

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
 ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
 ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
 Отдел программ педиатрических специальностей

РАССМОТРЕНО

На заседании отдела протокол № 18

от « 26 » 11 2022-года

Рук. отд. Маткасымова А.Т. 



ФОНД ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Для итогового контроля по специальности

43 «Детская хирургия»

На 20 22 - 20 23 учебный год

2-курс 3-семестр

Наименование дисциплины	Всего часов	Аудиторные занятия 10% (96 ч)		Практика 90%
		Лекция	Семинарское	
Детская хирургия 1	1104	46	46	1012
Аттестация	48	2	2	44

Составители:

1. ФИО Маматов А. М. подпись / 

2. ФИО Абдиев Т. А. подпись / 

Эксперт – тестолог: ФИО Мамитраева Д. М. подпись / 

№	Название дисциплины	Количество тестовых задач	% ное соотношение
1	Хирургический прием у детей	70	28%
2	Детская гнойная хирургия	100	40%
3	Детская торокальная хирургия	80	32%
Итого:		250	100%

Тесты для клинических ординаторов второго года по специальности «Детская хирургия».

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

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

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

- А) зондирование;
- Б) пальцевое ректальное исследование;
- В) рентгенофистулография;
- Г) ректороманоскопия, колоноскопия;

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

- А) на животе;
- Б) на спине;
- В) на левом боку;
- Г) на правом боку;

4. Удаление копчикового хода у детей при хроническом течении следует производить:

- А) по установлению диагноза;
- Б) через 2-3 мес. после стихания острого процесса;
- В) при обострении процесса;
- Г) после 5-6 лет;

5. Наиболее информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является:

- А) рентгеноконтрастный;
- Б) ректороманоскопия;
- В) колоноскопия;
- Г) пальцевое ректальное исследование;

6. При врожденном сужении прямой кишки оптимальным является:

- А) хирургическое вмешательство по установлению диагноза;
- Б) консервативная терапия, бужирование;
- В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта - операция;
- Г) от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;

7. Ректовестубулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

- А) по установлении диагноза;
- Б) в 1.5 года;
- В) в 3-4 года;
- Г) в 7 лет;

8. Ректовагинальный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

- А) по установлении диагноза;
- Б) в 1.5 года;
- В) в 3-4 года;
- Г) в 7 лет.

9. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

- А) 3 часа после рождения;
- Б) 6 часов после рождения;
- В) 16 часов после рождения;
- Г) 24 часа после рождения;

10. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается:
- А) ректovesтибулярный свищ;
 - Б) ректовагинальный свищ;
 - В) ректоурутральный свищ;
 - Г) ректovesикальный свищ;
11. Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах ее атрезии у детей является:
- А) рентгенография по Вангенстину;
 - Б) контрастное исследование кишки через свищ;
 - В) исследование свища зондом;
 - Г) электромиография промежности
12. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:
- А) острую;
 - Б) подострую;
 - В) хроническую;
 - Г) ректальную;
13. У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является:
- А) радикальная операция;
 - Б) колостомапетлевая на восходящий отдел толстой кишки;
 - В) колостомапетлевая на поперечно-ободочную кишку;
 - Г) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки.
14. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга, после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:
- А) 3 мес;
 - Б) 6 мес;
 - В) 9 мес;
 - Г) 12 мес;
15. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:
- А) острую;
 - Б) подострую;
 - В) хроническую;
 - Г) ректальную;
16. У ребенка хроническая форма болезни Гиршпрунга. Радикальное оперативное вмешательство у него целесообразно:
- А) в 1.5 года;
 - Б) в 3 года;
 - В) в 6 лет;
 - Г) по установлению диагноза.
17. У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:
- А) консервативное лечение с помощью сифонных клизм;
 - Б) радикальное оперативное вмешательство;
 - В) пристеночную цекостому;
 - Г) терминальную колостому на переходной зоне кишки.
18. Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются:
- А) до 6 мес;
 - Б) после 1 года;
 - В) после 3 лет;
 - Г) после 6 лет;
19. Ребенок 2 лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит:
- А) обзорная рентгенография брюшной полости;
 - Б) ирригография с воздухом;
 - В) ирригография с бариевой взвесью;
 - Г) дача бариевой взвеси через рот;
20. Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезненный. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятно:
- А) болезнь Гиршпрунга;
 - Б) долихосигма;
 - В) хронический колит;
 - Г) неспецифический язвенный колит;

21. Ребенок 4 лет поступает в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:
- А) консервативную терапию, сифонные клизмы;
 - Б) срочное радикальное оперативное вмешательство;
 - В) срочную колостому;
 - Г) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки;
22. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Наиболее вероятный диагноз:
- А) опухоль толстой кишки;
 - Б) удвоение кишечника;
 - В) лимфангиома брюшной полости;
 - Г) каловый камень;
23. У ребенка 1.5 месяцев острый гнойный парапроктит. Наиболее рациональным вариантом лечения является
- А) разрез мягких тканей и дренирование;
 - Б) радикальное иссечение инфильтрата и свища;
 - В) антибактериальная терапия;
 - Г) физиотерапевтические методы лечения;
24. У ребенка 1.5 месяцев острый парапроктит. Радикальное вмешательство при хроническом парапроктите у него целесообразно в сроки:
- А) 3 мес;
 - Б) 6 мес;
 - В) 8 мес;
 - Г) 1.5 года;
25. Наиболее вероятной теорией возникновения неспецифического язвенного колита у детей является:
- А) инфекционная;
 - Б) ферментативная;
 - В) алиментарная;
 - Г) аутоиммунная.
26. У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Наиболее вероятная у него форма неспецифического язвенного колита:
- А) острая;
 - Б) первично-хроническая;
 - В) хроническая;
 - Г) подострая.
27. У ребенка на протяжении полугода дважды отмечено выделение слизи, крови и гноя из прямой кишки на фоне нормального стула. При этом отмечались незначительные приступообразные боли в животе. Температура субфебрильная.
- В этом случае следует думать:
- А) об острой форме неспецифического язвенного колита;
 - Б) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита;
 - В) о хронической форме неспецифического язвенного колита;
 - Г) о подострой форме неспецифического язвенного колита;
28. Для диагностики неспецифического язвенного колита у детей основным исследованием является:
- А) бактериологическое;
 - Б) рентгенологическое;
 - В) эндоскопическое;
 - Г) пальцевое ректальное;
29. У ребенка 6 лет отмечено появление алой крови в стуле. Боли в животе. Стул до 8-10 раз. При ирригографии выявлено укорочение и сужение толстой кишки, ригидность ее стенки, псевдополипоз. Клиническая картина позволяет установить диагноз:
- А) колита;
 - Б) болезни Гиршпрунга;
 - В) неспецифического язвенного колита;
 - Г) болезни Крона;
30. Показанием к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита у детей является:
- А) младший возраст;
 - Б) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении;
 - В) прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии;
 - Г) поражение толстой кишки на всем протяжении;

