



GEE!TEST

тест по
Хирургии
(для
интернов)

by oldkyx



Тест по Хирургии (для интернов)

система подготовки к тестам Gee Test

oldkyx.com

Список вопросов по Хирургии (для интернов)

1. Укажите частоту хирургической инфекции среди пациентов хирургического профиля

- 1) [-]11,7 %
 - 2) [+]25 %
 - 3) [-]47 %
 - 4) [-]75 %
 - 5) [-]20 %
-

2. Укажите способ снижения риска развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде

- 1) [-]Профилактическое применение антибиотиков резерва
 - 2) [-]Профилактическое назначение витамина Е
 - 3) [+]Сокращение сроков предоперационного периода
 - 4) [-]Инфильтрация краев послеоперационной раны раствором антибиотиков – цефалоспоринов
 - 5) [-]Имммунопрофилактика
-

3. Укажите наиболее часто встречающихся возбудителей гнойной инфекции

- 1) [-]Анаэробная неклостридиальная флора
- 2) [-]Анаэробная клостридиальная флора
- 3) [-]Кишечная палочка и вульгарный протей
- 4) [+]Стафилококки и стрептококки
- 5) [-]Синегнойная палочка

4. Какие виды микроорганизмов обладают наибольшей скоростью выработки устойчивости к антимикробным препаратам

- 1) [-]Синегнойная палочка
 - 2) [+]Стафилококки
 - 3) [-]Стрептококки
 - 4) [-]Кишечная палочка
 - 5) [-]Клостридии
-

5. Укажите летальность среди пациентов при синегнойном сепсисе

- 1) [-]75 %
 - 2) [+]60 %
 - 3) [-]45 %
 - 4) [-]22 %
 - 5) [-]10 %
-

6. Укажите наиболее частый синдром при хирургической инфекции

- 1) [-]Общая воспалительная реакция
 - 2) [-]Полиорганная недостаточность
 - 3) [-]Синдром эндогенной интоксикации
 - 4) [+]Синдром местных воспалительных изменений
 - 5) [-]Синдром иммунодефицита
-

7. Какой из приведенных лабораторных показателей свидетельствует об относительной недостаточности функции надпочечников

- 1) [-]Тромбоцитопения

2) [-]Диспротеинемия

3) [+]Эозинофилия

4) [-]Лимфопения

5) [-]Нейтропения

8. Кто автор монографии «Начала общей Военно-полевой хирургии»?

1) [+]Н.И. Пирогов

2) [-]С.С. Гирголав

3) [-]С.П. Федоров

4) [-]А. Чаруковский

5) [-]А.А.Вишневский

9. Кто автор монографии «Огнестрельные ранения»

1) [+]С.С. Гирголав

2) [-]Н.И. Пирогов

3) [-]М.И. Кузин

4) [-]И.Г. Руфанов

5) [-]А.А.Вишневский

10. В.Ф. Войно-Ясенецкий – автор монографии

1) [+]«Очерки гнойной хирургии»

2) [-]«Этюды желудочной хирургии»

3) [-]«Руководство по гнойной хирургии»

4) [-]«Раны и раневая инфекция»

5) [-]«Гнойная хирургия»

11. Кто написал руководство «Гнойная хирургия»

- 1) [+]В.И. Стручков
 - 2) [-]С.С. Гирголав
 - 3) [-]В.В. Ермольева
 - 4) [-]Т.Ф. Арьев
 - 5) [-]В.Ф. Войно-Ясенецкий
-

12. Кто автор монографии «Столбняк»?

- 1) [+]Г.Н. Цыбуляк
 - 2) [-]И.М. Тальман
 - 3) [-]А.А.Вишневский
 - 4) [-]Н.Н. Бурденко
 - 5) [-]В.И.Шамов
-

13. В каком ответе правильно указаны факторы риска инфекционных осложнений, связанные с состоянием больного

- 1) [+]Состояние питания больного, нарушения иммунитета, гипоксемия, курение, сопутствующие заболевания (диабет, хронические воспалительные заболевания, недостаточность кровообращения)
- 2) [-]Количество микроорганизмов, вирулентность микроорганизмов
- 3) [-]Длительность госпитализации, ранняя подготовка операционного поля
- 4) [-]Высокая продолжительность операции, травматичность вмешательства, недостаточность гемостаза, применение инородных материалов, протезы, шовный материал, нарушение стерильности оборудования
- 5) [-]Снижение иммунитета

14. Перечислите наиболее частых возбудителей госпитальной инфекции:

- 1) [+] Стафилококки, энтерококки, кишечная палочка, неферментирующие грамотрицательные бактерии
- 2) [-] Анаэробы
- 3) [-] Пневмококки
- 4) [-] Нейсерии
- 5) [-] Клостридии

15. Антибиотикопрофилактика является

- 1) [-] Неспецифическим средством предупреждения инфекционных осложнений
- 2) [+] Специфическим средством предупреждения инфекционных осложнений
- 3) [-] Средством коррекции иммунологической реактивности
- 4) [-] Средством, повышающим риск инфекционных осложнений
- 5) [-] Средством регулирующим белковый обмен

16. Какие мероприятия из числа перечисленных снижают частоту нагноений ран

- 1) [+] Использование антисептических шовных нитей и перевязочного материала с иммобилизованными противомикробными средствами, введение антибиотика перед операцией
- 2) [-] Дренирование через послеоперационную рану, использование гемотрансфузий
- 3) [-] Применение антибиотиков через 8 и более часов после операции
- 4) [-] Интраоперационное расширение раны, дренирование

через рану

5) [-]Введение белковых препаратов

17. Укажите наименее токсичный антибиотик:

1) [+]Бензилпенициллин

2) [-]Канамицин

3) [-]Левомецетин

4) [-]Тетрациклин

5) [-]Стрептомицин

18. Какие из числа перечисленных микроорганизмов характеризуются высокой чувствительностью к пенициллиновым антибиотикам

1) [+]Стрептококки и пептострептококки

2) [-]Стафилококки

3) [-]Неферментирующие грамотрицательные бактерии

4) [-]Синегнойная палочка

5) [-]Вульгарный протей

19. Частота ранений средостения по отношению к проникающим ранениям груди составляет по опыту Великой Отечественной войны:

1) [-]0,1 %

2) [+]0,5 %

3) [-]1 %

4) [-]5 %

5) [-]10 %

20. Вторичный медиастенит может быть

осложнением

- 1) [-] Гнойных воспалений клетчатки шеи
 - 2) [-] Распадающегося рака пищевода
 - 3) [-] Нагноений легких и плевры
 - 4) [+] Любого из перечисленных выше заболеваний
 - 5) [-] Столбняка
-

21. Боли за грудиной характерны для

- 1) [-] Заднего медиастеита
 - 2) [-] Переднего медиастенита
 - 3) [+] Не характерны для медиастенита
 - 4) [-] Переднего и заднего медиастинита
 - 5) [-] Перитонита
-

22. Основным методом лечения медиастенита в ранней стадии является:

- 1) [-] Массивная антибактериальная и инфузионная терапия
 - 2) [-] Антибактериальная и физиотерапия
 - 3) [+] Раннее оперативное вмешательство
 - 4) [-] Пункция средостения
 - 5) [-] Физиотерапевтическое лечение
-

23. При отсутствии травмы пищевода после операции энтеральное питание разрешается

- 1) [-] В день операции
- 2) [+] На следующий день
- 3) [-] На 3-4 день
- 4) [-] На 5-7 день

5) [-]Энтеральное питание противопоказано

24. Абсцессом называется:

1) [-]Гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки

2) [+]Полость с гноем, ограниченная от окружающих мягких тканей

3) [-]Очаг распада с полостями деструкции в толще мягких тканей

4) [-]Инфекционный процесс в подкожной клетчатке с формированием гнойного воспаления

5) [-]Прогрессирующий отек подкожной клетчатки

25. Флегмоной называется:

1) [+]Острое гнойное воспаление тканей с тенденцией к прогрессированию

2) [-]Подостро текущее гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки

3) [-]Отграниченный участок острого гнойного воспаления в подкожной клетчатке

4) [-]Гнойник с перифокальным воспалением в подкожной клетчатке

5) [-]Полость с гноем, ограниченная от окружающих тканей

26. Целлюлит – это:

1) [-]Воспалительное заболевание подкожной клетчатки

2) [-]Избыточные отложения жировой ткани на нижних конечностях

3) [+]Некроз и гнилостные поражения подкожной клетчатки с участием анаэробных микроорганизмов

4) [-]Прогрессирующий отек подкожной клетчатки

5) [-]Гнойное воспаление подкожной клетчатки

27. Некротический фасциит – это

1) [-]Грубые рубцовые изменения поверхностной фасции

2) [-]Некроз, гнойное воспаление кожи, подкожной клетчатки и фасции

3) [+]Быстро распространяющееся гнойно-гнилостное воспаление поверхностной фасции тела и вторичное поражение окружающих тканей

4) [-]Обширные дефекты в поверхностной фасции в результате травм и операций

5) [-]Гнойное воспаление подкожной клетчатки и глубокой фасции

28. Фурункулом называется

1) [+]Гнойно-некротический процесс в луковице волоса и его сальных железах

2) [-]Гнойное воспаление в поверхностных слоях кожи вокруг волосяного стержня

3) [-]Скопление гноя в волосяной луковице

4) [-]Воспаление сальных желез

5) [-]Гнойно-некротическое поражение нескольких волосяных луковиц

29. Карбункул – это

1) [+]Гнойно-некротическое поражение нескольких волосяных луковиц, окружающих их сальных желез, глубоких слоев подкожной клетчатки

2) [-]Поражение волосяного мешочка, подкожной клетчатки и фасции

3) [-]Некроз и расплавление подкожной клетчатки вокруг

воспалившегося волосяного мешочка

4) [-] Скопление гноя между волосяной луковицей и подкожной фасцией

5) [-] Воспаление сальных желез

30. Основной механизм патогенеза при лимфадените и лимфангите:

1) [+] Проникновение инфекта в лимфатические сосуды и лимфатические узлы, начало инфекционного процесса в них

2) [-] Системный характер воспалительной реакции при обширном гнойном процессе

3) [-] Попадание патогенных микроорганизмов в крупные кровеносные сосуды в зоне гнойного воспаления

4) [-] Дегенеративно-дистрофические процессы в лимфатических сосудах и узлах после перенесенного гнойного воспаления

5) [-] Наличие патогенных микроорганизмов в крови

31. Какое количество фасциальных листков по классификации В.Н. Шевкуненко имеется на шее

1) [-] 3

2) [-] 4

3) [+] 5

4) [-] 6

5) [-] 7

32. Для какой мышцы шеи образует влагалище поверхностная фасция шеи:

1) [+] Для подкожной

2) [-] Для грудинно-ключично-сосцевидной

- 3) [-]Для лестничной
 - 4) [-]Образует фасциальное влагалище сосудистого пучка
 - 5) [-]Правильного ответа нет
-

33. Что является наиболее частой причиной гнойных заболеваний шеи

- 1) [+]Явные и скрытые очаги инфекции в кариозных зубах
 - 2) [-]Острые и хронические остеомиелиты челюстей
 - 3) [-]Слюнные камни протоков и подчелюстных желез
 - 4) [-]Острый тонзиллит и обострение хронического тонзиллита
 - 5) [-]Фурункул лица
-

