В. клинический</i>	<i>Б</i>
858.	<i>Назовите причину возникновения положительного симптома Тренделенбурга при врожденном вывихе бедра:</i> <i>А. укорочение нижней конечности</i> <i>Б. отсутствие опоры для головки бедра</i> <i>В. слабость ягодичных мышц</i>	<i>В</i>
859.	<i>Для симптома Тренделенбурга характерно:</i> <i>А. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в противоположную, сколиоз</i> <i>Б. опущение ягодичной складки на здоровой стороне, перекос таза в противоположную, сколиоз</i> <i>В. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в здоровую сторону, сколиоз</i>	<i>Б</i>
860.	<i>Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 3 месяцев до 1 года:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. консервативное. при неэффективности консервативной терапии</i>	<i>А</i>
861.	<i>Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития:</i> <i>А. трапецевидной мышцы</i> <i>Б. кивательной мышцы</i> <i>В. подключичной мышцы</i>	<i>Б</i>

862.	<i>Выберите характерный признак мышечной кривошеи:</i> <i>А. наклон головы кпереди</i> <i>Б. наклон головы кзади</i> <i>В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую</i> <i>Г. наклон головы в больную сторону с поворотом в больную</i>	<i>В</i>
863.	<i>Начальные симптомы мышечной кривошеи проявляется::</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. на 3-5-й день жизни</i> <i>В. на 10-14 – й день жизни</i> <i>Г. в 2-месяца</i> <i>Г. после 3-х месяцев</i>	<i>Б</i>
864. 373	<i>Лечение врожденной мышечной кривошеи:</i> <i>А. только консервативное</i> <i>Б. только оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>	<i>В</i>
865.	<i>Оперативное лечение мышечной кривошеи при неэффективности консервативной терапии показано в возрасте:</i> <i>А. до 5 месяцев</i> <i>Б. в 1 год</i> <i>В. в 2-3 года</i> <i>Г. в 3 -4 года</i>	<i>Г</i>
866.	<i>Абсолютным показанием к оперативному лечению врожденной мышечной кривошеи является:</i> <i>А. нарастающая асимметрия лица и шеи</i> <i>Б. нарушение осанки</i> <i>В. нарушение остроты зрения</i> <i>Г. стробизм сходящийся и расходящийся</i> <i>Д. нарушение осанки и остроты зрения</i>	<i>А</i>

867.	Какой процесс лежит в основе остеохондропатий? А. асептический некроз Б. воспаление В. травма	А
868.	Болезнь Пертеса – это поражение: А. ладьевидной кости Б. головки бедренной кости В. бугристости большеберцовой кости	Б
869.	При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является: А. слабость мышечного каркаса Б. асимметрия уровней углов лопаток В. круглая спина Г. торсия позвонков Д. асимметрия треугольников талии	Г
870.	Сколиотическую дугу определяют методом: А. Кобба Б. Хильгенрейнера В. Пути	А
	Онкология	
871.	Солитарные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение: А. мезенхимальное; Б. эпителиальное.	А
872.	Для детского возраста типичны солидные опухоли: А. эпителиальные раки Б. саркомы	Б

873.	<i>Гетеропластические опухоли:</i> <i>А. образуются в результате нарушения формообразовательных процессов при развитии тканей и органов в период эмбриогенез</i> <i>Б. в результате воздействия экзогенных и эндогенных факторов</i> <i>В. возникают из дистопированных клеток</i> <i>Г. из тканей собственно средостения</i>	<i>В</i>
874.	<i>Укажите возраст особо интенсивного роста гемангиом:</i> <i>А. первое полугодие жизни</i> <i>Б. второе полугодие жизни</i> <i>В. от 2 до 5 лет</i>	<i>А</i>
875.	<i>Из всего перечисленного лимфангиомы чаще локализуются в области:</i> <i>А. конечностей</i> <i>Б. подмышечной впадине</i> <i>В. спины</i> <i>Г. шеи</i> <i>Д. головы</i>	<i>Г</i>
876.	<i>Лечение лимфангиом в основном:</i> <i>А. гормональное</i> <i>Б. склеротерапией</i> <i>В. хирургическое</i> <i>Г. пункционное</i>	<i>В</i>
877.	<i>Гемангиомы не лечат:</i> <i>А. гормонами</i> <i>Б. полихимиотерапией</i> <i>В. короткофокусной рентгенотерапией</i> <i>Г. криотерапией</i>	<i>Б</i>
878.	<i>При гемангиомах встречается синдром:</i>	

	<i>А. Беквита – Видемана</i> <i>Б. Казабаха – Мерита</i> <i>В. Синдром асплении Ивемарка.</i>	<i>Б</i>
879.	<i>Дермоиды чаще встречаются в области:</i> <i>А. крестцово-копчиковой</i> <i>Б. надбровной, височной</i> <i>В. грудино-ключично-сосцевидной мышцы</i>	<i>Б</i>
880.	<i>Аденома слюнных желез чаще возникает:</i> <i>А. у новорожденных</i> <i>Б. в возрасте 3-4 лет</i> <i>В. в возрасте 5-6 лет</i> <i>Г. в период полового созревания</i>	<i>Г</i>
881.	<i>Для целиндромы характерно:</i> <i>А. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация - области спины, конечностей; возраст до 3-х лет</i> <i>Б. рассеянные плотные узлы; локализация - область головы, лица; возраст до 10 лет</i> <i>В. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация – область головы, лица; возраст до 10 лет</i>	<i>В</i>
882.	<i>Липома, это:</i> <i>А. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, не имеющая капсулу</i> <i>Б. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, имеющая капсулу</i>	<i>Б</i>
883.	<i>Крестцово-копчиковую тератому дифференцируют с:</i> <i>А. лимфангиомой</i> <i>Б. спинно-мозговой грыжей</i> <i>В. дермоидной кистой</i>	<i>Г</i>

	<i>Г. со всем перечисленным</i> <i>Д. ни с чем из перечисленного</i>	
884.	<i>При подозрении на меланому, показано:</i> <i>А. биопсия</i> <i>Б. наблюдение</i> <i>В. удаление в пределах здоровых тканей</i>	<i>В</i>
885.	<i>Большинство опухолей грудной клетки у детей исходят из:</i> <i>А. легких</i> <i>Б. средостения</i> <i>В. из мягких тканей</i>	<i>Б</i>
886.	<i>Неосложненную крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте:</i> <i>А. до 1 месяца</i> <i>Б. до 3-х месяцев</i> <i>В. после года</i> <i>Г. после 3-х лет</i>	<i>Б</i>
887.	<i>Для тератом характерна локализация:</i> <i>А. переднее средостение</i> <i>Б. заднее средостение</i> <i>В. брюшная полость.</i>	<i>Б</i>
888.	<i>Для тератом характерна локализация:</i> <i>А. головной мозг</i> <i>Б. яичник</i> <i>В. заднее средостение</i>	<i>Б</i>
889.	<i>Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют:</i> <i>А. рентгенографию</i> <i>Б. комплекс обследований (УЗИ, рентгенографию, КТ, МРТ)</i>	<i>В</i>

	<i>В. морфологическое исследование ткани опухоли</i>	
890.	<i>Из нейрогенных опухолей не злокачественной является:</i> <i>А. симпатобластома</i> <i>Б. ганглионеврома</i> <i>В. симпатогониома</i> <i>Г. ганглионейробластома</i>	<i>Б</i>
891.	<i>Для нейробластом характерна локализация:</i> <i>А. брюшная полость</i> <i>Б. забрюшинное пространство</i> <i>В. малый таз</i> <i>Г. конечности</i>	<i>Б</i>
892.	<i>Первыми жалобами при нефробластоме являются:</i> <i>А. боли в поясничной области, изменение цвета мочи</i> <i>Б. капризность, повышенная утомляемость, симптом пальпируемой опухоли</i> <i>В. нарушение мочеиспускания, гипертермия, снижение аппетита, бледность кожных покровов, увеличение живота в размерах</i>	<i>Б</i>
893.	<i>Для гепатобластомы характерен возраст:</i> <i>А. первые месяцы жизни</i> <i>Б. 2-5 лет</i> <i>В. 6-9 лет</i> <i>Г. 10-15 лет</i>	<i>Б</i>
894.	<i>Для остеогенной саркомы наиболее характерна локализация:</i> <i>А. диафиз длинных трубчатых костей</i> <i>Б. метафиз длинных трубчатых костей</i> <i>В. плоские кости</i>	<i>Б</i>
895.	<i>Саркома Юинга, это опухоль:</i> <i>А. остеогенного происхождения</i>	<i>Б</i>

	<i>Б. опухоль из клеток костного мозга</i> <i>В. из надкостницы</i>	
896.	<i>Причиной возникновения болевого синдрома при саркоме Юинга является:</i> <i>А. повышение внутрикостного давления</i> <i>Б. вовлечение в процесс надкостницы</i> <i>В. прорастание опухоли надкостницы</i>	<i>А</i>
897.	<i>Характер боли при остеогенной саркоме:</i> <i>А. распирающий</i> <i>Б. режущий</i> <i>В. ноющий</i> <i>Г. колющий</i>	<i>В</i>
898.	<i>Для саркомы Юинга характерна локализация:</i> <i>А. диафиз длинных трубчатых костей</i> <i>Б. метафиз длинных трубчатых костей</i>	<i>А</i>
899.	<i>При остеогенной саркоме первым симптомом является:</i> <i>А. нарушение функции</i> <i>Б. появление боли при физической нагрузке и ночные</i> <i>В. постоянные ноющие боли</i> <i>Г. видимое появление опухоли</i>	<i>Б</i>
900.	<i>Рентгенологическим симптомом остеогенной саркомы является:</i> <i>А. склерозирование костно-мозгового канала</i> <i>Б. симптом «козырька»</i> <i>В. «луковичный» периостит</i>	<i>Б</i>
901.	<i>Рентгенологическим симптомом саркомы Юинга является:</i> <i>А. склерозирование костно-мозгового канала</i> <i>Б. симптом «козырька»</i> <i>В. «луковичный» периостит</i>	<i>В</i>

902.	Оценку биологической активности нейрогенной опухоли производят по: А. реакции Абелева –Татаринаова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	Б
903.	Для нейробластом характерна локализация: А. переднее средостение Б. заднее средостение	Б
904.	Оценку биологической активности тератоидной опухоли производят по: А. реакции Абелева –Татаринаова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	А
905.	Для остеобластокластомы е характерно: А. поражение метаэпифиза; Б. поражение метадиафиза; В. поражение диафиза	А
906.	Большинство опухолей грудной клетки исходят из: А. легких Б. средостения В. из мягких тканей.	Б
907.	Зрелые опухоли, это опухоли из: А. дифференцированных клеток Б. недифференцированных клеток В. малодифференцированных	А
908.	Бронхогенные кисты происходят из: А. из трахеи Б. из передней кишки В. из хорды	Б
909.	Типичным проявлением опухолей средостения у детей до 2-х лет является:	

	<i>А. дисфагия</i> <i>Б. синдром дыхательных расстройств</i> <i>В. сердечно-сосудистая недостаточность</i>	<i>Б</i>
910.	<i>Признаки миастении характерны для:</i> <i>А. тератом переднего средостения</i> <i>Б. тимомы</i> <i>В. для кисты тимуса</i> <i>Г. для липомы вилочковой железы</i>	<i>Б</i>
911.	<i>Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия</i>	
912.	<i>Наиболее достоверным признаком клинической смерти является:</i> <i>А. патологические ритмы дыхания, судороги, цианоз;</i> <i>Б. отсутствие сознания;</i> <i>В. расширение зрачков;</i> <i>Г. отсутствие зрачкового рефлекса;</i> <i>Д. отсутствие АД, сердечных тонов и пульса на сонных артериях.</i>	<i>Д</i>
913.	<i>Показаниями к сердечно-легочной реанимации являются:</i> <i>А. отсутствие пульса и АД, цианоз;</i> <i>Б. остановка дыхания;</i> <i>В. отсутствие сознания;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	<i>Г</i>
914.	<i>Критериями эффективности закрытого массажа сердца являются все перечисленное, за исключением:</i> <i>А. цвета кожи лица и слизистых;</i> <i>Б. появления пульса на сонной артерии и лучевой артерии;</i> <i>В. сужение зрачков;</i>	<i>Д</i>

	Г. АД - 80-90 мм рт. ст.; Д. восстановление дыхания.	
915.	Эндотрахеально можно вводить следующие препараты, кроме: А. норадреналин; Б. адреналин; В. лидокаин; Г. атропин; Д. изадрин.	А
916.	Дозировка «вслепую» бикарбоната натрия при остановке сердца составляет: А. первое введение 1 мэкв/кг; Б. первое введение 2 мэкв/кг; В. повторные введения 0,5 мэкв/кг каждые 10 мин; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.	Г
917.	Показаниями к закрытому массажу сердца являются: А. остановка дыхания; Б. остановка сердца, фибрилляция желудочков; В. отсутствие сознания; Г. верно А и Б.	Б
918.	Медикаментозные препараты для сердечно-лёгочной реанимации: А. тиопентал натрия, лидокаин, фуросемид; Б. сердечные гликозиды, хлорид калия, глюкокортикоидные гормоны; В. адренилин, атропин, гидрокарбонат натрия, лидокаин; Г. атропин, лидокаин, фуросемид.	В
919.	Оценка эффективности проводимых реанимационных мероприятий: А. сужение зрачков, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки;	А

	<i>Б. сухость склер глазных яблок, расширение зрачков;</i> <i>В. улучшение цвета кожных покровов, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки.</i>	
920.	<i>В терапии травматического шока первоначальные усилия направляются:</i> <i>А. на восстановление газообмена и ОЦК;</i> <i>Б. на коррекцию КОС и ВЭБ;</i> <i>В. на обезболивание;</i> <i>Г. все ответы правильны;</i> <i>Д. верно только А и В.</i>	Д
921.	<i>На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении:</i> <i>А. на черепно-мозговую травму;</i> <i>Б. на переломы таза;</i> <i>В. на переломы бедра;</i> <i>Г. на компрессионные переломы позвоночника.</i>	А
922.	<i>При определении площади ожогов, не имеющих сплошной поверхности, удобнее пользоваться:</i> <i>А. правилом ладони»;</i> <i>Б. «правилом девяток»;</i> <i>В. индексом Франка.</i>	А
923.	<i>Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления:</i> <i>А. до 100 мм рт. ст.;</i> <i>Б. до 80-90 мм рт. ст.;</i> <i>В. до 60-70 мм рт. ст.;</i> <i>Г. до 40-50 мм рт. ст.;</i> <i>Д. до 30-20 мм рт. ст.</i>	В
924.	<i>При волевических нарушениях наиболее важными и доступными для определения критериями адекватности инфузионно-трансфузионной терапии являются:</i>	Г

	<i>А. нормализация цвета кожных покровов, градиента температуры, диуреза;</i> <i>Б. гемодинамические показатели: АД, ЧСС, ЦВД;</i> <i>В. показатели состава крови, метаболизма, коагулограмма;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	
925.	<i>Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие:</i> <i>А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости;</i> <i>Б. потери симпатического тонуса;</i> <i>В. высвобождения простагландина;</i> <i>Г. брадикардии;</i> <i>Д. всего перечисленного.</i>	А
926. 4	<i>Лечение анафилактического шока включает использование:</i> <i>А. адреналина;</i> <i>Б. антигистаминных препаратов;</i> <i>В. йроплегиков;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	Г
927.	<i>Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является:</i> <i>А. дефицит гемоглобина;</i> <i>Б. гиповолемия;</i> <i>В. гипопротейнемия;</i> <i>Г. коагулопатия;</i> <i>Д. дефицит фибриногена.</i>	Б
928.	<i>Фетальный гемоглобин:</i> <i>имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую</i>	Б

	диссоциации гемоглобина; А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.; Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого; В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л; Г. никогда не обнаруживается у взрослых.	
929.	На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении: А. на черепно-мозговую травму; Б. на переломы таза; В. на переломы бедра; Г. на компрессионные переломы позвоночника.	А
930.	Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления: А. до 100 мм рт. ст.; Б. до 80-90 мм рт. ст.; В. до 60-70 мм рт. ст.; Г. до 40-50 мм рт. ст.; Д. до 30-20 мм рт. ст.	В
931.	Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие: А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости; Б. потери симпатического тонуса; В. высвобождения простагландина; Г. брадикардии; Д. всего перечисленного.	А
932.	Лечение анафилактического шока включает использование: А. адреналина;	Г

	<i>Б. антигистаминных препаратов;</i> <i>В. йроплегиков;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	
933.	<i>Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является:</i> <i>А. дефицит гемоглобина;</i> <i>Б. гиповолемиа;</i> <i>В. гипопротеинемия;</i> <i>Г. коагулопатия;</i> <i>Д. дефицит фибриногена.</i>	Б
934.	<i>Фетальный гемоглобин:</i> <i>имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина;</i> <i>А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.;</i> <i>Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого;</i> <i>В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л;</i> <i>Г. никогда не обнаруживается у взрослых.</i>	Б
935.	<i>Новорожденный ребенок не в состоянии поддерживать температуру тела с помощью одного из ниженазванных механизмов:</i> <i>А. вазоконстрикции;</i> <i>Б. дрожи;</i> <i>В. мобилизации энергии из коричневых жиров;</i> <i>Г. выделения тироксина;</i> <i>Д. мышечной активности.</i>	Б
936.	<i>Максимально допустимый баланс массы тела новорожденного при проведении инфузионной терапии составляет:</i>	А

	<i>А. 50 г;</i> <i>Б. 40 г;</i> <i>В. 30 г;</i> <i>Г. 20 г.</i>	
937.	<i>Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности в практике интенсивной терапии детей раннего возраста является:</i> <i>А. гиповолемия;</i> <i>Б. нефротоксины;</i> <i>В. гемолиз;</i> <i>Г. пороки развития почек.</i>	<i>А</i>
938.	<i>Концентрация калия в сыворотке:</i> <i>А. увеличивается при алкалозе;</i> <i>Б. уменьшается при ацидозе;</i> <i>В. увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе;</i> <i>Г. уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе;</i> <i>Д. не изменяется при ацидозе и алкалозе.</i>	<i>В</i>
939.	<i>Основными клиническими симптомами дефицита калия являются:</i> <i>А. астенизация, мышечная слабость, дыхательные нарушения;</i> <i>Б. уплощения зубца Т и удлинения интервала P-Q и QRS;</i> <i>В. тоническое состояние скелетных мышц;</i> <i>Г. верны все ответы;</i> <i>Д. верно А и Б.</i>	<i>Д</i>
940.	<i>Клиническими симптомами дефицита натрия являются:</i> <i>А. усталость, апатия, тошнота и рвота;</i> <i>Б. снижение АД, судороги;</i> <i>В. потеря сознания;</i> <i>Д. верно А и Б.</i>	<i>Г</i>

941.	<i>При избытке натрия наблюдаются следующие клинические симптомы:</i> <i>А. жажда, гипертермия, отеки;</i> <i>Б. судороги;</i> <i>В. нарушения сознания;</i> <i>Г. верно А и В;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	<i>Г</i>
942.	<i>Клиническими симптомами гипокальциемии являются:</i> <i>А. гиперрефлексия, тетания;</i> <i>Б. боли в животе;</i> <i>В. снижение мышечного тонуса;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. Б и В.</i>	<i>Г</i>
943.	<i>Клиническими симптомами гипертонической дегидратации являются:</i> <i>А. жажда, сухость кожи и слизистых оболочек, нервно-психические нарушения;</i> <i>Б. полиурия;</i> <i>В. повышение осмолярности плазмы;</i> <i>Г. верны все ответы;</i> <i>Д. верно А и В.</i>	<i>Д</i>
944.	<i>Клиническими симптомами изотонической дегидратации являются:</i> <i>А. артериальная гипотензия, гиповолемический шок, олигурия;</i> <i>Б. полиурия;</i> <i>В. апатия, замедленные реакции;</i> <i>Г. верно А и В;</i> <i>Д. верно Б и В.</i>	<i>Г</i>
945.	<i>При гипотонической дегидратации наблюдается:</i>	<i>Г</i>

	<i>А. падение АД, тахикардия, олигурия;</i> <i>Б. напряжение глазных яблок;</i> <i>В. понижение осмолярности плазмы;</i> <i>Г. верно А и В;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	
946.	<i>Укажите наиболее значимый путь потерь жидкости при кишечной непроходимости:</i> <i>А. желудочно-кишечной секреции;</i> <i>Б. снижение канальцевой реабсорбции;</i> <i>В. наружные потери (рвота, легкие, кожа);</i> <i>Г. внутренние потери (секвестрация в просвет кишечника, полость брюшины);</i> <i>Д. повышение температуры тела, перспирация.</i>	Г
947.	<i>Для состояния гиповолемии не характерно:</i> <i>А. уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК);</i> <i>Б. снижение АД, тахикардия;</i> <i>В. уменьшение ударного объема и сердечного выброса (УО и СВ);</i> <i>Г. повышение ЦВД;</i> <i>Д. снижение давления наполнения левого желудочка.</i>	Г
948.	<i>Для кишечного эксикоза 2-й степени характерна потеря массы тела:</i> <i>А. до 5%;</i> <i>Б. 6-8%;</i> <i>В. 9-10%;</i> <i>Г. более 10%.</i>	Б
949.	<i>Для кишечного эксикоза 3-й степени характерна потеря массы тела:</i> <i>А. до 5%;</i> <i>Б. 6-8%;</i>	Г

	<i>В. 9-10%;</i> <i>Г. более 10%.</i>	
950.	<i>Для кишечного эксикоза 2-й степени характерными изменениями электролитов является:</i> <i>А. нормальный уровень натрия и калия;</i> <i>Б. гипонатриемия и гипокалиемия;</i> <i>В. гипернатриемия и гиперкалиемия;</i> <i>Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия;</i> <i>Д. гипернатриемия и гипокалиемия.</i>	<i>А</i>
951.	<i>Для кишечного эксикоза 3-й степени характерными изменениями электролитов является:</i> <i>А. нормальный уровень натрия и калия;</i> <i>Б. гипонатриемия и гипокалиемия;</i> <i>В. гипернатриемия и гиперкалиемия;</i> <i>Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия;</i> <i>Д. гипернатриемия и гипокалиемия.</i>	<i>В</i>
952.	<i>При отравлении ребенка неизвестным ядом наиболее целесообразно промыть желудок:</i> <i>А. чистой водой;</i> <i>Б. раствором марганца;</i> <i>В. раствором соды;</i> <i>Г. водой с активированным углем.</i>	<i>Г</i>
953.	<i>Наиболее эффективным методом дезинтоксикации при большинстве острых отравлений у детей является:</i> <i>А. форсированный диурез;</i> <i>Б. аменное переливание крови;</i> <i>В. перитонеальный диализ;</i> <i>Д. гемосорбция.</i>	<i>Г</i>
954.	<i>Для вызывания рвоты у детей при отравлениях нельзя</i>	<i>В</i>

		<i>пользоваться:</i> <i>А. раствором поваренной соли;</i> <i>Б. раствором сухой горчицы;</i> <i>В. апоморфином;</i> <i>Г. раствором марганца.</i>	
955.	4	<i>Промывание желудка у ребенка с отравлением в бессознательном состоянии допустимо:</i> <i>А. в положении на боку с опущенной головой;</i> <i>Б. в положении на спине;</i> <i>В. после идентификации яда;</i> <i>Г. после интубации трахеи.</i>	<i>Г</i>
956.	4	<i>При отравлении неизвестным ядом в качестве антидота следует ввести:</i> <i>А. не вводить;</i> <i>Б. унитиол;</i> <i>В. атропин;</i> <i>Г. унитиол, хромосмон, атропин.</i>	<i>А</i>
957.		<i>Этиловый спирт применяется как антидот при отравлениях:</i> <i>А. инсулином;</i> <i>Б. амитриптилином;</i> <i>В. ФОС</i> <i>Г. этиленгликолем, метиловым спиртом;</i> <i>Д. тяжелыми металлами.</i>	<i>Г</i>
958.		<i>Унитиол применяется как антидот при отравлениях:</i> <i>А. инсулином;</i> <i>Б. амитриптилином4</i> <i>В. ФОС;</i> <i>Г. этиленгликолем, метиловым спиртом;</i>	<i>Д</i>

	<i>Д. тяжелыми металлами.</i>	
959.	<i>К наиболее характерным симптомам отравления атропиноподобными веществами относятся:</i> <i>А. саливация, бронхоспазм, сужение зрачков;</i> <i>Б. угнетение сознания, сужение зрачков;</i> <i>В. гиперемия кожи, галлюцинации, расширение зрачков;</i> <i>Г. тонико-клонические судороги.</i>	<i>В</i>
960.	<i>Подберите соответствующее лекарственное средство для ребенка при отравлении морфием:</i> <i>А. атропин;</i> <i>Б. бемеград;</i> <i>В. налорфин, налоксон;</i> <i>Г. протамин сульфат.</i>	<i>В</i>
961.	<i>Клинические проявления отравления угарным газом включают развитие:</i> <i>А. двигательного возбуждения, зрительные и слуховых галлюцинаций, потери сознания, амнезии после выхода из комы;</i> <i>Б. депрессии дыхания, тахикардии, гипертензии, метгемоглобинемии;</i> <i>В. гемолиза, токсической нефропатии;</i> <i>Г. верны все ответы;</i> <i>Д. верно только А и Б.</i>	<i>Д</i>
962.	<i>Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью:</i> <i>А. применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки;</i> <i>Б. ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей;</i> <i>В. применения санационной бронхоскопии, адекватной регидратации;</i> <i>Г. верно только А и В;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>	<i>Д</i>

963.	Укажите не характерное для утопления в морской воде нарушение: А. дисритмии сердца; Б. гемолиз; В. гипотензия; Г. ателектаз; Д. судороги.	Б
964.	У больного в периоде восстановления после перенесенного утопления в морской воде весьма вероятны клинические проявления: А. внутрилегочного шунтирования и метаболического ацидоза; Б. отека легких; В. электролитных нарушений; Г. верно А и Б; Д. верно А и В.	А
965.	Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы А. обеспечить наилучшее лечение Б. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного В. установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родители больного, Г. все перечисленное	Г
966.	Этические нормы врача определяются А. умениями и навыками Б. законами и приказами В. этническими особенностями региона Г. моральной ответственностью перед обществом	Г

967.	<i>Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то хирург должен</i> <i>А. отказаться от операции</i> <i>Б. принять решение оперировать больного</i> <i>В. созвать консилиум в составе анестезиолога, педиатра для решения вопроса об операции</i> <i>Г. предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска</i> <i>Д. правильно В и Г</i> <i>Е. правильные ответы А и Г</i>	Д
968.	<i>В случаях нарушения врачебной тайны зав. отделением должен</i> <i>А. разобрать случай нарушения в отделении на утренней конференции</i> <i>Б. сообщить о нарушении администрации в любом случае</i> <i>В. сообщить администрации при повторном нарушении</i> <i>Г. на усмотрение зав. отделением - провести отдельную беседу с нарушителем</i> <i>Д. правильно все, кроме Б</i>	Д
969.	<i>Сообщить родственникам результаты произведенной операции должен</i> <i>А. только оперировавший уролог</i> <i>Б. кто-либо из присутствующих на операции</i> <i>В. медсестра</i> <i>Г. зав. отделением</i>	А
970.	Что представляет собой аппендикс? А. порок развития Б. функциональный орган В. аномалия развития Г. рудимент	Б
971.	Что является провоцирующими моментами в возникновении острого	

	аппендицита у детей? А. аномалия развития отростка Б. каловый камень В. аскаридоз Г. травма	Б,В,Г
972.	Локализация болей вокруг пупка при остром аппендиците у детей до 3-х лет обусловлена: А. склонностью к иррадиации нервных импульсов Б. близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки В. вовлечением в процесс мезентериальных лимфоузлов Г. всем перечисленным	Г
973.	Что не является характерным для клинической картины острого аппендицита у детей до 3-х лет? А. гипертермия Б. острое начало В. изменение поведения Г. нарушение сна Д. жидкий стул Е. головная боль Ж. неоднократная рвота	Е
974.	Отметьте два патогномоничных признака острого аппендицита А. боли в животе Б. рвота В. гипертермия Г. жидкий стул Д. задержка стула Е. локальная болезненность Ж. пассивное мышечное напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области	Е,Ж
975.	Для определения ...(чего?)... при остром аппендиците проводится сравнительная пальпация.	Б

	А. активного мышечного напряжения Б. пассивного мышечного напряжения В. локальной болезненности; Д. определения выпота в брюшной полости	
976.	При осмотре во время сна у детей раннего возраста с острым аппендицитом возможно определить: А. симптом локальной болезненности, пассивное мышечное напряжение, симптом Ровзинга; Б. симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение, симптом Образцова; В. симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение	В
977.	Отметьте наиболее достоверные признаки острого аппендицита у детей являются (один ответ): А. локальная боль и рвота Б. беспокойство и рвота В. напряжение мышц брюшной стенки и неустойчивый стул Г. симптом Щеткина-Блюмберга и локальная болезненность	Г
978.	Для клинической картины острого аппендицита у детей до 3-х лет характерно: А. острое начало, фебрильная температура, изменение поведения, нарушение сна, однократная рвота, головная боль, учащенный жидкий стул Б. острое начало, субфебрильная температура, локальная болезненность в правой подвздошной области, задержка стула В. острое начало, фебрильная температура, менингеальные знаки,неоднократная рвота	А
979.	Положение больного с острым аппендицитом в постели: А. на правом боку с приведенными ногами Б. на животе В. на спине Г. на левом боку Д. сидя	А
980.	Для диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет не	

	используют: А. обезболивающие препараты Б. масочный наркоз В. интубационный наркоз Г. естественный сон	А, Б, В
981.	Варианты расположения червеобразного отроста А. медиально Б. поддиафрагмально В. ретроцекально Г. ретроперитонеально Д. подпеченочно	А,В,Г,Д
982.	Симптом расхождения пульса и температуры при остром аппендиците у детей младшего возраста: А. не характерен Б. характерен	А
983.	Отметьте симптом Ситковского при остром аппендиците А. усиление болей при расположении на левом боку Б. усиление болей при поднятии правой ноги одновременной пальпации правой подвздошной области В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки	А
984.	Отметьте достоверные признаки острого аппендицита у детей (один ответ) А. локальная болезненность в правой подвздошной области и рвота Б. напряжение мышц брюшной стенки и рвота В. напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность в правой подвздошной области Г. симптом Щеткина-Блюмберга и рвота	В
985.	Отметьте симптом Образцова при остром аппендиците А. усиление болей при расположении на левом боку Б. усиление болей при поднятии правой ног и одновременной	Б

	пальпации правой подвздошной области В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки	
986.	Отметьте симптом Ровзинга при остром аппендиците А. усиление болей при расположении на левом боку Б. усиление болей при поднятии правой ноги одновременной пальпации правой подвздошной области В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки	В
987.	Отметьте признаки, характерные для аппендикулярного инфильтрата у детей старше 3-х лет: А. субфебрильная температура, болевой симптом выражен Б. фебрильная температура; болевой симптом выражен В. гектическая температура, болевой симптом не выражен Г. гектическая температура, болевой симптом выражен Д. субфебрильная температура, болевой симптом не выражен	Д
988.	Назовите основной метод лечения аппендикулярного инфильтрата: А. Консервативное Б. оперативное	А
989.	Какое лечение применяют у детей с аппендикулярным инфильтратом А. эндоскопическое Б. оперативное В. консервативное	В
990.	Укажите возможные варианты течения аппендикулярного инфильтрата А. рассасывание Б. абсцедирование В. разлитой перитонит Г. кишечная непроходимость Д. все перечисленное	Д
991.	Отметьте признаки, характерные для аппендикулярного абсцесса у ребенка:	

	А. субфебрильная температура, болевой симптом выражен Б. фебрильная температура; болевой симптом не выражен В. гектическая температура, болевой симптом не выражен Г. гектическая температура, болевой симптом выражен Д. субфебрильная температура, болевой симптом не выражен	Г
992.	Распространенный перитонит имеет: А. две фазы течения Б. три фазы течения В. четыре фазы течения	Б
993.	Что способствует развитию распространенного перитонита у детей А. несвоевременная диагностика, недоразвитие сальника, низкие пластические свойства брюшины, снижение реактивности организма Б. низкие пластические свойства брюшины; преобладание экссудации при воспалительном процессе, особенности возбудителя В. малый объем брюшной полости, преобладание экссудации при воспалительном процессе, несвоевременная диагностика.	А
994.	Что не характерно для распространенного перитонита у детей: А. повторная рвота; Б. симптом расхождения температуры и пульса В. гипертермия Г. нарушения микроциркуляции Д. ребенок хочет пить, но отказывается от питья воды Е. ничего из перечисленного	Д
995.	Отметьте патогномичный симптом перитонита у ребенка А. рвота застойным содержимым Б. боли в животе В. вздутие живота Г. задержка отхождения стула и газов Д. пассивное напряжение мышц живота.	Д
996.	Что характерно для пельвиоперитонита:	

	А. болеют только мальчики, возраст 6 – 9 лет Б. болеют только девочки, возраст 6 – 9 лет В. болеют и мальчики и девочки, возраст 6 – 9 лет Г. болеют только девочки, возраст 10 – 14 лет Д. болеют только девочки, возраст 10 – 14 лет	Б
997.	Предоперационную подготовку у детей с перитонитом целесообразно проводить в течение: А. нескольких минут Б. до устранения тяжелой гиповолемии, но не более 2 ч В. не менее 3-5 ч; Г. до полной коррекции электролитных нарушений Д. 10-12 часов	Б
998.	Размножение возбудителя при сепсисе происходит: А. в первичном очаге Б. во вторичном очаге В. в крови Г. в зависимости от индивидуальных особенностей	В
999.	Что следует учитывать при выборе антибиотика в первую очередь: А. характер и чувствительность микрофлоры Б. фармакодинамику и фармакокинетику препарата В. токсичность препарата Г. характер гнойного отделяемого Д. давность заболевания	А
1000.	Что не является основным при направленной антибактериальной терапии при гнойной хирургической инфекции: А. характер и чувствительность микрофлоры Б. фармакодинамика и фармакокинетика препарата В. токсичность препарата Г. характер гнойного отделяемого Д. давность заболевания	Д

1001.	Ведущее место в патогенезе острого гематогенного остеомиелита занимает: А. травма Б. переохлаждение В. ОРВИ Г. высокий уровень контаминации возбудителя Д. неполноценное питание Е. сенсibilизация организма	Г
1002.	Что из перечисленного является провоцирующим фактором острого гематогенного остеомиелита у детей: А. травма Б. . переохлаждение В. наличие хронических очагов инфекции Г. все из перечисленного	Г
1003.	В каком отделе кости начинается воспалительный процесс при остром гематогенном остеомиелите: А. в эпифизе Б. в метафизе В. в диафизе	Б
1004.	Для новорожденных и детей раннего возраста при остром гематогенном остеомиелите характерно поражение: А. эпифиза Б. метафиза В. метаэпифиза Г. метадиафиза Д. диафиза	В
1005.	Для детей старше 2,5 лет при остром гематогенном остеомиелите (ОГО) характерно поражение: А. эпифиза Б. метафиза В. метаэпифиза	Г

	Г. метадиафиза Д. диафиза	
1006.	К ранним местным симптомам метадиафизарного ОГО не относится: А. нарушение функции конечности Б. местная гиперемия В. усиление сосудистого рисунка Г. пастозность мягких тканей	Б
1007.	Укажите первый рентгенологический признак ОГО: А. очаги деструкции губчатого вещества Б. периостальная реакция В. наличие секвестров	Б
1008.	Для диагностики метаэпифизарного ОГО у новорожденных не используется: А. пункция сустава Б. рентгенография В. УЗИ сустава Г. измерение внутрикостного давления	Г
1009.	Рентгенологические признаки остеомиелита у новорожденных появляются: А. на 2-3 сутки, Б. на 4- 5 сутки, В. на 7-10 сутки, Г. на 11- 12 сутки.	В
1010.	Укажите внутрикостное давление в норме у детей после 5 лет: А. 40 – 80 мм. вод. ст, Б. 90 – 100 мм. вод. ст; В. 100 – 120 мм. вод. ст; Г. 120 – 130 мм.вод. ст. Д.. 140 – 160 мм. вод. ст.	В

	Е. выше 160 мм.вод.ст.	
1011.	Лечение метаэпифизарного остеомиелита у новорожденных включает: А. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава Б. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит, иммобилизация конечности В. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит Г. согревающие компрессы, назначение антибиотков, дренирование сустава, иммобилизация конечности Д. согревающие компрессы, назначение антибиотков, остеоперфорация, иммобилизация конечности	Б
1012.	Исходом ОГО у новорожденным может быть: А. переход в хроническую форму, нарушение роста конечности в длину, ложный сустав, полное выздоровление Б. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей. патологический перелом сустава, полное выздоровление В. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей, патологический вывих сустава, полное выздоровление	В
1013.	Для хронического остеомиелита на рентгенограмме характерно: А. наличие полости с секвестром на фоне остеопороза костной ткани Б. наличие полости с секвестром на фоне остеосклероза периостальная реакция костной ткани В. наличие множества секвестров на фоне остеопороза костной ткани	Б
1014.	Для первично-хронических форм остеомиелита характерно: А. острое начало, субфебрильная температура тела, постоянные боли в конечности Б. подострое начало, постоянная субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке В. подострое начало, периодически субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке и ночные Г. острое начало, нормальная температура тела, постоянные боли в конечности;	В

1015.	Что является первичным звеном в цепи развития гнойного процесса у новорожденных: А. развитие гнойного очага Б. входные ворота инфекции В. контаминация патогенной флорой Г. транслокация возбудителя Д. избыточное размножение флоры Е. вторичный иммунный блок Ж. снижение иммунологической реакции	Б
1016.	Для катаральной (простой) формы омфалита характерно: А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки, флебит пупочных сосудов	А
1017.	Для флегмонозной формы омфалита характерно: А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки, гипергрануляции Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки. Флебит пупочных сосудов	Б
1018.	При длительном мокнутие пупка у новорожденного необходимо исключить: А. омфалит Б. фунгус В. неполный свищ пупка	В
1019.	Причиной не полного свища пупка может быть все перечисленное, кроме: А. незаращения урахуса Б. незаращение пупочной вены В. незаращение желточного протока	Б
1020.	Некротическая флегмона новорожденного встречается в возрасте:	

	А. сразу после рождения Б. 2-3 недели жизни В. после 3-х недель жизни Г. после 6 месяцев Д. в любом возрасте	Б
1021.	Укажите местное лечение флегмоны новорожденного: А. полуспиртовая повязка + магнит Б. обкалывание антибиотиком+ множественные разрезы+ повязка с антисептиком + магнит В. множественные разрезы+ повязка с антисептиком+ магнит	В
1022.	Адипозонекроз проявляется симптомами: А. пятнистая гиперемия; бугристая инфильтрация, болезненность при пальпации Б. бугристая инфильтрация; цианотичность кожных покровов, местное повышение температуры В. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, отсутствие болевого симптома Г. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, болезненность при пальпации	В
1023.	Для некротической флегмоны в период образования некрозов местно характерно: А. сплошная инфильтрация Б. разлитая гиперемия, флюктуация В. цианотичность кожных покровов Г. цианотичность кожных покровов, зыбление	В
1024.	У новорожденного стафилококк вызывает все, кроме: А. некротическую флегмону Б. острый гематогенный остеомиелит В. острый артрит Г. рожистое воспаление Д. мастит	Г

1025.	У новорожденных стрептококк вызывает: А. некротическую флегмону Б. острый гематогенный остеомиелит В, острый артрит Г. рожистое воспаление Д. мастит	Г
1026.	Перитониты у новорожденных чаще встречаются: А. первичные Б. вторичные	Б
1027. 58	Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является: А. ятрогенное повреждение кишечной стенки Б. дефицит лизоцима; В. некротизирующий энтероколит новорожденных Г. пороки развития стенки кишки Д. заменное переливание крови Е. внутриутробное инфицирование	В
1028.	В основе патогенеза некротического энтероколита у новорожденных лежит: А. недоношенность Б. внутриутробная гипоксия В. асфиксия в родах Г. централизация кровообращения в организме новорожденного	Г
1029.	Для первичного перитонита новорожденных первым клиническим симптомом в начале разгара является: А. эксикоз Б. вздутие живота В. задержка стула Г. полиурия Д. сердечно-сосудистые нарушения	Б

1030.	Из всех перечисленных симптомов достоверными местными симптомами для разлитого перитонита у новорожденного являются: А.вздутие живота Б. рвота застойным содержимым В. отек, гиперемия брюшной стенки Г. отсутствие стула Д. жидкий стул	В
1031.	При первичном перитоните у новорожденного ранним патогномичным симптом является: А. рвота застойным содержимым Б. кровь в стуле В. вздутия живота Г. патозность нижних отделов передней брюшной стенки Д. отек половых органов	Г
1032.	Некротический энтероколит на стадии клинических проявлений характеризуется симптомами: А. рвотой с желчью, отсутствием стула и газов Б. рвотой с желчью, частым жидким стулом с патологическими примесями, вздутием живота с локальной болезненностью В.отсутствием стула и газов Г. вздутием живота с локальной болезненностью, усилением перистальтики	Б
1033.	Некротический энтероколит на III стадии предперфорации проявляется рентгенологически: А. локальным затенением брюшной полости Б. гидроперитонеумом В. свободным газом в брюшной полости	Б
1034.	Некротический энтероколит на стадии продромы рентгенологически проявляется: А. повышенным равномерным газонаполнением кишечника Б. неравномерным наполнением кишечника с уровнями В. пневматозом кишечной стенки	А

	Г. газом в портальной системе печени Д. гидроперитонеумом Е. пневмоперитонеумом	
1035.	Лечение 1, 2 - ой стадий НЭК: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное.	А
1036.	Лечение 3-ей стадии НЭК: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное	В
1037.	Лечение 4-ой стадии НЭК: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное	Г
1038.	Для перфоративного перитонита на рентгенограмме характерно: А. наличие свободной жидкости в брюшной полости Б. сниженное газонаполнение петель кишечника В. наличие свободного воздуха в брюшной полости Г. множественные уровни жидкости в петлях кишечника	В
1039.	В каком возрасте наиболее часто встречается инвагинация кишок? А. новорожденный Б. 4 -10 месяцев В. старше года Г. школьный	Б
1040.	Провоцирующими факторами инвагинации кишечника у детей	

	является все, кроме: А. нарушение пищевого режима Б. анатомо-физиологические особенности В. кишечная инфекция Г. ОРВИ	Б
1041.	Предрасполагающим фактором инвагинации кишечника из перечисленного является: А. нарушение или изменение режима питания Б. анатомо-физиологические особенности В. кишечная инфекция Г. ОРВИ Д. все перечисленное	Б.
1042.	Наиболее частой причиной илеоцекальной инвагинации кишечника у детей до 1 года является: А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника Б. нарушение или изменение режима питания В. диспепсия Г. ОРВИ Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)	А
1043.	Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является: А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника Б. нарушение или изменение режима питания В. диспепсия Г. ОРВИ Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)	Д
1044.	Инвагинация кишечника относится к: А. обтурационной кишечной непроходимости Б. странгуляционной кишечной непроходимости	Д

	В. паралитической кишечной непроходимости Г. спастической кишечной непроходимости Д. смешанной кишечной непроходимости	
1045.	Смешанная механическая кишечная непроходимость, это сочетание: А. обтурационной кишечной непроходимости + спастической кишечной непроходимости Б. обтурационной кишечной непроходимости + паралитическая кишечная непроходимость В. обтурационной кишечной непроходимости + странгуляционной	В
1046.	Укажите, какой из симптомов инвагинации кишечника не характерен для стадии начальных клинических проявлений: А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками Б. симптом «малинового или смородинового желе» В. симптом пальпируемой опухоли Г. многократная рвота с желчью Д. ни чего из перечисленного Е. все перечисленное	Г
1047.	При инвагинации кишечника приступы болей в животе постепенно: А. усиливаются и укорачиваются; Б, удлиняются и усиливаются; В. удлиняются и ослабевают.	В
1048.	Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника: А. боли в животе Б, вялость В. симптом «малинового или смородинового желе» Г. повышение температуры тела Д. многократная рвота с желчью Е. ни чего из перечисленного	В
1049.	Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:	А

	А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками Б. задержка отхождения стула и газов В. многократная рвота с желчью Г. . ни чего из перечисленного Д. .все перечисленное	
1050.	Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника: А. боли в животе Б. задержка отхождения стула и газов В. симптом пальпируемой опухоли в брюшной полости Г. многократная рвота с желчью Д. ни чего из перечисленного Е. все перечисленное	В
1051.	Для диагностики инвагинации кишечника в начальный период наиболее из всего перечисленного целесообразно использовать: А. пневмоирриграфию Б.. УЗИ брюшной полости В. пальпацию. живота под наркозом Г. рентгеноконтрастное обследование с барием, данным через рот Д.. лапароскопию	А
1052.	Дифференцировать острую кишечную инвагинацию у детей необходимо со всеми заболеваниями, кроме: А. дизентерии Б. опухоли брюшной полости В. острой пневмонии Г. геморрагического васкулита	В
1053.	Для стадии начинающихся осложнений при инвагинации кишечника характерно: А. усиление и укорачивание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», асимметрия живота, симптом пальпируемой опухоли Б. удлинение и ослабевание болей в животе, многократная рвота с	В

	желчью, симптом «малинового или смородинового желе», симптом пальпируемой опухоли, отсутствие симптомов раздражения брюшин В. удлинение и ослабевание, болей в животе, многократная рвота с желчью, темная кровь с примесью слизи, наличие симптомов раздражения брюшины	
1054.	Лечение инвагинации кишечника: А. только оперативное Б. только консервативное В. зависит от возраста ребенка Г. зависит от возраста и стадии заболевания	Г
1055.	Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при: А. стенозе кишечника Б. завороте кишечника В. болезни Гиршпрунга Г. инвагинации	Б
1056.	Смешанная кишечная непроходимость включает: А. обтурационная кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость Б. странгуляционная кишечная непроходимость + обтурационная кишечная непроходимость В. спастическая кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость	Б
1057.	К смешанной кишечной непроходимости относится: А. стенозе кишечника Б. заворот кишечника В. болезнь Гиршпрунга Г. инвагинация	Г
1058.	Для острой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические симптомы: А. отсутствие газа в петлях тонкого кишечника во всех случаях Б. свободный газ в брюшной полости В. множественные или единичные тонкокишечные арки или чаши	В

	Клойбера Д. не равномерное газонаполнение петель кишечника	
1059.	Для низкой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны все перечисленные симптомы, кроме: А. приступообразные боли в животе Б. рвота с патологическими примесями В. вздутие живота Г. контурация петель кишечника на брюшную стенку Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии Е. задержка отхождения стула и газов	Д
1060.	Для высокой поздней спаечной тонкокишечной непроходимости в первые часы от заболевания характерны все перечисленные симптомы, кроме А. приступообразные боли в животе Б. рвота с патологическими примесями В. контурация петель кишечника на брюшную стенку Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии Е. задержка отхождения стула и газов Д. стул и газы отходят	Е
1061.	Для паралитической кишечной непроходимости на рентгенограмме характерно: А. равномерное распределение газа в петлях тонкого кишечника Б. множественные или единичные чаши Клойбера В. равномерно перераздутые петли кишечника или равномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости Д. неравномерное газонаполнение петель кишечника или неравномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости	В
1062.	Консервативную терапию при ранней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение: А. 3-6 часов Б. 6-12 часов В. 12-24 часов	В

	Г. 24-48 часов Д. 48-72 часов	
1063.	Лечение поздней спаечной кишечной непроходимости не зависит от: А. вида непроходимости Б. давности заболевания В. наличия осложнений Г. возраста ребенка	Г
1064.	При странгуляционной кишечной непроходимости показано: А. консервативная терапия Б. наблюдение В. дача бария, консервативная терапия через 3-6 часов Г. срочная операция Д. операция после кратковременной предоперационной подготовки	Д
1065.	Консервативную терапию при поздней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение: А. 3-6 часов; Б. 6-12 часов; В. 12-24 часов; Г. 24-48 часов; Д. 48-72 часов	А
1066.	Выделение алой крови из прямой кишки характерно для: А. кровоточащего дивертикула Меккеля Б. язвы двенадцатиперстной кишки В. язвы или полипа толстой кишки Г. инвагинации кишечника	В
1067.	Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является: А. гепатомегалия Б. увеличение размеров живота В. спленомегалия	В

	Д. кровавая рвота Е. асцит	
1068.	Выделение крови в виде «темной вишни» из прямой кишки характерно для: А. язвы толстой кишки Б. кровоточащего дивертикула Меккеля В. инвагинации кишечника	Б
1069.	Рвота с кровью не характерна для: А. кровоточащего дивертикула Меккеля Б. язвы желудка В. варикозно расширенных вен пищевода Г. язвы двенадцатиперстной кишки	А
1070.	Причиной кровотечения из дивертикула Меккеля является: А. аномалия развития сосудов в стенке дивертикула Меккеля Б. инвагинация дивертикула Меккеля в подвздошную кишку В. острая язва слизистой дивертикула Меккеля	В
1071.	Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК выше Фатерова сосочка, кроме: А. рвота без желчи Б. быстрая потеря массы тела В. ранняя желтуха Г. запавший живот Д. отсутствие мекония	Д
1072.	Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК ниже Фатерова сосочка, кроме: А. рвота с желчью Б. быстрая потеря массы тела В. ранняя желтуха Г. запавший живот Д. меконий светлый	Д

	Е. меконий отсутствует	
1073.	Задержка развития кишечной трубки в период эмбриогенеза в стадию «солидного тяжа» приводит к: А. аганглиозу кишечной стенки Б. гиперфиксации ДПК В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки Г. мембране Д. мальротации «средней кишки»	Г
1074.	Нарушение вращения средней кишки во 2-ой период приводит к: А. аганглиозу кишечной стенки Б. гиперфиксации ДПК В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки Г. к высокому расположению слепой кишки Д. мальротации «средней кишки»	Д
1075.	Задержка отхождения мекония у новорожденного может быть вызвана: А. аганглиозом кишечной стенки Б. муковисцедозом В. родовой травмой Г. мекониальной пробкой Д. всем перечисленным Е. ни чем из перечисленного	Д
1076.	Врожденная странгуляционная кишечная непроходимость у новорожденного может быть вызвана: А. атрезией двенадцатиперстной кишки Б. незавершенным поворотом кишечника В. заворотом «средней кишки» Г. мекониальной непроходимостью	В
1077.	Для полной атрезии двенадцатиперстной кишки характерно все кроме: А. начало проявления с первых часов жизни	Г

	Б. рвота съеденным молоком В. рвота с желчью Г. начало с 3-4-х суток жизни Д. ранняя желтуха	
1078.	При полной атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка характерно все кроме: А. рвота с желчью Б. ранняя желтуха В. внутриутробная гипотрофия Г. меконий темного цвета Д. меконий обесцвечен	Г
1079.	Для частичной врожденной высокой кишечной непроходимости не характерно: А. рвота с желчью Б. меконий отходит В. меконий не отходит Г. наличие переходного стула	В
1080.	Укажите какие симптомы не характерны для врожденной полной низкой кишечной непроходимости: А рвота с желчью Б мекониевая рвота В вздутие живота в эпигастрии, западение нижних отделов Г равномерное вздутие живота Д отсутствие мекония	В
1081.	Мекониевая рвота у новорожденных не характерна для: А. перитонита Б. острой форме болезни Гиршпрунга В. атрезии тощей кишки Г. атрезии прямой кишки Д. атрезии подвздошной кишки	В

1082.	Укажите какие симптомы при врожденной полной низкой кишечной непроходимости не относятся к ранним: А. срыгивания молоком Б. рвота с желчью или застойным кишечным содержимым В. беспокойство ребенка Г. равномерное вздутие живота Д. отсутствие мекония	Б
1083.	Мекониальная рвота не характерна для: А. для острой формы юлезни Гиршпрунга Б. атрезии подвздошной кишки В. атрезии тонкой кишки Г. атрезии прямой кишки Д. перитонита новорожденных	В
1084.	Для внутриутробного заворота «средней кишки» у новорожденного не характерно: А. время проявления -3-5 –е сутки жизни Б. рвота с желчью В. рвота застойным кишечным содержимым Г. меконий отходит Д. беспокойство ребенка Е. живот при пальпации болезненный Ж. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»	В
1085.	Наиболее значимым симптомом для «заворота кишечника» у новорожденного является: А. беспокойство Б. рвота с желчью В. болезненный при пальпации живот Д. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»	Д
1086.	Ведущим симптомом врожденной высокой кишечной непроходимости является:	

	А. рвота Б. боли в животе В. отсутствие мекония	А
1087.	Ведущим симптомом врожденной низкой кишечной непроходимости является: А. рвота Б. боли в животе В. отсутствие мекония	В
1088.	Атрезия двенадцатиперстной кишки часто сочетается с синдромом: А. Беквита – Видемана Б. Смитта- Опитца В. Дауна Г. Меккеля	В
1089.	Для высокой врожденной частичной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно: А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отдела кишечника В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника; Г. множественные уровни жидкости	В
1090.	Для высокой врожденной полной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно: А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника Г. множественные уровни жидкости	Б
1091.	Для атрезии подвздошной кишки в клинике основным характерным симптомом является: А. рвота застойным содержимым	Г

	Б. вздутие живота В. беспокойство ребенка Г. стул в виде обесцвеченной слизи Д. стул в виде «малинового желе»	
1092.	На обзорной рентгенограмме при полной врожденной низкой кишечной непроходимости характерно: А. два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника Б. три или больше уровня уровней жидкости в петлях кишечника, затенение нижних отделов В. симптом «микроколон»	Б
1093.	Основным методом диагностики синдрома мальротации «средней кишки» является: А. обследование ЖКТ с контрастным веществом, введенным в желудок Б. пневмоирригография В. ирригография с водорастворимым контрастом Г. УЗИ органов брюшной полости	В
1094.	На ирригографии для синдрома мальротации «средней кишки» характерно: А. левостороннее расположение купола слепой кишки Б. высокое расположение купола слепой кишки В. левостороннее расположение толстой кишки с нетипичным расположением купола слепой кишки	В
1095.	Пилоростеноз проявляется у детей в возрасте: А. сразу после рождения Б. 7 - 10 дней В. 2 - 4 недели Г. после 2-х месяцев Д. после 6-ти месяцев	В
1096.	Для пилоростеноза характерна: А. рвота неизменным молоком большим объемом	В

	Б. рвота створоженным молоком В. рвота створоженным молоком большим объемом с кислым запахом Г. рвота большим объемом с примесью желчи	
1097.	При острой форме пилоростеноза в клинике характерен стул: А. скудный темный-зеленый Б. «ложные» запоры В. водянистый Г. частый жидкий	А
1098.	При острой форме пилоростеноза масса тела характеризуется: А. малой прибавкой Б. возрастным дефицитом В. быстрым снижением Г. отсутствием прибавки Д. неравномерной прибавкой	В
1099. 128	При подострой форме пилоростеноза масса тела характеризуется: А. малой прибавкой Б. возрастным дефицитом В. прогрессирующим снижением Г. отсутствием прибавки Д. неравномерной прибавкой	Б
1100.	Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является: А. склонность к запорам Б. желтуха В. рвота «фонтаном» Г. олигурия Д. потеря в массе тела	В
1101.	При подострой форме пилоростеноза в клинике характерен стул: А. скудный темный-зеленый	Б

	Б. «ложные» запоры В. водянистый Г. частый жидкий	
1102.	При объективном осмотре при пилоростенозе характерен симптом: А. Воскресенского Б. Вааля В. «песочных часов» Г. Данса	В
1103.	Для диагностики пилоростеноза в настоящее время в основном используют: А. пальпацию пилорического отдела желудка под наркозом Б. рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта с барием В. УЗИ желудка Г. эзофагогастроскопию	В
1104.	Для врожденного пилоростеноза на УЗИ характерно: А. длина пилорического отдела < 14- мм, толщина стенки пилорического отдела 4 мм Б. длина пилорического отдела 16 мм, толщина стенки пилорического отдела < 4 мм В. длина пилорического отдела > 14- мм, толщина стенки пилорического отдела > 4 мм	В
1105.	Из перечисленных симптомов наиболее достоверным является: А. симптом «песочных часов» Б. гипотрофия В. вздутие в эпигастрии после кормления Г. пальпация утолщенного пилорического отдела желудка Д. олигурия	Г
1106.	Для пилоростеноза на обзорной рентгенограмме характерно: А. два газовых пузыря с двумя уровнями жидкости, расположенные в эпигастральной области, обеднение газом петель кишечника	В

	Б. симптом «клюва» В. увеличенный в размерах желудок с уровнем жидкости, обеднение газом петель кишечника	
1107.	Алгоритм обследования больного с подозрением на пилоростеноз включает: А. объективный осмотр, сбор анамнеза, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, обследование желудочно-кишечного тракта с барием, ФГДС, анализы Б. сбор анамнеза, объективный осмотр, ФГДС, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, обследование желудочно-кишечного тракта с барием В. сбор анамнеза, объективный осмотр, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, УЗИ желудка, ФГДС, обследование желудочно-кишечного тракта с барием	В
1108.	Острую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме: А. псевдопилоростеноза Б. кишечной инфекции В.. халази кардии Г. заворота кишечника	В
1109.	Подострую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме: А аэрофагии Б. вегетоабдоминального синдрома В пилороспазма Г псевдопилоростеноза	Г
1110.	Желудочно-пищеводный рефлюкс проявляется: А. с рождения Б. с 2-3-х недельного возраста В. с 2-3 месяцев	А

1111.	Для диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса необходимо провести: А. фиброгастроскопию, контрастную рентгенографию пищевода и желудка Б. фиброгастроскопию, рентгеноскопию пищевода и желудка с контрастом в положении лежа или Тренделенбурга В. фиброгастроскопию, КТ	Б
1112.	Лечение пилоростеноза: А. оперативное Б. консервативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	А
1113.	Для атрезии желчевывожящих путей в первые две недели жизни характерно: А. обесцвеченный стул с 5-6 суток, желтуха с 3-4 дня, темная моча, состояние ребенка страдает; Б. желтуха с 3-4 дня, обесцвеченный стул в течении 10 дней, темная моча, состояние ребенка не страдает; В. желтуха с рождения, гепатомегалия, обесцвеченный стул с 3-5-го дня.	Б
1114.	Дифференцировать атрезию желчевыводящих путей у новорожденных в первые две недели жизни необходимо: А. с холестазом; Б. с гемолитической желтухой; В. с внутриутробным гепатитом; Г. с затянувшейся физиологической желтухой.; Д. со всем перечисленным.	Д
1115.	Классической триадой симптомов для кисты общего желчного протока являются:: А. обесцвеченный стул, постоянные боли в правом подреберье, темная моча; Б. рецидивирующие боли в правом подреберье или эпигастрии, перемежающаяся желтуха, пальпируемая опухоль у края печени; В. приступообразные боль в эпигастрии, симптом пальпируемой опухоли, повышение температуры тела	Б

1116.	При атрезии желчевыводящих путей в биохимическом анализе превалирует: А. прямой билирубин; Б. непрямой билирубин	А
1117.	Стенозы большого дуоденального сосочка (БДС) могут быть обусловлены: А. хронической дуоденальной непроходимостью; Б. мембраной, гипоплазией или хористой БДС; В. кистозным расширением желчных протоков.	Б
1118.	Ведущим симптомом атрезии атрезии желчевыводящих путей (ЖВП) является: А. ранняя желтуха; Б. ахоличный стул; В. увеличение печени в размерах	Б
1119.	К не коррегируемым порокам развития ЖВП относится: А. атрезия наружных желчевыводящих путей; Б. атрезия дистального отдела общего желчного протока; В. внутripеченочная атрезия желчевыводящих путей	В
1120.	Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является: А. наследственность; Б. гормональные нарушения; В. пороки развития желчного пузыря; Г. нарушения обменных процессов; Д. хронический гепатит	В
1121.	Операция Касаи показана при: А. атрезии наружных желчевыводящих путей; Б. атрезии внутripеченочных протоков; В. кисте холедоха.	А
1122.	Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является:	В

	А. УЗИ; Б. сцинтиграфия; В. ретроградная холецистопанкреатография; Г. релаксационная дуоденография.	
1123.	Поперечная перегородка желчного пузыря в виде «фригийской шапочки» локализуется: А. в шейке пузыря; Б. в области дна пузыря; В. теле пузыря	Б
1124.	Основным симптомом атрезии ЖВП является: А. ранняя желтуха; Б. ахоличный стул; В. увеличение печени в размерах	Б
1125.	К коррегируемым порокам развития ЖВП относится: А. один или два печеночных протока проходимы, но диаметр их слишком мал; Б. непроходимость дистального отдела общего желчного протока; В. в воротах печени отсутствуют протоки	Б
1126.	Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является: А. УЗИ; Б. сцинтиграфия; В. ретроградная холецистопанкреатография; Г. релаксационная дуоденография.	В
1127.	Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является: А. наследственность; Б. гормональные нарушения; В. пороки развития желчного пузыря; Г. нарушения обменных процессов; Д. хронический гепатит	В

1128.	При нарушении облитерации желточного протка может образоваться все, кроме: А. полный свищ пупка Б. неполный свищ пупка В. дивертикул Меккеля Г. киста брыжейки тонкой кишки Д. киста желточного протока	Г
1129.	Относительным противопоказанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является: А. мацерация кожных покровов Б. эвагинация кишечника В. кровотечение из слизистой Г. потеря кишечного содержимого Д. ни чего из перечисленного	А
1130.	Дивертикул Меккеля, это А. нарушение облитерации дистальной части урахуса Б. нарушение облитерации проксимальной части желточного проток В. нарушение облитерации дистальной части желточного протока Г. нарушение процесса реканализации кишечной трубки в эмбриогенезе	В
1131.	Полный свищ желточного протока может осложниться всем, кроме: А. инфицированием передней брюшной стенки Б. эвагинацией кишечника В. кровотечением из слизистой кишечной стенки Г. гипотрофией Д. инвагинацией кишечника	Д
1132.	Экстренным показанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является: А. мацерация кожных покровов Б. эвагинация кишечника В. кровотечение из слизистой	Б

	Г. потеря кишечного содержимого Д. ни чего из перечисленного	
1133.	Для гастрошизиса не характерно: А. дефект в брюшной стенке до 2-3 см Б. кишечник укорочен в 3-4 раза В. стенка кишечника отечна Г. имеется грыжевой мешок, покрытый фибрином Д. пуповина отходит нормально, справа от дефекта Е. ни чего из перечисленного	Г
1134.	Гастрошизис может сочетаться: А. с синдромом Беквита-Видемана Б. с пороками сердца В. с атрезиями кишечной трубки Г. с синдромом Дауна	В
1135.	При рождении ребенка с гастрошизисом необходимо: А. укутать эвентрированные петли кишечника теплыми салфетками и срочно перевести в хирургический стационар Б. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, ввести антибиотики и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар В. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, укутать теплыми ватно-марлевыми салфетками, ввести анальгетики, антибиотики, установить зонд в желудок, сделать очистительную клизму, назначить инфузионную терапию и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар	В
1136.	Грыжей пупочного канатика средних размеров считают, если: А. грыжевой мешок содержит только 2-3 петли кишечника Б. грыжевой мешок содержит только петли кишечника В. грыжевой мешок содержит только петли кишечника и незначительную часть печени Г. грыжевой мешок содержит петли кишечника и большую часть печени	Б
1137.	Образования грыж пупочного канатика не связано с:	

	А. отсутствием вращения кишечника Б. недоразвитием брюшной полости В. недоразвитием брюшной стенки	В
1138.	Грыжа пупочного канатика может сочетаться А. с синдромом Беквита-Видемана Б. VACTERL-ассоциацией пороков В. с атрезиями желчевыводящих путей Г. с синдромом Дауна	А
1139. 168	Оперативное лечение пупочных грыж проводят: А. по установлению диагноза; Б. в возрасте 3-лет; В. в возрасте 4-х лет; Г. после 5 лет.	Г
1140. 169	Грыжи белой линии живота лечат: А. консервативно; Б. оперативно; В. оперативно при неэффективности консервативной терапии.	Б
1141. 170	Острая форма болезни Гиршпрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-х месяцев В. после введения прикорма	А
1142.	Первые симптомы подострой формы болезни Гиршпрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-х месяцев В. после введения прикорма Г. после года	Б
1143.	Первые симптомы хронической формы болезни Гиршпрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-месяцев	В

	В. после введения прикорма Г. после года	
1144.	Укажите характерные рентгенологические признаки болезни Гиршпрунга на контрастной ирригграмме: А. расширение толстой кишки, сглаженность гаустрации, не полное опорожнение кишечника Б. суженная зона в дистальном отделе толстой кишки и расширение супрастенотической зоны В. удлинение и расширение сигмовидной кишки, задержка опорожнения кишечника	Б
1145.	Из предложенных методов диагностики уровня атрезии прямой кишки в первые часы после рождения наиболее информативным является: А. боковая инвертограмма через 24 – 26 часов после рождения; Б. пункция промежности; В. выявление симптома толчка; Г. УЗИ промежности	Г
1146.	При атрезии ануса и прямой кишки боковую инвертограмму по Вангенстину необходимо выполнить: А. сразу после рождения Б. через 5-6 часов после рождения В. через 16-18 часов после рождения	В
1147.	Из перечисленных методов диагностики уровня атрезии ануса и прямой кишки наиболее достоверным в первые часы после рождения является: А. УЗИ промежности Б. пункция промежности Б. выявление симптома толчка В. рентгенограмма по Вангенстину.	А
1148.	При атрезии прямой кишки у девочек не может быть свища: А. на промежность Б. во влагалище В. в преддверие влагалища Г. в матку Д. в мочевого пузырь	Д

1149.	Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем может сочетаться: А. с синдромом Беквита-Видемана Б. с VACTERL-ассоциацией пороков В. с синдромом Эллиса Г. синдром Пьера-Робина Д со всем перечисленным	Б
1150.	Рентгеноконтрастное обследование при подозрении на атрезию пищевода проводится: А. 5% барием, разведенным на молоке в объеме 1 мл Б. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме 5 мл В. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме не более 1 мл Г. водорастворимым контрастным веществом в объеме 1 мл	В
1151.	При атрезии пищевода на рентгенограмме с контрастированием верхнего сегмента можно определить все, кроме: А. уровень атрезии Б. форму атрезии (наличие или отсутствие трахеопищеводного свища) В. изменения со стороны легких Г. сопутствующие пороки развития со стороны ЖКТ Д. позвоночника, конечностей Е. почек	Е
1152.	При атрезии пищевода в роддоме необходимо: А. респираторный уход, антибактериальная терапия, ИВЛ, перевод ребенка в специализированное хирургическое отделение по установлению диагноза Б. респираторный уход, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения В. установка КППВ для проведения инфузионной терапии, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка	Б

	в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения	
1153.	Из ниже перечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается: А. гастро-эзофагеальный рефлюкс Б. стеноз пищевода В. реканализация трахеопищеводного свища Г. дисфагия, Д. аспирационная пневмония	Б
1154.	Характерным симптомом изолированного трахеопищеводного свища является: А. одышка Б. цианоз В. гиперсаливация Д. кашель во время кормления	Д
1155.	Осложнением трахеопищеводного свища является: А. эзофагит Б. бронхит В. аспирационная пневмония Г. гастро-эзофагеальный рефлюкс	В
1156.	Первым симптомом рубцового послеожогового стеноза пищевода является: А. боль за грудиной Б. изжога В. потеря массы тела Г. затруднения при глотании	Г
1157.	Первые признаки диафрагмы появляются у эмбриона на: А. 3 – 4 –ой неделе Б. 5 – 6 -ом месяце В. 3 –ем месяце	А
1158.	При недоразвитии поперечной перегородки образуются грыжи:	

	А. пищеводного отверстия диафрагмы Б. переднего отдела диафрагмы В. заднего отдела диафрагмы	Б
1159.	При задержке опускания желудка формируются грыжи: А. пищеводного отверстия диафрагмы Б. переднего отдела диафрагмы В. заднего отдела диафрагмы	А
1160.	При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы ведущим симптомом является: А. рвота или срыгивания Б. отставание в массе тела В. беспокойство во время кормления Г. изжога Д. запоры	А
1161.	Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы у детей старшего возраста не характерны: А. изжога Б. боли за грудиной В. рвота Г. анемия Д. запоры	Д
1162.	При ложной диафрагмальной грыже отсутствует: А. грыжевое содержимое Б. грыжевые ворота В. грыжевой мешок Г. грыжевой мешок и грыжевые ворота Д. грыжевое содержимое и грыжевой мешок	В
1163.	Френоперикардальная грыжа, это перемещение органов брюшной полости в: А. заднее средостение	В

	Б. переднее средостение В. перикард	
1164.	Ведущим синдромом при грыжах собственно диафрагмы (диафрагмально-плевральных) является: А. геморрагический; Б. синдром внутригрудного напряжения; В. абдоминальный синдром.	Б
1165.	Диафрагмальные грыжи собственно диафрагмы у детей старшего возраста дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме: А. киста легкого Б. поликистозм легкого В. рецидивирующая кишечная непроходимость Г. гипоплазия легкого	Г
1166.	У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания при аускультации. Органы смещения смещены вправо. При бронхоскопии отсутствует правый главный бронх. А. гипоплазия легкого; Б. аплазия легкого; В. Агенезия легкого; Г. ателектаз легкого.	Б
1167.	На обзорной рентгенограмме при гипоплазии одной из долей легкого характерно: А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения; Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения; В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.	В
1168.	При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается: А. нижняя доля справа;	Б

	Б. верхняя доля слева; В. нижняя доля слева; Г. верхняя доля справа; Д. средняя доля справа	
1169.	На обзорной рентгенограмме при лобарной эмфиземе характерно: А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения; Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения; В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.	Б
1170.	Основной причиной врожденной долевой эмфиземы легкого является: А. аспирация мекония Б. дефицит сурфактанта В. аномальное отхождение легочных сосудов Г. аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха Д. опухоль средостения	Г
1171.	Укажите на симптом не характерный для врожденной долевой эмфиземы у новорожденного: А. одышка, цианоз при плаче Б. сердечно-сосудистая недостаточность В. западение живота Г. вздутие грудной клетки Д. смещение средостения в здоровую сторону	В
1172.	Наиболее частой локализацией легочной секвестрации является: А. нижняя доля справа; Б. верхняя доля слева; В. нижняя доля слева;	А

	Г. верхняя доля справа; Д. средняя доля справа	
1173.	Из всего перечисленного паралич купола диафрагмы у новорожденного наиболее часто является: А. осложнением плевральной пункции Б. осложнением катетеризации подключичной вены. В. осложнением родовой травмы Г. осложнением медиастенита	В
1174.	Укажите, какой рентгенологический признак не характерен для врожденной диафрагмально-плевральной грыжи: А. отсутствие купола диафрагмы на стороне поражения Б. высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения В. ячеистый рисунок в грудной полости Г. смещение средостения в больную сторону Д. смещение органов средостения в здоровую сторону	Г
1175.	Какой из рентгенологических симптомов не характерен для диафрагмально-плевральной грыжи: А. ячеистый рисунок; смещение границ сердца в здоровую сторону Б. высокое стояние купола диафрагмы В. низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения Г. отсутствие купола диафрагмы на должном месте	В
1176.	В периоде новорожденности наиболее часто проявляется: А. левосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа Б. правосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа В. френоперикардальная диафрагмальная грыжа Г. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	А
1177.	Для отграниченного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно: А. скопление воздуха в плевральной полости, легкое колабированно к корню Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости без смещения	Б

	органов средостения в здоровую сторону В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения со смещением средостения в здоровую сторону	
1178.	Для острого напряженного пневмоторакса характерно все, кроме: А. одышка Б. тахикардия В. смещение границ сердца в здоровую сторону Г. притупление перкуторного звука на стороне поражения Д. коробочный перкуторный звук на стороне поражения	Г
1179.	Для внеперикардального медиастинального напряжения (медиастенит) характерно: А. увеличение одной из половин грудной клетки, гипертермия, тахикардия, одышка Б. набухание и пульсация шейных вен, одутловатость лица, гипертермия, тахикардия, одышка В. подкожная эмфизема в области шеи и грудной клетки, тахикардия, одышка	Б
1180.	Пульсация и набухание шейных вен, сглаженность надключичных ямок, одутловатость шеи, лица характерны для: А. синдрома внутри плеврального напряжения Б. синдрома внутри перикардального напряжения В. синдрома внеперикардального медиастинального напряжения Г. для всего перечисленного	В
1181.	Для напряженного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно: А. скопление воздуха в плевральной полости, колабированное к корню легкое Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в в большую сторону В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения	В

1182.	Внутрилегочное напряжение при ОГДП может быть обусловлено: А. пиотораксом Б. абсцессом легкого В. напряженной буллой Г. напряженным пневмотораксом	В
1183.	Укажите метод лечения фибропиоторакса: А. пункции плевральной полости Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией Г. торакоскопия с дренированием плевральной полости с активной аспирацией Д. все перечисленное	Г
1184.	Воздушная полость (булла) может осложниться: А. пиоторакс Б. нагноением В. пневмоторакс Г. пиопневмоторакс	В
1185.	Укажите метод местного лечения плащевидного серозного плеврита: А. пункции плевральной полости, Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией, В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией, Г. все перечисленное	А
1186.	При плащевидном плеврите необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоскопию	В
1187.	При напряженном пневмотороксе необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау	Б

	Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау	
1188.	При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищом необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау	Г
1189.	Укажите метод лечения пиоторакса: А. пункция плевральной полости Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией Г. все перечисленное	В
1190.	Синдром внутрилегочного напряжения при ОГДП может быть обусловлен: А. пиотораксом Б. абсцессом легкого В. напряженной буллой Г. напряженным пневмотораксом Д. всем перечисленным Е. ни чем из перечисленного	В
1191.	Для абсцесса легкого на рентгенограмме характерно: А. тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокального воспаления Б. округлое образование с уровнем жидкости с перифокальным воспалением В. округлое образование без уровня жидкости	Б

1192.	Лечение остеохондропатий включает все, кроме: А. антибактериальная терапия Б физиотерапия В. ЛФК Г. исключение физической нагрузки на проаженный сегмент опорно-двигательного аппарата Д. общеукрепляющая терапия	А
1193.	В механизме образования ВДГК основное место занимают:: А. перенесенный рахит, диспропорция роста грудины и ребер; Б. диспропорция роста грудины и ребер. диспластические изменения хрящевой и соединительной ткни скелета грудной клеткцию; В. перенесенный рахит, диспластические изменения хрящевой и соединительной ткни скелета грудной клеткцию..	Б
1194.	ВДГК сразу после рождения проявляется: А. выраженной деформацией грудины. Б. западение ребер и грудины при выдохе, В. западение ребер и грыдины при вдохе.	В
1195.	ВДГК может сочетается с синдромом: А. Беквида –Видеман, Б. Марфана, В. Дауна, Г. Егерса	Б
1196.	ВДГК может сочетается с синдромом: А. Элерса-Данло; Б. Нунан; В. ассоциация VATER; Г. ассоциация CHARGE	А
1197.	Наиболле часто ВДГК начинает прогрессировать. А.до 3-5 лет, Б. в период ускоренного роста ребенка.	А

	В. в пубертатный период.	
1198.	Выделяют: А. 2 степени ВДГК. Б. 3 степени ВДГК, В. 4 степени ВДГК, Г. 5 степеней ВДГК	Б
1199.	Для компенсированной стадии ВДГК характерно: А. наличие только косметического дефекта, Б. наличие только косметического дефекта, функциональные нарушения со стороны легких и сердца при физической нагрузке.	А
1200.	Для субкомпенсированной стадии ВДГК характерно: А. наличие только косметического дефекта, Б. наличие косметического дефекта, умеренно выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца при нагрузке. В. выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца.	Б
1201.	Для диагностики степени ВДГК применяют: А. рентгенологические методы, Б. функциональные, В. рентгенологические и функциональные методы.	В
1202.	Абсолютным показанием к оперативному лечению при врожденной воронкообразной деформации грудной клетки является: А. наличие косметического дефекта Б. сердечно-легочная недостаточность В. симптом «парадоксального вдоха»	Б
1203.	Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить: А. пиурию Б. альбуминурию В. микрогематурию Г. макрогематурию	Г

	Д. оксалатурию Е. все перечисленное Ж. ничего из перечисленного	
1204.	Основной клинический признак атрезии прямой кишки со свищем в мочевую систему: А. моча окрашенная меконием в момент начала мочеиспускания, Б. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания, В. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания, последние порции окрашены более интенсивной сопровождаются отхождением газов.	В
1205.	Какой из перечисленных пороков развития относится к обструктивным уropатиям?: А. мультыкистоз, Б. гипоплазия, В. гидронефроз, Д поликистоз	В
1206.	Гидронефроз, это А. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы, Б. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника, В. каликопиелозктазия, Г. наличие кисты в паренхиме почки	А
1207.	Причиной гидронефроза является: А. стеноз устья мочеточника Б. нарушение оттока мочи на уровне пиелоуретрального сегмента В. нейромышечная дисплазия мочеточника	Б
1208.	Гидронефроз у новорожденных наиболее часто проявляется: А. пиелонефритом Б. симптомом пальпируемой опухоли в брюшной полости В. болевым симптомом	Б
1209.	Основным признаком гидронефроза считают: А. наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника.	