31. Ребенку ошибочно была поставлена очистительная клизма раствором нашатырного спирта. Сразу отмечены боли в области прямой кишки. Спустя несколько часов появились боли в животе и перитонеальные знаки. Ребенку показано:
- А) наблюдение, антибиотики, обезболивающие препараты;
 - Б) сифонная клизма;
 - В) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Г) цекстомия;
 - Д) сигмостомия.
32. У ребенка обширная рана промежности без повреждения прямой кишки. Ему следует рекомендовать:
- А) санацию и ревизию раны;
 - Б) ревизию и санацию раны, сигмостому;
 - В) ревизию и санацию раны, лапаротомию, ревизию брюшной полости;
 - Г) ревизию и санацию раны, цекстому;
33. У ребенка обширная рана промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Рациональным способом лечения является:
- А) ревизия и санация раны;
 - Б) ревизия и санация раны, цекстома;
 - В) ревизия и санация раны, сигмостома;
 - Г) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома;
34. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Если имеется подозрение на проникающее ранение брюшной полости, то ребенку показана:
- А) ревизия и санация раны;
 - Б) ревизия и санация раны, сигмостома;
 - В) ревизия и санация раны, цекстома;
 - Г) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны.
35. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Боли в животе. Перитонеальные знаки. Свободный газ в брюшной полости на обзорной рентгенограмме. Ребенку необходима:
- А) ревизия и санация брюшной полости;
 - Б) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома;
 - В) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Г) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны;
36. Наиболее информативным методом исследования при подозрении на дермоидную кисту крестцово-копчиковой области является:
- А) рентгеновский;
 - Б) эндоскопический;
 - В) пальцевое ректальное исследование;
 - Г) ангиография;
37. У ребенка 4 лет отмечены кровотечения алой кровью во время дефекации. При ректальном обследовании обнаружен полип слизистой прямой кишки. Ему следует рекомендовать:
- А) осмотр прямой кишки в зеркалах, прошивание ножки и удаление полипа;
 - Б) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа;
 - В) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа;
 - Г) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа;
38. У ребенка 6 лет, оперированного по поводу атрезии прямой кишки, наблюдается периодическое недержание жидкого кала. Степень недостаточности анального жома определяется, как:
- А) первая;
 - Б) вторая;
 - В) третья;
 - Г) четвертая;
39. У ребенка 7 лет, оперированного по поводу травмы промежности, наблюдается постоянное недержание жидкого кала и периодически плотного. Степень недостаточности анального жома составляет:
- А) первую;
 - Б) вторую;
 - В) третью;
 - Г) четвертую;
40. У ребенка 8 лет, оперированного по поводу болезни Гиршпрунга по методике Дюамеля, наблюдается постоянное недержание жидкого и плотного кала. Степень недостаточности анального жома составляет:
- А) первую;
 - Б) вторую;
 - В) третью;
 - Г) четвертую;

41. У ребенка выпадение прямой кишки наблюдается при акте дефекации и умеренной физической нагрузке (напряжения). Требуется вправление выпавшей кишки. В этом случае стадию выпадения следует расценить, как:
- А) компенсированную;
 - Б) субкомпенсированную;
 - В) декомпенсированную;
 - Г) II степень;
42. Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести:
- А) обзорная рентгенография брюшной полости;
 - Б) пальцевое исследование прямой кишки;
 - В) ирригография с воздухом;
 - Г) лапароскопия;
43. У ребенка 13 лет в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Состояние средней тяжести. Эта картина соответствует:
- А) для фурункула;
 - Б) для карбункула;
 - В) для флегмоны;
 - Г) для фурункулеза;
44. У ребенка абсцедирующий фурункул в области нижней губы. Ему не следует предпринимать:
- А) госпитализацию;
 - Б) антибиотикотерапию;
 - В) физиотерапию;
 - Г) радикальное оперативное лечение.
45. У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к распространению. Наиболее вероятен диагноз:
- А) фурункул;
 - Б) карбункул;
 - В) флегмона;
 - Г) рожистое воспаление;
46. У ребенка 5 лет множественные гнойники конусовидной формы, очаги с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое течение. Указанное состояние характерно:
- А) для фурункулеза;
 - Б) для рожистого воспаления;
 - В) для флегмоны;
 - Г) для псевдофурункулеза;
47. У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:
- А) фурункулез;
 - Б) псевдофурункулез;
 - В) абсцесс подкожной клетчатки;
 - Г) флегмона;
48. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз:
- А) фурункулез;
 - Б) псевдофурункулез;
 - В) флегмона подкожной клетчатки;
 - Г) абсцесс;
49. У ребенка 10 лет на задней поверхности шеи резко болезненный инфильтрат, в центре которого три гнойных стержня. Наиболее вероятен диагноз:
- А) фурункул;
 - Б) карбункул;
 - В) флегмона;
 - Г) рожистое воспаление;
50. Подострый лимфаденит обычно не дифференцируют с:
- А) с туберкулезом;
 - Б) с лимфогранулематозом;
 - В) с опухолью;
 - Г) с гемангиомой.
51. У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя определяется гной под кожей. Диагноз:
- А) паронихий;

- Б) кожный панариций;
- В) флегмона;
- Г) абсцесс;

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

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

53. У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли. Под ногтем скопление гноя. Диагноз соответствует: А) паронихий;

- Б) кожному панарицию;
- В) подногтевому панарицию;
- Г) подкожному панарицию;

54. У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3-х дней. Местно: отек, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина соответствует:

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

55. У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация мягких тканей. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Диагноз:

- А) паронихия;
- Б) кожный панариций;
- В) подкожный панариций;
- Г) костный панариций;

56. У ребенка 13 лет болезненность и равномерная отечность тканей у основания пальца кисти, распространяющаяся к лучезапястному суставу. Активные движения в суставе отсутствуют. Пассивные сопровождаются резкой болезненностью. Указанная картина соответствует:

- А) паронихии;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) сухожильному панарицию.

57. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз:

- А) флегмона кисти;
- Б) кожный панариций;
- В) подкожный панариций;
- Г) костный панариций;

58. Для операции по поводу костного панариция у ребенка 5 лет наиболее целесообразна:

- А) проводниковая анестезия;
- Б) инфильтрационная анестезия;
- В) масочный наркоз;
- Г) интубационный наркоз;

59. Появление рентгенологических признаков при костном панариции у ребенка 12 лет следует ожидать:

- А) на 1-2 день болезни;
- Б) на 4-6 день болезни;
- В) на 7-9 день болезни;
- Г) на 10-12 день болезни;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- А) ниже 90 мм.водн.ст.;
- Б) 96-122 мм.водн. ст.;
- В) 122-140 мм. водн. ст.;
- Г) 140-160 мм.водн. ст.;

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

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

68. Декомпрессивная остеоперфорция при остром гематогенном остеомиелите не позволяет:

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

69. При эпифизарном остеомиелите "сухие" артриты встречаются при преобладании следующей флоры:

- А) грамм-положительной;
- Б) грамм-отрицательной;
- В) ассоциативной флоры;
- Г) характер микрофлоры значения не имеет;

70. После выполнения остеоперфорации при остром гематогенном остеомиелите контрольная рентгенограмма выполняется в сроки:

- А) 1 неделя;
- Б) 1,5 недели;
- В) 2 недели;
- Г) 2,5 недели;

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

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

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

- А) цефазолин;

- Б) фортум;
- В) ванкомицин;
- Г) ампициллин / сульбактам;

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

- А) гентамицин;
- Б) канамицин;
- В) левомицетин;
- Г) амикацин;

74. При выполнении декомпрессивной остеоперфорации больному с клиникой острого гематогенного остеомиелита получена кровь под давлением. Оперативное вмешательство целесообразно закончить:

- А) оставлением резиновых выпускников в мягких тканях;
- Б) дренированием параоссального пространства по Редону;
- В) установлением однопросветных дренажей для проточного промывания;
- Г) дренированием двухпросветной трубкой;

75. Во время оперативного вмешательства по поводу острого гематогенного остеомиелита выявлены поднадкостничное и межмышечное скопление гноя. После выполнения декомпрессивной остеоперфорации показано:

- А) оставлением резиновых выпускников в мягких тканях;
- Б) дренированием параоссального пространства по Редону;
- В) установлением однопросветных дренажей для проточного промывания;
- Г) дренированием двухпросветной трубкой;

76. Дренирование и промывание костно-мозгового канала при остром гематогенном остеомиелите показано:

- А) значительных сроках заболевания и тотальном поражении кости;
- Б) всегда для введения антибиотиков;
- В) не показано;
- Г) при получении крови под большим давлением;

77. Оперативное лечение при остром гематогенном остеомиелите костей таза показано при:

- А) подтверждении диагноза рентгенологически;
- Б) формировании гнойных затеков в мягких тканях;
- В) всегда показана консервативная терапия;
- Г) предположении диагноза;

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

- А) 6 месяцев;
- Б) 6-8 месяцев;
- В) 1 года;
- Г) 1,5-2 лет;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- А) бронхоэктазы;
- Б) легочная секвестрация;
- В) гипоплазия нижней доли;
- Г) опухоль средостения;

86. Пищевод Барретта это:

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

87. При установлении диагноза «агенезия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

- А) бронхоскопия;
- Б) аортография;
- В) ангиопульмонография;
- Г) бронхография;

88. При установлении диагноза «аплазия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

- А) бронхография;
- Б) сканирование легкого;
- В) бронхоскопия;
- Г) ангиопульмонография;

89. Методом выбора обследования при установлении диагноза «врожденная лобарная эмфизема» является:

- А) бронхоскопия;
- Б) бронхография;
- В) обзорная рентгенография;
- Г) радиоизотопное обследование легких;

90. При установлении диагноза «легочная секвестрация» предпочтение имеет:

- А) аортография;
- Б) бронхография;
- В) бронхоскопия;
- Г) ангиопульмонография;

91. Укажите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом:

- А) сканирование легких;
- Б) аортография;
- В) бронхография;
- Г) бронхоскопия.

92. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

- А) нижняя доля справа;
- Б) верхняя доля слева;
- В) нижняя доля слева;
- Г) верхняя доля справа;

93. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:

- А) средняя доля правого легкого;

- Б) нижняя доля левого легкого;
- В) верхняя доля левого легкого;
- Г) нижняя доля правого легкого.

94. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:
- А) экстренную операцию;
 - Б) плановую операцию;
 - В) срочную операцию;
 - Г) консервативную терапию;
95. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:
- А) консервативную терапию;
 - Б) бронхоскопическую санацию;
 - В) экстренную операцию;
 - Г) наблюдение в динамике;
96. У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:
- А) срочную операцию;
 - Б) операцию после предоперационной подготовки;
 - В) консервативную терапию;
 - Г) диспансерное наблюдение;
97. Оптимальной при операции по поводу врожденной эмфиземы верхней доли является:
- А) боковая торакотомия;
 - Б) передняя торакотомия;
 - В) заднебоковая торакотомия;
 - Г) задняя торакотомия;
98. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:
- А) абсцесс легкого;
 - Б) пневмоторакс;
 - В) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
 - Г) пиоторакс;
99. Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Укажите вероятный диагноз:
- А) пиопневмоторакс;
 - Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
 - В) абсцесс легкого;
 - Г) пиоторакс;
100. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:
- А) с абсцессом легкого;
 - Б) с тотальной эмпиемой плевры;
 - В) с осумкованным плевритом;
 - Г) с плащевидным плевритом;
101. На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз:
- А) тотальная эмпиема плевры;
 - Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
 - В) фибринооторакс;
 - Г) плащевидный плеврит;
102. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:
- А) тотальная эмпиема плевры;
 - Б) ателектаз легкого;
 - В) напряженная тотальная эмпиема;
 - Г) плащевидный плеврит;
103. Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является:
- А) смещение средостения;
 - Б) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов;
 - В) деформация одного или обоих куполов диафрагмы;
 - Г) непостоянность рентгенологических данных при повторных и многоосевых исследованиях;
104. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабировавшее легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

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

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

- А) напряженный гидропневмоторакс;
- Б) напряженный пневмоторакс;
- В) гигантский кортикальный абсцесс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- А) диспансерное наблюдение;
- Б) оперативное лечение;
- В) бронхоскопическое лечение;
- Г) санаторное лечение;