34. Какие из перечисленных жалоб имеют наибольшее значение для топической диагностики гнойных заболеваний шеи

- 1) [+]Стяжение жевательных мышц и боли при глотании
 - 2) [-]Покраснение кожных покровов
 - 3) [-]Припухлость кожных покровов
 - 4) [-]Выраженность гипертермии
 - 5) [-]Головные боли
-

35. Что характерно для флегмоны локализующейся в крыловидно-челюстном или парафарингиальном пространстве

- 1) [+]Отсутствие красноты на коже
- 2) [-]Отсутствие болевого синдрома
- 3) [-]Отсутствие повышенной местной температуры
- 4) [-]Симптом истинной флюктуации

5) [-]Отсутствие гипертермии

36. Что такое «ложная флюктуация»

- 1) [+]Зыбление жидкости при отеке тканей
 - 2) [-]Зыбление жидкости при глубоких флегмонах шеи
 - 3) [-]Зыбление жидкости при поверхностных флегмонах шеи
 - 4) [-]Зыбление жидкости при скоплении гноя в глубоких пространствах шеи
 - 5) [-]Зыбление жидкости в надключичной области
-

37. Что является показанием к хирургическому лечению воспалительных заболеваний шеи

- 1) [-]Серьезная стадия воспаления
 - 2) [+]Гнойно-некротическая стадия
 - 3) [-]Выраженный болевой синдром
 - 4) [-]Выраженная интоксикация
 - 5) [-]Гипертермия, лейкоцитоз, повышение СОЭ
-

38. Что является основополагающим фактором при выборе вида анестезии у больных с воспалительными заболеваниями шеи

- 1) [+]Локализация и распространенность процесса
 - 2) [-]Состояние больного
 - 3) [-]Сопутствующая патология
 - 4) [-]Выраженность интоксикации
 - 5) [-]Гипертермия
-

39. Какой возраст наиболее подвержен возникновению аденофлегмон

- 1) [+]Детский

- 2) [-]Юношеский
 - 3) [-]Зрелый
 - 4) [-]Старческий
 - 5) [-]Все в одинаковой степени
-

40. Укажите наиболее частые осложнения бактериальных абсцессов печени

- 1) [-]Малигнизация
 - 2) [+]Перфорация в брюшную полость, кровотечение из эрозированных сосудов
 - 3) [-]Кровохарканье
 - 4) [-]Самоизлечение
 - 5) [-]Сепсис
-

41. Наиболее частыми возбудителями паразитарных абсцессов печени являются

- 1) [+]Амеба, аскариды, возбудители описторхоза в сочетании с бактериальной флорой
 - 2) [-]Эхинококк
 - 3) [-]Бактериальная флора в сочетании с грибковой
 - 4) [-]Все вышеперечисленные возбудители
 - 5) [-]Бактериальная флора в сочетании с эхинококком
-

42. Как давно в лечении абсцессов печени используется открытый дренаж

- 1) [+]с 1938 г
- 2) [-]с 1812 г
- 3) [-]с 1999 г
- 4) [-]с 1980 г

5) [-]с 1910 г

43. Как давно в лечении абсцессов печени используется дренирование под УЗИ-контролем

- 1) [-]с 1938 г
 - 2) [-]с 1812 г
 - 3) [-]с 1999 г
 - 4) [+]с 80-х годов 20 века
 - 5) [-]с 2001 г
-

44. Наиболее частым возбудителем при панариции являются

- 1) [-]Стрептококк
 - 2) [+]Стафилококк
 - 3) [-]Кишечная палочка
 - 4) [-]Синегнойная палочка
 - 5) [-]Анаэробная инфекция
-

45. Панариций поражает ежегодно

- 1) [-]0,1 % населения
 - 2) [+]0,5-1,0 % населения
 - 3) [-]5-6 % населения
 - 4) [-]10 % населения
 - 5) [-]2-3 % населения
-

46. Наиболее частые осложнения подкожного панариция

- 1) [-]Паронихия
- 2) [+]Сухожильный панариций

- 3) [-]Флегмона кисти
 - 4) [-]Кожный панариций
 - 5) [-]Лимфатический панариций
-

47. При каком виде панариция палец приобретает веретенообразную форму

- 1) [-]При подкожном
 - 2) [+]При суставном
 - 3) [-]При пандактилите
 - 4) [-]При костном
 - 5) [-]При сухожильном
-

48. После лечения какого панариция чаще всего развивается тугоподвижность в суставе пальца

- 1) [-]Костного
 - 2) [-]Суставного
 - 3) [+]Костно-суставного
 - 4) [-]Подкожного
 - 5) [-]Лимфатического
-

49. Наиболее тяжелая форма панариция

- 1) [-]Костный
 - 2) [-]Сухожильный
 - 3) [-]Костно-суставной
 - 4) [+]Пандактилит
 - 5) [-]Эризипеллоид
-

50. Как часто встречается пандактилит

- 1) [+]До 1 %

- 2) [-]1-2 %
 - 3) [-]Около 3%
 - 4) [-]Около 10 %
 - 5) [-]5 %
-

51. К осложненным панарициям относятся

- 1) [-]Паронихия
 - 2) [-]Подногтевой
 - 3) [+]Костно-суставной
 - 4) [-]Подкожный
 - 5) [-]Лимфатический
-

52. Среди всех видов панариция подкожный составляет

- 1) [-]20 %
 - 2) [-]30 %
 - 3) [-]40 %
 - 4) [+]50 %
 - 5) [-]60 %
-

53. При каком виде панариция палец приобретает колбасовидную форму

- 1) [-]Подкожном
 - 2) [+]Сухожильном
 - 3) [-]Костном
 - 4) [-]Суставном
 - 5) [-]Паронихии
-

54. Когда производится вскрытие подкожного панариция

- 1) [-] После первой бессонной ночи
 - 2) [-] После появления флюктуации
 - 3) [+] При переходе воспалительного процесса в гнойно-некротическую стадию
 - 4) [-] После появления гиперемии в области очага воспаления
 - 5) [-] Через 5 дней безуспешного консервативного лечения
-

55. Среди гнойных заболеваний кисти сухожильный панариций составляет около

- 1) [-] 1 %
 - 2) [+] 3 %
 - 3) [-] 5 %
 - 4) [-] 10 %
 - 5) [-] более 10 %
-

56. Для сухожильного панариция характерно

- 1) [-] Припухлость по ходу сухожильного влагалища
 - 2) [+] Фиксация больного пораженного пальца в положении легкого сгибания
 - 3) [-] Фиксация больного пораженного пальца в положении полного сгибания
 - 4) [-] Фиксация больного пораженного пальца в положении полного разгибания
 - 5) [-] Гиперемия кожи по ходу сухожилия
-

57. При каком панариции пораженный палец находится в положении легкого сгибания, а попытка разгибания пальца приводит к усилению болей

- 1) [-]Костном
 - 2) [-]Суставном
 - 3) [+]Сухожильном
 - 4) [-]Подкожном
 - 5) [-]Паронихии
-

58. Назовите основные причины гнойного тендовагинита

- 1) [-]Открытое повреждение сухожильного влагалища
 - 2) [-]Внедрение в сухожильное влагалище инородных тел
 - 3) [-]Переход воспаления с окружающих тканей
 - 4) [+]Все перечисленные причины
 - 5) [-]Нет основных причин
-

59. При гнойном тендовагините каких пальцев процесс может распространяться на предплечье в пространство Пирогова

- 1) [+]Первого
 - 2) [-]Второго
 - 3) [-]Третьего
 - 4) [-]Четвертого
 - 5) [-]Всех вышеперечисленных
-

60. При вскрытии подкожного панариция чаще используют анестезию

- 1) [-]Инфильтрационную
- 2) [+]Проводниковую
- 3) [-]Внутривенную
- 4) [-]Внутрикостную

5) [-]Общее обезболивание

61. Среди гражданского населения выросший ноготь встречается в

- 1) [-]1-2 %
 - 2) [+]**5-6 %**
 - 3) [-]10-11 %
 - 4) [-]15-16 %
 - 5) [-]3-4 %
-

62. При костном панариции 3-го пальца правой кисти иммобилизация производится гипсовой лонгетой, распространяющейся от концевой фаланги до:

- 1) [-]Пястно-фалангового сустава
 - 2) [-]Лучезапястного сустава
 - 3) [+]**Средней трети предплечья**
 - 4) [-]Нижней трети плеча
 - 5) [-]Верны пункты 1,2
-

63. Какие виды обезболивания при паронихии наиболее рациональны

- 1) [-]Орошение хлорэтилом
 - 2) [+]**Проводниковая анестезия по Лукашевичу-Оберсту**
 - 3) [-]Местная инфильтрационная анестезия
 - 4) [-]Анестезия по Усольцевой
 - 5) [-]Внутривенная анестезия
-

64. Хирургическую обработку огнестрельной раны, производимую в первые сутки после

ранений, принято называть

- 1) [+]Ранней
 - 2) [-]Неотложной
 - 3) [-]Отсроченной
 - 4) [-]Поздней
 - 5) [-]Повторной
-

65. Хирургическую обработку огнестрельной раны, производимую в 24-48 часов после ранения, принято называть

- 1) [+]Отсроченной
 - 2) [-]Поздней
 - 3) [-]Первичной
 - 4) [-]Вторичной
 - 5) [-]Повторной
-

66. Хирургическую обработку огнестрельной раны, производимую после 48 часов после ранения, принято называть:

- 1) [+]Поздней
 - 2) [-]Отсроченной
 - 3) [-]Вторичной
 - 4) [-]Ранней вторичной
 - 5) [-]Повторной
-

67. Цель первичной хирургической обработки раны заключается:

- 1) [+]В иссечении разрушенных и нежизнеспособных тканей
- 2) [-]В проведении мероприятий для подготовки к эвакуации

- 3) [-]В выполнении туалета раны
 - 4) [-]В полной ликвидации микробного загрязнения в ране
 - 5) [-]В подготовке к вторичной хирургической обработке
-

68. Под хирургической обработкой гнойной раны понимают:

- 1) [+]Широкое рассечение раны с вскрытием карманов и затеков и иссечение всех некротических нежизнеспособных и пропитанных гноем тканей
 - 2) [-]Вторичную хирургическую обработку
 - 3) [-]Первичную отсроченную обработку
 - 4) [-]Позднюю хирургическую обработку
 - 5) [-]Повторную хирургическую обработку
-

69. Какие микроорганизмы являются наиболее частыми возбудителями острого гематогенного остеомиелита

- 1) [-]Кишечная палочка
 - 2) [+]Стафилококки
 - 3) [-]Стрептококки
 - 4) [-]Некlostридиальные анаэробы
 - 5) [-]Синегнойная палочка
-

70. Какой инфекцией вызывается острый гематогенный остеомиелит

- 1) [-]Экзогенной
- 2) [+]Эндогенной
- 3) [-]Смешанной
- 4) [-]Анаэробной некlostридиальной

71. На каком из участков кости начинается воспалительный процесс при остром гематогенном остеомиелите