	Б. признаки нарушения сократительной способности лоханки. В. признаки вторичного пиелонефрита. Г. истончение паренхимы. Д. признаки снижения почечного кровотока	А
1210.	Микционная цистоуретрография является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме: А. пузырно-мочеточникового рефлюкса Б. рефлюксирующего уретерогидронефроза В. стеноза шейки мочевого пузыря Г. стеноза уретры у девочек Д. нефроптоза	Д
1211.	Мультикистозная дисплазия почки, это: А. замещение участка почки многокамерной кистой, не сообщающейся с лоханкой Б. одна почка замещена кистозными полостями В. две почки замещены кистозными полостями	Б
1212.	Постоянное капельное недержание мочи у ребенка на фоне нормального мочеиспускания характерно для: А. тазовой дистопии почки Б. неполного удвоения почки В. стеноза уретры Г. эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек Д. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря	Г
1213.	УЗИ является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме: А. нефроптоза Б. гидронефроза В. поликистоза Г. рефлюксирующего уретерогидронефроза Д. всего перечисленного	Г
1214.	Причиной рефлюксирующего мегауретера не является: А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника	Б

	Б. стеноз устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. дистопия устья мочеточника Д. пузырно-мочеточниковый рефлюкс	
1215.	Причиной нерефлюксирующего мегауретера является: А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника Б. дистопия устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника	А
1216.	Причиной нерефлюксирующего мегауретера является: А.пузырно-мочеточниковый рефлюкс; Б. дистопия устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника; Д. стеноз устья мочеточника	Д
1217.	Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при: А.цистоскопии Б. экскреторной урографии В. микционной цистоуретрография Г урофлуометрии Д. цистометрии	В
1218.	Ведущим симптомом нефроптоза у детей является: А. нарушение мочеиспускания Б. болевой симптом В. энурез Г. поллакиурия	Б
1219.	Экскреторная урография противопоказана при: А. острым пиелонефрите Б. травме почки В. почечной колике	Г

	Г. анурии Д. макрогематурия	
1220.	Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для: А. удвоения почки Б. гидронефроза В. нефроптоза Г. разрыва почки	Г
1221.	Из перечисленных аномалий развития почек к аномалиям структуры относится: А. дистопия почки Б. мультикистоз почки В. подковообразная почка Г. удвоение почки Д. S-образная почка Е. гидронефроз	Б
1222.	Какой из перечисленных пороков развития почки, как правило, является двусторонним: А. мультикистоз Б. гипоплазия В. гидронефроз Д. поликистоз	Д
1223.	Основное отличие поясничной дистопии почки от нефроптоза состоит: А. в отсутствии по УЗИ подвижности почки, Б. в поясничном положении почки, В. в эхографических признаков ротации почки. Г. в расширении мочеточника опущенной почки. Д. в наличии почки в поясничном отделе при положении пациента стоя.	Д

1224.	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-лоханочной системы, Д. расширение чашечно-лоханочной системы	А
1225.	Основным эхографическим признаком мультикистоза почки у детей является: А. увеличение в размерах одной из почек. Б. полное замещение кистами одной из почек, В. выявление в паренхиме отдельных кистозных включений, Г. деформация чашечно-лоханочной системы, Д. расширение чашечно-лоханочной системы	Б
1226.	Для гиперрефлекторного мочевого пузыря характерно: А. задержка мочеиспускания Б. императивные позывы к мочеиспусканию В. редкое мочеиспускание Г. затрудненное мочеиспускание	Б
1227.	8. Для гипорефлекторного мочевого пузыря характерно: А. задержка мочеиспускания Б. императивные позывы к мочеиспусканию, В. редкое мочеиспускание Г. затрудненное мочеиспускание	В
1228.	Варикоцеле у детей возникает в возрасте :	

	А. до 3-х лет Б. до 9-10 лет В. после 9-10 лет	В
1229.	Назовите симптомы варикоцеле: А. уменьшенное в размерах яичка Б. гиперемия мошонки В. симптом «дождевых червей» Г. урчание при пальпации	В
1230.	Лечение варикоцеле: А. оперативное при любой степени; Б. консервативное при I степени; В. оперативное только при II – III степени	А
1231.	Причиной возникновения паховой грыжи является: А. повышение внутрибрюшного давления Б. незаращение влагалищного отростка В. нарушением лимфооттока. Г. расширенное наружное паховое кольцо	Б
1232.	Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается: А. к 28 неделе внутриутробного развития Б. к рождению ребенка В. к 1-му году Г. к 2-3 –м годам Д. к 3-м годам.	В
1233.	Симптом «урчания» характерен для: А. ущемленной паховой грыжи Б. для водянки оболочек яичка В. для неосложненной пахово-мошоночной грыжи	В
1234.	Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:	

	А. тошнота и рвота Б. периодически появляющееся эластичное выпячивание в пховой области В. боли в животе Г. постоянное эластичное выпячивание в пховой области	Б
1235.	Неосложненная пахово-мошоночная грыжа характеризуется: А. симптомом урчания при вправлении, сужением наружного пахового кольца, положительным симптомом «кашлевого» толчка Б. симптомом просвечивания при диафаноскопии, симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка расширением наружного пахового кольца В. симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка, расширением наружного пахового кольца.	В
1236.	Выберите симптом, характерный для ущемленной пахово-мошоночной грыжи А. симптом «урчания» при вправлении Б. симптом «кашлевого толчка» В. невозможность вправления Г. увеличение мошонки в размерах Д. симптом «дождевых червей»	В
1237.	Показанием к плановому оперативному лечению при паховой грыже является: А. возраст ребенка Б. опасность ущемления	Б
1238.	Ущемленную паховую грыжу необходимо дифференцировать с: А. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом, орхоэпидидимитом Б. ущемлением яичка в паховом канале при крипторхизме, остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом В. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом	В
1239.	Консервативное вправление ущемленной паховой или пахово-мошоночной грыжи противопоказано во всех случаях, кроме: А. при давности ущемления более 8-12 часов	Д

	Б. у девочек Б при наличии гиперемии кожи в области грыжевого выпячивания Г. давность ущемления не известна Д. у мальчиков, при ущемлении не более 8-12 часов	
1240.	Острый специфический орхит у детей: А. является редким заболеванием Б. частым заболеванием	А
1241.	Орхиты у детей чаще встречаются: А. первичные Б, вторичные	Б
1242.	Лечение вторичного орхита: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии	В
1243.	Лечение первичного орхита: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии	В
1244.	В этиологии острых заболеваний яичка у детей основное место занимает: А. механические факторы Б. незаращение влагалищного отростка В. инфекция	А
1245.	Синдром «отечной мошонки» включает все, кроме: А. увеличение мошонки в размерах Б. отек мягких тканей В. гиперемия кожи Г. боль	Д

	Д. отсутствие болевого симптома	
1246.	Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме: А. перекрут гидатиды Б. заворот яичка В. водянка оболочек яичка Г. травма органов мошонки Д. идиопатический инфаркт яичка	В
1247.	Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме: А. острое поражение гидатиды Б. тромбоз сосудов семенного канатика В. орхоэпидидимит Д. варикоцеле	Д
1248.	При остром поражении гидатиды яичка возникает осложнение: А. водянка оболочек яичка Б. орхит В. нарушение кровообращения в яичке	Б
1249.	Из всех перечисленных симптомов для заворота яичка в первые 1-2 часа патогномоничным является: А. яичко болезненное при пальпации, снижение кремастерного рефлекса Б. яичко болезненное при пальпации, отек мошонки В. яичко болезненное при пальпации, подтянуто к корню Г. яичко болезненное при пальпации, увеличено в размерах	В
1250.	Водянка оболочек яичка у детей до 1,5 – 2-х лет обусловлена: А. повышенным внутрибрюшным давлением; Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем В. незаращением влагалищного отростка Г. травмой пахово-мошоночной области	Б
1251.	Водянка оболочек яичка у детей после 2-х лет обусловлена:	

	А. повышенным внутрибрюшным давлением Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем В. незаращением влагалищного отростка Г. травмой пахово-мошоночной области	В
1252.	Для несообщающейся водянки оболочек яичка характерно: А. увеличение мошонки в размерах отек мягких тканей, боль Б. отек мягких тканей, боль В. увеличение мошонки в размерах	В
1253.	При каких заболеваниях необходима срочная операция? А. паховая грыжа Б. киста семенного канатика В. ущемление паховой грыжи Г. варикоцеле	В
1254.	Консервативные мероприятия по вправлению ущемленной паховой грыжи показаны: А. если давность ущемления неизвестна; Б. при ущемлении более 8-12 часов; В. при наличии местных признаков воспаления; Г. у девочек; Д. у новорожденных и детей раннего возраста, если давность ущемления не более 12 часов.	Д
1255.	Остро возникшую кисту семенного канатика дифференцируют с: А. ущемленной паховой грыжей Б. острым лимфаденитом В. с паховым крипторхизмом	А
1256.	Ненапряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует: А. экстренного оперативного лечения Б. оперативного лечения в плановом порядке В. пункция оболочек яичка Г. наблюдение в динамике	Г

	Д. гормональная терапия	
1257.	При напряженной водянке оболочек яичка у ребенка в возрасте 6 месяцев показано: А. наблюдение Б. оперативное лечение в экстренном порядке В. оперативное лечение в плановом порядке Г. пункция оболочек яичка Д. физиопроцедуры	Г
1258.	Ненапряженная водянка оболочек яичка у детей 2 х лет требует: А. экстренного оперативного лечения Б. оперативного лечения в плановом порядке В. пункция оболочек яичка Г. наблюдение в динамике Д. гормональная терапия	Б
1259.	Задержка яичка на пути следования в мошонку называется: А. истинный крипторхизм Б. эктопия яичка В. ложный крипторхизм	А
1260.	Полным недержанием мочи сопровождается: А. тотальная эписпадия, Б. промежностная гипоспадия. В. клапан уретры.	А
1261.	Для экстрофии мочевого пузыря характерно: А. отсутствие участка передней брюшной стенки, недоразвитие половых органов, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза; Б. отсутствие участка передней брюшной стенки, отсутствие передней стенки мочевого пузыря, тотальная эписпадия, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза; В. недоразвитие мочевого пузыря, деформация половых органов, постоянное недержание мочи, врожденный вывих бедра	А
1262.	Причиной инфравезикальной обструкции из перечисленного является:	Б

	А. стеноз устья мочеточника; Б. клапан, стеноз уретры; В. стеноз пиелоуретрального	
1263.	Основными жалобами инфравезикальной обструкции являются: А. гематурия, боли при мочеиспускании, периодическое недержание мочи; Б. затрудненное мочеиспускание, периодическое недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, в анализах мочи лейкоцитурия; В. атрудненное мочеиспускание, , в анализах мочи лейкоцитурия	Б
1264.	Гипоспадия, это: А. отсутствие верхней стенки уретры Б. недоразвитие полового члена; В. отсутствие нижней стенки уретры; Г. искривление полового члена	В
1265.	Для мошоночной формы гипоспадии характерно: А. половой член недоразвит, наружное отверстие уретры открывается на уровне мошонки, которая расщеплена и напоминает большие половые губы; Б. половой член похож на гипертрофированный клитор, мошонка расщеплена, отверстие уретры открывается на промежности; В. половой член похож на гипертрофированный клитор, отверстие уретры открывается у корня мошонки.	Б
1266.	Эписпадия, это: А. отсутствие верхней стенки уретры Б. недоразвитие полового члена; В. отсутствие нижней стенки уретры; Г. искривление полового члена	А
1267.	Показание к оперативному лечению является: А. головчатая форма; Б стволовая форма; В. мошоночная форма;	Е

	Г. промежностная форма; Д. гипоспадия без гипоспадии; Е. любая форма	
1268.	Фимоз, это: А. сужение крайней плоти; Б. это воспаление крайней плоти; В. недоразвитие крайней плоти, Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.	А
1269.	Причиной фимоза не является: А. гипертрофия крайней плоти; Б. перенесенный баланопостит; В. насильственное оттягивание крайней плоти за головку полового члена.	В
1270.	Парафимоз, это: А. сужение крайней плоти; Б. это воспаление крайней плоти и головки полового члена; В. недоразвитие крайней плоти, Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.	Г
1271.	Баланопостит, это: А. воспаление крайней плоти и головки полового члена; Б. воспаление крайней плоти В. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.	А
1272.	Доврачебная помощь при ранах включает: А. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение антибиотиков Б. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация В. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация, введение антибиотиков,	Б

	введение антирабической сыворотки, иммобилизации	
1273.	Ранней хирургической обработкой раны считают, если рана обработана после травмы: А. до 6 часов Б. до 24 часов В. в первые двое суток	Б
1274.	Противопоказанием к первичной хирургической обработке раны является: А. загрязнение Б. инфицирование В. разможенные края	Б
1275.	13. В течении раневого процесса выделяют: А. 2 фазы Б. 3 фазы, В. 4 фазы	Б
1276.	Ушиб, это: А. закрытое повреждение мягких тканей или органов без нарушения анатомической целостности Б. закрытое повреждение мягких тканей или органов с нарушением анатомической целостности	А
1277.	При глубоких степенях отморожения конечности первая помощь состоит в: А. погружении в теплую воду В. наложении термоизолирующей повязки, введение сосудорасширяющих средств Г. погружении в теплую воду, введение сосудорасширяющих средств Д. растирании снегом, шерстью, футлярной новокаиновой блокаде. Е. наложении масляно-бальзамической повязки после растирания	В
1278.	Выберите последовательность фаз в течении ожоговой болезни: А. острая токсемия, септикопиемия, ожоговый шок, реконвалисценция Б. септикопиемия, острая токсемия, ожоговый шок,	В

	реконвалисценция В. ожоговый шок, острая токсемия, септикопиемия, реконвалисценция.	
1279.	Для ожога I степени характерны местные симптомы: А. гиперемия кожи в области поражения, отек Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции	Б
1280.	Для ожога II степени характерны местные симптомы: А. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом, нарушение функции Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью болевой симптом, нарушение функции В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы	Б
1281.	Для ожога III степени характерны: А. гиперемия кожи в области поражения, отечность, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. отечность, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Г. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы. поражение фасций и мышц	В
1282.	Сколько мышечков у плечевой кости? А. один Б. два В. три	Б
1283.	Укажите на причину родовых повреждений: А. дислокация плаценты;	Б

	Б. дискоординация рододой деятельности; В. реанимация плода, родившегося в асфиксии; Г. порок развития матки;	
1284.	Для детей младшего возраста не характерен: А. поднадкостничный перелом Б. остеоэпифизеолиз В. подвывих головки лучевой кости Г. оскольчатый перелом Д. эпифизеолиз Е. апофизеолиз	Г
1285.	Типичные для детского возраста переломы костей обусловлены следующими анатомическими особенностями, кроме: А. эластичность и гибкость длинных трубчатых костей Б. низкой минерализацией костей В. обильностью кровоснабжения надкостницы и ее высокой прочностью Г. наличия эпифизов, соединенных с метафизами широкой эластичной ростковой зоной Д. автономностью кровоснабжения (эпифиз, диафиз, метафиз)	Д
1286.	Необходимо ли рентгенографическое исследование при наличии всех клинических признаков перелома кости? А. да Б. нет	А
1287.	Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерно: А. крепитация, отсутствие движения в локтевом суставе Б. отсутствие движения в локтевом суставе, деформация локтевого сустава В. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья Г. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья. деформация локтевого сустава	В

1288.	Для поднадкостничного перелома длинных трубчатых костей у детей характерны: А. боль. деформация конечности, потеря функции; Б. боль. деформация конечности, потеря функции, местное повышение температуры; В. боль, отек мягких тканей, потеря функции; местная гиперемия кожи; Г. боль., гематома мягких тканей. потеря функции..	В
1289.	Укажите клинические признаки поперечного перелома диафиза бедренной кости без смещения отломков: А. локальная болезненность, нарушение функции, деформация, гематома, патологическая подвижность, крепитация Б. локальная болезненность, деформация, выраженный сосудистый рисунок, удлинение бедра, крепитация В. локальная болезненность, гематома, деформация, патологическая подвижность, укорочение бедра	А
1290.	Травматические вывихи костей у детей встречаются: А. редко; Б. часто; В. не встречаются.	А
1291.	Укажите основные симптомы травматического вывиха бедренной кости: А. боль в тазобедренном суставе, потеря функции, вынужденное положение конечности Б. потеря функции, абсолютное укорочение конечности В. нарушение оси конечности, боль в тазобедренном суставе	А
1292.	Укажите показания к оперативному лечению при переломе диафиза бедренной кости: А. смещение по длине Б. интерпозиция тканей В. поперечное смещени	Б
1293.	Укажите объём транспортной иммобилизации при переломе костей голени - от конца пальцев и до:	

	А. верхней трети голени, Б. средней трети бедра, В. верхней трети бедра.	Б
1294.	Для определения типа перелома кости у ребенка необходимо : А. сделать общий анализ крови Б. определить локальную болезненность В. выявить патологическую подвижность Г. выполнить рентгенографию места повреждения в 2-х проекциях	Г
1295.	Какому методу отдать предпочтение при лечении перелома бедра со смещением отломков у ребенка до двух лет? А. клеевое вытяжение по Шеде Б. одномоментная ручная репозиция В. скелетное вытяжение Г. интрамедуллярный остеосинтез.	А
1296.	Вынужденное положение «лягушки» характерно: А. для перелома крыла подвздошной кости, Б. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения, В. при переломе обеих донных и седалищных костей, Г. при отрывном переломе седалищного бугра	В
1297.	При падении с высоты на ноги может произойти перелом: А. крестца Б. лонной кости В. костей вертлужной впадины	В
1298.	Симптом «прилипшей пятки» определяется при переломе: А. седалищной кости Б. лонной кости В. подвздошной кости	А
1299.	Какие отделы позвонка чаще повреждаются при непрямом механизме травмы? А. дуги	В

	Б. отростки В. тела	
1300.	Как транспортируют больных с подозрением на травму позвоночника? А. своим ходом Б. лёжа на спине В. в положении «лягушки»	Б
1301.	Симптом осевой нагрузки на позвоночник проверяют в положении больного: А. сидя Б. стоя В. лёжа	В
1302.	Компрессионный перелом тела позвонка происходит при: А. падении на спину Б. избыточном сгибании позвоночника В. напряжении мышц спины	В
1303.	Укажите ведущие клинические симптомы при неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы: А. локальная болезненность, деформация позвоночника Б. локальная болезненность, затрудненное дыхание В. болезненность осевой нагрузки, деформация позвоночника Г. нарушение функции тазовых органов	Б
1304.	Основным методом диагностики эпи- и субдуральной гематомы является: : А. механизм травмы и анамнез заболевания, Б. неврологическая симптоматика, В. рентгенография черепа в двух проекциях, Г. КТ, МРТ, Д. .эхоэнцефалография,	Г
1305.	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей	

	является: А. потеря сознания, Б. очаговая неврологическая симптоматика, В. многократная рвота, Г. ото-рино-ликворея.	Г
1306.	Светобоязнь, головную боль, лихорадку, неукротимую рвоту, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы натяжения относят к: А. менингеальным симптомам Б. общемозговым симптомам В. локальным симптомам Г. стволовым симптомам	А
1307.	Назовите клинический синдром сотрясения головного мозга у детей: А. кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия Б. потеря сознания через 2-3 часа и более после травмы, анизокория, очаговая симптоматика В. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота Г. глубокая кома после травмы.	А
1308.	Укажите вид ЧМТ с характерным «светлым промежутком»: А. сотрясение головного мозга; Б. ушиб головного мозга; В. внутричерепная гематома.	В
1309.	Назовите симптомокомплекс односторонней эпи- или субдуральной гематомы: А. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия Б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки В. «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности Г. общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры тела	В

1310.	Осмотр ортопедического больного старше года проводят: А. лежа Б. стоя В. сидя	Б
1311.	Нарушения оси конечности не могут быть во: А. фронтальной плоскости Б. сагитальной плоскости В. в горизоньальной	В
1312. 339	Искривление оси конечности к наружи называется: А. вальгусная деформация Б. варусная деформация	Б
1313. 340	Искривление оси конечности под углом, открытым кзади называется: А. антекурвация Б. рекурвация	А
1314. 341	Симптом Александрова, это: А. болезненность мягких тканей при пальпации Б. толщина кожной складки В. толщина подкожно-жирового слоя	Б
1315.	Во фронтальной плоскости производятся следующие движения в суставах: А. отведение. сгибание Б. отведение, разгибание В..сгибание. разгибание Г. отведение, приведение	Г
1316.	Супинация, это: А. наружная ротация в суставе Б. внутренняя ротация в суставе	А
1317.	Измерение объема активных и пассивных движений в суставах определяют:	Б

	А. с помощью линейки Б. с помощью угломера В. визуально	
1318.	Относительная длина нижней конечности измеряется от: А. головки бедренной кости до нижнего края внутренней лодыжки Б. верхней передней подвздошной ости до нижнего края внутренней лодыжки	Б
1319.	Абсолютная длина верхней конечности измеряется от: А. вершины акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости Б. середины головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости В. от акромиального отростка до локтевого или наружного надмыщелка плечевой кости, длина предплечья – от локтевого отростка до шиловидного локтевой кости	В
1320. 347	Ось верхней конечности в норме проходит через: А. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку локтевой кости Б. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости В. центр головки плечевой кости, наружный мыщелок плечевой кости и головку локтевой кости	А
1321. 348	Укажите признаки врожденной косолапости: А. супинация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы Б. пронация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы В. супинация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы Г пронация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы	В
1322. 349	Для 1-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены,	А

	коррекция деформации руками невозма	
1323. 350	Для 2-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна	Б
1324. 351	Для 3-ей степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозмо	В
1325.	Лечение врожденной косолапости у новорожденных включает: А. корригирующие упражнения, массаж Б. корригирующие упражнения, массаж, бинтование по Финку - Эттингену В. корригирующие упражнения, массаж, этапные гипсовые повязки	Б
1326.	Лечение врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками показано А. с момента рождения Б. с 2-х недель жизни В. с 1-2 -х месяцев жизни Г. с 3-месяцев	Б
1327.	Оперативное лечение врожденной косолапости проводится в сроки: А. в период новорожденности Б. в 6 месяцев В. 1-2 года Г. 3-7 лет	Г

	Д. 7 -10 лет Е. не имеет значения	
1328.	Плоскостопие, это результат: А. родовой травмы; Б. порока развития стоп и нарушение иннервации; В.неправильной обуви.	Б
1329. 356	Для профилактики плоскостопия применяют: А. супинаторы; Б.солевые ванны; В. диету.	А
1330. 367	Укажите сроки, в которые обычно исчезает симптом Маркса-Ортолани: А. в первые 10 дней жизни Б. в первые 2-3 нед. жизни В. в 3 месяцаГ. к концу первого года жизни	А
1331.	Причиной врожденного вывиха бедра является: А. родовая травма Б. задержка развитие тазобедренного сустава и окружающих тканей В. порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей В. неблагоприятные факторы в о время беременности	В
1332.	Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является: А. отграничение отведения бедер Б. симптом Маркса –ортолани В. укорочение ножки Г. асимметрия кожных складок Д. наружная ротация ножки	А
1333.	Для врожденного вывиха бедра характерны все симптомы, кроме: А. соскальзывания Б. ограничения отведения бедер	Ж

	В. ассиметрии кожных складок Г. относительного укорочения конечности Д. хромоты Е. низведения конечности Ж. абсолютного укорочения конечности	
1334.	Выберите метод лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава до месячного возраста: А. одномоментное вправление Б. шина Волкова В. подушка Фрейка Г. оперативное вправление.	В
1335.	Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является: А. ультразвуковой Б. рентгенологический В. клинический	Б
1336.	Назовите причину возникновения положительного симптома Тренделенбурга при врожденном вывихе бедра: А. укорочение нижней конечности Б. отсутствие опоры для головки бедра В. слабость ягодичных мышц	В
1337.	Для симптома Тренделенбурга характерно: А. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в противоположную, сколиоз Б. опущение ягодичной складки на здоровой стороне, перекос таза в противоположную, сколиоз В. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в здоровую сторону, сколиоз	Б
1338.	Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 3 месяцев до 1 года: А. консервативное Б. оперативное	А

	В. консервативное. при неэффективности консервативной терапии	
1339.	Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития: А. трапецевидной мышцы Б. кивательной мышцы В. подключичной мышцы	Б
1340.	Выберите характерный признак мышечной кривошеи: А. наклон головы кпереди Б. наклон головы кзади В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую Г. наклон головы в больную сторону с поворотом в больную	В
1341.	Начальные симптомы мышечной кривошеи проявляется:: А. сразу после рождения Б. на 3-5-й день жизни Б. на 10-14 – й день жизни В. в 2-месяца Г. после 3-х месяцев	Б
1342.	Лечение врожденной мышечной кривошеи: А. только консервативное Б. только оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	В
1343.	Оперативное лечение мышечной кривошеи при неэффективности консервативной терапии показано в возрасте: А. до 5 месяцев Б. в 1 год Б. в 2-3 года Г. в 3 -4 года	Г
1344.	Абсолютным показанием к оперативному лечению врожденной мышечной кривошеи является: А. нарастающая асимметрия лица и шеи Б. нарушение осанки	А

	В. нарушение остроты зрения Г. стробизм сходящийся и расходящийся Д. нарушение осанки и остроты зрения	
1345.	Какой процесс лежит в основе остеохондропатий? А. асептический некроз Б. воспаление В. травма	А
1346.	Болезнь Пертеса – это поражение: А. ладьевидной кости Б. головки бедренной кости В. бугристости большеберцовой кости	Б
1347.	При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является: А. слабость мышечного каркаса Б. асимметрия уровней углов лопаток В. круглая спина Г. торсия позвонков Д. асимметрия треугольников талии	Г
1348.	Сколиотическую дугу определяют методом: А. Кобба Б. Хильгенрейнера В. Пути	А
1349.	Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение: А. мезенхимальное; Б. эпителиальное.	А
1350.	Для детского возраста типичны солидные опухоли: А. эпителиальные раки Б. саркомы	Б
1351.	Гетеропластические опухоли: А. образуются в результате нарушения формообразовательных	

	процессов при развитии тканей и органов в период эмбриогенез Б. в результате воздействия экзогенных и эндогенных факторов В. возникают из дистопированных клеток Г. из тканей собственно средостения	В
1352.	Укажите возраст особо интенсивного роста гемангиом: А. первое полугодие жизни Б. второе полугодие жизни В. от 2 до 5 лет	А
1353.	Из всего перечисленного лимфангиомы чаще локализуются в области: А. конечностей Б. подмышечной впадине В. спины Г. шеи Д. головы	Г
1354.	Лечение лимфангиом в основном: А. гормональное Б. склеротерапией В. хирургическое Г. пункционное	В
1355.	Гемангиомы не лечат: А. гормонами Б. полихимиотерапией В. короткофокусной рентгенотерапией Г. криотерапией	Б
1356.	При гемангиомах встречается синдром: А. Беквита – Видемана Б. Казабаха – Мерита В. Синдром асплении Ивемарка.	Б

1357.	Дермоиды чаще встречаются в области: А. крестцово-копчиковой Б. надбровной, височной В. грудино-ключично-сосцевидной мышцы	Б
1358.	Аденома сальных желез чаще возникает: А. у новорожденных Б. в возрасте 3-4 лет В. в возрасте 5-6 лет Г. в период полового созревания	Г
1359.	Для целиндромы характерно: А. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация - области спины, конечностей; возраст до 3-х лет Б. рассеянные плотные узлы; локализация - область головы, лица; возраст до 10 лет В. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация – область головы, лица; возраст до 10 лет	В
1360.	Липома, это: А. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, не имеющая капсулу Б. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, имеющая капсулу	Б
1361.	Крестцово-копчиковую тератому дифференцируют с: А. лимфангиомой Б. спинно-мозговой грыжей В. дермоидной кистой Г. со всем перечисленным Д. ни с чем из перечисленного	Г
1362.	При подозрении на меланому, показано: А. биопсия Б. наблюдение	В

	В. удаление в пределах здоровых тканей	
1363.	Большинство опухолей грудной клетки у детей исходят из: А. легких Б. средостения В. из мягких тканей	Б
1364.	Неосложненную крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: А. до 1 месяца Б. до 3-х месяцев В. после года Г. после 3-х лет	Б
1365.	Для тератом характерна локализация: А. переднее средостение Б. заднее средостение В. брюшная полость.	Б
1366.	Для тератом характерна локализация: А. головной мозг Б. яичник В. заднее средостение	Б
1367.	Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют: А. рентгенографию Б. комплекс обследований (УЗИ, рентгенографию, КТ, МРТ) В. морфологическое исследование ткани опухоли	В
1368.	Из нейрогенных опухолей не злокачественной является: А. симпатобластома Б. ганглионеврома В. симпатогониома Г. ганглионейробластома	Б
1369.	Для нейробластом характерна локализация:	

	А. брюшная полость Б. забрюшинное пространство В. малый таз Г. конечности	Б
1370.	Первыми жалобами при нефробластоме являются: А. боли в поясничной области, изменение цвета мочи Б. капризность, повышенная утомляемость, симптом пальпируемой опухоли В. нарушение мочеиспускания, гипертермия, снижение аппетита, бледность кожных покровов, увеличение живота в размерах	Б
1371.	Для гепатобластомы характерен возраст: А. первые месяцы жизни Б. 2-5 лет В. 6-9 лет Г. 10-15 лет	Б
1372.	Для остеогенной саркомы наиболее характерна локализация: А. диафиз длинных трубчатых костей Б. метафиз длинных трубчатых костей В. плоские кости	Б
1373.	Саркома Юинга, это опухоль: А. остеогенного происхождения Б. опухоль из клеток костного мозга В. из надкостницы	Б
1374.	Причиной возникновения болевого синдрома при саркоме Юинга является: А. повышение внутрикостного давления Б. вовлечение в процесс надкостницы В. прорастание опухоли надкостницы	А
1375.	Характер боли при остеогенной саркоме: А. распирающий	В

	Б. режущий В. ноющий Г. колющий	
1376.	Для саркомы Юинга характерна локализация: А. диафиз длинных трубчатых костей Б. метафиз длинных трубчатых костей	А
1377.	При остеогенной саркоме первым симптомом является: А. нарушение функции Б. появление боли при физической нагрузке и ночные В. постоянные ноющие боли Г. видимое появление опухоли	Б
1378.	Рентгенологическим симптомом остеогенной саркомы является: А. склерозирование костно-мозгового канала Б. симптом «козырька» В. «луковичный» периостит	Б
1379.	Рентгенологическим симптомом саркомы Юинга является: А. склерозирование костно-мозгового канала Б. симптом «козырька» В. «луковичный» периостит	В
1380.	Оценку биологической активности нейрогенной опухоли производят по: А. реакции Абелева –Татаринова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	Б
1381.	Для нейробластом характерна локализация: А. переднее средостение Б. заднее средостение	Б
1382.	Оценку биологической активности тератоидной опухоли производят по: А. реакции Абелева –Татаринова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	А

1383.	Для остеобластокластомы е характерно: А. поражение метаэпифиза; Б. поражение метадиафиза; В. поражение диафиза	А
1384.	Большинство опухолей грудной клетки исходят из: А. легких Б. средостения В. из мягких тканей.	Б
1385.	Зрелые опухоли, это опухоли из: А. дифференцированных клеток Б. недифференцированных клеток В. малодифференцированных	А
1386.	Бронхогенные кисты происходят из: А. из трахеи Б. из передней кишки В. из хорды	Б
1387.	Типичным проявлением опухолей средостения у детей до 2-х лет является: А. дисфагия Б. синдром дыхательных расстройств В. сердечно-сосудистая недостаточность	Б
1388.	Признаки миастении характерны для: А. тератом переднего средостения Б. тимомы В. для кисты тимуса Г. для липомы вилочковой железы	Б
1389.	Наиболее достоверным признаком клинической смерти является: А. патологические ритмы дыхания, судороги, цианоз; Б. отсутствие сознания;	Д

	В. расширение зрачков; Г. отсутствие зрачкового рефлекса; Д. отсутствие АД, сердечных тонов и пульса на сонных артериях.	
1390.	Показаниями к сердечно-легочной реанимации являются: А. отсутствие пульса и АД, цианоз; Б. остановка дыхания; В. отсутствие сознания; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
1391.	Критериями эффективности закрытого массажа сердца являются все перечисленное, за исключением: А. цвета кожи лица и слизистых; Б. появления пульса на сонной артерии и лучевой артерии; В. сужение зрачков; Г. АД - 80-90 мм рт. ст.; Д. восстановление дыхания.	Д
1392.	Эндотрахеально можно вводить следующие препараты, кроме: А. норадреналин; Б. адреналин; В. лидокаин; Г. атропин; Д. изадрин.	А
1393.	Дозировка «вслепую» бикарбоната натрия при остановке сердца составляет: А. первое введение 1 мэкв/кг; Б. первое введение 2 мэкв/кг; В. повторные введения 0,5 мэкв/кг каждые 10 мин; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.	Г
1394.	Показаниями к закрытому массажу сердца являются:	Б

	А. остановка дыхания; Б. остановка сердца, фибрилляция желудочков; В. отсутствие сознания; Г. верно А и Б.	
1395. 426	Медикаментозные препараты для сердечно-лёгочной реанимации: А. тиопентал натрия, лидокаин, фуросемид; Б. сердечные гликозиды, хлорид калия, глюкокортикоидные гормоны; В. адренилин, атропин, гидрокарбонат натрия, лидокаин; Г. атропин, лидокаин, фуросемид.	В
1396.	Оценка эффективности проводимых реанимационных мероприятий: А. сужение зрачков, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки; Б. сухость склер глазных яблок, расширение зрачков; В. улучшение цвета кожных покровов, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки.	А
1397.	В терапии травматического шока первоначальные усилия направляются: А. на восстановление газообмена и ОЦК; Б. на коррекцию КОС и ВЭБ; В. на обезболивание; Г. все ответы правильны; Д. верно только А и В.	Д
1398.	На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении: А. на черепно-мозговую травму; Б. на переломы таза; В. на переломы бедра; Г. на компрессионные переломы позвоночника.	А
1399.	При определении площади ожогов, не имеющих сплошной поверхности, удобнее пользоваться: А. правилом ладони»; Б. «правилом девяток»;	А

	В. индексом Франка.	
1400.	Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления: А. до 100 мм рт. ст.; Б. до 80-90 мм рт. ст.; В. до 60-70 мм рт. ст.; Г. до 40-50 мм рт. ст.; Д. до 30-20 мм рт. ст.	В
1401.	При волевических нарушениях наиболее важными и доступными для определения критериями адекватности инфузионно-трансфузионной терапии являются: А. нормализация цвета кожных покровов, градиента температуры, диуреза; Б. гемодинамические показатели: АД, ЧСС, ЦВД; В. показатели состава крови, метаболизма, коагулограмма; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
1402.	Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие: А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости; Б. потери симпатического тонуса; В. высвобождения простагландина; Г. брадикардии; Д. всего перечисленного.	А
1403.	Лечение анафилактического шока включает использование: А. адреналина; Б. антигистаминных препаратов; В. йроплегиков; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
1404.	Главной непосредственной опасностью для больного при острой	

	кровопотере является: А. дефицит гемоглобина; Б. гиповолемия; В. гипопротеинемия; Г. коагулопатия; Д. дефицит фибриногена.	Б
1405.	Фетальный гемоглобин: имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина; А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт. ст.; Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого; В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л; Г. никогда не обнаруживается у взрослых.	Б
1406.	На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении: А. на черепно-мозговую травму; Б. на переломы таза; В. на переломы бедра; Г. на компрессионные переломы позвоночника.	А
1407.	Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления: А. до 100 мм рт. ст.; Б. до 80-90 мм рт. ст.; В. до 60-70 мм рт. ст.; Г. до 40-50 мм рт. ст.; Д. до 30-20 мм рт. ст.	В
1408.	Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие: А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости; Б. потери симпатического тонуса;	А

	В. высвобождения простагландина; Г. брадикардии; Д. всего перечисленного.	
1409.	Лечение анафилактического шока включает использование: А. адреналина; Б. антигистаминных препаратов; В. йроплегиков; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
1410.	Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является: А. дефицит гемоглобина; Б. гиповолемия; В. гипопотеинемия; Г. коагулопатия; Д. дефицит фибриногена.	Б
1411.	Фетальный гемоглобин: имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина; А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.; Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого; В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л; Г. никогда не обнаруживается у взрослых.	Б
1412.	Новорожденный ребенок не в состоянии поддерживать температуру тела с помощью одного из ниженазванных механизмов: А. вазоконстрикции; Б. дрожи; В. мобилизации энергии из коричневых жиров; Г. выделения тироксина; Д. мышечной активности.	Б

1413.	Максимально допустимый баланс массы тела новорожденного при проведении инфузионной терапии составляет: А. 50 г; Б. 40 г; В. 30 г; Г. 20 г.	А
1414.	Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности в практике интенсивной терапии детей раннего возраста является: А. гиповолемия; Б. нефротоксины; В. гемолиз; Г. пороки развития почек.	А
1415.	Концентрация калия в сыворотке: А. увеличивается при алкалозе; Б. уменьшается при ацидозе; В. увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе; Г. меньшеается при ацидозе и увеличивается при алкалозе; Д. не изменяется при ацидозе и алкалозе.	В
1416.	Основными клиническими симптомами дефицита калия являются: А. астенизация, мышечная слабость, дыхательные нарушения; Б. уплощения зубца Т и удлинения интервала P-Q и QRS; В. тоническое состояние скелетных мышц; Г. верны все ответы; Д. верно А и Б.	Д
1417.	Клиническими симптомами дефицита натрия являются: А. усталость, апатия, тошнота и рвота; Б. снижение АД, судороги; В. потеря сознания; Д. верно А и Б.	Г
1418.	При избытке натрия наблюдаются следующие клинические	Г

	симптомы: А. жажда, гипертермия, отеки; Б. судороги; В. нарушения сознания; Г. верно А и В; Д. верны все ответы.	
1419.	Клиническими симптомами гипокальциемии являются: А. гиперрефлексия, тетания; Б. боли в животе; В. снижение мышечного тонуса; Г. верно А и Б; Д. Б и В.	Г
1420.	Клиническими симптомами гипертонической дегидратации являются: А. жажда, сухость кожи и слизистых оболочек, нервно-психические нарушения; Б. полиурия; В. повышение осмолярности плазмы; Г. верны все ответы; Д. верно А и В.	Д
1421.	Клиническими симптомами изотонической дегидратации являются: А. артериальная гипотензия, гиповолемический шок, олигурия; Б. полиурия; В. апатия, замедленные реакции; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.	Г
1422.	При гипотонической дегидратации наблюдается: А. падение АД, тахикардия, олигурия; Б. напряжение глазных яблок; В. понижение осмолярности плазмы;	Г

	Г. верно А и В; Д. верны все ответы.	
1423.	Укажите наиболее значимый путь потерь жидкости при кишечной непроходимости: А. желудочно-кишечной секреции; Б. снижение канальцевой реабсорбции; В. наружные потери (рвота, легкие, кожа); Г. гвнутренние потери (секвестрация в просвет кишечника, полость брюшины); Д. повышение температуры тела, перспирация.	Г
1424.	Для состояния гиповолемии не характерно: А. уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК); Б. снижение АД, тахикардия; В. уменьшение ударного объема и сердечного выброса (УО и СВ); Г. повышение ЦВД; Д. снижение давления наполнения левого желудочка.	Г
1425.	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Б
1426.	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Г
1427.	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия;	А

	В. гипернатриемия и гиперкалиемия; Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия; Д. гипернатриемия и гипокалиемия.	
1428.	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия; В. гипернатриемия и гиперкалиемия; Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия; Д. гипонатриемия и гипокалиемия.	В
1429.	При отравлении ребенка неизвестным ядом наиболее целесообразно промыть желудок: А. чистой водой; Б. раствором марганца; В. раствором соды; Г. водой с активированным углем.	Г
1430.	Наиболее эффективным методом дезинтоксикации при большинстве острых отравлений у детей является: А. форсированный диурез; Б. аменное переливание крови; В. перитонеальный диализ; Д. гемосорбция.	Г
1431.	Для вызывания рвоты у детей при отравлениях нельзя пользоваться: А. раствором поваренной соли; Б. раствором сухой горчицы; В. апоморфином; Г. раствором марганца.	В
1432.	Промывание желудка у ребенка с отравлением в бессознательном состоянии допустимо: А. в положении на боку с опущенной головой; Б. в положении на спине;	Г

	В. после идентификации яда; Г. после интубации трахеи.	
1433.	При отравлении неизвестным ядом в качестве антидота следует ввести: А. не вводить; Б. унитиол; В. атропин; Г. унитиол, хромосмон, атропин.	А
1434.	Этиловый спирт применяется как антидот при отравлениях: А. инсулином; Б. амитриптилином; В. ФОС Г. этиленгликолем, метиловым спиртом; Д. тяжелыми металлами.	Г
1435.	Унитиол применяется как антидот при отравлениях: А. инсулином; Б. амитриптилином⁴ В. ФОС; Г. этиленгликолем, метиловым спиртом; Д. тяжелыми металлами.	Д
1436.	К наиболее характерным симптомам отравления атропиноподобными веществами относятся: А. саливация, бронхоспазм, сужение зрачков; Б. угнетение сознания, сужение зрачков; В. гиперемия кожи, галлюцинации, расширение зрачков; Г. тонико-клонические судороги.	В
1437.	Подберите соответствующее лекарственное средство для ребенка при отравлении морфием: А. атропин; Б. бемегрид;	В

	В. налорфин, налоксон; Г. протамин сульфат.	
1438.	Клинические проявления отравления угарным газом включают развитие: А. двигательного возбуждения, зрительные и слуховые галлюцинаций, потери сознания, амнезии после выхода из комы; Б. депрессии дыхания, тахикардии, гипертензии, метгемоглобинемии; В. гемолиза, токсической нефропатии; Г. верны все ответы; Д. верно только А и Б.	Д
1439.	Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью: А. применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки; Б. ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей; В. применения санационной бронхоскопии, адекватной регидратации; Г. верно только А и В; Д. верны все ответы.	Д
1440.	Укажите не характерное для утопления в морской воде нарушение: А. дисритмии сердца; Б. гемолиз; В. гипотензия; Г. ателектаз; Д. судороги.	Б
1441.	У больного в периоде восстановления после перенесенного утопления в морской воде весьма вероятны клинические проявления: А. внутрилегочного шунтирования и метаболического ацидоза; Б. отека легких; В. электролитных нарушений;	А

	Г. верно А и Б; Д. верно А и В.	
1442.	Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы А. обеспечить наилучшее лечение Б. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного В. установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родители больного, Г. все перечисленное	Г
1443.	Этические нормы врача определяются А. умениями и навыками Б. законами и приказами В. этническими особенностями региона Г. моральной ответственностью перед обществом	Г
1444. 484	Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то хирург должен А. отказаться от операции Б. принять решение оперировать больного В. созвать консилиум в составе анестезиолога, педиатра для решения вопроса об операции Г. предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска Д. правильно В и Г Е. правильные ответы А и Г	Д
1445. 485	В случаях нарушения врачебной тайны зав. отделением должен А. разобрать случай нарушения в отделении на утренней конференции Б. сообщить о нарушении администрации в любом случае В. сообщить администрации при повторном нарушении Г. на усмотрение зав. отделением - провести отдельную беседу с	Д

	нарушителем Д. правильно все, кроме Б	
1446.	Сообщить родственникам результаты произведенной операции должен А. только оперировавший уролог Б. кто-либо из присутствующих на операции В. медсестра Г. зав. отделением	А
1447.	Червеобразный отросток это: А. рудимент Б. функциональный орган В. порок развития Г. аномалия развития Д. вариант развития	А
1448.	Что не является провоцирующим моментом в возникновении острого аппендицита у детей? А. аномалия развития отростка Б. каловый камень В. аскаридоз Г. травма	А
1449.	Локализация болей вокруг пупка при остром аппендиците у детей до 3-х лет обусловлена: А. высоким расположением отростка, склонностью к иррадиации нервных импульсов Б. коротким сальником, высоким расположением отростка, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки В. склонностью к иррадиации нервных импульсов, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки, вовлечением в процесс мезентериальных лимфоузлов.	В
1450.	В клинике для острого аппендицита у детей до 3-х лет характерно все, кроме: А. гипертермия Б. острое начало	Е

	В. изменение поведения Г. нарушение сна Д. жидкий стул Е. головная боль Ж. неоднократная рвота	
1451.	Патогномоничными симптомами острого аппендицита являются. А. боли в животе Б. рвота В. гипертермия Г. жидкий стул Д. задержка стула Е. локальная болезненность Ж. пассивное мышечное напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области А, Б, В, Г Б, В, Е 3. Е, Ж	3
1452.	Сравнительная пальпация при остром аппендиците проводится для определения: А. активного мышечного напряжения Б. пассивного мышечного напряжения В. локальной болезненности; Д. определения выпота в брюшной полости	Б
1453.	Какие симптомы острого аппендицита у детей раннего возраста определяются при осмотре во время медикаментозного сна: А. симптом локальной болезненности, пассивное мышечное напряжение, симптом Ровзинга; Б. симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение, симптом Образцова; В. симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение	В

1454.	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-Блюмберга и локальная болезненность	Г
1455.	Для клиники острого аппендицита у детей до 3-х лет характерно все, кроме: А. острое начало, фебрильная температура, изменение поведения, нарушение сна, однократная рвота, головная боль, учащенный жидкий стул Б. острое начало, субфебрильная температура, изменение поведения, нарушение сна, многократная рвота, задержка стула В. острое начало, фебрильная температура, изменение поведения, нарушение сна, неоднократная рвота, жидкий стул	В
1456.	Больной с 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	В
1457.	Для диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет не используют: А. реланиум Б. масочный наркоз В. ГОМК Г. естественный сон	Б
1458.	Аппендикулярный отросток не может располагаться А. медиально Б. поддиафрагмально В. ретроцекально	Б

	Г. ретроперитонеально Д. подпеченочно	
1459.	Для детей младшего возраста симптом расхождения пульса и температуры при остром аппендиците: А. не характерен Б. характерен	А
1460.	Симптом Ситковского при остром аппендиците, это: А. усиление болей при расположении на левом боку Б. усиление болей при поднятии правой ноги одновременной пальпации правой подвздошной области В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки	А
1461.	Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются: А. локальная болезненность в правой подвздошной области и рвота Б. напряжение мышц брюшной стенки и рвота В. напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность в правой подвздошной области Г. симптом Щеткина-Блюмберга и рвота	В
1462.	Симптом Образцова при остром аппендиците, это: А. усиление болей при расположении на левом боку Б. усиление болей при поднятии правой ноги и одновременной пальпации правой подвздошной области В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки	Б
1463.	Симптом Ровзинга при остром аппендиците, это: А. усиление болей при расположении на левом боку Б. усиление болей при поднятии правой ноги одновременной пальпации правой подвздошной области В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки	В
1464.	Для аппендикулярного инфильтрата у детей старше 3-х лет характерно:	Д

	А. субфебрильная температура, болевой симптом выражен Б. фебрильная температура; болевой симптом выражен В. гектическая температура, болевой симптом не выражен Г. гектическая температура, болевой симптом выражен Д. субфебрильная температура, болевой симптом не выражен	
1465.	Назовите метод лечения аппендикулярного инфильтрата у детей до 3-х лет: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	Б
1466.	Назовите метод лечения аппендикулярного инфильтрата у детей старше 3-х лет. А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	В
1467.	Каковы возможные варианты течения аппендикулярного инфильтрата? А. рассасывание Б. абсцедирование В. разлитой перитонит Г. кишечная непроходимость Д. все перечисленное	Д
1468.	Для аппендикулярного абсцесса характерно: А. субфебрильная температура, болевой симптом выражен Б. фебрильная температура; болевой симптом выражен В. гектическая температура, болевой симптом не выражен Г. гектическая температура, болевой симптом выражен Д. субфебрильная температура, болевой симптом не выражен	Г
1469.	Распространенный перитонит имеет: А. две фазы течения	Б

	Б. три фазы течения В. четыре фазы течения	
1470.	Развитию распространенного перитонита у детей способствует: А. несвоевременная диагностика, недоразвитие сальника, низкие пластические свойства брюшины, снижение реактивности организма Б. низкие пластические свойства брюшины; преобладание экссудации при воспалительном процессе, особенности возбудителя В. малый объем брюшной полости, преобладание экссудации при воспалительном процессе, несвоевременная диагностика.	А
1471.	Для распространенного перитонита у детей не характерно: А. повторная рвота; Б. симптом расхождения температуры и пульса В. Гипертермия Г. Нарушения микроциркуляции Д. ребенок хочет пить, но отказывается от питья воды Е. ничего из перечисленного	Д
1472.	Основным патогномичным симптомом распространенного перитонита из ниже перечисленных, является: А. рвота застойным содержимым Б. боли в животе В. вздутие живота Г. задержка отхождения стула и газов Д. пассивное напряжение мышц живота.	Д
1473.	Для пельвиоперитонита характерно: А. болеют только мальчики, возраст 6 – 9 лет Б. болеют только девочки, возраст 6 – 9 лет В. болеют и мальчики и девочки, возраст 6 – 9 лет Г. болеют только девочки, возраст 10 – 14 лет	Б

	Д. болеют только девочки, возраст 10 – 14 лет	
1474.	Целесообразно проводить предоперационную инфузионную подготовку у больных перитонитом в течение: А. нескольких минут Б. до устранения тяжелой гиповолемии, но не более 2 ч В. не менее 3-5 ч; Г. до полной коррекции электролитных нарушений Д. 10-12 часов	Б
1475.	Размножение возбудителя при хирургическом сепсисе происходит: А. в первичном очаге Б. во вторичном очаге В. в крови Г. в зависимости от индивидуальных особенностей	В
1476.	При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать: А. характер и чувствительность микрофлоры Б. фармакодинамику и фармакокинетику препарата В. токсичность препарата Г. характер гнойного отделяемого Д. давность заболевания	А
1477.	При направленной антибактериальной терапии при гнойной хирургической инфекции основным не является: А. характер и чувствительность микрофлоры Б. фармакодинамика и фармакокинетика препарата В. токсичность препарата Г. характер гнойного отделяемого Д. давность заболевания	Д
1478.	В патогенезе острого гематогенного остеомиелита ведущее место имеет: А. травма Б. переохлаждение	Г

	В. ОРВИ Г. высокий уровень контаминации возбудителя Д. неполноценное питание Е. сенсibilизация организма	
1479.	Что из перечисленного является провоцирующим фактором острого гематогенного остеомиелита у детей: А. травма Б. переохлаждение В. наличие хронических очагов инфекции Г. все из перечисленного	Г
1480.	В каком отделе кости начинается воспалительный процесс при остром гематогенном остеомиелите: А. в эпифизе Б. в метафизе В. в диафизе	Б
1481.	Для новорожденных и детей раннего возраста при остром гематогенном остеомиелите характерно поражение: А. эпифиза Б. метафиза В. метаэпифиза Г. метадиафиза Д. диафиза	В
1482.	Для детей старше 2,5 лет при остром гематогенном остеомиелите (ОГО) характерно поражение: А. эпифиза Б. метафиза В. метаэпифиза Г. метадиафиза Д. диафиза	Г
1483. 52	К ранним местным симптомам метадиафизарного ОГО не относится:	Б

	А. нарушение функции конечности Б. местная гиперемия В. усиление сосудистого рисунка Г. пастозность мягких тканей	
1484.	Укажите первый рентгенологический признак ОГО: А. очаги деструкции губчатого вещества Б. периостальная реакция В. наличие секвестров	Б
1485.	Для диагностики метаэпифизарного ОГО у новорожденных не используется: А. пункция сустава Б. рентгенография В. УЗИ сустава Г. измерение внутрикостного давления	Г
1486.	Рентгенологические признаки остеомиелита у новорожденных появляются: А. на 2-3 сутки, Б. на 4- 5 сутки, В. на 7-10 сутки, Г. на 11- 12 сутки.	В
1487.	Укажите внутрикостное давление в норме у детей после 5 лет: А. 40 – 80 мм. вод. ст, Б. 90 – 100 мм. вод. ст; В. 100 – 120 мм. вод. ст; Г. 120 – 130 мм.вод. ст. Д.. 140 – 160 мм. вод. ст. Е. выше 160 мм.вод.ст.	В
1488.	Лечение метаэпифизарного остеомиелита у новорожденных включает: А. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава	Б

	Б. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит, иммобилизация конечности В. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит Г. согревающие компрессы, назначение антибиотков, дренирование сустава, иммобилизация конечности Д. согревающие компрессы, назначение антибиотков, остеоперфорация, иммобилизация конечности	
1489.	Исходом ОГО у новорожденным может быть: А. переход в хроническую форму, нарушение роста конечности в длину, ложный сустав, полное выздоровление Б. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей. патологический перелом сустава, полное выздоровление В. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей, патологический вывих сустава, полное выздоровление	В
1490.	Для хронического остеомиелита на рентгенограмме характерно: А. наличие полости с секвестром на фоне остеопороза костной ткани Б. наличие полости с секвестром на фоне остеосклероза В. наличие множества секвестров на фоне остеопороза костной ткани Г. периостальная реакция костной ткани	Б
1491.	Для первично-хронических форм остеомиелита характерно: А. острое начало, субфебрильная температура тела, постоянные боли в конечности Б. подострое начало, постоянная субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке В. подострое начало, периодически субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке и ночные Г. острое начало, нормальная температура тела, постоянные боли в конечности;	В
1492.	Что является первичным звеном в цепи развития гнойного процесса у новорожденных: А. развитие гнойного очага Б. входные ворота инфекции	Б

	В. контаминация патогенной флорой Г. транслокация возбудителя Д. избыточное размножение флоры Е. вторичный иммунный блок Ж. снижение иммунологической реакции	
1493.	Для катаральной (простой) формы омфалита характерно: А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки, флебит пупочных сосудов	А
1494.	Для флегмонозной формы омфалита характерно: А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки, гипергрануляции Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки. Флебит пупочных сосудов	Б
1495.	При длительном мокнутие пупка у новорожденного необходимо исключить: А. омфалит Б. фунгус В. неполный свищ пупка	В
1496.	Причиной не полного свища пупка может быть все перечисленное, кроме: А. незаращения урахуса Б. незаращение пупочной вены В. незаращение желточного протока	Б
1497.	Некротическая флегмона новорожденного встречается в возрасте: А. сразу после рождения Б. 2-3 недели жизни В. после 3-х недель жизни	Б

	Г. после 6 месяцев Д. в любом возрасте	
1498.	Укажите местное лечение флегмоны новорожденного: А. полуспиртовая повязка + магнит Б. обкалывание антибиотиком+ множественные разрезы+ повязка с антисептиком + магнит В. множественные разрезы+ повязка с антисептиком+ магнит	В
1499.	Адипозонекроз проявляется симптомами: А. пятнистая гиперемия; бугристая инфильтрация, болезненность при пальпации Б. бугристая инфильтрация; цианотичность кожных покровов, местное повышение температуры В. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, отсутствие болевого симптома Г. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, болезненность при пальпации	В
1500.	Для некротической флегмоны в период образования некрозов местно характерно: А. сплошная инфильтрация Б. разлитая гиперемия, флюктуация В. цианотичность кожных покровов Г. цианотичность кожных покровов, зыбление	В
1501.	У новорожденного стафилококк вызывает все, кроме: А. некротическую флегмону Б. острый гематогенный остеомиелит В. острый артрит Г. рожистое воспаление Д. мастит	Г
1502.	У новорожденных стрептококк вызывает: А. некротическую флегмону Б. острый гематогенный остеомиелит	Г

	В, острый артрит Г. рожистое воспаление Д. мастит	
1503.	Перитониты у новорожденных чаще встречаются: А. первичные Б. вторичные	Б
1504.	Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является: А. ятрогенное повреждение кишечной стенки Б. дефицит лизоцима; В. некротизирующий энтероколит новорожденных Г. пороки развития стенки кишки Д. заменное переливание крови Е. внутриутробное инфицирование	В
1505.	В основе патогенеза некротического энтероколита у новорожденных лежит: А. недоношенность Б. внутриутробная гипоксия В. асфиксия в родах Г. централизация кровообращения в организме новорожденного	Г
1506.	Для первичного перитонита новорожденных первым клиническим симптомом в начале разгара является: А. эксикоз Б. вздутие живота В. задержка стула Г. полиурия Д. сердечно-сосудистые нарушения	Б
1507.	Из всех перечисленных симптомов достоверными местными симптомами для разлитого перитонита у новорожденного являются: А. вздутие живота Б. рвота застойным содержимым	В

	В. отек, гиперемия брюшной стенки Г. отсутствие стула Д. жидкий стул	
1508.	При первичном перитоните у новорожденного ранним патогномичным симптом является: А. рвота застойным содержимым Б. кровь в стуле В. вздутия живота Г. патозность нижних отделов передней брюшной стенки Д. отек половых органов	Г
1509.	Некротический энтероколит на стадии клинических проявлений характеризуется симптомами: А. рвотой с желчью, отсутствием стула и газов Б. рвотой с желчью, частым жидким стулом с патологическими примесями, вздутием живота с локальной болезненностью В. отсутствием стула и газов Г. вздутием живота с локальной болезненностью, усилением перистальтики	Б
1510.	Некротический энтероколит на III стадии предперфорации проявляется рентгенологически: А. локальным затенением брюшной полости Б. гидроперитонеумом В. свободным газом в брюшной полости	Б
1511.	Некротический энтероколит на стадии продромы рентгенологически проявляется: А. повышенным равномерным газонаполнением кишечника Б. неравномерным наполнением кишечника с уровнями В. пневматозом кишечной стенки Г. газом в портальной системе печени Д. гидроперитонеумом Е. пневмоперитонеумом	А
1512.	Лечение 1, 2 - ой стадий НЭК:	

	А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное.	А
1513.	Лечение 3-ей стадии НЭК: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное	В
1514.	Лечение 4-ой стадии НЭК: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное	Г
1515.	Для перфоративного перитонита на рентгенограмме характерно: А. наличие свободной жидкости в брюшной полости Б. сниженное газонаполнение петель кишечника В. наличие свободного воздуха в брюшной полости Г. множественные уровни жидкости в петлях кишечника	В
1516.	В каком возрасте наиболее часто встречается инвагинация кишок? А. новорожденный Б. 4 -10 месяцев В. старше года Г. школьный	Б
1517.	Провоцирующими факторами инвагинации кишечника у детей является все, кроме: А. нарушение пищевого режима Б. анатомо-физиологические особенности В. кишечная инфекция	Б

	Г. ОРВИ	
1518.	Предрасполагающим фактором инвагинации кишечника из перечисленного является: А. нарушение или изменение режима питания режима Б. анатомо-физиологические особенности В. кишечная инфекция Г. ОРВИ Д. все перечисленное	Б.
1519.	Наиболее частой причиной илеоцекальной инвагинации кишечника у детей до 1 года является: А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника Б. нарушение или изменение режима питания В. диспепсия Г. ОРВИ Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)	А
1520.	Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является: А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника Б. нарушение или изменение режима питания В. диспепсия Г. ОРВИ Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)	Д
1521.	Инвагинация кишечника относится к: А. обтурационной кишечной непроходимости Б. странгуляционной кишечной непроходимости В. паралитической кишечной непроходимости Г. спастической кишечной непроходимости Д. смешанной кишечной непроходимости	Д
1522.	Смешанная механическая кишечная непроходимость, это сочетание:	

	А. обтурационной кишечной непроходимости + спастической кишечной непроходимости Б. обтурационной кишечной непроходимости + паралитическая кишечная непроходимость В. обтурационной кишечной непроходимости + странгуляционной	В
1523.	Укажите, какой из симптомов инвагинации кишечника не характерен для стадии начальных клинических проявлений: А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками Б. симптом «малинового или смородинового желе» В. симптом пальпируемой опухоли Г. многократная рвота с желчью Д. ни чего из перечисленного Е. все перечисленное	Г
1524.	При инвагинации кишечника приступы болей в животе постепенно: А. усиливаются и укорачиваются; Б, удлиняются и усиливаются; В. удлиняются и ослабевают.	В
1525.	Укажите. какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника: А. боли в животе Б, вялость В .симптом «малинового или смородинового желе» Г .повышение температуры тела Д. многократная рвота с желчью Е. ни чего из перечисленного	В
1526.	Укажите. какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника: А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками Б. задержка отхождения стула и газов В. многократная рвота с желчью Г. . ни чего из перечисленного	А