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

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

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

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

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

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

115. Наиболее достоверным признаком при оценке степени подготовленности больного с бронхоэктазами к операции является:
- А) улучшение общего состояния больного;
 - Б) купирование восходящего бронхита;
 - В) уменьшение гнойного отделяемого;
 - Г) улучшение показателей со стороны функций внешнего дыхания;
116. При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищем тактика лечения включает:
- А) плевральную пункцию;
 - Б) бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией;
 - В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
117. У больного напряженный пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищем. Ему следует рекомендовать:
- А) бронхоблокаду;
 - Б) плевральную пункцию;
 - В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
118. При простом пиопневмотораксе необходимо выполнить:
- А) плевральную пункцию;
 - Б) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - Г) радикальную операцию;
119. При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить:
- А) плевральную пункцию;
 - Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Г) радикальную операцию;
120. При фибротораксе оптимальным методом лечения является:
- А) радикальная операция;
 - Б) консервативная терапия, при неэффективности - радикальная операция;
 - В) плевральная пункция;
 - Г) дренирование плевральной полости;
121. Врожденные солитарные кисты легких чаще всего встречаются:
- А) в верхней доле правого легкого;
 - Б) в средней доле правого легкого;
 - В) в нижней доле правого легкого;
 - Г) в верхней доле левого легкого;
122. У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом обследовании обнаружено кистозное образование в легком. Состояние ребенка удовлетворительное. Дыхательной недостаточности нет. Лечение больного предусматривает:
- А) наблюдение в динамике;
 - Б) дренирование кисты;
 - В) оперативное лечение;
 - Г) консервативное лечение;
123. У ребенка 3 лет в течение 6 месяцев имеется кистозное образование в легком. Жалоб нет. Ребенку следует рекомендовать:
- А) оперативное лечение в плановом порядке;
 - Б) лечение пункциями;
 - В) консервативное лечение;
 - Г) выжидательную тактику;
124. Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Наиболее вероятный диагноз:
- А) абсцесс легкого;
 - Б) напряженная киста легкого;
 - В) нагноившаяся киста легкого;
 - Г) диафрагмальная грыжа;
125. У ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого. Лечение больного включает:
- А) пункцию кисты;
 - Б) дренирование кисты;

- В) радикальную операцию;
Г) консервативную терапию;
126. У ребенка имеется нагноившаяся киста легкого. Консервативное лечение в течение двух недель не дало успеха. Ему следует рекомендовать:
- А) продолжение консервативного лечения;
Б) выжидательную тактику;
В) радикальную операцию;
Г) дренирование кисты;
127. При напряженной солитарной кисте легкого следует выполнить:
- А) лобэктомию;
Б) цеоэктомию;
В) клиновидную резекцию;
Г) краевую резекцию;
128. Больного беспокоит постоянный рефлекторный кашель, боль при глотании. Дыхание не затруднено. В анамнезе - поперхивание при еде. Наиболее вероятный диагноз:
- А) баллотирующее инородное тело трахеи;
Б) инородное тело бронха;
В) фиксированное инородное тело трахеи;
Г) инородное тело гортаноглотки;
129. У больного затрудненное дыхание. Временами наступают приступы удушья. Отмечается охриплость голоса, временами афония. Наиболее вероятный диагноз:
- А) фиксированное инородное тело трахеи;
Б) баллотирующее инородное тело трахеи;
В) фиксированное инородное тело гортани;
Г) инородное тело бронха;
130. Состояние больного тяжелое. Выраженная дыхательная недостаточность. Голос звонкий. Периодически слышен симптом «хлопка». Наиболее вероятный диагноз:
- А) инородное тело бронха;
Б) инородное тело гортани;
В) фиксированное инородное тело трахеи;
Г) баллотирующее инородное тело трахеи;
131. Состояние больного крайне тяжелое. Дыхание резко затруднено, втяжение уступчивых мест грудной клетки. На рентгенограмме повышение прозрачности обоих легких. В анамнезе аспирация инородного тела. Наиболее вероятный диагноз:
- А) инородное тело гортани;
Б) фиксированное инородное тело трахеи;
В) инородное тело бронха;
Г) баллотирующее инородное тело трахеи;
132. Из перечисленных опухолей средостения является злокачественной:
- А) ганглионеврома;
Б) симпатогониома;
В) невринома;
Г) нейрофиброма;
133. Нейрогенные опухоли локализуются:
- А) в верхнем отделе переднегоусредостения;
Б) в нижнем отделе переднего средостения;
В) в заднем средостении;
Г) в верхнем отделе центрального средостения;
134. Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются:
- А) в верхнем отделе центрального средостения;
Б) в нижнем отделе центрального средостения;
В) в заднем средостении;
Г) в нижнем отделе переднего средостения;
135. Дубликационные кисты чаще всего локализуются:
- А) в заднем средостении;
Б) в центральном средостении;
В) в верхнем отделе переднего средостения;
Г) в нижнем отделе переднего средостения;
136. Сосудистые опухоли чаще всего локализуются:
- А) в нижнем отделе заднего средостения;
Б) в верхнем отделе заднего средостения;

- В) в центральном средостении;
Г) в верхнем отделе переднего средостения;
137. Терадотермоидная опухоль чаще всего локализуется:
А) в верхнем отделе заднего средостения;
Б) в переднем средостении;
В) в нижнем отделе заднего средостения;
Г) в верхнем отделе центрального средостения;
139. У ребенка после катотравмы имеет место выраженная подкожная эмфизема в области шеи, лица, верхнего отдела грудной стенки. На рентгенограмме грудной клетки - перелом II, III, IV ребер по парастернальной линии справа. Предположительный диагноз:
А) разрыв правого легкого;
Б) травма трахеи;
В) повреждение перикарда;
Г) разрыв правого главного бронха;
140. При хронической эмпиеме плевры оптимальным методом лечения является:
А), ультразвуковая санация плевральной полости;
Б) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
Г) радикальная операция.
141. Для ахалазии пищевода при производстве обзорной рентгенограммы грудной клетки наиболее характерно:
А) смещение средостения влево;
Б) расширение тени средостения;
В) смещение средостения вправо;
Г) отсутствие газового пузыря;
142. Ведущими симптомами при ахалазии пищевода являются:
А) дисфагия;
Б) регургитация;
В) рецидивирующая пневмония;
Г) пищеводная рвота;
143. Дифференциальную диагностику при установлении диагноза ахалазии пищевода надо проводить:
А) с врожденным коротким пищеводом;
Б) с халазией пищевода;
В) с врожденным стенозом пищевода;
Г) с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;
144. При врожденном коротком пищеводе ведущим симптомом является:
А) рвота;
Б) икота;
В) дисфагия;
Г) регургитация;
145. Из специальных методов обследования наиболее информативным при установлении диагноза «врожденный короткий пищевод» является:
А) рН-метрия;
Б) обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей;
В) фиброэзофагогастроскопия;
Г) контрастное обследование пищевода.
146. Наиболее информативным рентгенологическим признаком при установлении диагноза «врожденный короткий пищевод» является:
А) расширение пищевода в нижнем отделе;
Б) желудочно-пищеводный рефлюкс;
В) высокое положение куполов диафрагмы;
Г) смещение дна желудка в грудную полость.
147. Ребенок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Ему следует произвести промывание желудка:
А) щелочным раствором;
Б) подкисленным раствором;
В) холодной водой;
Г) водой комнатной температуры;
148. Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Промывание желудка ему следует произвести:
А) холодной водой;
Б) водой комнатной температуры;
В) горячей водой;
Г) подкисленным раствором;

149. Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести:
- А) на 1-2-е сутки;
 - Б) на 3-4-е сутки;
 - В) на 5-6-е сутки;
 - Г) на 10-е сутки;
150. При свежем ожоге пищевода III ст. следует отдать предпочтение:
- А) «слепому» методу бужирования;
 - Б) через эзофагоскоп;
 - В) за нитку;
 - Г) ретроградному бужированию;
151. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода обнаружен небольшой отек и гиперемия слизистой. Это соответствует:
- А) первой — легкой степени ожога;
 - Б) второй — средней степени ожога;
 - В) третьей — тяжелой степени ожога;
 - Г) нет ожога;
152. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется яркая гиперемия слизистой, выраженная отечность и фиброзные наложения. Это соответствует:
- А) легкой степени ожога;
 - Б) средней степени ожога;
 - В) тяжелой степени ожога;
 - Г) нет ожога;
153. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется картина циркулярных фиброзных наложений, стенка пищевода по снятию фибрина кровоточит. Это соответствует:
- А) легкой степени ожога;
 - Б) средней степени ожога;
 - В) тяжелой степени ожога;
 - Г) нет ожога;
154. Больной поступил в стационар на 8-е сутки после ожога пищевода уксусной эссенцией. При эзофагоскопии имеется ожог 3-й степени. Бужирование пищевода следует начинать:
- А) сразу после поступления;
 - Б) на 10-е сутки;
 - В) на 11-14-е сутки;
 - Г) на 15-20-е сутки;
155. Показанием к созданию искусственного пищевода является:
- А) ожог пищевода 3-й степени;
 - Б) ожог пищевода 4-й степени;
 - В) короткая рубцовая стриктура пищевода;
 - Г) не поддающийся бужированию в течение 1 года.
156. Из перечисленных видов пластики пищевода наиболее распространен в детской хирургии:
- А) внутриплевральная пластика тонкой кишки;
 - Б) внутриплевральная пластика из большой кривизны желудка;
 - В) за грудинная пластика толстой кишки;
 - Г) за грудинная пластика тонкой кишки;
157. При поступлении ребенка с напряженным хилотораксом показано:
- А) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - Б) дренирование плевральной полости с аспирацией по Бюлау;
 - В) операция;
 - Г) плевральная пункция;
158. При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении:
- А) стоя;
 - Б) лежа на животе;
 - В) лежа на спине;
 - Г) лежа на левом боку;
159. Во время бужирования пищевода произошла его перфорация. При контрастном исследовании пищевода имеется затек контрастного вещества более чем на 2 см. Тактика хирурга должна предусматривать:
- А) курс лечебных эзофагоскопий;
 - Б) введение зонда в желудок и консервативная терапия;
 - В) перевод больного на парентеральное питание и консервативную терапию;
 - Г) срочную операцию;
160. Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:

- А) френоперикардальная;
- Б) передние;
- В) пищевода отверстия;
- Г) задние ложные;

161. У детей старшего возраста чаще всего встречаются:

- А) передние грыжи диафрагмы;
- Б) истинные левосторонние грыжи;
- В) грыжи пищевода отверстия диафрагмы;
- Г) задние ложные грыжи;

162. При грыжах пищевода отверстия диафрагмы наиболее информативны:

- А) жесткая эзофагоскопия;
- Б) рентгеноконтрастное обследование пищевода и желудка;
- В) фиброэзофагоскопия;
- Г) обзорная рентгеноскопия;

163. При грыжах пищевода отверстия диафрагмы выгоднее всего производить оперативное вмешательство:

- А) из левосторонней торакотомии;
- Б) из лапаротомии;
- В) из правосторонней торакотомии;
- Г) из верхнесрединной лапаротомии;

164. При травме грудной клетки чаще всего встречаются:

- А) переломы каркаса грудной клетки без повреждения внутренних органов;
- Б) ушибы грудной клетки без повреждения внутренних органов;
- В) ушибы грудной клетки с повреждением внутренних органов;
- Г) переломы каркаса грудной клетки с повреждением внутренних органов;

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

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

166. Перелом ребер у детей чаще всего происходит:

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

167. К переломам лопатки у детей чаще всего приводит:

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

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

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

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

- а) радикальная операция;
- б) торакоскопия;
- в) плевральная пункция;
- г) дренирование по Бюлау.

170. У ребенка 7 дней внезапно ухудшилось состояние: беспокойство, повторная рвота желчью, затем исчезновение стула, кровь в стуле, болезненность при пальпации живота, страдальческое выражение лица. Определите наиболее вероятный диагноз:

- а. язвенно-некротического колита
- б. инвагинации кишечника
- в. заворота кишки

г. полипа прямой кишки

171. У ребенка 3 недель не заживает пупочная ранка, постоянные слизистые гнойные выделения, гиперемия кожи, инфильтрация мягких тканей в околопупочной области, грануляция. При зондировании пупочной ранки зонд уходит на глубину 1.5 см. Определите Диагноз:

- а. фунгуса пупка
- б. полного свища пупка
- в. кальциноза пупочной ямки
- г. неполного свища пупка

172. У новорожденного при рождении обнаружено опухолевидное образование размером 8*10 см, в проекции пупка над дефектом брюшной стенки - 4см, через пуповинные оболочки видны петли кишечника, печень. Отметьте правильный диагноз:

- а. эмбриональная грыжа пупочного канатика малых размеров
- б. гастрошизис
- в. эмбриональная грыжа пупочного канатика средних размеров
- г. эмбриональная грыжа пупочного канатика больших размеров

173. В клинику доставлен новорожденный с эмбриональной грыжей пупочного канатика средних размеров, глубоко недоношенный с нарушением мозгового кровообращения 3 степени, подозрением на врожденный порок сердца. Дайте рекомендации:

- а. немедленную операцию (1 этап по Гроссу)
- б. консервативную терапию (обработку оболочек антисептиками)
- в. коррекцию порока сердца
- г. подшивание пластикового мешка

174. У ребенка с резко выраженной дыхательной недостаточностью невозможно провести через нос катетер для отсасывания слизи. Укажите наиболее вероятной причиной этого состояния:

- а. трахео-пищеводный свищ
- б. синдром Пьера-Робена
- в. атрезия хоан
- г. макроглоссия

175. Ребенок с диагнозом "атрезия пищевода" готовится к операции. В каких мероприятиях он не нуждается?