- 1) [+]Костный мозг
 - 2) [-]Гаверсовы каналы
 - 3) [-]Периост
 - 4) [-]Надкостница
 - 5) [-]Верны 3 и 4 пункты
-

72. Через какое время от начала заболевания наступает секвестрация при остром гематогенном остеомиелите

- 1) [-]Через 3-7 суток
 - 2) [-]Через 1-2 недели
 - 3) [+]Через 3-4 недели
 - 4) [-]Через 5-6 недель
 - 5) [-]Через 7-8 недель
-

73. Какие кости поражаются при остром гематогенном остеомиелите наиболее часто

- 1) [+]Длинные трубчатые
 - 2) [-]Плоские
 - 3) [-]Короткие
 - 4) [-]Кости кисти
 - 5) [-]Все одинаково часто
-

74. По определению И.В. Давыдовского, сепсис это

- 1) [-]Неинфекционное заболевание
 - 2) [-]Инфекционное заболевание циклического типа
 - 3) [+]**Общеинфекционное заболевание нециклического типа, связанное с наличием в организме местного инфекционного процесса**
 - 4) [-]Общеинфекционное заболевание нециклического типа, не связанное с наличием в организме местного инфекционного процесса
 - 5) [-]Инфекционное заболевание экзогенного происхождения
-

75. Первичный септический очаг – это

- 1) [-]Очаг, возникший в процессе течения сепсиса
 - 2) [+]**Очаг, ставший причиной развития сепсиса**
 - 3) [-]Очаг, не связанный с другими септическими очагами
 - 4) [-]Любой гнойник на фоне сепсиса
 - 5) [-]Очаг, развившийся после неэффективного лечения любого гнойного очага
-

76. Какой критический, в отношении генерализации уровень инфекта в пиемическом очаге

- 1) [-]10 в 3 степени микроорганизмов в 1 г ткани
 - 2) [-]10 в 4 степени микроорганизмов в 1 г ткани
 - 3) [-]10 в 5 степени микроорганизмов в 1 г ткани
 - 4) [+]**10 в 6 степени микроорганизмов в 1 г ткани**
 - 5) [-]10 в 9 степени микроорганизмов в 1 г ткани
-

77. Что такое «септицемия»

- 1) [-]Любая бактериемия
- 2) [+]**Бактериемия при сепсисе**

- 3) [-]Обязательный компонент любого сепсиса
 - 4) [-]Наличие патогенных микроорганизмов в ликворе
 - 5) [-]Нет правильного ответа
-

78. Какой вид иммунодефицита характерен для острого хирургического сепсиса

- 1) [-]Первичный общий
 - 2) [-]Первичный гуморальный
 - 3) [+]**Вторичный клеточный и гуморальный**
 - 4) [-]Первичный гуморальный
 - 5) [-]Нет правильного ответа
-

79. Эризипелоид вызывается

- 1) [-]Стрептококками
 - 2) [+]**Палочкой свиной рожи**
 - 3) [-]Дрожжевыми грибами
 - 4) [-]Стафилококками
 - 5) [-]Всеми вышеперечисленными возбудителями
-

80. Рожистое воспаление это

- 1) [+]**Воспаление всех слоев кожи и ее лимфатической системы**
 - 2) [-]Некроз подкожно-жировой клетчатки
 - 3) [-]Воспаление фасций конечности
 - 4) [-]Ограниченное воспаление подкожной клетчатки
 - 5) [-]Все ответы не верны
-

81. Гидраденит – это

- 1) [+]**Острое гнойное воспаление потовой железы**

- 2) [-]Острое гнойное воспаление лимфоузла
 - 3) [-]Флегмона подмышечной впадины
 - 4) [-]Воспаление волосяного фолликула
 - 5) [-]Абсцесс подмышечной области
-

82. Рожистое воспаление требует

- 1) [-]Немедленного хирургического пособия
 - 2) [-]Антибиотикотерапии и УФО пораженных участков кожи в сочетании с резекцией пораженных участков кожи
 - 3) [+]**Только консервативной терапии**
 - 4) [-]Применение мазевых повязок
 - 5) [-]Применение антибиотиков и мазевых повязок
-

83. К гнойно-воспалительным заболеваниям кожи и подкожной клетчатки относятся

- 1) [-]Фурункул, карбункул
 - 2) [-]Гидраденит, рожистое воспаление
 - 3) [-]Флегмона
 - 4) [-]Парапроктит
 - 5) [+]**Все перечисленные формы**
-

84. В какой период жизни женщины возникает большинство случаев острого гнойного мастита

- 1) [-]В период полового созревания
 - 2) [-]В период беременности
 - 3) [+]**После завершения беременности**
 - 4) [-]После завершения грудного вскармливания ребенка
 - 5) [-]При осложненном течении беременности
-

85. Какие функциональные изменения

предрасполагают к развитию острого гнойного мастита

- 1) [-]Высокая функциональная активность, избыточная продукция молока
 - 2) [-]Низкая функциональная активность, небольшая, недостаточная продукция молока
 - 3) [-]Полное освобождение молочной железы от молока при частом кормлении ребенка
 - 4) [+]Неполное освобождение молочной железы от молока при кормлении ребенка
 - 5) [-]Полное отсутствие продукции молока после родов
-

86. Какие изменения в молочной железе повышают риск развития острого гнойного мастита

- 1) [+]Трещины соска
 - 2) [-]Гипоплазия молочной железы
 - 3) [-]Гиперплазия молочной железы
 - 4) [-]Наличие добавочных молочных желез
 - 5) [-]Наличие фиброаденомы молочной железы
-

87. Какие изменения в молочной железе повышают риск развития острого гнойного мастита

- 1) [-]Гипоплазия молочной железы
- 2) [+]Мастопатия
- 3) [-]Гиперплазия молочной железы
- 4) [-]Закономерностей не имеется
- 5) [-]Добавочная молочная железа

88. Какие патогенные микроорганизмы чаще всего приводят к развитию острого гнойного мастита

- 1) [-]Бактерии молочно-кислого брожения
- 2) [-]Поливалентная микрофлора
- 3) [+]Стафилококки
- 4) [-]Стрептококки
- 5) [-]Кишечная палочка

89. Укажите основной путь проникновения патогенных микроорганизмов при формировании острого гнойного мастита

- 1) [+]С поверхности кожных покровов
- 2) [-]Гематогенным путем из очагов скрытой инфекции, расположенных за пределами молочной железы
- 3) [-]Из очагов, формирующихся в глубине долек молочной железы
- 4) [-]Лимфогенное распространение из регионарных групп лимфатических узлов подмышечной впадины
- 5) [-]Лимфогенный путь из других лимфатических узлов

90. Укажите сочетание каких факторов является основным в развитии острого гнойного мастита

- 1) [-]Недостаточная продукция молока при гиперплазии молочной железы
- 2) [+]Застой молока в грудной железе с проникновением в нее патогенной микрофлоры
- 3) [-]Чрезмерно высокая продукция молока в сочетании с поливалентной микрофлорой

4) [-]Застой молока в сочетании с авитаминозом

5) [-]Застой молока в грудной железе в сочетании с иммунодефицитом

91. Какие воспалительные изменения, возникающие в тканях, анатомически относящихся к молочной железе, обозначают мастит – как отдельной нозологической формы

1) [-]Воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки, покрывающие молочную железу – фурункул, карбункул, абсцесс

2) [-]Флегмону или рожистое воспаление кожи и подкожной клетчатки, покрывающей молочную железу

3) [+]Воспалительные заболевания паренхимы, жировой капсулы молочной железы

4) [-]Воспалительные заболевания между молочной железой и передней грудной стенкой

5) [-]Воспалительные заболевания любой из анатомических структур, относящихся к этому органу

92. При выборе схемы лечения следует учитывать из ряда факторов

1) [-]Бактериоскопия мазков, окрашенных по Граму

2) [-]Гектическая лихорадка

3) [-]Обильное гнойное отделяемое из ран

4) [-]Результаты посева отделяемого на питательную среду

5) [+]Результаты определения чувствительности выделенного микроба к антибиотикам

93. Какая важнейшая предпосылка правильного выбора препарата

- 1) [-]Посев мокроты
 - 2) [-]Посев гноя из раны
 - 3) [+]Проверка чувствительности возбудителей к антимикробным средствам
 - 4) [-]Бактериоскопия гнойного отделяемого
 - 5) [-]Гипертермия
-

94. Что определяет срочность назначения антибактериального лечения

- 1) [-]Выраженный лейкоцитоз
 - 2) [+]Интоксикация больного и лихорадка
 - 3) [-]Нарушения гемодинамики
 - 4) [-]Сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево
 - 5) [-]Частый пульс (более 90 ударов в минуту)
-

95. При тяжелых инфекциях антибактериальные препараты вводят

- 1) [-]Внутримышечно
 - 2) [-]Внутрикостно
 - 3) [+]Внутривенно
 - 4) [-]Подкожно
 - 5) [-]Перорально
-

96. При нарушении иммунитета и угрожающих жизни инфекциях, какая показана терапия

- 1) [-]Бактериостатические средства
- 2) [-]Бактерицидные средства
- 3) [-]Кристаллоиды
- 4) [-]Иммунотерапия

5) [+]Бактерицидные и иммунные средства

97. Антимикробные препараты метаболизируются и выводятся главным образом

- 1) [-]Через кожу
 - 2) [-]Через селезенку и почки
 - 3) [+]Через почки и печень
 - 4) [-]Через кишечник
 - 5) [-]Через легкие
-

98. Почему доза аминогликозидов должна быть уменьшена при почечной недостаточности

- 1) [+]Потому, что выводятся почками
 - 2) [-]Потому, что увеличивают диурез
 - 3) [-]Потому, что вызывают глюкозурию
 - 4) [-]Потому, что вызывают азотемию
 - 5) [-]Потому, что вызывают тахикардию
-

99. Дайте определение парапроктиту

- 1) [+]Парапроктит – острое или хроническое воспаление околопрямокишечной клетчатки
 - 2) [-]Парапроктит – острое или хроническое воспаление прямой кишки
 - 3) [-]Парапроктит – острое или хроническое воспаление фасциального футляра прямых мышц живота
 - 4) [-]Парапроктит – острое или хроническое воспаление перитонеальной области
 - 5) [-]Парапроктит – острое воспаление органов таза
-

100. Назовите самую частую форму

парапроктита

- 1) [+]Подкожный
- 2) [-]Пельвиоректальный
- 3) [-]Седалищно-прямокишечный
- 4) [-]Ретроректальный
- 5) [-]Подслизистый

101. Назовите основные моменты операции при остром парапроктите

- 1) [-]Вскрытие и дренирование гнойника
- 2) [-]Ликвидация внутреннего отверстия свища, сообщающего полость гнойника с прямой кишкой
- 3) [+]Вскрытие и дренирование гнойника, ликвидация внутреннего отверстия свища, сообщающего полость гнойника с прямой кишкой
- 4) [-]Пункция гнойника толстой иглой, забор гноя, введение ферментов и антибиотиков
- 5) [-]Нет правильного ответа

102. При какой локализации острого парапроктита наиболее выражен болевой синдром в начале заболевания

- 1) [-]Тазово-прямокишечной
- 2) [-]Седалищно-прямокишечный
- 3) [+]Подкожный
- 4) [-]Подслизистый
- 5) [-]Пельвиоректальный