	Д. все перечисленное	
1527.	Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника: А. боли в животе Б. задержка отхождения стула и газов В. симптом пальпируемой опухоли в брюшной полости Г. многократная рвота с желчью Д. ни чего из перечисленного Е. все перечисленное	В
1528.	Для диагностики инвагинации кишечника в начальный период наиболее из всего перечисленного целесообразно использовать: А. пневмоирриграфию Б.. УЗИ брюшной полости В. пальпацию живота под наркозом Г. рентгеноконтрастное обследование с барием, данным через рот Д.. лапароскопию	А
1529.	Дифференцировать острую кишечную инвагинацию у детей необходимо со всеми заболеваниями, кроме: А. дизентерии Б. опухоли брюшной полости В. острой пневмонии Г. геморрагического васкулита	В
1530.	Для стадии начинающихся осложнений при инвагинации кишечника характерно: А. усиление и укорачивание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», асимметрия живота, симптом пальпируемой опухоли Б. удлинение и ослабевание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», симптом пальпируемой опухоли, отсутствие симптомов раздражения брюшин В. удлинение и ослабевание, болей в животе, многократная рвота с желчью, темная кровь с примесью слизи, наличие симптомов раздражения брюшины	В

1531.	Лечение инвагинации кишечника: А. только оперативное Б. только консервативное В. зависит от возраста ребенка Г. зависит от возраста и стадии заболевания	Г
1532.	Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при: А. стенозе кишечника Б. завороте кишечника В. болезни Гиршпрунга Г. инвагинации	Б
1533.	Смешанная кишечная непроходимость включает: А. обтурационная кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость Б. странгуляционная кишечная непроходимость + обтурационная кишечная непроходимость В. спастическая кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость	Б
1534.	К смешанной кишечной непроходимости относится: А. стенозе кишечника Б. заворот кишечника В. болезнь Гиршпрунга Г. инвагинация	Г
1535.	Для острой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические симптомы: А. отсутствие газа в петлях тонкого кишечника во всех случаях Б. свободный газ в брюшной полости В. множественные или единичные тонкокишечные арки или чаши Клойбера Д. не равномерное газонаполнение петель кишечника	В
1536.	Для низкой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны все перечисленные симптомы, кроме:	Д

	А. приступообразные боли в животе Б. рвота с патологическими примесями В. вздутие живота Г. контурация петель кишечника на брюшную стенку Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии Е. задержка отхождения стула и газов	
1537.	Для высокой поздней спаечной тонкокишечной непроходимости в первые часы от заболевания характерны все перечисленные симптомы, кроме А. приступообразные боли в животе Б. рвота с патологическими примесями В. контурация петель кишечника на брюшную стенку Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии Е. задержка отхождения стула и газов Д. стул и газы отходят	Е
1538.	Для паралитической кишечной непроходимости на рентгенограмме характерно: А равномерное распределение газа в петлях тонкого кишечника Б. множественные или единичные чаши Клойбера В. равномерно перераздутые петли кишечника или равномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости Д. неравномерное газонаполнение петель кишечника или неравномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости	В
1539.	Консервативную терапию при ранней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение: А. 3-6 часов Б. 6-12 часов В. 12-24 часов Г. 24-48 часов Д. 48-72 часов	В
1540.	Лечение поздней спаечной кишечной непроходимости не зависит от: А. вида непроходимости	Г

	Б. давности заболевания В. наличия осложнений Г. возраста ребенка	
1541.	При странгуляционной кишечной непроходимости показано: А. консервативная терапия Б. наблюдение В. дача бария, консервативная терапия через 3-6 часов Г. срочная операция Д. операция после кратковременной предоперационной подготовки	Д
1542.	Консервативную терапию при поздней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение: А. 3-6 часов; Б. 6-12 часов; В. 12-24 часов; Г. 24-48 часов; Д. 48-72 часов	А
1543.	Выделение алой крови из прямой кишки характерно для: А. кровоточащего дивертикула Меккеля Б. язвы двенадцатиперстной кишки В. язвы или полипа толстой кишки Г. инвагинации кишечника	В
1544.	Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является: А. гепатомегалия Б. увеличение размеров живота В. спленомегалия Д. кровавая рвота Е. асцит	В
1545.	Выделение крови в виде «темной вишни» из прямой кишки характерно для:	Б

	А. язвы толстой кишки Б. кровоточащего дивертикула Меккеля Б. инвагинации кишечника	
1546.	Рвота с кровью не характерна для: А. кровоточащего дивертикула Меккеля Б. язвы желудка В. варикозно расширенных вен пищевода Г. язвы двенадцатиперстной кишки	А
1547.	Причиной кровотечения из дивертикула Меккеля является: А. аномалия развития сосудов в стенке дивертикула Меккеля Б. инвагинация дивертикула Меккеля в подвздошную кишку В. острая язва слизистой дивертикула Меккеля	В
1548.	Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК выше Фатерова сосочка, кроме: А. рвота без желчи Б. быстрая потеря массы тела В. ранняя желтуха Г. запавший живот Д. отсутствие мекония	Д
1549.	Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК ниже Фатерова сосочка, кроме: А. рвота с желчью Б. быстрая потеря массы тела В. ранняя желтуха Г. запавший живот Д. меконий светлый Е. меконий отсутствует	Д
1550.	Задержка развития кишечной трубки в период эмбриогенеза в стадию «солидного тяжа» приводит к: А. аганглиозу кишечной стенки	Г

	Б. гиперфиксации ДПК В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки Г. мембране Д. мальротации «средней кишки»	
1551.	Нарушение вращения средней кишки во 2-ой период приводит к: А. аганглиозу кишечной стенки Б. гиперфиксации ДПК В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки Г. к высокому расположению слепой кишки Д. мальротации «средней кишки»	Д
1552.	Задержка отхождения мекония у новорожденного может быть вызвана: А. аганглиозом кишечной стенки Б. муковисцедозом В. родовой травмой Г. меконимальной пробкой Д. всем перечисленным Е. ни чем из перечисленного	Д
1553.	Врожденная странгуляционная кишечная непроходимость у новорожденного может быть вызвана: А. атрезией двенадцатиперстной кишки Б. незавершенным поворотом кишечника В. заворотом «средней кишки» Г. меконимальной непроходимостью	В
1554.	Для полной атрезии двенадцатиперстной кишки характерно все кроме: А. начало проявления с первых часов жизни Б. рвота съеденным молоком В. рвота с желчью Г. начало с 3-4-х суток жизни	Г

	Д. ранняя желтуха	
1555.	При полной атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка характерно все кроме: А. рвота с желчью Б. ранняя желтуха В. внутриутробная гипотрофия Г. меконий темного цвета Д. меконий обесцвечен	Г
1556.	Для частичной врожденной высокой кишечной непроходимости не характерно: А. рвота с желчью Б. меконий отходит В. меконий не отходит Г. наличие переходного стула	В
1557.	Укажите какие симптомы не характерны для врожденной полной низкой кишечной непроходимости: А рвота с желчью Б мекониевая рвота В вздутие живота в эпигастрии, западение нижних отделов Г равномерное вздутие живота Д отсутствие мекония	В
1558.	Мекониевая рвота у новорожденных не характерна для: А. перитонита Б. острой форме болезни Гиршпрунга В. атрезии тощей кишки Г. атрезии прямой кишки Д. атрезии подвздошной кишки	В
1559.	Укажите какие симптомы при врожденной полной низкой кишечной непроходимости не относятся к ранним: А. срыгивания молоком Б. рвота с желчью или застойным кишечным содержимым	Б

	В. беспокойство ребенка Г. равномерное вздутие живота Д. отсутствие мекония	
1560.	Мекониальная рвота не характерна для: А. для острой формы юлезни Гиршпрунга Б. атрезии подвздошной кишки В. атрезии тонкой кишки Г. атрезии прямой кишки Д. перитонита новорожденных	В
1561.	Для внутриутробного заворота «средней кишки» у новорожденного не характерно: А. время проявления -3-5 –е сутки жизни Б. рвота с желчью В. рвота застойным кишечным содержимым Г. меконий отходит Д. беспокойство ребенка Е. живот при пальпации болезненный Ж. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»	В
1562.	Наиболее значимым симптомом для «заворота кишечника» у новорожденного является: А. беспокойство Б. рвота с желчью В. болезненный при пальпации живот Д. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»	Д
1563.	Ведущим симптомом врожденной высокой кишечной непроходимости является: А. рвота Б. боли в животе В. отсутствие мекония	А

1564.	Ведущим симптомом врожденной низкой кишечной непроходимости является: А. рвота Б. боли в животе В. отсутствие мекония	В
1565.	Атрезия двенадцатиперстной кишки часто сочетается с синдромом: А. Беквита – Видемана Б. Смитта- Опитца В. Дауна Г. Меккеля	В
1566.	Для высокой врожденной частичной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно: А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отдела кишечника В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника; Г. множественные уровни жидкости	В
1567.	Для высокой врожденной полной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно: А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника Г. множественные уровни жидкости	Б
1568.	Для атрезии подвздошной кишки в клинике основным характерным симптомом является: А. рвота застойным содержимым Б. вздутие живота В. беспокойство ребенка Г. стул в виде обесцвеченной слизи	Г

	Д. стул в виде «малинового желе»	
1569.	На обзорной рентгенограмме при полной врожденной низкой кишечной непроходимости характерно: А. два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника Б. три или больше уровня уровней жидкости в петлях кишечника, затенение нижних отделов В. симптом «микроколон»	Б
1570.	Основным методом диагностики синдрома мальротации «средней кишки» является: А. обследование ЖКТ с контрастным веществом, введенным в желудок Б. пневмоирригография В. ирригография с водорастворимым контрастом Г. УЗИ органов брюшной полости	В
1571.	На ирригографии для синдрома мальротации «средней кишки» характерно: А. левостороннее расположение купола слепой кишки Б. высокое расположение купола слепой кишки В. левостороннее расположение толстой кишки с нетипичным расположением купола слепой кишки	В
1572.	Пилоростеноз проявляется у детей в возрасте: А. сразу после рождения Б. 7 - 10 дней В. 2 - 4 недели Г. после 2-х месяцев Д. после 6-ти месяцев	В
1573.	Для пилоростеноза характерна: А. рвота неизменным молоком большим объемом Б. рвота створоженным молоком В. рвота створоженным молоком большим объемом с кислым запахом	В

	Г. рвота большим объемом с примесью желчи	
1574.	При острой форме пилоростеноза в клинике характерен стул: А. скудный темный-зеленый Б. «ложные» запоры В. водянистый Г. частый жидкий	А
1575. 1	При острой форме пилоростеноза масса тела характеризуется: А. малой прибавкой Б. возрастным дефицитом В. быстрым снижением Г. отсутствием прибавки Д. неравномерной прибавкой	В
1576.	При подострой форме пилоростеноза масса тела характеризуется: А. малой прибавкой Б. возрастным дефицитом В. прогрессирующим снижением Г. отсутствием прибавки Д. неравномерной прибавкой	Б
1577.	Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является: А. склонность к запорам Б. желтуха В. рвота «фонтаном» Г. олигурия Д. потеря в массе тела	В
1578.	При подострой форме пилоростеноза в клинике характерен стул: А. скудный темный-зеленый Б. «ложные» запоры В. водянистый Г. частый жидкий	Б

1579.	При объективном осмотре при пилоростенозе характерен симптом: А. Воскресенского Б. Вааля В. «песочных часов» Г. Данса	В
1580.	Для диагностики пилоростеноза в настоящее время в основном используют: А. пальпацию пилорического отдела желудка под наркозом Б. рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта с барием В. УЗИ желудка Г. эзофагогастроскопию	В
1581.	Для врожденного пилоростеноза на УЗИ характерно: А. длина пилорического отдела < 14- мм, толщина стенки пилорического отдела 4 мм Б. длина пилорического отдела 16 мм, толщина стенки пилорического отдела < 4 мм В. длина пилорического отдела > 14- мм, толщина стенки пилорического отдела > 4 мм	В
1582.	Из перечисленных симптомов наиболее достоверным является: А. симптом «песочных часов» Б. гипотрофия В. вздутие в эпигастрии после кормления Г. пальпация утолщенного пилорического отдела желудка Д. олигурия	Г
1583.	Для пилоростеноза на обзорной рентгенограмме характерно: А. два газовых пузыря с двумя уровнями жидкости, расположенные в эпигастральной области, обеднение газом петель кишечника Б. симптом «клюва» В. увеличенный в размерах желудок с уровнем жидкости, обеднение газом петель кишечника	В
1584.	Алгоритм обследования больного с подозрением на пилоростеноз	

	включает: А. объективный осмотр, сбор анамнеза, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, обследование желудочно-кишечного тракта с барием, ФГДС, анализы Б. сбор анамнеза, объективный осмотр, ФГДС, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, обследование желудочно-кишечного тракта с барием В. сбор анамнеза, объективный осмотр, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, УЗИ желудка, ФГДС, обследование желудочно-кишечного тракта с барием	В
1585.	Острую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме: А. псевдопилоростеноза Б. кишечной инфекции В. халази кардии Г. заворота кишечника	В
1586.	Подострую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме: А аэрофагии Б. вегетоабдоминального синдрома В пилороспазма Г псевдопилоростеноза	Г
1587.	Желудочно-пищеводный рефлюкс проявляется: А. с рождения Б. с 2-3-х недельного возраста В. с 2-3 месяцев	А
1588.	Для диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса необходимо провести: А. фиброгастроскопию, контрастную рентгенографию пищевода и желудка Б. фиброгастроскопию, рентгеноскопию пищевода и желудка с контрастом в положении лежа или Тренделенбурга В. фиброгастроскопию, КТ	Б
1589.	Лечение пилоростеноза:	

	А. оперативное Б. консервативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	А
1590.	Для атрезии желчевыводящих путей в первые две недели жизни характерно: А. обесцвеченный стул с 5-6 суток, желтуха с 3-4 дня, темная моча, состояние ребенка страдает; Б. желтуха с 3-4 дня, обесцвеченный стул в течении 10 дней, темная моча, состояние ребенка не страдает; В. желтуха с рождения, гепатомегалия, обесцвеченный стул с 3-5-го дня.	Б
1591.	Дифференцировать атрезию желчевыводящих путей у новорожденных в первые две недели жизни необходимо: А. с холестазом; Б. с гемолитической желтухой; В. с внутриутробным гепатитом; Г. с затянувшейся физиологической желтухой.; Д. со всем перечисленным.	Д
1592.	Классической триадой симптомов для кисты общего желчного протока являются:: А. обесцвеченный стул, постоянные боли в правом подреберье, темная моча; Б. рецидивирующие боли в правом подреберье или эпигастрии, перемежающаяся желтуха, пальпируемая опухоль у края печени; В. приступообразные боль в эпигастрии, симптом пальпируемой опухоли, повышение температуры тела	Б
1593.	При атрезии желчевыводящих путей в биохимическом анализе превалирует: А. прямой билирубин; Б. непрямой билирубин	А
1594.	Стенозы большого дуоденального сосочка (БДС) могут быть обусловлены: А. хронической дуоденальной непроходимостью; Б. мембраной, гипоплазией или хористой БДС;	Б

	В. кистозным расширением желчных протоков.	
1595.	Ведущим симптомом атрезии атрезии желчевыводящих путей (ЖВП) является: А. ранняя желтуха; Б. ахоличный стул; В. увеличение печени в размерах	Б
1596.	К не коррегируемым порокам развития ЖВП относится: А. атрезия наружных желчевыводящих путей; Б. атрезия дистального отдела общего желчного протока; В. внутрипеченочная атрезия желчевыводящих путей	В
1597.	Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является: А. наследственность; Б. гормональные нарушения; В. пороки развития желчного пузыря; Г. нарушения обменных процессов; Д. хронический гепатит	В
1598.	Операция Касаи показана при: А. атрезии наружных желчевыводящих путей; Б. атрезии внутрипеченочных протоков; В. кисте холедоха.	А
1599.	Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является: А. УЗИ; Б. сцинтиграфия; В. ретроградная холецистопанкреатография; Г. релаксационная дуоденография.	В
1600.	Поперечная перегородка желчного пузыря в виде «фригийской шапочки» локализуется: А. в шейке пузыря; Б. в области дна пузыря;	Б

	В. теле пузыря	
1601.	Основным симптомом атрезии ЖВП является: А. ранняя желтуха; Б. ахоличный стул; В. увеличение печени в размерах	Б
1602.	К коррегируемым порокам развития ЖВП относится: А. один или два печеночных протока проходимы, но диаметр их слишком мал; Б. непроходимость дистального отдела общего желчного протока; В. в воротах печени отсутствуют протоки	Б
1603.	Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является: А. УЗИ; Б. сцинтиграфия; В. ретроградная холецистопанкреатография; Г. релаксационная дуоденография.	В
1604.	Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является: А. наследственность; Б. гормональные нарушения; В. пороки развития желчного пузыря; Г. нарушения обменных процессов; Д. хронический гепатит	В
1605.	При нарушении облитерации желточного протка может образоваться все, кроме: А. полный свищ пупка Б. неполный свищ пупка В. дивертикул Меккеля Г. киста брыжейки тонкой кишки Д. киста желточного протока	Г
1606.	Относительным противопоказанием к хирургическому лечению при	

	полном свище желточного протока является: А. мацерация кожных покровов Б. эвагинация кишечника В. кровотечение из слизистой Г. потеря кишечного содержимого Д. ни чего из перечисленного	А
1607.	Дивертикул Меккеля, это А. нарушение облитерации дистальной части урахуса Б. нарушение облитерации проксимальной части желточного проток В. нарушение облитерации дистальной части желточного протока Г. нарушение процесса реканализации кишечной трубки в эмбриогенезе	В
1608.	Полный свищ желточного протока может осложниться всем, кроме: А. инфицированием передней брюшной стенки Б. эвагинацией кишечника В. кровотечением из слизистой кишечной стенки Г. гипотрофией Д. инвагинацией кишечника	Д
1609.	Экстренным показанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является: А. мацерация кожных покровов Б. эвагинация кишечника В. кровотечение из слизистой Г. потеря кишечного содержимого Д. ни чего из перечисленного	Б
1610.	Для гастрошизиса не характерно: А. дефект в брюшной стенке до 2-3 см Б. кишечник укорочен в 3-4 раза В. стенка кишечника отечна Г. имеется грыжевой мешок, покрытый фибрином	Г

	Д. пуповина отходит нормально, справа от дефекта Е. ни чего из перечисленного	
1611.	Гастрошизис может сочетаться: А. с синдромом Беквита-Видемана Б. с пороками сердца В. с атрезиями кишечной трубки Г. с синдромом Дауна	В
1612.	При рождении ребенка с гастрошизисом необходимо: А. укутать эвентрированные петли кишечника теплыми салфетками и срочно перевести в хирургический стационар Б. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, ввести антибиотики и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар В. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, укутать теплыми ватно-марлевыми салфетками, ввести анальгетики, антибиотики, установить зонд в желудок, сделать очистительную клизму, назначить инфузионную терапию и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар	В
1613.	Грыжей пупочного канатика средних размеров считают, если: А. грыжевой мешок содержит только 2-3 петли кишечника Б. грыжевой мешок содержит только петли кишечника В. грыжевой мешок содержит только петли кишечника и незначительную часть печени Г. грыжевой мешок содержит петли кишечника и большую часть печени	Б
1614.	Образования грыж пупочного канатика не связано с: А. отсутствием вращения кишечника Б. недоразвитием брюшной полости В. недоразвитием брюшной стенки	В
1615.	Грыжа пупочного канатика может сочетаться А. с синдромом Беквита-Видемана Б. VACTERL-ассоциацией пороков В. с атрезиями желчевыводящих путей	А

	Г. с синдромом Дауна	
1616.	Оперативное лечение пупочных грыж проводят: А. по установлению диагноза; Б. в возрасте 3-лет; В. в возрасте 4-х лет; Г. после 5 лет.	Г
1617.	Грыжи белой линии живота лечат: А. консервативно; Б. оперативно; В. оперативно при неэффективности консервативной терапии.	Б
1618.	Острая форма болезни Гиршпрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-х месяцев В. после введения прикорма	А
1619.	Первые симптомы подострой формы болезни Гиршпрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-х месяцев В. после введения прикорма Г. после года	Б
1620.	Первые симптомы хронической формы болезни Гиршпрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-месяцев В. после введения прикорма Г. после года	В
1621.	Укажите характерные рентгенологические признаки болезни Гиршпрунга на контрастной ирригграмме: А. расширение толстой кишки, сглаженность гаустрации, не полное опорожнение кишечника Б. суженная зона в дистальном отделе толстой кишки и расширение супрастенотической зоны В. удлинение и расширение сигмовидной кишки, задержка	Б

	опорожнения кишечника	
1622.	Из предложенных методов диагностики уровня атрезии прямой кишки в первые часы после рождения наиболее информативным является: А. боковая инвертограмма через 24 – 26 часов после рождения; Б. пункция промежности; В. выявление симптома толчка; Г. УЗИ промежности	Г
1623.	При атрезии ануса и прямой кишки боковую инвертограмму по Вангенстину необходимо выполнить: А. сразу после рождения Б. через 5-6 часов после рождения В. через 16-18 часов после рождения	В
1624.	Из перечисленных методов диагностики уровня атрезии ануса и прямой кишки наиболее достоверным в первые часы после рождения является: А. УЗИ промежности Б. пункция промежности В. выявление симптома толчка Г. рентгенограмма по Вангенстину.	А
1625.	При атрезии прямой кишки у девочек не может быть свища: А. на промежность Б. во влагалище В. в преддверие влагалища Г. в матку Д. в мочевого пузырь	Д
1626.	Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем может сочетаться: А. с синдромом Беквита-Видемана Б. с VACTERL-ассоциацией пороков В. с синдромом Эллиса Г. синдром Пьера-Робина Д со всем перечисленным	Б

1627.	Рентгеноконтрастное обследование при подозрении на атрезию пищевода проводится: А. 5% барием, разведенным на молоке в объеме 1 мл Б. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме 5 мл В. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме не более 1 мл Г. водорастворимым контрастным веществом в объеме 1 мл	В
1628.	При атрезии пищевода на рентгенограмме с контрастированием верхнего сегмента можно определить все, кроме: А. уровень атрезии Б. форму атрезии (наличие или отсутствие трахеопищеводного свища) В. изменения со стороны легких Г. сопутствующие пороки развития со стороны ЖКТ Д. позвоночника, конечностей Е. почек	Е
1629.	При атрезии пищевода в роддоме необходимо: А. респираторный уход, антибактериальная терапия, ИВЛ, перевод ребенка в специализированное хирургическое отделение по установлению диагноза Б. респираторный уход, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения В. установка КПП для проведения инфузионной терапии, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения	Б
1630.	Из ниже перечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается: А. гастро-эзофагеальный рефлюкс Б. стеноз пищевода В. реканализация трахеопищеводного свища	Б

	Г. дисфагия, Д. аспирационная пневмония	
1631.	Характерным симптомом изолированного трахеопищеводного свища является: А. одышка Б. цианоз В. гиперсаливация Д. кашель во время кормления	Д
1632.	Осложнением трахеопищеводного свища является: А. эзофагит Б. бронхит В. аспирационная пневмония Г. гастро-эзофагеальный рефлюкс	В
1633.	Первым симптомом рубцового послеожогового стеноза пищевода является: А. боль за грудиной Б. изжога В. потеря массы тела Г. затруднения при глотании	Г
1634.	Первые признаки диафрагмы появляются у эмбриона на: А. 3 – 4 –ой неделе Б. 5 – 6 -ом месяце В. 3 –ем месяце	А
1635.	При недоразвитии поперечной перегородки образуются грыжи: А. пищеводного отверстия диафрагмы Б. переднего отдела диафрагмы В. заднего отдела диафрагмы	Б
1636.	При задержке опускания желудка формируются грыжи: А. пищеводного отверстия диафрагмы Б. переднего отдела диафрагмы	А

	В. заднего отдела диафрагмы	
1637.	При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы ведущим симптомом является: А. рвота или срыгивания Б. отставание в массе тела В. беспокойство во время кормления Г. изжога Д. запоры	А
1638.	Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы у детей старшего возраста не характерны: А. изжога Б. боли за грудиной В. рвота Г. анемия Д. запоры	Д
1639.	При ложной диафрагмальной грыже отсутствует: А. грыжевое содержимое Б. грыжевые ворота В. грыжевой мешок Г. грыжевой мешок и грыжевые ворота Д. грыжевое содержимое и грыжевой мешок	В
1640.	Френоперикардальная грыжа, это перемещение органов брюшной полости в: А. заднее средостение Б. переднее средостение В. перикард	В
1641.	Ведущим синдромом при грыжах собственно диафрагмы (диафрагмально-плевральных) является: А. геморрагический; Б. синдром внутригрудного напряжения; В. абдоминальный синдром.	Б

1642.	Диафрагмальные грыжи собственно диафрагмы у детей старшего возраста дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме: А. киста легкого Б. поликистозм легкого В. рецидивирующая кишечная непроходимость Г. гипоплазия легкого	Г
1643.	У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания при аускультации. Органы смещения смещены вправо. При бронхоскопии отсутствует правый главный бронх. А. гипоплазия легкого; Б. аплазия легкого; В. Агенезия легкого; Г. ателектаз легкого.	Б
1644.	На обзорной рентгенограмме при гипоплазии одной из долей легкого характерно: А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения; Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения; В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в большую сторону, высокое стояние купола диафрагмы.	В
1645.	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 справа	Б
1646.	На обзорной рентгенограмме при лобарной эмфиземе характерно: А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола	Б

	диафрагмы на стороне поражения; Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения; В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в большую сторону, высокое стояние купола диафрагмы.	
1647.	Основной причиной врожденной долевой эмфиземы легкого является: А.аспирация мекония Б. дефицит сурфактанта В. аномальное отхождение легочных сосудов Г.аплазия. гипоплазия хряща долевого бронха Д. опухоль средостения	Г
1648.	Укажите на симптом не характерный для врожденной долевой эмфиземы у новорожденного: А. одышка, цианоз при плаче Б. сердечно-сосудистая недостаточность В. западение живота Г. вздутие грудной клетки Д. смещение средостения в здоровую сторону	В
1649.	Наиболее частой локализацией легочной секвестрации является: А. нижняя доля справа; Б. верхняя доля слева; В. нижняя доля слева; Г. верхняя доля справа; Д. средняя доля справа	А
1650.	Из всего перечисленного паралич купола диафрагмы у новорожденного наиболее часто является: А. осложнением плевральной пункции Б. осложнением катетеризации подключичной вены. В. осложнением родовой травмы	В

	Г. осложнением медиастенита	
1651.	Укажите, какой рентгенологический признак не характерен для врожденной диафрагмально-плевральной грыжи: А. отсутствие купола диафрагмы на стороне поражения Б. высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения В. ячеистый рисунок в грудной полости Г. смещение средостения в больную сторону Д. смещение органов средостения в здоровую сторону	Г
1652.	Какой из рентгенологических симптомов не характерен для диафрагмально-плевральной грыжи: А. ячеистый рисунок; смещение границ сердца в здоровую сторону Б. высокое стояние купола диафрагмы В. низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения Г. отсутствие купола диафрагмы на должном месте	В
1653.	В периоде новорожденности наиболее часто проявляется: А. левосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа Б. правосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа В. френоперикардальная диафрагмальная грыжа Г. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	А
1654.	Для отграниченного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно: А. скопление воздуха в плевральной полости, легкое колабированно к корню Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости без смещения органов средостения в здоровую сторону В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения со смещением средостения в здоровую сторону	Б
1655.	Для острого напряженного пневмоторакса характерно все, кроме: А. одышка Б. тахикардия	Г

	В. смещение границ сердца в здоровую сторону Г. притупление перкуторного звука на стороне поражения Д. коробочный перкуторный звук на стороне поражения	
1656.	Для внеперикардального медиастинального напряжения (медиастенит) характерно: А. увеличение одной из половин грудной клетки, гипертермия, тахикардия, одышка Б. набухание и пульсация шейных вен, одутловатость лица, гипертермия, тахикардия, одышка В. подкожная эмфизема в области шеи и грудной клетки, тахикардия, одышка	Б
1657.	Пульсация и набухание шейных вен, сглаженность надключичных ямок, одутловатость шеи, лица характерны для: А. синдрома внутри плеврального напряжения Б. синдрома внутри перикардального напряжения В. синдрома внеперикардального медиастинального напряжения Г. для всего перечисленного	В
1658.	Для напряженного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно: А. скопление воздуха в плевральной полости, колабированное к корню легкое Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в в больную сторону В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражен	В
1659.	Внутрилегочное напряжение при ОГДП может быть обусловлено: А. пиотораксом Б. абсцессом легкого В. напряженной буллой Г. напряженным пневмотораксом	В
1660.	Укажите метод лечения фибропиоторакса: А. пункции плевральной полости	Г

	Б. наложение торакоцентеза с пассивной аспирацией В. наложение торакоцентеза с активной аспирацией Г. торакоскопия с дренированием плевральной полости с активной аспирацией Д. все перечисленное	
1661.	Воздушная полость (булла) может осложниться: А. пиоторакс Б. нагноением В. пневмоторакс Г. пиопневмоторакс	В
1662.	Укажите метод местного лечения плащевидного серозного плеврита: А. пункции плевральной полости, Б. наложение торакоцентеза с пассивной аспирацией, В. наложение торакоцентеза с активной аспирацией, Г. все перечисленное	А
1663.	При плащевидном плеврите необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоскопию	В
1664.	При напряженном пневмотороксе необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау	Б
1665.	При напряженном пневмотороксе с бронхоплевральным свищом необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау	Г

	Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау	
1666.	Укажите метод лечения пиоторакса: А. пункция плевральной полости Б. наложение торакоцентеза с пассивной аспирацией В. наложение торакоцентеза с активной аспирацией Г. все перечисленное	В
1667.	Синдром внутрилегочного напряжения при ОГДП может быть обусловлен: А. пиотораксом Б. абсцессом легкого В. напряженной буллой Г. напряженным пневотораксом Д. всем перечисленным Е. ни чем из перечисленного	В
1668.	Для абсцесса легкого на рентгенограмме характерно: А. тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокального воспаления Б. округлое образование с уровнем жидкости с перифокальным воспалением В. округлое образование без уровня жидкости	Б
1669.	Лечение остеохондропатий включает все, кроме: А. антибактериальная терапия Б физиотерапия В. ЛФК Г. исключение физической нагрузки на проаженный сегмент опорно-двигательного аппарата Д. общеукрепляющая терапия	А

1670.	В механизме образования ВДГК основное место занимают:: А. перенесенный рахит, диспропорция роста грудины и ребер; Б. диспропорция роста грудины и ребер. диспластические изменения хрящевой и соединительной ткани скелета грудной клетки; В. перенесенный рахит, диспластические изменения хрящевой и соединительной ткани скелета грудной клетки..	Б
1671.	ВДГК сразу после рождения проявляется: А. выраженной деформацией грудины. Б. западение ребер и грудины при выдохе, В. западение ребер и грудины при вдохе.	В
1672.	ВДГК может сочетаться с синдромом: А. Беквида –Видеман, Б. Марфана, В. Дауна, Г. Егера	Б
1673.	ВДГК может сочетаться с синдромом: А. Элерса-Данло; Б. Нунан; В. ассоциация VATER; Г. ассоциация CHARGE	А
1674.	Наиболее часто ВДГК начинает прогрессировать. А. до 3-5 лет, Б. в период ускоренного роста ребенка. В. в пубертатный период.	А
1675.	Выделяют: А. 2 степени ВДГК. Б. 3 степени ВДГК, В. 4 степени ВДГК, Г. 5 степеней ВДГК	Б
1676.	Для компенсированной стадии ВДГК характерно:	

	А. наличие только косметического дефекта, Б. наличие только косметического дефекта, функциональные нарушения со стороны легких и сердца при физической нагрузке.	А
1677.	Для субкомпенсированной стадии ВДГК характерно: А. наличие только косметического дефекта, Б. наличие косметического дефекта, умеренно выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца при нагрузке. В. выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца.	Б
1678.	Для диагностики степени ВДГК применяют: А. рентгенологические методы, Б. функциональные, В. рентгенологические и функциональные методы.	В
1679.	Абсолютным показанием к оперативному лечению при врожденной воронкообразной деформации грудной клетки является: А. наличие косметического дефекта Б. сердечно-легочная недостаточность В. симптом «парадоксального вдоха»	Б
1680.	Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить: А. пиурию Б. альбуминурию В. микрогематурию Г. макрогематурию Д. оксалатурию Е. все перечисленное Ж. ничего из перечисленного	Г
1681.	Основной клинический признак атрезии прямой кишки со свищем в мочевую систему: А. моча окрашенная меконием в момент начала мочеиспускания, Б. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта	В

	мочеиспускания, В. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания, последние порции окрашены более интенсивной сопровождаются отхождением газов.	
1682.	Какой из перечисленных пороков развития относится к обструктивным уropатиям?: А. мультыкистоз, Б. гипоплазия, В. гидронефроз, Д поликистоз	В
1683.	Гидронефроз, это А. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы, Б. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника, В. каликопиелозэктазия, Г. наличие кисты в паренхиме почки	А
1684.	Причиной гидронефроза является: А. стеноз устья мочеточника Б. нарушение оттока мочи на уровне пиелоуретрального сегмента В. нейромышечная дисплазия мочеточника	Б
1685.	Гидронефроз у новорожденных наиболее часто проявляется: А. пиелонефритом Б. симптомом пальпируемой опухоли в брюшной полости В. болевым симптомом	Б
1686.	Основным признаком гидронефроза считают: А. наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника. Б. признаки нарушения сократительной способности лоханки. В. признаки вторичного пиелонефрита. Г. истончение паренхимы. Д. признаки снижения почечного кровотока	А
1687.	Микционная цистоуретрография является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме: А. пузырно-мочеточникового рефлюкса	Д

	Б. рефлюксирующего уретерогидронефроза В. стеноза шейки мочевого пузыря Г. стеноза уретры у девочек Д. нефроптоза	
1688.	Мультикистозная дисплазия почки, это: А. замещение участка почки многокамерной кистой, не сообщающейся с лоханкой Б. одна очка замещена кистозными полностями В. две почки замещены кистозными полостями	Б
1689.	Постоянное капельное недержание мочи у ребенка на фоне нормального мочеиспускания характерно для: А. тазовой дистопии почки Б. неполного удвоения почки В. стеноза уретры Г. эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек Д. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря	Г
1690.	УЗИ является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме: А. нефроптоза Б. гидронефроза В. поликистоза Г. рефлюксирующего уретерогидронефроза Д. всего перечисленного	Г
1691.	Причиной рефлюксирующего мегауретера не является: А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника Б. стеноз устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. дистопия устья мочеточника Д. пузырно-мочеточниковый рефлюкс	Б
1692.	Причиной нерефлюксирующего мегауретера является: А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника Б. дистопия устья мочеточника	А

	В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника	
1693.	Причиной нерефлюксирующего мегауретера является: А.пузырно-мочеточниковый рефлюкс; Б. дистопия устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника; Д. стеноз устья мочеточника	Д
1694.	Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при: А.цистоскопии Б. экскреторной урографии В. микционной цистоуретрография Г урофлуометрии Д. цистометрии	В
1695.	Ведущим симптомом нефроптоза у детей является: А. нарушение мочеиспускания Б. болевой симптом В. энурез Г. поллакиурия	Б
1696.	Экскреторная урография противопоказана при: А. остром пиелонефрите Б. травме почки В. почечной колике Г. анурии Д. макрогематурия	Г
1697.	Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для: А. удвоения почки Б. гидронефроза В. нефроптоза Г. разрыва почки	Г
1698.	Из перечисленных аномалий развития почек к аномалиям структуры относится: А. дистопия почки Б. мультикистоз почки	Б

	В. подковообразная почка Г. удвоение почки Д. S-образная почка Е. гидронефроз	
1699.	Какой из перечисленных пороков развития почки, как правило, является двусторонним: А. мультикистоз Б. гипоплазия В. гидронефроз Д. поликистоз	Д
1700.	Основное отличие поясничной дистопии почки от нефроптоза состоит: А. в отсутствии по УЗИ подвижности почки, Б. в поясничном положении почки, В. в эхографических признаках ротации почки. Г. в расширении мочеточника опущенной почки. Д. в наличии почки в поясничном отделе при положении пациента стоя.	Д
1701.	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-лоханочной системы, Д. расширение чашечно-лоханочной системы	А
1702.	Основным эхографическим признаком мультикистоза почки у детей является: А. увеличение в размерах одной из почек. Б. полное замещение кистами одной из почек, В. выявление в паренхиме отдельных кистозных включений, Г. деформация чашечно-лоханочной системы, Д. расширение чашечно-лоханочной системы	Б
1703.	Для гиперрефлекторного мочевого пузыря характерно: А. задержка мочеиспускания Б. императивные позывы к мочеиспусканию В. редкое мочеиспускание Г. затрудненное мочеиспускание	Б
1704.	8. Для гипорефлекторного мочевого пузыря характерно: А. задержка мочеиспускания Б. императивные позывы к мочеиспусканию, В. редкое мочеиспускание Г. затрудненное мочеиспускание	В
1705.	Варикоцеле у детей возникает в возрасте : А. до 3-х лет Б. до 9-10 лет В. после 9-10 лет	В
1706.	Назовите симптомы варикоцеле: А. уменьшенное в размерах яичка	В

	Б. гиперемия мошонки В. симптом «дождевых червей» Г. урчание при пальпации	
1707.	Лечение варикоцеле: А. оперативное при любой степени; Б. консервативное при I степени; В. оперативное только при II – III степени	А
1708.	Причиной возникновения паховой грыжи является: А. повышение внутрибрюшного давления Б. незаращение влагалищного отростка В. нарушением лимфооттока. Г. расширенное наружное паховое кольцо	Б
1709.	Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается: А. к 28 неделе внутриутробного развития Б. к рождению ребенка В. к 1-му году Г. к 2-3 –м годам Д. к 3-м годам.	В
1710.	Симптом «урчания» характерен для: А. ущемленной паховой грыжи Б. для водянки оболочек яичка В. для неосложненной пахово-мошоночной грыжи	В
1711.	Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является: А. тошнота и рвота Б. периодически появляющееся эластичное выпячивание в пховой области В. боли в животе Г. постоянное эластичное выпячивание в пховой области	Б
1712.	Неосложненная пахово-мошоночная грыжа характеризуется:	

	А. симптомом урчания при вправлении, сужением наружного пахового кольца, положительным симптомом «кашлевого» толчка Б. симптомом просвечивания при диафаноскопии, симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка расширением наружного пахового кольца В. симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка, расширением наружного пахового кольца.	В
1713.	Выберите симптом, характерный для ущемленной пахово-мошоночной грыжи А. симптом «урчания» при вправлении Б. симптом «кашлевого толчка» В. невозможность вправления Г. увеличение мошонки в размерах Д. симптом «дождевых червей»	В
1714.	Показанием к плановому оперативному лечению при паховой грыже является: А. возраст ребенка Б. опасность ущемления	Б
1715.	Ущемленную паховую грыжу необходимо дифференцировать с: А. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом, орхоэпидидимитом Б. ущемлением яичка в паховом канале при крипторхизме, остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом В. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом	В
1716.	Консервативное вправление ущемленной паховой или пахово-мошоночной грыжи противопоказано во всех случаях, кроме: А. при давности ущемления более 8-12 часов Б. у девочек Б при наличии гиперемии кожи в области грыжевого выпячивания Г. давность ущемления не известна Д. у мальчиков, при ущемлении не более 8-12 часов	Д
1717.	Острый специфический орхит у детей:	

	А. является редким заболеванием Б. частым заболеванием	А
1718.	Орхиты у детей чаще встречаются: А. первичные Б. вторичные	Б
1719.	Лечение вторичного орхита: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии	В
1720.	Лечение первичного орхита: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии	В
1721.	В этиологии острых заболеваний яичка у детей основное место занимает: А. механические факторы Б. незаращение влагалищного отростка В. инфекция	А
1722.	Синдром «отечной мошонки» включает все, кроме: А. увеличение мошонки в размерах Б. отек мягких тканей В. гиперемия кожи Г. боль Д. отсутствие болевого симптома	Д
1723.	Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме: А. перекрут гидатиды Б. заворот яичка В. водянка оболочек яичка	В

	Г. травма органов мошонки Д. идиопатический инфаркт яичка	
1724.	Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме: А. острое поражение гидатиды Б. тромбоз сосудов семенного канатика В. орхоэпидидимит Д. варикоцеле	Д
1725.	При остром поражении гидатиды яичка возникает осложнение: А. водянка оболочек яичка Б. орхит В. нарушение кровообращения в яичке	Б
1726.	Из всех перечисленных симптомов для заворота яичка в первые 1-2 часа патогномичным является: А. яичко болезненное при пальпации, снижение кремастерного рефлекса Б. яичко болезненное при пальпации, отек мошонки В. яичко болезненное при пальпации, подтянуто к корню Г. яичко болезненное при пальпации, увеличено в размерах	В
1727.	Водянка оболочек яичка у детей до 1,5 – 2-х лет обусловлена: А. повышенным внутрибрюшным давлением; Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем В. незаращением влагалищного отростка Г. травмой пахово-мошоночной области	Б
1728.	Водянка оболочек яичка у детей после 2-х лет обусловлена: А. повышенным внутрибрюшным давлением Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем В. незаращением влагалищного отростка Г. травмой пахово-мошоночной области	В
1729.	Для несообщающейся водянки оболочек яичка характерно:	

	А. увеличение мошонки в размерах отек мягких тканей, боль Б. отек мягких тканей, боль В. увеличение мошонки в размерах	В
1730.	При каких заболеваниях необходима срочная операция? А. паховая грыжа Б. киста семенного канатика В. ущемление паховой грыжи Г. варикоцеле	В
1731.	Консервативные мероприятия по вправлению ущемленной паховой грыжи показаны: А. если давность ущемления неизвестна; Б. при ущемлении более 8-12 часов; В. при наличии местных признаков воспаления; Г. у девочек; Д. у новорожденных и детей раннего возраста, если давность ущемления не более 12 часов.	Д
1732.	Остро возникшую кисту семенного канатика дифференцируют с: А. ущемленной паховой грыжей Б. острым лимфаденитом В. с паховым крипторхизмом	А
1733.	Ненапряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует: А. экстренного оперативного лечения Б. оперативного лечения в плановом порядке В. пункция оболочек яичка Г. наблюдение в динамике Д. гормональная терапия	Г
1734.	При напряженной водянке оболочек яичка у ребенка в возрасте 6 месяцев показано: А. наблюдение Б. оперативное лечение в экстренном порядке	Г

	В. оперативное лечение в плановом порядке Г. пункция оболочек яичка Д. физиопроцедуры	
1735.	Ненапряженная водянка оболочек яичка у детей 2 х лет требует: А. экстренного оперативного лечения Б. оперативного лечения в плановом порядке В. пункция оболочек яичка Г. наблюдение в динамик Д. гормональная терапия	Б
1736.	Задержка яичка на пути следования в мошонку называется: А. истинный крипторхизм Б. эктопия яичка В. ложный крипторхизм	А
1737.	Полным недержанием мочи сопровождается: А. тотальная эписпадия, Б. промежностная гипоспадия. В. клапан уретры.	А
1738.	Для экстрофии мочевого пузыря характерно: А. отсутствие участка передней брюшной стенки, недоразвитие половых органов, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза; Б. отсутствие участка передней брюшной стенки, отсутствие передней стенки мочевого пузыря, тотальная эписпадия, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза; В. недоразвитие мочевого пузыря, деформация половых органов, постоянное недержание мочи, врожденный вывих бедра	А
1739.	Причиной инфравезикальной обструкции из перечисленного является: А. стеноз устья мочеточника; Б. клапан, стеноз уретры; В. стеноз пиелоуретрального	Б
1740.	Основными жалобами инфравезикальной обструкции являются: А. гематурия, боли при мочеиспускании, периодическое недержание	Б

	мочи; Б. затрудненное мочеиспускание, периодическое недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, в анализах мочи лейкоцитурия; В. атрудненное мочеиспускание, , в анализах мочи лейкоцитурия	
1741.	Гипоспадия, это: А. отсутствие верхней стенки уретры Б. недоразвитие полового члена; В. отсутствие нижней стенки уретры; Г. искривление полового члена	В
1742.	Для мошоночной формы гипоспадии характерно: А. половой член недоразвит, наружное отверстие уретры открывается на уровне мошонки, которая расщеплена и напоминает большие половые губы; Б. половой член похож на гипертрофированный клитор, мошонка расщеплена, отверстие уретры открывается на промежности; В. половой член похож на гипертрофированный клитор, отверстие уретры открывается у корня мошонки.	Б
1743.	Эписпадия, это: А. отсутствие верхней стенки уретры Б. недоразвитие полового члена; В. отсутствие нижней стенки уретры; Г. искривление полового члена	А
1744.	Показание к оперативному лечению является: А. головчатая форма; Б стволовая форма; В. мошоночная форма; Г. промежностная форма; Д. гипоспадия без гипоспадии; Е. любая форма	Е
1745.	Фимоз, это:	

	А. сужение крайней плоти; Б. это воспаление крайней плоти; В. недоразвитие крайней плоти, Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.	А
1746.	Причиной фимоза не является: А. гипертрофия крайней плоти; Б. перенесенный баланопостит; В. насильственное оттягивание крайней плоти за головку полового члена.	В
1747.	Парафимоз, это: А. сужение крайней плоти; Б. это воспаление крайней плоти и головки полового члена; В. недоразвитие крайней плоти, Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.	Г
1748.	Баланопостит, это: А. воспаление крайней плоти и головки полового члена; Б. воспаление крайней плоти В. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.	А
1749.	Доврачебная помощь при ранах включает: А. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение антибиотиков Б. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация В. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация, введение антибиотиков, введение антирабической сыворотки, иммобилизация	Б
1750.	Ранней хирургической обработкой раны считают, если рана обработана после травмы: А. до 6 часов Б. до 24 часов	Б

	В. в первые двое суток	
1751.	Противопоказанием к первичной хирургической обработке раны является: А. загрязнение Б. инфицирование В. разможенные края	Б
1752.	13. В течении раневого процесса выделяют: А. 2 фазы Б. 3 фазы, В. 4 фазы	Б
1753.	Ушиб, это: А. закрытое повреждение мягких тканей или органов без нарушения анатомической целостности Б. закрытое повреждение мягких тканей или органов с нарушением анатомической целостности	А
1754.	При глубоких степенях отморожения конечности первая помощь состоит в: А. погружении в теплую воду В. наложении термоизолирующей повязки, введение сосудорасширяющих средств Г. погружении в теплую воду, введение сосудорасширяющих средств Д. растирании снегом, шерстью, футлярной новокаиновой блокаде. Е. наложении масляно-бальзамической повязки после растирания	В
1755.	Выберите последовательность фаз в течении ожоговой болезни: А. острая токсемия, септикопиемия, ожоговый шок, реконвалисценция Б. септикопиемия, острая токсемия, ожоговый шок, реконвалисценция В. ожоговый шок, острая токсемия, септикопиемия, реконвалисценция.	В
1756.	Для ожога I степени характерны местные симптомы: А. гиперемия кожи в области поражения, отек	Б

	Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции	
1757.	Для ожога II степени характерны местные симптомы: А. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом, нарушение функции Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью болевой симптом, нарушение функции В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы	Б
1758.	Для ожога III степени характерны: А.. гиперемия кожи в области поражения, отечность, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. отечность, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Г. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы. поражение фасций и мышц	В
1759.	Сколько мышечков у плечевой кости? А. один Б. два В. три	Б
1760.	Укажите на причину родовых повреждений: А. дислокация плаценты; Б. дискоординация рододой деятельности; В. реанимация плода, родившегося в асфиксии; Г. порок развития матки;	Б
1761.	Для детей младшего возраста не характерен: А. поднадкостничный перелом	Г

	Б. остеопифизеолиз В. подвывих головки лучевой кости Г. оскольчатый перелом Д. эпифизеолиз Е. апофизеолиз	
1762.	Типичные для детского возраста переломы костей обусловлены следующими анатомическими особенностями, кроме: А. эластичность и гибкость длинных трубчатых костей Б. низкой минерализацией костей В. обильностью кровоснабжения надкостницы и ее высокой прочностью Г. наличия эпифизов, соединенных с метафизами широкой эластичной ростковой зоной Д. автономностью кровоснабжения (эпифиз, диафиз, метафиз)	Д
1763.	Необходимо ли рентгенографическое исследование при наличии всех клинических признаков перелома кости? А. да Б. нет	А
1764.	Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерно: А. крепитация, отсутствие движения в локтевом суставе Б. отсутствие движения в локтевом суставе, деформация локтевого сустава В. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья Г. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья. деформация локтевого сустава	В
1765.	Для поднадкостничного перелома длинных трубчатых костей у детей характерны: А. боль, деформация конечности, потеря функции; Б. боль, деформация конечности, потеря функции, местное повышение температуры; В. боль, отек мягких тканей, потеря функции; местная гиперемия кожи;	В

	Г. боль., гематома мягких тканей. потеря функции..	
1766.	Укажите клинические признаки поперечного перелома диафиза бедренной кости без смещения отломков: А. локальная болезненность, нарушение функции, деформация, гематома, патологическая подвижность, крепитация Б. локальная болезненность, деформация, выраженный сосудистый рисунок, удлинение бедра, крепитация В. локальная болезненность, гематома, деформация, патологическая подвижность, укорочение бедра	А
1767.	Травматические вывихи костей у детей встречаются: А. редко; Б. часто; В. не встречаются.	А
1768.	Укажите основные симптомы травматического вывиха бедренной кости: А. боль в тазобедренном суставе, потеря функции, вынужденное положение конечности Б. потеря функции, абсолютное укорочение конечности В. нарушение оси конечности, боль в тазобедренном суставе	А
1769.	Укажите показания к оперативному лечению при переломе диафиза бедренной кости: А. смещение по длине Б. интерпозиция тканей В. поперечное смещени	Б
1770.	Укажите объём транспортной иммобилизации при переломе костей голени - от конца пальцев и до: А. верхней трети голени, Б. средней трети бедра, В. верхней трети бедра.	Б
1771.	Для определения типа перелома кости у ребенка необходимо : А. сделать общий анализ крови Б. определить локальную болезненность	Г

	В. выявить патологическую подвижность Г. выполнить рентгенографию места повреждения в 2-х проекциях	
1772.	Какому методу отдать предпочтение при лечении перелома бедра со смещением отломков у ребенка до двух лет? А. клеевое вытяжение по Шеде Б. одномоментная ручная репозиция В. скелетное вытяжение Г. интрамедуллярный остеосинтез.	А
1773.	Вынужденное положение «лягушки» характерно: А. для перелома крыла подвздошной кости, Б. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения, В. при переломе обеих донных и седалищных костей, Г. при отрывном переломе седалищного бугра	В
1774.	При падении с высоты на ноги может произойти перелом: А. крестца Б. лонной кости В. костей вертлужной впадины	В
1775.	Симптом «прилипшей пятки» определяется при переломе: А. седалищной кости Б. лонной кости В. подвздошной кости	А
1776.	Какие отделы позвонка чаще повреждаются при непрямом механизме травмы? А. дуги Б. отростки В. тела	В
1777.	Как транспортируют больных с подозрением на травму позвоночника? А. своим ходом Б. лёжа на спине	Б

	В. в положении «лягушки»	
1778.	Симптом осевой нагрузки на позвоночник проверяют в положении больного: А. сидя Б. стоя В. лёжа	В
1779.	Компрессионный перелом тела позвонка происходит при: А. падении на спину Б. избыточном сгибании позвоночника В. напряжении мышц спины	В
1780.	Укажите ведущие клинические симптомы при неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы: А. локальная болезненность, деформация позвоночника Б. локальная болезненность, затрудненное дыхание В. болезненность осевой нагрузки, деформация позвоночника Г. нарушение функции тазовых органов	Б
1781.	Основным методом диагностики эпи- и субдуральной гематомы является: : А. механизм травмы и анамнез заболевания, Б. неврологическая симптоматика, В. рентгенография черепа в двух проекциях, Г. КТ, МРТ, Д. .эхоэнцефалография,	Г
1782.	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является: А. потеря сознания, Б. очаговая неврологическая симптоматика, В. многократная рвота, Г. ото-рино-ликворея.	Г
1783.	Светобоязнь, головную боль, лихорадку, неукротимую рвоту, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы	А

	натяжения относят к: А. менингеальным симптомам Б. общемозговым симптомам В. локальным симптомам Г. стволовым симптомам	
1784.	Назовите клинический синдром сотрясения головного мозга у детей: А. кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия Б. потеря сознания через 2-3 часа и более после травмы, анизокория, очаговая симптоматика В. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота Г. глубокая кома после травмы.	А
1785.	Укажите вид ЧМТ с характерным «светлым промежутком»: А. сотрясение головного мозга; Б. ушиб головного мозга; В. внутричерепная гематома.	В
1786.	Назовите симптомокомплекс односторонней эпи- или субдуральной гематомы: А. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия Б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки В. «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности Г. общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры тела	В
1787.	Осмотр ортопедического больного старше года проводят: А. лежа Б. стоя В. сидя	Б
1788.	Нарушения оси конечности не могут быть во: А. фронтальной плоскости	В

	Б. сагитальной плоскости В. в горизонтальной	
1789.	Искривление оси конечности к наружи называется: А. вальгусная деформация Б. варусная деформация	Б
1790.	Искривление оси конечности под углом, открытым кзади называется: А. антекурвация Б. рекурвация	А
1791.	Симптом Александрова, это: А. болезненность мягких тканей при пальпации Б. толщина кожной складки В. толщина подкожно-жирового слоя	Б
1792.	Во фронтальной плоскости производятся следующие движения в суставах: А. отведение. сгибание Б. отведение, разгибание В..сгибание. разгибание Г. отведение, приведение	Г
1793.	Супинация, это: А. наружная ротация в суставе Б. внутренняя ротация в суставе	А
1794.	Измерение объема активных и пассивных движений в суставах определяют: А. с помощью линейки Б. с помощью угломера В. визуально	Б
1795.	Относительная длина нижней конечности измеряется от: А. головки бедренной кости до нижнего края внутренней лодыжки Б. верхней передней подвздошной ости до нижнего края внутренней лодыжки	Б

1796.	Абсолютная длина верхней конечности измеряется от: А. вершины акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости Б. середины головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости В. от акромиального отростка до локтевого или наружного надмыщелка плечевой кости, длина предплечья – от локтевого отростка до шиловидного локтевой кости	В
1797.	Ось верхней конечности в норме проходит через: А. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку локтевой кости Б. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости В. центр головки плечевой кости, наружный мыщелок плечевой кости и головку локтевой кости	А
1798.	Укажите признаки врожденной косолапости: А. супинация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы Б. пронация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы В. супинация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы Г пронация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы	В
1799.	Для 1-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозма	А
1800.	Для 2-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены,	Б

	коррекция деформации руками невозможна	
1801.	Для 3-ей степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна	В
1802.	Лечение врожденной косолапости у новорожденных включает: А. корригирующие упражнения, массаж Б. корригирующие упражнения, массаж, бинтование по Финку - Эттингену В. корригирующие упражнения, массаж, этапные гипсовые повязки	Б
1803.	Лечение врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками показано А. с момента рождения Б. с 2-х недель жизни В. с 1-2 -х месяцев жизни Г. с 3-месяцев	Б
1804.	Оперативное лечение врожденной косолапости проводится в сроки: А. в период новорожденности Б. в 6 месяцев В. 1-2 года Г. 3-7 лет Д. 7 -10 лет Е. не имеет значения	Г
1805.	Плоскостопие, это результат: А. родовой травмы; Б. порока развития стоп и нарушение иннервации; В. неправильной обуви.	Б

1806.	Для профилактики плоскостопия применяют: А. супинаторы; Б. солевые ванны; В. диету.	А
1807.	Укажите сроки, в которые обычно исчезает симптом Маркса-Ортолани: А. в первые 10 дней жизни Б. в первые 2-3 нед. жизни В. в 3 месяца Г. к концу первого года жизни	А
1808.	Причиной врожденного вывиха бедра является: А. родовая травма Б. задержка развития тазобедренного сустава и окружающих тканей В. порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей Г. неблагоприятные факторы во время беременности	В
1809.	Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является: А. ограничение отведения бедер Б. симптом Маркса – ортолани В. укорочение ножки Г. асимметрия кожных складок Д. наружная ротация ножки	А
1810.	Для врожденного вывиха бедра характерны все симптомы, кроме: А. соскальзывания Б. ограничения отведения бедер В. асимметрии кожных складок Г. относительного укорочения конечности Д. хромоты Е. низведения конечности Ж. абсолютного укорочения конечности	Ж
1811.	Выберите метод лечения врожденной дисплазии тазобедренного	

	сустава до месячного возраста: А. одномоментное вправление Б. шина Волкова В. подушка Фрейка Г. оперативное вправление.	В
1812.	Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является: А. ультразвуковой Б. рентгенологический В. клинический	Б
1813.	Назовите причину возникновения положительного симптома Тренделенбурга при врожденном вывихе бедра: А. укорочение нижней конечности Б. отсутствие опоры для головки бедра В. слабость ягодичных мышц	В
1814.	Для симптома Тренделенбурга характерно: А. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в противоположную, сколиоз Б. опущение ягодичной складки на здоровой стороне, перекос таза в противоположную, сколиоз В. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в здоровую сторону, сколиоз	Б
1815.	Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 3 месяцев до 1 года: А. консервативное Б. оперативное В. консервативное. при неэффективности консервативной терапии	А
1816.	Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития: А. трапециевидной мышцы Б. кивательной мышцы В. подключичной мышцы	Б
1817.	Выберите характерный признак мышечной кривошеи:	

	А. наклон головы кпереди Б. наклон головы кзади В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую Г. наклон головы в больную сторону с поворотом в больную	В
1818.	Начальные симптомы мышечной кривошеи проявляется:: А. сразу после рождения Б. на 3-5-й день жизни В. на 10-14 – й день жизни В. в 2-месяца Г. после 3-х месяцев	Б
1819. 373	Лечение врожденной мышечной кривошеи: А. только консервативное Б. только оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	В
1820.	Оперативное лечение мышечной кривошеи при неэффективности консервативной терапии показано в возрасте: А. до 5 месяцев Б. в 1 год Б. в 2-3 года Г. в 3 -4 года	Г
1821.	Абсолютным показанием к оперативному лечению врожденной мышечной кривошеи является: А. нарастающая асимметрия лица и шеи Б. нарушение осанки В. нарушение остроты зрения Г. стробизм сходящийся и расходящийся Д нарушение осанки и остроты зрения	А
1822.	Какой процесс лежит в основе остеохондропатий? А. асептический некроз Б. воспаление	А

	В. травма	
1823.	Болезнь Пертеса – это поражение: А. ладьевидной кости Б. головки бедренной кости В. бугристости большеберцовой кости	Б
1824.	При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является: А. слабость мышечного каркаса Б. асимметрия уровней углов лопаток В. круглая спина Г. торсия позвонков Д. асимметрия треугольников талии	Г
1825.	Сколиотическую дугу определяют методом: А. Кобба Б. Хильгенрейнера В. Пути	А
1826.	Онкология	
1827.	Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение: А. мезенхимальное; Б. эпителиальное.	А
1828.	Для детского возраста типичны солидные опухоли: А. эпителиальные раки Б. саркомы	Б
1829.	Гетеропластические опухоли: А. образуются в результате нарушения формообразовательных процессов при развитии тканей и органов в период эмбриогенез Б. в результате воздействия экзогенных и эндогенных факторов В. возникают из дистопированных клеток	В

	Г. из тканей собственно средостения	
1830.	Укажите возраст особо интенсивного роста гемангиом: А. первое полугодие жизни Б. второе полугодие жизни В. от 2 до 5 лет	А
1831.	Из всего перечисленного лимфангиомы чаще локализуются в области: А. конечностей Б. подмышечной впадине В. спины Г. шеи Д. головы	Г
1832.	Лечение лимфангиом в основном: А. гормональное Б. склеротерапией В. хирургическое Г. пункционное	В
1833.	Гемангиомы не лечат: А. гормонами Б. полихимиотерапией В. короткофокусной рентгенотерапией Г. криотерапией	Б
1834.	При гемангиомах встречается синдром: А. Беквита – Видемана Б. Казабаха – Мерита В. Синдром асплении Ивемарка.	Б
1835.	Дермоиды чаще встречаются в области: А. крестцово-копчиковой Б. надбровной, височной	Б

	В. грудино-ключично-сосцевидной мышцы	
1836.	Аденома сальных желез чаще возникает: А. у новорожденных Б. в возрасте 3-4 лет В. в возрасте 5-6 лет Г. в период полового созревания	Г
1837.	Для целиндромы характерно: А. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация - области спины, конечностей; возраст до 3-х лет Б. рассеянные плотные узлы; локализация - область головы, лица; возраст до 10 лет В. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация – область головы, лица; возраст до 10 лет	В
1838.	Липома, это: А. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, не имеющая капсулу Б. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, имеющая капсулу	Б
1839.	Крестцово-копчиковую тератому дифференцируют с: А. лимфангиомой Б. спинно-мозговой грыжей В. дермоидной кистой Г. со всем перечисленным Д. ни с чем из перечисленного	Г
1840.	При подозрении на меланому, показано: А. биопсия Б. наблюдение В. удаление в пределах здоровых тканей	В
1841.	Большинство опухолей грудной клетки у детей исходят из: А. легких	Б

	Б. средостения В. из мягких тканей	
1842.	Неосложненную крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: А. до 1 месяца Б. до 3-х месяцев В.. после года Г. после 3-х лет	Б
1843.	Для тератом характерна локализация: А. переднее средостение Б. заднее средостение В. брюшная полость.	Б
1844.	Для тератом характерна локализация: А. головной мозг Б. яичник В. заднее средостение	Б
1845.	Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют: А. рентгенографию Б. комплекс обследований (УЗИ, рентгенографию, КТ.МРТ) В. морфологическое исследование ткани опухоли	В
1846.	Из нейрогенных опухолей не злокачественной является: А. симпатобластома Б. ганглионеврома В. симпатогониома Г. ганглионейробластома	Б
1847.	Для нейробластом характерна локализация: А. брюшная полость Б. забрюшинное пространство В. малый таз	Б

	Г. конечности	
1848.	Первыми жалобами при нефробластоме являются: А. боли в поясничной области, изменение цвета мочи Б. капризность, повышенная утомляемость, симптом пальпируемой опухоли В. нарушение мочеиспускания, гипертермия, снижение аппетита, бледность кожных покровов, увеличение живота в размерах	Б
1849.	Для гепатобластомы характерен возраст: А. первые месяцы жизни Б. 2-5 лет В. 6-9 лет Г. 10-15 лет	Б
1850.	Для остеогенной саркомы наиболее характерна локализация: А. диафиз длинных трубчатых костей Б. метафиз длинных трубчатых костей В. плоские кости	Б
1851.	Саркома Юинга, это опухоль: А. остеогенного происхождения Б. опухоль из клеток костного мозга В. из надкостницы	Б
1852.	Причиной возникновения болевого синдрома при саркоме Юинга является: А. повышение внутрикостного давления Б. вовлечение в процесс надкостницы В. прорастание опухоли надкостницы	А
1853.	Характер боли при остеогенной саркоме: А. распирающий Б. режущий В. ноющий Г. колющий	В

1854.	Для саркомы Юинга характерна локализация: А. диафиз длинных трубчатых костей Б. метафиз длинных трубчатых костей	А
1855.	При остеогенной саркоме первым симптомом является: А. нарушение функции Б. появление боли при физической нагрузке и ночные В. постоянные ноющие боли Г. видимое появление опухоли	Б
1856.	Рентгенологическим симптомом остеогенной саркомы является: А. склерозирование костно-мозгового канала Б. симптом «козырька» В. «луковичный» периостит	Б
1857.	Рентгенологическим симптомом саркомы Юинга является: А. склерозирование костно-мозгового канала Б. симптом «козырька» В. «луковичный» периостит	В
1858.	Оценку биологической активности нейрогенной опухоли производят по: А. реакции Абелева –Татаринова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	Б
1859.	Для нейробластом характерна локализация: А. переднее средостение Б. заднее средостение	Б
1860.	Оценку биологической активности тератоидной опухоли производят по: А. реакции Абелева –Татаринова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	А
1861.	Для остеобластокластомы е характерно: А. поражение метаэпифиза; Б. поражение метадиафиза;	А

	В. поражение диафиза	
1862.	Большинство опухолей грудной клетки исходят из: А. легких Б. средостения В. из мягких тканей.	Б
1863.	Зрелые опухоли, это опухоли из: А. дифференцированных клеток Б. недифференцированных клеток В. малодифференцированных	А
1864.	Бронхогенные кисты происходят из: А. из трахеи Б. из передней кишки В. из хорды	Б
1865.	Типичным проявлением опухолей средостения у детей до 2-х лет является: А. дисфагия Б. синдром дыхательных расстройств В. сердечно-сосудистая недостаточность	Б
1866.	Признаки миастении характерны для: А. тератом переднего средостения Б. тимомы В. для кисты тимуса Г. для липомы вилочковой железы	Б
1867.	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия	
1868.	Наиболее достоверным признаком клинической смерти является: А. патологические ритмы дыхания, судороги, цианоз; Б. отсутствие сознания; В. расширение зрачков;	Д

	Г. отсутствие зрачкового рефлекса; Д. отсутствие АД, сердечных тонов и пульса на сонных артериях.	
1869.	Показаниями к сердечно-легочной реанимации являются: А. отсутствие пульса и АД, цианоз; Б. остановка дыхания; В. отсутствие сознания; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
1870.	Критериями эффективности закрытого массажа сердца являются все перечисленное, за исключением: А. цвета кожи лица и слизистых; Б. появления пульса на сонной артерии и лучевой артерии; В. сужение зрачков; Г. АД - 80-90 мм рт. ст.; Д. восстановление дыхания.	Д
1871.	Эндотрахеально можно вводить следующие препараты, кроме: А. норадреналин; Б. адреналин; В. лидокаин; Г. атропин; Д. изадрин.	А
1872.	Дозировка «вслепую» бикарбоната натрия при остановке сердца составляет: А. первое введение 1 мэкв/кг; Б. первое введение 2 мэкв/кг; В. повторные введения 0,5 мэкв/кг каждые 10 мин; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.	Г
1873.	Показаниями к закрытому массажу сердца являются: А. остановка дыхания;	Б

	Б. остановка сердца, фибриляция желудочков; В. отсутствие сознания; Г. верно А и Б.	
1874.	Медикаментозные препараты для сердечно-лёгочной реанимации: А. тиопентал натрия, лидокаин, фуросемид; Б. сердечные гликозиды, хлорид калия, глюкокортикоидные гормоны; В. адренилин, атропин, гидрокарбонат натрия, лидокаин; Г. атропин, лидокаин, фуросемид.	В
1875.	Оценка эффективности проводимых реанимационных мероприятий: А. сужение зрачков, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки; Б. сухость склер глазных яблок, расширение зрачков; В. улучшение цвета кожных покровов, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки.	А
1876.	В терапии травматического шока первоначальные усилия направляются: А. на восстановление газообмена и ОЦК; Б. на коррекцию КОС и ВЭБ; В. на обезболивание; Г. все ответы правильны; Д. верно только А и В.	Д
1877.	На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении: А. на черепно-мозговую травму; Б. на переломы таза; В. на переломы бедра; Г. на компрессионные переломы позвоночника.	А
1878.	При определении площади ожогов, не имеющих сплошной поверхности, удобнее пользоваться: А. правилом ладони»; Б. «правилом девяток»; В. индексом Франка.	А

1879.	Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления: А. до 100 мм рт. ст.; Б. до 80-90 мм рт. ст.; В. до 60-70 мм рт. ст.; Г. до 40-50 мм рт. ст.; Д. до 30-20 мм рт. ст.	В
1880.	При волевических нарушениях наиболее важными и доступными для определения критериями адекватности инфузионно-трансфузионной терапии являются: А. нормализация цвета кожных покровов, градиента температуры, диуреза; Б. гемодинамические показатели: АД, ЧСС, ЦВД; В. показатели состава крови, метаболизма, коагулограмма; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
1881.	Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие: А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости; Б. потери симпатического тонуса; В. высвобождения простагландина; Г. брадикардии; Д. всего перечисленного.	А
1882.	Лечение анафилактического шока включает использование: А. адреналина; Б. антигистаминных препаратов; В. йроплегиков; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
1883.	Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является: А. дефицит гемоглобина;	Б