- а. каждые 10-15 мин отсасывание содержимого ротоглотки
- б. определение группы крови и резус-фактора
- в. анализ крови на свертывающую и антисвертывающую системы
- г. промывание желудка

176. Если ребенок 1,5 лет выпил уксусную эссенцию, необходимо, кроме:

- а) диагностическая эндоскопия
- б) промывание желудка
- в) внутринесовая новокаиновая блокада
- г) контроль диуреза

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

- А) зондирование;
- Б) пальцевое ректальное исследование;
- В) рентгенофистулография;
- Г) ректороманоскопия, колоноскопия;

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

- А) рентгенография по Вангенстину;
- Б) контрастное исследование кишки через свищ;
- В) исследование свища зондом;
- Г) электромиография промежности;

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

- А) острую;
- Б) подострую;
- В) хроническую;
- Г) ректальную;

180. У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является:
- А) радикальная операция;
 - Б) колостомаплетлевая на восходящий отдел толстой кишки;
 - В) колостомаплетлевая на поперечно-ободочную кишку;
 - Г) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки.
181. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:
- А) острую;
 - Б) подострую;
 - В) хроническую;
 - Г) ректальную;
182. Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятна:
- А) болезнь Гиршпрунга;
 - Б) долихосигма;
 - В) хронический колит;
 - Г) неспецифический язвенный колит;
 - Д) болезнь Крона.
183. Ребенок 4 лет поступает в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:
- А) консервативную терапию, сифонные клизмы;
 - Б) срочное радикальное оперативное вмешательство;
 - В) срочную колостому;
 - Г) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки;
184. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Наиболее вероятный диагноз:
- А) опухоль толстой кишки;
 - Б) удвоение кишечника;
 - В) лимфангиома брюшной полости;
 - Г) каловый камень;
185. У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Наиболее вероятная у него форма неспецифического язвенного колита:
- А) острая;
 - Б) первично-хроническая;
 - В) хроническая;
 - Г) скоротечная;
186. У ребенка на протяжении полугода дважды отмечено выделение слизи, крови и гноя из прямой кишки на фоне нормального стула. При этом отмечались незначительные приступообразные боли в животе. Температура субфебрильная. В этом случае следует думать:
- А) об острой форме неспецифического язвенного колита;
 - Б) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита;
 - В) о хронической форме неспецифического язвенного колита;
 - Г) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита;
187. У ребенка 6 лет отмечено появление алой крови в стуле. Боли в животе. Стул до 8-10 раз. При ирригографии выявлено укорочение и сужение толстой кишки, ригидность ее стенки, псевдополипоз. Клиническая картина позволяет установить диагноз:
- А) колита;
 - Б) болезни Гиршпрунга;
 - В) неспецифического язвенного колита;
 - Г) болезни Крона;
188. Ребенку ошибочно была поставлена очистительная клизма раствором нашатырного спирта. Сразу отмечены боли в области прямой кишки. Спустя несколько часов появились боли в животе и перитонеальные знаки. Ребенку показано:
- А) наблюдение, антибиотики, обезболивающие препараты;
 - Б) сифонная клизма;

- В) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Г) цекостомия;

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

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

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

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

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

- А) первая;
- Б) вторая;
- В) третья;
- Г) четвертая;

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

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую;

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

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую;

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

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

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

- А) фурункл;
- Б) карбункул;
- В) флегмона;
- Г) рожистое воспаление;

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

- А) для фурункулеза;
- Б) для рожистого воспаления;
- В) для флегмоны;
- Г) для псевдофурункулеза;

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

- А) фурункулез;
- Б) псевдофурункулез;
- В) абсцесс подкожной клетчатки;
- Г) флегмона;

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

- А) фурункулез;

- Б) псевдофурункулез;
- В) флегмона подкожной клетчатки;
- Г) абсцесс;

199. У ребенка первые часы после рождения появилась обильная рвота желчью. После кормления рвота усиливается. Появилась вялость адинамия экзикоз, за сутки ребенок потерял в весе 256 гр. Живот мягкий, вздут в эпигастральной области, после рвоты вздутие уменьшается. Нижние отделы живота запавшие. На обзорном R-грамме органов брюшной полости, отчетливо видны два горизонтальных уровня жидкости, газ в кишечнике отсутствует.

- А) препилорическая атрезия
- Б) болезнь Гиршпрунга
- В) пилоростеноз
- Г) атрезия 12-перстной кишки ниже фатерова соска

200. В хирургический стационар доставлен ребенок 14 лет. Из анамнеза известно, что в течении недели беспокоили боли в эпигастрии, отрыжка. За два часа до поступления в стационар появились "кинжальные" боли в животе, рвота съеденной пищей. Состояние ребенка тяжелое. Выражение лица страдальческое. Положение вынужденное на левом боку с согнутыми нижними конечностями. Язык сухой, обложен налетом. Живот не участвует в дыхании, при пальпации напряжен, резко болезненный, выражены симптомы раздражения брюшины. Пульс 120 в минуту. T=37,5°C.

- А) острый гастрит
- Б) отравление
- В) острый холецистит
- Г) перфорация язва желудка

201. Назовите основной метод диагностики при повреждении уретры?

- А) ретроградная уретрография
- Б) экскреторная урография
- В) компьютерная томография
- Г) УЗИ

202. Укажите один из основных симптомов мочекаменной болезни?

- А) никтурия
- Б) недержание мочи
- В) боли в поясничной области
- Г) артериальная гипертензия

203. Какую аномалию дорзальной стенки уретры диагностируют в роддоме?

- а. удвоение уретры
- б. гипоспадия
- в. эписпадия
- г. фимоз

204. Укажите правильный ответ. К какому виду аномалий относится врожденное отсутствие одного яичка:

- а. гипоплазия яичка
- б. монорхизм
- в. анорхизм
- г. полиорхизм

205. Определите сроки лечения (хирургического) одностороннего крипторхизма:

- а) сразу после рождения
- б) до 3-х лет
- в) 3-5 лет
- г) 8-11 лет

206. Укажите правильный ответ. Назовите оптимальные сроки хирургического лечения двустороннего крипторхизма у детей:

- а. 2-3 года
- б. 3-5 лет
- в. 6-11 лет
- г. 12-15 лет

207. Определите тактику лечения при сочетании крипторхизма с паховой грыжей на стороне неопустившегося яичка:

- а. только оперативное лечение
- б. выжидательная тактика
- в. гормонотерапия
- г. антибиотикотерапия