103. Что вы понимаете под термином «эпителиальный копчиковый ход»

- 1) [-]Хронический парапроктит
 - 2) [+]Дефект развития кожи, обусловленный неполной редукцией бывших мышц хвоста
 - 3) [-]Воспаление сальных желез
 - 4) [-]Кистозные образования области копчика
 - 5) [-]Воспаление подкожной клетчатки в области копчика
-

104. Кто болеет парапроктитом наиболее часто

- 1) [+]Мужчины
 - 2) [-]Женщины
 - 3) [-]Дети
 - 4) [-]Юноши
 - 5) [-]Встречается в одинаковой мере часто среди различных контингентов населения
-

105. Укажите основные жалобы при острых абсцессах легких

- 1) [-]Кровохарканье, боли в грудной клетке, одышка, лихорадка, потливость
 - 2) [-]Сухой кашель, снижение слуха, плохой аппетит
 - 3) [+]Кашель с гнойной или слизисто-гнойной мокротой, боли или дискомфорт в грудной клетке на стороне поражения, одышка, лихорадка
 - 4) [-]Головокружение, головные боли, слабость, диарея
 - 5) [-]Гипертермия
-

106. Укажите наиболее частые осложнения острых абсцессов и гангрены легкого

- 1) [+]Эмпиема плевры, пиопневмоторакс, легочное кровотечение

2) [-]Острая почечно-печеночная недостаточность, анемия, перикардит

3) [-]Вторичные бронхоэктазии, тромбофлебит, нагноение мягких тканей

4) [-]Анемия, хронический пиелонефрит, цистит

5) [-]Амфилоидоз

107. Когда абсцесс легкого можно считать хроническим

1) [-]Длительностью более 1 месяца

2) [+]Длительностью более 2 месяцев

3) [-]Длительностью более 2 недель

4) [-]Длительностью более 3 месяцев

5) [-]Длительностью более 3 недель

108. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать абсцессы легких

1) [-]Лимфогрануломатоз, опухоль средостения, медиастинит

2) [+]Рак и туберкулез легких

3) [-]Междолевой плеврит, эмпиема плевры

4) [-]Доброкачественные и злокачественные образования плевры

5) [-]Медиастинит

109. Укажите ведущие факторы возникновения и развития острого абсцесса легкого

1) [+]Нарушение бронхиальной проходимости, местные расстройства кровообращения, высокая вирулентность микрофлоры

- 2) [-]Травма груди, тромбоэмболия
 - 3) [-]Очаговое воспаление плевры
 - 4) [-]Лимфогенное распространение инфекции в паренхиму легкого
 - 5) [-]Гематогенное распространение инфекции в паренхиму легкого
-

110. Укажите какие критерии составляют основу дифференциальной диагностики абсцесса и туберкулеза легких

- 1) [-]Характер течения и продолжительности заболевания
 - 2) [-]Данные бронхоскопии и пункционной биопсии полостей деструкции
 - 3) [+]**Клинико-рентгенологические данные в динамике и результаты многократного исследования мокроты на БК**
 - 4) [-]Динамика температуры тела, лейкоцитоз и лимфопения
 - 5) [-]Реакция Манту, динамика лейкоцитоза
-

111. Какая форма эмпиемы плевры наиболее часто встречается

- 1) [+]**Первичная**
 - 2) [-]Вторичная
 - 3) [-]Гематогенная
 - 4) [-]Лимфогенная
 - 5) [-]Все четыре одинаково часто
-

112. Какое заболевание легких наиболее часто осложняется пиопневмотораксом

- 1) [-]Пневмония
- 2) [-]Острый гнойный бронхит

3) [-]Острый абсцесс легкого

4) [+]Гангрена легкого

5) [-]Бронхоэктазы легкого

113. Какие сроки характеризуют клинические проявления острой эмпиемы плевры

1) [-]Более 5-6 месяцев

2) [-]Более 3-4 месяцев

3) [+]До 2-3 месяцев

4) [-]До 1 недели

5) [-]До 1 месяца

114. Какие заболевания наиболее часто осложняются развитием эмпиемы плевры

1) [+]Пневмония, абсцесс и гангрена легкого, ранения и травмы груди

2) [-]Перикардит, порок сердца

3) [-]Поддиафрагмальный абсцесс, острый панкреатит

4) [-]Разлитой гнойный перитонит

5) [-]Медиастинит

115. Укажите ведущие приемы, используемые в лечении острой эмпиемы плевры

1) [+]Дренирование плевральной полости и санирование гнойного очага с промыванием растворами антисептиков. Расправление легкого и устранение остаточной полости

2) [-]Повторные пункции плевральной полости с введением в нее антибиотиков

3) [-]Оперативное вмешательство – резекция ребра с широким раскрытием плевральной полости, удаление гноя

4) [-]Декортикация легкого и плеврэктомия

5) [-]Применение антибиотиков широкого спектра действия, физиотерапевтические процедуры

116. Какие микроорганизмы обнаруживают в плевральном экссудате при специфической эмпиеме плевры

1) [-]Золотистый стафилококк, пневмококки

2) [-]Синегнойная палочка, протей, клебсиела

3) [-]Анаэробные микроорганизмы

4) [+]Микобактерии туберкулеза

5) [-]Кишечная палочка, пневмококки

117. Какой из приведенных показателей периферической крови свидетельствует об активности воспалительного процесса

1) [-]Моноцитоз

2) [+]Нейтрофилез

3) [-]Лимфоцитоз

4) [-]Тромбоцитопения

5) [-]Эозинопения

118. Укажите преобладающие клинические признаки воспалительного процесса с локализацией воспалительного очага в полостях или во внутренних органах

1) [-]Синдром эндогенной интоксикации

2) [-]Психическое расстройство

3) [-]Синдром полиорганной недостаточности

4) [+]Проявление нарушений пораженных органов

5) [-]Гипертермия

119. Укажите особенности клинических проявлений хирургической инфекции, вызванной грамотрицательными микроорганизмами

1) [-]Нет клинических особенностей

2) [-]Преобладание общих проявлений

3) [-]Преобладание местных проявлений

4) [+]Запаздывание общих проявлений

5) [-]Гипотермия

120. Н.И. Пирогов

1) [+]Подозревал заразную природу раневых осложнений

2) [-]Разработал стройную систему борьбы с микробами

3) [-]Предложил проточно-промывное дренирование ран

4) [-]Доказал, что нагноению в ране способствуют разможенные и разорванные ткани и сгустки крови

5) [-]Предложил использовать антисептики при гнойной инфекции

121. В хирургии асептику внедрили

1) [+]Т. Бильрот, Э. Бергмон, М.С. Субботин

2) [-]И. Бильгер, П. Дезо, Д. Ларрей

3) [-]Р. Кох, П. Эрлих, А. Каррель

4) [-]С.П. Коломнин, А. Коррель, К.К. Рейер

5) [-]Н.И. Пирогов

122. Впервые метод антисептики в военно-полевой хирургии применили

- 1) [+]К.К. Рейер, Н.В. Склифосовский, Р.П. Коломнин
 - 2) [-]И. Бильгер, Р. Кох, А. Каррель
 - 3) [-]Н.И. Пирогов, М.С. Субботин
 - 4) [-]Н.Н. Бурденко, А.А. Вишневский
 - 5) [-]Н.И. Пирогов
-

123. Профессор И. Буш работал

- 1) [+]В Медико-хирургической академии
 - 2) [-]В Дерптском университете
 - 3) [-]В Берлинском университете
 - 4) [-]В институте им. Н.В. Склифосовского
 - 5) [-]В Казанском университете
-

124. Способ вакуумного дренирования предложили

- 1) [+]Редон К., Юсупов Ю.Н., Кутушев Ф.Х., Попкиров С., Калиник Н.Н.
 - 2) [-]Клопов Л.Г., Охтинский В.П., Чаплинский В.В.
 - 3) [-]Голобородько Н.К., Гросс А.
 - 4) [-]Вишневский А.А., Шрайбер М.И.
 - 5) [-]Колесов А.П.
-

125. Укажите основные принципы, которыми руководствуются при лечении больных с острыми абсцессами легких

- 1) [-]Срочная торакотомия, резекция легкого
- 2) [-]Антибиотикотерапия и дезинтоксикационная терапия, противомаларийное лечение
- 3) [+]Дренирование и санирование гнойника,

противомикробное лечение и коррекция гемостаза

- 4) [-]Дренирование гнойника и плазмоферез
- 5) [-]Пункция гнойника, промывание гнойной полости

126. Укажите показания к дренированию плевральной полости при абсцессах легких

- 1) [+]**Эмпиема плевры, пиопневмоторакс, внутривнутриплевральное кровотечение**
- 2) [-]Высокая температура тела, лейкоцитоз
- 3) [-]Выраженный токсикоз, потеря массы тела
- 4) [-]Безуспешность консервативного лечения
- 5) [-]Множественные абсцессы легких

127. Укажите абсолютные показания к резекции легкого при остром абсцессе легкого

- 1) [+]**Легочное кровотечение, параканкротическая природа гнойника**
- 2) [-]Угроза перехода острого процесса в хронический
- 3) [-]Эмпиема плевры
- 4) [-]Полиорганная недостаточность
- 5) [-]Неэффективная консервативная терапия

128. Какой характер взаимосвязи между острым абсцессом легкого, параканкротическим абсцессом и распространенной гангреней легкого

- 1) [-]Эти заболевания самостоятельны
- 2) [-]Связи нет, связан с заболеванием сердца
- 3) [-]Связан с заболеванием ведущих органов
- 4) [+]**Одна форма нагноения может переходить в другую**

5) [-]При всех формах единый принцип лечения

129. Укажите в каком легком нагноения возникают чаще

- 1) [-]В левом
 - 2) [+]В правом
 - 3) [-]В верхней доле левого легкого
 - 4) [-]В нижней доле левого легкого
 - 5) [-]Разницы нет
-

130. Какая микрофлора высевается из мокроты и гноя при гангрене легкого

- 1) [-]Аэробная
 - 2) [-]Анаэробная
 - 3) [+]Смешанная
 - 4) [-]Простейшая
 - 5) [-]Грамположительная
-

131. Госпитальная инфекция – это

- 1) [-]Любое нагноение в послеоперационном периоде
 - 2) [-]Инфекция кожи, легких и мочевыводящих путей в хирургическом стационаре
 - 3) [+]Инфекционные заболевания и послеоперационные осложнения, возникшие в связи с пребыванием пациента в стационаре
 - 4) [-]Синоним термина хирургическая инфекция
 - 5) [-]Инфекция, возникающая в терапевтическом стационаре
-

132. Укажите частоту послеоперационных

нагноений при «чистых» оперативных вмешательствах

- 1) [+]около 5 %
 - 2) [-]более 40 %
 - 3) [-]менее 0,1 %
 - 4) [-]менее 40 %
 - 5) [-]менее 5 %
-

133. Укажите частоту послеоперационных нагноений у больных, прооперированных по поводу проникающих ранений живота более чем через 4 часа после ранения

- 1) [-]менее 5 %
 - 2) [+]30-40 %
 - 3) [-]менее 0,1 %
 - 4) [-]менее 11 %
 - 5) [-]15-20 %
-