	Б. гиповолемия; В. гипопроотеинемия; Г. коагулопатия; Д. дефицит фибриногена.	
1884.	Фетальный гемоглобин: имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина; А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.; Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого; В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л; Г. никогда не обнаруживается у взрослых.	Б
1885.	На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении: А. на черепно-мозговую травму; Б. на переломы таза; В. на переломы бедра; Г. на компрессионные переломы позвоночника.	А
1886.	Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления: А. до 100 мм рт. ст.; Б. до 80-90 мм рт. ст.; В. до 60-70 мм рт. ст.; Г. до 40-50 мм рт. ст.; Д. до 30-20 мм рт. ст.	В
1887.	Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие: А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости; Б. потери симпатического тонуса; В. высвобождения простагландина; Г. брадикардии;	А

	Д. всего перечисленного.	
1888.	Лечение анафилактического шока включает использование: А. адреналина; Б. антигистаминных препаратов; В. йроплегиков; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
1889.	Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является: А. дефицит гемоглобина; Б. гиповолемия; В. гипопроteinемия; Г. коагулопатия; Д. дефицит фибриногена.	Б
1890.	Фетальный гемоглобин: имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина; А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.; Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого; В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л; Г. никогда не обнаруживается у взрослых.	Б
1891.	Новорожденный ребенок не в состоянии поддерживать температуру тела с помощью одного из ниженазванных механизмов: А. вазоконстрикции; Б. дрожи; В. мобилизации энергии из коричневых жиров; Г. выделения тироксина; Д. мышечной активности.	Б
1892.	Максимально допустимый баланс массы тела новорожденного при проведении инфузионной терапии составляет:	А

	А. 50 г; Б. 40 г; В. 30 г; Г. 20 г.	
1893.	Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности в практике интенсивной терапии детей раннего возраста является: А. гиповолемия; Б. нефротоксины; В. гемолиз; Г. пороки развития почек.	А
1894.	Концентрация калия в сыворотке: А. увеличивается при алкалозе; Б. уменьшается при ацидозе; В. увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе; Г. уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе; Д. не изменяется при ацидозе и алкалозе.	В
1895.	Основными клиническими симптомами дефицита калия являются: А. астенизация, мышечная слабость, дыхательные нарушения; Б. уплощения зубца Т и удлинения интервала P-Q и QRS; В. тоническое состояние скелетных мышц; Г. верны все ответы; Д. верно А и Б.	Д
1896.	Клиническими симптомами дефицита натрия являются: А. усталость, апатия, тошнота и рвота; Б. снижение АД, судороги; В. потеря сознания; Д. верно А и Б.	Г
1897.	При избытке натрия наблюдаются следующие клинические симптомы: А. жажда, гипертермия, отеки;	Г

	Б. судороги; В. нарушения сознания; Г. верно А и В; Д. верны все ответы.	
1898.	Клиническими симптомами гипокальциемии являются: А. гиперрефлексия, тетания; Б. боли в животе; В. снижение мышечного тонуса; Г. верно А и Б; Д. Б и В.	Г
1899.	Клиническими симптомами гипертонической дегидратации являются: А. жажда, сухость кожи и слизистых оболочек, нервно-психические нарушения; Б. полиурия; В. повышение осмолярности плазмы; Г. верны все ответы; Д. верно А и В.	Д
1900.	Клиническими симптомами изотонической дегидратации являются: А. артериальная гипотензия, гиповолемический шок, олигурия; Б. полиурия; В. апатия, замедленные реакции; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.	Г
1901.	При гипотонической дегидратации наблюдается: А. падение АД, тахикардия, олигурия; Б. напряжение глазных яблок; В. понижение осмолярности плазмы; Г. верно А и В; Д. верны все ответы.	Г

1902.	Укажите наиболее значимый путь потерь жидкости при кишечной непроходимости: А. желудочно-кишечной секреции; Б. снижение канальцевой реабсорбции; В. наружные потери (рвота, легкие, кожа); Г. гвнутренние потери (секвестрация в просвет кишечника, полость брюшины); Д. повышение температуры тела, перспирация.	Г
1903.	Для состояния гиповолемии не характерно: А. уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК); Б. снижение АД, тахикардия; В. уменьшение ударного объема и сердечного выброса (УО и СВ); Г. повышение ЦВД; Д. снижение давления наполнения левого желудочка.	Г
1904.	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Б
1905.	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Г
1906.	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия; В. гипернатриемия и гиперкалиемия; Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия;	А

	Д. гипернатриемия и гипокалиемия.	
1907.	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия; В. гипернатриемия и гиперкалиемия; Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия; Д. гипернатриемия и гипокалиемия.	В
1908.	При отравлении ребенка неизвестным ядом наиболее целесообразно промыть желудок: А. чистой водой; Б. раствором марганца; В. раствором соды; Г. водой с активированным углем.	Г
1909.	Наиболее эффективным методом дезинтоксикации при большинстве острых отравлений у детей является: А. форсированный диурез; Б. аменное переливание крови; В. перитонеальный диализ; Д. гемосорбция.	Г
1910.	Для вызывания рвоты у детей при отравлениях нельзя пользоваться: А. раствором поваренной соли; Б. раствором сухой горчицы; В. апоморфином; Г. раствором марганца.	В
1911.	Промывание желудка у ребенка с отравлением в бессознательном состоянии допустимо: А. в положении на боку с опущенной головой; Б. в положении на спине; В. после идентификации яда; Г. после интубации трахеи.	Г

1912.	При отравлении неизвестным ядом в качестве антидота следует ввести: А. не вводить; Б. унитиол; В. атропин; Г. унитиол, хромосмон, атропин.	А
1913.	Этиловый спирт применяется как антидот при отравлениях: А. инсулином; Б. амитриптилином; В. ФОС Г. этиленгликолем, метиловым спиртом; Д. тяжелыми металлами.	Г
1914.	Унитиол применяется как антидот при отравлениях: А. инсулином; Б. амитриптилином⁴ В. ФОС; Г. этиленгликолем, метиловым спиртом; Д. тяжелыми металлами.	Д
1915.	К наиболее характерным симптомам отравления атропиноподобными веществами относятся: А. саливация, бронхоспазм, сужение зрачков; Б. угнетение сознания, сужение зрачков; В. гиперемия кожи, галлюцинации, расширение зрачков; Г. тонико-клонические судороги.	В
1916.	Подберите соответствующее лекарственное средство для ребенка при отравлении морфием: А. атропин; Б. бемегрид; В. налорфин, налоксон; Г. протамин сульфат.	В

1917.	Клинические проявления отравления угарным газом включают развитие: А. двигательного возбуждения, зрительные и слуховых галлюцинаций, потери сознания, амнезии после выхода из комы; Б. депрессии дыхания, тахикардии, гипертензии, метгемоглобинемии; В. гемолиза, токсической нефропатии; Г. верны все ответы; Д. верно только А и Б.	Д
1918.	Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью: А. применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки; Б. ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей; В. применения санационной бронхоскопии, адекватной регидратации; Г. верно только А и В; Д. верны все ответы.	Д
1919.	Укажите не характерное для утопления в морской воде нарушение: А. дисритмии сердца; Б. гемолиз; В. гипотензия; Г. ателектаз; Д. судороги.	Б
1920.	У больного в периоде восстановления после перенесенного утопления в морской воде весьма вероятны клинические проявления: А. внутрилегочного шунтирования и метаболического ацидоза; Б. отека легких; В. электролитных нарушений; Г. верно А и Б; Д. верно А и В.	А

1921.	Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы А. обеспечить наилучшее лечение Б. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного В. установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родители больного, Г. все перечисленное	Г
1922.	Этические нормы врача определяются А. умениями и навыками Б. законами и приказами В. этническими особенностями региона Г. моральной ответственностью перед обществом	Г
1923.	Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то хирург должен А. отказаться от операции Б. принять решение оперировать больного В. созвать консилиум в составе анестезиолога, педиатра для решения вопроса об операции Г. предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска Д. правильно В и Г Е. правильные ответы А и Г	Д
1924.	В случаях нарушения врачебной тайны зав. отделением должен А. разобрать случай нарушения в отделении на утренней конференции Б. сообщить о нарушении администрации в любом случае В. сообщить администрации при повторном нарушении Г. на усмотрение зав. отделением - провести отдельную беседу с нарушителем Д. правильно все, кроме Б	Д

1925.	Сообщить родственникам результаты произведенной операции должен А. только оперировавший уролог Б.кто-либо из присутствующих на операции В. медсестра Г. зав. отделением	А
1926.	Компрессионный перелом тела позвонка происходит при: А. падении на спину Б. избыточном сгибании позвоночника В. напряжении мышц спины	В
1927.	Укажите ведущие клинические симптомы при неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы: А. локальная болезненность, деформация позвоночника Б. локальная болезненность, затрудненное дыхание В. болезненность осевой нагрузки, деформация позвоночника Г. нарушение функции тазовых органов	Б
1928.	Основным методом диагностики эпи- и субдуральной гематомы является: : А. механизм травмы и анамнез заболевания, Б. неврологическая симптоматика, В. рентгенография черепа в двух проекциях, Г. КТ, МРТ, Д. .эхоэнцефалография,	Г
1929.	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является: А.потеря сознания, Б.очаговая неврологическая симптоматика, В. многократная рвота, Г.ото-рино-ликворея.	Г
1930.	Светобоязнь, головную боль, лихорадку, неукротимую рвоту, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы	А

	натяжения относят к: А. менингеальным симптомам Б. общемозговым симптомам В. локальным симптомам Г. стволовым симптомам	
1931.	Назовите клинический синдром сотрясения головного мозга у детей: А. кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия Б. потеря сознания через 2-3 часа и более после травмы, анизокория, очаговая симптоматика В. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота Г. глубокая кома после травмы.	А
1932.	Укажите вид ЧМТ с характерным «светлым промежутком»: А. сотрясение головного мозга; Б. ушиб головного мозга; В. внутричерепная гематома.	В
1933.	Назовите симптомокомплекс односторонней эпи- или субдуральной гематомы: А. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия Б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки В. «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности Г. общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры тела	В
1934.	Осмотр ортопедического больного старше года проводят: А. лежа Б. стоя В. сидя	Б
1935.	Нарушения оси конечности не могут быть во: А. фронтальной плоскости	В

	Б. сагитальной плоскости В. в горизонтальной	
1936.	Искривление оси конечности к наружи называется: А. вальгусная деформация Б. варусная деформация	Б
1937.	Искривление оси конечности под углом, открытым кзади называется: А. антекурвация Б. рекурвация	А
1938.	Симптом Александрова, это: А. болезненность мягких тканей при пальпации Б. толщина кожной складки В. толщина подкожно-жирового слоя	Б
1939.	Во фронтальной плоскости производятся следующие движения в суставах: А. отведение. сгибание Б. отведение, разгибание В..сгибание. разгибание Г. отведение, приведение	Г
1940.	Супинация, это: А. наружная ротация в суставе Б. внутренняя ротация в суставе	А
1941.	Измерение объема активных и пассивных движений в суставах определяют: А. с помощью линейки Б. с помощью угломера В. визуально	Б
1942.	Относительная длина нижней конечности измеряется от: А. головки бедренной кости до нижнего края внутренней лодыжки Б. верхней передней подвздошной ости до нижнего края внутренней лодыжки	Б

1943.	Абсолютная длина верхней конечности измеряется от: А. вершины акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости Б. середины головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости В. от акромиального отростка до локтевого или наружного надмыщелка плечевой кости, длина предплечья – от локтевого отростка до шиловидного локтевой кости	В
1944.	Ось верхней конечности в норме проходит через: А. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку локтевой кости Б. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости В. центр головки плечевой кости, наружный мыщелок плечевой кости и головку локтевой кости	А
1945.	Укажите признаки врожденной косолапости: А. супинация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы Б. пронация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы В. супинация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы Г пронация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы	В
1946.	Для 1-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозма	А
1947.	Для 2-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены,	Б

	коррекция деформации руками невозможна	
1948.	Для 3-ей степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна	В
1949.	Лечение врожденной косолапости у новорожденных включает: А. корригирующие упражнения, массаж Б. корригирующие упражнения, массаж, бинтование по Финку - Эттингену В. корригирующие упражнения, массаж, этапные гипсовые повязки	Б
1950.	Лечение врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками показано А. с момента рождения Б. с 2-х недель жизни В. с 1-2 -х месяцев жизни Г. с 3-месяцев	Б
1951.	Оперативное лечение врожденной косолапости проводится в сроки: А. в период новорожденности Б. в 6 месяцев В. 1-2 года Г. 3-7 лет Д. 7 -10 лет Е. не имеет значения	Г
1952.	Плоскостопие, это результат: А. родовой травмы; Б. порока развития стоп и нарушение иннервации; В. неправильной обуви.	Б

1953.	Для профилактики плоскостопия применяют: А. супинаторы; Б. солевые ванны; В. диету.	А
1954.	Укажите сроки, в которые обычно исчезает симптом Маркса-Ортолани: А. в первые 10 дней жизни Б. в первые 2-3 нед. жизни В. в 3 месяца Г. к концу первого года жизни	А
1955.	Причиной врожденного вывиха бедра является: А. родовая травма Б. задержка развития тазобедренного сустава и окружающих тканей В. порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей Г. неблагоприятные факторы во время беременности	В
1956.	Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является: А. ограничение отведения бедер Б. симптом Маркса – ортолани В. укорочение ножки Г. асимметрия кожных складок Д. наружная ротация ножки	А
1957.	Для врожденного вывиха бедра характерны все симптомы, кроме: А. соскальзывания Б. ограничения отведения бедер В. асимметрии кожных складок Г. относительного укорочения конечности Д. хромоты Е. низведения конечности Ж. абсолютного укорочения конечности	Ж
1958.	Выберите метод лечения врожденной дисплазии тазобедренного	

	сустава до месячного возраста: А. одномоментное вправление Б. шина Волкова В. подушка Фрейка Г. оперативное вправление.	В
1959.	Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является: А. ультразвуковой Б. рентгенологический В. клинический	Б
1960.	Назовите причину возникновения положительного симптома Тренделенбурга при врожденном вывихе бедра: А. укорочение нижней конечности Б. отсутствие опоры для головки бедра В. слабость ягодичных мышц	В
1961.	Для симптома Тренделенбурга характерно: А. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в противоположную, сколиоз Б. опущение ягодичной складки на здоровой стороне, перекос таза в противоположную, сколиоз В. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в здоровую сторону, сколиоз	Б
1962.	Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 3 месяцев до 1 года: А. консервативное Б. оперативное В. консервативное. при неэффективности консервативной терапии	А
1963.	Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития: А. трапецевидной мышцы Б. кивательной мышцы В. подключичной мышцы	Б
1964.	Выберите характерный признак мышечной кривошеи:	

	А. наклон головы кпереди Б. наклон головы кзади В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую Г. наклон головы в больную сторону с поворотом в больную	В
1965.	Начальные симптомы мышечной кривошеи проявляется:: А. сразу после рождения Б. на 3-5-й день жизни В. на 10-14 – й день жизни В. в 2-месяца Г. после 3-х месяцев	Б
1966. 3	Лечение врожденной мышечной кривошеи: А. только консервативное Б. только оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	В
1967.	Оперативное лечение мышечной кривошеи при неэффективности консервативной терапии показано в возрасте: А. до 5 месяцев Б. в 1 год Б. в 2-3 года Г. в 3 -4 года	Г
1968.	Абсолютным показанием к оперативному лечению врожденной мышечной кривошеи является: А. нарастающая асимметрия лица и шеи Б. нарушение осанки В. нарушение остроты зрения Г. стробизм сходящийся и расходящийся Д нарушение осанки и остроты зрения	А
1969.	Какой процесс лежит в основе остеохондропатий? А. асептический некроз Б. воспаление	А

	В. травма	
1970.	Болезнь Пертеса – это поражение: А. ладьевидной кости Б. головки бедренной кости В. бугристости большеберцовой кости	Б
1971.	При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является: А. слабость мышечного каркаса Б. асимметрия уровней углов лопаток В. круглая спина Г. торсия позвонков Д. асимметрия треугольников талии	Г
1972.	Сколиотическую дугу определяют методом: А. Кобба Б. Хильгенрейнера В. Пути	А
1973.	Онкология	
1974.	Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение: А. мезенхимальное; Б. эпителиальное.	А
1975.	Для детского возраста типичны солидные опухоли: А. эпителиальные раки Б. саркомы	Б
1976.	Гетеропластические опухоли: А. образуются в результате нарушения формообразовательных процессов при развитии тканей и органов в период эмбриогенез Б. в результате воздействия экзогенных и эндогенных факторов В. возникают из дистопированных клеток	В

	Г. из тканей собственно средостения	
1977.	Укажите возраст особо интенсивного роста гемангиом: А. первое полугодие жизни Б. второе полугодие жизни В. от 2 до 5 лет	А
1978.	Из всего перечисленного лимфангиомы чаще локализуются в области: А. конечностей Б. подмышечной впадине В. спины Г. шеи Д. головы	Г
1979.	Лечение лимфангиом в основном: А. гормональное Б. склеротерапией В. хирургическое Г. пункционное	В
1980.	Гемангиомы не лечат: А. гормонами Б. полихимиотерапией В. короткофокусной рентгенотерапией Г. криотерапией	Б
1981.	При гемангиомах встречается синдром: А. Беквита – Видемана Б. Казабаха – Мерита В. Синдром асплении Ивемарка.	Б
1982.	Дермоиды чаще встречаются в области: А. крестцово-копчиковой Б. надбровной, височной	Б

	В. грудино-ключично-сосцевидной мышцы	
1983.	Аденома сальных желез чаще возникает: А. у новорожденных Б. в возрасте 3-4 лет В. в возрасте 5-6 лет Г. в период полового созревания	Г
1984.	Для целиндромы характерно: А. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация - области спины, конечностей; возраст до 3-х лет Б. рассеянные плотные узлы; локализация - область головы, лица; возраст до 10 лет В. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация – область головы, лица; возраст до 10 лет	В
1985.	Липома, это: А. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, не имеющая капсулу Б. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, имеющая капсулу	Б
1986.	Крестцово-копчиковую тератому дифференцируют с: А. лимфангиомой Б. спинно-мозговой грыжей В. дермоидной кистой Г. со всем перечисленным Д. ни с чем из перечисленного	Г
1987.	При подозрении на меланому, показано: А. биопсия Б. наблюдение В. удаление в пределах здоровых тканей	В
1988.	Большинство опухолей грудной клетки у детей исходят из: А. легких	Б

	Б. средостения В. из мягких тканей	
1989.	Неосложненную крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: А. до 1 месяца Б. до 3-х месяцев В.. после года Г. после 3-х лет	Б
1990.	Для тератом характерна локализация: А. переднее средостение Б. заднее средостение В. брюшная полость.	Б
1991.	Для тератом характерна локализация: А. головной мозг Б. яичник В. заднее средостение	Б
1992.	Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют: А. рентгенографию Б. комплекс обследований (УЗИ, рентгенографию, КТ.МРТ) В. морфологическое исследование ткани опухоли	В
1993.	Из нейрогенных опухолей не злокачественной является: А. симпатобластома Б. ганглионеврома В. симпатогониома Г. ганглионейробластома	Б
1994.	Для нейробластом характерна локализация: А. брюшная полость Б. забрюшинное пространство В. малый таз	Б

	Г. конечности	
1995.	Первыми жалобами при нефробластоме являются: А. боли в поясничной области, изменение цвета мочи Б. капризность, повышенная утомляемость, симптом пальпируемой опухоли В. нарушение мочеиспускания, гипертермия, снижение аппетита, бледность кожных покровов, увеличение живота в размерах	Б
1996.	Для гепатобластомы характерен возраст: А. первые месяцы жизни Б. 2-5 лет В. 6-9 лет Г. 10-15 лет	Б
1997.	Для остеогенной саркомы наиболее характерна локализация: А. диафиз длинных трубчатых костей Б. метафиз длинных трубчатых костей В. плоские кости	Б
1998.	Саркома Юинга, это опухоль: А. остеогенного происхождения Б. опухоль из клеток костного мозга В. из надкостницы	Б
1999.	Причиной возникновения болевого синдрома при саркоме Юинга является: А. повышение внутрикостного давления Б. вовлечение в процесс надкостницы В. прорастание опухоли надкостницы	А
2000.	Характер боли при остеогенной саркоме: А. распирающий Б. режущий В. ноющий Г. колющий	В

2001.	Для саркомы Юинга характерна локализация: А. диафиз длинных трубчатых костей Б. метафиз длинных трубчатых костей	А
2002.	При остеогенной саркоме первым симптомом является: А. нарушение функции Б. появление боли при физической нагрузке и ночные В. постоянные ноющие боли Г. видимое появление опухоли	Б
2003.	Рентгенологическим симптомом остеогенной саркомы является: А. склерозирование костно-мозгового канала Б. симптом «козырька» В. «луковичный» периостит	Б
2004.	Рентгенологическим симптомом саркомы Юинга является: А. склерозирование костно-мозгового канала Б. симптом «козырька» В. «луковичный» периостит	В
2005.	Оценку биологической активности нейрогенной опухоли производят по: А. реакции Абелева –Татаринова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	Б
2006.	Для нейробластом характерна локализация: А. переднее средостение Б. заднее средостение	Б
2007.	Оценку биологической активности тератоидной опухоли производят по: А. реакции Абелева –Татаринова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	А
2008.	Для остеобластокластомы е характерно: А. поражение метаэпифиза; Б. поражение метадиафиза;	А

	В. поражение диафиза	
2009.	Большинство опухолей грудной клетки исходят из: А. легких Б. средостения В. из мягких тканей.	Б
2010.	Зрелые опухоли, это опухоли из: А. дифференцированных клеток Б. недифференцированных клеток В. малодифференцированных	А
2011.	Бронхогенные кисты происходят из: А. из трахеи Б. из передней кишки В. из хорды	Б
2012.	Типичным проявлением опухолей средостения у детей до 2-х лет является: А. дисфагия Б. синдром дыхательных расстройств В. сердечно-сосудистая недостаточность	Б
2013.	Признаки миастении характерны для: А. тератом переднего средостения Б. тимомы В. для кисты тимуса Г. для липомы вилочковой железы	Б
2014.	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия	
2015.	Наиболее достоверным признаком клинической смерти является: А. патологические ритмы дыхания, судороги, цианоз; Б. отсутствие сознания; В. расширение зрачков;	Д

	Г. отсутствие зрачкового рефлекса; Д. отсутствие АД, сердечных тонов и пульса на сонных артериях.	
2016.	Показаниями к сердечно-легочной реанимации являются: А. отсутствие пульса и АД, цианоз; Б. остановка дыхания; В. отсутствие сознания; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
2017.	Критериями эффективности закрытого массажа сердца являются все перечисленное, за исключением: А. цвета кожи лица и слизистых; Б. появления пульса на сонной артерии и лучевой артерии; В. сужение зрачков; Г. АД - 80-90 мм рт. ст.; Д. восстановление дыхания.	Д
2018.	Эндотрахеально можно вводить следующие препараты, кроме: А. норадреналин; Б. адреналин; В. лидокаин; Г. атропин; Д. изадрин.	А
2019.	Дозировка «вслепую» бикарбоната натрия при остановке сердца составляет: А. первое введение 1 мэкв/кг; Б. первое введение 2 мэкв/кг; В. повторные введения 0,5 мэкв/кг каждые 10 мин; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.	Г
2020.	Показаниями к закрытому массажу сердца являются: А. остановка дыхания;	Б

	Б. остановка сердца, фибриляция желудочков; В. отсутствие сознания; Г. верно А и Б.	
2021.	Медикаментозные препараты для сердечно-лёгочной реанимации: А. тиопентал натрия, лидокаин, фуросемид; Б. сердечные гликозиды, хлорид калия, глюкокортикоидные гормоны; В. адренилин, атропин, гидрокарбонат натрия, лидокаин; Г. атропин, лидокаин, фуросемид.	В
2022.	Оценка эффективности проводимых реанимационных мероприятий: А. сужение зрачков, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки; Б. сухость склер глазных яблок, расширение зрачков; В. улучшение цвета кожных покровов, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки.	А
2023.	В терапии травматического шока первоначальные усилия направляются: А. на восстановление газообмена и ОЦК; Б. на коррекцию КОС и ВЭБ; В. на обезболивание; Г. все ответы правильны; Д. верно только А и В.	Д
2024.	На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении: А. на черепно-мозговую травму; Б. на переломы таза; В. на переломы бедра; Г. на компрессионные переломы позвоночника.	А
2025.	При определении площади ожогов, не имеющих сплошной поверхности, удобнее пользоваться: А. правилом ладони»; Б. «правилом девяток»; В. индексом Франка.	А

2026.	Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления: А. до 100 мм рт. ст.; Б. до 80-90 мм рт. ст.; В. до 60-70 мм рт. ст.; Г. до 40-50 мм рт. ст.; Д. до 30-20 мм рт. ст.	В
2027.	При волевических нарушениях наиболее важными и доступными для определения критериями адекватности инфузионно-трансфузионной терапии являются: А. нормализация цвета кожных покровов, градиента температуры, диуреза; Б. гемодинамические показатели: АД, ЧСС, ЦВД; В. показатели состава крови, метаболизма, коагулограмма; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
2028.	Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие: А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости; Б. потери симпатического тонуса; В. высвобождения простагландина; Г. брадикардии; Д. всего перечисленного.	А
2029.	Лечение анафилактического шока включает использование: А. адреналина; Б. антигистаминных препаратов; В. йроплегиков; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
2030.	Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является: А. дефицит гемоглобина;	Б

	Б. гиповолемия; В. гипопроотеинемия; Г. коагулопатия; Д. дефицит фибриногена.	
2031.	Фетальный гемоглобин: имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина; А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.; Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого; В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л; Г. никогда не обнаруживается у взрослых.	Б
2032.	На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении: А. на черепно-мозговую травму; Б. на переломы таза; В. на переломы бедра; Г. на компрессионные переломы позвоночника.	А
2033.	Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления: А. до 100 мм рт. ст.; Б. до 80-90 мм рт. ст.; В. до 60-70 мм рт. ст.; Г. до 40-50 мм рт. ст.; Д. до 30-20 мм рт. ст.	В
2034.	Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие: А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости; Б. потери симпатического тонуса; В. высвобождения простагландина; Г. брадикардии;	А

	Д. всего перечисленного.	
2035.	Лечение анафилактического шока включает использование: А. адреналина; Б. антигистаминных препаратов; В. йроплегиков; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
2036.	Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является: А. дефицит гемоглобина; Б. гиповолемия; В. гипопроteinемия; Г. коагулопатия; Д. дефицит фибриногена.	Б
2037.	Фетальный гемоглобин: имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина; А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.; Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого; В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л; Г. никогда не обнаруживается у взрослых.	Б
2038.	Новорожденный ребенок не в состоянии поддерживать температуру тела с помощью одного из ниженазванных механизмов: А. вазоконстрикции; Б. дрожи; В. мобилизации энергии из коричневых жиров; Г. выделения тироксина; Д. мышечной активности.	Б
2039.	Максимально допустимый баланс массы тела новорожденного при проведении инфузионной терапии составляет:	А

	А. 50 г; Б. 40 г; В. 30 г; Г. 20 г.	
2040.	Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности в практике интенсивной терапии детей раннего возраста является: А. гиповолемия; Б. нефротоксины; В. гемолиз; Г. пороки развития почек.	А
2041.	Концентрация калия в сыворотке: А. увеличивается при алкалозе; Б. уменьшается при ацидозе; В. увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе; Г. уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе; Д. не изменяется при ацидозе и алкалозе.	В
2042.	Основными клиническими симптомами дефицита калия являются: А. астенизация, мышечная слабость, дыхательные нарушения; Б. уплощения зубца Т и удлинения интервала P-Q и QRS; В. тоническое состояние скелетных мышц; Г. верны все ответы; Д. верно А и Б.	Д
2043.	Клиническими симптомами дефицита натрия являются: А. усталость, апатия, тошнота и рвота; Б. снижение АД, судороги; В. потеря сознания; Д. верно А и Б.	Г
2044.	При избытке натрия наблюдаются следующие клинические симптомы: А. жажда, гипертермия, отеки;	Г

	Б. судороги; В. нарушения сознания; Г. верно А и В; Д. верны все ответы.	
2045.	Клиническими симптомами гипокальциемии являются: А. гиперрефлексия, тетания; Б. боли в животе; В. снижение мышечного тонуса; Г. верно А и Б; Д. Б и В.	Г
2046.	Клиническими симптомами гипертонической дегидратации являются: А. жажда, сухость кожи и слизистых оболочек, нервно-психические нарушения; Б. полиурия; В. повышение осмолярности плазмы; Г. верны все ответы; Д. верно А и В.	Д
2047.	Клиническими симптомами изотонической дегидратации являются: А. артериальная гипотензия, гиповолемический шок, олигурия; Б. полиурия; В. апатия, замедленные реакции; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.	Г
2048.	При гипотонической дегидратации наблюдается: А. падение АД, тахикардия, олигурия; Б. напряжение глазных яблок; В. понижение осмолярности плазмы; Г. верно А и В; Д. верны все ответы.	Г

2049.	Укажите наиболее значимый путь потерь жидкости при кишечной непроходимости: А. желудочно-кишечной секреции; Б. снижение канальцевой реабсорбции; В. наружные потери (рвота, легкие, кожа); Г. гвнутренние потери (секвестрация в просвет кишечника, полость брюшины); Д. повышение температуры тела, перспирация.	Г
2050.	Для состояния гиповолемии не характерно: А. уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК); Б. снижение АД, тахикардия; В. уменьшение ударного объема и сердечного выброса (УО и СВ); Г. повышение ЦВД; Д. снижение давления наполнения левого желудочка.	Г
2051.	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Б
2052.	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Г
2053.	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия; В. гипернатриемия и гиперкалиемия; Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия;	А

	Д. гипернатриемия и гипокалиемия.	
2054.	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия; В. гипернатриемия и гиперкалиемия; Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия; Д. гипернатриемия и гипокалиемия.	В
2055.	При отравлении ребенка неизвестным ядом наиболее целесообразно промыть желудок: А. чистой водой; Б. раствором марганца; В. раствором соды; Г. водой с активированным углем.	Г
2056.	Наиболее эффективным методом дезинтоксикации при большинстве острых отравлений у детей является: А. форсированный диурез; Б. аменное переливание крови; В. перитонеальный диализ; Д. гемосорбция.	Г
2057.	Для вызывания рвоты у детей при отравлениях нельзя пользоваться: А. раствором поваренной соли; Б. раствором сухой горчицы; В. апоморфином; Г. раствором марганца.	В
2058.	Промывание желудка у ребенка с отравлением в бессознательном состоянии допустимо: А. в положении на боку с опущенной головой; Б. в положении на спине; В. после идентификации яда; Г. после интубации трахеи.	Г

2059.	При отравлении неизвестным ядом в качестве антидота следует ввести: А. не вводить; Б. унитиол; В. атропин; Г. унитиол, хромосмон, атропин.	А
2060.	Этиловый спирт применяется как антидот при отравлениях: А. инсулином; Б. амитриптилином; В. ФОС Г. этиленгликолем, метиловым спиртом; Д. тяжелыми металлами.	Г
2061.	Унитиол применяется как антидот при отравлениях: А. инсулином; Б. амитриптилином⁴ В. ФОС; Г. этиленгликолем, метиловым спиртом; Д. тяжелыми металлами.	Д
2062.	К наиболее характерным симптомам отравления атропиноподобными веществами относятся: А. саливация, бронхоспазм, сужение зрачков; Б. угнетение сознания, сужение зрачков; В. гиперемия кожи, галлюцинации, расширение зрачков; Г. тонико-клонические судороги.	В
2063.	Подберите соответствующее лекарственное средство для ребенка при отравлении морфием: А. атропин; Б. бемегрид; В. налорфин, налоксон; Г. протамин сульфат.	В

2064.	Клинические проявления отравления угарным газом включают развитие: А. двигательного возбуждения, зрительные и слуховых галлюцинаций, потери сознания, амнезии после выхода из комы; Б. депрессии дыхания, тахикардии, гипертензии, метгемоглобинемии; В. гемолиза, токсической нефропатии; Г. верны все ответы; Д. верно только А и Б.	Д
2065.	Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью: А. применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки; Б. ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей; В. применения санационной бронхоскопии, адекватной регидратации; Г. верно только А и В; Д. верны все ответы.	Д
2066.	Укажите не характерное для утопления в морской воде нарушение: А. дисритмии сердца; Б. гемолиз; В. гипотензия; Г. ателектаз; Д. судороги.	Б
2067.	У больного в периоде восстановления после перенесенного утопления в морской воде весьма вероятны клинические проявления: А. внутрилегочного шунтирования и метаболического ацидоза; Б. отека легких; В. электролитных нарушений; Г. верно А и Б; Д. верно А и В.	А

2068.	Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы А. обеспечить наилучшее лечение Б. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного В. установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родители больного, Г. все перечисленное	Г
2069.	Этические нормы врача определяются А. умениями и навыками Б. законами и приказами В. этническими особенностями региона Г. моральной ответственностью перед обществом	Г
2070.	Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то хирург должен А. отказаться от операции Б. принять решение оперировать больного В. созвать консилиум в составе анестезиолога, педиатра для решения вопроса об операции Г. предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска Д. правильно В и Г Е. правильные ответы А и Г	Д
2071.	В случаях нарушения врачебной тайны зав. отделением должен А. разобрать случай нарушения в отделении на утренней конференции Б. сообщить о нарушении администрации в любом случае В. сообщить администрации при повторном нарушении Г. на усмотрение зав. отделением - провести отдельную беседу с нарушителем Д. правильно все, кроме Б	Д

2072.	Сообщить родственникам результаты произведенной операции должен А. только оперировавший уролог Б.кто-либо из присутствующих на операции В. медсестра Г. зав. отделением	А
2073.	Компрессионный перелом тела позвонка происходит при: А. падении на спину Б. избыточном сгибании позвоночника В. напряжении мышц спины	В
2074.	Укажите ведущие клинические симптомы при неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы: А. локальная болезненность, деформация позвоночника Б. локальная болезненность, затрудненное дыхание В. болезненность осевой нагрузки, деформация позвоночника Г. нарушение функции тазовых органов	Б
2075.	Основным методом диагностики эпи- и субдуральной гематомы является: : А. механизм травмы и анамнез заболевания, Б. неврологическая симптоматика, В. рентгенография черепа в двух проекциях, Г. КТ, МРТ, Д. .эхоэнцефалография,	Г
2076.	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является: А.потеря сознания, Б.очаговая неврологическая симптоматика, В. многократная рвота, Г.ото-рино-ликворея.	Г
2077.	Светобоязнь, головную боль, лихорадку, неукротимую рвоту, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы	А

	натяжения относят к: А. менингеальным симптомам Б. общемозговым симптомам В. локальным симптомам Г. стволовым симптомам	
2078.	Назовите клинический синдром сотрясения головного мозга у детей: А. кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия Б. потеря сознания через 2-3 часа и более после травмы, анизокория, очаговая симптоматика В. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота Г. глубокая кома после травмы.	А
2079.	Укажите вид ЧМТ с характерным «светлым промежутком»: А. сотрясение головного мозга; Б. ушиб головного мозга; В. внутричерепная гематома.	В
2080.	Назовите симптомокомплекс односторонней эпи- или субдуральной гематомы: А. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия Б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки В. «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности Г. общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры тела	В
2081.	Осмотр ортопедического больного старше года проводят: А. лежа Б. стоя В. сидя	Б
2082.	Нарушения оси конечности не могут быть во: А. фронтальной плоскости	В

	Б. сагитальной плоскости В. в горизонтальной	
2083.	Искривление оси конечности к наружи называется: А. вальгусная деформация Б. варусная деформация	Б
2084.	Искривление оси конечности под углом, открытым кзади называется: А. антекурвация Б. рекурвация	А
2085.	Симптом Александрова, это: А. болезненность мягких тканей при пальпации Б. толщина кожной складки В. толщина подкожно-жирового слоя	Б
2086.	Во фронтальной плоскости производятся следующие движения в суставах: А. отведение. сгибание Б. отведение, разгибание В..сгибание. разгибание Г. отведение, приведение	Г
2087.	Супинация, это: А. наружная ротация в суставе Б. внутренняя ротация в суставе	А
2088.	Измерение объема активных и пассивных движений в суставах определяют: А. с помощью линейки Б. с помощью угломера В. визуально	Б
2089.	Относительная длина нижней конечности измеряется от: А. головки бедренной кости до нижнего края внутренней лодыжки Б. верхней передней подвздошной ости до нижнего края внутренней лодыжки	Б

2090.	Абсолютная длина верхней конечности измеряется от: А. вершины акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости Б. середины головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости В. от акромиального отростка до локтевого или наружного надмыщелка плечевой кости, длина предплечья – от локтевого отростка до шиловидного локтевой кости	В
2091.	Ось верхней конечности в норме проходит через: А. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку локтевой кости Б. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости В. центр головки плечевой кости, наружный мыщелок плечевой кости и головку локтевой кости	А
2092.	Укажите признаки врожденной косолапости: А. супинация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы Б. пронация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы В. супинация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы Г пронация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы	В
2093.	Для 1-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозма	А
2094.	Для 2-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены,	Б

	коррекция деформации руками невозможна	
2095.	Для 3-ей степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозмо	В
2096.	Лечение врожденной косолапости у новорожденных включает: А. коррегирующие упражнения, массаж Б. коррегирующие упражнения, массаж, бинтование по Финку - Эттингену В. коррегирующие упражнения, массаж, этапные гипсовые повязки	Б
2097.	Лечение врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками показано А. с момента рождения Б. с 2-х недель жизни В. с 1-2 -х месяцев жизни Г. с 3-месяцев	Б
2098.	Оперативное лечение врожденной косолапости проводится в сроки: А. в период новорожденности Б. в 6 месяцев В. 1-2 года Г. 3-7 лет Д. 7 -10 лет Е. не имеет значения	Г
2099.	Плоскостопие, это результат: А. родовой травмы; Б. порока развития стоп и нарушение иннервации; В. неправильной обуви.	Б

2100.	Для профилактики плоскостопия применяют: А. супинаторы; Б. солевые ванны; В. диету.	А
2101.	Укажите сроки, в которые обычно исчезает симптом Маркса-Ортолани: А. в первые 10 дней жизни Б. в первые 2-3 нед. жизни В. в 3 месяца Г. к концу первого года жизни	А
2102.	Причиной врожденного вывиха бедра является: А. родовая травма Б. задержка развития тазобедренного сустава и окружающих тканей В. порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей Г. неблагоприятные факторы во время беременности	В
2103.	Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является: А. ограничение отведения бедер Б. симптом Маркса – ортолани В. укорочение ножки Г. асимметрия кожных складок Д. наружная ротация ножки	А
2104.	Для врожденного вывиха бедра характерны все симптомы, кроме: А. соскальзывания Б. ограничения отведения бедер В. асимметрии кожных складок Г. относительного укорочения конечности Д. хромоты Е. низведения конечности Ж. абсолютного укорочения конечности	Ж
2105.	Выберите метод лечения врожденной дисплазии тазобедренного	

	сустава до месячного возраста: А. одномоментное вправление Б. шина Волкова В. подушка Фрейка Г. оперативное вправление.	В
2106.	Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является: А. ультразвуковой Б. рентгенологический В. клинический	Б
2107.	Назовите причину возникновения положительного симптома Тренделенбурга при врожденном вывихе бедра: А. укорочение нижней конечности Б. отсутствие опоры для головки бедра В. слабость ягодичных мышц	В
2108.	Для симптома Тренделенбурга характерно: А. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в противоположную, сколиоз Б. опущение ягодичной складки на здоровой стороне, перекос таза в противоположную, сколиоз В. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в здоровую сторону, сколиоз	Б
2109.	Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 3 месяцев до 1 года: А. консервативное Б. оперативное В. консервативное. при неэффективности консервативной терапии	А
2110.	Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития: А. трапециевидной мышцы Б. кивательной мышцы В. подключичной мышцы	Б
2111.	Выберите характерный признак мышечной кривошеи:	

	А. наклон головы кпереди Б. наклон головы кзади В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую Г. наклон головы в больную сторону с поворотом в больную	В
2112.	Начальные симптомы мышечной кривошеи проявляется:: А. сразу после рождения Б. на 3-5-й день жизни В. на 10-14 – й день жизни В. в 2-месяца Г. после 3-х месяцев	Б
2113. 373	Лечение врожденной мышечной кривошеи: А. только консервативное Б. только оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	В
2114.	Оперативное лечение мышечной кривошеи при неэффективности консервативной терапии показано в возрасте: А. до 5 месяцев Б. в 1 год Б. в 2-3 года Г. в 3 -4 года	Г
2115.	Абсолютным показанием к оперативному лечению врожденной мышечной кривошеи является: А. нарастающая асимметрия лица и шеи Б. нарушение осанки В. нарушение остроты зрения Г. стробизм сходящийся и расходящийся Д нарушение осанки и остроты зрения	А
2116.	Какой процесс лежит в основе остеохондропатий? А. асептический некроз Б. воспаление	А

	В. травма	
2117.	Болезнь Пертеса – это поражение: А. ладьевидной кости Б. головки бедренной кости В. бугристости большеберцовой кости	Б
2118.	При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является: А. слабость мышечного каркаса Б. асимметрия уровней углов лопаток В. круглая спина Г. торсия позвонков Д. асимметрия треугольников талии	Г
2119.	Сколиотическую дугу определяют методом: А. Кобба Б. Хильгенрейнера В. Пути	А
2120.	Онкология	
2121.	Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение: А. мезенхимальное; Б. эпителиальное.	А
2122.	Для детского возраста типичны солидные опухоли: А. эпителиальные раки Б. саркомы	Б
2123.	Гетеропластические опухоли: А. образуются в результате нарушения формообразовательных процессов при развитии тканей и органов в период эмбриогенез Б. в результате воздействия экзогенных и эндогенных факторов В. возникают из дистопированных клеток	В

	Г. из тканей собственно средостения	
2124.	Укажите возраст особо интенсивного роста гемангиом: А. первое полугодие жизни Б. второе полугодие жизни В. от 2 до 5 лет	А
2125.	Из всего перечисленного лимфангиомы чаще локализуются в области: А. конечностей Б. подмышечной впадине В. спины Г. шеи Д. головы	Г
2126.	Лечение лимфангиом в основном: А. гормональное Б. склеротерапией В. хирургическое Г. пункционное	В
2127.	Гемангиомы не лечат: А. гормонами Б. полихимиотерапией В. короткофокусной рентгенотерапией Г. криотерапией	Б
2128.	При гемангиомах встречается синдром: А. Беквита – Видемана Б. Казабаха – Мерита В. Синдром асплении Ивемарка.	Б
2129.	Дермоиды чаще встречаются в области: А. крестцово-копчиковой Б. надбровной, височной	Б

	В. грудино-ключично-сосцевидной мышцы	
2130.	Аденома сальных желез чаще возникает: А. у новорожденных Б. в возрасте 3-4 лет В. в возрасте 5-6 лет Г. в период полового созревания	Г
2131.	Для целиндромы характерно: А. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация - области спины, конечностей; возраст до 3-х лет Б. рассеянные плотные узлы; локализация - область головы, лица; возраст до 10 лет В. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация – область головы, лица; возраст до 10 лет	В
2132.	Липома, это: А. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, не имеющая капсулу Б. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, имеющая капсулу	Б
2133.	Крестцово-копчиковую тератому дифференцируют с: А. лимфангиомой Б. спинно-мозговой грыжей В. дермоидной кистой Г. со всем перечисленным Д. ни с чем из перечисленного	Г
2134.	При подозрении на меланому, показано: А. биопсия Б. наблюдение В. удаление в пределах здоровых тканей	В
2135.	Большинство опухолей грудной клетки у детей исходят из: А. легких	Б

	Б. средостения В. из мягких тканей	
2136.	Неосложненную крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: А. до 1 месяца Б. до 3-х месяцев В.. после года Г. после 3-х лет	Б
2137.	Для тератом характерна локализация: А. переднее средостение Б. заднее средостение В. брюшная полость.	Б
2138.	Для тератом характерна локализация: А. головной мозг Б. яичник В. заднее средостение	Б
2139.	Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют: А. рентгенографию Б. комплекс обследований (УЗИ, рентгенографию, КТ.МРТ) В. морфологическое исследование ткани опухоли	В
2140.	Из нейрогенных опухолей не злокачественной является: А. симпатобластома Б. ганглионеврома В. симпатогониома Г. ганглионейробластома	Б
2141.	Для нейробластом характерна локализация: А. брюшная полость Б. забрюшинное пространство В. малый таз	Б

	Г. конечности	
2142.	Первыми жалобами при нефробластоме являются: А. боли в поясничной области, изменение цвета мочи Б. капризность, повышенная утомляемость, симптом пальпируемой опухоли В. нарушение мочеиспускания, гипертермия, снижение аппетита, бледность кожных покровов, увеличение живота в размерах	Б
2143.	Для гепатобластомы характерен возраст: А. первые месяцы жизни Б. 2-5 лет В. 6-9 лет Г. 10-15 лет	Б
2144.	Для остеогенной саркомы наиболее характерна локализация: А. диафиз длинных трубчатых костей Б. метафиз длинных трубчатых костей В. плоские кости	Б
2145.	Саркома Юинга, это опухоль: А. остеогенного происхождения Б. опухоль из клеток костного мозга В. из надкостницы	Б
2146.	Причиной возникновения болевого синдрома при саркоме Юинга является: А. повышение внутрикостного давления Б. вовлечение в процесс надкостницы В. прорастание опухоли надкостницы	А
2147.	Характер боли при остеогенной саркоме: А. распирающий Б. режущий В. ноющий Г. колющий	В

2148.	Для саркомы Юинга характерна локализация: А. диафиз длинных трубчатых костей Б. метафиз длинных трубчатых костей	А
2149.	При остеогенной саркоме первым симптомом является: А. нарушение функции Б. появление боли при физической нагрузке и ночные В. постоянные ноющие боли Г. видимое появление опухоли	Б
2150.	Рентгенологическим симптомом остеогенной саркомы является: А. склерозирование костно-мозгового канала Б. симптом «козырька» В. «луковичный» периостит	Б
2151.	Рентгенологическим симптомом саркомы Юинга является: А. склерозирование костно-мозгового канала Б. симптом «козырька» В. «луковичный» периостит	В
2152.	Оценку биологической активности нейрогенной опухоли производят по: А. реакции Абелева –Татаринова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	Б
2153.	Для нейробластом характерна локализация: А. переднее средостение Б. заднее средостение	Б
2154.	Оценку биологической активности тератоидной опухоли производят по: А. реакции Абелева –Татаринова; Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.	А
2155.	Для остеобластокластомы е характерно: А. поражение метаэпифиза; Б. поражение метадиафиза;	А

	В. поражение диафиза	
2156.	Большинство опухолей грудной клетки исходят из: А. легких Б. средостения В. из мягких тканей.	Б
2157.	Зрелые опухоли, это опухоли из: А. дифференцированных клеток Б. недифференцированных клеток В. малодифференцированных	А
2158.	Бронхогенные кисты происходят из: А. из трахеи Б. из передней кишки В. из хорды	Б
2159.	Типичным проявлением опухолей средостения у детей до 2-х лет является: А. дисфагия Б. синдром дыхательных расстройств В. сердечно-сосудистая недостаточность	Б
2160.	Признаки миастении характерны для: А. тератом переднего средостения Б. тимомы В. для кисты тимуса Г. для липомы вилочковой железы	Б
2161.	Наиболее достоверным признаком клинической смерти является: А. патологические ритмы дыхания, судороги, цианоз; Б. отсутствие сознания; В. расширение зрачков; Г. отсутствие зрачкового рефлекса; Д. отсутствие АД, сердечных тонов и пульса на сонных артериях.	Д

2162.	Показаниями к сердечно-легочной реанимации являются: А. отсутствие пульса и АД, цианоз; Б. остановка дыхания; В. отсутствие сознания; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
2163.	Критериями эффективности закрытого массажа сердца являются все перечисленное, за исключением: А. цвета кожи лица и слизистых; Б. появления пульса на сонной артерии и лучевой артерии; В. сужение зрачков; Г. АД - 80-90 мм рт. ст.; Д. восстановление дыхания.	Д
2164.	Эндотрахеально можно вводить следующие препараты, кроме: А. норадреналин; Б. адреналин; В. лидокаин; Г. атропин; Д. изадрин.	А
2165.	Дозировка «вслепую» бикарбоната натрия при остановке сердца составляет: А. первое введение 1 мэкв/кг; Б. первое введение 2 мэкв/кг; В. повторные введения 0,5 мэкв/кг каждые 10 мин; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.	Г
2166.	Показаниями к закрытому массажу сердца являются: А. остановка дыхания; Б. остановка сердца, фибрилляция желудочков; В. отсутствие сознания;	Б

	Г. верно А и Б.	
2167.	Медикаментозные препараты для сердечно-лёгочной реанимации: А. тиопентал натрия, лидокаин, фуросемид; Б. сердечные гликозиды, хлорид калия, глюкокортикоидные гормоны; В. адренилин, атропин, гидрокарбонат натрия, лидокаин; Г. атропин, лидокаин, фуросемид.	В
2168.	Оценка эффективности проводимых реанимационных мероприятий: А. сужение зрачков, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки; Б. сухость склер глазных яблок, расширение зрачков; В. улучшение цвета кожных покровов, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки.	А
2169.	В терапии травматического шока первоначальные усилия направляются: А. на восстановление газообмена и ОЦК; Б. на коррекцию КОС и ВЭБ; В. на обезболивание; Г. все ответы правильны; Д. верно только А и В.	Д
2170.	На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении: А. на черепно-мозговую травму; Б. на переломы таза; В. на переломы бедра; Г. на компрессионные переломы позвоночника.	А
2171.	При определении площади ожогов, не имеющих сплошной поверхности, удобнее пользоваться: А. правилом ладони»; Б. «правилом девяток»; В. индексом Франка.	А
2172.	Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления:	

	А. до 100 мм рт. ст.; Б. до 80-90 мм рт. ст.; В. до 60-70 мм рт. ст.; Г. до 40-50 мм рт. ст.; Д. до 30-20 мм рт. ст.	В
2173.	При волевических нарушениях наиболее важными и доступными для определения критериями адекватности инфузионно-трансфузионной терапии являются: А. нормализация цвета кожных покровов, градиента температуры, диуреза; Б. гемодинамические показатели: АД, ЧСС, ЦВД; В. показатели состава крови, метаболизма, коагулограмма; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
2174.	Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие: А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости; Б. потери симпатического тонуса; В. высвобождения простагландина; Г. брадикардии; Д. всего перечисленного.	А
2175.	Лечение анафилактического шока включает использование: А. адреналина; Б. антигистаминных препаратов; В. йроплегиков; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
2176.	Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является: А. дефицит гемоглобина; Б. гиповолемия;	Б

	В. гипопроотеинемия; Г. коагулопатия; Д. дефицит фибриногена.	
2177.	Фетальный гемоглобин: имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина; А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.; Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого; В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л; Г. никогда не обнаруживается у взрослых.	Б
2178.	На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении: А. на черепно-мозговую травму; Б. на переломы таза; В. на переломы бедра; Г. на компрессионные переломы позвоночника.	А
2179.	Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления: А. до 100 мм рт. ст.; Б. до 80-90 мм рт. ст.; В. до 60-70 мм рт. ст.; Г. до 40-50 мм рт. ст.; Д. до 30-20 мм рт. ст.	В
2180.	Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие: А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости; Б. потери симпатического тонуса; В. высвобождения простагландина; Г. брадикардии; Д. всего перечисленного.	А

2181.	Лечение анафилактического шока включает использование: А. адреналина; Б. антигистаминных препаратов; В. йроплегиков; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.	Г
2182.	Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является: А. дефицит гемоглобина; Б. гиповолемия; В. гипопротеинемия; Г. коагулопатия; Д. дефицит фибриногена.	Б
2183.	Фетальный гемоглобин: имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина; А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.; Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого; В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л; Г. никогда не обнаруживается у взрослых.	Б
2184.	Новорожденный ребенок не в состоянии поддерживать температуру тела с помощью одного из ниженазванных механизмов: А. вазоконстрикции; Б. дрожи; В. мобилизации энергии из коричневых жиров; Г. выделения тироксина; Д. мышечной активности.	Б
2185.	Максимально допустимый баланс массы тела новорожденного при проведении инфузионной терапии составляет: А. 50 г;	А

	Б. 40 г; В. 30 г; Г. 20 г.	
2186.	Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности в практике интенсивной терапии детей раннего возраста является: А. гиповолемия; Б. нефротоксины; В. гемолиз; Г. пороки развития почек.	А
2187.	Концентрация калия в сыворотке: А. увеличивается при алкалозе; Б. уменьшается при ацидозе; В. увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе; Г. уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе; Д. не изменяется при ацидозе и алкалозе.	В
2188.	Основными клиническими симптомами дефицита калия являются: А. астенизация, мышечная слабость, дыхательные нарушения; Б. уплощения зубца Т и удлинения интервала P-Q и QRS; В. тоническое состояние скелетных мышц; Г. верны все ответы; Д. верно А и Б.	Д
2189.	Клиническими симптомами дефицита натрия являются: А. усталость, апатия, тошнота и рвота; Б. снижение АД, судороги; В. потеря сознания; Д. верно А и Б.	Г
2190.	При избытке натрия наблюдаются следующие клинические симптомы: А. жажда, гипертермия, отеки; Б. судороги;	Г

	В. нарушения сознания; Г. верно А и В; Д. верны все ответы.	
2191.	Клиническими симптомами гипокальциемии являются: А. гиперрефлексия, тетания; Б. боли в животе; В. снижение мышечного тонуса; Г. верно А и Б; Д. Б и В.	Г
2192.	Клиническими симптомами гипертонической дегидратации являются: А. жажда, сухость кожи и слизистых оболочек, нервно-психические нарушения; Б. полиурия; В. повышение осмолярности плазмы; Г. верны все ответы; Д. верно А и В.	Д
2193.	Клиническими симптомами изотонической дегидратации являются: А. артериальная гипотензия, гиповолемический шок, олигурия; Б. полиурия; В. апатия, замедленные реакции; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.	Г
2194.	При гипотонической дегидратации наблюдается: А. падение АД, тахикардия, олигурия; Б. напряжение глазных яблок; В. понижение осмолярности плазмы; Г. верно А и В; Д. верны все ответы.	Г
2195.	Укажите наиболее значимый путь потерь жидкости при кишечной	Г

	непроходимости: А. желудочно-кишечной секреции; Б. снижение канальцевой реабсорбции; В. наружные потери (рвота, легкие, кожа); Г. гвнутренние потери (секвестрация в просвет кишечника, полость брюшины); Д. повышение температуры тела, перспирация.	
2196.	Для состояния гиповолемии не характерно: А. уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК); Б. снижение АД, тахикардия; В. уменьшение ударного объема и сердечного выброса (УО и СВ); Г. повышение ЦВД; Д. снижение давления наполнения левого желудочка.	Г
2197.	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Б
2198.	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Г
2199.	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия; В. гипернатриемия и гиперкалиемия; Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия; Д. гипернатриемия и гипокалиемия.	А

2200.	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия; В. гипернатриемия и гиперкалиемия; Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия; Д. гипернатриемия и гипокалиемия.	В
2201.	При отравлении ребенка неизвестным ядом наиболее целесообразно промыть желудок: А. чистой водой; Б. раствором марганца; В. раствором соды; Г. водой с активированным углем.	Г
2202.	Наиболее эффективным методом дезинтоксикации при большинстве острых отравлений у детей является: А. форсированный диурез; Б. аменное переливание крови; В. перитонеальный диализ; Д. гемосорбция.	Г
2203.	Для вызывания рвоты у детей при отравлениях нельзя пользоваться: А. раствором поваренной соли; Б. раствором сухой горчицы; В. апоморфином; Г. раствором марганца.	В
2204.	Промывание желудка у ребенка с отравлением в бессознательном состоянии допустимо: А. в положении на боку с опущенной головой; Б. в положении на спине; В. после идентификации яда; Г. после интубации трахеи.	Г
2205.	При отравлении неизвестным ядом в качестве антидота следует	А

	ввести: А. не вводить; Б. унитиол; В. атропин; Г. унитиол, хромосмон, атропин.	
2206.	Этиловый спирт применяется как антидот при отравлениях: А. инсулином; Б. амитриптилином; В. ФОС Г. этиленгликолем, метиловым спиртом; Д. тяжелыми металлами.	Г
2207.	Унитиол применяется как антидот при отравлениях: А. инсулином; Б. амитриптилином⁴ В. ФОС; Г. этиленгликолем, метиловым спиртом; Д. тяжелыми металлами.	Д
2208.	К наиболее характерным симптомам отравления атропиноподобными веществами относятся: А. саливация, бронхоспазм, сужение зрачков; Б. угнетение сознания, сужение зрачков; В. гиперемия кожи, галлюцинации, расширение зрачков; Г. тонико-клонические судороги.	В
2209.	Подберите соответствующее лекарственное средство для ребенка при отравлении морфием: А. атропин; Б. бемеград; В. налорфин, налоксон; Г. протамин сульфат.	В
2210.	Клинические проявления отравления угарным газом включают	Д

	развитие: А. двигательного возбуждения, зрительные и слуховых галлюцинаций, потери сознания, амнезии после выхода из комы; Б. депрессии дыхания, тахикардии, гипертензии, метгемоглобинемии; В. гемолиза, токсической нефропатии; Г. верны все ответы; Д. верно только А и Б.	
2211.	Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью: А. применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки; Б. ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей; В. применения санационной бронхоскопии, адекватной регидратации; Г. верно только А и В; Д. верны все ответы.	Д
2212.	Укажите не характерное для утопления в морской воде нарушение: А. дисритмии сердца; Б. гемолиз; В. гипотензия; Г. ателектаз; Д. судороги.	Б
2213.	У больного в периоде восстановления после перенесенного утопления в морской воде весьма вероятны клинические проявления: А. внутрилегочного шунтирования и метаболического ацидоза; Б. отека легких; В. электролитных нарушений; Г. верно А и Б; Д. верно А и В.	А
2214.	Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского	

	персонала, который состоит в том, чтобы А. обеспечить наилучшее лечение Б. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного В. установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родители больного, Г. все перечисленное	Г
2215.	Этические нормы врача определяются А. умениями и навыками Б. законами и приказами В. этническими особенностями региона Г. моральной ответственностью перед обществом	Г
2216.	Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то хирург должен А. отказаться от операции Б. принять решение оперировать больного В. созвать консилиум в составе анестезиолога, педиатра для решения вопроса об операции Г. предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска Д. правильно В и Г Е. правильные ответы А и Г	Д
2217.	В случаях нарушения врачебной тайны зав. отделением должен А. разобрать случай нарушения в отделении на утренней конференции Б. сообщить о нарушении администрации в любом случае В. сообщить администрации при повторном нарушении Г. на усмотрение зав. отделением - провести отдельную беседу с нарушителем Д. правильно все, кроме Б	Д
2218.	Сообщить родственникам результаты произведенной операции	

	должен А. только оперировавший уролог Б.кто-либо из присутствующих на операции В. медсестра Г. зав. отделением	А
2219.	Для ожога III степени характерны: А. гиперемия кожи в области поражения, отечность, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции;наличие пузырей с серозной жидкостью. отечность, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Г. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы. поражение фасций и мышц	В
2220.	Укажите основные симптомы травматического вывиха бедренной кости: А. боль в тазобедренном суставе, потеря функции, вынужденное положение конечности Б. потеря функции, абсолютное укорочение конечности В. нарушение оси конечности, боль в тазобедренном суставе	А
530.	Концентрация калия в сыворотке: А. увеличивается при алкалозе; Б. уменьшается при ацидозе; В. увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе; Г. меньшеается при ацидозе и увеличивается при алкалозе; Д. не изменяется при ацидозе и алкалозе.	В
2021.	Основными клиническими симптомами дефицита калия являются: А. астенизация, мышечная слабость, дыхательные нарушения; Б. уплощения зубца Т и удлинения интервала P-Q и QRS; В. тоническое состояние скелетных мышц;	Д

	Г. верны все ответы; Д. верно А и Б.	
2022.	Клиническими симптомами дефицита натрия являются: А. усталость, апатия, тошнота и рвота; Б. снижение АД, судороги; В. потеря сознания; Д. верно А и Б.	Г
2023.	При избытке натрия наблюдаются следующие клинические симптомы: А. жажда, гипертермия, отеки; Б. судороги; В. нарушения сознания; Г. верно А и В; Д. верны все ответы.	Г
2024.	Клиническими симптомами гипокальциемии являются: А. гиперрефлексия, тетания; Б. боли в животе; В. снижение мышечного тонуса; Г. верно А и Б; Д. Б и В.	Г
2025.	Клиническими симптомами гипертонической дегидратации являются: А. жажда, сухость кожи и слизистых оболочек, нервно-психические нарушения; Б. полиурия; В. повышение осмолярности плазмы; Г. верны все ответы; Д. верно А и В.	Д
2026.	Клиническими симптомами изотонической дегидратации являются: А. артериальная гипотензия, гиповолемический шок, олигурия;	Г

	Б. полиурия; В. апатия, замедленные реакции; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.	
2027.	При гипотонической дегидратации наблюдается: А. падение АД, тахикардия, олигурия; Б. напряжение глазных яблок; В. понижение осмолярности плазмы; Г. верно А и В; Д. верны все ответы.	Г
2028.	Укажите наиболее значимый путь потерь жидкости при кишечной непроходимости: А. желудочно-кишечной секреции; Б. снижение канальцевой реабсорбции; В. наружные потери (рвота, легкие, кожа); Г. гвнутренние потери (секвестрация в просвет кишечника, полость брюшины); Д. повышение температуры тела, перспирация.	Г
2029.	Для состояния гиповолемии не характерно: А. уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК); Б. снижение АД, тахикардия; В. уменьшение ударного объема и сердечного выброса (УО и СВ); Г. повышение ЦВД; Д. снижение давления наполнения левого желудочка.	Г
2030.	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерна потеря массы тела: А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	Б
2031.	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерна потеря массы тела:	Г

	А. до 5%; Б. 6-8%; В. 9-10%; Г. более 10%.	
2032.	Для кишечного эксикоза 2-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия; В. гипернатриемия и гиперкалиемия; Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия; Д. гипернатриемия и гипокалиемия.	А
2033.	Для кишечного эксикоза 3-й степени характерными изменениями электролитов является: А. нормальный уровень натрия и калия; Б. гипонатриемия и гипокалиемия; В. гипернатриемия и гиперкалиемия; Г. гипокалиемия при нормальном уровне натрия; Д. гипернатриемия и гипокалиемия.	В
2034.	При отравлении ребенка неизвестным ядом наиболее целесообразно промыть желудок: А. чистой водой; Б. раствором марганца; В. раствором соды; Г. водой с активированным углем.	Г
2035.	Наиболее эффективным методом дезинтоксикации при большинстве острых отравлений у детей является: А. форсированный диурез; Б. аменное переливание крови; В. перитонеальный диализ; Д. гемосорбция.	Г
2036.	Для вызывания рвоты у детей при отравлениях нельзя пользоваться:	В

	А. раствором поваренной соли; Б. раствором сухой горчицы; В. апоморфином; Г. раствором марганца.	
2037.	Промывание желудка у ребенка с отравлением в бессознательном состоянии допустимо: А. в положении на боку с опущенной головой; Б. в положении на спине; В. после идентификации яда; Г. после интубации трахеи.	Г
2038.	При отравлении неизвестным ядом в качестве антидота следует ввести: А. не вводить; Б. унитиол; В. атропин; Г. унитиол, хромосмон, атропин.	А
2039.	Этиловый спирт применяется как антидот при отравлениях: А. инсулином; Б. амитриптилином; В. ФОС Г. этиленгликолем, метиловым спиртом; Д. тяжелыми металлами.	Г
2040.	Унитиол применяется как антидот при отравлениях: А. инсулином; Б. амитриптилином⁴ В. ФОС; Г. этиленгликолем, метиловым спиртом; Д. тяжелыми металлами.	Д
2041.	К наиболее характерным симптомам отравления атропиноподобными веществами относятся:	В

	А. саливация, бронхоспазм, сужение зрачков; Б. угнетение сознания, сужение зрачков; В. гиперемия кожи, галлюцинации, расширение зрачков; Г. тонико-клонические судороги.	
2042.	Подберите соответствующее лекарственное средство для ребенка при отравлении морфием: А. атропин; Б. бемеград; В. налорфин, налоксон; Г. протамин сульфат.	В
2043.	Клинические проявления отравления угарным газом включают развитие: А. двигательного возбуждения, зрительные и слуховые галлюцинаций, потери сознания, амнезии после выхода из комы; Б. депрессии дыхания, тахикардии, гипертензии, метгемоглобинемии; В. гемолиза, токсической нефропатии; Г. верны все ответы; Д. верно только А и Б.	Д
2044.	Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью: А. применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки; Б. ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей; В. применения санационной бронхоскопии, адекватной регидратации; Г. верно только А и В; Д. верны все ответы.	Д
2045.	Укажите не характерное для утопления в морской воде нарушение: А. дисритмии сердца; Б. гемолиз; В. гипотензия;	Б

	Г. ателектаз; Д. судороги.	
2046.	У больного в периоде восстановления после перенесенного утопление в морской воде весьма вероятны клинические проявления: А. внутрилегочного шунтирования и метаболического ацидоза; Б. отека легких; В. электролитных нарушений; Г. верно А и Б; Д. верно А и В.	А
2047.	Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы А. обеспечить наилучшее лечение Б. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного В. установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родители больного, Г. все перечисленное	Г
2048.	Этические нормы врача определяются А. умениями и навыками Б. законами и приказами В. этническими особенностями региона Г. моральной ответственностью перед обществом	Г
2049. 484	Если существует большой риск операции, которая является единственным шансом помочь больному, то хирург должен А. отказаться от операции Б. принять решение оперировать больного В. созвать консилиум в составе анестезиолога, педиатра для решения вопроса об операции Г. предупредить близких родственников о сложности операции и степени риска	Д

	Д. правильно В и Г Е. правильные ответы А и Г	
2050.	В случаях нарушения врачебной тайны зав. отделением должен А. разобрать случай нарушения в отделении на утренней конференции Б.сообщить о нарушении администрации в любом случае В. сообщить администрации при повторном нарушении Г. на усмотрение зав. отделением - провести отдельную беседу с нарушителем Д. правильно все, кроме Б	Д
2051.	Сообщить родственникам результаты произведенной операции должен А. только оперировавший уролог Б.кто-либо из присутствующих на операции В. медсестра Г. зав. отделением	А
2052.	Червеобразный отросток это: А. рудимент Б. функциональный орган В. порок развития Г. аномалия развития Д. вариант развития	А
2053.	Что не является провоцирующим моментом в возникновении острого аппендицита у детей? А. аномалия развития отростка Б. каловый камень В. аскаридоз Г. травма	А
2054.	Локализация болей вокруг пупка при остром аппендиците у детей до 3-х лет обусловлена: А. высоким расположением отростка, склонностью к иррадиации	В

	нервных импульсов Б. коротким салынком, высоким расположением отростка, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки В. склонностью к иррадиации нервных импульсов, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки, вовлечением в процесс мезентериальных лимфоузлов.	
2055.	В клинике для острого аппендицита у детей до 3-х лет характерно все, кроме: А. гипертермия Б. острое начало В. изменение поведения Г. нарушение сна Д. жидкий стул Е. головная боль Ж. неоднократная рвота	Е
2056.	Патогномоничными симптомами острого аппендицита являются. А. боли в животе Б. рвота В. гипертермия Г. жидкий стул Д. задержка стула Е. локальная болезненность Ж. пассивное мышечное напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области А, Б, В, Г Б, В, Е З. Е, Ж	З
2057.	Сравнительная пальпация при остром аппендиците проводится для определения: А. активного мышечного напряжения Б. пассивного мышечного напряжения В. локальной болезненности;	Б

	Д. определения выпота в брюшной полости	
2058.	Какие симптомы острого аппендицита у детей раннего возраста определяются при осмотре во время медикаментозного сна: А. симптом локальной болезненности, пассивное мышечное напряжение, симптом Ровзинга; Б. симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение, симптом Образцова; В. симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение	В
2059.	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-Блюмберга и локальная болезненность	Г
2060.	Для клиники острого аппендицита у детей до 3-х лет характерно все, кроме: А. острое начало, фебрильная температура, изменение поведения, нарушение сна, однократная рвота, головная боль, учащенный жидкий стул Б. острое начало, субфебрильная температура, изменение поведения, нарушение сна, многократная рвота, задержка стула В. острое начало, фебрильная температура, изменение поведения, нарушение сна, неоднократная рвота, жидкий стул	В
2061.	Больной с 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	В
2062.	Для диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет не используют: А. реланиум Б. масочный наркоз	Б