208. Укажите правильный ответ. Какова тактика лечения детей с синдромом отечно-гиперемированной мошонки:
- а. антибиотикотерапия
 - б. противовоспалительное лечение
 - в. физиолечение
 - г. экстренное хирургическое вмешательство
209. Укажите правильный ответ. Для какого заболевания характерно наличие урчания в тугоэластическом образовании в паховой области и симптома толчка:
- а. крипторхизм
 - б. паховый лимфаденит
 - в. варикоцеле
 - г. паховая грыжа
210. Определите, какой метод используется для диагностики цистита:
- а. цистоскопия
 - б. нефроскопия
 - в. цистография
 - г. экстреторная урография
211. Укажите правильный ответ. Мальчик 3 лет поступил с жалобами на болезненное, затруднительное мочеиспускание. Наружное отверстие препуциального мешка резко сужено, края гиперемированы. Ваш диагноз, тактика лечения?
- а. катетеризация
 - б. спазмолитическая терапия
 - в. антибактериальная терапия
 - г. операция-обрезание крайней плоти планового порядка
212. Укажите правильный ответ. Из отдаленного района доставлен мальчик 3 лет с жалобами на недержание мочи. При осмотре-половой член недоразвит, изогнут кверху и прилегает к брюшной стенке, крайняя плоть недоразвита. При оттягивании члена книзу видна полоска слизистой оболочки расщепленной уретры переходящая широкой воронкой в полость мочевого пузыря. Определите диагноз?
- а. гипоспадия
 - б. эписпадия
 - в. адреногенитальный синдром
 - г. экстрофия
213. Укажите правильный ответ. На амбулаторном приеме в поликлинике к Вам обратились родители ребенка 3 лет 6 мес. С жалобами на беспокойство мальчика и покраснение в мошонке. Объективно-правая сторона половинки мошонки гиперемирована, отечна, отвисает, яичко увеличено, болезненное. Определите диагноз?
- а. аллергический отек мошонки
 - б. ушиб левого яичка
 - в. синдром отечно-гиперемированной мошонки
 - г. водянка яичка
214. Укажите правильный ответ. При профилактическом осмотре у мальчика 12 лет обнаружено увеличение левой стороны мошонки, при пальпации выше яичка определяется гроздеподобный конгломерат, слегка болезненный. Яичко в размерах увеличено по сравнению с правым. Определите диагноз?
- а. варикоцеле
 - б. водянка яичка
 - в. эпидидимит
 - г. орхит
215. Укажите правильный ответ. В поликлинику обратились родители мальчика 3 мес., у которого ущемилась паховая грыжа. С момента ущемления прошло 12 часов. Тактика?
- а. динамическое наблюдение
 - б. согревающие компрессы
 - в. болеутоляющие средства
 - г. экстренная операция
216. Укажите правильный ответ. В поликлинику доставлен мальчик 8 лет. Жалобы на распирающие боли в правой поясничной области, частые позывы на мочеиспускание. Ребенок 6 часов назад упал на спину с высоты 2 м. Кожные покровы бледные, пульс 120 в мин. А/Д 60/40. Живот мягкий, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, в поясничной области справа определяется большая припухлость, в анализе крови НВ 110г/л, эритроциты 3200000, в анализе мочи эритроциты до 50-60 в поле зрения. Предварительный диагноз?
- а. ушиб поясничной области
 - б. перелом ребер
 - в. закрытая травма почки
 - г. подкожная гематома
217. Укажите правильный ответ. Девочка 6 лет, жалуется на учащенное болезненное мочеиспускание, недержание мочи, небольшая болезненность отмечается в конце мочеиспускания. Болезна 3 дня. В анализе мочи-пиурия, гематурия. Определите диагноз?
- а. камень мочевого пузыря
 - б. острый цистит
 - в. вульвит
 - г. острая задержка мочи
218. Укажите правильный ответ. Действие по помощи пострадавшему при попадании инородного тела в дыхательные пути:

- а. Нагнуть туловище пострадавшего вперед, нанести несколько интенсивных ударов ладонью между лопаток
- б. Положить пострадавшего на бок и вызвать интенсивную рвоту.
- в. Нанести пострадавшему, стоящему прямо, несколько ударов ладонью между лопаток.
- г. Уложить пострадавшего на спину и делать ИВЛ

219. Укажите правильный ответ. Время наложения кровоостанавливающего жгута:

- а. Летом – не более чем на 30 минут, зимой – не более чем на 1 час.
- б. Не более чем на 30 минут, независимо от окружающей температуры.
- в. Летом – не более чем на 1 час, зимой – не более чем на 30 минут.
- г. Летом – не более чем на 2 часа, зимой – не более чем на 1 час.

220. У ребенка 3 недели не заживает пупочная ранка, постоянные слизистые гнойные выделения, гиперемия кожи, инфильтрация мягких тканей в околопупочной области, грануляция. При зондировании пупочной ранки зонд уходит на глубину 1.5 см. Определите диагноз:

- а. фунгуса пупка
- б. полного свища пупка
- в. кальциноза пупочной ямки
- г. неполного свища пупка

221. Укажите правильный ответ. В поликлинике у больного, перенесшего 2 недели назад аппендэктомию, хирург заподозрил правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Какие признаки не характерны для данного осложнения?

- а) правосторонний плеврит;
- б) высокое стояние правого купола диафрагмы;
- в) положительный симптом Курвуазье;
- г) ограничение подвижности правого купола диафрагмы;

222. Определите, какой слой кожи повреждается при ожоге III А степени?

- а) эпидермис;
- б) сетчатый слой;
- в) сосочковый слой;
- г) подкожно-жировая клетчатка.

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

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую

224. Определите, когда амбулаторному хирургу следует использовать антибиотики у больных с ожогами кожи?

- а) при ограниченных глубоких ожогах;
- б) при поверхностных ожогах;
- в) при осложнениях;
- г) при явлениях инфицирования ограниченной ожоговой раны.

225. Укажите, сколько степеней выделяют для характеристики глубины термического ожога?

- а) одну;
- б) две;
- в) три;
- г) четыре;

226. Укажите правильный ответ. Для эректильной фазы шока не характерно:

- а) возбуждение;
- б) урежение частоты дыхания;
- в) тахикардия;
- г) бледность и похолодание неповрежденной кожи;

227. Укажите правильный ответ. При определении степени ожога учитывается:

- а) оценка площади повреждения;
- б) спиртовая проба;
- в) локализация повреждения;
- г) все вышеперечисленное;

228. Укажите правильный ответ. При ожоге какой степени невозможно самостоятельное заживление раны?

- а) I—II степень;
- б) II степень;
- в) III А степень;
- г) III Б-IV степень.

229. Определите, сколько степеней выделяют для характеристики глубины отморожения?

- а) одну;
- б) две;
- в) три;
- г) четыре.