134. Укажите частоту послеоперационных инфекционных осложнений при «условно-чистых» операциях

- 1) [-]менее 5 %
 - 2) [-]более 40 %
 - 3) [-]менее 0,1 %
 - 4) [+]около 10-12 %
 - 5) [-]30 %
-

135. Какую основную цель преследует предоперационная антибиотикопрофилактика

инфекции

- 1) [-] Полная гибель всех микроорганизмов, попавших в рану
- 2) [+] Снижение обсемененности до уровня, который облегчает работу иммунной системы и предотвращает развитие инфекции
- 3) [-] Повышение иммунитета
- 4) [-] Уменьшение риска интраоперационной контаминации раны возбудителями инфекции
- 5) [-] «Стерилизация» послеоперационной раны

136. Какая мера снижает негативное влияние антибактериальных препаратов, применяемых с профилактической целью

- 1) [-] Использование антибиотика широкого спектра
- 2) [-] Использование длительного курса антибиотикопрофилактики
- 3) [+] Применение коротких одна-две дозы курсов антибиотиков с возможно более узким спектром действия
- 4) [-] Местное применение антибиотиков в рану
- 5) [-] Инфильтрация краев раны раствором антибиотика в конце операции

137. Какие антибиотики предпочтительнее для периоперационной профилактики инфекционных осложнений

- 1) [-] Пенициллин С
- 2) [+] Антибиотики с бактерицидным действием
- 3) [-] Антибиотики с бактериостатическим действием
- 4) [-] Комбинация двух и более бактериостатических

5) [-]Стрептомицин

138. Травматический медиастинит обычно начинается

- 1) [-]Непосредственно после травмы
 - 2) [-]На 1-2 сутки после травмы
 - 3) [+]На 3-4 сутки после травмы
 - 4) [-]На 5-6 сутки после травмы
 - 5) [-]В более поздние сроки
-

139. Характерным рентгенологическим симптомом медиастинита является

- 1) [-]Смещение средостения
 - 2) [-]Усиление легочного рисунка
 - 3) [+]Расширение границ средостения
 - 4) [-]Расширение границ сердца
 - 5) [-]Все перечисленные
-

140. Наиболее информативные при медиастините методы исследования

- 1) [+]Компьютерная томография и УЗИ
 - 2) [-]Медиастиноскопия
 - 3) [-]Пневмомедиастинография
 - 4) [-]Электрорентгенография и томография
 - 5) [-]Рентгенография грудной клетки
-

141. Интенсивная боль в груди, усиливающаяся при глотании или запрокидывании головы называется

- 1) [-]Симптом Валя
 - 2) [-]Симптом Ортнера
 - 3) [+]Симптом Герке
 - 4) [-]Симптом Крымова
 - 5) [-]Симптом Куприянова
-

142. Доступ по В.И. Разумовскому применяют при

- 1) [-]Верхнем переднем медиастините
 - 2) [-]Нижнем переднем медиастините
 - 3) [+]Верхнем заднем медиастините
 - 4) [-]Нижнем заднем медиастините
 - 5) [-]При всех формах медиастинита
-

143. Основным методом лечения абсцессов мягких тканей является

- 1) [+]Рациональное дренирование после санации гнойного очага
 - 2) [-]Широкий разрез
 - 3) [-]Антибиотикотерапия
 - 4) [-]Интраоперационная санация
 - 5) [-]Консервативная терапия
-

144. Характерный, «общий» признак флегмоны

- 1) [+]Синдром гнойной интоксикации
- 2) [-]Астено-невротический синдром
- 3) [-]Эйфория
- 4) [-]Неустойчивая температура тела
- 5) [-]Гектическая лихорадка

145. Наиболее частая комбинация симптомов при целлюлитах, фасциитах

- 1) [+]Отек без четких границ, боль, синдром интоксикации
 - 2) [-]Крепитация, повышение температуры тела, лимфаденит
 - 3) [-]Появление пятен некроза, со зловонным отделяемым
 - 4) [-]Болезненность при движениях в близлежащих суставах
 - 5) [-]Гипертермия, повышение СОЭ
-

146. Лечение лимфангита и лимфаденита обязательно предусматривает

- 1) [-]Широкое вскрытие мягких тканей
 - 2) [-]Антикоагулянтную терапию
 - 3) [+]Массивную антибиотикотерапию
 - 4) [-]Коррекцию электролитных расстройств
 - 5) [-]Дезинтоксикационная терапия
-

147. Какое количество фасциальных листов по классификации PNA имеется на шее

- 1) [-]3
 - 2) [-]4
 - 3) [+]5
 - 4) [-]6
 - 5) [-]7
-

148. Какая из фасций прикрепляется в область шеи

- 1) [-]поверхностная
- 2) [+]первый листок собственной фасции

- 3) [-]второй листок собственной фасции
 - 4) [-]третий листок собственной фасции
 - 5) [-]Все перечисленные
-

149. При каких локализациях воспалительного процесса на шее возникает затруднение дыхания

- 1) [+]Может возникать при любых локализациях
 - 2) [-]Только при поверхностных локализациях
 - 3) [-]Только при глубоких локализациях
 - 4) [-]Этот симптом нехарактерен для воспалительных заболеваний шеи
 - 5) [-]Не возникает затруднение дыхания
-

150. При каких локализациях воспалительного процесса в области шеи характерным симптомом является боль

- 1) [+]При всех локализациях
 - 2) [-]Только при глубоких флегмонах
 - 3) [-]Только при поверхностно расположенных очагах
 - 4) [-]При вовлечении в процесс нервных стволов
 - 5) [-]Боль не характерна
-

151. О чем свидетельствует наличие стяжения жевательных мышц и болей при глотании

- 1) [+]О наличии воспалительного процесса в глубоких областях шеи
- 2) [-]О развитии осложнений
- 3) [-]О характере микрофлоры очага воспаления
- 4) [-]О выраженности интоксикации

5) [-]О любых воспалениях шеи

152. Когда применение премедикации для проведения местной анестезии при воспалительных заболеваниях шеи противопоказано

1) [-]При выраженной интоксикации

2) [+]При вовлечении в процесс верхних дыхательных путей

3) [-]При локализации процесса в подбородочном пространстве

4) [-]При локализации процесса в поднижнечелюстном пространстве

5) [-]Противопоказаний нет

153. Какие из перечисленных микроорганизмов являются наиболее частой причиной возникновения аденофлегмон

1) [+]Патогенный стафилококк

2) [-]Стрептококк

3) [-]Анаэробная флора

4) [-]Ассоциации

5) [-]Кишечная палочка

154. Что такое аденофлегмона

1) [+]Инфекция, развивающаяся в лимфатических узлах и окружающих тканях

2) [-]Инфекция, развивающаяся в слюнной железе

3) [-]Инфекция, развивающаяся вокруг инородного тела

4) [-]Инфекция, развивающаяся вокруг пораженной челюсти

5) [-]Инфекция, развивающаяся вокруг пораженного зуба

155. Сколько листков имеет внутришейная фасция

- 1) [-]1
 - 2) [+]2
 - 3) [-]3
 - 4) [-]4
 - 5) [-]5
-

156. В каком ответе перечислены методы, позволяющие с наибольшей достоверностью диагностировать абсцессы печени

- 1) [-]Пальпация, аускультация
 - 2) [-]Перкуссия и аускультация в сочетании с ангиографией, изотопным сканированием
 - 3) [-]Исследование концентрации билирубина сыворотки крови
 - 4) [+]УЗИ, КТ, МРТ
 - 5) [-]Клинические методы, исследование крови
-

157. Какова наиболее частая локализация паразитарных абсцессов печени

- 1) [-]Нижняя доля правого легкого
 - 2) [+]Верхние и задние отделы правой доли печени
 - 3) [-]Левая доля печени
 - 4) [-]Область ворот печени
 - 5) [-]Не имеет значения
-

158. Какого типа температурная реакция наблюдается при абсцессах печени с типичным

клиническим течением

1) [+]Гектического или постоянного типа лихорадка с повышением температуры до 39-40 С, сопровождающееся ознобами

2) [-]Отмечается только субфебрилитет

3) [-]Нормальная температура тела

4) [-]Возвратная или послабляющая лихорадка

5) [-]Не характерна температурная реакция

159. Укажите факторы, наличие или сочетание которых повышает летальность при абсцессах печени

1) [+]Множественные абсцессы, гипербилирубинемия и печеночная недостаточность на фоне абсцесса, развитие осложнений, консервативное лечение

2) [-]Первичный абсцесс печени

3) [-]Чрезкожное дренирование абсцессов печени

4) [-]Амебный абсцесс

5) [-]Эхинококкоз печени

160. Излюбленная локализация подкожного панариция

1) [+]Ладонная поверхность концевой фаланги

2) [-]Тыльная поверхность концевой фаланги

3) [-]Средняя фаланга

4) [-]Основная фаланга

5) [-]Не имеет значения

161. Среди всех панарициев осложненные формы составляют

- 1) [-]5 %
 - 2) [+]10 %
 - 3) [-]15 %
 - 4) [-]20 %
 - 5) [-]25 %
-

162. Рентгенологические изменения при костном панариции концевой фаланги появляются от начала заболевания на

- 1) [-]3-4 день
 - 2) [-]5-7 день
 - 3) [+]10-14 день
 - 4) [-]20 день
 - 5) [-]25 день
-

163. Наиболее часто встречаются

- 1) [-]Сухожильный панариций
 - 2) [-]Костный панариций
 - 3) [-]Паронихия
 - 4) [-]Подногтевой панариций
 - 5) [+]Подкожный панариций
-

164. Методы лечения панариция по типу «запонки»

- 1) [-]Применение антисептических растворов
 - 2) [-]Применение мазевых повязок
 - 3) [-]УВЧ
 - 4) [+]Вскрытие панариция
 - 5) [-]Применение антибиотиков
-

165. Наиболее тяжела форма гнойного заболевания кисти

- 1) [-]Межпальцевая флегмона
 - 2) [-]Ладонный мозольный абсцесс
 - 3) [-]Флегмона тенара
 - 4) [-]Флегмона тыла кисти
 - 5) [+]V-образная флегмона
-

166. Для какого вида панариция характерна булавовидная форма пальца

- 1) [-]Подкожного
 - 2) [-]Подногтевого
 - 3) [+]Костного
 - 4) [-]Паронихии
 - 5) [-]Суставного
-

167. При сухожильном панариции процесс чаще распространяется

- 1) [+]По сухожилию сгибателей
 - 2) [-]По сухожилию разгибателей
 - 3) [-]По сухожилию сгибателей и разгибателей одновременно
 - 4) [-]По лимфатическим сосудам
 - 5) [-]Гематогенным путем
-

168. Гнойные тендовагиниты каких пальцев приводят к развитию V-образной флегмоны

- 1) [+]Первого
- 2) [-]Второго
- 3) [-]Третьего

4) [-]Четвертого

5) [-]Первого и второго

169. Укажите проявления V-образной флегмоны кисти

1) [-]Кисть отечна

2) [-]Пальцы кисти полусогнуты

3) [-]Цвет тыла кисти сине-багровый

4) [-]Резкая боль

5) [+]Все перечисленные проявления

170. Назовите наиболее эффективные лечебные мероприятия при панариции в стадии серозного воспаления