	В. ГОМК Г. естественный сон	
2063.	Аппендикулярный отросток не может располагаться А. медиально Б. поддиафрагмально В. ретроцекально Г. ретроперитонеально Д. подпеченочно	Б
2064.	Для детей младшего возраста симптом расхождения пульса и температуры при остром аппендиците: А. не характерен Б. характерен	А
2065.	Симптом Ситковского при остром аппендиците, это: А. усиление болей при расположении на левом боку Б. усиление болей при поднятии правой ноги одновременной пальпации правой подвздошной области В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки	А
2066.	Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются: А. локальная болезненность в правой подвздошной области и рвота Б. напряжение мышц брюшной стенки и рвота В. напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность в правой подвздошной области Г. симптом Щеткина-Блюмберга и рвота	В
2067.	Симптом Образцова при остром аппендиците, это: А. усиление болей при расположении на левом боку Б. усиление болей при поднятии правой ног и одновременной пальпации правой подвздошной области В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки	Б
2068.	Симптом Ровзинга при остром аппендиците, это:	

	А. усиление болей при расположении на левом боку Б. усиление болей при поднятии правой ноги одновременной пальпации правой подвздошной области В. усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки	В
2069.	Для аппендикулярного инфильтрата у детей старше 3-х лет характерно: А. субфебрильная температура, болевой симптом выражен Б. фебрильная температура; болевой симптом выражен В. гектическая температура, болевой симптом не выражен Г. гектическая температура, болевой симптом выражен Д. субфебрильная температура, болевой симптом не выражен	Д
2070.	Назовите метод лечения аппендикулярного инфильтрата у детей до 3-х лет: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	Б
2071.	Назовите метод лечения аппендикулярного инфильтрата у детей старше 3-х лет. А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	В
2072.	Каковы возможные варианты течения аппендикулярного инфильтрата? А. рассасывание Б. абсцедирование В. разлитой перитонит Г. кишечная непроходимость Д. все перечисленное	Д
2073.	Для аппендикулярного абсцесса характерно: А. субфебрильная температура, болевой симптом выражен	Г

	Б. фебрильная температура; болевой симптом выражен В. гектическая температура, болевой симптом не выражен Г. гектическая температура, болевой симптом выражен Д. субфебрильная температура, болевой симптом не выражен	
2074.	Распространенный перитонит имеет: А. две фазы течения Б. три фазы течения В. четыре фазы течения	Б
2075.	Развитию распространенного перитонита у детей способствует: А. несвоевременная диагностика, недоразвитие сальника, низкие пластические свойства брюшины, снижение реактивности организма Б. низкие пластические свойства брюшины; преобладание экссудации при воспалительном процессе, особенности возбудителя В. малый объем брюшной полости, преобладание экссудации при воспалительном процессе, несвоевременная диагностика.	А
2076.	Для распространенного перитонита у детей не характерно: А. повторная рвота; Б. симптом расхождения температуры и пульса В. Гипертермия Г. Нарушения микроциркуляции Д. ребенок хочет пить, но отказывается от питья воды Е. ничего из перечисленного	Д
2077.	Основным патогномичным симптомом распространенного перитонита из ниже перечисленных, является: А. рвота застойным содержимым Б. боли в животе В. вздутие живота Г. задержка отхождения стула и газов	Д

	Д. пассивное напряжение мышц живота.	
2078.	Для пельвиоперитонита характерно: А. болеют только мальчики, возраст 6 – 9 лет Б. болеют только девочки, возраст 6 – 9 лет В. болеют и мальчики и девочки, возраст 6 – 9 лет Г. болеют только девочки, возраст 10 – 14 лет Д. болеют только девочки, возраст 10 – 14 лет	Б
2079.	Целесообразно проводить предоперационную инфузионную подготовку у больных перитонитом в течение: А. нескольких минут Б. до устранения тяжелой гиповолемии, но не более 2 ч В. не менее 3-5 ч; Г. до полной коррекции электролитных нарушений Д. 10-12 часов	Б
2080.	Размножение возбудителя при хирургическом сепсисе происходит: А. в первичном очаге Б. во вторичном очаге В. в крови Г. в зависимости от индивидуальных особенностей	В
2081.	При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать: А. характер и чувствительность микрофлоры Б. фармакодинамику и фармакокинетику препарата В. токсичность препарата Г. характер гнойного отделяемого Д. давность заболевания	А
2082.	При направленной антибактериальной терапии при гнойной хирургической инфекции основным не является: А. характер и чувствительность микрофлоры Б. фармакодинамика и фармакокинетика препарата В. токсичность препарата	Д

	Г. характер гнойного отделяемого Д. давность заболевания	
2083.	В патогенезе острого гематогенного остеомиелита ведущее место имеет: А. травма Б. переохлаждение В. ОРВИ Г. высокий уровень контаминации возбудителя Д. неполноценное питание Е. сенсibilизация организма	Г
2084.	Что из перечисленного является провоцирующим фактором острого гематогенного остеомиелита у детей: А. травма Б. переохлаждение В. наличие хронических очагов инфекции Г. все из перечисленного	Г
2085.	В каком отделе кости начинается воспалительный процесс при остром гематогенном остеомиелите: А. в эпифизе Б. в метафизе В. в диафизе	Б
2086.	Для новорожденных и детей раннего возраста при остром гематогенном остеомиелите характерно поражение: А. эпифиза Б. метафиза В. метаэпифиза Г. метадиафиза Д. диафиза	В
2087.	Для детей старше 2,5 лет при остром гематогенном остеомиелите (ОГО) характерно поражение: А. эпифиза	Г

	Б. метафиза В. метаэпифиза Г. метадиафиза Д. диафиза	
2088. 52	К ранним местным симптомам метадиафизарного ОГО не относится: А. нарушение функции конечности Б. местная гиперемия В. усиление сосудистого рисунка Г. пастозность мягких тканей	Б
2089.	Укажите первый рентгенологический признак ОГО: А. очаги деструкции губчатого вещества Б. периостальная реакция В. наличие секвестров	Б
2090.	Для диагностики метаэпифизарного ОГО у новорожденных не используется: А. пункция сустава Б. рентгенография В. УЗИ сустава Г. измерение внутрикостного давления	Г
2091.	Рентгенологические признаки остеомиелита у новорожденных появляются: А. на 2-3 сутки, Б. на 4- 5 сутки, В. на 7-10 сутки, Г. на 11- 12 сутки.	В
2092.	Укажите внутрикостное давление в норме у детей после 5 лет: А. 40 – 80 мм. вод. ст, Б. 90 – 100 мм. вод. ст; В. 100 – 120 мм. вод. ст;	В

	Г. 120 – 130 мм.вод. ст. Д.. 140 – 160 мм. вод. ст. Е. выше 160 мм.вод.ст.	
2093.	Лечение метаэпифизарного остеомиелита у новорожденных включает: А. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава Б. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит, иммобилизация конечности В. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит Г. согревающие компрессы, назначение антибиотков, дренирование сустава, иммобилизация конечности Д. согревающие компрессы, назначение антибиотков, остеоперфорация, иммобилизация конечности	Б
2094.	Исходом ОГО у новорожденным может быть: А. переход в хроническую форму, нарушение роста конечности в длину, ложный сустав, полное выздоровление Б. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей. патологический перелом сустава, полное выздоровление В. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей, патологический вывих сустава, полное выздоровление	В
2095.	Для хронического остеомиелита на рентгенограмме характерно: А. наличие полости с секвестром на фоне остеопороза костной ткани Б. наличие полости с секвестром на фоне остеосклероза периостальная реакция костной ткани В. наличие множества секвестров на фоне остеопороза костной ткани	Б
2096.	Для первично-хронических форм остеомиелита характерно: А. острое начало, субфебрильная температура тела, постоянные боли в конечности Б. подострое начало, постоянная субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке В. подострое начало, периодически субфебрильная температура	В

	тела; боли в конечности при физической нагрузке и ночные Г. острое начало, нормальная температура тела, постоянные боли в конечности;	
2097.	Что является первичным звеном в цепи развития гнойного процесса у новорожденных: А. развитие гнойного очага Б. входные ворота инфекции В. контаминация патогенной флорой Г. транслокация возбудителя Д. избыточное размножение флоры Е. вторичный иммунный блок Ж. снижение иммунологической реакции	Б
2098.	Для катаральной (простой) формы омфалита характерно: А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки, флебит пупочных сосудов	А
2099.	Для флегмонозной формы омфалита характерно: А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки, гипергрануляции Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки. Флебит пупочных сосудов	Б
2100.	При длительном мокнутие пупка у новорожденного необходимо исключить: А. омфалит Б. грибок В. неполный свищ пупка	В
2101.	Причиной не полного свища пупка может быть все перечисленное, кроме: А. незаращения урахуса	Б

	Б. незаращение пупочной вены В. незаращение желточного протока	
2102.	Некротическая флегмона новорожденного встречается в возрасте: А. сразу после рождения Б. 2-3 недели жизни В. после 3-х недель жизни Г. после 6 месяцев Д. в любом возрасте	Б
2103.	Укажите местное лечение флегмоны новорожденного: А. полуспиртовая повязка + магнит Б. обкалывание антибиотиком+ множественные разрезы+ повязка с антисептиком + магнит В. множественные разрезы+ повязка с антисептиком+ магнит	В
2104.	Адипозонекроз проявляется симптомами: А. пятнистая гиперемия; бугристая инфильтрация, болезненность при пальпации Б. бугристая инфильтрация; цианотичность кожных покровов, местное повышение температуры В. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, отсутствие болевого симптома Г. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, болезненность при пальпации	В
2105.	Для некротической флегмоны в период образования некрозов местно характерно: А. сплошная инфильтрация Б. разлитая гиперемия, флюктуация В. цианотичность кожных покровов Г. цианотичность кожных покровов, зыбление	В
2106.	У новорожденного стафилококк вызывает все, кроме: А. некротическую флегмону Б. острый гематогенный остеомиелит	Г

	В. острый артрит Г. рожистое воспаление Д. мастит	
2107.	У новорожденных стрептококк вызывает: А. некротическую флегмону Б. острый гематогенный остеомиелит В, острый артрит Г. рожистое воспаление Д. мастит	Г
2108.	Перитониты у новорожденных чаще встречаются: А. первичные Б. вторичные	Б
2109.	Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является: А. ятрогенное повреждение кишечной стенки Б. дефицит лизоцима; В. некротизирующий энтероколит новорожденных Г. пороки развития стенки кишки Д. заменное переливание крови Е. внутриутробное инфицирование	В
2110.	В основе патогенеза некротического энтероколита у новорожденных лежит: А. недоношенность Б. внутриутробная гипоксия В. асфиксия в родах Г. централизация кровообращения в организме новорожденного	Г
2111.	Для первичного перитонита новорожденных первым клиническим симптомом в начале разгара является: А. эксикоз Б. вздутие живота	Б

	В.задержка стула Г. полиурия Д. сердечно-сосудистые нарушения	
2112.	Из всех перечисленных симптомов достоверными местными симптомами для разлитого перитонита у новорожденного являются: А.вздутие живота Б. рвота застойным содержимым В. отек, гиперемия брюшной стенки Г. отсутствие стула Д. жидкий стул	В
2113.	При первичном перитоните у новорожденного ранним патогномоничным симптом является: А. рвота застойным содержимым Б. кровь в стуле В. вздутия живота Г. патозность нижних отделов передней брюшной стенки Д. отек половых органов	Г
2114.	Некротический энтероколит на стадии клинических проявлений характеризуется симптомами: А. рвотой с желчью, отсутствием стула и газов Б. рвотой с желчью, частым жидким стулом с патологическими примесями, вздутием живота с локальной болезненностью В.отсутствием стула и газов Г. вздутием живота с локальной болезненностью, усилением перистальтики	Б
2115.	Некротический энтероколит на III стадии предперфорации проявляется рентгенологически: А. локальным затенением брюшной полости Б. гидроперитонеумом В. свободным газом в брюшной полости	Б
2116.	Некротический энтероколит на стадии продромы рентгенологически проявляется:	

	А. повышенным равномерным газонаполнением кишечника Б. неравномерным наполнением кишечника с уровнями В. пневматозом кишечной стенки Г. газом в портальной системе печени Д. гидроперитонеумом Е. пневмоперитонеумом	А
2117.	Лечение 1, 2 - ой стадий НЭК: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное.	А
2118.	Лечение 3-ей стадии НЭК: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное	В
2119.	Лечение 4-ой стадии НЭК: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии Г. только оперативное	Г
2120.	Для перфоративного перитонита на рентгенограмме характерно: А. наличие свободной жидкости в брюшной полости Б. сниженное газонаполнение петель кишечника В. наличие свободного воздуха в брюшной полости Г. множественные уровни жидкости в петлях кишечника	В
2121.	В каком возрасте наиболее часто встречается инвагинация кишок? А. новорожденный Б. 4 -10 месяцев	Б

	В. старше года Г. школьный	
2122.	Провоцирующими факторами инвагинации кишечника у детей является все, кроме: А. нарушение пищевого режима Б. анатомо-физиологические особенности В. кишечная инфекция Г. ОРВИ	Б
2123.	Предрасполагающим фактором инвагинации кишечника из перечисленного является: А. нарушение или изменение режима питания Б. анатомо-физиологические особенности В. кишечная инфекция Г. ОРВИ Д. все перечисленное	Б.
2124.	Наиболее частой причиной илеоцекальной инвагинации кишечника у детей до 1 года является: А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника Б. нарушение или изменение режима питания В. диспепсия Г. ОРВИ Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)	А
2125.	Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является: А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника Б. нарушение или изменение режима питания В. диспепсия Г. ОРВИ Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)	Д

2126.	Инвагинация кишечника относится к: А. обтурационной кишечной непроходимости Б. странгуляционной кишечной непроходимости В. паралитической кишечной непроходимости Г. спастической кишечной непроходимости Д. смешанной кишечной непроходимости	Д
2127.	Смешанная механическая кишечная непроходимость, это сочетание: А. обтурационной кишечной непроходимости + спастической кишечной непроходимости Б. обтурационной кишечной непроходимости + паралитическая кишечная непроходимость В. обтурационной кишечной непроходимости + странгуляционной	В
2128.	Укажите, какой из симптомов инвагинации кишечника не характерен для стадии начальных клинических проявлений: А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками Б. симптом «малинового или смородинового желе» В. симптом пальпируемой опухоли Г. многократная рвота с желчью Д. ни чего из перечисленного Е. все перечисленное	Г
2129.	При инвагинации кишечника приступы болей в животе постепенно: А. усиливаются и укорачиваются; Б. удлиняются и усиливаются; В. удлиняются и ослабевают.	В
2130.	Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника: А. боли в животе Б. вялость В. симптом «малинового или смородинового желе» Г. повышение температуры тела Д. многократная рвота с желчью	В

	Е. ни чего из перечисленного	
2131.	Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника: А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками Б. задержка отхождения стула и газов В. многократная рвота с желчью Г. . ни чего из перечисленного Д. .все перечисленное	А
2132.	Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника: А. боли в животе Б. задержка отхождения стула и газов В. симптом пальпируемой опухоли в брюшной полости Г. многократная рвота с желчью Д. ни чего из перечисленного Е. все перечисленное	В
2133.	Для диагностики инвагинации кишечника в начальный период наиболее из всего перечисленного целесообразно использовать: А. пневмоирриграфию Б.. УЗИ брюшной полости В. пальпацию живота под наркозом Г. рентгеноконтрастное обследование с барием, данным через рот Д.. лапароскопию	А
2134.	Дифференцировать острую кишечную инвагинацию у детей необходимо со всеми заболеваниями, кроме: А. дизентерии Б. опухоли брюшной полости В. острой пневмонии Г. геморрагического васкулита	В
2135.	Для стадии начинающихся осложнений при инвагинации кишечника характерно:	В

	А. усиление и укорачивание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», асимметрия живота, симптом пальпируемой опухоли Б. удлинение и ослабевание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», симптом пальпируемой опухоли, отсутствие симптомов раздражения брюшин В. удлинение и ослабевание, болей в животе, многократная рвота с желчью, темная кровь с примесью слизи, наличие симптомов раздражения брюшины	
2136.	Лечение инвагинации кишечника: А. только оперативное Б. только консервативное В. зависит от возраста ребенка Г. зависит от возраста и стадии заболевания	Г
2137.	Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при: А. стенозе кишечника Б. завороте кишечника В. болезни Гиршпрунга Г. инвагинации	Б
2138.	Смешанная кишечная непроходимость включает: А. обтурационная кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость Б. странгуляционная кишечная непроходимость + обтурационная кишечная непроходимость В. спастическая кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость	Б
2139.	К смешанной кишечной непроходимости относится: А. стенозе кишечника Б. заворот кишечника В. болезнь Гиршпрунга Г. инвагинация	Г
2140.	Для острой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические симптомы:	В

	А. отсутствие газа в петлях тонкого кишечника во всех случаях Б. свободный газ в брюшной полости В. множественные или единичные тонкокишечные арки или чаши Клойбера Д. не равномерное газонаполнение петель кишечника	
2141.	Для низкой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны все перечисленные симптомы, кроме: А. приступообразные боли в животе Б. рвота с патологическими примесями В. вздутие живота Г. контурация петель кишечника на брюшную стенку Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии Е. задержка отхождения стула и газов	Д
2142.	Для высокой поздней спаечной тонкокишечной непроходимости в первые часы от заболевания характерны все перечисленные симптомы, кроме А. приступообразные боли в животе Б. рвота с патологическими примесями В. контурация петель кишечника на брюшную стенку Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии Е. задержка отхождения стула и газов Д. стул и газы отходят	Е
2143.	Для паралитической кишечной непроходимости на рентгенограмме характерно: А равномерное распределение газа в петлях тонкого кишечника Б. множественные или единичные чаши Клойбера В. равномерно перераздутые петли кишечника или равномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости Д. неравномерное газонаполнение петель кишечника или неравномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости	В
2144.	Консервативную терапию при ранней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение:	В

	А. 3-6 часов Б. 6-12 часов В. 12-24 часов Г. 24-48 часов Д. 48-72 часов	
2145.	Лечение поздней спаечной кишечной непроходимости не зависит от: А. вида непроходимости Б. давности заболевания В. наличия осложнений Г. возраста ребенка	Г
2146.	При странгуляционной кишечной непроходимости показано: А. консервативная терапия Б. наблюдение В. дача бария, консервативная терапия через 3-6 часов Г. срочная операция Д. операция после кратковременной предоперационной подготовки	Д
2147.	Консервативную терапию при поздней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение: А. 3-6 часов; Б. 6-12 часов; В. 12-24 часов; Г. 24-48 часов; Д. 48-72 часов	А
2148.	Выделение алой крови из прямой кишки характерно для: А. кровоточащего дивертикула Меккеля Б. язвы двенадцатиперстной кишки В. язвы или полипа толстой кишки Г. инвагинации кишечника	В
2149.	Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:	

	А. гепатомегалия Б. увеличение размеров живота В. спленомегалия Д. кровавая рвота Е. асцит	В
2150.	Выделение крови в виде «темной вишни» из прямой кишки характерно для: А. язвы толстой кишки Б. кровоточащего дивертикула Меккеля В. инвагинации кишечника	Б
2151.	Рвота с кровью не характерна для: А. кровоточащего дивертикула Меккеля Б. язвы желудка В. варикозно расширенных вен пищевода Г. язвы двенадцатиперстной кишки	А
2152.	Причиной кровотечения из дивертикула Меккеля является: А. аномалия развития сосудов в стенке дивертикула Меккеля Б. инвагинация дивертикула Меккеля в подвздошную кишку В. острая язва слизистой дивертикула Меккеля	В
2153.	Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК выше Фатерова сосочка, кроме: А. рвота без желчи Б. быстрая потеря массы тела В. ранняя желтуха Г. запавший живот Д. отсутствие мекония	Д
2154.	Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК ниже Фатерова сосочка, кроме: А. рвота с желчью Б. быстрая потеря массы тела	Д

	В. ранняя желтуха Г. запавший живот Д. меконий светлый Е. меконий отсутствует	
2155.	Задержка развития кишечной трубки в период эмбриогенеза в стадию «солидного тяжа» приводит к: А. аганглиозу кишечной стенки Б. гиперфиксации ДПК В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки Г. мембране Д. мальротации «средней кишки»	Г
2156.	Нарушение вращения средней кишки во 2-ой период приводит к: А. аганглиозу кишечной стенки Б. гиперфиксации ДПК В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки Г. к высокому расположению слепой кишки Д. мальротации «средней кишки»	Д
2157.	Задержка отхождения мекония у новорожденного может быть вызвана: А. аганглиозом кишечной стенки Б. муковисцедозом В. родовой травмой Г. мекониевой пробкой Д. всем перечисленным Е. ни чем из перечисленного	Д
2158.	Врожденная странгуляционная кишечная непроходимость у новорожденного может быть вызвана: А. атрезией двенадцатиперстной кишки Б. незавершенным поворотом кишечника В. заворотом «средней кишки»	В

	Г. мекониальной непроходимостью	
2159.	Для полной атрезии двенадцатиперстной кишки характерно все кроме: А. начало проявления с первых часов жизни Б. рвота съеденным молоком В. рвота с желчью Г. начало с 3-4-х суток жизни Д. ранняя желтуха	Г
2160.	При полной атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка характерно все кроме: А. рвота с желчью Б. ранняя желтуха В. внутриутробная гипотрофия Г. меконий темного цвета Д. меконий обесцвечен	Г
2161.	Для частичной врожденной высокой кишечной непроходимости не характерно: А. рвота с желчью Б. меконий отходит В. меконий не отходит Г. наличие переходного стула	В
2162.	Укажите какие симптомы не характерны для врожденной полной низкой кишечной непроходимости: А рвота с желчью Б мекониевая рвота В вздутие живота в эпигастрии, западение нижних отделов Г равномерное вздутие живота Д отсутствие мекония	В
2163.	Мекониевая рвота у новорожденных не характерна для: А. перитонита Б. острой форме болезни Гиршпрунга	В

	В. атрезии тощей кишки Г. атрезии прямой кишки Д. атрезии подвздошной кишки	
2164.	Укажите какие симптомы при врожденной полной низкой кишечной непроходимости не относятся к ранним: А. срыгивания молоком Б. рвота с желчью или застойным кишечным содержимым В. беспокойство ребенка Г. равномерное вздутие живота Д. отсутствие мекония	Б
2165.	Меконияльная рвота не характерна для: А. для острой формы юлезни Гиршпрунга Б. атрезии подвздошной кишки В. атрезии тонкой кишки Г. атрезии прямой кишки Д. перитонита новорожденных	В
2166.	Для внутриутробного заворота «средней кишки» у новорожденного не характерно: А. время проявления -3-5 –е сутки жизни Б. рвота с желчью В. рвота застойным кишечным содержимым Г. меконий отходит Д. беспокойство ребенка Е. живот при пальпации болезненный Ж. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»	В
2167.	Наиболее значимым симптомом для «заворота кишечника» у новорожденного является: А. беспокойство Б. рвота с желчью В. болезненный при пальпации живот	Д

	Д. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»	
2168.	Ведущим симптомом врожденной высокой кишечной непроходимости является: А. рвота Б. боли в животе В. отсутствие мекония	А
2169.	Ведущим симптомом врожденной низкой кишечной непроходимости является: А. рвота Б. боли в животе В. отсутствие мекония	В
2170.	Атрезия двенадцатиперстной кишки часто сочетается с синдромом: А. Беквита – Видемана Б. Смитта- Опитца В. Дауна Г. Меккеля	В
2171.	Для высокой врожденной частичной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно: А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отдела кишечника В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника; Г. множественные уровни жидкости	В
2172.	Для высокой врожденной полной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно: А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отдела кишечника В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника Г. множественные уровни жидкости	Б

2173.	Для атрезии подвздошной кишки в клинике основным характерным симптомом является: А. рвота застойным содержимым Б. вздутие живота В. беспокойство ребенка Г. стул в виде обесцвеченной слизи Д. стул в виде «малинового желе»	Г
2174.	На обзорной рентгенограмме при полной врожденной низкой кишечной непроходимости характерно: А. два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника Б. три или больше уровня уровней жидкости в петлях кишечника, затенение нижних отделов В. симптом «микроколон»	Б
2175.	Основным методом диагностики синдрома мальротации «средней кишки» является: А. обследование ЖКТ с контрастным веществом, введенным в желудок Б. пневмоирригография В. ирригография с водорастворимым контрастом Г. УЗИ органов брюшной полости	В
2176.	На ирригографии для синдрома мальротации «средней кишки» характерно: А. левостороннее расположение купола слепой кишки Б. высокое расположение купола слепой кишки В. левостороннее расположение толстой кишки с нетипичным расположением купола слепой кишки	В
2177.	Пилоростеноз проявляется у детей в возрасте: А. сразу после рождения Б. 7 - 10 дней В. 2 - 4 недели Г. после 2-х месяцев	В

	Д. после 6-ти месяцев	
2178.	Для пилоростеноза характерна: А. рвота неизмененным молоком большим объемом Б. рвота створоженным молоком В. рвота створоженным молоком большим объемом с кислым запахом Г. рвота большим объемом с примесью желчи	В
2179.	При острой форме пилоростеноза в клинике характерен стул: А. скудный темный-зеленый Б. «ложные» запоры В. водянистый Г. частый жидкий	А
2180. 1	При острой форме пилоростеноза масса тела характеризуется: А. малой прибавкой Б. возрастным дефицитом В. быстрым снижением Г. отсутствием прибавки Д. неравномерной прибавкой	В
2181.	При подострой форме пилоростеноза масса тела характеризуется: А. малой прибавкой Б. возрастным дефицитом В. прогрессирующим снижением Г. отсутствием прибавки Д. неравномерной прибавкой	Б
2182.	Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является: А. склонность к запорам Б. желтуха В. рвота «фонтаном» Г. олигурия	В

	Д. потеря в массе тела	
2183.	При подострой форме пилоростеноза в клинике характерен стул: А. скудный темный-зеленый Б. «ложные» запоры В. водянистый Г. частый жидкий	Б
2184.	При объективном осмотре при пилоростенозе характерен симптом: А. Воскресенского Б. Вааля В. «песочных часов» Г. Данса	В
2185.	Для диагностики пилоростеноза в настоящее время в основном используют: А. пальпацию пилорического отдела желудка под наркозом Б. рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта с барием В. УЗИ желудка Г. эзофагогастроскопию	В
2186.	Для врожденного пилоростеноза на УЗИ характерно: А. длина пилорического отдела < 14- мм, толщина стенки пилорического отдела 4 мм Б. длина пилорического отдела 16 мм, толщина стенки пилорического отдела < 4 мм В. длина пилорического отдела > 14- мм, толщина стенки пилорического отдела > 4 мм	В
2187.	Из перечисленных симптомов наиболее достоверным является: А. симптом «песочных часов» Б. гипотрофия В. вздутие в эпигастрии после кормления Г. пальпация утолщенного пилорического отдела желудка Д. олигурия	Г

2188.	Для пилоростеноза на обзорной рентгенограмме характерно: А. два газовых пузыря с двумя уровнями жидкости, расположенные в эпигастральной области, обеднение газом петель кишечника Б. симптом «клюва» В. увеличенный в размерах желудок с уровнем жидкости, обеднение газом петель кишечника	В
2189.	Алгоритм обследования больного с подозрением на пилоростеноз включает: А. объективный осмотр, сбор анамнеза, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, обследование желудочно-кишечного тракта с барием, ФГДС, анализы Б. сбор анамнеза, объективный осмотр, ФГДС, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, обследование желудочно-кишечного тракта с барием В. сбор анамнеза, объективный осмотр, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, УЗИ желудка, ФГДС, обследование желудочно-кишечного тракта с барием	В
2190.	Острую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме: А. псевдопилоростеноза Б. кишечной инфекции В. халази кардии Г. заворота кишечника	В
2191.	Подострую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме: А. аэрофагии Б. вегетоабдоминального синдрома В. пилороспазма Г. псевдопилоростеноза	Г
2192.	Желудочно-пищеводный рефлюкс проявляется: А. с рождения Б. с 2-3-х недельного возраста В. с 2-3 месяцев	А
2193.	Для диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса необходимо	

	провести: А. фиброгастроскопию, контрастную рентгенографию пищевода и желудка Б. фиброгастроскопию, рентгеноскопию пищевода и желудка с контрастом в положении лежа или Тренделенбурга В. фиброгастроскопию, КТ	Б
2194.	Лечение пилоростеноза: А. оперативное Б. консервативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	А
2195.	Для атрезии желчевыводящих путей в первые две недели жизни характерно: А. обесцвеченный стул с 5-6 суток, желтуха с 3-4 дня, темная моча, состояние ребенка страдает; Б. желтуха с 3-4 дня, обесцвеченный стул в течении 10 дней, темная моча, состояние ребенка не страдает; В. желтуха с рождения, гепатомегалия, обесцвеченный стул с 3-5-го дня.	Б
2196.	Дифференцировать атрезию желчевыводящих путей у новорожденных в первые две недели жизни необходимо: А. с холестазом; Б. с гемолитической желтухой; В. с внутриутробным гепатитом; Г. с затянувшейся физиологической желтухой.; Д. со всем перечисленным.	Д
2197.	Классической триадой симптомов для кисты общего желчного протока являются:: А. обесцвеченный стул, постоянные боли в правом подреберье, темная моча; Б. рецидивирующие боли в правом подреберье или эпигастрии, перемежающаяся желтуха, пальпируемая опухоль у края печени; В. приступообразные боль в эпигастрии, симптом пальпируемой опухоли, повышение температуры тела	Б
2198.	При атрезии желчевыводящих путей в биохимическом анализе	

	превалирует: А. прямой билирубин; Б. непрямой билирубин	А
2199.	Стенозы большого дуоденального сосочка (БДС) могут быть обусловлены: А. хронической дуоденальной непроходимостью; Б. мембраной, гипоплазией или хористой БДС; В. кистозным расширением желчных протоков.	Б
2200.	Ведущим симптомом атрезии атрезии желчевыводящих путей (ЖВП) является: А. ранняя желтуха; Б. ахоличный стул; В. увеличение печени в размерах	Б
2201.	К не коррегируемым порокам развития ЖВП относится: А. атрезия наружных желчевыводящих путей; Б. атрезия дистального отдела общего желчного протока; В. внутрипеченочная атрезия желчевыводящих путей	В
2202.	Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является: А. наследственность; Б. гормональные нарушения; В. пороки развития желчного пузыря; Г. нарушения обменных процессов; Д. хронический гепатит	В
2203.	Операция Касаи показана при: А. атрезии наружных желчевыводящих путей; Б. атрезии внутрипеченочных протоков; В. кисте холедоха.	А
2204.	Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является: А. УЗИ;	В

	Б. сцинтиграфия; В. ретроградная холецистопанкреатография; Г. релаксационная дуоденография.	
2205.	Поперечная перегородка желчного пузыря в виде «фригийской шапочки» локализуется: А. в шейке пузыря; Б. в области дна пузыря; В. теле пузыря	Б
2206.	Основным симптомом атрезии ЖВП является: А. ранняя желтуха; Б. ахоличный стул; В. увеличение печени в размерах	Б
2207.	К коррегируемым порокам развития ЖВП относится: А. один или два печеночных протока проходимы, но диаметр их слишком мал; Б. непроходимость дистального отдела общего желчного протока; В. в воротах печени отсутствуют протоки	Б
2208.	Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является: А. УЗИ; Б. сцинтиграфия; В. ретроградная холецистопанкреатография; Г. релаксационная дуоденография.	В
2209.	Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является: А. наследственность; Б. гормональные нарушения; В. пороки развития желчного пузыря; Г. нарушения обменных процессов; Д. хронический гепатит	В
2210.	При нарушении облитерации желчного протока может	

	образоваться все, кроме: А. полный свищ пупка Б. неполный свищ пупка В. дивертикул Меккеля Г. киста брыжейки тонкой кишки Д. киста желточного протока	Г
2211.	Относительным противопоказанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является: А. мацерация кожных покровов Б. эвагинация кишечника В. кровотечение из слизистой Г. потеря кишечного содержимого Д. ни чего из перечисленного	А
2212.	Дивертикул Меккеля, это А. нарушение облитерации дистальной части урахуса Б. нарушение облитерации проксимальной части желточного проток В. нарушение облитерации дистальной части желточного протока Г. нарушение процесса реканализации кишечной трубки в эмбриогенезе	В
2213.	Полный свищ желточного протока может осложниться всем, кроме: А. инфицированием передней брюшной стенки Б. эвагинацией кишечника В. кровотечением из слизистой кишечной стенки Г. гипотрофией Д. инвагинацией кишечника	Д
2214.	Экстренным показанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является: А. мацерация кожных покровов Б. эвагинация кишечника В. кровотечение из слизистой	Б

	Г. потеря кишечного содержимого Д. ни чего из перечисленного	
2215.	Для гастрошизиса не характерно: А. дефект в брюшной стенке до 2-3 см Б. кишечник укорочен в 3-4 раза В. стенка кишечника отечна Г. имеется грыжевой мешок, покрытый фибрином Д. пуповина отходит нормально, справа от дефекта Е. ни чего из перечисленного	Г
2216.	Гастрошизис может сочетаться: А. с синдромом Беквита-Видемана Б. с пороками сердца В. с атрезиями кишечной трубки Г. с синдромом Дауна	В
2217.	При рождении ребенка с гастрошизисом необходимо: А. укутать эвентрированные петли кишечника теплыми салфетками и срочно перевести в хирургический стационар Б. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, ввести антибиотики и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар В. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, укутать теплыми ватно-марлевыми салфетками, ввести анальгетики, антибиотики, установить зонд в желудок, сделать очистительную клизму, назначить инфузионную терапию и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар	В
2218.	Грыжей пупочного канатика средних размеров считают, если: А. грыжевой мешок содержит только 2-3 петли кишечника Б. грыжевой мешок содержит только петли кишечника В. грыжевой мешок содержит только петли кишечника и незначительную часть печени Г. грыжевой мешок содержит петли кишечника и большую часть печени	Б
2219.	Образования грыж пупочного канатика не связано с:	

	А. отсутствием вращения кишечника Б. недоразвитием брюшной полости В. недоразвитием брюшной стенки	В
2220.	Грыжа пупочного канатика может сочетаться А. с синдромом Беквита-Видемана Б. VACTERL-ассоциацией пороков В. с атрезиями желчевыводящих путей Г. с синдромом Дауна	А
2221.	Оперативное лечение пупочных грыж проводят: А. по установлению диагноза; Б. в возрасте 3-лет; В. в возрасте 4-х лет; Г. после 5 лет.	Г
2222.	Грыжи белой линии живота лечат: А. консервативно; Б. оперативно; В. оперативно при неэффективности консервативной терапии.	Б
2223.	Острая форма болезни Гиршпрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-х месяцев В. после введения прикорма	А
2224.	Первые симптомы подострой формы болезни Гиршпрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-х месяцев В. после введения прикорма Г. после года	Б
2225.	Первые симптомы хронической формы болезни Гиршпрунга проявляется в возрасте: А. с первых дней жизни Б. в возрасте 1-3-месяцев	В

	В. после введения прикорма Г. после года	
2226.	Укажите характерные рентгенологические признаки болезни Гиршпрунга на контрастной ирригграмме: А. расширение толстой кишки, сглаженность гаустрации, не полное опорожнение кишечника Б. суженная зона в дистальном отделе толстой кишки и расширение супрастенотической зоны В. удлинение и расширение сигмовидной кишки, задержка опорожнения кишечника	Б
2227.	Из предложенных методов диагностики уровня атрезии прямой кишки в первые часы после рождения наиболее информативным является: А. боковая инвертограмма через 24 – 26 часов после рождения; Б. пункция промежности; В. выявление симптома толчка; Г. УЗИ промежности	Г
2228.	При атрезии ануса и прямой кишки боковую инвертограмму по Вангенстину необходимо выполнить: А. сразу после рождения Б. через 5-6 часов после рождения В. через 16-18 часов после рождения	В
2229.	Из перечисленных методов диагностики уровня атрезии ануса и прямой кишки наиболее достоверным в первые часы после рождения является: А. УЗИ промежности Б. пункция промежности Б. выявление симптома толчка В. рентгенограмма по Вангенстину.	А
2230.	При атрезии прямой кишки у девочек не может быть свища: А. на промежность Б. во влагалище В. в преддверие влагалища Г. в матку Д. в мочевого пузырь	Д

2231.	Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем может сочетаться: А. с синдромом Беквита-Видемана Б. с VACTERL-ассоциацией пороков В. с синдромом Эллиса Г. синдром Пьера-Робина Д со всем перечисленным	Б
2232.	Рентгеноконтрастное обследование при подозрении на атрезию пищевода проводится: А. 5% барием, разведенным на молоке в объеме 1 мл Б. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме 5 мл В. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме не более 1 мл Г. водорастворимым контрастным веществом в объеме 1 мл	В
2233.	При атрезии пищевода на рентгенограмме с контрастированием верхнего сегмента можно определить все, кроме: А. уровень атрезии Б. форму атрезии (наличие или отсутствие трахеопищеводного свища) В. изменения со стороны легких Г. сопутствующие пороки развития со стороны ЖКТ Д. позвоночника, конечностей Е. почек	Е
2234.	При атрезии пищевода в роддоме необходимо: А. респираторный уход, антибактериальная терапия, ИВЛ, перевод ребенка в специализированное хирургическое отделение по установлению диагноза Б. респираторный уход, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения В. установка КППВ для проведения инфузионной терапии, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка	Б

	в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения	
2235.	Из ниже перечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается: А. гастро-эзофагеальный рефлюкс Б. стеноз пищевода В. реканализация трахеопищеводного свища Г. дисфагия, Д. аспирационная пневмония	Б
2236.	Характерным симптомом изолированного трахеопищеводного свища является: А. одышка Б. цианоз В. гиперсаливация Д. кашель во время кормления	Д
2237.	Осложнением трахеопищеводного свища является: А. эзофагит Б. бронхит В. аспирационная пневмония Г. гастро-эзофагеальный рефлюкс	В
2238.	Первым симптомом рубцового послеожогового стеноза пищевода является: А. боль за грудиной Б. изжога В. потеря массы тела Г. затруднения при глотании	Г
2239.	Первые признаки диафрагмы появляются у эмбриона на: А. 3 – 4 –ой неделе Б. 5 – 6 -ом месяце В. 3 –ем месяце	А
2240.	При недоразвитии поперечной перегородки образуются грыжи:	

	А. пищеводного отверстия диафрагмы Б. переднего отдела диафрагмы В. заднего отдела диафрагмы	Б
2241.	При задержке опускания желудка формируются грыжи: А. пищеводного отверстия диафрагмы Б. переднего отдела диафрагмы В. заднего отдела диафрагмы	А
2242.	При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы ведущим симптомом является: А. рвота или срыгивания Б. отставание в массе тела В. беспокойство во время кормления Г. изжога Д. запоры	А
2243.	Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы у детей старшего возраста не характерны: А. изжога Б. боли за грудиной В. рвота Г. анемия Д. запоры	Д
2244.	При ложной диафрагмальной грыже отсутствует: А. грыжевое содержимое Б. грыжевые ворота В. грыжевой мешок Г. грыжевой мешок и грыжевые ворота Д. грыжевое содержимое и грыжевой мешок	В
2245.	Френоперикардальная грыжа, это перемещение органов брюшной полости в: А. заднее средостение	В

	Б. переднее средостение В. перикард	
2246.	Ведущим синдромом при грыжах собственно диафрагмы (диафрагмально-плевральных) является: А. геморрагический; Б. синдром внутригрудного напряжения; В. абдоминальный синдром.	Б
2247.	Диафрагмальные грыжи собственно диафрагмы у детей старшего возраста дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме: А. киста легкого Б. поликистозм легкого В. рецидивирующая кишечная непроходимость Г. гипоплазия легкого	Г
2248.	У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания при аускультации. Органы смещения смещены вправо. При бронхоскопии отсутствует правый главный бронх. А. гипоплазия легкого; Б. аплазия легкого; В. Агенезия легкого; Г. ателектаз легкого.	Б
2249.	На обзорной рентгенограмме при гипоплазии одной из долей легкого характерно: А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения; Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения; В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.	В
2250.	При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается: А. нижняя доля справа;	Б

	Б. верхняя доля слева; В. нижняя доля слева; Г. верхняя доля справа; Д. средняя доля справа	
2251.	На обзорной рентгенограмме при лобарной эмфиземе характерно: А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения; Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения; В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.	Б
2252.	Основной причиной врожденной долевой эмфиземы легкого является: А.аспирация мекония Б. дефицит сурфактанта В. аномальное отхождение легочных сосудов Г.аплазия. гипоплазия хряща долевого бронха Д. опухоль средостения	Г
2253.	Укажите на симптом не характерный для врожденной долевой эмфиземы у новорожденного: А. одышка, цианоз при плаче Б. сердечно-сосудистая недостаточность В. западение живота Г. вздутие грудной клетки Д. смещение средостения в здоровую сторону	В
2254.	Наиболее частой локализацией легочной секвестрации является: А. нижняя доля справа; Б. верхняя доля слева; В. нижняя доля слева;	А

	Г. верхняя доля справа; Д. средняя доля справа	
2255.	Из всего перечисленного паралич купола диафрагмы у новорожденного наиболее часто является: А. осложнением плевральной пункции Б. осложнением катетеризации подключичной вены. В. осложнением родовой травмы Г. осложнением медиастенита	В
2256.	Укажите, какой рентгенологический признак не характерен для врожденной диафрагмально-плевральной грыжи: А. отсутствие купола диафрагмы на стороне поражения Б. высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения В. ячеистый рисунок в грудной полости Г. смещение средостения в больную сторону Д. смещение органов средостения в здоровую сторону	Г
2257.	Какой из рентгенологических симптомов не характерен для диафрагмально-плевральной грыжи: А. ячеистый рисунок; смещение границ сердца в здоровую сторону Б. высокое стояние купола диафрагмы В. низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения Г. отсутствие купола диафрагмы на должном месте	В
2258.	В периоде новорожденности наиболее часто проявляется: А. левосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа Б. правосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа В. френоперикардальная диафрагмальная грыжа Г. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	А
2259.	Для отграниченного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно: А. скопление воздуха в плевральной полости, легкое колабированно к корню Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости без смещения	Б

	органов средостения в здоровую сторону В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения со смещением средостения в здоровую сторону	
2260.	Для острого напряженного пневмоторакса характерно все, кроме: А. одышка Б. тахикардия В. смещение границ сердца в здоровую сторону Г. притупление перкуторного звука на стороне поражения Д. коробочный перкуторный звук на стороне поражения	Г
2261.	Для внеперикардального медиастинального напряжения (медиастенит) характерно: А. увеличение одной из половин грудной клетки, гипертермия, тахикардия, одышка Б. набухание и пульсация шейных вен, одутловатость лица, гипертермия, тахикардия, одышка В. подкожная эмфизема в области шеи и грудной клетки, тахикардия, одышка	Б
2262.	Пульсация и набухание шейных вен, сглаженность надключичных ямок, одутловатость шеи, лица характерны для: А. синдрома внутри плеврального напряжения Б. синдрома внутри перикардального напряжения В. синдрома внеперикардального медиастинального напряжения Г. для всего перечисленного	В
2263.	Для напряженного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно: А. скопление воздуха в плевральной полости, колабирующее к корню легкое Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в вальную сторону В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения	В

2264.	Внутрилегочное напряжение при ОГДП может быть обусловлено: А. пиотораксом Б. абсцессом легкого В. напряженной буллой Г. напряженным пневмотораксом	В
2265.	Укажите метод лечения фибропиоторакса: А. пункции плевральной полости Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией Г. торакоскопия с дренированием плевральной полости с активной аспирацией Д. все перечисленное	Г
2266.	Воздушная полость (булла) может осложниться: А. пиоторакс Б. нагноением В. пневмоторакс Г. пиопневмоторакс	В
2267.	Укажите метод местного лечения плащевидного серозного плеврита: А. пункции плевральной полости, Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией, В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией, Г. все перечисленное	А
2268.	При плащевидном плеврите необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоскопию	В
2269.	При напряженном пневмотороксе необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау	Б

	Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау	
2270.	При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищом необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау	Г
2271.	Укажите метод лечения пиоторакса: А. пункция плевральной полости Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией Г. все перечисленное	В
2272.	Синдром внутрилегочного напряжения при ОГДП может быть обусловлен: А. пиотораксом Б. абсцессом легкого В. напряженной буллой Г. напряженным пневмотораксом Д. всем перечисленным Е. ни чем из перечисленного	В
2273.	Для абсцесса легкого на рентгенограмме характерно: А. тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокального воспаления Б. округлое образование с уровнем жидкости с перифокальным воспалением В. округлое образование без уровня жидкости	Б

2274.	Лечение остеохондропатий включает все, кроме: А. антибактериальная терапия Б физиотерапия В. ЛФК Г. исключение физической нагрузки на проаженный сегмент опорно-двигательного аппарата Д. общеукрепляющая терапия	А
2275.	В механизме образования ВДГК основное место занимают:: А. перенесенный рахит, диспропорция роста грудины и ребер; Б. диспропорция роста грудины и ребер. диспластические изменения хрящевой и соединительной ткни скелета грудной клеткцию; В. перенесенный рахит, диспластические изменения хрящевой и соединительной ткни скелета грудной клеткцию..	Б
2276.	ВДГК сразу после рождения проявляется: А. выраженной деформацией грудины. Б. западение ребер и грудины при выдохе, В. западение ребер и грыдины при вдохе.	В
2277.	ВДГК может сочетается с синдромом: А. Беквида –Видеман, Б. Марфана, В. Дауна, Г. Егерса	Б
2278.	ВДГК может сочетается с синдромом: А. Элерса-Данло; Б. Нунан; В. ассоциация VATER; Г. ассоциация CHARGE	А
2279.	Наиболле часто ВДГК начинает прогрессировать. А.до 3-5 лет, Б. в период ускоренного роста ребенка.	А

	В. в пубертатный период.	
2280.	Выделяют: А. 2 степени ВДГК. Б. 3 степени ВДГК, В. 4 степени ВДГК, Г. 5 степеней ВДГК	Б
2281.	Для компенсированной стадии ВДГК характерно: А. наличие только косметического дефекта, Б. наличие только косметического дефекта, функциональные нарушения со стороны легких и сердца при физической нагрузке.	А
2282.	Для субкомпенсированной стадии ВДГК характерно: А. наличие только косметического дефекта, Б. наличие косметического дефекта, умеренно выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца при нагрузке. В. выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца.	Б
2283.	Для диагностики степени ВДГК применяют: А. рентгенологические методы, Б. функциональные, В. рентгенологические и функциональные методы.	В
2284.	Абсолютным показанием к оперативному лечению при врожденной воронкообразной деформации грудной клетки является: А. наличие косметического дефекта Б. сердечно-легочная недостаточность В. симптом «парадоксального вдоха»	Б
2285.	Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить: А. пиурию Б. альбуминурию В. микрогематурию Г. макрогематурию	Г

	Д. оксалатурию Е. все перечисленное Ж. ничего из перечисленного	
2286.	Основной клинический признак атрезии прямой кишки со свищем в мочевую систему: А. моча окрашенная меконием в момент начала мочеиспускания, Б. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания, В. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания, последние порции окрашены более интенсивной сопровождаются отхождением газов.	В
2287.	Какой из перечисленных пороков развития относится к обструктивным уropатиям?: А. мультыкистоз, Б. гипоплазия, В. гидронефроз, Д. поликистоз	В
2288.	Гидронефроз, это А. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы, Б. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника, В. каликопиелозэктазия, Г. наличие кисты в паренхиме почки	А
2289.	Причиной гидронефроза является: А. стеноз устья мочеточника Б. нарушение оттока мочи на уровне пиелоуретрального сегмента В. нейромышечная дисплазия мочеточника	Б
2290.	Гидронефроз у новорожденных наиболее часто проявляется: А. пиелонефритом Б. симптомом пальпируемой опухоли в брюшной полости В. болевым симптомом	Б
2291.	Основным признаком гидронефроза считают: А. наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника.	

	Б. признаки нарушения сократительной способности лоханки. В. признаки вторичного пиелонефрита. Г. истончение паренхимы. Д. признаки снижения почечного кровотока	А
2291.	Микционная цистоуретрография является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме: А. пузырно-мочеточникового рефлюкса Б. рефлюксирующего уретерогидронефроза В. стеноза шейки мочевого пузыря Г. стеноза уретры у девочек Д. нефроптоза	Д
2292.	Мультикистозная дисплазия почки, это: А. замещение участка почки многокамерной кистой, не сообщающейся с лоханкой Б. одна почка замещена кистозными полостями В. две почки замещены кистозными полостями	Б
2293.	Постоянное капельное недержание мочи у ребенка на фоне нормального мочеиспускания характерно для: А. тазовой дистопии почки Б. неполного удвоения почки В. стеноза уретры Г. эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек Д. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря	Г
2294.	УЗИ является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме: А. нефроптоза Б. гидронефроза В. поликистоза Г. рефлюксирующего уретерогидронефроза Д. всего перечисленного	Г
2295.	Причиной рефлюксирующего мегауретера не является:	

	А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника Б. стеноз устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. дистопия устья мочеточника Д. пузырно-мочеточниковый рефлюкс	Б
2296.	Причиной нерефлюксирующего мегауретера является: А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника Б. дистопия устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника	А
2297.	Причиной нерефлюксирующего мегауретера является: А.пузырно-мочеточниковый рефлюкс; Б. дистопия устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника; Д. стеноз устья мочеточника	Д
2298.	Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при: А.цистоскопии Б. экскреторной урографии В. микционной цистоуретрография Г урофлуометрии Д. цистометрии	В
2299.	Ведущим симптомом нефроптоза у детей является: А. нарушение мочеиспускания Б. болевой симптом В. энурез Г. поллакиурия	Б
2300.	Экскреторная урография противопоказана при: А. острым пиелонефрите Б. травме почки В. почечной колике	Г

	Г. анурии Д. макрогематурия	
2301.	Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для: А. удвоения почки Б. гидронефроза В. нефроптоза Г. разрыва почки	Г
2302.	Из перечисленных аномалий развития почек к аномалиям структуры относится: А. дистопия почки Б. мультикистоз почки В. подковообразная почка Г. удвоение почки Д. S-образная почка Е. гидронефроз	Б
2303.	Какой из перечисленных пороков развития почки, как правило, является двусторонним: А. мультикистоз Б. гипоплазия В. гидронефроз Д. поликистоз	Д
2304.	Основное отличие поясничной дистопии почки от нефроптоза состоит: А. в отсутствии по УЗИ подвижности почки, Б. в поясничном положении почки, В. в эхографических признаках ротации почки. Г. в расширении мочеточника опущенной почки. Д. в наличии почки в поясничном отделе при положении пациента стоя.	Д
2305.	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-лоханочной системы, Д. расширение чашечно-лоханочной системы	А
2306.	Основным эхографическим признаком мультикистоза почки у детей является: А. увеличение в размерах одной из почек. Б. полное замещение кистами одной из почек, В. выявление в паренхиме отдельных кистозных включений, Г. деформация чашечно-лоханочной системы, Д. расширение чашечно-лоханочной системы	Б
2307.	Для гиперрефлекторного мочевого пузыря характерно: А. задержка мочеиспускания Б. императивные позывы к мочеиспусканию В. редкое мочеиспускание Г. затрудненное мочеиспускание	Б

2308.	8. Для гипорефлекторного мочевого пузыря характерно: А. задержка мочеиспускания Б. императивные позывы к мочеиспусканию, В. редкое мочеиспускание Г. затрудненное мочеиспускание	В
2309.	Варикоцеле у детей возникает в возрасте : А. до 3-х лет Б. до 9-10 лет В. после 9-10 лет	В
2310.	Назовите симптомы варикоцеле: А. уменьшенное в размерах яичка Б. гиперемия мошонки В. симптом «дождевых червей» Г. урчание при пальпации	В
2311.	Лечение варикоцеле: А. оперативное при любой степени; Б. консервативное при I степени; В. оперативное только при II – III степени	А
2312.	Причиной возникновения паховой грыжи является: А. повышение внутрибрюшного давления Б. незаращение влагалищного отростка В. нарушением лимфооттока. Г. расширенное наружное паховое кольцо	Б
2313.	Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается: А. к 28 неделе внутриутробного развития Б. к рождению ребенка В. к 1-му году Г. к 2-3 –м годам Д. к 3-м годам.	В
2314.	Симптом «урчания» характерен для: А. ущемленной паховой грыжи Б. для водянки оболочек яичка	В

	В. для неосложненной пахово-мошоночной грыжи	
2315.	Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является: А. тошнота и рвота Б. периодически появляющееся эластичное выпячивание в пховой области В. боли в животе Г. постоянное эластичное выпячивание в пховой области	Б
2316.	Неосложненная пахово-мошоночная грыжа характеризуется: А. симптомом урчания при вправлении, сужением наружного пахового кольца, положительным симптомом «кашлевого» толчка Б. симптомом просвечивания при диафаноскопии, симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка расширением наружного пахового кольца В. симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка, расширением наружного пахового кольца.	В
2317.	Выберите симптом, характерный для ущемленной пахово-мошоночной грыжи А. симптом «урчания» при вправлении Б. симптом «кашлевого толчка» В. невозможность вправления Г. увеличение мошонки в размерах Д. симптом «дождевых червей»	В
2318.	Показанием к плановому оперативному лечению при паховой грыже является: А. возраст ребенка Б. опасность ущемления	Б
2319.	Ущемленную паховую грыжу необходимо дифференцировать с: А. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом, орхоэпидидимитом Б. ущемлением яичка в паховом канале при крипторхизме, остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом В. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом	В

2320.	Консервативное вправление ущемленной паховой или пахово-мошоночной грыжи противопоказано во всех случаях, кроме: А. при давности ущемления более 8-12 часов Б. у девочек Б при наличии гиперемии кожи в области грыжевого выпячивания Г. давность ущемления не известна Д. у мальчиков, при ущемлении не более 8-12 часов	Д
2321.	Острый специфический орхит у детей: А. является редким заболеванием Б. частым заболеванием	А
2322.	Орхиты у детей чаще встречаются: А. первичные Б, вторичные	Б
2323.	Лечение вторичного орхита: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии	В
2324.	Лечение первичного орхита: А. консервативное Б. оперативное В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии	В
2325.	В этиологии острых заболеваний яичка у детей основное место занимает: А. механические факторы Б. незаращение влагалищного отростка В. инфекция	А
2326.	Синдром «отечной мошонки» включает все, кроме: А. увеличение мошонки в размерах Б. отек мягких тканей	Д

	В. гиперемия кожи Г. боль Д. отсутствие болевого симптома	
2327.	Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме: А. перекрут гидатиды Б. заворот яичка В. водянка оболочек яичка Г. травма органов мошонки Д. идиопатический инфаркт яичка	В
2328.	Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме: А. острое поражение гидатиды Б. тромбоз сосудов семенного канатика В. орхоэпидидимит Д. варикоцеле	Д
2329.	При остром поражении гидатиды яичка возникает осложнение: А. водянка оболочек яичка Б. орхит В. нарушение кровообращения в яичке	Б
2330.	Из всех перечисленных симптомов для заворота яичка в первые 1-2 часа патогномоничным является: А. яичко болезненное при пальпации, снижение кремастерного рефлекса Б. яичко болезненное при пальпации, отек мошонки В. яичко болезненное при пальпации, подтянуто к корню Г. яичко болезненное при пальпации, увеличено в размерах	В
2331.	Водянка оболочек яичка у детей до 1,5 – 2-х лет обусловлена: А. повышенным внутрибрюшным давлением; Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем В. незаращением влагалищного отростка	Б

	Г. травмой пахово-мошоночной области	
2332.	Водянка оболочек яичка у детей после 2-х лет обусловлена: А. повышенным внутрибрюшным давлением Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем В. незаращением влагалищного отростка Г. травмой пахово-мошоночной области	В
2333.	Для несообщающейся водянки оболочек яичка характерно: А. увеличение мошонки в размерах отек мягких тканей, боль Б. отек мягких тканей, боль В. увеличение мошонки в размерах	В
2334.	При каких заболеваниях необходима срочная операция? А. паховая грыжа Б. киста семенного канатика В. ущемление паховой грыжи Г. варикоцеле	В
2335.	Консервативные мероприятия по вправлению ущемленной паховой грыжи показаны: А. если давность ущемления неизвестна; Б. при ущемлении более 8-12 часов; В. при наличии местных признаков воспаления; Г. у девочек; Д. у новорожденных и детей раннего возраста, если давность ущемления не более 12 часов.	Д
2336.	Остро возникшую кисту семенного канатика дифференцируют с: А. ущемленной паховой грыжей Б. острым лимфаденитом В. с паховым крипторхизмом	А
2337.	Ненапряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует: А. экстренного оперативного лечения Б. оперативного лечения в плановом порядке	Г

	В. пункция оболочек яичка Г. наблюдение в динамике Д. гормональная терапия	
2338.	При напряженной водянке оболочек яичка у ребенка в возрасте 6 месяцев показано: А. наблюдение Б. оперативное лечение в экстренном порядке В. оперативное лечение в плановом порядке Г. пункция оболочек яичка Д. физиопроцедуры	Г
2339.	Ненапряженная водянка оболочек яичка у детей 2 х лет требует: А. экстренного оперативного лечения Б. оперативного лечения в плановом порядке В. пункция оболочек яичка Г. наблюдение в динамике Д. гормональная терапия	Б
2340.	Задержка яичка на пути следования в мошонку называется: А. истинный крипторхизм Б. эктопия яичка В. ложный крипторхизм	А
2341.	Полным недержанием мочи сопровождается: А. тотальная эписпадия, Б. промежностная гипоспадия. В. клапан уретры.	А
2342.	Для экстрофии мочевого пузыря характерно: А. отсутствие участка передней брюшной стенки, недоразвитие половых органов, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза; Б. отсутствие участка передней брюшной стенки, отсутствие передней стенки мочевого пузыря, тотальная эписпадия, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза; В. недоразвитие мочевого пузыря, деформация половых органов, постоянное недержание мочи, врожденный вывих бедра	А

2343.	Причиной инфравезикальной обструкции из перечисленного является: А. стеноз устья мочеточника; Б. клапан, стеноз уретры; В. стеноз пиелоуретрального	Б
2344.	Основными жалобами инфравезикальной обструкции являются: А. гематурия, боли при мочеиспускании, периодическое недержание мочи; Б. затрудненное мочеиспускание, периодическое недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, в анализах мочи лейкоцитурия; В. атрудненное мочеиспускание, , в анализах мочи лейкоцитурия	Б
2345.	Гипоспадия, это: А. отсутствие верхней стенки уретры Б. недоразвитие полового члена; В. отсутствие нижней стенки уретры; Г. искривление полового члена	В
2346.	Для мошоночной формы гипоспадии характерно: А. половой член недоразвит, наружное отверстие уретры открывается на уровне мошонки, которая расщеплена и напоминает большие половые губы; Б. половой член похож на гипертрофированный клитор, мошонка расщеплена, отверстие уретры открывается на промежности; В. половой член похож на гипертрофированный клитор, отверстие уретры открывается у корня мошонки.	Б
2347.	Эписпадия, это: А. отсутствие верхней стенки уретры Б. недоразвитие полового члена; В. отсутствие нижней стенки уретры; Г. искривление полового члена	А
348.	Показание к оперативному лечению является: А. головчатая форма;	Е

	Б стволовая форма; В. мошоночная форма; Г. промежностная форма; Д. гипоспадия без гипоспадии; Е. любая форма	
2349.	Фимоз, это: А. сужение крайней плоти; Б. это воспаление крайней плоти; В. недоразвитие крайней плоти, Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.	А
2350.	Причиной фимоза не является: А. гипертрофия крайней плоти; Б. перенесенный баланопостит; В. насильственное оттягивание крайней плоти за головку полового члена.	В
2351.	Парафимоз, это: А. сужение крайней плоти; Б. это воспаление крайней плоти и головки полового члена; В. недоразвитие крайней плоти, Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.	Г
2352.	Баланопостит, это: А. воспаление крайней плоти и головки полового члена; Б. воспаление крайней плоти В. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.	А
2353.	Доврачебная помощь при ранах включает: А. остановка кровотечения, наложение асептической повязки. введение антибиотиков Б. остановка кровотечения, наложение асептической повязки,	Б

	введение анальгетиков, иммобилизация В. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация введение антибиотиков, введение антирабической сыворотки, иммобилизации	
2354.	Ранней хирургической обработкой раны считают, если рана обработана после травмы: А. до 6 часов Б. до 24 часов В. в первые двое суток	Б
2355.	Противопоказанием к первичной хирургической обработке раны является: А. загрязнение Б. инфицирование В. размозженные края	Б
2356.	13. В течении раневого процесса выделяют: А. 2 фазы Б. 3 фазы, В. 4 фазы	Б
2357.	Ушиб, это: А. закрытое повреждение мягких тканей или органов без нарушения анатомической целостности Б. закрытое повреждение мягких тканей или органов с нарушением анатомической целостности	А
2358.	При глубоких степенях отморожения конечности первая помощь состоит в: А. погружении в теплую воду В. наложении термоизолирующей повязки, введение сосудорасширяющих средств Г. погружении в теплую воду, введение сосудорасширяющих средств Д. растирании снегом, шерстью, футлярной новокаиновой блокаде. Е. наложении масляно-бальзамической повязки после растирания	В

2359.	Выберите последовательность фаз в течении ожоговой болезни: А. острая токсемия, септикопиемия, ожоговый шок, реконвалисценция Б. септикопиемия, острая токсемия, ожоговый шок, реконвалисценция В. ожоговый шок, острая токсемия, септикопиемия, реконвалисценция.	В
2360.	Для ожога I степени характерны местные симптомы: А. гиперемия кожи в области поражения, отек Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции	Б
2361.	Для ожога II степени характерны местные симптомы: А. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом, нарушение функции Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью болевой симптом, нарушение функции В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции,коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы	Б
2362.	Для ожога III степени характерны: А.. гиперемия кожи в области поражения, отечность, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции;наличие пузырей с серозной жидкостью. отечность, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Г. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы. поражение фасций и мышц	В
2363.	Сколько мышечков у плечевой кости? А. один Б. два	Б

	В. три	
2364.	Укажите на причину родовых повреждений: А. дислокация плаценты; Б. дискоординация рододой деятельности; В. реанимация плода, родившегося в асфиксии; Г. порок развития матки;	Б
2365.	Для детей младшего возраста не характерен: А. поднадкостничный перелом Б. остеоэпифизеолиз В. подвывих головки лучевой кости Г. оскольчатый перелом Д. эпифизеолиз Е. апофизеолиз	Г
2366.	Типичные для детского возраста переломы костей обусловлены следующими анатомическими особенностями, кроме: А. эластичность и гибкость длинных трубчатых костей Б. низкой минерализацией костей В. обильностью кровоснабжения надкостницы и ее высокой прочностью Г. наличия эпифизов, соединенных с метафизами широкой эластичной ростковой зоной Д. автономностью кровоснабжения (эпифиз, диафиз, метафиз)	Д
2367.	Необходимо ли рентгенографическое исследование при наличии всех клинических признаков перелома кости? А. да Б. нет	А
2368.	Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерно: А. крепитация, отсутствие движения в локтевом суставе Б. отсутствие движения в локтевом суставе, деформация локтевого сустава В. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное	В

	ротационное движение предплечья Г ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья. деформация локтевого сустава	
2369.	Для поднадкостничного перелома длинных трубчатых костей у детей характерны: А. боль. деформация конечности, потеря функции; Б. боль. деформация конечности, потеря функции, местное повышение температуры; В. боль, отек мягких тканей, потеря функции; местная гиперемия кожи; Г. боль., гематома мягких тканей. потеря функции..	В
2370.	Укажите клинические признаки поперечного перелома диафиза бедренной кости без смещения отломков: А. локальная болезненность, нарушение функции, деформация, гематома, патологическая подвижность, крепитация Б. локальная болезненность, деформация, выраженный сосудистый рисунок, удлинение бедра, крепитация В. локальная болезненность, гематома, деформация, патологическая подвижность, укорочение бедра	А
2371.	Травматические вывихи костей у детей встречаются: А. редко; Б. часто; В. не встречаются.	А
2372.	Укажите основные симптомы травматического вывиха бедренной кости: А. боль в тазобедренном суставе, потеря функции, вынужденное положение конечности Б. потеря функции, абсолютное укорочение конечности В. нарушение оси конечности, боль в тазобедренном суставе	А
2373.	Укажите показания к оперативному лечению при переломе диафиза бедренной кости: А. смещение по длине Б. интерпозиция тканей	Б

	В. поперечное смещении	
2374.	Укажите объём транспортной иммобилизации при переломе костей голени - от конца пальцев и до: А. верхней трети голени, Б. средней трети бедра, В. верхней трети бедра.	Б
2375.	Для определения типа перелома кости у ребенка необходимо : А. сделать общий анализ крови Б. определить локальную болезненность В. выявить патологическую подвижность Г. выполнить рентгенографию места повреждения в 2-х проекциях	Г
2376.	Какому методу отдать предпочтение при лечении перелома бедра со смещением отломков у ребенка до двух лет? А. клеевое вытяжение по Шеде Б. одномоментная ручная репозиция В. скелетное вытяжение Г. интрамедуллярный остеосинтез.	А
2377.	Вынужденное положение «лягушки» характерно: А. для перелома крыла подвздошной кости, Б. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения, В. при переломе обеих донных и седалищных костей, Г. при отрывном переломе седалищного бугра	В
2378.	При падении с высоты на ноги может произойти перелом: А. крестца Б. лонной кости В. костей вертлужной впадины	В
2379.	Симптом «прилипшей пятки» определяется при переломе: А. седалищной кости Б. лонной кости В. подвздошной кости	А

2380.	Какие отделы позвоночника чаще повреждаются при непрямом механизме травмы? А. дуги Б. отростки В. тела	В
2381.	Как транспортируют больных с подозрением на травму позвоночника? А. своим ходом Б. лёжа на спине В. в положении «лягушки»	Б
2382.	Симптом осевой нагрузки на позвоночник проверяют в положении больного: А. сидя Б. стоя В. лёжа	В
2383.	Компрессионный перелом тела позвонка происходит при: А. падении на спину Б. избыточном сгибании позвоночника В. напряжении мышц спины	В
2384.	Укажите ведущие клинические симптомы при неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы: А. локальная болезненность, деформация позвоночника Б. локальная болезненность, затрудненное дыхание В. болезненность осевой нагрузки, деформация позвоночника Г. нарушение функции тазовых органов	Б
2385.	Основным методом диагностики эпи- и субдуральной гематомы является: : А. механизм травмы и анамнез заболевания, Б. неврологическая симптоматика, В. рентгенография черепа в двух проекциях,	Г

	Г. КТ, МРТ, Д. .эхеоэнцефалография,	
2386.	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является: А. потеря сознания, Б. очаговая неврологическая симптоматика, В. многократная рвота, Г. ото-рино-ликворея.	Г
2387.	Светобоязнь, головную боль, лихорадку, неукротимую рвоту, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы натяжения относят к: А. менингеальным симптомам Б. общемозговым симптомам В. локальным симптомам Г. стволовым симптомам	А
2388.	Назовите клинический синдром сотрясения головного мозга у детей: А. кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия Б. потеря сознания через 2-3 часа и более после травмы, анизокория, очаговая симптоматика В. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота Г. глубокая кома после травмы.	А
2389.	Укажите вид ЧМТ с характерным «светлым промежутком»: А. сотрясение головного мозга; Б. ушиб головного мозга; В. внутричерепная гематома.	В
2390.	Назовите симптомокомплекс односторонней эпи- или субдуральной гематомы: А. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия Б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки В. «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка,	В

	контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности Г. общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры тела	
2391.	Осмотр ортопедического больного старше года проводят: А. лежа Б. стоя В. сидя	Б
2392.	Нарушения оси конечности не могут быть во: А. фронтальной плоскости Б. сагитальной плоскости В. в горизонтальной	В
2393.	Искривление оси конечности к наружи называется: А. вальгусная деформация Б. варусная деформация	Б
2394.	Искривление оси конечности под углом, открытым кзади называется: А. антекурвация Б. рекурвация	А
2395.	Симптом Александрова, это: А. болезненность мягких тканей при пальпации Б. толщина кожной складки В. толщина подкожно-жирового слоя	Б
2396.	Во фронтальной плоскости производятся следующие движения в суставах: А. отведение. сгибание Б. отведение, разгибание В..сгибание. разгибание Г. отведение, приведение	Г
2397.	Супинация, это: А. наружная ротация в суставе	А

	Б. внутренняя ротация в суставе	
2398.	Измерение объема активных и пассивных движений в суставах определяют: А. с помощью линейки Б. с помощью угломера В. визуально	Б
2399.	Относительная длина нижней конечности измеряется от: А. головки бедренной кости до нижнего края внутренней лодыжки Б. верхней передней подвздошной ости до нижнего края внутренней лодыжки	Б
2400.	Абсолютная длина верхней конечности измеряется от: А. вершины акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости Б. середины головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости В. от акромиального отростка до локтевого или наружного надмыщелка плечевой кости, длина предплечья – от локтевого отростка до шиловидного локтевой кости	В
2401.	Ось верхней конечности в норме проходит через: А. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку локтевой кости Б. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости В. центр головки плечевой кости, наружный мыщелок плечевой кости и головку локтевой кости	А
2402.	Укажите признаки врожденной косолапости: А. супинация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы Б. пронация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы В. супинация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы Г пронация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы	В
2403.	Для 1-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия	А

	Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна	
2404.	Для 2-ой степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна	Б
2405.	Для 3-ей степени косолапости характерно: А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна	В
2406.	Лечение врожденной косолапости у новорожденных включает: А. корригирующие упражнения, массаж Б. корригирующие упражнения, массаж, бинтование по Финку - Эттингену В. корригирующие упражнения, массаж, этапные гипсовые повязки	Б
2407.	Лечение врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками показано А. с момента рождения Б. с 2-х недель жизни В. с 1-2 -х месяцев жизни Г. с 3-месяцев	Б
2408.	Оперативное лечение врожденной косолапости проводится в сроки: А. в период новорожденности	Г

	Б. в 6 месяцев В. 1-2 года Г. 3-7 лет Д. 7 -10 лет Е. не имеет значения	
2409.	Плоскостопие, это результат: А. родовой травмы; Б. порока развития стоп и нарушение иннервации; В.неправильной обуви.	Б
2410.	Для профилактики плоскостопия применяют: А. супинаторы; Б.солевые ванны; В. диету.	А
2411.	Укажите сроки, в которые обычно исчезает симптом Маркса-Ортолани: А. в первые 10 дней жизни Б. в первые 2-3 нед. жизни В. в 3 месяцаГ. к концу первого года жизни	А
2412.	Причиной врожденного вывиха бедра является: А. родовая травма Б. задержка развитие тазобедренного сустава и окружающих тканей В. порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей В. неблагоприятные факторы в о время беременности	В
2413.	Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является: А. отграничение отведения бедер Б. симптом Маркса –ортолани В. укорочение ножки Г. асимметрия кожных складок Д. наружная ротация ножки	А

2414.	Для врожденного вывиха бедра характерны все симптомы, кроме: А. соскальзывания Б. ограничения отведения бедер В. ассиметрии кожных складок Г. относительного укорочения конечности Д. хромоты Е. низведения конечности Ж. абсолютного укорочения конечности	Ж
2415.	Выберите метод лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава до месячного возраста: А. одномоментное вправление Б. шина Волкова В. подушка Фрейка Г. оперативное вправление.	В
2416.	Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является: А. ультразвуковой Б. рентгенологический В. клинический	Б
2417.	Назовите причину возникновения положительного симптома Тренделенбурга при врожденном вывихе бедра: А. укорочение нижней конечности Б. отсутствие опоры для головки бедра В. слабость ягодичных мышц	В
2418.	Для симптома Тренделенбурга характерно: А. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в противоположную, сколиоз Б. опущение ягодичной складки на здоровой стороне, перекос таза в противоположную, сколиоз В. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в здоровую сторону, сколиоз	Б

2419.	Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 3 месяцев до 1 года: А. консервативное Б. оперативное В. консервативное. при неэффективности консервативной терапии	А
2420.	Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития: А. трапецевидной мышцы Б. кивательной мышцы В. подключичной мышцы	Б
2421.	Выберите характерный признак мышечной кривошеи: А. наклон головы кпереди Б. наклон головы кзади В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую Г. наклон головы в больную сторону с поворотом в больную	В
2422.	Лечение врожденной мышечной кривошеи: А. только консервативное Б. только оперативное В. оперативное при неэффективности консервативной терапии	В
2423.	Оперативное лечение мышечной кривошеи при неэффективности консервативной терапии показано в возрасте: А. до 5 месяцев Б. в 1 год Б. в 2-3 года Г. в 3 -4 года	Г
517	<i>Размножение возбудителя при хирургическом сепсисе происходит:</i> <i>А. в первичном очаге</i> <i>Б. во вторичном очаге</i> <i>В. в крови</i> <i>Г. в зависимости от индивидуальных особенностей</i>	

518	<i>При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать:</i> <i>А. характер и чувствительность микрофлоры</i> <i>Б. фармакодинамику и фармакокинетику препарата</i> <i>В. токсичность препарата</i> <i>Г. характер гнойного отделяемого</i> <i>Д. давность заболевания</i>
519	<i>При направленной антибактериальной терапии при гнойной хирургической инфекции основным не является:</i> <i>А. характер и чувствительность микрофлоры</i> <i>Б. фармакодинамика и фармакокинетика препарата</i> <i>В. токсичность препарата</i> <i>Г. характер гнойного отделяемого</i> <i>Д. давность заболевания</i>
520	<i>В патогенезе острого гематогенного остеомиелита ведущее место имеет:</i> <i>А. травма</i> <i>Б. переохлаждение</i> <i>В. ОРВИ</i> <i>Г. высокий уровень контаминации возбудителя</i> <i>Д. неполноценное питание</i> <i>Е. сенсibilизация организма</i>
521	<i>Что из перечисленного является провоцирующим фактором острого гематогенного остеомиелита у детей:</i> <i>А. травма</i> <i>Б. переохлаждение</i> <i>В. наличие хронических очагов инфекции</i> <i>Г. все из перечисленного</i>
522	<i>В каком отделе кости начинается воспалительный процесс при остром гематогенном остеомиелите:</i>

	<i>А. в эпифизе</i> <i>Б. в метафизе</i> <i>В. в диафизе</i>
523	<i>Для новорожденных и детей раннего возраста при остром гематогенном остеомиелите характерно поражение:</i> <i>А. эпифиза</i> <i>Б. метафиза</i> <i>В. метаэпифиза</i> <i>Г. метадиафиза</i> <i>Д. диафиза</i>
524	<i>Для детей старше 2,5 лет при остром гематогенном остеомиелите (ОГО) характерно поражение:</i> <i>А. эпифиза</i> <i>Б. метафиза</i> <i>В. метаэпифиза</i> <i>Г. метадиафиза</i> <i>Д. диафиза</i>
525	<i>К ранним местным симптомам метадиафизарного ОГО не относится:</i> <i>А. нарушение функции конечности</i> <i>Б. местная гиперемия</i> <i>В. усиление сосудистого рисунка</i> <i>Г. пастозность мягких тканей</i>
526	<i>Укажите первый рентгенологический признак ОГО:</i> <i>А. очаги деструкции губчатого вещества</i> <i>Б. периостальная реакция</i> <i>В. наличие секвестров</i>
527	<i>Для диагностики метаэпифизарного ОГО у новорожденных не используется:</i>

	<i>А. пункция сустава</i> <i>Б. рентгенография</i> <i>В. УЗИ сустава</i> <i>Г. измерение внутрикостного давления</i>
528	<i>Рентгенологические признаки остеомиелита у новорожденных появляются:</i> <i>А. на 2-3 сутки,</i> <i>Б. на 4- 5 сутки,</i> <i>В. на 7-10 сутки,</i> <i>Г. на 11- 12 сутки.</i>
529	<i>Укажите внутрикостное давление в норме у детей после 5 лет:</i> <i>А. 40 – 80 мм. вод. ст,</i> <i>Б. 90 – 100 мм. вод. ст;</i> <i>В. 100 – 120 мм. вод. ст;</i> <i>Г. 120 – 130 мм.вод. ст.</i> <i>Д.. 140 – 160 мм. вод. ст.</i> <i>Е. выше 160 мм.вод.ст.</i>
2221.	<i>Лечение метаэпифизарного остеомиелита у новорожденных включает:</i> <i>А. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава</i> <i>Б. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит, иммобилизация конечности</i> <i>В. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит</i> <i>Г. согревающие компрессы, назначение антибиотков, дренирование сустава, иммобилизация конечности</i> <i>Д. согревающие компрессы, назначение антибиотков, остеоперфорация, иммобилизация конечности</i>
2222.	<i>Исходом ОГО у новорожденным может быть:</i> <i>А. переход в хроническую форму, нарушение роста конечности в</i>

	<i>длину, ложный сустав, полное выздоровление</i> <i>Б. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей. патологический перелом сустава, полное выздоровление</i> <i>В. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей, патологический вывих сустава, полное выздоровление</i>
2223.	<i>Для хронического остеомиелита на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. наличие полости с секвестром на фоне остеопороза костной ткани</i> <i>Б. наличие полости с секвестром на фоне остеосклероза периостальная реакция костной ткани</i> <i>В. наличие множества секвестров на фоне остеопороза костной ткани</i>
2224.	<i>Для первично-хронических форм остеомиелита характерно:</i> <i>А. острое начало, субфебрильная температура тела, постоянные боли в конечности</i> <i>Б. подострое начало, постоянная субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке</i> <i>В. подострое начало, периодически субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке и ночные</i> <i>Г. острое начало, нормальная температура тела, постоянные боли в конечности;</i>
2225. 46	<i>Что является первичным звеном в цепи развития гнойного процесса у новорожденных:</i> <i>А. развитие гнойного очага</i> <i>Б. входные ворота инфекции</i> <i>В. контаминация патогенной флорой</i> <i>Г. транслокация возбудителя</i> <i>Д. избыточное размножение флоры</i> <i>Е. вторичный иммунный блок</i> <i>Ж. снижение иммунологической реакции</i>

2226. 47	Для катаральной (простой) формы омфалита характерно: А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки, флебит пупочных сосудов
2227. 48	Для флегмонозной формы омфалита характерно: А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки, гипергрануляции Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки. Флебит пупочных сосудов
2228. 49	При длительном мокнутие пупка у новорожденного необходимо исключить: А. омфалит Б. фунгус В. неполный свищ пупка
2229.	Причиной не полного свища пупка может быть все перечисленное, кроме: А. незаращения урахуса Б. незаращение пупочной вены В. незаращение желточного протока
2230.	Некротическая флегмона новорожденного встречается в возрасте: А. сразу после рождения Б. 2-3 недели жизни В. после 3-х недель жизни Г. после 6 месяцев Д. в любом возрасте
2231.	Укажите местное лечение флегмоны новорожденного:

	<i>А. полуспиртовая повязка + магнит</i> <i>Б. обкалывание антибиотиком+ множественные разрезы+ повязка с антисептиком + магнит</i> <i>В. множественные разрезы+ повязка с антисептиком+ магнит</i>
2232.	<i>Адипозонекроз проявляется симптомами:</i> <i>А. пятнистая гиперемия; бугристая инфильтрация, болезненность при пальпации</i> <i>Б. бугристая инфильтрация; цианотичность кожных покровов, местное повышение температуры</i> <i>В. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, отсутствие болевого симптома</i> <i>Г. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, болезненность при пальпации</i>
2233.	<i>Для некротической флегмоны в период образования некрозов местно характерно:</i> <i>А. сплошная инфильтрация</i> <i>Б. разлитая гиперемия, флюктуация</i> <i>В. цианотичность кожных покровов</i> <i>Г. цианотичность кожных покровов, зыбление</i>
2234.	<i>У новорожденного стафилококк вызывает все, кроме:</i> <i>А. некротическую флегмону</i> <i>Б. острый гематогенный остеомиелит</i> <i>В. острый артрит</i> <i>Г. рожистое воспаление</i> <i>Д. мастит</i>
2235.	<i>У новорожденных стрептококк вызывает:</i> <i>А. некротическую флегмону</i> <i>Б. острый гематогенный остеомиелит</i> <i>В. острый артрит</i> <i>Г. рожистое воспаление</i>

	<i>Д. мастит</i>
2236.	<i>Перитониты у новорожденных чаще встречаются:</i> <i>А. первичные</i> <i>Б. вторичные</i>
2237.	<i>Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является:</i> <i>А. ятрогенное повреждение кишечной стенки</i> <i>Б. дефицит лизоцима;</i> <i>В. некротизирующий энтероколит новорожденных</i> <i>Г. пороки развития стенки кишки</i> <i>Д. заменное переливание крови</i> <i>Е. внутриутробное инфицирование</i>
2238.	<i>В основе патогенеза некротического энтероколита у новорожденных лежит:</i> <i>А. недоношенность</i> <i>Б. внутриутробная гипоксия</i> <i>В. асфиксия в родах</i> <i>Г. централизация кровообращения в организме новорожденного</i>
2239.	<i>Для первичного перитонита новорожденных первым клиническим симптомом в начале разгара является:</i> <i>А. эксикоз</i> <i>Б. вздутие живота</i> <i>В. задержка стула</i> <i>Г. полиурия</i> <i>Д. сердечно-сосудистые нарушения</i>
2240.	<i>Из всех перечисленных симптомов достоверными местными симптомами для разлитого перитонита у новорожденного являются:</i> <i>А. вздутие живота</i>

	<i>Б. рвота застойным содержимым</i> <i>В. отек, гиперемия брюшной стенки</i> <i>Г. отсутствие стула</i> <i>Д. жидкий стул</i>
2241.	<i>При первичном перитоните у новорожденного ранним патогномичным симптом является:</i> <i>А. рвота застойным содержимым</i> <i>Б. кровь в стуле</i> <i>В. вздутия живота</i> <i>Г. патозность нижних отделов передней брюшной стенки</i> <i>Д. отек половых органов</i>
2242.	<i>Некротический энтероколит на стадии клинических проявлений характеризуется симптомами:</i> <i>А. рвотой с желчью, отсутствием стула и газов</i> <i>Б. рвотой с желчью, частым жидким стулом с патологическими примесями, вздутием живота с локальной болезненностью</i> <i>В. отсутствием стула и газов</i> <i>Г. вздутием живота с локальной болезненностью, усилением перистальтики</i>
2243.	<i>Некротический энтероколит на III стадии предперфорации проявляется рентгенологически:</i> <i>А. локальным затенением брюшной полости</i> <i>Б. гидроперитонеумом</i> <i>В. свободным газом в брюшной полости</i>
2244.	<i>Некротический энтероколит на стадии продромы рентгенологически проявляется:</i> <i>А. повышенным равномерным газонаполнением кишечника</i> <i>Б. неравномерным наполнением кишечника с уровнями</i> <i>В. пневматозом кишечной стенки</i> <i>Г. газом в портальной системе печени</i>

	<i>Д. гидроперитонеумом</i> <i>Е. пневмоперитонеумом</i>
2245.	<i>Лечение 1, 2 - ой стадий НЭК:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i> <i>Г. только оперативное.</i>
2246.	<i>Лечение 3-ей стадии НЭК:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i> <i>Г. только оперативное</i>
2247.	<i>Лечение 4-ой стадии НЭК:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i> <i>Г. только оперативное</i>
2248.	<i>Для перфоративного перитонита на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. наличие свободной жидкости в брюшной полости</i> <i>Б. сниженное газонаполнение петель кишечника</i> <i>В. наличие свободного воздуха в брюшной полости</i> <i>Г. множественные уровни жидкости в петлях кишечника</i>
2249.	<i>В каком возрасте наиболее часто встречается инвагинация кишок?</i> <i>А. новорожденный</i> <i>Б. 4 -10 месяцев</i> <i>В. старше года</i>

	<i>Г. школьный</i>
2250.	<i>Провоцирующими факторами инвагинации кишечника у детей является все, кроме:</i> <i>А. нарушение пищевого режима</i> <i>Б. анатомо-физиологические особенности</i> <i>В. кишечная инфекция</i> <i>Г. ОРВИ</i>
2251.	<i>Предрасполагающим фактором инвагинации кишечника из перечисленного является:</i> <i>А. нарушение или изменение режима питания</i> <i>Б. анатомо-физиологические особенности</i> <i>В. кишечная инфекция</i> <i>Г. ОРВИ</i> <i>Д. все перечисленное</i>
2252.	<i>Наиболее частой причиной илеоцекальной инвагинации кишечника у детей до 1 года является:</i> <i>А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника</i> <i>Б. нарушение или изменение режима питания</i> <i>В. диспепсия</i> <i>Г. ОРВИ</i> <i>Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)</i>
2253.	<i>Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:</i> <i>А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника</i> <i>Б. нарушение или изменение режима питания</i> <i>В. диспепсия</i> <i>Г. ОРВИ</i> <i>Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)</i>

2254.	<i>Инвагинация кишечника относится к:</i> <i>А. обтурационной кишечной непроходимости</i> <i>Б. странгуляционной кишечной непроходимости</i> <i>В. паралитической кишечной непроходимости</i> <i>Г. спастической кишечной непроходимости</i> <i>Д. смешанной кишечной непроходимости</i>
2255.	<i>Смешанная механическая кишечная непроходимость, это сочетание:</i> <i>А. обтурационной кишечной непроходимости + спастической кишечной непроходимости</i> <i>Б. обтурационной кишечной непроходимости + паралитическая кишечная непроходимость</i> <i>В. обтурационной кишечной непроходимости + странгуляционной</i>
2256. 77	<i>Укажите, какой из симптомов инвагинации кишечника не характерен для стадии начальных клинических проявлений:</i> <i>А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками</i> <i>Б. симптом «малинового или смородинового желе»</i> <i>В. симптом пальпируемой опухоли</i> <i>Г. многократная рвота с желчью</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i> <i>Е. все перечисленное</i>
2257. 78	<i>При инвагинации кишечника приступы болей в животе постепенно:</i> <i>А. усиливаются и укорачиваются;</i> <i>Б, удлиняются и усиливаются;</i> <i>В. удлиняются и ослабевают.</i>
2258. 79	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. боли в животе</i>

	<i>Б. вялость</i> <i>В .симптом «малинового или смородинового желе»</i> <i>Г .повышение температуры тела</i> <i>Д. многократная рвота с желчью</i> <i>Е. ни чего из перечисленного</i>
2259. 80	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками</i> <i>Б. задержка отхождения стула и газов</i> <i>В. многократная рвота с желчью</i> <i>Г. . ни чего из перечисленного</i> <i>Д. .все перечисленное</i>
2260.	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. боли в животе</i> <i>Б. задержка отхождения стула и газов</i> <i>В. симптом пальпируемой опухоли в брюшной полости</i> <i>Г. многократная рвота с желчью</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i> <i>Е. все перечисленное</i>
2261.	<i>Для диагностики инвагинации кишечника в начальный период наиболее из всего перечисленного целесообразно использовать:</i> <i>А. пневмоирриграфию</i> <i>Б.. УЗИ брюшной полости</i> <i>В. пальпацию. живота под наркозом</i> <i>Г. рентгеноконтрастное обследование с барием, данным через рот</i> <i>Д.. лапароскопию</i>
2262.	<i>Дифференцировать острую кишечную инвагинацию у детей</i>

	необходимо со всеми заболеваниями, кроме: А. дизентерии Б. опухоли брюшной полости В. острой пневмонии Г. геморрагического васкулита
2263.	Для стадии начинающихся осложнений при инвагинации кишечника характерно: А. усиление и укорачивание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», асимметрия живота, симптом пальпируемой опухоли Б. удлинение и ослабевание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», симптом пальпируемой опухоли, отсутствие симптомов раздражения брюшин В. удлинение и ослабевание, болей в животе, многократная рвота с желчью, темная кровь с примесью слизи, наличие симптомов раздражения брюшины
2264.	Лечение инвагинации кишечника: А. только оперативное Б. только консервативное В. зависит от возраста ребенка Г. зависит от возраста и стадии заболевания
2265.	Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при: А. стенозе кишечника Б. завороте кишечника В. болезни Гирипрунга Г. инвагинации
2266.	Смешанная кишечная непроходимость включает: А. обтурационная кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость Б. странгуляционная кишечная непроходимость +

	<i>обтурационная кишечная непроходимость</i> <i>В. спастическая кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость</i>
2267.	<i>К смешанной кишечной непроходимости относится:</i> <i>А. стенозе кишечника</i> <i>Б. заворот кишечника</i> <i>В. болезнь Гирипрунга</i> <i>Г. инвагинация</i>
2268.	<i>Для острой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические симптомы:</i> <i>А. отсутствие газа в петлях тонкого кишечника во всех случаях</i> <i>Б. свободный газ в брюшной полости</i> <i>В. множественные или единичные тонкокишечные арки или чаши Клойбера</i> <i>Д. не равномерное газонаполнение петель кишечника</i>
2269.	<i>Для низкой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны все перечисленные симптомы, кроме:</i> <i>А. приступообразные боли в животе</i> <i>Б. рвота с патологическими примесями</i> <i>В. вздутие живота</i> <i>Г. контурация петель кишечника на брюшную стенку</i> <i>Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии</i> <i>Е. задержка отхождения стула и газов</i>
2270.	<i>Для высокой поздней спаечной тонкокишечной непроходимости в первые часы от заболевания характерны все перечисленные симптомы, кроме</i> <i>А. приступообразные боли в животе</i> <i>Б. рвота с патологическими примесями</i> <i>В. контурация петель кишечника на брюшную стенку</i> <i>Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии</i>

	<i>Е. задержка отхождения стула и газов</i> <i>Д. стул и газы отходят</i>
2271.	<i>Для паралитической кишечной непроходимости на рентгенограмме характерно:</i> <i>А равномерное распределение газа в петлях тонкого кишечника</i> <i>Б. множественные или единичные чаши Клойбера</i> <i>В. равномерно перераздутые петли кишечника или равномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости</i> <i>Д. неравномерное газонаполнение петель кишечника или неравномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости</i>
2272.	<i>Консервативную терапию при ранней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение:</i> <i>А. 3-6 часов</i> <i>Б. 6-12 часов</i> <i>В. 12-24 часов</i> <i>Г. 24-48 часов</i> <i>Д. 48-72 часов</i>
2273.	<i>Лечение поздней спаечной кишечной непроходимости не зависит от:</i> <i>А. вида непроходимости</i> <i>Б. давности заболевания</i> <i>В. наличия осложнений</i> <i>Г. возраста ребенка</i>
2274.	<i>При странгуляционной кишечной непроходимости показано:</i> <i>А. консервативная терапия</i> <i>Б. наблюдение</i> <i>В. дача бария, консервативная терапия через 3-6 часов</i> <i>Г. срочная операция</i> <i>Д. операция после кратковременной предоперационной</i>

	<i>подготовки</i>
2275.	<i>Консервативную терапию при поздней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение:</i> <i>А. 3-6 часов;</i> <i>Б. 6-12 часов;</i> <i>В. 12-24 часов;</i> <i>Г. 24-48 часов;</i> <i>Д. 48-72 часов</i>
2276.	<i>Выделение алой крови из прямой кишки характерно для:</i> <i>А. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>Б. язвы двенадцатиперстной кишки</i> <i>В. язвы или полипа толстой кишки</i> <i>Г. инвагинации кишечника</i>
2277.	<i>Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:</i> <i>А. гепатомегалия</i> <i>Б. увеличение размеров живота</i> <i>В. спленомегалия</i> <i>Д. кровавая рвота</i> <i>Е. асцит</i>
2278.	<i>Выделение крови в виде «темной вишни» из прямой кишки характерно для:</i> <i>А. язвы толстой кишки</i> <i>Б. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>В. инвагинации кишечника</i>
2279.	<i>Рвота с кровью не характерна для:</i> <i>А. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>Б. язвы желудка</i> <i>В. варикозно расширенных вен пищевода</i>

	<i>Г. язвы двенадцатиперстной кишки</i>
2280.	<i>Причиной кровотечения из дивертикула Меккеля является:</i> <i>А. аномалия развития сосудов в стенке дивертикула Меккеля</i> <i>Б. инвагинация дивертикула Меккеля в подвздошную кишку</i> <i>В. острая язва слизистой дивертикула Меккеля</i>
2281.	<i>Пороки развития брюшной стенки и органов брюшной полости</i>
2282.	<i>Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК выше Фатерова сосочка, кроме:</i> <i>А. рвота без желчи</i> <i>Б. быстрая потеря массы тела</i> <i>В. ранняя желтуха</i> <i>Г. запавший живот</i> <i>Д. отсутствие мекония</i>
2283. 103	<i>Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК ниже Фатерова сосочка, кроме:</i> <i>А. рвота с желчью</i> <i>Б. быстрая потеря массы тела</i> <i>В. ранняя желтуха</i> <i>Г. запавший живот</i> <i>Д. меконий светлый</i> <i>Е. меконий отсутствует</i>
2284. 104	<i>Задержка развития кишечной трубки в период эмбриогенеза в стадию «солидного тяжа» приводит к:</i> <i>А. аганглиозу кишечной стенки</i> <i>Б. гиперфиксации ДПК</i> <i>В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки</i>

	<i>Г. мембране</i> <i>Д. мальротации «средней кишки»</i>
2285. 105	<i>Нарушение вращения средней кишки во 2-ой период приводит к:</i> <i>А. аганглиозу кишечной стенки</i> <i>Б. гиперфиксации ДПК</i> <i>В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки</i> <i>Г. к высокому расположению слепой кишки</i> <i>Д. мальротации «средней кишки»</i>
2286. 106	<i>Задержка отхождения мекония у новорожденного может быть вызвана:</i> <i>А. аганглиозом кишечной стенки</i> <i>Б. муковисцедозом</i> <i>В. родовой травмой</i> <i>Г. мекониальной пробкой</i> <i>Д. всем перечисленным</i> <i>Е. ни чем из перечисленного</i>
2287.	<i>Врожденная странгуляционная кишечная непроходимость у новорожденного может быть вызвана:</i> <i>А. атрезией двенадцатиперстной кишки</i> <i>Б. незавершенным поворотом кишечника</i> <i>В. заворотом «средней кишки»</i> <i>Г. мекониальной непроходимостью</i>
2288.	<i>Для полной атрезии двенадцатиперстной кишки характерно все кроме:</i> <i>А. начало проявления с первых часов жизни</i> <i>Б. рвота съеденным молоком</i> <i>В. рвота с желчью</i> <i>Г. начало с 3-4-х суток жизни</i> <i>Д. ранняя желтуха</i>

2289.	При полной атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова сосочка характерно все кроме: А. рвота с желчью Б. ранняя желтуха В. внутриутробная гипотрофия Г. меконий темного цвета Д. меконий обесцвечен
2290.	Для частичной врожденной высокой кишечной непроходимости не характерно: А. рвота с желчью Б. меконий отходит В. меконий не отходит Г. наличие переходного стула
2291.	Укажите какие симптомы не характерны для врожденной полной низкой кишечной непроходимости: А рвота с желчью Б мекониевая рвота В вздутие живота в эпигастрии, западение нижних отделов Г равномерное вздутие живота Д отсутствие мекония
2292.	Мекониевая рвота у новорожденных не характерна для: А. перитонита Б. острой форме болезни Гиришпруга В. атрезии тощей кишки Г. атрезии прямой кишки Д. атрезии подвздошной кишки
2293.	Укажите какие симптомы при врожденной полной низкой кишечной непроходимости не относятся к ранним: А. срыгивания молоком

	<i>Б. рвота с желчью или застойным кишечным содержимым</i> <i>В. беспокойство ребенка</i> <i>Г. равномерное вздутие живота</i> <i>Д. отсутствие мекония</i>
2294.	<i>Мекониальная рвота не характерна для:</i> <i>А. для острой формы юлезни Гирипрунга</i> <i>Б. атрезии подвздошной кишки</i> <i>В. атрезии тонкой кишки</i> <i>Г. атрезии прямой кишки</i> <i>Д. перитонита новорожденных</i>
2295.	<i>Для внутриутробного заворота «средней кишки» у новорожденного не характерно:</i> <i>А. время проявления -3-5 –е сутки жизни</i> <i>Б. рвота с желчью</i> <i>В. рвота застойным кишечным содержимым</i> <i>Г. меконий отходит</i> <i>Д. беспокойство ребенка</i> <i>Е. живот при пальпации болезненный</i> <i>Ж. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»</i>
2296.	<i>Наиболее значимым симптомом для «заворота кишечника» у новорожденного является:</i> <i>А. беспокойство</i> <i>Б. рвота с желчью</i> <i>В. болезненный при пальпации живот</i> <i>Д. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»</i>
2297.	<i>Ведущим симптомом врожденной высокой кишечной непроходимости является:</i>

	<i>А. рвота</i> <i>Б. боли в животе</i> <i>В. отсутствие мекония</i>
2298.	<i>Ведущим симптомом врожденной низкой кишечной непроходимости является:</i> <i>А. рвота</i> <i>Б. боли в животе</i> <i>В. отсутствие мекония</i>
2299.	<i>Атрезия двенадцатиперстной кишки часто сочетается с синдромом:</i> <i>А. Беквита – Видемана</i> <i>Б. Смита- Опитца</i> <i>В. Дауна</i> <i>Г. Меккеля</i>
2300.	<i>Для высокой врожденной частичной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике</i> <i>Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отдела кишечника</i> <i>В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника;</i> <i>Г. множественные уровни жидкости</i>
2301.	<i>Для высокой врожденной полной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике</i> <i>Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника</i> <i>В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника</i> <i>Г. множественные уровни жидкости</i>
2302.	<i>Для атрезии подвздошной кишки в клинике основным</i>

	<i>характерным симптомом является:</i> <i>А. рвота застойным содержимым</i> <i>Б. вздутие живота</i> <i>В. беспокойство ребенка</i> <i>Г. стул в виде обесцвеченной слизи</i> <i>Д. стул в виде «малинового желе»</i>
2303.	<i>На обзорной рентгенограмме при полной врожденной низкой кишечной непроходимости характерно:</i> <i>А. два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника</i> <i>Б. три или больше уровня жидкости в петлях кишечника, затенение нижних отделов</i> <i>В. симптом «микроколон»</i>
2304.	<i>Основным методом диагностики синдрома мальротации «средней кишки» является:</i> <i>А. обследование ЖКТ с контрастным веществом, введенным в желудок</i> <i>Б. пневмоирригография</i> <i>В. ирригография с водорастворимым контрастом</i> <i>Г. УЗИ органов брюшной полости</i>
2305.	<i>На ирригографии для синдрома мальротации «средней кишки» характерно:</i> <i>А. левостороннее расположение купола слепой кишки</i> <i>Б. высокое расположение купола слепой кишки</i> <i>В. левостороннее расположение толстой кишки с нетипичным расположением купола слепой кишки</i>
2306.	<i>Пилоростеноз проявляется у детей в возрасте:</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. 7 - 10 дней</i> <i>В. 2 -4 недели</i>

	<i>Г. после 2-х месяцев</i> <i>Д. после 6-ти месяцев</i>
2307.	<i>Для пилоростеноза характерна:</i> <i>А. рвота неизменным молоком большим объемом</i> <i>Б. рвота створоженным молоком</i> <i>В. рвота створоженным молоком большим объемом с кислым запахом</i> <i>Г. рвота большим объемом с примесью желчи</i>
2308.	<i>При острой форме пилоростеноза в клинике характерен стул:</i> <i>А. скудный темный-зеленый</i> <i>Б. «ложные» запоры</i> <i>В. водянистый</i> <i>Г. частый жидкий</i>
2309. 1	<i>При острой форме пилоростеноза масса тела характеризуется:</i> <i>А. малой прибавкой</i> <i>Б. возрастным дефицитом</i> <i>В. быстрым снижением</i> <i>Г. отсутствием прибавки</i> <i>Д. неравномерной прибавкой</i>
2310.	<i>При подострой форме пилоростеноза масса тела характеризуется:</i> <i>А. малой прибавкой</i> <i>Б. возрастным дефицитом</i> <i>В. прогрессирующим снижением</i> <i>Г. отсутствием прибавки</i> <i>Д. неравномерной прибавкой</i>
2311.	<i>Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:</i> <i>А. склонность к запорам</i>

	<i>Б. желтуха</i> <i>В. рвота «фонтаном»</i> <i>Г. олигурия</i> <i>Д. потеря в массе тела</i>
2312.	<i>При подострой форме пилоростеноза в клинике характерен стул:</i> <i>А. скудный темный-зеленый</i> <i>Б. «ложные» запоры</i> <i>В. водянистый</i> <i>Г. частый жидкий</i>
2313.	<i>При объективном осмотре при пилоростенозе характерен симптом:</i> <i>А. Воскресенского</i> <i>Б. Вааля</i> <i>В. «песочных часов»</i> <i>Г. Данса</i>
2314.	<i>Для диагностики пилоростеноза в настоящее время в основном используют:</i> <i>А. пальпацию пилорического отдела желудка под наркозом</i> <i>Б. рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта с барием</i> <i>В. УЗИ желудка</i> <i>Г. эзофагогастроскопию</i>
2315.	<i>Для врожденного пилоростеноза на УЗИ характерно:</i> <i>А. длина пилорического отдела < 14- мм, толщина стенки пилорического отдела 4 мм</i> <i>Б. длина пилорического отдела 16 мм, толщина стенки пилорического отдела < 4 мм</i> <i>В. длина пилорического отдела > 14- мм, толщина стенки пилорического отдела > 4 мм</i>
2316.	<i>Из перечисленных симптомов наиболее достоверным является:</i>

	<i>А. симптом «песочных часов»</i> <i>Б. гипотрофия</i> <i>В. вздутие в эпигастрии после кормления</i> <i>Г. пальпация утолщенного пилорического отдела желудка</i> <i>Д. олигурия</i>
2317.	<i>Для пилоростеноза на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. два газовых пузыря с двумя уровнями жидкости, расположенные в эпигастральной области, обеднение газом петель кишечника</i> <i>Б. симптом «клюва»</i> <i>В. увеличенный в размерах желудок с уровнем жидкости, обеднение газом петель кишечника</i>
2318.	<i>Алгоритм обследования больного с подозрением на пилоростеноз включает:</i> <i>А. объективный осмотр, сбор анамнеза, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, обследование желудочно-кишечного тракта с барием, ФГДС, анализы</i> <i>Б. сбор анамнеза, объективный осмотр, ФГДС, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, обследование желудочно-кишечного тракта с барием</i> <i>В. сбор анамнеза, объективный осмотр, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, УЗИ желудка, ФГДС, обследование желудочно-кишечного тракта с барием</i>
2319.	<i>Острую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:</i> <i>А. псевдопилоростеноза</i> <i>Б. кишечной инфекции</i> <i>В.. халази кардии</i> <i>Г. заворота кишечника</i>
2320.	<i>Подострую форму пилоростеноз необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:</i>

	<i>А аэрофагии</i> <i>Б. вегетоабдоминального синдрома</i> <i>В пилороспазма</i> <i>Г псевдопилоростеноза</i>
2321.	<i>Желудочно-пищеводный рефлюкс проявляется:</i> <i>А. с рождения</i> <i>Б. с 2-3-х недельного возраста</i> <i>В. с 2-3 месяцев</i>
2322.	<i>Для диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса необходимо провести:</i> <i>А. фиброгастроскопию, контрастную рентгенографию пищевода и желудка</i> <i>Б. фиброгастроскопию, рентгеноскопию пищевода и желудка с контрастом в положении лежа или Тренделенбурга</i> <i>В. фиброгастроскопию, КТ</i>
2323.	<i>Лечение пилоростеноза:</i> <i>А. оперативное</i> <i>Б. консервативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>
2324.	<i>Для атрезии желчевыводящих путей в первые две недели жизни характерно:</i> <i>А. обесцвеченный стул с 5-6 суток, желтуха с 3-4 дня, темная моча, состояние ребенка страдает;</i> <i>Б. желтуха с 3-4 дня, обесцвеченный стул в течении 10 дней, темная моча, состояние ребенка не страдает;</i> <i>В. желтуха с рождения, гепатомегалия, обесцвеченный стул с 3-5-го дня.</i>
2325.	<i>Дифференцировать атрезию желчевыводящих путей у новорожденных в первые две недели жизни необходимо:</i> <i>А. с холестазом;</i> <i>Б. с гемолитической желтухой;</i>

	<i>В. с внутриутробным гепатитом;</i> <i>Г. с затянувшейся физиологической желтухой.;</i> <i>Д. со всем перечисленным.</i>
2326.	<i>Классической триадой симптомов для кисты общего желчного протока являются::</i> <i>А. обесцвеченный стул, постоянные боли в правом подреберье, темная моча;</i> <i>Б. рецидивирующие боли в правом подреберье или эпигастрии, пермежающаяся желтуха, пальпируемая опухоль у края печени;</i> <i>В. приступообразные боль в эпигастрии, симптом пальпируемой опухоли, повышение температуры тела</i>
2327.	<i>При атрезии желчевыводящих путей в биохимическом анализе превалирует:</i> <i>А. прямой билирубин;</i> <i>Б. непрямого билирубин</i>
2328.	<i>Стенозы большого дуоденального сосочка (БДС) могут быть обусловлены:</i> <i>А. хронической дуоденальной непроходимостью;</i> <i>Б. мембраной, гипоплазией или хористой БДС;</i> <i>В. кистозным расширением желчных протоков.</i>
2329.	<i>Ведущим симптомом атрезии атрезии желчевыводящих путей (ЖВП) является:</i> <i>А. ранняя желтуха;</i> <i>Б. ахоличный стул;</i> <i>В. увеличение печени в размерах</i>
2330.	<i>К не коррегируемым порокам развития ЖВП относится:</i> <i>А. атрезия наружных желчевыводящих путей;</i> <i>Б. атрезия дистального отдела общего желчного протока;</i> <i>В. внутрипеченочная атрезия желчевыводящих путей</i>
2331.	<i>Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является:</i>

	<i>А. наследственность;</i> <i>Б. гормональные нарушения;</i> <i>В. пороки развития желчного пузыря;</i> <i>Г. нарушения обменных процессов;</i> <i>Д. хронический гепатит</i>
2332.	<i>Операция Касаи показана при:</i> <i>А. атрезии наружных желчевыводящих путей;</i> <i>Б. атрезии внутрипеченочных протоков;</i> <i>В. кисте холедоха.</i>
2333.	<i>Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является:</i> <i>А. УЗИ;</i> <i>Б. сцинтиграфия;</i> <i>В. ретроградная холецистопанкреатография;</i> <i>Г. релаксационная дуоденография.</i>
2334.	<i>Поперечная перегородка желчного пузыря в виде «фригийской шапочки» локализуется:</i> <i>А. в шейке пузыря;</i> <i>Б. в области дна пузыря;</i> <i>В. теле пузыря</i>
2335.	<i>Основным симптомом атрезии ЖВП является:</i> <i>А. ранняя желтуха;</i> <i>Б. ахоличный стул;</i> <i>В. увеличение печени в размерах</i>
2336.	<i>К коррегируемым порокам развития ЖВП относится:</i> <i>А. один или два печеночных протока проходимы, но диаметр их слишком мал;</i> <i>Б. непроходимость дистального отдела общего желчного протока;</i>

	<i>В. в воротах печени отсутствуют протоки</i>
2337.	<i>Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является:</i> <i>А. УЗИ;</i> <i>Б. сцинтиграфия;</i> <i>В. ретроградная холецистопанкреатография;</i> <i>Г. релаксационная дуоденография.</i>
2338.	<i>Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является:</i> <i>А. наследственность;</i> <i>Б. гормональные нарушения;</i> <i>В. пороки развития желчного пузыря;</i> <i>Г. нарушения обменных процессов;</i> <i>Д. хронический гепатит</i>
2339.	<i>При нарушении облитерации желточного протка может образоваться все, кроме:</i> <i>А. полный свищ пупка</i> <i>Б. неполный свищ пупка</i> <i>В. дивертикул Меккеля</i> <i>Г. киста брыжейки тонкой кишки</i> <i>Д. киста желточного протока</i>
2340.	<i>Относительным противопоказанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является:</i> <i>А. мацерация кожных покровов</i> <i>Б. эвагинация кишечника</i> <i>В. кровотечение из слизистой</i> <i>Г. потеря кишечного содержимого</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i>
2341.	<i>Дивертикул Меккеля, это</i>

	<i>А. нарушение облитерации дистальной части урахуса</i> <i>Б. нарушение облитерации проксимальной части желточного проток</i> <i>В. нарушение облитерации дистальной части желточного протока</i> <i>Г. нарушение процесса реканализации кишечной трубки в эмбриогенезе</i>
2342.	<i>Полный свищ желточного протока может осложниться всем, кроме:</i> <i>А. инфицированием передней брюшной стенки</i> <i>Б. эвагинацией кишечника</i> <i>В. кровотечением из слизистой кишечной стенки</i> <i>Г. гипотрофией</i> <i>Д. инвагинацией кишечника</i>
2343.	<i>Экстренным показанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является:</i> <i>А. мацерация кожных покровов</i> <i>Б. эвагинация кишечника</i> <i>В. кровотечение из слизистой</i> <i>Г. потеря кишечного содержимого</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i>
2344.	<i>Для гастрошизиса не характерно:</i> <i>А. дефект в брюшной стенке до 2-3 см</i> <i>Б. кишечник укорочен в 3-4 раза</i> <i>В. стенка кишечника отечна</i> <i>Г. имеется грыжевой мешок, покрытый фибрином</i> <i>Д. пуповина отходит нормально, справа от дефекта</i> <i>Е. ни чего из перечисленного</i>
2345.	<i>Гастрошизис может сочетаться:</i>

	<i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i> <i>Б. с пороками сердца</i> <i>В. с атрезиями кишечной трубки</i> <i>Г. с синдромом Дауна</i>
2346.	<i>При рождении ребенка с гастрошизисом необходимо:</i> <i>А. укутать эвентрированные петли кишечника теплыми салфетками и срочно перевести в хирургический стационар</i> <i>Б. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, ввести антибиотики и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар</i> <i>В. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, укутать теплыми ватно-марлевыми салфетками, ввести анальгетики, антибиотики, установить зонд в желудок, сделать очистительную клизму, назначить инфузионную терапию и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар</i>
2347.	<i>Грыжей пупочного канатика средних размеров считают, если:</i> <i>А. грыжевой мешок содержит только 2-3 петли кишечника</i> <i>Б. грыжевой мешок содержит только петли кишечника</i> <i>В. грыжевой мешок содержит только петли кишечника и незначительную часть печени</i> <i>Г. грыжевой мешок содержит петли кишечника и большую часть печени</i>
2348.	<i>Образования грыж пупочного канатика не связано с:</i> <i>А. отсутствием вращения кишечника</i> <i>Б. недоразвитием брюшной полости</i> <i>В. недоразвитием брюшной стенки</i>
2349.	<i>Грыжа пупочного канатика может сочетаться</i> <i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i> <i>Б. VACTERL-ассоциацией пороков</i> <i>В. с атрезиями желчевыводящих путей</i>

	<i>Г. с синдромом Дауна</i>
2350.	<i>Оперативное лечение пупочных грыж проводят:</i> <i>А. по установлению диагноза;</i> <i>Б. в возрасте 3-лет;</i> <i>В. в возрасте 4-х лет;</i> <i>Г. после 5 лет.</i>
2351.	<i>Грыжи белой линии живота лечат:</i> <i>А. консервативно;</i> <i>Б. оперативно;</i> <i>В. оперативно при неэффективности консервативной терапии.</i>
2352.	<i>Острая форма болезни Гирипрунга проявляется в возрасте:</i> <i>А. с первых дней жизни</i> <i>Б. в возрасте 1-3-х месяцев</i> <i>В. после введения прикорма</i>
2353.	<i>Первые симптомы подострой формы болезни Гирипрунга проявляется в возрасте:</i> <i>А. с первых дней жизни</i> <i>Б. в возрасте 1-3-х месяцев</i> <i>В. после введения прикорма</i> <i>Г. после года</i>
2354.	<i>Первые симптомы хронической формы болезни Гирипрунга проявляется в возрасте:</i> <i>А. с первых дней жизни</i> <i>Б. в возрасте 1-3-месяцев</i> <i>В. после введения прикорма</i> <i>Г. после года</i>
2355.	<i>Укажите характерные рентгенологические признаки болезни Гирипрунга на контрастной ирригграмме:</i> <i>А. расширение толстой кишки, сглаженность гаустрации, не полное опорожнение кишечника</i> <i>Б. суженная зона в дистальном отделе толстой кишки и расширение супрастенотической зоны</i>

	<i>В. удлинение и расширение сигмовидной кишки, задержка опорожнения кишечника</i>
2356.	<i>Из предложенных методов диагностики уровня атрезии прямой кишки в первые часы после рождения наиболее информативным является:</i> <i>А. боковая инвертограмма через 24 – 26 часов после рождения;</i> <i>Б. пункция промежности;</i> <i>В. выявление симптома толчка;</i> <i>Г. УЗИ промежности</i>
2357.	<i>При атрезии ануса и прямой кишки боковую инвертограмму по Вангенстину необходимо выполнить:</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. через 5-6 часов после рождения</i> <i>В.. через 16-18 часов после рождения</i>
2358.	<i>Из перечисленных методов диагностики уровня атрезии ануса и прямой кишки наиболее достоверным в первые часы после рождения является:</i> <i>А. УЗИ промежности</i> <i>Б. пункция промежности</i> <i>Б. выявление симптома толчка</i> <i>В. рентгенограмма по Вангенстину.</i>
2359.	<i>При атрезии прямой кишки у девочек не может быть свища:</i> <i>А. на промежность</i> <i>Б. во влагалище</i> <i>В. в преддверие влагалища</i> <i>Г. в матку</i> <i>Д. в мочевого пузырь</i>
2360.	<i>Пороки развития и заболевания органов грудной клетки</i>
2361.	<i>Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем может сочетаться:</i> <i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i>

	<i>Б. с VACTERL-ассоциацией пороков</i> <i>В. с синдромом Эллиса</i> <i>Г. синдром Пьера-Робина</i> <i>Д со всем перечисленным</i>
2362.	<i>Рентгеноконтрастное обследование при подозрении на атрезию пищевода проводится:</i> <i>А. 5% барием, разведенным на молоке в объеме 1 мл</i> <i>Б. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме 5 мл</i> <i>В. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме не более 1 мл</i> <i>Г. водорастворимым контрастным веществом в объеме 1 мл</i>
2363.	<i>При атрезии пищевода на рентгенограмме с контрастированием верхнего сегмента можно определить все, кроме:</i> <i>А. уровень атрезии</i> <i>Б. форму атрезии (наличие или отсутствие трахеопищеводного свища)</i> <i>В. изменения со стороны легких</i> <i>Г. сопутствующие пороки развития со стороны ЖКТ</i> <i>Д. позвоночника, конечностей</i> <i>Е. почек</i>
2364.	<i>При атрезии пищевода в роддоме необходимо:</i> <i>А. респираторный уход, антибактериальная терапия, ИВЛ, перевод ребенка в специализированное хирургическое отделение по установлению диагноза</i> <i>Б. респираторный уход, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения</i> <i>В. установка КПВ для проведения инфузионной терапии, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после</i>

	<i>рождения</i>
2365.	<i>Из ниже перечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:</i> <i>А. гастро-эзофагеальный рефлюкс</i> <i>Б. стеноз пищевода</i> <i>В. реканализация трахеопищеводного свища</i> <i>Г. дисфагия,</i> <i>Д. аспирационная пневмония</i>
2366.	<i>Характерным симптомом изолированного трахеопищеводного свища является:</i> <i>А. одышка</i> <i>Б. цианоз</i> <i>В. гиперсаливация</i> <i>Д. кашель во время кормления</i>
2367.	<i>Осложнением трахеопищеводного свища является:</i> <i>А. эзофагит</i> <i>Б. бронхит</i> <i>В. аспирационная пневмония</i> <i>Г. гастро-эзофагеальный рефлюкс</i>
2368.	<i>Первым симптомом рубцового послеожогового стеноза пищевода является:</i> <i>А. боль за грудиной</i> <i>Б. изжога</i> <i>В. потеря массы тела</i> <i>Г. затруднения при глотании</i>
2369.	<i>Первые признаки диафрагмы появляются у эмбриона на:</i> <i>А. 3 – 4 –ой неделе</i> <i>Б. 5 – 6 -ом месяце</i> <i>В. 3 –ем месяце</i>

2370.	При недоразвитии поперечной перегородки образуются грыжи: А. пищеводного отверстия диафрагмы Б. переднего отдела диафрагмы В. заднего отдела диафрагмы
2371.	При задержке опускания желудка формируются грыжи: А. пищеводного отверстия диафрагмы Б. переднего отдела диафрагмы В. заднего отдела диафрагмы
2372.	При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы ведущим симптомом является: А. рвота или срыгивания Б. отставание в массе тела В. беспокойство во время кормления Г. изжога Д. запоры
2373.	Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы у детей старшего возраста не характерны: А. изжога Б. боли за грудиной В. рвота Г. анемия Д. запоры
2374.	При ложной диафрагмальной грыже отсутствует: А. грыжевое содержимое Б. грыжевые ворота В. грыжевой мешок Г. грыжевой мешок и грыжевые ворота Д. грыжевое содержимое и грыжевой мешок
2375.	Френоперикардальная грыжа, это перемещение органов

	<i>брюшной полости в:</i> <i>А. заднее средостение</i> <i>Б. переднее средостение</i> <i>В. перикард</i>
2376.	<i>Ведущим синдромом при грыжах собственно диафрагмы (диафрагмально-плевральных) является:</i> <i>А. геморрагический;</i> <i>Б. синдром внутригрудного напряжения;</i> <i>В. абдоминальный синдром.</i>
2377.	<i>Диафрагмальные грыжи собственно диафрагмы у детей старшего возраста дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме:</i> <i>А. киста легкого</i> <i>Б. поликистозм легкого</i> <i>В. рецидивирующая кишечная непроходимость</i> <i>Г. гипоплазия легкого</i>
2378.	<i>У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания при аускультации. Органы смещения смещены вправо. При бронхоскопии отсутствует правый главный бронх.</i> <i>А. гипоплазия легкого;</i> <i>Б. аплазия легкого;</i> <i>В. Агенезия легкого;</i> <i>Г. ателектаз легкого.</i>
2379.	<i>На обзорной рентгенограмме при гипоплазии одной из долей легкого характерно:</i> <i>А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения;</i>

	<i>В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.</i>
2380.	<i>При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:</i> <i>А. нижняя доля справа;</i> <i>Б. верхняя доля слева;</i> <i>В. нижняя доля слева;</i> <i>Г. верхняя доля справа;</i> <i>Д. средняя доля справа</i>
2381.	<i>На обзорной рентгенограмме при лобарной эмфиземе характерно:</i> <i>А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.</i>
2382.	<i>Основной причиной врожденной долевой эмфиземы легкого является:</i> <i>А. аспирация мекония</i> <i>Б. дефицит сурфактанта</i> <i>В. аномальное отхождение легочных сосудов</i> <i>Г. аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха</i> <i>Д. опухоль средостения</i>
2383.	<i>Укажите на симптом не характерный для врожденной долевой эмфиземы у новорожденного:</i> <i>А. одышка, цианоз при плаче</i> <i>Б. сердечно-сосудистая недостаточность</i> <i>В. западение живота</i>

	<i>Г. вздутие грудной клетки</i> <i>Д. смещение средостения в здоровую сторону</i>
2384.	<i>Наиболее частой локализацией легочной секвестрации является:</i> <i>А. нижняя доля справа;</i> <i>Б. верхняя доля слева;</i> <i>В. нижняя доля слева;</i> <i>Г. верхняя доля справа;</i> <i>Д. средняя доля справа</i>
2385.	<i>Из всего перечисленного паралич купола диафрагмы у новорожденного наиболее часто является:</i> <i>А. осложнением плевральной пункции</i> <i>Б. осложнением катетеризации подключичной вены.</i> <i>В. осложнением родовой травмы</i> <i>Г. осложнением медиастениита</i>
2386.	<i>Укажите, какой рентгенологический признак не характерен для врожденной диафрагмально-плевральной грыжи:</i> <i>А. отсутствие купола диафрагмы на стороне поражения</i> <i>Б. высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения</i> <i>В. ячеистый рисунок в грудной полости</i> <i>Г. смещение средостения в больную сторону</i> <i>Д. смещение органов средостения в здоровую сторону</i>
2387.	<i>Какой из рентгенологических симптомов не характерен для диафрагмально-плевральной грыжи:</i> <i>А. ячеистый рисунок; смещение границ сердца в здоровую сторону</i> <i>Б. высокое стояние купола диафрагмы</i> <i>В. низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения</i> <i>Г. отсутствие купола диафрагмы на должном месте</i>
2388.	<i>В периоде новорожденности наиболее часто проявляется:</i>

	<i>А. левосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа</i> <i>Б. правосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа</i> <i>В. френоперикардальная диафрагмальная грыжа</i> <i>Г. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы</i>
2389.	<i>Для отграниченного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. скопление воздуха в плевральной полости, легкое колабированно к корню</i> <i>Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости без смещения органов средостения в здоровую сторону</i> <i>В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону</i> <i>Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения со смещением средостения в здоровую сторону</i>
2390.	<i>Для острого напряженного пневмоторакса характерно все, кроме:</i> <i>А. одышка</i> <i>Б. тахикардия</i> <i>В. смещение границ сердца в здоровую сторону</i> <i>Г. притупление перкуторного звука на стороне поражения</i> <i>Д. коробочный перкуторный звук на стороне поражения</i>
2391.	<i>Для внеперикардального медиастанального напряжения (медиастанит) характерно:</i> <i>А. увеличение одной из половин грудной клетки, гипертермия, тахикардия, одышка</i> <i>Б. набухание и пульсация шейных вен, одутловатость лица, гипертермия, тахикардия, одышка</i> <i>В. подкожная эмфизема в области шеи и грудной клетки, тахикардия, одышка</i>
2392.	<i>Пульсация и набухание шейных вен, сглаженность надключичных ямок, одутловатость шеи, лица характерны для:</i> <i>А. синдрома внутри плеврального напряжения</i>

	<i>Б. синдрома внутри перикардального напряжения</i> <i>В. синдрома внеперикардального медиастинального напряжения</i> <i>Г. для всего перечисленного</i>
2393.	<i>Для напряженного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. скопление воздуха в плевральной полости, колабированное к корню легкое</i> <i>Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в в больную сторону</i> <i>В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону</i> <i>Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения</i>
2394.	<i>Внутрилегочное напряжение при ОГДП может быть обусловлено:</i> <i>А. пиотораксом</i> <i>Б. абсцессом легкого</i> <i>В. напряженной буллой</i> <i>Г. напряженным пневмотораксом</i>
2395.	<i>Укажите метод лечения фибропиоторакса:</i> <i>А. пункции плевральной полости</i> <i>Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией</i> <i>В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией</i> <i>Г. торакоскопия с дренированием плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>Д. все перечисленное</i>
2396.	<i>Воздушная полость (булла) может осложниться:</i> <i>А. пиоторакс</i> <i>Б. нагноением</i> <i>В. пневмоторакс</i> <i>Г. пиопневмоторакс</i>

2397.	Укажите метод местного лечения плащевидного серозного плеврита: А. пункции плевральной полости, Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией, В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией, Г. все перечисленное
2398.	При плащевидном плеврите необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоскопию
2399.	При напряженном пневмотороксе необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау
2400.	При напряженном пневмотороксе с бронхоплевральным свищом необходимо выполнить: А. дренирование плевральной полости по Бюлау Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. пункцию плевральной полости Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау
2401.	Укажите метод лечения пиоторакса: А. пункция плевральной полости Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией

	<i>В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией</i> <i>Г. все перечисленное</i>
2402.	<i>Синдром внутрилегочного напряжения при ОГДП может быть обусловлен:</i> <i>А. пиотораксом</i> <i>Б. абсцессом легкого</i> <i>В. напряженной буллой</i> <i>Г. напряженным пнемотораксом</i> <i>Д. всем перечисленным</i> <i>Е. ни чем из перечисленного</i>
2403.	<i>Для абсцесса легкого на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокального воспаления</i> <i>Б. округлое образование с уровнем жидкости с перифокальным воспалением</i> <i>В. округлое образование без уровня жидкости</i>
2404.	<i>Лечение остехондропатий включает все, кроме:</i> <i>А. антибактериальная терапия</i> <i>Б физиотерапия</i> <i>В. ЛФК</i> <i>Г. исключение физической нагрузки на проаженный сегмент опорно-двигательного аппарата</i> <i>Д. общеукрепляющая терапия</i>
2405.	<i>В механизме образования ВДГК основное место занимают::</i> <i>А. перенесенный рахит, диспропорция роста грудины и ребер;</i> <i>Б. диспропорция роста грудины и ребер. диспластические изменения хрящевой и соединительной ткни скелета грудной клетку;</i> <i>В. перенесенный рахит, диспластические изменения хрящевой и соединительной ткни скелета грудной клетку..</i>

2406.	<i>ВДГК сразу после рождения проявляется:</i> <i>А. выраженной деформацией грудины.</i> <i>Б. западение ребер и грудины при выдохе,</i> <i>В. западение ребер и грудины при вдохе.</i>
2407.	<i>ВДГК может сочетаться с синдромом:</i> <i>А. Беквида –Видеман,</i> <i>Б. Марфана,</i> <i>В. Дауна,</i> <i>Г. Еггерса</i>
2408.	<i>ВДГК может сочетаться с синдромом:</i> <i>А. Элерса-Данло;</i> <i>Б. Нунан;</i> <i>В. ассоциация VATER;</i> <i>Г. ассоциация CHARGE</i>
2409.	<i>Наиболее часто ВДГК начинает прогрессировать.</i> <i>А.до 3-5 лет,</i> <i>Б. в период ускоренного роста ребенка.</i> <i>В. в пубертатный период.</i>
2410.	<i>Выделяют:</i> <i>А. 2 степени ВДГК.</i> <i>Б. 3 степени ВДГК,</i> <i>В. 4 степени ВДГК,</i> <i>Г. 5 степеней ВДГК</i>
2411.	<i>Для компенсированной стадии ВДГК характерно:</i> <i>А. наличие только косметического дефекта,</i> <i>Б. наличие только косметического дефекта, функциональные нарушения со стороны легких и сердца при физической нагрузке.</i>
2412.	<i>Для субкомпенсированной стадии ВДГК характерно:</i>

	<i>А. наличие только косметического дефекта,</i> <i>Б. наличие косметического дефекта, умеренно выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца при нагрузке.</i> <i>В. выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца.</i>
2413.	<i>Для диагностики степени ВДГК применяют:</i> <i>А. рентгенологические методы,</i> <i>Б. функциональные,</i> <i>В. рентгенологические и функциональные методы.</i>
2414.	<i>Абсолютным показание к оперативному лечению при врожденной воронкообразной деформации грудной клетки является:</i> <i>А. наличие косметического дефекта</i> <i>Б. сердечно-легочная недостаточность</i> <i>В.симптом «парадоксального вдоха»</i>
2415.	Урология
2416.	<i>Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:</i> <i>А. пиурию</i> <i>Б. альбуминурию</i> <i>В. микрогематурию</i> <i>Г. макрогематурию</i> <i>Д. оксалатурию</i> <i>Е. все перечисленное</i> <i>Ж. ничего из перечисленного</i>
2417.	<i>Основной клинический признак атрезии прямой кишки со свищем в мочевую систему:</i> <i>А. моча окрашенная меконием в момент начала мочеиспускания,</i> <i>Б. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания,</i> <i>В. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания, последние порции окрашены более интенсивно</i>

	<i>сопровождаются отхождением газов.</i>
2418.	<i>Какой из перечисленных пороков развития относится к обструктивным уropатиям?:</i> <i>А. мультъкистоз,</i> <i>Б. гипоплазия,</i> <i>В. гидронефроз,</i> <i>Д. поликистоз</i>
2419.	<i>Гидронефроз, это</i> <i>А. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы,</i> <i>Б. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника,</i> <i>В. каликопиелоэктазия,</i> <i>Г. наличие кисты в паренхиме почки</i>
2420.	<i>Причиной гидронефроза является:</i> <i>А. стеноз устья мочеточника</i> <i>Б. нарушение оттока мочи на уровне пиелоуретрального сегмента</i> <i>В. нейромышечная дисплазия мочеточника</i>
2421.	<i>Гидронефроз у новорожденных наиболее часто проявляется:</i> <i>А. пиелонефритом</i> <i>Б. симптомом пальпируемой опухоли в брюшной полости</i> <i>В. болевым симптомом</i>
2422.	<i>Основным признаком гидронефроза считают:</i> <i>А. наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника.</i> <i>Б. признаки нарушения сократительной способности лоханки.</i> <i>В. признаки вторичного пиелонефрита.</i> <i>Г. истончение паренхимы.</i> <i>Д. признаки снижения почечного кровотока</i>
2423.	<i>Микционная цистоуретрография является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме:</i> <i>А. пузырно-мочеточникового рефлюкса</i> <i>Б. рефлюксирующего уретерогидронефроза</i> <i>В. стеноза шейки мочевого пузыря</i> <i>Г. стеноза уретры у девочек</i>

	<i>Д. нефроптоза</i>
2424.	<i>Мультикистозная дисплазия почки, это:</i> <i>А. замещение участка почки многокамерной кистой, не сообщаемой с лоханкой</i> <i>Б. одна почка замещена кистозными полостями</i> <i>В. две почки замещены кистозными полостями</i>
2425.	<i>Постоянное капельное недержание мочи у ребенка на фоне нормального мочеиспускания характерно для:</i> <i>А. тазовой дистопии почки</i> <i>Б. неполного удвоения почки</i> <i>В. стеноза уретры</i> <i>Г. эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек</i> <i>Д. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря</i>
2426. 244	<i>УЗИ является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме:</i> <i>А. нефроптоза</i> <i>Б. гидронефроза</i> <i>В. поликистоза</i> <i>Г. рефлюксирующего уретерогидронефроза</i> <i>Д. всего перечисленного</i>
2427.	<i>Причиной рефлюксирующего мегауретера не является:</i> <i>А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника</i> <i>Б. стеноз устья мочеточника</i> <i>В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника</i> <i>Г. дистопия устья мочеточника</i> <i>Д. пузырно-мочеточниковый рефлюкс</i>
2428.	<i>Причиной нерефлюксирующего мегауретера является:</i> <i>А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника</i> <i>Б. дистопия устья мочеточника</i> <i>В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника</i> <i>Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника</i>

2429.	Причиной нерефлюксирующего мегауретера является: А.пузырно-мочеточниковый рефлюкс; Б. дистопия устья мочеточника В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника; Д. стеноз устья мочеточника
2430.	Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при: А.цистоскопии Б. экскреторной урографии В. микционной цистоуретрография Г. урофлуометрии Д. цистометрии
2431.	Ведущим симптомом нефроптоза у детей является: А. нарушение мочеиспускания Б. болевой симптом В. энурез Г. поллакиурия
2432.	Экскреторная урография противопоказана при: А. остром пиелонефрите Б. травме почки В. почечной колике Г. анурии Д. макрогематурия
2433.	Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для: А. удвоения почки Б. гидронефроза В. нефроптоза Г. разрыва почки
2434.	Из перечисленных аномалий развития почек к аномалиям структуры относится: А. дистопия почки Б. мультикистоз почки В. подковообразная почка Г. удвоение почки Д. S-образная почка Е. гидронефроз
2435.	Какой из перечисленных пороков развития почки, как правило, является двусторонним:

	<i>А. мультикистоз</i> <i>Б. гипоплазия</i> <i>В. гидронефроз</i> <i>Д поликистоз</i>
2436.	<i>Основное отличие поясничной дистопии почки от нефроптоза состоит:</i> <i>А. в отсутствии по УЗИ подвижности почки,</i> <i>Б. в поясничном положении почки,</i> <i>В. в эхографических признаков ротации почки.</i> <i>Г. в расширении мочеточника опущенной почки.</i> <i>Д. в наличии почки в поясничном отделе при положении пациента стоя.</i>
2437. 255	<i>Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является:</i> <i>А. наличие кист в паренхиме обеих почек,</i> <i>Б. увеличение почек в размерах,</i> <i>В. диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны,</i> <i>Г. деформация чашечно-лоханочной системы,</i> <i>Д. расширение чашечно-лоханочной системы</i>
2438.	<i>Основным эхографическим признаком мультикистоза почки у детей является:</i> <i>А. увеличение в размерах одной из почек.</i> <i>Б. полное замещение кистами одной из почек,</i> <i>В. выявление в паренхиме отдельных кистозных включений,</i> <i>Г. деформация чашечно-лоханочной системы,</i> <i>Д. расширение чашечно-лоханочной системы</i>
2439.	<i>Для гиперрефлекторного мочевого пузыря характерно:</i> <i>А. задержка мочеиспускания</i> <i>Б. императивные позывы к мочеиспусканию</i> <i>В. редкое мочеиспускание</i> <i>Г. затрудненное мочеиспускание</i>
2440.	<i>8. Для гипорефлекторного мочевого пузыря характерно:</i> <i>А. задержка мочеиспускания</i> <i>Б. императивные позывы к мочеиспусканию,</i> <i>В. редкое мочеиспускание</i> <i>Г. затрудненное мочеиспускание</i>
2441.	<i>Варикоцеле у детей возникает в возрасте :</i> <i>А. до 3-х лет</i> <i>Б. до 9-10 лет</i> <i>В. после 9-10 лет</i>
2442.	<i>Назовите симптомы варикоцеле:</i> <i>А. уменьшенное в размерах яичка</i> <i>Б. гиперемия мошонки</i> <i>В. симптом «дождевых червей»</i> <i>Г. урчание при пальпации</i>
2443.	<i>Лечение варикоцеле:</i>

	А. оперативное при любой степени; Б. консервативное при I степени; В. оперативное только при II – III степени
2444.	Причиной возникновения паховой грыжи является: А. повышение внутрибрюшного давления Б. незаращение влагалищного отростка В. нарушением лимфооттока. Г. расширенное наружное паховое кольцо
2445.	Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается: А. к 28 неделе внутриутробного развития Б. к рождению ребенка В. к 1-му году Г. к 2-3 –м годам Д. к 3-м годам.
2446.	Симптом «урчания» характерен для: А. ущемленной паховой грыжи Б. для водянки оболочек яичка В. для неосложненной пахово-мошоночной грыжи
2447.	Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является: А. тошнота и рвота Б. периодически появляющееся эластичное выпячивание в пховой области В. боли в животе Г. постоянное эластичное выпячивание в пховой области
2448.	Неосложненная пахово-мошоночная грыжа характеризуется: А. симптомом урчания при вправлении, сужением наружного пахового кольца, положительным симптомом «кашлевого» толчка Б. симптомом просвечивания при диафаноскопии, симптомом

	урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка расширением наружного пахового кольца В. симптом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка, расширением наружного пахового кольца.
2449.	Выберите симптом, характерный для ущемленной пахово-мошоночной грыжи А. симптом «урчания» при вправлении Б. симптом «кашлевого толчка» В. невозможность вправления Г. увеличение мошонки в размерах Д. симптом «дождевых червей»
2450.	Показанием к плановому оперативному лечению при паховой грыже является: А. возраст ребенка Б. опасность ущемления
2451.	<i>Ущемленную паховую грыжу необходимо дифференцировать с:</i> <i>А. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом, орхоэпидидимитом</i> <i>Б. ущемлением яичка в паховом канале при крипторхизме, остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом</i> <i>В. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом</i>
2452.	<i>Консервативное вправление ущемленной паховой или пахово-мошоночной грыжи противопоказано во всех случаях, кроме:</i> <i>А. при давности ущемления более 8-12 часов</i> <i>Б. у девочек</i> <i>Б при наличии гиперемии кожи в области грыжевого выпячивания</i> <i>Г. давность ущемления не известна</i> <i>Д. у мальчиков, при ущемлении не более 8-12 часов</i>

2453.	<i>Острый специфический орхит у детей:</i> <i>А. является редким заболеванием</i> <i>Б. частым заболеванием</i>
2454.	<i>Орхиты у детей чаще встречаются:</i> <i>А. первичные</i> <i>Б, вторичные</i>
2455.	<i>Лечение вторичного орхита:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии</i>
2456.	<i>Лечение первичного орхита:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии</i>
2457.	<i>В этиологии острых заболеваний яичка у детей основное место занимает:</i> <i>А. механические факторы</i> <i>Б. незаращение влагалищного отростка</i> <i>В. инфекция</i>
2458.	<i>Синдром «отечной мошонки» включает все, кроме:</i> <i>А. увеличение мошонки в размерах</i> <i>Б. отек мягких тканей</i> <i>В. гиперемия кожи</i> <i>Г. боль</i> <i>Д. отсутствие болевого симптома</i>
2459.	<i>Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме:</i>

	<i>А. перекрут гидатиды</i> <i>Б. заворот яичка</i> <i>В. водянка оболочек яичка</i> <i>Г. травма органов мошонки</i> <i>Д. идиопатический инфаркт яичка</i>
2460.	<i>Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме:</i> <i>А. острое поражение гидатиды</i> <i>Б. тромбоз сосудов семенного канатика</i> <i>В. орхоэпидидимит</i> <i>Д. варикоцеле</i>
2461.	<i>При остром поражении гидатиды яичка возникает осложнение:</i> <i>А. водянка оболочек яичка</i> <i>Б. орхит</i> <i>В. нарушение кровообращения в яичке</i>
2462.	<i>Из всех перечисленных симптомов для заворота яичка в первые 1-2 часа патогномоничным является:</i> <i>А. яичко болезненное при пальпации, снижение кремастерного рефлекса</i> <i>Б. яичко болезненное при пальпации, отек мошонки</i> <i>В. яичко болезненное при пальпации, подтянуто к корню</i> <i>Г. яичко болезненное при пальпации, увеличено в размерах</i>
2463.	<i>Водянка оболочек яичка у детей до 1,5 – 2-х лет обусловлена:</i> <i>А. повышенным внутрибрюшным давлением;</i> <i>Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем</i> <i>В. незаращением влагалищного отростка</i> <i>Г. травмой пахово-мошоночной области</i>
2464.	<i>Водянка оболочек яичка у детей после 2-х лет обусловлена:</i> <i>А. повышенным внутрибрюшным давлением</i>