230. Укажите правильный ответ. При обращении больного с отморожением для согревания следует:

- а) приложить горячую грелку к участку отморожения;
- б) погрузить отмороженный участок в прохладную воду (25-30°C)
- в) погрузить отмороженный участок в горячую воду;
- г) погрузить больного целиком в горячую ванну.

231. Определите, что не характерно для отморожения:

- а) побледнение кожи;
- б) похолодание кожи;
- в) снижение или потеря всех видов чувствительности в зоне повреждения;
- г) гиперемия кожи.

232. Укажите правильный ответ. При ожоге III Б степени поражается:

- а) только эпидермис;
- б) кожа до росткового слоя;

- в) кожа на всю глубину;
- г) кожа и подлежащие структуры.

233. Укажите правильный ответ. На прием к хирургу в поликлинику явился больной с постоянными умеренными болями в правой подвздошной области. Из анамнеза выяснено, что пациент болен 10 часов. Физикальными и лабораторными методами исследования установлен предположительный диагноз острого аппендицита. При данном заболевании операция не показана при:

- а) первом приступе аппендицита;
- б) неясном диагнозе;
- в) сроках заболевания более 12 часов;
- г) наличии в анамнезе ишемической болезни сердца.

234. Укажите правильный ответ. При обследовании больной в поликлинике хирургом заподозрен аппендикулярный инфильтрат. Для данного заболевания не характерны:

- а) пальпируемый болезненный конгломерат в правой подвздошной области;
- б) срок заболевания 1 сутки;
- в) субфебрильная температура;
- г) боли в животе;

235. Укажите правильный ответ. При необходимости дифференциального диагноза у больной между почечной коликой и острым аппендицитом хирург поликлиники должен выполнить следующее:

- а) экскреторную урографию;
- б) анализ мочи общий, по Нечипоренко;
- в) хромоцистоскопию;
- г) отправить пациентку в хирургический стационар;

236. Укажите правильный ответ. У больного, перенесшего аппендэктомию и пришедшего на прием к амбулаторному хирургу, на 44 сутки после операции появились тошнота, вздутие живота, трехкратная рвота, схваткообразные боли в животе. Какое осложнение могло возникнуть у больного?

- а) ранняя спаечная кишечная непроходимость;
- б) поздняя спаечная кишечная непроходимость;
- в) эвентрация;
- г) пневмония;

237. Укажите правильный ответ. Амбулаторный хирург должен помнить, что к симптомам острого аппендицита у детей не относится:

- а) быстрое развитие аппендикулярного инфильтрата;
- б) превалирование общих симптомов над местными;
- в) быстрое развитие деструктивных форм заболевания;
- г) наличие диспепсических явлений.

238. Укажите правильный ответ. На прием к хирургу обратилась женщина с клинической картиной острого аппендицита и сроками беременности 6-8 недель. Какие симптомы могут быть характерными в данной ситуации?

- а) схваткообразные боли;
- б) более высокая локализация болей;
- в) отсутствие лейкоцитоза;
- г) брадикардия;

239. Укажите правильный ответ. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на боль в правом коленном суставе. В анамнезе: падение с ушибом сустава. При осмотре: сустав увеличен в объеме, контуры его сглажены, определяется баллотирование надколенника. Наиболее вероятный диагноз?

- а) флегмона сустава;
- б) посттравматический гемартроз;
- в) деформирующий остеоартроз;
- г) вывих в суставе.

240. К амбулаторному хирургу обратился пациент с резаной раной, проникающей в полость локтевого сустава. После проведения первичной хирургической обработки капсулу сустава следует?

- а) ушить наглухо;
- б) ушить наглухо с установкой дренажей;
- в) не ушивать;
- г) наложить провизорные швы.

241. Для перелома костей таза характерным является?

- а) деформация бедра на стороне перелома;
- б) положительный симптом «прилипшей пятки»;
- в) отрицательный симптом разводящей нагрузки на крылья подвздошных костей;
- г) все перечисленное.

242. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с жалобами на боли в правом локтевом суставе, нарушение функции правой руки. При осмотре область сустава отечна, болезненна, конечность находится в вынужденном полурасогнутом положении, предплечье укорочено, локтевой отросток выступает кзади, активные движения в суставе невозможны, при попытке пассивных движений ощущается пружинящее сопротивление. О какой патологии следует думать?

- а) ушиб правого локтевого сустава;
- б) передний вывих правого локтевого сустава;
- в) задний вывих правого локтевого сустава;
- г) деформирующий остеоартроз.

243. Для какого вывиха бедра характерно следующее положение ноги: умеренно согнута в тазобедренном суставе, приведена и ротирована кнутри?

- а) задневерхний подвздошный;
- б) передневерхний лонный;

- в) передненижний запирающий;
- г) задненижний седалищный.

244. Какую роль играет симптом «клавиши» при вывихе ключицы?

- а) является достоверным признаком разрыва акромиально-ключичного сочленения;
- б) является признаком сочетания вывиха ключицы с переломом акромиального отростка лопатки;
- в) заключается в резком западении ключицы;
- г) определяется при вывихе грудинного отдела ключицы.

245. Отличительным признаком надбугорковых переломов плечевой кости что является?

- а) боли в плечевом суставе;
- б) абсолютная невозможность активного отведения плеча;
- в) положительный симптом осевой нагрузки;
- г) крепитация.

246. Укажите правильный ответ. Время наложения кровоостанавливающего жгута:

- а) Летом – не более чем на 30 минут, зимой – не более чем на 1 час.
- б) Не более чем на 30 минут, независимо от окружающей температуры.
- в) Летом – не более чем на 1 час, зимой – не более чем на 30 минут.
- г). Летом – не более чем на 2 часа, зимой – не более чем на 1 час

247. Этиологическим фактором в развитии плоскостопия является?

- а) врожденная или приобретенная слабость связочного аппарата стопы;
- б) врожденные дефекты костных структур стопы;
- в) миозит;
- г) трофические нарушения.

248. У ребенка 4 лет отмечены кровотечения алой кровью во время дефекации. При ректальном обследовании обнаружен полип слизистой прямой кишки. Что нужно рекомендовать?

- а) осмотр прямой кишки в зеркалах, прошивание ножки и удаление полипа;
- б) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа;
- в) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа;
- г) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа;

249. Укажите правильный ответ. Когда следует использовать мази при лечении глубоких ограниченных ожогов?

- а) до отторжения некротического струпа;
- б) после отторжения некроза;
- в) не имеет значения;
- г) мази не показаны.

250. Определите, какой из методов обезболивания предпочтителен при синдроме длительного сдавления?

- а) футлярные и циркулярные блокады;
- б) подфасциальное введение новокаина в зоне сдавления;
- в) введение наркотических анальгетиков;

г) внутрикостная анестезия.