1) [-]Иммобилизация

2) [-]Криотерапия

3) [+]Регионарная инфузия антибиотиков под двумя манжетами

4) [-]Электрофорез антибиотиков

5) [-]Все перечисленные мероприятия

171. Какие действия должен предпринять хирург при суставном панариции

1) [-]Выполнить пункцию

2) [+]Выполнить пункцию и ввести в полость сустава раствор антибиотиков

3) [-]Выполнить артротомию сустава

4) [-]Артротомия и секвестрэктомия

5) [-]Все перечисленные действия

172. Назовите какие манипуляции должен выполнить хирург при вскрытии панариция

- 1) [-]Анестезия
 - 2) [-]Вскрытие гнойного очага
 - 3) [-]Удаление гнойно-некротических тканей
 - 4) [-]Дренирование раны
 - 5) [+]Все перечисленные манипуляции
-

173. При каком виде панариция не требуется анестезии при его вскрытии

- 1) [-]Сухожильном
 - 2) [+]Кожном
 - 3) [-]Подкожном
 - 4) [-]Подногтевом
 - 5) [-]Всегда требуется
-

174. Консервативное лечение применяется чаще при

- 1) [-]Подкожном панариции
 - 2) [+]Лимфатическом панариции
 - 3) [-]Пандактилите
 - 4) [-]Подногтевом панариции
 - 5) [-]Паронихии
-

175. Причиной развития пандактилита является осложнение

- 1) [-]Костного панариция
- 2) [-]Костно-суставного панариция
- 3) [-]Сухожильного панариция

4) [-]Подкожного

5) [+]Всех перечисленных видов панарициев

176. Наиболее тяжелое течение панариция наблюдается после

1) [-]Мелких травм

2) [+]Укусов человека

3) [-]Глубоких уколов

4) [-]Ожогов пальца

5) [-]Заусениц

177. Среди военнослужащих выросший ноготь встречается в

1) [-]1-2 %

2) [-]5-6 %

3) [+]10-11 %

4) [-]15-16 %

5) [-]20-25 %

178. При сухожильном панариции 2 пальца правой кисти иммобилизация производится с помощью

1) [-]Тыльной гипсовой лонгеты

2) [+]Ладонной гипсовой лонгеты

3) [-]Шпателя

4) [-]Пластмассовой лонгеты

5) [-]Не проводится

179. В стадии серозного воспаления при панариции 3 пальца целесообразно производить

иммобилизацию с помощью

- 1) [-]Косынки
 - 2) [+]Ладонной гипсовой лонгеты
 - 3) [-]Тыльной гипсовой лонгеты
 - 4) [-]Пластмассовой лонгеты
 - 5) [-]Нет необходимости в иммобилизации
-

180. При вскрытии панариция целесообразно использовать повязки с

- 1) [-]Раствором фурацилина
 - 2) [-]Мазью Вишневского
 - 3) [-]Маслом облепихи
 - 4) [+]Мазью «Левосин»
 - 5) [-]Бальзама Шостаковского
-

181. Какой процент огнестрельных ран не нуждается в хирургической обработке

- 1) [+]20-35 %
 - 2) [-]до 40 %
 - 3) [-]Все огнестрельные раны нуждаются в хирургической обработке
 - 4) [-]до 10 %
 - 5) [-]1-2 %
-

182. Укажите при какой локализации огнестрельного ранения нельзя накладывать первичный шов

- 1) [+]Нижняя конечность
- 2) [-]Голова

3) [-]Мошонка

4) [-]После торакотомии

5) [-]Кисть

183. Наиболее эффективным средством предупреждения анаэробной инфекции в ране является

1) [+]**Первичная хирургическая обработка, оксигенобаротерапия**

2) [-]Введение антибиотиков

3) [-]Остановка кровотечения

4) [-]Иммобилизация

5) [-]Антибиотики широкого спектра действия в течение 7-10 дней

184. Какие осложнения при остром гематогенном остеомиелите встречаются наиболее часто

1) [-]Анкилозы, артрозы

2) [+]**Сепсис, патологические переломы костей**

3) [-]Раневая кахексия, амилоидоз

4) [-]Деформация костей, келоидные рубцы

5) [-]Амилоидоз

185. Какой из методов исследования имеет наиболее высокую диагностическую ценность при остром гематогенном остеомиелите

1) [+]**Рентгенография**

2) [-]Сканирование

3) [-]Ультрасонография

4) [-]Тепловидение

5) [-]Рентгеноскопия

186. Какой из рентгенологических симптомов при остром гематогенном остеомиелите является наиболее ранним

1) [-]Расслоение периоста

2) [-]Очаг деструкции

3) [+]**Утолщение и деформация мягких тканей**

4) [-]Секвестрация

5) [-]Деформация костной структуры

187. Когда при остром гематогенном остеомиелите появляются рентгенологические признаки костной деструкции

1) [-]Через 3-7 суток

2) [+]**Через 2-3 недели**

3) [-]Через 4-5 недель

4) [-]Через 5-6 недель

5) [-]Через 2 месяца

188. Как называется метод измерения внутрикостного давления

1) [-]Остеография

2) [-]Медуллография

3) [+]**Остеоманометрия**

4) [-]Метод не применяется

5) [-]Ультрасонография

189. В течение какого времени развивается молниеносный хирургический сепсис

- 1) [-]В течение нескольких минут
 - 2) [-]В течение нескольких суток
 - 3) [+]В течение 6-8 суток
 - 4) [-]В течение нескольких недель
 - 5) [-]В течение 3 суток
-

190. В течение какого времени развивается острый хирургический сепсис

- 1) [-]В течение 1-7 суток
 - 2) [+]В течение 1-4 недель
 - 3) [-]В течение нескольких месяцев
 - 4) [-]В течение 2-3 суток
 - 5) [-]В течение 5-7 суток
-

191. В течение какого времени развивается подострый хирургический сепсис

- 1) [-]В течение 1-3 недель
 - 2) [+]В течение 1-3 месяцев
 - 3) [-]В течение 4-5 месяцев
 - 4) [-]В течение 5-10 дней
 - 5) [-]В течение 1-3 суток
-

192. В течение какого времени развивается хронический хирургический сепсис

- 1) [-]В течение 1-3 недель
- 2) [-]В течение 1-2 месяцев
- 3) [+]В течение 3 месяцев и более

4) [-]В течение 2-3 месяцев

5) [-]В течение 5-7 дней

193. Какой вид хирургического сепсиса встречается наиболее часто

1) [+]Стафилококковый

2) [-]Грамотрицательный

3) [-]Анаэробный

4) [-]Полимикробный

5) [-]Синегнойный

194. Лечение хирургической инфекции мягких тканей в стадии серозно-инфильтративного воспаления включает в себя

1) [-]Новокаин-пенициллиновый блок

2) [-]УФО пораженных участков

3) [-]Антибиотикотерапия

4) [+]Все вышеперечисленное

5) [-]Операция

195. Хирургическое пособие показано при

1) [-]Эризепилоиде

2) [-]Рожистом воспалении

3) [+]Карбункуле

4) [-]Лимфатическом панариции

5) [-]Всех вышеперечисленных заболеваниях

196. Как часто встречается гангренозная форма мастита

- 1) [-]В 20-30 % наблюдений
 - 2) [-]В 10-15 % наблюдений
 - 3) [-]В 5-10 % наблюдений
 - 4) [+]**В 1-2 % наблюдений**
 - 5) [-]В 35-40 % наблюдений
-

197. Укажите клинические формы острого мастита

- 1) [-]Компенсированный, декомпенсированный
 - 2) [+]**Серозный, острый инфильтративный, гнойно-деструктивный**
 - 3) [-]Паренхиматозный, местный, генерализованный
 - 4) [-]Местный, гнойно-деструктивный, декомпенсированный
 - 5) [-]Субкомпенсированный
-

198. Кожная проба проводится перед применением пенициллина

- 1) [+]**Во всех случаях**
 - 2) [-]При наличии сыпи на коже
 - 3) [-]При наличии лихорадки
 - 4) [-]При аллергии в анамнезе
 - 5) [-]При лейкоцитозе
-

199. Какие побочные действия вызывают полусинтетические пенициллины

- 1) [-]Увеличение лейкоцитоза, сдвиг формулы крови влево
- 2) [+]**Интерстициальный нефрит, холестатический гепатит**
- 3) [-]Повышение центрального венозного давления
- 4) [-]Повышение СОЭ

200. Какой препарат выводится с желчью и служит препаратом выбора у больных с нарушением функций почек

- 1) [-]Пенициллин
 - 2) [+]Оксациллин
 - 3) [-]Гентамицин
 - 4) [-]Стрептомицин
 - 5) [-]Тетрациклин
-

201. Назовите наиболее частую причину возникновения острого парапроктита

- 1) [-]Перенесенные хирургические вмешательства на прямой кишке
 - 2) [-]Анальная трещина
 - 3) [-]Геморрой
 - 4) [+]Микротравма слизистой прямой кишки и анального канала
 - 5) [-]Пельвиоперитонит
-

202. Назовите самый древний метод лечения свищей прямой кишки

- 1) [+]Лигатурный
- 2) [-]Иссечение свища со сфинктеротомией
- 3) [-]Иссечение свища с перемещением слизистой дистального отдела прямой кишки
- 4) [-]Рассечение и иссечение свища в просвет кишки
- 5) [-]Микроклизмы с антисептиками

203. Назовите основную причину формирования свища прямой кишки после вскрытия острого парапроктита

- 1) [+]Оставшееся открытым после вскрытия гнойника сообщение с прямой кишкой
 - 2) [-]Неполное опорожнение гнойника вследствие плохого дренирования
 - 3) [-]Снижение резистентности организма к инфекции
 - 4) [-]Все вышеперечисленные
 - 5) [-]Причины неизвестны
-

204. Назовите форму острого парапроктита, имеющую наиболее неблагоприятный прогноз

- 1) [-]Ишиоректальный
 - 2) [-]Подслизистый
 - 3) [-]Подкожный
 - 4) [+]Анаэробный
 - 5) [-]Осложненного свищем
-

205. Укажите показания к срочному оперативному вмешательству при хроническом парапроктите

- 1) [+]Обострение хронического парапроктита
 - 2) [-]Подострое течение парапроктита (наличие инфильтратов)
 - 3) [-]Хроническое течение
 - 4) [-]Стойкая ремиссия, при которой не определяется внутреннее обострение и облитерированный гнойный ход
 - 5) [-]Параректальный свищ
-

206. Укажите причины рецидивов после оперативных вмешательств по поводу эпителиальных копчиковых ходов

- 1) [-]Недостаточная радикальность оперативного вмешательства
 - 2) [-]Неправильное ведение послеоперационной раны
 - 3) [-]Врастание волос и загнивание кожных краев над полостью
 - 4) [+]**Все вышеуказанное**
 - 5) [-]Все неверно
-

207. Укажите частоту развития эмпиемы плевры у больных гангреной легкого

- 1) [-]2-5 %
 - 2) [-]5-10 %
 - 3) [-]10-20 %
 - 4) [-]30-40 %
 - 5) [+]**более 50 %**
-