	<i>Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем</i> <i>В. незаращением влагалищного отростка</i> <i>Г. травмой пахово-мошоночной области</i>
2465.	<i>Для несообщающейся водянки оболочек яичка характерно:</i> <i>А. увеличение мошонки в размерах отек мягких тканей, боль</i> <i>Б. отек мягких тканей, боль</i> <i>В. увеличение мошонки в размерах</i>
2466.	<i>При каких заболеваниях необходима срочная операция?</i> <i>А. паховая грыжа</i> <i>Б. киста семенного канатика</i> <i>В. ущемление паховой грыжи</i> <i>Г. варикоцеле</i>
2467.	<i>Консервативные мероприятия по вправлению ущемленной паховой грыжи показаны:</i> <i>А. если давность ущемления неизвестна;</i> <i>Б. при ущемлении более 8-12 часов;</i> <i>В. при наличии местных признаков воспаления;</i> <i>Г. у девочек;</i> <i>Д. у новорожденных и детей раннего возраста, если давность ущемления не более 12 часов.</i>
2468.	<i>Остро возникшую кисту семенного канатика дифференцируют с:</i> <i>А. ущемленной паховой грыжей</i> <i>Б. острым лимфаденитом</i> <i>В. с паховым крипторхизмом</i>
2469.	<i>Ненапряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует:</i> <i>А. экстренного оперативного лечения</i> <i>Б. оперативного лечения в плановом порядке</i> <i>В. пункция оболочек яичка</i>

	<i>Г. наблюдение в динамике</i> <i>Д. гормональная терапия</i>
2470.	<i>При напряженной водянке оболочек яичка у ребенка в возрасте 6 месяцев показано:</i> <i>А. наблюдение</i> <i>Б. оперативное лечение в экстренном порядке</i> <i>В. оперативное лечение в плановом порядке</i> <i>Г. пункция оболочек яичка</i> <i>Д. физиопроцедуры</i>
2471.	<i>Ненапряженная водянка оболочек яичка у детей 2 х лет требует:</i> <i>А. экстренного оперативного лечения</i> <i>Б. оперативного лечения в плановом порядке</i> <i>В. пункция оболочек яичка</i> <i>Г. наблюдение в динамике</i> <i>Д. гормональная терапия</i>
2472.	<i>Задержка яичка на пути следования в мошонку называется:</i> <i>А. истинный крипторхизм</i> <i>Б. эктопия яичка</i> <i>В. ложный крипторхизм</i>
2473.	<i>Полным недержанием мочи сопровождается:</i> <i>А. тотальная эписпадия,</i> <i>Б. промежностная гипоспадия.</i> <i>В. клапан уретры.</i>
2474.	<i>Для экстрофии мочевого пузыря характерно:</i> <i>А. отсутствие участка передней брюшной стенки, недоразвитие половых органов, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза;</i> <i>Б. отсутствие участка передней брюшной стенки, отсутствие передней стенки мочевого пузыря, тотальная эписпадия, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза;</i> <i>В. недоразвитие мочевого пузыря, деформация половых органов, постоянное недержание мочи, врожденный вывих бедра</i>

2475.	<i>Причиной инфравезикальной обструкции из перечисленного является:</i> <i>А. стеноз устья мочеточника;</i> <i>Б. клапан, стеноз уретры;</i> <i>В. стеноз пиелоуретрального</i>
2476.	<i>Основными жалобами инфравезикальной обструкции являются:</i> <i>А. гематурия, боли при мочеиспускании, периодическое недержание мочи;</i> <i>Б. затрудненное мочеиспускание, периодическое недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, в анализах мочи лейкоцитурия;</i> <i>В. атрудненное мочеиспускание, , в анализах мочи лейкоцитурия</i>
2477.	<i>Гипоспадия, это:</i> <i>А. отсутствие верхней стенки уретры</i> <i>Б. недоразвитие полового члена;</i> <i>В. отсутствие нижней стенки уретры;</i> <i>Г. искривление полового члена</i>
2478.	<i>Для мошоночной формы гипоспадии характерно:</i> <i>А. половой член недоразвит, наружное отверстие уретры открывается на уровне мошонки, которая расщеплена и напоминает большие половые губы;</i> <i>Б. половой член похож на гипертрофированный клитор, мошонка расщеплена, отверстие уретры открывается на промежности;</i> <i>В. половой член похож на гипертрофированный клитор, отверстие уретры открывается у корня мошонки.</i>
2479.	<i>Этиспадия, это:</i> <i>А. отсутствие верхней стенки уретры</i> <i>Б. недоразвитие полового члена;</i> <i>В. отсутствие нижней стенки уретры;</i> <i>Г. искривление полового члена</i>
2480.	<i>Показание к оперативному лечению является:</i>

	<i>А. головчатая форма;</i> <i>Б стволовая форма;</i> <i>В. мошоночная форма;</i> <i>Г. промежностная форма;</i> <i>Д. гипоспадия без гипоспадии;</i> <i>Е. любая форма</i>
2481.	<i>Фимоз, это:</i> <i>А. сужение крайней плоти;</i> <i>Б. это воспаление крайней плоти;</i> <i>В. недоразвитие крайней плоти,</i> <i>Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>
2482.	<i>Причиной фимоза не является:</i> <i>А. гипертрофия крайней плоти;</i> <i>Б. перенесенный баланопостит;</i> <i>В. насильственное оттягивание крайней плоти за головку полового члена.</i>
2483.	<i>Парафимоз, это:</i> <i>А. сужение крайней плоти;</i> <i>Б. это воспаление крайней плоти и головки полового члена;</i> <i>В. недоразвитие крайней плоти,</i> <i>Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>
2484.	<i>Баланопостит, это:</i> <i>А. воспаление крайней плоти и головки полового члена;</i> <i>Б. воспаление крайней плоти</i> <i>В. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>

	Травматология
2485.	<i>Доврачебная помощь при ранах включает:</i> <i>А. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение антибиотиков</i> <i>Б. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация</i> <i>В. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация, введение антибиотиков, введение антирабической сыворотки, иммобилизация</i>
2486.	<i>Ранней хирургической обработкой раны считают, если рана обработана после травмы:</i> <i>А. до 6 часов</i> <i>Б. до 24 часов</i> <i>В. в первые двое суток</i>
2487.	<i>Противопоказанием к первичной хирургической обработке раны является:</i> <i>А. загрязнение</i> <i>Б. инфицирование</i> <i>В. размозженные края</i>
2488.	<i>13. В течении раневого процесса выделяют:</i> <i>А. 2 фазы</i> <i>Б. 3 фазы,</i> <i>В. 4 фазы</i>
2489.	<i>Ушиб, это:</i> <i>А. закрытое повреждение мягких тканей или органов без нарушения анатомической целостности</i> <i>Б. закрытое повреждение мягких тканей или органов с нарушением анатомической целостности</i>
2490.	<i>При глубоких степенях отморожения конечности первая помощь состоит в:</i> <i>А. погружении в теплую воду</i>

	<i>В. наложении термоизолирующей повязки, введение сосудорасширяющих средств</i> <i>Г. погружении в теплую воду, введение сосудорасширяющих средств</i> <i>Д. растирании снегом, шерстью, футлярной новокаиновой блокаде.</i> <i>Е. наложении масляно-бальзамической повязки после растирания</i>
2491.	<i>Выберите последовательность фаз в течении ожоговой болезни:</i> <i>А. острая токсемия, септикопиемия, ожоговый шок, реконвалисценция</i> <i>Б. септикопиемия, острая токсемия, ожоговый шок, реконвалисценция</i> <i>В. ожоговый шок, острая токсемия, септикопиемия, реконвалисценция.</i>
2492.	<i>Для ожога I степени характерны местные симптомы:</i> <i>А. гиперемия кожи в области поражения, отек</i> <i>Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом</i> <i>В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции</i>
2493.	<i>Для ожога II степени характерны местные симптомы:</i> <i>А. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом, нарушение функции</i> <i>Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью болевой симптом, нарушение функции</i> <i>В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции,коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы</i>
2494.	<i>Для ожога III степени характерны:</i> <i>А.. гиперемия кожи в области поражения, отечность, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции;наличие пузырей с серозной жидкостью. отечность, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы</i> <i>Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции;</i>

	наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Г. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы. поражение фасций и мышц
2495.	Сколько мыщелков у плечевой кости? А. один Б. два В. три
2496. 314	Укажите на причину родовых повреждений: А. дислокация плаценты; Б. дискоординация рододой деятельности; В. реанимация плода, родившегося в асфиксии; Г. порок развития матки;
2497. 315	Для детей младшего возраста не характерен: А. поднадкостничный перелом Б. остеоэпифизеолиз В. подвывих головки лучевой кости Г. оскольчатый перелом Д. эпифизеолиз Е. апофизеолиз
2498. 316	Типичные для детского возраста переломы костей обусловлены следующими анатомическими особенностями, кроме: А. эластичность и гибкость длинных трубчатых костей Б. низкой минерализацией костей В. обильностью кровоснабжения надкостницы и ее высокой прочностью Г. наличия эпифизов, соединенных с метафизами широкой эластичной ростковой зоной

	<i>Д. автономностью кровоснабжения (эпифиз, диафиз, метафиз)</i>
2499. 317	<i>Необходимо ли рентгенографическое исследование при наличии всех клинических признаков перелома кости?</i> <i>А. да</i> <i>Б. нет</i>
2500. 318	<i>Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерно:</i> <i>А. крепитация, отсутствие движения в локтевом суставе</i> <i>Б. отсутствие движения в локтевом суставе, деформация локтевого сустава</i> <i>В. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья</i> <i>Г. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья. деформация локтевого сустава</i>
2501.	<i>Для поднадкостничного перелома длинных трубчатых костей у детей характерны:</i> <i>А. боль. деформация конечности, потеря функции;</i> <i>Б. боль. деформация конечности, потеря функции, местное повышение температуры;</i> <i>В. боль, отек мягких тканей, потеря функции;</i> <i>местная гиперемия кожи;</i> <i>Г. боль., гематома мягких тканей. потеря функции..</i>
2502.	<i>Укажите клинические признаки поперечного перелома диафиза бедренной кости без смещения отломков:</i> <i>А. локальная болезненность, нарушение функции, деформация, гематома, патологическая подвижность, крепитация</i> <i>Б. локальная болезненность, деформация, выраженный сосудистый рисунок, удлинение бедра, крепитация</i> <i>В. локальная болезненность, гематома, деформация, патологическая подвижность, укорочение бедра</i>
2503.	<i>Травматические вывихи костей у детей встречаются:</i> <i>А. редко;</i>

	<i>Б. часто;</i> <i>В. не встречаются.</i>
2504.	<i>Укажите основные симптомы травматического вывиха бедренной кости:</i> <i>А. боль в тазобедренном суставе, потеря функции, вынужденное положение конечности</i> <i>Б. потеря функции, абсолютное укорочение конечности</i> <i>В. нарушение оси конечности, боль в тазобедренном суставе</i>
2505.	<i>Укажите показания к оперативному лечению при переломе диафиза бедренной кости:</i> <i>А. смещение по длине</i> <i>Б. интерпозиция тканей</i> <i>В. поперечное смещение</i>
2506.	<i>Укажите объем транспортной иммобилизации при переломе костей голени - от конца пальцев и до:</i> <i>А. верхней трети голени,</i> <i>Б. средней трети бедра,</i> <i>В. верхней трети бедра.</i>
2507.	<i>Для определения типа перелома кости у ребенка необходимо :</i> <i>А. сделать общий анализ крови</i> <i>Б. определить локальную болезненность</i> <i>В. выявить патологическую подвижность</i> <i>Г. выполнить рентгенографию места повреждения в 2-х проекциях</i>
2508.	<i>Какому методу отдать предпочтение при лечении перелома бедра со смещением отломков у ребенка до двух лет?</i> <i>А. клеевое вытяжение по Шеде</i> <i>Б. одномоментная ручная репозиция</i> <i>В. скелетное вытяжение</i> <i>Г. интрамедуллярный остеосинтез.</i>

2509.	<i>Вынужденное положение «лягушки» характерно:</i> <i>А. для перелома крыла подвздошной кости,</i> <i>Б. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения,</i> <i>В. при переломе обеих донных и седалищных костей,</i> <i>Г. при отрывном переломе седалищного бугра</i>
2510.	<i>При падении с высоты на ноги может произойти перелом:</i> <i>А. крестца</i> <i>Б. лонной кости</i> <i>В. костей вертлужной впадины</i>
2511.	<i>Симптом «прилипшей пятки» определяется при переломе:</i> <i>А. седалищной кости</i> <i>Б. лонной кости</i> <i>В. подвздошной кости</i>
2512.	<i>Какие отделы позвонка чаще повреждаются при непрямом механизме травмы?</i> <i>А. дуги</i> <i>Б. отростки</i> <i>В. тела</i>
2513.	<i>Как транспортируют больных с подозрением на травму позвоночника?</i> <i>А. своим ходом</i> <i>Б. лёжа на спине</i> <i>В. в положении «лягушки»</i>
2514.	<i>Симптом осевой нагрузки на позвоночник проверяют в положении больного:</i> <i>А. сидя</i> <i>Б. стоя</i> <i>В. лёжа</i>
2515.	<i>Компрессионный перелом тела позвонка происходит при:</i>

	<i>А. падении на спину</i> <i>Б. избыточном сгибании позвоночника</i> <i>В. напряжении мышц спины</i>
2516.	<i>Укажите ведущие клинические симптомы при неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы:</i> <i>А. локальная болезненность, деформация позвоночника</i> <i>Б. локальная болезненность, затрудненное дыхание</i> <i>В. болезненность осевой нагрузки, деформация позвоночника</i> <i>Г. нарушение функции тазовых органов</i>
2517.	<i>Основным методом диагностики эпи- и субдуральной гематомы является: :</i> <i>А. механизм травмы и анамнез заболевания,</i> <i>Б. неврологическая симптоматика,</i> <i>В. рентгенография черепа в двух проекциях,</i> <i>Г. КТ, МРТ,</i> <i>Д. эхоэнцефалография,</i>
2518.	<i>Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является:</i> <i>А. потеря сознания,</i> <i>Б. очаговая неврологическая симптоматика,</i> <i>В. многократная рвота,</i> <i>Г. ото-рино-ликворея.</i>
2519.	<i>Светобоязнь, головную боль, лихорадку, неукротимую рвоту, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы натяжения относят к:</i> <i>А. менингеальным симптомам</i> <i>Б. общемозговым симптомам</i> <i>В. локальным симптомам</i> <i>Г. стволовым симптомам</i>

2520.	<i>Назовите клинический синдром сотрясения головного мозга у детей:</i> <i>А. кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия</i> <i>Б. потеря сознания через 2-3 часа и более после травмы, анизокория, очаговая симптоматика</i> <i>В. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота</i> <i>Г. глубокая кома после травмы.</i>
2521.	<i>Укажите вид ЧМТ с характерным «светлым промежутком»:</i> <i>А. сотрясение головного мозга;</i> <i>Б. ушиб головного мозга;</i> <i>В. внутричерепная гематома.</i>
2522.	<i>Назовите симптомокомплекс односторонней эпи- или субдуральной гематомы:</i> <i>А. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия</i> <i>Б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки</i> <i>В. «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности</i> <i>Г. общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры тела</i>
	Ортопедия
2523.	<i>Осмотр ортопедического больного старше года проводят:</i> <i>А. лежа</i> <i>Б. стоя</i> <i>В. сидя</i>
2524.	<i>Нарушения оси конечности не могут быть во:</i> <i>А. фронтальной плоскости</i>

	<i>Б. сагитальной плоскости</i> <i>В. в горизонтальной</i>
2525.	<i>Искривление оси конечности к наружи называется:</i> <i>А. вальгусная деформация</i> <i>Б. варусная деформация</i>
2526.	<i>Искривление оси конечности под углом, открытым кзади называется:</i> <i>А. антекурвация</i> <i>Б. рекурвация</i>
2527.	<i>Симптом Александра, это:</i> <i>А. болезненность мягких тканей при пальпации</i> <i>Б. толщина кожной складки</i> <i>В. толщина подкожно-жирового слоя</i>
2528.	<i>Во фронтальной плоскости производятся следующие движения в суставах:</i> <i>А. отведение, сгибание</i> <i>Б. отведение, разгибание</i> <i>В..сгибание, разгибание</i> <i>Г. отведение, приведение</i>
2529.	<i>Супинация, это:</i> <i>А. наружная ротация в суставе</i> <i>Б. внутренняя ротация в суставе</i>
2530.	<i>Измерение объема активных и пассивных движений в суставах определяют:</i> <i>А. с помощью линейки</i> <i>Б. с помощью угломера</i> <i>В. визуально</i>
2531.	<i>Относительная длина нижней конечности измеряется от:</i> <i>А. головки бедренной кости до нижнего края внутренней</i>

	<i>лодыжки</i> <i>Б. верхней передней подвздошной ости до нижнего края внутренней лодыжки</i>
2532.	<i>Абсолютная длина верхней конечности измеряется от:</i> <i>А. вершины акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости</i> <i>Б. середины головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости</i> <i>В. от акромиального отростка до локтевого или наружного надмыщелка плечевой кости, длина предплечья – от локтевого отростка до шиловидного локтевой кости</i>
2533.	<i>Ось верхней конечности в норме проходит через:</i> <i>А. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку локтевой кости</i> <i>Б. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости</i> <i>В. центр головки плечевой кости, наружный мыщелок плечевой кости и головку локтевой кости</i>
2534.	<i>Укажите признаки врожденной косолапости:</i> <i>А. супинация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы</i> <i>Б. пронация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы</i> <i>В. супинация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы</i> <i>Г пронация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы</i>
2535.	<i>Для 1-ой степени косолапости характерно:</i> <i>А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия</i> <i>Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации</i> <i>В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна</i>
2536.	<i>Для 2-ой степени косолапости характерно:</i>

	<i>А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия</i> <i>Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации</i> <i>В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна</i>
2537.	<i>Для 3-ей степени косолапости характерно:</i> <i>А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия</i> <i>Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации</i> <i>В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозмо</i>
2538.	<i>Лечение врожденной косолапости у новорожденных включает:</i> <i>А. коррегирующие упражнения, массаж</i> <i>Б. коррегирующие упражнения, массаж, бинтование по Финку - Эттингену</i> <i>В. коррегирующие упражнения, массаж, этапные гипсовые повязки</i>
2539.	<i>Лечение врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками показано</i> <i>А. с момента рождения</i> <i>Б. с 2-х недель жизни</i> <i>В. с 1-2 -х месяцев жизни</i> <i>Г. с 3-месяцев</i>
2540.	<i>Оперативное лечение врожденной косолапости проводится в сроки:</i> <i>А. в период новорожденности</i> <i>Б. в 6 месяцев</i>

	<i>В. 1-2 года</i> <i>Г. 3-7 лет</i> <i>Д. 7 -10 лет</i> <i>Е. не имеет значения</i>
2541.	<i>Плоскостопие, это результат:</i> <i>А. родовой травмы;</i> <i>Б. порока развития стоп и нарушение иннервации;</i> <i>В. неправильной обуви.</i>
2542.	<i>Для профилактики плоскостопия применяют:</i> <i>А. супинаторы;</i> <i>Б. солевые ванны;</i> <i>В. диету.</i>
2543.	<i>Укажите сроки, в которые обычно исчезает симптом Маркса-Ортолани:</i> <i>А. в первые 10 дней жизни</i> <i>Б. в первые 2-3 нед. жизни</i> <i>В. в 3 месяца</i> <i>Г. к концу первого года жизни</i>
2544.	<i>Причиной врожденного вывиха бедра является:</i> <i>А. родовая травма</i> <i>Б. задержка развитие тазобедренного сустава и окружающих тканей</i> <i>В. порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей</i> <i>Г. неблагоприятные факторы в о время беременности</i>
2545.	<i>Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:</i> <i>А. отграничение отведения бедер</i> <i>Б. симптом Маркса –ортолани</i> <i>В. укорочение ножки</i>

	<i>Г. асимметрия кожных складок</i> <i>Д. наружная ротация ножки</i>
2546.	<i>Для врожденного вывиха бедра характерны все симптомы, кроме:</i> <i>А. соскальзывания</i> <i>Б. ограничения отведения бедер</i> <i>В. асимметрии кожных складок</i> <i>Г. относительного укорочения конечности</i> <i>Д. хромоты</i> <i>Е. низведения конечности</i> <i>Ж. абсолютного укорочения конечности</i>
2547.	<i>Выберите метод лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава до месячного возраста:</i> <i>А. одномоментное вправление</i> <i>Б. шина Волкова</i> <i>В. подушка Фрейка</i> <i>Г. оперативное вправление.</i>
2548.	<i>Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является:</i> <i>А. ультразвуковой</i> <i>Б. рентгенологический</i> <i>В. клинический</i>
2549.	<i>Назовите причину возникновения положительного симптома Тренделенбурга при врожденном вывихе бедра:</i> <i>А. укорочение нижней конечности</i> <i>Б. отсутствие опоры для головки бедра</i> <i>В. слабость ягодичных мышц</i>
2550.	<i>Для симптома Тренделенбурга характерно:</i> <i>А. опущение ягодичной складки на стороне поражения, переко</i>

	<i>таза в противоположную, сколиоз</i> <i>Б. опущение ягодичной складки на здоровой стороне, перекос таза в противоположную, сколиоз</i> <i>В. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в здоровую сторону, сколиоз</i>
2551.	<i>Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 3 месяцев до 1 года:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. консервативное. при неэффективности консервативной терапии</i>
2552.	<i>Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития:</i> <i>А. трапецевидной мышцы</i> <i>Б. кивательной мышцы</i> <i>В. подключичной мышцы</i>
2553.	<i>Выберите характерный признак мышечной кривошеи:</i> <i>А. наклон головы кпереди</i> <i>Б. наклон головы кзади</i> <i>В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую</i> <i>Г. наклон головы в больную сторону с поворотом в больную</i>
2554.	<i>Начальные симптомы мышечной кривошеи проявляется::</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. на 3-5-й день жизни</i> <i>Б. на 10-14 – й день жизни</i> <i>В. в 2-месяца</i> <i>Г. после 3-х месяцев</i>
2555. 373	<i>Лечение врожденной мышечной кривошеи:</i> <i>А. только консервативное</i> <i>Б. только оперативное</i>

	<i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>
2556.	<i>Оперативное лечение мышечной кривошеи при неэффективности консервативной терапии показано в возрасте:</i> <i>А. до 5 месяцев</i> <i>Б. в 1 год</i> <i>В. в 2-3 года</i> <i>Г. в 3 -4 года</i>
2557.	<i>Абсолютным показанием к оперативному лечению врожденной мышечной кривошеи является:</i> <i>А. нарастающая асимметрия лица и шеи</i> <i>Б. нарушение осанки</i> <i>В. нарушение остроты зрения</i> <i>Г. стробизм сходящийся и расходящийся</i> <i>Д нарушение осанки и остроты зрения</i>
2558.	<i>Какой процесс лежит в основе остеохондропатий?</i> <i>А. асептический некроз</i> <i>Б. воспаление</i> <i>В. травма</i>
2559.	<i>Болезнь Пертеса – это поражение:</i> <i>А. ладьевидной кости</i> <i>Б. головки бедренной кости</i> <i>В. бугристости большеберцовой кости</i>
2560.	<i>При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является:</i> <i>А. слабость мышечного каркаса</i> <i>Б. асимметрия уровней углов лопаток</i> <i>В. круглая спина</i> <i>Г. торсия позвонков</i>

	<i>Д. асимметрия треугольников талии</i>
2561.	<i>Сколиотическую дугу определяют методом:</i> <i>А. Кобба</i> <i>Б. Хильгенрейнера</i> <i>В. Пути</i>
	Онкология
2562.	<i>Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение:</i> <i>А. мезенхимальное;</i> <i>Б. эпителиальное.</i>
2563.	<i>Для детского возраста типичны солидные опухоли:</i> <i>А. эпителиальные раки</i> <i>Б. саркомы</i>
2564.	<i>Гетеропластические опухоли:</i> <i>А. образуются в результате нарушения формообразовательных процессов при развитии тканей и органов в период эмбриогенез</i> <i>Б. в результате воздействия экзогенных и эндогенных факторов</i> <i>В. возникают из дистопированных клеток</i> <i>Г. из тканей собственно средостения</i>
2565.	<i>Укажите возраст особо интенсивного роста гемангиом:</i> <i>А. первое полугодие жизни</i> <i>Б. второе полугодие жизни</i> <i>В. от 2 до 5 лет</i>
2566.	<i>Из всего перечисленного лимфангиомы чаще локализуются в области:</i> <i>А. конечностей</i> <i>Б. подмышечной впадине</i> <i>В. спины</i>

	<i>Г. шея</i> <i>Д. головы</i>
2567.	<i>Лечение лимфангиом в основном:</i> <i>А. гормональное</i> <i>Б. склеротерапией</i> <i>В. хирургическое</i> <i>Г. пункционное</i>
2568.	<i>Гемангиомы не лечат:</i> <i>А. гормонами</i> <i>Б. полихимиотерапией</i> <i>В. короткофокусной рентгенотерапией</i> <i>Г. криотерапией</i>
2569.	<i>При гемангиомах встречается синдром:</i> <i>А. Беквита – Видемана</i> <i>Б. Казабаха – Мерита</i> <i>В. Синдром асплении Ивемарка.</i>
2570.	<i>Дермоиды чаще встречаются в области:</i> <i>А. крестцово-копчиковой</i> <i>Б. надбровной, височной</i> <i>В. грудино-ключично-сосцевидной мышцы</i>
2571.	<i>Аденома слюнных желез чаще возникает:</i> <i>А. у новорожденных</i> <i>Б. в возрасте 3-4 лет</i> <i>В. в возрасте 5-6 лет</i> <i>Г. в период полового созревания</i>
2572.	<i>Для целиндромы характерно:</i> <i>А. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация - области спины,</i>

	конечностей; возраст до 3-х лет Б. рассеянные плотные узлы; локализация - область головы, лица; возраст до 10 лет В. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация – область головы, лица; возраст до 10 лет
2573.	Липома, это: А. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, не имеющая капсулу Б. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, имеющая капсулу
2574.	Крестцово-копчиковую тератому дифференцируют с: А. лимфангиомой Б. спинно-мозговой грыжей В. дермоидной кистой Г. со всем перечисленным Д. ни с чем из перечисленного
2575.	При подозрении на меланому, показано: А. биопсия Б. наблюдение В. удаление в пределах здоровых тканей
2576.	Большинство опухолей грудной клетки у детей исходят из: А. легких Б. средостения В. из мягких тканей
2577.	Неосложненную крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: А. до 1 месяца Б. до 3-х месяцев В. после года

	<i>Г. после 3-х лет</i>
2578.	<i>Для тератом характерна локализация:</i> <i>А. переднее средостение</i> <i>Б. заднее средостение</i> <i>В. брюшная полость.</i>
2579.	<i>Для тератом характерна локализация:</i> <i>А. головной мозг</i> <i>Б. яичник</i> <i>В. заднее средостение</i>
2580.	<i>Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют:</i> <i>А. рентгенографию</i> <i>Б. комплекс обследований (УЗИ, рентгенографию, КТ, МРТ)</i> <i>В. морфологическое исследование ткани опухоли</i>
2581.	<i>Из нейрогенных опухолей не злокачественной является:</i> <i>А. симпатобластома</i> <i>Б. ганглионеврома</i> <i>В. симпатогониома</i> <i>Г. ганглионейробластома</i>
2582.	<i>Для нейробластом характерна локализация:</i> <i>А. брюшная полость</i> <i>Б. забрюшинное пространство</i> <i>В. малый таз</i> <i>Г. конечности</i>
2583.	<i>Первыми жалобами при нефробластоме являются:</i> <i>А. боли в поясничной области, изменение цвета мочи</i> <i>Б. капризность, повышенная утомляемость, симптом пальпируемой опухоли</i> <i>В. нарушение мочеиспускания, гипертермия, снижение аппетита,</i>

	<i>бледность кожных покровов, увеличение живота в размерах</i>
2584.	<i>Для гепатобластомы характерен возраст:</i> <i>А. первые месяцы жизни</i> <i>Б. 2-5 лет</i> <i>В. 6-9 лет</i> <i>Г. 10-15 лет</i>
2585.	<i>Для остеогенной саркомы наиболее характерна локализация:</i> <i>А. диафиз длинных трубчатых костей</i> <i>Б. метафиз длинных трубчатых костей</i> <i>В. плоские кости</i>
2586.	<i>Саркома Юинга, это опухоль:</i> <i>А. остеогенного происхождения</i> <i>Б. опухоль из клеток костного мозга</i> <i>В. из надкостницы</i>
2587.	<i>Причиной возникновения болевого синдрома при саркоме Юинга является:</i> <i>А. повышение внутрикостного давления</i> <i>Б. вовлечение в процесс надкостницы</i> <i>В. прорастание опухоли надкостницы</i>
2588.	<i>Характер боли при остеогенной саркоме:</i> <i>А. распирающий</i> <i>Б. режущий</i> <i>В. ноющий</i> <i>Г. колющий</i>
2589.	<i>Для саркомы Юинга характерна локализация:</i> <i>А. диафиз длинных трубчатых костей</i> <i>Б. метафиз длинных трубчатых костей</i>
2590.	<i>При остеогенной саркоме первым симптомом является:</i>

	<i>А. нарушение функции</i> <i>Б. появление боли при физической нагрузке и ночные</i> <i>В. постоянные ноющие боли</i> <i>Г. видимое появление опухоли</i>
2591.	<i>Рентгенологическим симптомом остеогенной саркомы является:</i> <i>А. склерозирование костно-мозгового канала</i> <i>Б. симптом «козырька»</i> <i>В. «луковичный» периостит</i>
2592.	<i>Рентгенологическим симптомом саркомы Юинга является:</i> <i>А. склерозирование костно-мозгового канала</i> <i>Б. симптом «козырька»</i> <i>В. «луковичный» периостит</i>
2593.	<i>Оценку биологической активности нейrogenной опухоли производят по:</i> <i>А. реакции Абелева –Татаринаова;</i> <i>Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.</i>
2594.	<i>Для нейробластом характерна локализация:</i> <i>А. переднее средостение</i> <i>Б. заднее средостение</i>
2595.	<i>Оценку биологической активности тератоидной опухоли производят по:</i> <i>А. реакции Абелева –Татаринаова;</i> <i>Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.</i>
2596.	<i>Для остеобластокластомы е характерно:</i> <i>А. поражение метаэпифиза;</i> <i>Б. поражение метадиафиза;</i> <i>В. поражение диафиза</i>
2597.	<i>Большинство опухолей грудной клетки исходят из:</i>

	<i>А. легких</i> <i>Б. средостения</i> <i>В. из мягких тканей.</i>
2598.	<i>Зрелые опухоли, это опухоли из:</i> <i>А. дифференцированных клеток</i> <i>Б. недифференцированных клеток</i> <i>В. малодифференцированных</i>
2599.	<i>Бронхогенные кисты происходят из:</i> <i>А. из трахеи</i> <i>Б. из передней кишки</i> <i>В. из хорды</i>
2600.	<i>Типичным проявлением опухолей средостения у детей до 2-х лет является:</i> <i>А. дисфагия</i> <i>Б. синдром дыхательных расстройств</i> <i>В. сердечно-сосудистая недостаточность</i>
2601.	<i>Признаки миастении характерны для:</i> <i>А. тератом переднего средостения</i> <i>Б. тимомы</i> <i>В. для кисты тимуса</i> <i>Г. для липомы вилочковой железы</i>
2602.	<i>Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия</i>
2603.	<i>Наиболее достоверным признаком клинической смерти является:</i> <i>А. патологические ритмы дыхания, судороги, цианоз;</i> <i>Б. отсутствие сознания;</i> <i>В. расширение зрачков;</i>

	Г. отсутствие зрачкового рефлекса; Д. отсутствие АД, сердечных тонов и пульса на сонных артериях.
2604.	Показаниями к сердечно-легочной реанимации являются: А. отсутствие пульса и АД, цианоз; Б. остановка дыхания; В. отсутствие сознания; Г. верно А и Б; Д. верны все ответы.
2605.	Критериями эффективности закрытого массажа сердца являются все перечисленное, за исключением: А. цвета кожи лица и слизистых; Б. появления пульса на сонной артерии и лучевой артерии; В. сужение зрачков; Г. АД - 80-90 мм рт. ст.; Д. восстановление дыхания.
2606.	Эндотрахеально можно вводить следующие препараты, кроме: А. норадреналин; Б. адреналин; В. лидокаин; Г. атропин; Д. изадрин.
2607.	Дозировка «вслепую» бикарбоната натрия при остановке сердца составляет: А. первое введение 1 мэкв/кг; Б. первое введение 2 мэкв/кг; В. повторные введения 0,5 мэкв/кг каждые 10 мин; Г. верно А и В; Д. верно Б и В.

2608.	Показаниями к закрытому массажу сердца являются: А. остановка дыхания; Б. остановка сердца, фибрилляция желудочков; В. отсутствие сознания; Г. верно А и Б.
2609.	Медикаментозные препараты для сердечно-лёгочной реанимации: А. тиопентал натрия, лидокаин, фуросемид; Б. сердечные гликозиды, хлорид калия, глюкокортикоидные гормоны; В. адренилин, атропин, гидрокарбонат натрия, лидокаин; Г. атропин, лидокаин, фуросемид.
2610.	Оценка эффективности проводимых реанимационных мероприятий: А. сужение зрачков, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки; Б. сухость склер глазных яблок, расширение зрачков; В. улучшение цвета кожных покровов, определение пульсовой волны на сонных артериях, экскурсия грудной клетки.
2611.	В терапии травматического шока первоначальные усилия направляются: А. на восстановление газообмена и ОЦК; Б. на коррекцию КОС и ВЭБ; В. на обезболивание; Г. все ответы правильны; Д. верно только А и В.
2612.	На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении: А. на черепно-мозговую травму; Б. на переломы таза; В. на переломы бедра; Г. на компрессионные переломы позвоночника.

2613.	<i>При определении площади ожогов, не имеющих сплошной поверхности, удобнее пользоваться:</i> <i>А. правилом ладони»;</i> <i>Б. «правилом девяток»;</i> <i>В. индексом Франка.</i>
2614.	<i>Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления:</i> <i>А. до 100 мм рт. ст.;</i> <i>Б. до 80-90 мм рт. ст.;</i> <i>В. до 60-70 мм рт. ст.;</i> <i>Г. до 40-50 мм рт. ст.;</i> <i>Д. до 30-20 мм рт. ст.</i>
2615.	<i>При волевических нарушениях наиболее важными и доступными для определения критериями адекватности инфузионно-трансфузионной терапии являются:</i> <i>А. нормализация цвета кожных покровов, градиента температуры, диуреза;</i> <i>Б. гемодинамические показатели: АД, ЧСС, ЦВД;</i> <i>В. показатели состава крови, метаболизма, коагулограмма;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>
2616.	<i>Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие:</i> <i>А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости;</i> <i>Б. потери симпатического тонуса;</i> <i>В. высвобождения простагландина;</i> <i>Г. брадикардии;</i> <i>Д. всего перечисленного.</i>
2617. 4	<i>Лечение анафилактического шока включает использование:</i>

	<i>А. адреналина;</i> <i>Б. антигистаминных препаратов;</i> <i>В. йроплегиков;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>
2618.	<i>Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является:</i> <i>А. дефицит гемоглобина;</i> <i>Б. гиповолемия;</i> <i>В. гипопротеинемия;</i> <i>Г. коагулопатия;</i> <i>Д. дефицит фибриногена.</i>
2619.	<i>Фетальный гемоглобин:</i> <i>имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина;</i> <i>А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм рт ст.;</i> <i>Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого;</i> <i>В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л;</i> <i>Г. никогда не обнаруживается у взрослых.</i>
2620.	<i>На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении:</i> <i>А. на черепно-мозговую травму;</i> <i>Б. на переломы таза;</i> <i>В. на переломы бедра;</i> <i>Г. на компрессионные переломы позвоночника.</i>
2621.	<i>Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления:</i> <i>А. до 100 мм рт. ст.;</i>

	<i>Б. до 80-90 мм рт. ст.;</i> <i>В. до 60-70 мм рт. ст.;</i> <i>Г. до 40-50 мм рт. ст.;</i> <i>Д. до 30-20 мм рт. ст.</i>
2622.	<i>Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие:</i> <i>А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости;</i> <i>Б. потери симпатического тонуса;</i> <i>В. высвобождения простагландина;</i> <i>Г. брадикардии;</i> <i>Д. всего перечисленного.</i>
2623.	<i>Лечение анафилактического шока включает использование:</i> <i>А. адреналина;</i> <i>Б. антигистаминных препаратов;</i> <i>В. йроплегиков;</i> <i>Г. верно А и Б;</i> <i>Д. верны все ответы.</i>
2624.	<i>Главной непосредственной опасностью для больного при острой кровопотере является:</i> <i>А. дефицит гемоглобина;</i> <i>Б. гиповолемия;</i> <i>В. гипопротеинемия;</i> <i>Г. коагулопатия;</i> <i>Д. дефицит фибриногена.</i>
2625.	<i>Фетальный гемоглобин:</i> <i>имеет смещенную вправо по сравнению со взрослыми кривую диссоциации гемоглобина;</i> <i>А. насыщен при напряжении кислорода артериальной крови 80 мм</i>

	<i>рт ст.;</i> <i>Б. имеет меньшее сродство к кислороду, чем гемоглобин взрослого;</i> <i>В. имеет концентрацию при рождении менее 100 г/л;</i> <i>Г. никогда не обнаруживается у взрослых.</i>
2626.	<i>Новорожденный ребенок не в состоянии поддерживать температуру тела с помощью одного из ниженазванных механизмов:</i> <i>А. вазоконстрикции;</i> <i>Б. дрожи;</i> <i>В. мобилизации энергии из коричневых жиров;</i> <i>Г. выделения тироксина;</i> <i>Д. мышечной активности.</i>
2627.	<i>Максимально допустимый баланс массы тела новорожденного при проведении инфузионной терапии составляет:</i> <i>А. 50 г;</i> <i>Б. 40 г;</i> <i>В. 30 г;</i> <i>Г. 20 г.</i>
517	<i>Размножение возбудителя при хирургическом сепсисе происходит:</i> <i>А. в первичном очаге</i> <i>Б. во вторичном очаге</i> <i>В. в крови</i> <i>Г. в зависимости от индивидуальных особенностей</i>
518	<i>При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать:</i> <i>А. характер и чувствительность микрофлоры</i> <i>Б. фармакодинамику и фармакокинетику препарата</i> <i>В. токсичность препарата</i>

	Г. характер гнойного отделяемого Д. давность заболевания
519	При направленной антибактериальной терапии при гнойной хирургической инфекции основным не является: А. характер и чувствительность микрофлоры Б. фармакодинамика и фармакокинетика препарата В. токсичность препарата Г. характер гнойного отделяемого Д. давность заболевания
520	В патогенезе острого гематогенного остеомиелита ведущее место имеет: А. травма Б. переохлаждение В. ОРВИ Г. высокий уровень контаминации возбудителя Д. неполноценное питание Е. сенсibilизация организма
521	Что из перечисленного является провоцирующим фактором острого гематогенного остеомиелита у детей: А. травма Б. переохлаждение В. наличие хронических очагов инфекции Г. все из перечисленного
522	В каком отделе кости начинается воспалительный процесс при остром гематогенном остеомиелите: А. в эпифизе Б. в метафизе В. в диафизе
523	Для новорожденных и детей раннего возраста при остром

	<i>гематогенном остеомиелите характерно поражение:</i> <i>А. эпифиза</i> <i>Б. метафиза</i> <i>В. метаэпифиза</i> <i>Г. метадиафиза</i> <i>Д. диафиза</i>
524	<i>Для детей старше 2,5 лет при остром гематогенном остеомиелите (ОГО) характерно поражение:</i> <i>А. эпифиза</i> <i>Б. метафиза</i> <i>В. метаэпифиза</i> <i>Г. метадиафиза</i> <i>Д. диафиза</i>
525	<i>К ранним местным симптомам метадиафизарного ОГО не относится:</i> <i>А. нарушение функции конечности</i> <i>Б. местная гиперемия</i> <i>В. усиление сосудистого рисунка</i> <i>Г. пастозность мягких тканей</i>
526	<i>Укажите первый рентгенологический признак ОГО:</i> <i>А. очаги деструкции губчатого вещества</i> <i>Б. периостальная реакция</i> <i>В. наличие секвестров</i>
527	<i>Для диагностики метаэпифизарного ОГО у новорожденных не используется:</i> <i>А. пункция сустава</i> <i>Б. рентгенография</i> <i>В. УЗИ сустава</i>

	<i>Г. измерение внутрикостного давления</i>
528	<i>Рентгенологические признаки остеомиелита у новорожденных появляются:</i> <i>А. на 2-3 сутки,</i> <i>Б. на 4- 5 сутки,</i> <i>В. на 7-10 сутки,</i> <i>Г. на 11- 12 сутки.</i>
529	<i>Укажите внутрикостное давление в норме у детей после 5 лет:</i> <i>А. 40 – 80 мм. вод. ст,</i> <i>Б. 90 – 100 мм. вод. ст;</i> <i>В. 100 – 120 мм. вод. ст;</i> <i>Г. 120 – 130 мм.вод. ст.</i> <i>Д.. 140 – 160 мм. вод. ст.</i> <i>Е. выше 160 мм.вод.ст.</i>
2628.	<i>Лечение метаэпифизарного остеомиелита у новорожденных включает:</i> <i>А. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава</i> <i>Б. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит, иммобилизация конечности</i> <i>В. согревающие компрессы, назначение антибиотков, пункция сустава, магнит</i> <i>Г. согревающие компрессы, назначение антибиотков, дренирование сустава, иммобилизация конечности</i> <i>Д. согревающие компрессы, назначение антибиотков, остеоперфорация, иммобилизация конечности</i>
2629.	<i>Исходом ОГО у новорожденным может быть:</i> <i>А. переход в хроническую форму, нарушение роста конечности в длину, ложный сустав, полное выздоровление</i> <i>Б. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей. патологический перелом сустава, полное</i>

	<i>выздоровление</i> <i>В. нарушение роста конечности в длину, искривления конечностей, патологический вывих сустава, полное выздоровление</i>
2630.	<i>Для хронического остеомиелита на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. наличие полости с секвестром на фоне остеопороза костной ткани</i> <i>Б. наличие полости с секвестром на фоне остеосклероза периостальная реакция костной ткани</i> <i>В. наличие множества секвестров на фоне остеопороза костной ткани</i>
2631.	<i>Для первично-хронических форм остеомиелита характерно:</i> <i>А. острое начало, субфебрильная температура тела, постоянные боли в конечности</i> <i>Б. подострое начало, постоянная субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке</i> <i>В. подострое начало, периодически субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке и ночные</i> <i>Г. острое начало, нормальная температура тела, постоянные боли в конечности;</i>
2632. 46	<i>Что является первичным звеном в цепи развития гнойного процесса у новорожденных:</i> <i>А. развитие гнойного очага</i> <i>Б. входные ворота инфекции</i> <i>В. контаминация патогенной флорой</i> <i>Г. транслокация возбудителя</i> <i>Д. избыточное размножение флоры</i> <i>Е. вторичный иммунный блок</i> <i>Ж. снижение иммунологической реакции</i>
2633. 47	<i>Для катаральной (простой) формы омфалита характерно:</i> <i>А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки</i>

	<i>Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки</i> <i>В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки, флебит пупочных сосудов</i>
2634. 48	<i>Для флегмонозной формы омфалита характерно:</i> <i>А. серозногнойное отделяемое из пупочной ранки, гипергрануляции</i> <i>Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки</i> <i>В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки. Флебит пупочных сосудов</i>
2635. 49	<i>При длительном мокнутии пупка у новорожденного необходимо исключить:</i> <i>А. омфалит</i> <i>Б. фунгус</i> <i>В. неполный свищ пупка</i>
2636.	<i>Причиной не полного свища пупка может быть все перечисленное, кроме:</i> <i>А. незаращения урахуса</i> <i>Б. незаращение пупочной вены</i> <i>В. незаращение желточного протока</i>
2637.	<i>Некротическая флегмона новорожденного встречается в возрасте:</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. 2-3 недели жизни</i> <i>В. после 3-х недель жизни</i> <i>Г. после 6 месяцев</i> <i>Д. в любом возрасте</i>
2638.	<i>Укажите местное лечение флегмоны новорожденного:</i> <i>А. полуспиртовая повязка + магнит</i> <i>Б. обкалывание антибиотиком+ множественные разрезы+</i>

	повязка с антисептиком + магнит В. множественные разрезы + повязка с антисептиком + магнит
2639.	Адипонекроз проявляется симптомами: А. пятнистая гиперемия; бугристая инфильтрация, болезненность при пальпации Б. бугристая инфильтрация; цианотичность кожных покровов, местное повышение температуры В. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, отсутствие болевого симптома Г. бугристая инфильтрация, отсутствие местного повышения температуры, болезненность при пальпации
2640.	Для некротической флегмоны в период образования некрозов местно характерно: А. сплошная инфильтрация Б. разлитая гиперемия, флюктуация В. цианотичность кожных покровов Г. цианотичность кожных покровов, зыбление
2641.	У новорожденного стафилококк вызывает все, кроме: А. некротическую флегмону Б. острый гематогенный остеомиелит В. острый артрит Г. рожистое воспаление Д. мастит
2642.	У новорожденных стрептококк вызывает: А. некротическую флегмону Б. острый гематогенный остеомиелит В. острый артрит Г. рожистое воспаление Д. мастит

2643.	<i>Перитониты у новорожденных чаще встречаются:</i> <i>А. первичные</i> <i>Б. вторичные</i>
2644.	<i>Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является:</i> <i>А. ятрогенное повреждение кишечной стенки</i> <i>Б. дефицит лизоцима;</i> <i>В. некротизирующий энтероколит новорожденных</i> <i>Г. пороки развития стенки кишки</i> <i>Д. заменное переливание крови</i> <i>Е. внутриутробное инфицирование</i>
2645.	<i>В основе патогенеза некротического энтероколита у новорожденных лежит:</i> <i>А. недоношенность</i> <i>Б. внутриутробная гипоксия</i> <i>В. асфиксия в родах</i> <i>Г. централизация кровообращения в организме новорожденного</i>
2646.	<i>Для первичного перитонита новорожденных первым клиническим симптомом в начале разгара является:</i> <i>А. эксикоз</i> <i>Б. вздутие живота</i> <i>В. задержка стула</i> <i>Г. полиурия</i> <i>Д. сердечно-сосудистые нарушения</i>
2647.	<i>Из всех перечисленных симптомов достоверными местными симптомами для разлитого перитонита у новорожденного являются:</i> <i>А. вздутие живота</i> <i>Б. рвота застойным содержимым</i>

	<i>В. отек, гиперемия брюшной стенки</i> <i>Г. отсутствие стула</i> <i>Д. жидкий стул</i>
2648.	<i>При первичном перитоните у новорожденного ранним патогномичным симптом является:</i> <i>А. рвота застойным содержимым</i> <i>Б. кровь в стуле</i> <i>В. вздутия живота</i> <i>Г. патозность нижних отделов передней брюшной стенки</i> <i>Д. отек половых органов</i>
2649.	<i>Некротический энтероколит на стадии клинических проявлений характеризуется симптомами:</i> <i>А. рвотой с желчью, отсутствием стула и газов</i> <i>Б. рвотой с желчью, частым жидким стулом с патологическими примесями, вздутием живота с локальной болезненностью</i> <i>В. отсутствием стула и газов</i> <i>Г. вздутием живота с локальной болезненностью, усилением перистальтики</i>
2650.	<i>Некротический энтероколит на III стадии предперфорации проявляется рентгенологически:</i> <i>А. локальным затенением брюшной полости</i> <i>Б. гидроперитонеумом</i> <i>В. свободным газом в брюшной полости</i>
2651.	<i>Некротический энтероколит на стадии продромы рентгенологически проявляется:</i> <i>А. повышенным равномерным газонаполнением кишечника</i> <i>Б. неравномерным наполнением кишечника с уровнями</i> <i>В. пневматозом кишечной стенки</i> <i>Г. газом в портальной системе печени</i> <i>Д. гидроперитонеумом</i>

	<i>Е. пневмоперитонеумом</i>
2652.	<i>Лечение 1, 2 - ой стадий НЭК:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i> <i>Г. только оперативное.</i>
2653.	<i>Лечение 3-ей стадии НЭК:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i> <i>Г. только оперативное</i>
2654.	<i>Лечение 4-ой стадии НЭК:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i> <i>Г. только оперативное</i>
2655.	<i>Для перфоративного перитонита на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. наличие свободной жидкости в брюшной полости</i> <i>Б. сниженное газонаполнение петель кишечника</i> <i>В. наличие свободного воздуха в брюшной полости</i> <i>Г. множественные уровни жидкости в петлях кишечника</i>
2656.	<i>В каком возрасте наиболее часто встречается инвагинация кишок?</i> <i>А. новорожденный</i> <i>Б. 4 -10 месяцев</i> <i>В. старше года</i> <i>Г. школьный</i>
2657.	<i>Провоцирующими факторами инвагинации кишечника у детей</i>

	<i>является все, кроме:</i> <i>А. нарушение пищевого режима</i> <i>Б. анатомо-физиологические особенности</i> <i>В. кишечная инфекция</i> <i>Г. ОРВИ</i>
2658.	<i>Предрасполагающим фактором инвагинации кишечника из перечисленного является:</i> <i>А. нарушение или изменение режима питания</i> <i>Б. анатомо-физиологические особенности</i> <i>В. кишечная инфекция</i> <i>Г. ОРВИ</i> <i>Д. все перечисленное</i>
2659.	<i>Наиболее частой причиной илеоцекальной инвагинации кишечника у детей до 1 года является:</i> <i>А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника</i> <i>Б. нарушение или изменение режима питания</i> <i>В. диспепсия</i> <i>Г. ОРВИ</i> <i>Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)</i>
2660.	<i>Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:</i> <i>А. возрастная дискоординация перистальтики кишечника</i> <i>Б. нарушение или изменение режима питания</i> <i>В. диспепсия</i> <i>Г. ОРВИ</i> <i>Д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)</i>
2661.	<i>Инвагинация кишечника относится к:</i>

	<i>А. обтурационной кишечной непроходимости</i> <i>Б. странгуляционной кишечной непроходимости</i> <i>В. паралитической кишечной непроходимости</i> <i>Г. спастической кишечной непроходимости</i> <i>Д. смешанной кишечной непроходимости</i>
2662.	Смешанная механическая кишечная непроходимость, это сочетание: <i>А. обтурационной кишечной непроходимости + спастической кишечной непроходимости</i> <i>Б. обтурационной кишечной непроходимости + паралитическая кишечная непроходимость</i> <i>В. обтурационной кишечной непроходимости + странгуляционной</i>
2663. 77	Укажите, какой из симптомов инвагинации кишечника не характерен для стадии начальных клинических проявлений: <i>А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками</i> <i>Б. симптом «малинового или смородинового желе»</i> <i>В. симптом пальпируемой опухоли</i> <i>Г. многократная рвота с желчью</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i> <i>Е. все перечисленное</i>
2664. 78	При инвагинации кишечника приступы болей в животе постепенно: <i>А. усиливаются и укорачиваются;</i> <i>Б, удлиняются и усиливаются;</i> <i>В. удлиняются и ослабевают.</i>
2665. 79	Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника: <i>А. боли в животе</i> <i>Б, вялость</i>

	<i>В .симптом «малинового или смородинового желе»</i> <i>Г .повышение температуры тела</i> <i>Д. многократная рвота с желчью</i> <i>Е. ни чего из перечисленного</i>
2666. 80	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. схваткообразные боли в животе со светлыми промежутками</i> <i>Б. задержка отхождения стула и газов</i> <i>В. многократная рвота с желчью</i> <i>Г. . ни чего из перечисленного</i> <i>Д. .все перечисленное</i>
2667.	<i>Укажите, какой из симптомов является патогномоничным для инвагинации кишечника:</i> <i>А. боли в животе</i> <i>Б. задержка отхождения стула и газов</i> <i>В. симптом пальпируемой опухоли в брюшной полости</i> <i>Г. многократная рвота с желчью</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i> <i>Е. все перечисленное</i>
2668.	<i>Для диагностики инвагинации кишечника в начальный период наиболее из всего перечисленного целесообразно использовать:</i> <i>А. пневмоирригографию</i> <i>Б.. УЗИ брюшной полости</i> <i>В. пальпацию. живота под наркозом</i> <i>Г. рентгеноконтрастное обследование с барием, данным через рот</i> <i>Д.. лапароскопию</i>
2669.	<i>Дифференцировать острую кишечную инвагинацию у детей необходимо со всеми заболеваниями, кроме:</i>

	<i>А. дизентерии</i> <i>Б. опухоли брюшной полости</i> <i>В. острой пневмонии</i> <i>Г. геморрагического васкулита</i>
2670.	<i>Для стадии начинающихся осложнений при инвагинации кишечника характерно:</i> <i>А. усиление и укорачивание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», асимметрия живота, симптом пальпируемой опухоли</i> <i>Б. удлинение и ослабевание болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», симптом пальпируемой опухоли, отсутствие симптомов раздражения брюшин</i> <i>В. удлинение и ослабевание, болей в животе, многократная рвота с желчью, темная кровь с примесью слизи, наличие симптомов раздражения брюшины</i>
2671.	<i>Лечение инвагинации кишечника:</i> <i>А. только оперативное</i> <i>Б. только консервативное</i> <i>В. зависит от возраста ребенка</i> <i>Г. зависит от возраста и стадии заболевания</i>
2672.	<i>Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при:</i> <i>А. стенозе кишечника</i> <i>Б. завороте кишечника</i> <i>В. болезни Гирипрунга</i> <i>Г. инвагинации</i>
2673.	<i>Смешанная кишечная непроходимость включает:</i> <i>А. обтурационная кишечная непроходимость + паралитическая кишечная непроходимость</i> <i>Б. странгуляционная кишечная непроходимость + обтурационная кишечная непроходимость</i> <i>В. спастическая кишечная непроходимость + паралитическая</i>

	<i>кишечная непроходимость</i>
2674.	<i>К смешанной кишечной непроходимости относится:</i> <i>А. стенозе кишечника</i> <i>Б. заворот кишечника</i> <i>В. болезнь Гирипрунга</i> <i>Г. инвагинация</i>
2675.	<i>Для острой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические симптомы:</i> <i>А. отсутствие газа в петлях тонкого кишечника во всех случаях</i> <i>Б. свободный газ в брюшной полости</i> <i>В. множественные или единичные тонкокишечные арки или чаши Клойбера</i> <i>Д. не равномерное газонаполнение петель кишечника</i>
2676.	<i>Для низкой поздней спаечной кишечной непроходимости характерны все перечисленные симптомы, кроме:</i> <i>А. приступообразные боли в животе</i> <i>Б. рвота с патологическими примесями</i> <i>В. вздутие живота</i> <i>Г. контурация петель кишечника на брюшную стенку</i> <i>Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии</i> <i>Е. задержка отхождения стула и газов</i>
2677.	<i>Для высокой поздней спаечной тонкокишечной непроходимости в первые часы от заболевания характерны все перечисленные симптомы, кроме</i> <i>А. приступообразные боли в животе</i> <i>Б. рвота с патологическими примесями</i> <i>В. контурация петель кишечника на брюшную стенку</i> <i>Д. асимметрия живота за счет вздутия в эпигстрии</i> <i>Е. задержка отхождения стула и газов</i>

	<i>Д. стул и газы отходят</i>
2678.	<i>Для паралитической кишечной непроходимости на рентгенограмме характерно:</i> <i>А равномерное распределение газа в петлях тонкого кишечника</i> <i>Б. множественные или единичные чаши Клойбера</i> <i>В. равномерно перераздутые петли кишечника или равномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости</i> <i>Д. неравномерное газонаполнение петель кишечника или неравномерные по по величине горизонтальные уровни жидкости</i>
2679.	<i>Консервативную терапию при ранней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение:</i> <i>А. 3-6 часов</i> <i>Б. 6-12 часов</i> <i>В. 12-24 часов</i> <i>Г. 24-48 часов</i> <i>Д. 48-72 часов</i>
2680.	<i>Лечение поздней спаечной кишечной непроходимости не зависит от:</i> <i>А. вида непроходимости</i> <i>Б. давности заболевания</i> <i>В. наличия осложнений</i> <i>Г. возраста ребенка</i>
2681.	<i>При странгуляционной кишечной непроходимости показано:</i> <i>А. консервативная терапия</i> <i>Б. наблюдение</i> <i>В. дача бария, консервативная терапия через 3-6 часов</i> <i>Г. срочная операция</i> <i>Д. операция после кратковременной предоперационной подготовки</i>
2682.	<i>Консервативную терапию при поздней спаечной кишечной</i>

	<i>непроходимости следует проводить в течение:</i> <i>А. 3-6 часов;</i> <i>Б. 6-12 часов;</i> <i>В. 12-24 часов;</i> <i>Г. 24-48 часов;</i> <i>Д. 48-72 часов</i>
2683.	<i>Выделение алой крови из прямой кишки характерно для:</i> <i>А. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>Б. язвы двенадцатиперстной кишки</i> <i>В. язвы или полипа толстой кишки</i> <i>Г. инвагинации кишечника</i>
2684.	<i>Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:</i> <i>А. гепатомегалия</i> <i>Б. увеличение размеров живота</i> <i>В. спленомегалия</i> <i>Д. кровавая рвота</i> <i>Е. асцит</i>
2685.	<i>Выделение крови в виде «темной вишни» из прямой кишки характерно для:</i> <i>А. язвы толстой кишки</i> <i>Б. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>В. инвагинации кишечника</i>
2686.	<i>Рвота с кровью не характерна для:</i> <i>А. кровоточащего дивертикула Меккеля</i> <i>Б. язвы желудка</i> <i>В. варикозно расширенных вен пищевода</i> <i>Г. язвы двенадцатиперстной кишки</i>

2687.	Причиной кровотечения из дивертикула Меккеля является: А. аномалия развития сосудов в стенке дивертикула Меккеля Б. инвагинация дивертикула Меккеля в подвздошную кишку В. острая язва слизистой дивертикула Меккеля
2688.	Пороки развития брюшной стенки и органов брюшной полости
2689.	Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК выше Фатерова сосочка, кроме: А. рвота без желчи Б. быстрая потеря массы тела В. ранняя желтуха Г. запавший живот Д. отсутствие мекония
2690. 103	Все перечисленные симптомы относятся к атрезии ДПК ниже Фатерова сосочка, кроме: А. рвота с желчью Б. быстрая потеря массы тела В. ранняя желтуха Г. запавший живот Д. меконий светлый Е. меконий отсутствует
2691. 104	Задержка развития кишечной трубки в период эмбриогенеза в стадию «солидного тяжа» приводит к: А. аганглиозу кишечной стенки Б. гиперфиксации ДПК В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки Г. мембране

	<i>Д. мальротации «средней кишки»</i>
2692. 105	<i>Нарушение вращения средней кишки во 2-ой период приводит к:</i> <i>А. аганглиозу кишечной стенки</i> <i>Б. гиперфиксации ДПК</i> <i>В. атрезии кишечника с дефектом брыжейки</i> <i>Г. к высокому расположению слепой кишки</i> <i>Д. мальротации «средней кишки»</i>
2693. 106	<i>Задержка отхождения мекония у новорожденного может быть вызвана:</i> <i>А. аганглиозом кишечной стенки</i> <i>Б. муковисцедозом</i> <i>В. родовой травмой</i> <i>Г. мекониальной пробкой</i> <i>Д. всем перечисленным</i> <i>Е. ни чем из перечисленного</i>
2694.	<i>Врожденная странгуляционная кишечная непроходимость у новорожденного может быть вызвана:</i> <i>А. атрезией двенадцатиперстной кишки</i> <i>Б. незавершённым поворотом кишечника</i> <i>В. заворотом «средней кишки»</i> <i>Г. мекониальной непроходимостью</i>
2695.	<i>Для полной атрезии двенадцатиперстной кишки характерно все кроме:</i> <i>А. начало проявления с первых часов жизни</i> <i>Б. рвота съеденным молоком</i> <i>В. рвота с желчью</i> <i>Г. начало с 3-4-х суток жизни</i> <i>Д. ранняя желтуха</i>
2696.	<i>При полной атрезии двенадцатиперстной кишки ниже Фатерова</i>

	<i>сосочка характерно все кроме:</i> <i>А. рвота с желчью</i> <i>Б. ранняя желтуха</i> <i>В. внутриутробная гипотрофия</i> <i>Г. меконий темного цвета</i> <i>Д. меконий обесцвечен</i>
2697.	<i>Для частичной врожденной высокой кишечной непроходимости не характерно:</i> <i>А. рвота с желчью</i> <i>Б. меконий отходит</i> <i>В. меконий не отходит</i> <i>Г. наличие переходного стула</i>
2698.	<i>Укажите какие симптомы не характерны для врожденной полной низкой кишечной непроходимости:</i> <i>А рвота с желчью</i> <i>Б мекониевая рвота</i> <i>В вздутие живота в эпигастрии, западение нижних отделов</i> <i>Г равномерное вздутие живота</i> <i>Д отсутствие мекония</i>
2699.	<i>Мекониевая рвота у новорожденных не характерна для:</i> <i>А. перитонита</i> <i>Б. острой форме болезни Гирипрунга</i> <i>В. атрезии тощей кишки</i> <i>Г. атрезии прямой кишки</i> <i>Д. атрезии подвздошной кишки</i>
2700.	<i>Укажите какие симптомы при врожденной полной низкой кишечной непроходимости не относятся к ранним:</i> <i>А. срыгивания молоком</i> <i>Б. рвота с желчью или застойным кишечным содержимым</i>

	<i>В. беспокойство ребенка</i> <i>Г. равномерное вздутие живота</i> <i>Д. отсутствие мекония</i>
2701.	<i>Мекониальная рвота не характерна для:</i> <i>А. для острой формы юлезни Гирипруга</i> <i>Б. атрезии подвздошной кишки</i> <i>В. атрезии тонкой кишки</i> <i>Г. атрезии прямой кишки</i> <i>Д. перитонита новорожденных</i>
2702.	<i>Для внутриутробного заворота «средней кишки» у новорожденного не характерно:</i> <i>А. время проявления -3-5 –е сутки жизни</i> <i>Б. рвота с желчью</i> <i>В. рвота застойным кишечным содержимым</i> <i>Г. меконий отходит</i> <i>Д. беспокойство ребенка</i> <i>Е. живот при пальпации болезненный</i> <i>Ж. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»</i>
2703.	<i>Наиболее значимым симптомом для «заворота кишечника» у новорожденного является:</i> <i>А. беспокойство</i> <i>Б. рвота с желчью</i> <i>В. болезненный при пальпации живот</i> <i>Д. кровь в стуле в виде прожилок или слизи, типа «малинового желе»</i>
2704.	<i>Ведущим симптомом врожденной высокой кишечной непроходимости является:</i> <i>А. рвота</i>

	<i>Б. боли в животе</i> <i>В. отсутствие мекония</i>
2705.	<i>Ведущим симптомом врожденной низкой кишечной непроходимости является:</i> <i>А. рвота</i> <i>Б. боли в животе</i> <i>В. отсутствие мекония</i>
2706.	<i>Атрезия двенадцатиперстной кишки часто сочетается с синдромом:</i> <i>А. Беквита – Видемана</i> <i>Б. Смита- Опитца</i> <i>В. Дауна</i> <i>Г. Меккеля</i>
2707.	<i>Для высокой врожденной частичной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике</i> <i>Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отдела кишечника</i> <i>В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника;</i> <i>Г. множественные уровни жидкости</i>
2708.	<i>Для высокой врожденной полной кишечной непроходимости на уровне ДПК на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. полное отсутствие газа в желудке и кишечнике</i> <i>Б. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника</i> <i>В. один или два газовых пузыря с уровнями жидкости и скудное газонаполнение нижележащих отделов кишечника</i> <i>Г. множественные уровни жидкости</i>
2709.	<i>Для атрезии подвздошной кишки в клинике основным характерным симптомом является:</i>

	<i>А. рвота застойным содержимым</i> <i>Б. вздутие живота</i> <i>В. беспокойство ребенка</i> <i>Г. стул в виде обесцвеченной слизи</i> <i>Д. стул в виде «малинового желе»</i>
2710.	<i>На обзорной рентгенограмме при полной врожденной низкой кишечной непроходимости характерно:</i> <i>А. два газовых пузыря с уровнями жидкости и отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника</i> <i>Б. три или больше уровня жидкости в петлях кишечника, затенение нижних отделов</i> <i>В. симптом «микроколон»</i>
2711.	<i>Основным методом диагностики синдрома мальротации «средней кишки» является:</i> <i>А. обследование ЖКТ с контрастным веществом, введенным в желудок</i> <i>Б. пневмоирригография</i> <i>В. ирригография с водорастворимым контрастом</i> <i>Г. УЗИ органов брюшной полости</i>
2712.	<i>На ирригографии для синдрома мальротации «средней кишки» характерно:</i> <i>А. левостороннее расположение купола слепой кишки</i> <i>Б. высокое расположение купола слепой кишки</i> <i>В. левостороннее расположение толстой кишки с нетипичным расположением купола слепой кишки</i>
2713.	<i>Пилоростеноз проявляется у детей в возрасте:</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. 7 - 10 дней</i> <i>В. 2 -4 недели</i> <i>Г. после 2-х месяцев</i>

	<i>Д. после 6-ти месяцев</i>
2714.	<i>Для пилоростеноза характерна:</i> <i>А. рвота неизменным молоком большим объемом</i> <i>Б. рвота створоженным молоком</i> <i>В. рвота створоженным молоком большим объемом с кислым запахом</i> <i>Г. рвота большим объемом с примесью желчи</i>
2715.	<i>При острой форме пилоростеноза в клинике характерен стул:</i> <i>А. скудный темный-зеленый</i> <i>Б. «ложные» запоры</i> <i>В. водянистый</i> <i>Г. частый жидкий</i>
2716. 1	<i>При острой форме пилоростеноза масса тела характеризуется:</i> <i>А. малой прибавкой</i> <i>Б. возрастным дефицитом</i> <i>В. быстрым снижением</i> <i>Г. отсутствием прибавки</i> <i>Д. неравномерной прибавкой</i>
2717.	<i>При подострой форме пилоростеноза масса тела характеризуется:</i> <i>А. малой прибавкой</i> <i>Б. возрастным дефицитом</i> <i>В. прогрессирующим снижением</i> <i>Г. отсутствием прибавки</i> <i>Д. неравномерной прибавкой</i>
2718.	<i>Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:</i> <i>А. склонность к запорам</i> <i>Б. желтуха</i>

	<i>В. рвота «фонтаном»</i> <i>Г. олигурия</i> <i>Д. потеря в массе тела</i>
2719.	<i>При подострой форме пилоростеноза в клинике характерен стул:</i> <i>А. скудный темный-зеленый</i> <i>Б. «ложные» запоры</i> <i>В. водянистый</i> <i>Г. частый жидкий</i>
2720.	<i>При объективном осмотре при пилоростенозе характерен симптом:</i> <i>А. Воскресенского</i> <i>Б. Вааля</i> <i>В. «песочных часов»</i> <i>Г. Данса</i>
2721.	<i>Для диагностики пилоростеноза в настоящее время в основном используют:</i> <i>А. пальпацию пилорического отдела желудка под наркозом</i> <i>Б. рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта с барием</i> <i>В. УЗИ желудка</i> <i>Г. эзофагогастроскопию</i>
2722.	<i>Для врожденного пилоростеноза на УЗИ характерно:</i> <i>А. длина пилорического отдела < 14- мм, толщина стенки пилорического отдела 4 мм</i> <i>Б. длина пилорического отдела 16 мм, толщина стенки пилорического отдела < 4 мм</i> <i>В. длина пилорического отдела > 14- мм, толщина стенки пилорического отдела > 4 мм</i>
2723.	<i>Из перечисленных симптомов наиболее достоверным является:</i> <i>А. симптом «песочных часов»</i>

	<i>Б. гипотрофия</i> <i>В. вздутие в эпигастрии после кормления</i> <i>Г. пальпация утолщенного пилорического отдела желудка</i> <i>Д. олигурия</i>
2724.	<i>Для пилоростеноза на обзорной рентгенограмме характерно:</i> <i>А. два газовых пузыря с двумя уровнями жидкости, расположенные в эпигастриальной области, обеднение газом петель кишечника</i> <i>Б. симптом «клюва»</i> <i>В. увеличенный в размерах желудок с уровнем жидкости, обеднение газом петель кишечника</i>
2725.	<i>Алгоритм обследования больного с подозрением на пилоростеноз включает:</i> <i>А. объективный осмотр, сбор анамнеза, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, обследование желудочно-кишечного тракта с барием, ФГДС, анализы</i> <i>Б. сбор анамнеза, объективный осмотр, ФГДС, УЗИ желудка, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, обследование желудочно-кишечного тракта с барием</i> <i>В. сбор анамнеза, объективный осмотр, обзорная рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, анализы, УЗИ желудка, ФГДС, обследование желудочно-кишечного тракта с барием</i>
2726.	<i>Острую форму пилоростеноза необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:</i> <i>А. псевдопилоростеноза</i> <i>Б. кишечной инфекции</i> <i>В.. халази кардии</i> <i>Г. заворота кишечника</i>
2727.	<i>Подострую форму пилоростеноза необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:</i> <i>А. аэрофагии</i>

	<i>Б. вегетоабдоминального синдрома</i> <i>В пилороспазма</i> <i>Г псевдопилоростеноза</i>
2728.	<i>Желудочно-пищеводный рефлюкс проявляется:</i> <i>А. с рождения</i> <i>Б. с 2-3-х недельного возраста</i> <i>В. с 2-3 месяцев</i>
2729.	<i>Для диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса необходимо провести:</i> <i>А. фиброгастроскопию, контрастную рентгенографию пищевода и желудка</i> <i>Б. фиброгастроскопию, рентгеноскопию пищевода и желудка с контрастом в положении лежа или Тренделенбурга</i> <i>В. фиброгастроскопию, КТ</i>
2730.	<i>Лечение пилоростеноза:</i> <i>А. оперативное</i> <i>Б. консервативное</i> <i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>
2731.	<i>Для атрезии желчевыводящих путей в первые две недели жизни характерно:</i> <i>А. обесцвеченный стул с 5-6 суток, желтуха с 3-4 дня, темная моча, состояние ребенка страдает;</i> <i>Б. желтуха с 3-4 дня, обесцвеченный стул в течении 10 дней, темная моча, состояние ребенка не страдает;</i> <i>В. желтуха с рождения, гепатомегалия, обесцвеченный стул с 3-5-го дня.</i>
2732.	<i>Дифференцировать атрезию желчевыводящих путей у новорожденных в первые две недели жизни необходимо:</i> <i>А. с холестазом;</i> <i>Б. с гемолитической желтухой;</i> <i>В. с внутриутробным гепатитом;</i>

	<i>Г. с затянувшейся физиологической желтухой.;</i> <i>Д. со всем перечисленным.</i>
2733.	<i>Классической триадой симптомов для кисты общего желчного протока являются::</i> <i>А. обесцвеченный стул, постоянные боли в правом подреберье, темная моча;</i> <i>Б. рецидивирующие боли в правом подреберье или эпигастрии, пермежающаяся желтуха, пальпируемая опухоль у края печени;</i> <i>В. приступообразные боль в эпигастрии, симптом пальпируемой опухоли, повышение температуры тела</i>
2734.	<i>При атрезии желчевыводящих путей в биохимическом анализе превалирует:</i> <i>А. прямой билирубин;</i> <i>Б. непрямого билирубин</i>
2735.	<i>Стенозы большого дуоденального сосочка (БДС) могут быть обусловлены:</i> <i>А. хронической дуоденальной непроходимостью;</i> <i>Б. мембраной, гипоплазией или хористой БДС;</i> <i>В. кистозным расширением желчных протоков.</i>
2736.	<i>Ведущим симптомом атрезии атрезии желчевыводящих путей (ЖВП) является:</i> <i>А. ранняя желтуха;</i> <i>Б. ахоличный стул;</i> <i>В. увеличение печени в размерах</i>
2737.	<i>К не коррегируемым порокам развития ЖВП относится:</i> <i>А. атрезия наружных желчевыводящих путей;</i> <i>Б. атрезия дистального отдела общего желчного протока;</i> <i>В. внутрипеченочная атрезия желчевыводящих путей</i>
2738.	<i>Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является:</i> <i>А. наследственность;</i>

	<i>Б. гормональные нарушения;</i> <i>В. пороки развития желчного пузыря;</i> <i>Г. нарушения обменных процессов;</i> <i>Д. хронический гепатит</i>
2739.	<i>Операция Касаи показана при:</i> <i>А. атрезии наружных желчевыводящих путей;</i> <i>Б. атрезии внутрипеченочных протоков;</i> <i>В. кисте холедоха.</i>
2740.	<i>Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является:</i> <i>А. УЗИ;</i> <i>Б. сцинтиграфия;</i> <i>В. ретроградная холецистопанкреатография;</i> <i>Г. релаксационная дуоденография.</i>
2741.	<i>Поперечная перегородка желчного пузыря в виде «фригийской шапочки» локализуется:</i> <i>А. в шейке пузыря;</i> <i>Б. в области дна пузыря;</i> <i>В. теле пузыря</i>
2742.	<i>Основным симптомом атрезии ЖВП является:</i> <i>А. ранняя желтуха;</i> <i>Б. ахоличный стул;</i> <i>В. увеличение печени в размерах</i>
2743.	<i>К коррегируемым порокам развития ЖВП относится:</i> <i>А. один или два печеночных протока проходимы, но диаметр их слишком мал;</i> <i>Б. непроходимость дистального отдела общего желчного протока;</i> <i>В. в воротах печени отсутствуют протоки</i>

2744.	Наиболее информативным методом диагностики аномалий и пороков развития наружных желчевыводящих путей является: А. УЗИ; Б. сцинтиграфия; В. ретроградная холецистопанкреатография; Г. релаксационная дуоденография.
2745.	Наиболее вероятной причиной холелитиаза в детском возрасте является: А. наследственность; Б. гормональные нарушения; В. пороки развития желчного пузыря; Г. нарушения обменных процессов; Д. хронический гепатит
2746.	При нарушении облитерации желточного протока может образоваться все, кроме: А. полный свищ пупка Б. неполный свищ пупка В. дивертикул Меккеля Г. киста брыжейки тонкой кишки Д. киста желточного протока
2747.	Относительным противопоказанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является: А. мацерация кожных покровов Б. эвагинация кишечника В. кровотечение из слизистой Г. потеря кишечного содержимого Д. ни чего из перечисленного
2748.	Дивертикул Меккеля, это А. нарушение облитерации дистальной части урахуса

	<i>Б. нарушение облитерации проксимальной части желточного проток</i> <i>В. нарушение облитерации дистальной части желточного протока</i> <i>Г. нарушение процесса реканализации кишечной трубки в эмбриогенезе</i>
2749.	<i>Полный свищ желточного протока может осложниться всем, кроме:</i> <i>А. инфицированием передней брюшной стенки</i> <i>Б. эвагинацией кишечника</i> <i>В. кровотечением из слизистой кишечной стенки</i> <i>Г. гипотрофией</i> <i>Д. инвагинацией кишечника</i>
2750.	<i>Экстренным показанием к хирургическому лечению при полном свище желточного протока является:</i> <i>А. мацерация кожных покровов</i> <i>Б. эвагинация кишечника</i> <i>В. кровотечение из слизистой</i> <i>Г. потеря кишечного содержимого</i> <i>Д. ни чего из перечисленного</i>
2751.	<i>Для гастрошизиса не характерно:</i> <i>А. дефект в брюшной стенке до 2-3 см</i> <i>Б. кишечник укорочен в 3-4 раза</i> <i>В. стенка кишечника отекает</i> <i>Г. имеется грыжевой мешок, покрытый фибрином</i> <i>Д. пуповина отходит нормально, справа от дефекта</i> <i>Е. ни чего из перечисленного</i>
2752.	<i>Гастрошизис может сочетаться:</i> <i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i>

	<i>Б. с пороками сердца</i> <i>В. с атрезиями кишечной трубки</i> <i>Г. с синдромом Дауна</i>
2753.	<i>При рождении ребенка с гастрошизисом необходимо:</i> <i>А. укутать эвентрированные петли кишечника теплыми салфетками и срочно перевести в хирургический стационар</i> <i>Б. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, ввести антибиотики и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар</i> <i>В. поместить эвентрированные петли кишечника в стерильный пластиковый пакет, укутать теплыми ватно-марлевыми салфетками, ввести анальгетики, антибиотики, установить зонд в желудок, сделать очистительную клизму, назначить инфузионную терапию и в первые 2 часа перевести в хирургический стационар</i>
2754.	<i>Грыжей пупочного канатика средних размеров считают, если:</i> <i>А. грыжевой мешок содержит только 2-3 петли кишечника</i> <i>Б. грыжевой мешок содержит только петли кишечника</i> <i>В. грыжевой мешок содержит только петли кишечника и незначительную часть печени</i> <i>Г. грыжевой мешок содержит петли кишечника и большую часть печени</i>
2755.	<i>Образования грыж пупочного канатика не связано с:</i> <i>А. отсутствием вращения кишечника</i> <i>Б. недоразвитием брюшной полости</i> <i>В. недоразвитием брюшной стенки</i>
2756.	<i>Грыжа пупочного канатика может сочетаться</i> <i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i> <i>Б. VACTERL-ассоциацией пороков</i> <i>В. с атрезиями желчевыводящих путей</i> <i>Г. с синдромом Дауна</i>

2757.	<i>Оперативное лечение пупочных грыж проводят:</i> <i>А. по установлению диагноза;</i> <i>Б. в возрасте 3-лет;</i> <i>В. в возрасте 4-х лет;</i> <i>Г. после 5 лет.</i>
2758.	<i>Грыжи белой линии живота лечат:</i> <i>А. консервативно;</i> <i>Б. оперативно;</i> <i>В. оперативно при неэффективности консервативной терапии.</i>
2759.	<i>Острая форма болезни Гиришпрунга проявляется в возрасте:</i> <i>А. с первых дней жизни</i> <i>Б. в возрасте 1-3-х месяцев</i> <i>В. после введения прикорма</i>
2760.	<i>Первые симптомы подострой формы болезни Гиришпрунга проявляется в возрасте:</i> <i>А. с первых дней жизни</i> <i>Б. в возрасте 1-3-х месяцев</i> <i>В. после введения прикорма</i> <i>Г. после года</i>
2761.	<i>Первые симптомы хронической формы болезни Гиришпрунга проявляется в возрасте:</i> <i>А. с первых дней жизни</i> <i>Б. в возрасте 1-3-месяцев</i> <i>В. после введения прикорма</i> <i>Г. после года</i>
2762.	<i>Укажите характерные рентгенологические признаки болезни Гиришпрунга на контрастной ирригграмме:</i> <i>А. расширение толстой кишки, сглаженность гаустрации, не полное опорожнение кишечника</i> <i>Б. суженная зона в дистальном отделе толстой кишки и расширение супрастенотической зоны</i> <i>В. удлинение и расширение сигмовидной кишки, задержка</i>

	<i>опорожнения кишечника</i>
2763.	<i>Из предложенных методов диагностики уровня атрезии прямой кишки в первые часы после рождения наиболее информативным является:</i> <i>А. боковая инвертограмма через 24 – 26 часов после рождения;</i> <i>Б. пункция промежности;</i> <i>В. выявление симптома толчка;</i> <i>Г. УЗИ промежности</i>
2764.	<i>При атрезии ануса и прямой кишки боковую инвертограмму по Вангенстину необходимо выполнить:</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. через 5-6 часов после рождения</i> <i>В.. через 16-18 часов после рождения</i>
2765.	<i>Из перечисленных методов диагностики уровня атрезии ануса и прямой кишки наиболее достоверным в первые часы после рождения является:</i> <i>А. УЗИ промежности</i> <i>Б. пункция промежности</i> <i>Б. выявление симптома толчка</i> <i>В. рентгенограмма по Вангенстину.</i>
2766.	<i>При атрезии прямой кишки у девочек не может быть свища:</i> <i>А. на промежность</i> <i>Б. во влагалище</i> <i>В. в преддверие влагалища</i> <i>Г. в матку</i> <i>Д. в мочевого пузырь</i>
2767.	<i>Пороки развития и заболевания органов грудной клетки</i>
2768.	<i>Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем может сочетаться:</i> <i>А. с синдромом Беквита-Видемана</i> <i>Б. с VACTERL-ассоциацией пороков</i>

	<i>В. с синдромом Эллиса</i> <i>Г. синдром Пьера-Робина</i> <i>Д со всем перечисленным</i>
2769.	<i>Рентгеноконтрастное обследование при подозрении на атрезию пищевода проводится:</i> <i>А. 5% барием, разведенным на молоке в объеме 1 мл</i> <i>Б. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме 5 мл</i> <i>В. водорастворимым контрастным веществом, разведенным в 2 раза, в объеме не более 1 мл</i> <i>Г. водорастворимым контрастным веществом в объеме 1 мл</i>
2770.	<i>При атрезии пищевода на рентгенограмме с контрастированием верхнего сегмента можно определить все, кроме:</i> <i>А. уровень атрезии</i> <i>Б. форму атрезии (наличие или отсутствие трахеопищеводного свища)</i> <i>В. изменения со стороны легких</i> <i>Г. сопутствующие пороки развития со стороны ЖКТ</i> <i>Д. позвоночника, конечностей</i> <i>Е. почек</i>
2771.	<i>При атрезии пищевода в роддоме необходимо:</i> <i>А. респираторный уход, антибактериальная терапия, ИВЛ, перевод ребенка в специализированное хирургическое отделение по установлению диагноза</i> <i>Б. респираторный уход, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения</i> <i>В. установка КПВ для проведения инфузионной терапии, кислород, положение ребенка с возвышенным головным концом, антибактериальная терапия, температурный режим, перевод ребенка в специализированное хирургическое через 5-6 часов после рождения</i>

2772.	<i>Из ниже перечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:</i> <i>А. гастро-эзофагеальный рефлюкс</i> <i>Б. стеноз пищевода</i> <i>В. реканализация трахеопищеводного свища</i> <i>Г. дисфагия,</i> <i>Д. аспирационная пневмония</i>
2773.	<i>Характерным симптомом изолированного трахеопищеводного свища является:</i> <i>А. одышка</i> <i>Б. цианоз</i> <i>В. гиперсаливация</i> <i>Д. кашель во время кормления</i>
2774.	<i>Осложнением трахеопищеводного свища является:</i> <i>А. эзофагит</i> <i>Б. бронхит</i> <i>В. аспирационная пневмония</i> <i>Г. гастро-эзофагеальный рефлюкс</i>
2775.	<i>Первым симптомом рубцового послеожогового стеноза пищевода является:</i> <i>А. боль за грудиной</i> <i>Б. изжога</i> <i>В. потеря массы тела</i> <i>Г. затруднения при глотании</i>
2776.	<i>Первые признаки диафрагмы появляются у эмбриона на:</i> <i>А. 3 – 4 –ой неделе</i> <i>Б. 5 – 6 -ом месяце</i> <i>В. 3 –ем месяце</i>
2777.	<i>При недоразвитии поперечной перегородки образуются грыжи:</i>

	<i>А. пищеводного отверстия диафрагмы</i> <i>Б. переднего отдела диафрагмы</i> <i>В. заднего отдела диафрагмы</i>
2778.	<i>При задержке опускания желудка формируются грыжи:</i> <i>А. пищеводного отверстия диафрагмы</i> <i>Б. переднего отдела диафрагмы</i> <i>В. заднего отдела диафрагмы</i>
2779.	<i>При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы ведущим симптомом является:</i> <i>А. рвота или срыгивания</i> <i>Б. отставание в массе тела</i> <i>В. беспокойство во время кормления</i> <i>Г. изжога</i> <i>Д. запоры</i>
2780.	<i>Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы у детей старшего возраста не характерны:</i> <i>А. изжога</i> <i>Б. боли за грудиной</i> <i>В. рвота</i> <i>Г. анемия</i> <i>Д. запоры</i>
2781.	<i>При ложной диафрагмальной грыже отсутствует:</i> <i>А. грыжевое содержимое</i> <i>Б. грыжевые ворота</i> <i>В. грыжевой мешок</i> <i>Г. грыжевой мешок и грыжевые ворота</i> <i>Д. грыжевое содержимое и грыжевой мешок</i>
2782.	<i>Френоперикардальная грыжа, это перемещение органов брюшной полости в:</i>

	<i>А. заднее средостение</i> <i>Б. переднее средостение</i> <i>В. перикард</i>
2783.	<i>Ведущим синдромом при грыжах собственно диафрагмы (диафрагмально-плевральных) является:</i> <i>А. геморрагический;</i> <i>Б. синдром внутригрудного напряжения;</i> <i>В. абдоминальный синдром.</i>
2784.	<i>Диафрагмальные грыжи собственно диафрагмы у детей старшего возраста дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме:</i> <i>А. киста легкого</i> <i>Б. поликистозм легкого</i> <i>В. рецидивирующая кишечная непроходимость</i> <i>Г. гипоплазия легкого</i>
2785.	<i>У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания при аускультации. Органы смещения смещены вправо. При бронхоскопии отсутствует правый главный бронх.</i> <i>А. гипоплазия легкого;</i> <i>Б. аплазия легкого;</i> <i>В. Агенезия легкого;</i> <i>Г. ателектаз легкого.</i>
2786.	<i>На обзорной рентгенограмме при гипоплазии одной из долей легкого характерно:</i> <i>А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола</i>

	<i>диафрагмы.</i>
2787.	<i>При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:</i> <i>А. нижняя доля справа;</i> <i>Б. верхняя доля слева;</i> <i>В. нижняя доля слева;</i> <i>Г. верхняя доля справа;</i> <i>Д. средняя доля справа</i>
2788.	<i>На обзорной рентгенограмме при лобарной эмфиземе характерно:</i> <i>А. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону, высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>Б. повышение прозрачности одной из долей легкого, смещение органов средостения в здоровую сторону; опущение купола диафрагмы на стороне поражения;</i> <i>В. понижение прозрачности одной из долей легкого, смещение средостения в больную сторону, высокое стояние купола диафрагмы.</i>
2789.	<i>Основной причиной врожденной долевой эмфиземы легкого является:</i> <i>А.аспирация мекония</i> <i>Б. дефицит сурфактанта</i> <i>В. аномальное отхождение легочных сосудов</i> <i>Г.аплазия. гипоплазия хряща долевого бронха</i> <i>Д. опухоль средостения</i>
2790.	<i>Укажите на симптом не характерный для врожденной долевой эмфиземы у новорожденного:</i> <i>А. одышка, цианоз при плаче</i> <i>Б. сердечно-сосудистая недостаточность</i> <i>В. западение живота</i> <i>Г. вздутие грудной клетки</i> <i>Д. смещение средостения в здоровую сторону</i>

2791.	Наиболее частой локализацией легочной секвестрации является: А. нижняя доля справа; Б. верхняя доля слева; В. нижняя доля слева; Г. верхняя доля справа; Д. средняя доля справа
2792.	Из всего перечисленного паралич купола диафрагмы у новорожденного наиболее часто является: А. осложнением плевральной punctии Б. осложнением катетеризации подключичной вены. В. осложнением родовой травмы Г. осложнением медиастениита
2793.	Укажите, какой рентгенологический признак не характерен для врожденной диафрагмально-плевральной грыжи: А. отсутствие купола диафрагмы на стороне поражения Б. высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения В. ячеистый рисунок в грудной полости Г. смещение средостения в больную сторону Д. смещение органов средостения в здоровую сторону
2794.	Какой из рентгенологических симптомов не характерен для диафрагмально-плевральной грыжи: А. ячеистый рисунок; смещение границ сердца в здоровую сторону Б. высокое стояние купола диафрагмы В. низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения Г. отсутствие купола диафрагмы на должном месте
2795.	В периоде новорожденности наиболее часто проявляется: А. левосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа Б. правосторонняя диафрагмально-плевральная грыжа

	<i>В. френоперикардальная диафрагмальная грыжа</i> <i>Г. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы</i>
2796.	<i>Для отграниченного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. скопление воздуха в плевральной полости, легкое колабированно к корню</i> <i>Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости без смещения органов средостения в здоровую сторону</i> <i>В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону</i> <i>Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражения со смещением средостения в здоровую сторону</i>
2797.	<i>Для острого напряженного пневмоторакса характерно все, кроме:</i> <i>А. одышка</i> <i>Б. тахикардия</i> <i>В. смещение границ сердца в здоровую сторону</i> <i>Г. притупление перкуторного звука на стороне поражения</i> <i>Д. коробочный перкуторный звук на стороне поражения</i>
2798.	<i>Для внеперикардального медиастинального напряжения (медиастенит) характерно:</i> <i>А. увеличение одной из половин грудной клетки, гипертермия, тахикардия, одышка</i> <i>Б. набухание и пульсация шейных вен, одутловатость лица, гипертермия, тахикардия, одышка</i> <i>В. подкожная эмфизема в области шеи и грудной клетки, тахикардия, одышка</i>
2799.	<i>Пульсация и набухание шейных вен, сглаженность надключичных ямок, одутловатость шеи, лица характерны для:</i> <i>А. синдрома внутри плеврального напряжения</i> <i>Б. синдрома внутри перикардального напряжения</i> <i>В. синдрома внеперикардального медиастинального напряжения</i>

	<i>Г. для всего перечисленного</i>
<i>2800.</i>	<i>Для напряженного пиопневмоторакса на рентгенограмме характерно:</i> <i>А. скопление воздуха в плевральной полости, колабированное к корню легкое</i> <i>Б. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в в больную сторону</i> <i>В. наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону</i> <i>Г. тотальное затемнение легкого на стороне поражени</i>
<i>2801.</i>	<i>Внутрилегочное напряжение при ОГДП может быть обусловлено:</i> <i>А. пиотораксом</i> <i>Б. абсцессом легкого</i> <i>В. напряженной буллой</i> <i>Г. напряженным пневмотораксом</i>
<i>2802.</i>	<i>Укажите метод лечения фибропиоторакса:</i> <i>А. пункции плевральной полости</i> <i>Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией</i> <i>В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией</i> <i>Г. торакоскопия с дренированием плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>Д. все перечисленное</i>
<i>2803.</i>	<i>Воздушная полость (булла) может осложниться:</i> <i>А. пиоторакс</i> <i>Б. нагноением</i> <i>В. пневмоторакс</i> <i>Г. пиопенемоторакс</i>
<i>2804.</i>	<i>Укажите метод местного лечения плащевидного серозного плеврита:</i>

	<i>А. пункции плевральной полости,</i> <i>Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией,</i> <i>В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией,</i> <i>Г. все перечисленное</i>
2805.	<i>При плащевидном плеврите необходимо выполнить:</i> <i>А. дренирование плевральной полости по Бюлау</i> <i>Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. пункцию плевральной полости</i> <i>Г. бронхоскопию</i>
2806.	<i>При напряженном пневмотороксе необходимо выполнить:</i> <i>А. дренирование плевральной полости по Бюлау</i> <i>Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. пункцию плевральной полости</i> <i>Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау</i>
2807.	<i>При напряженном пневмотороксе с бронхоплевральным свищем необходимо выполнить:</i> <i>А. дренирование плевральной полости по Бюлау</i> <i>Б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. пункцию плевральной полости</i> <i>Г. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости с активной аспирацией</i> <i>В. бронхоблокаду + дренирование плевральной полости по Бюлау</i>
2808.	<i>Укажите метод лечения пиоторакса:</i> <i>А. пункция плевральной полости</i> <i>Б. надложение торакоцентеза с пассивной аспирацией</i> <i>В. надложение торакоцентеза с активной аспирацией</i> <i>Г. все перечисленное</i>

2809.	Синдром внутрилегочного напряжения при ОГДП может быть обусловлен: А. пиотораксом Б. абсцессом легкого В. напряженной буллой Г. напряженным пневотораксом Д. всем перечисленным Е. ни чем из перечисленного
2810.	Для абсцесса легкого на рентгенограмме характерно: А. тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокального воспаления Б. округлое образование с уровнем жидкости с перифокальным воспалением В. округлое образование без уровня жидкости
2811.	Лечение остеохондропатий включает все, кроме: А. антибактериальная терапия Б физиотерапия В. ЛФК Г. исключение физической нагрузки на проаженный сегмент опорно-двигательного аппарата Д. общеукрепляющая терапия
2812.	В механизме образования ВДГК основное место занимают.: А. перенесенный рахит, диспропорция роста грудины и ребер; Б. диспропорция роста грудины и ребер. диспластические изменения хрящевой и соединительной ткни скелета грудной клетку; В. перенесенный рахит, диспластические изменения хрящевой и соединительной ткни скелета грудной клетку..
2813.	ВДГК сразу после рождения проявляется: А. выраженной деформацией грудины.

	<i>Б. западение ребер и грудины при выдохе,</i> <i>В. западение ребер и грудины при вдохе.</i>
2814.	<i>ВДГК может сочетаться с синдромом:</i> <i>А. Беквида –Видеман,</i> <i>Б. Марфана,</i> <i>В. Дауна,</i> <i>Г. Еггерса</i>
2815.	<i>ВДГК может сочетаться с синдромом:</i> <i>А. Элерса-Данло;</i> <i>Б. Нунан;</i> <i>В. ассоциация VATER;</i> <i>Г. ассоциация CHARGE</i>
2816.	<i>Наиболее часто ВДГК начинает прогрессировать.</i> <i>А. до 3-5 лет,</i> <i>Б. в период ускоренного роста ребенка.</i> <i>В. в пубертатный период.</i>
2817.	<i>Выделяют:</i> <i>А. 2 степени ВДГК.</i> <i>Б. 3 степени ВДГК,</i> <i>В. 4 степени ВДГК,</i> <i>Г. 5 степеней ВДГК</i>
2818.	<i>Для компенсированной стадии ВДГК характерно:</i> <i>А. наличие только косметического дефекта,</i> <i>Б. наличие только косметического дефекта, функциональные нарушения со стороны легких и сердца при физической нагрузке.</i>
2819.	<i>Для субкомпенсированной стадии ВДГК характерно:</i> <i>А. наличие только косметического дефекта,</i> <i>Б. наличие косметического дефекта, умеренно выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца при</i>

	нагрузке. В. выраженные функциональные нарушения со стороны легких и сердца.
2820.	Для диагностики степени ВДГК применяют: А. рентгенологические методы, Б. функциональные, В. рентгенологические и функциональные методы.
2821.	Абсолютным показанием к оперативному лечению при врожденной воронкообразной деформации грудной клетки является: А. наличие косметического дефекта Б. сердечно-легочная недостаточность В. симптом «парадоксального вдоха»
2822.	Урология
2823.	Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить: А. пиурию Б. альбуминурию В. микрогематурию Г. макрогематурию Д. оксалатурию Е. все перечисленное Ж. ничего из перечисленного
2824.	Основной клинический признак атрезии прямой кишки со свищем в мочевую систему: А. моча окрашенная меконием в момент начала мочеиспускания, Б. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания, В. моча окрашенная меконием на протяжении всего акта мочеиспускания, последние порции окрашены более интенсивной сопровождаются отхождением газов.
2825.	Какой из перечисленных пороков развития относится к

	обструктивным уropатиям?: А. мультъкистоз, Б. гипоплазия, В. гидронефроз, Д поликистоз
2826.	Гидронефроз, это А. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы, Б. стойкое расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника, В. каликопиелюэктазия, Г. наличие кисты в паренхиме почки
2827.	Причиной гидронефроза является: А. стеноз устья мочеточника Б. нарушение оттока мочи на уровне пиелоуретрального сегмента В. нейромышечная дисплазия мочеточника
2828.	Гидронефроз у новорожденных наиболее часто проявляется: А. пиелонефритом Б. симптомом пальпируемой опухоли в брюшной полости В. болевым симптомом
2829.	Основным признаком гидронефроза считают: А. наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника. Б. признаки нарушения сократительной способности лоханки. В. признаки вторичного пиелонефрита. Г. истончение паренхимы. Д. признаки снижения почечного кровотока
2830.	Микционная цистоуретрография является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме: А. пузырно-мочеточникового рефлюкса Б. рефлюксирующего уретерогидронефроза В. стеноза шейки мочевого пузыря Г. стеноза уретры у девочек Д. нефроптоза

2831.	<i>Мультикистозная дисплазия почки, это:</i> <i>А. замещение участка почки многокамерной кистой, не сообщающейся с лоханкой</i> <i>Б. одна очка замещена кистозными полостями</i> <i>В. две почки замещены кистозными полостями</i>
2832.	<i>Постоянное капельное недержание мочи у ребенка на фоне нормального мочеиспускания характерно для:</i> <i>А. тазовой дистопии почки</i> <i>Б. неполного удвоения почки</i> <i>В. стеноза уретры</i> <i>Г. эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек</i> <i>Д. нейрогенной дисфункции мочевого пузыря</i>
2833. 244	<i>УЗИ является высокоинформативным методом диагностики при всех перечисленных заболеваниях, кроме:</i> <i>А. нефроптоза</i> <i>Б. гидронефроза</i> <i>В. поликистоза</i> <i>Г. рефлюксирующего уретерогидронефроза</i> <i>Д. всего перечисленного</i>
2834.	<i>Причиной рефлюксирующего мегауретера не является:</i> <i>А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника</i> <i>Б. стеноз устья мочеточника</i> <i>В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника</i> <i>Г. дистопия устья мочеточника</i> <i>Д. пузырно-мочеточниковый рефлюкс</i>
2835.	<i>Причиной нерефлюксирующего мегауретера является:</i> <i>А. незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника</i> <i>Б. дистопия устья мочеточника</i> <i>В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника</i> <i>Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника</i>
2836.	<i>Причиной нерефлюксирующего мегауретера является:</i>

	<i>А.пузырно-мочеточниковый рефлюкс;</i> <i>Б. дистопия устья мочеточника</i> <i>В. несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника</i> <i>Г. короткий интрамуральный отдел мочеточника;</i> <i>Д. стеноз устья мочеточника</i>
2837.	<i>Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при:</i> <i>А.цистоскопии</i> <i>Б. экскреторной урографии</i> <i>В. микционной цистоуретрография</i> <i>Г урофлуометрии</i> <i>Д. цистометрии</i>
2838.	<i>Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:</i> <i>А. нарушение мочеиспускания</i> <i>Б. болевой симптом</i> <i>В. энурез</i> <i>Г. поллакиурия</i>
2839.	<i>Экскреторная урография противопоказана при:</i> <i>А. остром пиелонефрите</i> <i>Б. травме почки</i> <i>В. почечной колике</i> <i>Г. анурии</i> <i>Д. макрогематурия</i>
2840.	<i>Нарастающая припухлость в поясничной области характерна для:</i> <i>А. удвоения почки</i> <i>Б. гидронефроза</i> <i>В. нефроптоза</i> <i>Г. разрыва почки</i>
2841.	<i>Из перечисленных аномалий развития почек к аномалиям структуры относится:</i> <i>А. дистопия почки</i> <i>Б. мультикистоз почки</i> <i>В. подковообразная почка</i> <i>Г. удвоение почки</i> <i>Д. S-образная почка</i> <i>Е. гидронефроз</i>
2842.	<i>Какой из перечисленных пороков развития почки, как правило, является двусторонним:</i> <i>А. мультикистоз</i> <i>Б. гипоплазия</i>

	<i>В. гидронефроз Д поликистоз</i>
2843.	<i>Основное отличие поясничной дистопии почки от нефроптоза состоит: А. в отсутствии по УЗИ подвижности почки, Б. в поясничном положении почки, В. в эхографических признаков ротации почки. Г. в расширении мочеточника опущенной почки. Д. в наличии почки в поясничном отделе при положении пациента стоя.</i>
2844. 255	<i>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-лоханочной системы, Д. расширение чашечно-лоханочной системы</i>
2845.	<i>Основным эхографическим признаком мультикистоза почки у детей является: А. увеличение в размерах одной из почек. Б. полное замещение кистами одной из почек, В. выявление в паренхиме отдельных кистозных включений, Г. деформация чашечно-лоханочной системы, Д. расширение чашечно-лоханочной системы</i>
2846.	<i>Для гиперрефлекторного мочевого пузыря характерно: А. задержка мочеиспускания Б. императивные позывы к мочеиспусканию В. редкое мочеиспускание Г. затрудненное мочеиспускание</i>
2847.	<i>8. Для гипорефлекторного мочевого пузыря характерно: А. задержка мочеиспускания Б. императивные позывы к мочеиспусканию, В. редкое мочеиспускание Г. затрудненное мочеиспускание</i>
2848.	<i>Варикоцеле у детей возникает в возрасте : А. до 3-х лет Б. до 9-10 лет В. после 9-10 лет</i>
2849.	<i>Назовите симптомы варикоцеле: А. уменьшенное в размерах яичко Б. гиперемия мошонки В. симптом «дождевых червей» Г. урчание при пальпации</i>
2850.	<i>Лечение варикоцеле: А. оперативное при любой степени;</i>

	Б. консервативное при I степени; В. оперативное только при II – III степени
2851.	Причиной возникновения паховой грыжи является: А. повышение внутрибрюшного давления Б. незаращение влагалищного отростка В. нарушением лимфооттока. Г. расширенное наружное паховое кольцо
2852.	Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается: А. к 28 неделе внутриутробного развития Б. к рождению ребенка В. к 1-му году Г. к 2-3 –м годам Д. к 3-м годам.
2853.	Симптом «урчания» характерен для: А. ущемленной паховой грыжи Б. для водянки оболочек яичка В. для неосложненной пахово-мошоночной грыжи
2854.	Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является: А. тошнота и рвота Б. периодически появляющееся эластичное выпячивание в пховой области В. боли в животе Г. постоянное эластичное выпячивание в пховой области
2855.	Неосложненная пахово-мошоночная грыжа характеризуется: А. симптомом урчания при вправлении, сужением наружного пахового кольца, положительным симптомом «кашлевого» толчка Б. симптомом просвечивания при диафаноскопии, симптомом урчания при вправлении, положительным симптомом

	«кашлевого» толчка расширением наружного пахового кольца В. симптом урчания при вправлении, положительным симптомом «кашлевого» толчка, расширением наружного пахового кольца.
2856.	Выберите симптом, характерный для ущемленной пахово-мошоночной грыжи А. симптом «урчания» при вправлении Б. симптом «кашлевого толчка» В. невозможность вправления Г. увеличение мошонки в размерах Д. симптом «дождевых червей»
2857.	Показанием к плановому оперативному лечению при паховой грыже является: А. возраст ребенка Б. опасность ущемления
2858.	<i>Ущемленную паховую грыжу необходимо дифференцировать с:</i> <i>А. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом, орхоэпидидимитом</i> <i>Б. ущемлением яичка в паховом канале при крипторхизме, остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом</i> <i>В. остро возникшей водянкой семенного канатика, паховым лимфаденитом</i>
2859.	<i>Консервативное вправление ущемленной паховой или пахово-мошоночной грыжи противопоказано во всех случаях, кроме:</i> <i>А. при давности ущемления более 8-12 часов</i> <i>Б. у девочек</i> <i>Б при наличии гиперемии кожи в области грыжевого выпячивания</i> <i>Г. давность ущемления не известна</i> <i>Д. у мальчиков, при ущемлении не более 8-12 часов</i>
2860.	<i>Острый специфический орхит у детей:</i>

	<i>А. является редким заболеванием</i> <i>Б. частым заболеванием</i>
2861.	<i>Орхиты у детей чаще встречаются:</i> <i>А. первичные</i> <i>Б. вторичные</i>
2862.	<i>Лечение вторичного орхита:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии</i>
2863.	<i>Лечение первичного орхита:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. оперативное, только при неэффективности консервативной терапии</i>
2864.	<i>В этиологии острых заболеваний яичка у детей основное место занимает:</i> <i>А. механические факторы</i> <i>Б. незаращение влагалищного отростка</i> <i>В. инфекция</i>
2865.	<i>Синдром «отечной мошонки» включает все, кроме:</i> <i>А. увеличение мошонки в размерах</i> <i>Б. отек мягких тканей</i> <i>В. гиперемия кожи</i> <i>Г. боль</i> <i>Д. отсутствие болевого симптома</i>
2866.	<i>Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме:</i> <i>А. перекрут гидатиды</i>

	<i>Б. заворот яичка</i> <i>В. водянка оболочек яичка</i> <i>Г. травма органов мошонки</i> <i>Д. идиопатический инфаркт яичка</i>
2867.	<i>Синдром «отечной мошонки» характерен для всех ниже перечисленных заболеваний, кроме:</i> <i>А. острое поражение гидатиды</i> <i>Б. тромбоз сосудов семенного канатика</i> <i>В. орхоэпидидимит</i> <i>Д. варикоцеле</i>
2868.	<i>При остром поражении гидатиды яичка возникает осложнение:</i> <i>А. водянка оболочек яичка</i> <i>Б. орхит</i> <i>В. нарушение кровообращения в яичке</i>
2869.	<i>Из всех перечисленных симптомов для заворота яичка в первые 1-2 часа патогномичным является:</i> <i>А. яичко болезненное при пальпации, снижение кремастерного рефлекса</i> <i>Б. яичко болезненное при пальпации, отек мошонки</i> <i>В. яичко болезненное при пальпации, подтянуто к корню</i> <i>Г. яичко болезненное при пальпации, увеличено в размерах</i>
2870.	<i>Водянка оболочек яичка у детей до 1,5 – 2-х лет обусловлена:</i> <i>А. повышенным внутрибрюшным давлением;</i> <i>Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем</i> <i>В. незаращением влагалищного отростка</i> <i>Г. травмой пахово-мошоночной области</i>
2871.	<i>Водянка оболочек яичка у детей после 2-х лет обусловлена:</i> <i>А. повышенным внутрибрюшным давлением</i> <i>Б. диспропорция кровеносной и лимфатической систем</i>

	<i>В. незаращением влагалищного отростка</i> <i>Г. травмой пахово-мошоночной области</i>
2872.	<i>Для несообщающейся водянки оболочек яичка характерно:</i> <i>А. увеличение мошонки в размерах отек мягких тканей, боль</i> <i>Б. отек мягких тканей, боль</i> <i>В. увеличение мошонки в размерах</i>
2873.	<i>При каких заболеваниях необходима срочная операция?</i> <i>А. паховая грыжа</i> <i>Б. киста семенного канатика</i> <i>В. ущемление паховой грыжи</i> <i>Г. варикоцеле</i>
2874.	<i>Консервативные мероприятия по вправлению ущемленной паховой грыжи показаны:</i> <i>А. если давность ущемления неизвестна;</i> <i>Б. при ущемлении более 8-12 часов;</i> <i>В. при наличии местных признаков воспаления;</i> <i>Г. у девочек;</i> <i>Д. у новорожденных и детей раннего возраста, если давность ущемления не более 12 часов.</i>
2875.	<i>Остро возникшую кисту семенного канатика дифференцируют с:</i> <i>А. ущемленной паховой грыжей</i> <i>Б. острым лимфаденитом</i> <i>В. с паховым крипторхизмом</i>
2876.	<i>Ненапряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует:</i> <i>А. экстренного оперативного лечения</i> <i>Б. оперативного лечения в плановом порядке</i> <i>В. пункция оболочек яичка</i> <i>Г. наблюдение в динамике</i>

	<i>Д. гормональная терапия</i>
2877.	<i>При напряженной водянке оболочек яичка у ребенка в возрасте 6 месяцев показано:</i> <i>А. наблюдение</i> <i>Б. оперативное лечение в экстренном порядке</i> <i>В. оперативное лечение в плановом порядке</i> <i>Г. пункция оболочек яичка</i> <i>Д. физиопроцедуры</i>
2878.	<i>Ненапряженная водянка оболочек яичка у детей 2 х лет требует:</i> <i>А. экстренного оперативного лечения</i> <i>Б. оперативного лечения в плановом порядке</i> <i>В. пункция оболочек яичка</i> <i>Г. наблюдение в динамик</i> <i>Д. гормональная терапия</i>
2879.	<i>Задержка яичка на пути следования в мошонку называется:</i> <i>А. истинный крипторхизм</i> <i>Б. эктопия яичка</i> <i>В. ложный крипторхизм</i>
2880.	<i>Полным недержанием мочи сопровождается:</i> <i>А. тотальная эписпадия,</i> <i>Б. промежностная гипоспадия.</i> <i>В. клапан уретры.</i>
2881.	<i>Для экстрофии мочевого пузыря характерно:</i> <i>А. отсутствие участка передней брюшной стенки, недоразвитие половых органов, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза;</i> <i>Б. отсутствие участка передней брюшной стенки, отсутствие передней стенки мочевого пузыря, тотальная эписпадия, недержание мочи; расхождение костей лобкового симфиза;</i> <i>В. недоразвитие мочевого пузыря, деформация половых органов, постоянное недержание мочи, врожденный вывих бедра</i>
2882.	<i>Причиной инфравезикальной обструкции из перечисленного</i>

	<i>является:</i> <i>А. стеноз устья мочеочника;</i> <i>Б. клапан, стеноз уретры;</i> <i>В. стеноз пиелоретрального</i>
2883.	<i>Основными жалобами инфравезикальной обструкции являются:</i> <i>А. гематурия, боли при мочеиспускании, периодическое недержание мочи;</i> <i>Б. затрудненное мочеиспускание, периодическое недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, в анализах мочи лейкоцитурия;</i> <i>В. атрудненное мочеиспускание, , в анализах мочи лейкоцитурия</i>
2884.	<i>Гипоспадия, это:</i> <i>А. отсутствие верхней стенки уретры</i> <i>Б. недоразвитие полового члена;</i> <i>В. отсутствие нижней стенки уретры;</i> <i>Г. искривление полового члена</i>
2885.	<i>Для мошоночной формы гипоспадии характерно:</i> <i>А. половой член недоразвит, наружное отверстие уретры открывается на уровне мошонки, которая расщеплена и напоминает большие половые губы;</i> <i>Б. половой член похож на гипертрофированный клитор, мошонка расщеплена, отверстие уретры открывается на промежности;</i> <i>В. половой член похож на гипертрофированный клитор, отверстие уретры открывается у корня мошонки.</i>
2886.	<i>Эписпадия, это:</i> <i>А. отсутствие верхней стенки уретры</i> <i>Б. недоразвитие полового члена;</i> <i>В. отсутствие нижней стенки уретры;</i> <i>Г. искривление полового члена</i>
2887.	<i>Показание к оперативному лечению является:</i>

	<i>А. головчатая форма;</i> <i>Б стволовая форма;</i> <i>В. мошоночная форма;</i> <i>Г. промежностная форма;</i> <i>Д. гипоспадия без гипоспадии;</i> <i>Е. любая форма</i>
2888.	<i>Фимоз, это:</i> <i>А. сужение крайней плоти;</i> <i>Б. это воспаление крайней плоти;</i> <i>В. недоразвитие кранйней плоти,</i> <i>Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>
2889.	<i>Причиной фимоза не является:</i> <i>А. гипертрофия крайней плоти;</i> <i>Б. перенесенный баланопостит;</i> <i>В. насильственное оттягивание крайней плоти за головку полового члена.</i>
2890.	<i>Парафимоз, это:</i> <i>А. сужение крайней плоти;</i> <i>Б. это воспаление крайней плоти и головки полового члена;</i> <i>В. недоразвитие кранйней плоти,</i> <i>Г. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>
2891.	<i>Баланопостит, это:</i> <i>А воспаление крайней плоти и головки полового члена;</i> <i>Б. воспаление крайней плоти</i> <i>В. ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.</i>

	<i>Травматология</i>
2892.	<i>Доврачебная помощь при ранах включает:</i> <i>А. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение антибиотиков</i> <i>Б. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация</i> <i>В. остановка кровотечения, наложение асептической повязки, введение анальгетиков, иммобилизация, введение антибиотиков, введение антирабической сыворотки, иммобилизация</i>
2893.	<i>Ранней хирургической обработкой раны считают, если рана обработана после травмы:</i> <i>А. до 6 часов</i> <i>Б. до 24 часов</i> <i>В. в первые двое суток</i>
2894.	<i>Противопоказанием к первичной хирургической обработке раны является:</i> <i>А. загрязнение</i> <i>Б. инфицирование</i> <i>В. размозженные края</i>
2895.	<i>13. В течении раневого процесса выделяют:</i> <i>А. 2 фазы</i> <i>Б. 3 фазы,</i> <i>В. 4 фазы</i>
2896.	<i>Ушиб, это:</i> <i>А. закрытое повреждение мягких тканей или органов без нарушения анатомической целостности</i> <i>Б. закрытое повреждение мягких тканей или органов с нарушением анатомической целостности</i>
2897.	<i>При глубоких степенях отморожения конечности первая помощь состоит в:</i> <i>А. погружении в теплую воду</i>

	<i>В. наложении термоизолирующей повязки, введение сосудорасширяющих средств</i> <i>Г. погружении в теплую воду, введение сосудорасширяющих средств</i> <i>Д. растирании снегом, шерстью, футлярной новокаиновой блокаде.</i> <i>Е. наложении масляно-бальзамической повязки после растирания</i>
2898.	<i>Выберите последовательность фаз в течении ожоговой болезни:</i> <i>А. острая токсемия, септикопиемия, ожоговый шок, реконвалисценция</i> <i>Б. септикопиемия, острая токсемия, ожоговый шок, реконвалисценция</i> <i>В. ожоговый шок, острая токсемия, септикопиемия, реконвалисценция.</i>
2899.	<i>Для ожога I степени характерны местные симптомы:</i> <i>А. гиперемия кожи в области поражения, отек</i> <i>Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом</i> <i>В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции</i>
2900.	<i>Для ожога II степени характерны местные симптомы:</i> <i>А. гиперемия кожи в области поражения, отек, болевой симптом, нарушение функции</i> <i>Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью болевой симптом, нарушение функции</i> <i>В гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции,коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы</i>
2901.	<i>Для ожога III степени характерны:</i> <i>А.. гиперемия кожи в области поражения, отечность, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции;наличие пузырей с серозной жидкостью. отечность, коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы</i> <i>Б. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции;</i>

	наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы Г. гиперемия кожи в области поражения, отек, наличие пузырей с серозной жидкостью, болевой симптом, нарушение функции; наличие пузырей с серозной жидкостью. коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы. поражение фасций и мышц
2902.	Сколько мыщелков у плечевой кости? А. один Б. два В. три
2903. 314	Укажите на причину родовых повреждений: А. дислокация плаценты; Б. дискоординация рододой деятельности; В. реанимация плода, родившегося в асфиксии; Г. порок развития матки;
2904. 315	Для детей младшего возраста не характерен: А. поднадкостничный перелом Б. остеоэпифизеолиз В. подвывих головки лучевой кости Г. оскольчатый перелом Д. эпифизеолиз Е. апофизеолиз
2905. 316	Типичные для детского возраста переломы костей обусловлены следующими анатомическими особенностями, кроме: А. эластичность и гибкость длинных трубчатых костей Б. низкой минерализацией костей В. обильностью кровоснабжения надкостницы и ее высокой прочностью Г. наличия эпифизов, соединенных с метафизами широкой эластичной ростковой зоной

	<i>Д. автономностью кровоснабжения (эпифиз, диафиз, метафиз)</i>
2906. 317	<i>Необходимо ли рентгенографическое исследование при наличии всех клинических признаков перелома кости?</i> <i>А. да</i> <i>Б. нет</i>
2907. 318	<i>Для подвывиха головки лучевой кости у детей характерно:</i> <i>А. крепитация, отсутствие движения в локтевом суставе</i> <i>Б. отсутствие движения в локтевом суставе, деформация локтевого сустава</i> <i>В. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья</i> <i>Г. ограничение движения в локтевом суставе, резко болезненное ротационное движение предплечья. деформация локтевого сустава</i>
2908.	<i>Для поднадкостничного перелома длинных трубчатых костей у детей характерны:</i> <i>А. боль. деформация конечности, потеря функции;</i> <i>Б. боль. деформация конечности, потеря функции, местное повышение температуры;</i> <i>В. боль, отек мягких тканей, потеря функции;</i> <i>местная гиперемия кожи;</i> <i>Г. боль., гематома мягких тканей. потеря функции..</i>
2909.	<i>Укажите клинические признаки поперечного перелома диафиза бедренной кости без смещения отломков:</i> <i>А. локальная болезненность, нарушение функции, деформация, гематома, патологическая подвижность, крепитация</i> <i>Б. локальная болезненность, деформация, выраженный сосудистый рисунок, удлинение бедра, крепитация</i> <i>В. локальная болезненность, гематома, деформация, патологическая подвижность, укорочение бедра</i>
2910.	<i>Травматические вывихи костей у детей встречаются:</i> <i>А. редко;</i>

	<i>Б. часто;</i> <i>В. не встречаются.</i>
2911.	<i>Укажите основные симптомы травматического вывиха бедренной кости:</i> <i>А. боль в тазобедренном суставе, потеря функции, вынужденное положение конечности</i> <i>Б. потеря функции, абсолютное укорочение конечности</i> <i>В. нарушение оси конечности, боль в тазобедренном суставе</i>
2912.	<i>Укажите показания к оперативному лечению при переломе диафиза бедренной кости:</i> <i>А. смещение по длине</i> <i>Б. интерпозиция тканей</i> <i>В. поперечное смещение</i>
2913.	<i>Укажите объем транспортной иммобилизации при переломе костей голени - от конца пальцев и до:</i> <i>А. верхней трети голени,</i> <i>Б. средней трети бедра,</i> <i>В. верхней трети бедра.</i>
2914.	<i>Для определения типа перелома кости у ребенка необходимо :</i> <i>А. сделать общий анализ крови</i> <i>Б. определить локальную болезненность</i> <i>В. выявить патологическую подвижность</i> <i>Г. выполнить рентгенографию места повреждения в 2-х проекциях</i>
2915.	<i>Какому методу отдать предпочтение при лечении перелома бедра со смещением отломков у ребенка до двух лет?</i> <i>А. клеевое вытяжение по Шеде</i> <i>Б. одномоментная ручная репозиция</i> <i>В. скелетное вытяжение</i> <i>Г. интрамедуллярный остеосинтез.</i>

2916.	<i>Вынужденное положение «лягушки» характерно:</i> <i>А. для перелома крыла подвздошной кости,</i> <i>Б. для разрыва крестцово-подвздошного сочленения,</i> <i>В. при переломе обеих донных и седалищных костей,</i> <i>Г. при отрывном переломе седалищного бугра</i>
2917.	<i>При падении с высоты на ноги может произойти перелом:</i> <i>А. крестца</i> <i>Б. лонной кости</i> <i>В. костей вертлужной впадины</i>
2918.	<i>Симптом «прилипшей пятки» определяется при переломе:</i> <i>А. седалищной кости</i> <i>Б. лонной кости</i> <i>В. подвздошной кости</i>
2919.	<i>Какие отделы позвонка чаще повреждаются при непрямом механизме травмы?</i> <i>А. дуги</i> <i>Б. отростки</i> <i>В. тела</i>
2920.	<i>Как транспортируют больных с подозрением на травму позвоночника?</i> <i>А. своим ходом</i> <i>Б. лёжа на спине</i> <i>В. в положении «лягушки»</i>
2921.	<i>Симптом осевой нагрузки на позвоночник проверяют в положении больного:</i> <i>А. сидя</i> <i>Б. стоя</i> <i>В. лёжа</i>
2922.	<i>Компрессионный перелом тела позвонка происходит при:</i>

	<i>А. падении на спину</i> <i>Б. избыточном сгибании позвоночника</i> <i>В. напряжении мышц спины</i>
2923.	<i>Укажите ведущие клинические симптомы при неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы:</i> <i>А. локальная болезненность, деформация позвоночника</i> <i>Б. локальная болезненность, затрудненное дыхание</i> <i>В. болезненность осевой нагрузки, деформация позвоночника</i> <i>Г. нарушение функции тазовых органов</i>
2924.	<i>Основным методом диагностики эпи- и субдуральной гематомы является: :</i> <i>А. механизм травмы и анамнез заболевания,</i> <i>Б. неврологическая симптоматика,</i> <i>В. рентгенография черепа в двух проекциях,</i> <i>Г. КТ, МРТ,</i> <i>Д. эхоэнцефалография,</i>
2925.	<i>Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является:</i> <i>А. потеря сознания,</i> <i>Б. очаговая неврологическая симптоматика,</i> <i>В. многократная рвота,</i> <i>Г. ото-рино-ликворея.</i>
2926.	<i>Светобоязнь, головную боль, лихорадку, неукротимую рвоту, ригидность затылочных мышц, положительные симптомы натяжения относят к:</i> <i>А. менингеальным симптомам</i> <i>Б. общемозговым симптомам</i> <i>В. локальным симптомам</i> <i>Г. стволовым симптомам</i>

2927.	<i>Назовите клинический синдром сотрясения головного мозга у детей:</i> <i>А. кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия</i> <i>Б. потеря сознания через 2-3 часа и более после травмы, анизокория, очаговая симптоматика</i> <i>В. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота</i> <i>Г. глубокая кома после травмы.</i>
2928.	<i>Укажите вид ЧМТ с характерным «светлым промежутком»:</i> <i>А. сотрясение головного мозга;</i> <i>Б. ушиб головного мозга;</i> <i>В. внутричерепная гематома.</i>
2929.	<i>Назовите симптомокомплекс односторонней эпи- или субдуральной гематомы:</i> <i>А. кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия</i> <i>Б. потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки</i> <i>В. «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности</i> <i>Г. общемозговая симптоматика, менингеальные знаки, повышение температуры тела</i>
	Ортопедия
2930.	<i>Осмотр ортопедического больного старше года проводят:</i> <i>А. лежа</i> <i>Б. стоя</i> <i>В. сидя</i>
2931.	<i>Нарушения оси конечности не могут быть во:</i> <i>А. фронтальной плоскости</i>

	<i>Б. сагитальной плоскости</i> <i>В. в горизонтальной</i>
2932.	<i>Искривление оси конечности к наружи называется:</i> <i>А. вальгусная деформация</i> <i>Б. варусная деформация</i>
2933.	<i>Искривление оси конечности под углом, открытым кзади называется:</i> <i>А. антекурвация</i> <i>Б. рекурвация</i>
2934.	<i>Симптом Александра, это:</i> <i>А. болезненность мягких тканей при пальпации</i> <i>Б. толщина кожной складки</i> <i>В. толщина подкожно-жирового слоя</i>
2935.	<i>Во фронтальной плоскости производятся следующие движения в суставах:</i> <i>А. отведение, сгибание</i> <i>Б. отведение, разгибание</i> <i>В..сгибание, разгибание</i> <i>Г. отведение, приведение</i>
2936.	<i>Супинация, это:</i> <i>А. наружная ротация в суставе</i> <i>Б. внутренняя ротация в суставе</i>
2937.	<i>Измерение объема активных и пассивных движений в суставах определяют:</i> <i>А. с помощью линейки</i> <i>Б. с помощью угломера</i> <i>В. визуально</i>
2938.	<i>Относительная длина нижней конечности измеряется от:</i> <i>А. головки бедренной кости до нижнего края внутренней</i>

	<i>лодыжки</i> <i>Б. верхней передней подвздошной ости до нижнего края внутренней лодыжки</i>
2939.	<i>Абсолютная длина верхней конечности измеряется от:</i> <i>А. вершины акромиального отростка лопатки до шиловидного отростка лучевой кости</i> <i>Б. середины головки плечевой кости до шиловидного отростка лучевой кости</i> <i>В. от акромиального отростка до локтевого или наружного надмыщелка плечевой кости, длина предплечья – от локтевого отростка до шиловидного локтевой кости</i>
2940.	<i>Ось верхней конечности в норме проходит через:</i> <i>А. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку локтевой кости</i> <i>Б. центр головки плечевой кости, головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости</i> <i>В. центр головки плечевой кости, наружный мыщелок плечевой кости и головку локтевой кости</i>
2941.	<i>Укажите признаки врожденной косолапости:</i> <i>А. супинация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы</i> <i>Б. пронация стопы, эквинус стопы, абдукция стопы</i> <i>В. супинация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы</i> <i>Г пронация стопы, эквинус стопы, аддукция стопы</i>
2942.	<i>Для 1-ой степени косолапости характерно:</i> <i>А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия</i> <i>Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации</i> <i>В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна</i>
2943.	<i>Для 2-ой степени косолапости характерно:</i>

	<i>А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия</i> <i>Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации</i> <i>В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозможна</i>
2944.	<i>Для 3-ей степени косолапости характерно:</i> <i>А. компоненты деформации легко податливы и устраняются без особого усилия</i> <i>Б. движения в голеностопном суставе ограничены, при коррекции определяется пружинистое сопротивление в основном со стороны мягких тканей, препятствующее устранению деформации</i> <i>В. движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены, коррекция деформации руками невозмо</i>
2945.	<i>Лечение врожденной косолапости у новорожденных включает:</i> <i>А. коррегирующие упражнения, массаж</i> <i>Б. коррегирующие упражнения, массаж, бинтование по Финку - Эттингену</i> <i>В. коррегирующие упражнения, массаж, этапные гипсовые повязки</i>
2946.	<i>Лечение врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками показано</i> <i>А. с момента рождения</i> <i>Б. с 2-х недель жизни</i> <i>В. с 1-2 -х месяцев жизни</i> <i>Г. с 3-месяцев</i>
2947.	<i>Оперативное лечение врожденной косолапости проводится в сроки:</i> <i>А. в период новорожденности</i> <i>Б. в 6 месяцев</i>

	<i>В. 1-2 года</i> <i>Г. 3-7 лет</i> <i>Д. 7 -10 лет</i> <i>Е. не имеет значения</i>
2948.	<i>Плоскостопие, это результат:</i> <i>А. родовой травмы;</i> <i>Б. порока развития стоп и нарушение иннервации;</i> <i>В. неправильной обуви.</i>
2949.	<i>Для профилактики плоскостопия применяют:</i> <i>А. супинаторы;</i> <i>Б. солевые ванны;</i> <i>В. диету.</i>
2950.	<i>Укажите сроки, в которые обычно исчезает симптом Маркса-Ортолани:</i> <i>А. в первые 10 дней жизни</i> <i>Б. в первые 2-3 нед. жизни</i> <i>В. в 3 месяца</i> <i>В. к концу первого года жизни</i>
2951.	<i>Причиной врожденного вывиха бедра является:</i> <i>А. родовая травма</i> <i>Б. задержка развитие тазобедренного сустава и окружающих тканей</i> <i>В. порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей</i> <i>В. неблагоприятные факторы в о время беременности</i>
2952.	<i>Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:</i> <i>А. отграничение отведения бедер</i> <i>Б. симптом Маркса –ортолани</i> <i>В. укорочение ножки</i>

	<i>Г. асимметрия кожных складок</i> <i>Д. наружная ротация ножки</i>
2953.	<i>Для врожденного вывиха бедра характерны все симптомы, кроме:</i> <i>А. соскальзывания</i> <i>Б. ограничения отведения бедер</i> <i>В. асимметрии кожных складок</i> <i>Г. относительного укорочения конечности</i> <i>Д. хромоты</i> <i>Е. низведения конечности</i> <i>Ж. абсолютного укорочения конечности</i>
2954.	<i>Выберите метод лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава до месячного возраста:</i> <i>А. одномоментное вправление</i> <i>Б. шина Волкова</i> <i>В. подушка Фрейка</i> <i>Г. оперативное вправление.</i>
2955.	<i>Основным методом диагностики врожденного вывиха бедра является:</i> <i>А. ультразвуковой</i> <i>Б. рентгенологический</i> <i>В. клинический</i>
2956.	<i>Назовите причину возникновения положительного симптома Тренделенбурга при врожденном вывихе бедра:</i> <i>А. укорочение нижней конечности</i> <i>Б. отсутствие опоры для головки бедра</i> <i>В. слабость ягодичных мышц</i>
2957.	<i>Для симптома Тренделенбурга характерно:</i> <i>А. опущение ягодичной складки на стороне поражения, переко</i>

	<i>таза в противоположную, сколиоз</i> <i>Б. опущение ягодичной складки на здоровой стороне, перекос таза в противоположную, сколиоз</i> <i>В. опущение ягодичной складки на стороне поражения, перекос таза в здоровую сторону, сколиоз</i>
2958.	<i>Лечение врожденного вывиха бедра у детей от 3 месяцев до 1 года:</i> <i>А. консервативное</i> <i>Б. оперативное</i> <i>В. консервативное. при неэффективности консервативной терапии</i>
2959.	<i>Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития:</i> <i>А. трапецевидной мышцы</i> <i>Б. кивательной мышцы</i> <i>В. подключичной мышцы</i>
2960.	<i>Выберите характерный признак мышечной кривошеи:</i> <i>А. наклон головы кпереди</i> <i>Б. наклон головы кзади</i> <i>В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую</i> <i>Г. наклон головы в больную сторону с поворотом в больную</i>
2961.	<i>Начальные симптомы мышечной кривошеи проявляется::</i> <i>А. сразу после рождения</i> <i>Б. на 3-5-й день жизни</i> <i>Б. на 10-14 – й день жизни</i> <i>В. в 2-месяца</i> <i>Г. после 3-х месяцев</i>
2962. 373	<i>Лечение врожденной мышечной кривошеи:</i> <i>А. только консервативное</i> <i>Б. только оперативное</i>

	<i>В. оперативное при неэффективности консервативной терапии</i>
2963.	<i>Оперативное лечение мышечной кривошеи при неэффективности консервативной терапии показано в возрасте:</i> <i>А. до 5 месяцев</i> <i>Б. в 1 год</i> <i>В. в 2-3 года</i> <i>Г. в 3 -4 года</i>
2964.	<i>Абсолютным показанием к оперативному лечению врожденной мышечной кривошеи является:</i> <i>А. нарастающая асимметрия лица и шеи</i> <i>Б. нарушение осанки</i> <i>В. нарушение остроты зрения</i> <i>Г. стробизм сходящийся и расходящийся</i> <i>Д нарушение осанки и остроты зрения</i>
2965.	<i>Какой процесс лежит в основе остеохондропатий?</i> <i>А. асептический некроз</i> <i>Б. воспаление</i> <i>В. травма</i>
2966.	<i>Болезнь Пертеса – это поражение:</i> <i>А. ладьевидной кости</i> <i>Б. головки бедренной кости</i> <i>В. бугристости большеберцовой кости</i>
2967.	<i>При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является:</i> <i>А. слабость мышечного каркаса</i> <i>Б. асимметрия уровней углов лопаток</i> <i>В. круглая спина</i> <i>Г. торсия позвонков</i>

	<i>Д. асимметрия треугольников талии</i>
2968.	<i>Сколиотическую дугу определяют методом:</i> <i>А. Кобба</i> <i>Б. Хильгенрейнера</i> <i>В. Пути</i>
	Онкология
2969.	<i>Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение:</i> <i>А. мезенхимальное;</i> <i>Б. эпителиальное.</i>
2970.	<i>Для детского возраста типичны солидные опухоли:</i> <i>А. эпителиальные раки</i> <i>Б. саркомы</i>
2971.	<i>Гетеропластические опухоли:</i> <i>А. образуются в результате нарушения формообразовательных процессов при развитии тканей и органов в период эмбриогенез</i> <i>Б. в результате воздействия экзогенных и эндогенных факторов</i> <i>В. возникают из дистопированных клеток</i> <i>Г. из тканей собственно средостения</i>
2972.	<i>Укажите возраст особо интенсивного роста гемангиом:</i> <i>А. первое полугодие жизни</i> <i>Б. второе полугодие жизни</i> <i>В. от 2 до 5 лет</i>
2973.	<i>Из всего перечисленного лимфангиомы чаще локализуются в области:</i> <i>А. конечностей</i> <i>Б. подмышечной впадине</i> <i>В. спины</i>

	<i>Г. шея</i> <i>Д. головы</i>
2974.	<i>Лечение лимфангиом в основном:</i> <i>А. гормональное</i> <i>Б. склеротерапией</i> <i>В. хирургическое</i> <i>Г. пункционное</i>
2975.	<i>Гемангиомы не лечат:</i> <i>А. гормонами</i> <i>Б. полихимиотерапией</i> <i>В. короткофокусной рентгенотерапией</i> <i>Г. криотерапией</i>
2976.	<i>При гемангиомах встречается синдром:</i> <i>А. Беквита – Видемана</i> <i>Б. Казабаха – Мерита</i> <i>В. Синдром асплении Ивемарка.</i>
2977.	<i>Дермоиды чаще встречаются в области:</i> <i>А. крестцово-копчиковой</i> <i>Б. надбровной, височной</i> <i>В. грудино-ключично-сосцевидной мышцы</i>
2978.	<i>Аденома слюнных желез чаще возникает:</i> <i>А. у новорожденных</i> <i>Б. в возрасте 3-4 лет</i> <i>В. в возрасте 5-6 лет</i> <i>Г. в период полового созревания</i>
2979.	<i>Для целиндромы характерно:</i> <i>А. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация - области спины,</i>

	конечностей; возраст до 3-х лет Б. рассеянные плотные узлы; локализация - область головы, лица; возраст до 10 лет В. множественные округлые опухолевидные образования, расположенные группами; локализация – область головы, лица; возраст до 10 лет
2980.	Липома, это: А. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, не имеющая капсулу Б. доброкачественная опухоль из жировой ткани, расположенная в подкожной клетчатке, имеющая капсулу
2981.	Крестцово-копчиковую тератому дифференцируют с: А. лимфангиомой Б. спинно-мозговой грыжей В. дермоидной кистой Г. со всем перечисленным Д. ни с чем из перечисленного
2982.	При подозрении на меланому, показано: А. биопсия Б. наблюдение В. удаление в пределах здоровых тканей
2983.	Большинство опухолей грудной клетки у детей исходят из: А. легких Б. средостения В. из мягких тканей
2984.	Неосложненную крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: А. до 1 месяца Б. до 3-х месяцев В. после года

	<i>Г. после 3-х лет</i>
2985.	<i>Для тератом характерна локализация:</i> <i>А. переднее средостение</i> <i>Б. заднее средостение</i> <i>В. брюшная полость.</i>
2986.	<i>Для тератом характерна локализация:</i> <i>А. головной мозг</i> <i>Б. яичник</i> <i>В. заднее средостение</i>
2987.	<i>Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют:</i> <i>А. рентгенографию</i> <i>Б. комплекс обследований (УЗИ, рентгенографию, КТ, МРТ)</i> <i>В. морфологическое исследование ткани опухоли</i>
2988.	<i>Из нейрогенных опухолей не злокачественной является:</i> <i>А. симпатобластома</i> <i>Б. ганглионеврома</i> <i>В. симпатогониома</i> <i>Г. ганглионейробластома</i>
2989.	<i>Для нейробластом характерна локализация:</i> <i>А. брюшная полость</i> <i>Б. забрюшинное пространство</i> <i>В. малый таз</i> <i>Г. конечности</i>
2990.	<i>Первыми жалобами при нефробластоме являются:</i> <i>А. боли в поясничной области, изменение цвета мочи</i> <i>Б. капризность, повышенная утомляемость, симптом пальпируемой опухоли</i> <i>В. нарушение мочеиспускания, гипертермия, снижение аппетита,</i>

	<i>бледность кожных покровов, увеличение живота в размерах</i>
2991.	<i>Для гепатобластомы характерен возраст:</i> <i>А. первые месяцы жизни</i> <i>Б. 2-5 лет</i> <i>В. 6-9 лет</i> <i>Г. 10-15 лет</i>
2992.	<i>Для остеогенной саркомы наиболее характерна локализация:</i> <i>А. диафиз длинных трубчатых костей</i> <i>Б. метафиз длинных трубчатых костей</i> <i>В. плоские кости</i>
2993.	<i>Саркома Юинга, это опухоль:</i> <i>А. остеогенного происхождения</i> <i>Б. опухоль из клеток костного мозга</i> <i>В. из надкостницы</i>
2994.	<i>Причиной возникновения болевого синдрома при саркоме Юинга является:</i> <i>А. повышение внутрикостного давления</i> <i>Б. вовлечение в процесс надкостницы</i> <i>В. прорастание опухоли надкостницы</i>
2995.	<i>Характер боли при остеогенной саркоме:</i> <i>А. распирающий</i> <i>Б. режущий</i> <i>В. ноющий</i> <i>Г. колющий</i>
2996.	<i>Для саркомы Юинга характерна локализация:</i> <i>А. диафиз длинных трубчатых костей</i> <i>Б. метафиз длинных трубчатых костей</i>
2997.	<i>При остеогенной саркоме первым симптомом является:</i>

	<i>А. нарушение функции</i> <i>Б. появление боли при физической нагрузке и ночные</i> <i>В. постоянные ноющие боли</i> <i>Г. видимое появление опухоли</i>
2998.	<i>Рентгенологическим симптомом остеогенной саркомы является:</i> <i>А. склерозирование костно-мозгового канала</i> <i>Б. симптом «козырька»</i> <i>В. «луковичный» периостит</i>
2999.	<i>Рентгенологическим симптомом саркомы Юинга является:</i> <i>А. склерозирование костно-мозгового канала</i> <i>Б. симптом «козырька»</i> <i>В. «луковичный» периостит</i>
3000.	<i>Оценку биологической активности нейrogenной опухоли производят по:</i> <i>А. реакции Абелева –Татаринаова;</i> <i>Б. суточная экскреции катехоламинов мочи.</i>