208. Укажите наиболее часто встречающиеся осложнения острой эмпиемы плевры

- 1) [+]**Медиастинит, перикардит, гнойные поражения грудной стенки, сепсис, полиорганная недостаточность**
 - 2) [-]Эзофагит, сепсис, почечно-печеночная недостаточность
 - 3) [-]Синдром верхней полой вены
 - 4) [-]Воспаление лимфоузлов средостения
 - 5) [-]Ателектаз легкого
-

209. Укажите основные неблагоприятные

факторы, вызывающие развитие эмпиемы плевры при ранениях в грудь

- 1) [-]Аспирация инородных тел в трахеобронхиальное дерево, ушиб легкого
- 2) [-]Сочетанная травма
- 3) [+]Свернувшийся гемоторакс, микробное загрязнение плевральной полости, повреждение бронхиального дерева
- 4) [-]Респираторный дистресс-синдром
- 5) [-]Клапанный пневмоторакс

210. Укажите основные показания к использованию пункционного способа санации плевральной полости

- 1) [-]Ограниченный пиопневмоторакс
- 2) [+]Ограниченная эмпиема
- 3) [-]Субтотальная эмпиема
- 4) [-]Тотальный пиопневмоторакс
- 5) [-]Во всех случаях

211. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать эмпиему плевры

- 1) [+]Пневмония, мезотелиома плевры, экссудативный плеврит, опухоли легких
- 2) [-]Опухоли средостения, гангрена легкого
- 3) [-]Абсцесс легкого, поддиафрагмальный абсцесс
- 4) [-]Опухоли печени, абсцесс печени
- 5) [-]Со всеми перечисленными

212. Какой стадии абсцесса печени

соответствует участок повышенной экзогенности без четкой границы и контуров, выявляемых при УЗИ печени

- 1) [+]Стадии формирования инфильтрата
- 2) [-]Стадии абсцедирования
- 3) [-]Стадии развития осложнений
- 4) [-]Ни в одной из перечисленных стадий
- 5) [-]Во всех стадиях

213. Какие бактерии являются наиболее частыми возбудителями абсцессов печени

- 1) [+]Кишечная палочка, клебсиела, синегнойная палочка, анаэробы
- 2) [-]Стафилококк, синегнойная палочка
- 3) [-]Пневмококк
- 4) [-]Candida albicans
- 5) [-]Анаэробная инфекция

214. Укажите наиболее приемлемый вариант хирургического лечения абсцессов печени у пожилых и ослабленных пациентов с расположением гнойника в периферических участках печени

- 1) [-]Лапаротомия, резекция пораженного участка печени
- 2) [+]Чрезкожное дренирование под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии
- 3) [-]Только симптоматическое лечение
- 4) [-]Лапаротомия, дренирование абсцесса печени
- 5) [-]Периодические пункции абсцесса с введением

215. В каком случае противопоказано хирургическое лечение (в т.ч. дренирование) абсцессов печени

- 1) [-]Осложненные абсцессы печени
- 2) [-]Множественные абсцессы, микст-инфекции, гипербилирубинемия на фоне абсцесса, развитие осложнений
- 3) [-]Первичный абсцесс печени
- 4) [-]Абсцесс печени на фоне эхинококкоза
- 5) [+]Ни в одном из перечисленных случаев

216. В каком ответе указаны наиболее трудные случаи дифференциальной диагностики абсцессов печени

- 1) [+]Небольших размеров абсцессы (менее 2 см), дифференциальная диагностика больших абсцессов в стадии инфильтрата с опухолью
- 2) [-]Абсцессы диаметром 2 см при наличии результатов чрезкожной пункции
- 3) [-]Множественные абсцессы, микст-инфекция, гипербилирубинемия на фоне абсцесса, развитие осложнений
- 4) [-]Паразитарные абсцессы печени
- 5) [-]Центральные абсцессы печени

217. Сколько листов по классификации В.Н.Шевкуненко имеет собственная фасция шеи

- 1) [-]2
- 2) [+]3
- 3) [-]4

4) [-]5

5) [-]6

218. С какими образованиями сообщается срединное клетчаточное пространство шеи

- 1) [+]Со средостением
- 2) [-]С полостью рта
- 3) [-]С надключичной областью
- 4) [-]С подключичной областью
- 5) [-]С плевральной полостью

219. Где появляется краснота при локализации флегмоны в крыловидно-челюстном пространстве

- 1) [+]На слизистой оболочке полости рта или зева
- 2) [-]На боковой поверхности шеи
- 3) [-]На подбородочной области
- 4) [-]По передней поверхности шеи
- 5) [-]Этот симптом не характерен для данной локализации воспалительного процесса

220. При каких локализациях воспалительного процесса на шее возникает затруднение дыхания

- 1) [+]Может возникнуть при любых локализациях
- 2) [-]Только при поверхностных локализациях
- 3) [-]Только при глубоких локализациях
- 4) [-]Этот симптом нехарактерен для воспалительных заболеваний шеи
- 5) [-]Только при флегмоне подчелюстной области

221. Когда нельзя применять общее обезболивание для вскрытия воспалительных заболеваний шеи

- 1) [+] При флегмонах, сопровождающихся затруднением открывания рта
 - 2) [-] При выраженной интоксикации
 - 3) [-] При локализации процесса в подчелюстном пространстве
 - 4) [-] При локализации процесса в подбородочной области
 - 5) [-] При аденофлегмоне
-

222. Наиболее частое место расположения аденофлегмон

- 1) [+] Подчелюстная область
 - 2) [-] Подбородочная область
 - 3) [-] Околоушная область
 - 4) [-] Щечная область
 - 5) [-] Височная область
-

223. Что является основной отличительной характеристикой аденофлегмоны от лимфаденита

- 1) [-] Отсутствие специфических черт местного воспалительного процесса
- 2) [-] Менее выраженная общая интоксикация
- 3) [-] Более выраженная общая интоксикация
- 4) [+] Отсутствие изменений в периферической крови
- 5) [-] Отсутствие болезненности при пальпации

224. Наиболее опасные осложнения фурункулов, карбункулов

- 1) [-]Тромбофлебит
 - 2) [+]Сепсис
 - 3) [-]Острая сердечно-сосудистая недостаточность
 - 4) [-]Келоидные рубцы
 - 5) [-]Абсцесс
-

225. Что называется флегмоной Реклю

- 1) [+]Плотный, воспалительный инфильтрат при хронизации гнойного процесса в подкожной клетчатке
 - 2) [-]Бурно прогрессирующую забрюшинную флегмону
 - 3) [-]Туберкулезный натечник
 - 4) [-]Гнойный медиастинит
 - 5) [-]Актиномикоз передней грудной стенки
-

226. Наиболее предпочтительные способы обезболивания при оперативном лечении некротических фасциитов и целлюлитов

- 1) [-]Местное обезболивание
 - 2) [+]Общий наркоз
 - 3) [-]Проводниковое обезболивание
 - 4) [-]Применение хлорэтила
 - 5) [-]Внутривенная анестезия
-

227. Наиболее рациональные методы санации абсцессов мягких тканей

- 1) [+]Проточно-промывное дренирование
- 2) [-]Пункционная санация

3) [-]Широкие разрезы

4) [-]Некрэктомия

5) [-]Обработка ложечкой Фолькмана

228. Наиболее часто встречающиеся микроорганизмы, причастные к нагноению мягких тканей

1) [-]Кишечная палочка

2) [-]Протей

3) [-]Синегнойная палочка

4) [+]Стафилококк

5) [-]Стрептококк

229. Наиболее частая причина возникновения постинъекционных абсцессов

1) [+]Нарушение правил асептики

2) [-]Нарушение трофики тканей и раздражающее действие вводимых растворов лекарственных средств и их комбинаций

3) [-]Неправильно выбранные места инъекций

4) [-]Наличие «госпитальной» инфекции

5) [-]Истощение

230. Основные методы лечения лимфангита

1) [+]Санация первичного очага инфекции и антибактериальная терапия

2) [-]Широкие разрезы по ходу пораженных лимфатических сосудов

3) [-]Внутривенное введение антибиотиков «под жгутом»

4) [-]Антибактериальная терапия

5) [-]Все вышеперечисленные методы

231. Показания к оперативному лечению лимфаденита

- 1) [+]Аденофлегмона
 - 2) [-]Сепсис
 - 3) [-]Осложнение тромбофлебитом
 - 4) [-]Неэффективность антибактериальной терапии
 - 5) [-]Гипертермия
-

232. Оптимальный метод анестезии при операциях по поводу медиастинита

- 1) [-]Общая внутренняя анестезия без ИВЛ
 - 2) [+]Общее обезболивание с ИВЛ
 - 3) [-]Местная инфильтрационная анестезия
 - 4) [-]Любой из перечисленных методов
 - 5) [-]Внутривенное обезболивание
-

233. Чрезплевральную медиастинотомию по В.Д.Добромыслову целесообразно использовать при

- 1) [-]Переднем медиастините
 - 2) [-]Заднем медиастините
 - 3) [+]Диффузном медиастините
 - 4) [-]Всех видах медиастинита
 - 5) [-]Нецелесообразно использовать
-

234. Внутривнутриплевральный парастеральный доступ при медиастините предложил

- 1) [-]Троянов
 - 2) [+]Маделунг
 - 3) [-]Кохер
 - 4) [-]Сазон-Ярошевич
 - 5) [-]Куприянов
-

235. Метод герметичного дренирования средостения с постоянным промыванием полости гнойника антисептиками и активной аспирацией содержимого предложил

- 1) [-]Войно-Ясенецкий В.Ф.
 - 2) [-]Вишневский А.А.
 - 3) [-]Стручков В.И.
 - 4) [+]Каншин Н.Н.
 - 5) [-]Петровский Б.В.
-

236. На каком этапе «чистого» оперативного вмешательства микробная контаминация раны достигает максимума

- 1) [-]При интраоперационном кровотечении
 - 2) [-]В момент каждого разреза
 - 3) [+]К концу операции – к моменту наложения швов
 - 4) [-]При обработке сосудов
 - 5) [-]При удалении патологического очага
-

237. Каким должен быть спектр активности антибиотика, применяемого для профилактики инфекционных осложнений

- 1) [-]Максимально широким

2) [+] Должен соответствовать спектру наиболее частых (но не всех) возбудителей для данного стационара

3) [-] Должен быть узким и направленным только на наиболее вероятный микробный агент

4) [-] Все вышеперечисленные

5) [-] Спектр активности не учитывается

238. Какими из числа перечисленных фармакокинетических свойств должен обладать антибиотик, применяемый для профилактики инфекционных осложнений

1) [+] Высокая тканевая концентрация и низкое связывание с белком

2) [-] Низкая тканевая концентрация и высокое связывание с белком

3) [-] Фармакокинетика антибиотика при профилактическом применении не учитывается

4) [-] Высокий период полувыведения

5) [-] Высокая концентрация в крови

239. Какие параметры характеризуют оптимальную концентрацию цефалоспориновых антибиотиков в сыворотке крови при их профилактическом применении

1) [+] Выше МПК для стафилококков, стрептококка, кишечной палочки в течение всего «критического» периода примерно в 4 раза

2) [-] Превышает МПК всех потенциальных возбудителей в течение 15-20 минут после внутривенного введения

3) [-] Выше МПК стафилококка и других возможных

возбудителей

- 4) [-]Пиковая концентрация – 4 МПК, в остальное время не менее МПК
- 5) [-]Все вышеперечисленные

240. Какой фармакодинамический параметр является основным в дозировании цефалоспоринов

- 1) [+]Время выше МПК
- 2) [-]Площадь под фармакокинетической кривой
- 3) [-]Отношение площади под фармакокинетической кривой к МПК
- 4) [-]Отношение под фармакокинетической к МПК, отношение пиковой концентрации к МПК
- 5) [-]Не имеет значения

241. Какой фармакодинамический параметр является основным в дозировании фторхинолонов и аминогликозидов

- 1) [+]Время выше МПК
- 2) [-]Площадь под фармакокинетической кривой, время выше МПК
- 3) [-]Отношение площади под фармакокинетической кривой к МПК
- 4) [-]Отношение под фармакокинетической к МПК, отношение пиковой концентрации к МПК
- 5) [-]Не имеет значения

242. Антибиотики каких групп относят к препаратам с независимым от концентрации, но

зависимым от времени типом уничтожения бактерий

- 1) [+]Цефалоспорины и пенициллины
 - 2) [-]Аминогликозиды
 - 3) [-]Фторхинолоны
 - 4) [-]Аминогликозиды и фторхинолоны
 - 5) [-]Тетрациклины
-

243. Антибиотики каких групп не относятся к препаратам с независимым от концентрации, но зависимым от времени типом уничтожения бактерий

- 1) [-]Цефалоспорины и пенициллины
 - 2) [-]Цефалоспорины и аминогликозиды
 - 3) [-]Пенициллины и фторхинолоны
 - 4) [+]Аминогликозиды и фторхинолоны
 - 5) [-]Тетрациклины
-

244. Какие антибиотики характеризуются сниженной резорбции в кровь из плевральной полости

- 1) [+]Амикацин и линкомицин
 - 2) [-]Цефалотин и сизомицин
 - 3) [-]Гентамицин и сизомицин
 - 4) [-]Цефалотин и гентамицин
 - 5) [-]Тетрациклины
-

245. Укажите препарат выбора при лечении анаэробных (пептострептококковых) миозитов,

эпифасциитов и других инфекций

- 1) [-]Тиенам
 - 2) [-]Цефтриаксон
 - 3) [+]**Бензилпенициллин**
 - 4) [-]Олететрин
 - 5) [-]Стрептомицин
-

246. Укажите препарат выбора при лечении анаэробных инфекций, вызванных *B.fragilis*

- 1) [-]Тиенам
 - 2) [-]Цефтриаксон
 - 3) [-]Бензилпенициллин
 - 4) [+]**Клиндамицин и левомецетин**
 - 5) [-]Тетрациклины
-

247. Какие сегменты легких чаще поражаются гнойно-деструктивными процессами

- 1) [+]**2,6,10**
 - 2) [-]1,3,5
 - 3) [-]11,12
 - 4) [-]4,5,7
 - 5) [-]1,8
-

248. Какова величина кровопотери при легочном кровотечении легкой степени

- 1) [+]**50-100 мл**
- 2) [-]250-300 мл
- 3) [-]150-250 мл
- 4) [-]500-600 мл

5) [-]20-30 мл

249. Какова величина кровопотери при легочном кровотечении средней степени

1) [+]100-500 мл

2) [-]300-500 мл

3) [-]50-100 мл

4) [-]650 мл

5) [-]700 мл

250. Какова величина кровопотери при легочном кровотечении тяжелой степени

1) [-]300- 400 мл

2) [+]Более 500 мл

3) [-]100-200 мл

4) [-]50-100 мл

5) [-]200-300 мл

251. Укажите основные факторы патогенеза при легочном нагноении, осложненном легочным кровотечением

1) [-]Кровопотеря

2) [+]Асфикция

3) [-]Бронхоэктазы

4) [-]Остановка сердца

5) [-]«Шоковое» легкое

252. Какой объем резекции выполняется при абсцессе и гангрене легких

- 1) [-]Атипичная резекция
 - 2) [+]Лоб-,билоб-,пневмонэктомия
 - 3) [-]Сегментэктомия
 - 4) [-]Пневмонэктомия
 - 5) [-]Дренирование плевральной полости
-

253. Кто из ниже перечисленных ученых занимался проблемой гнойно-деструктивных заболеваний легких

- 1) [+]Л.С.Лесницкий
 - 2) [-]С.П.Коломнин
 - 3) [-]С.П.Федоров
 - 4) [-]С.С.Гирголав
 - 5) [-]Н.В.Путов
-

254. Э.Бергман в 1870-1871 гг. провозгласил

- 1) [+]Доктрину о первичной стерильности огнестрельных ран
 - 2) [-]Положение о первичной хирургической обработки огнестрельной раны
 - 3) [-]Новую теорию развития инфекции в ране
 - 4) [-]Положение о вторичной хирургической обработке огнестрельных ран
 - 5) [-]Нет правильного ответа
-

255. И.В.Давыдовский в 1952 г. провозгласил

- 1) [-]Доктрину о первичной стерильности огнестрельных ран
- 2) [-]Положение о первичной хирургической обработки огнестрельной раны
- 3) [+]Новую теорию развития инфекции в ране

4) [-]Положение о вторичной хирургической обработке огнестрельных ран

5) [-]Нет правильного ответа

256. Высказывание об огнестрельной ране «Превратить рану ушибленную в порезанную» принадлежит

1) [+]Н.И.Пирогову

2) [-]С.П.Коломнину

3) [-]И.В.Давыдовскому

4) [-]А.В.Вишневскому

5) [-]А.Н.Беркутову

257. Лечение гнойников методом проточно-промывного дренирования с длительной аспирацией предложил

1) [+]Каншин Н.Н.

2) [-]Кузин М.И.

3) [-]Левин О.А.

4) [-]Ермольева З.В.

5) [-]Стручков В.И.

258. Укажите основные внешние признаки стафилококковой инфекции

1) [-]Яркая гиперемия окружающей кожи, напластования фибрина на дне раны

2) [-]Зловонное прозрачное отделяемое из раны

3) [-]Геморрагическое отделяемое из раны, крепитация мягких тканей

4) [+]Светлый сливкообразный гной, склонность к

абсцедированию

5) [-]«Сухая» рана, бледные края раны

259. Укажите основные внешние признаки инфекционного процесса, вызванного грамотрицательной микрофлорой

1) [+]Темно-серый, коричневый гной с неприятным запахом

2) [-]Повышенная кровоточивость краев и дна раны, экссудат сине-зеленого цвета

3) [-]Некротизированные ткани в стенках раны, склонность к их лизису

4) [-]Прозрачное отделяемое из раны, крепитация ее краев и окружающих тканей

5) [-]Зловонное прозрачное отделяемое из раны

260. Укажите основной фактор, способствующий развитию грамотрицательной микрофлоры в ране

1) [-]Длительное переохлаждение

2) [-]Снижение массы тела

3) [+]Продолжительный срок от ранения до оказания помощи

4) [-]Нарушение свертывающей системы крови

5) [-]Снижение иммунитета

261. Укажите необходимое исследование для экспресс диагностики характера микрофлоры, вызвавшей инфекционный процесс в ране

1) [-]Бактериологическое исследование тканей из краев раны

- 2) [-]Проведение реакции флуоресценции
 - 3) [+]**Бактериоскопия мазков экссудата**
 - 4) [-]Посев крови на гемокультуру на высокоселективные среды
 - 5) [-]Хроматография
-

262. Результаты каких исследований окончательно подтверждают этиологический диагноз хирургической инфекции

- 1) [-]Выявление антител в сыворотке крови к микроорганизму
 - 2) [-]Определение индекса Кальф-Калифа
 - 3) [-]Определение уровня циркулирующих иммунных комплексов
 - 4) [+]**Бактериологические исследования**
 - 5) [-]Хроматография
-

263. Какие методы обезболивания используются при операциях по поводу панариция концевой фаланги

- 1) [+]**По Лукашевичу-Оберсту**
 - 2) [-]По Оберсту-Лукашевичу
 - 3) [-]По Усольцевой
 - 4) [-]Инфильтрационная анестезия
 - 5) [-]Внутривенная анестезия
-

264. При вскрытии флегмоны кисти лучше использовать анестезию

- 1) [-]Инфильтрационную
- 2) [-]Проводниковую

3) [-]По Е.В.Усольцевой

4) [+]Общую

5) [-]Спинальную

265. В какой фазе течения воспалительного процесса при панариции применяется оперативное лечение

1) [-]Серозно-инфильтративной

2) [+]Гнойно-некротической

3) [-]Регенерации

4) [-]Во всех перечисленных

5) [-]Гнойно-некротической и регенерации

266. Укажите какие патологические процессы характерны для гнойного тендовагинита

1) [-]Сдавление питающих сухожилие сосудов

2) [-]Некроз сухожилия

3) [-]Тромбоз питающих сухожилие сосудов

4) [-]Наличие гноя в сухожильном влагалище

5) [+]Все перечисленные процессы

267. Назовите проявления подапоневротической флегмоны ладонной поверхности кисти

1) [-]Болезненность при пальпации

2) [-]Ограничение подвижности II-IV пальцев

3) [-]Отек кисти

4) [-]Усиление болей при сгибании кисти в кулак

5) [+]Все перечисленные проявления

268. Укажите при каких видах флегмон кисти процесс может осложниться флегмоной пространства Пирогова

- 1) [-]Подапоневротической
 - 2) [-]Флегмона тенара
 - 3) [-]Флегмона гипотенара
 - 4) [-]V-образная флегмона
 - 5) [+]При всех вышеперечисленных видах флегмон
-

269. Какие действия хирурга при костно-суставном панариции

- 1) [-]Пункция сустава и введение антибиотиков
 - 2) [+]Артротомия сустава и его дренирование
 - 3) [-]Ампутация пальца
 - 4) [-]Антибиотикотерапия
 - 5) [-]Иммобилизация пальца и кисти
-

270. При каких видах панариция показана ампутация пальцев

- 1) [-]При костно-суставном
 - 2) [-]При пандактилите
 - 3) [-]При сухожильном
 - 4) [-]При костном
 - 5) [+]Ампутация не показана
-

271. Укажите объем возможных вмешательств при подногтевом панариции

- 1) [-]Клиновидное иссечение края ногтя
- 2) [-]Трепанация ногтя скальпелем или бормашиной

- 3) [-]Удаление ногтя
 - 4) [-]Иммобилизация
 - 5) [+]Все перечисленные вмешательства
-

272. При вскрытии пандактилита чаще используют анестезию

- 1) [+]По Усольцевой
 - 2) [-]Инфильтрационную
 - 3) [-]По Лукашевичу-Оберсту
 - 4) [-]Внутрикостную
 - 5) [-]Внутривенную
-

273. Осложнение в виде «рыбьей пасти» возникает при лечении

- 1) [-]Паронихии
 - 2) [-]Подногтевого панариция
 - 3) [+]Подкожного панариция
 - 4) [-]Сухожильного панариция
 - 5) [-]Лимфатического панариция
-

274. Наиболее часто ампутацию фаланг или всего пальца выполняют при лечении

- 1) [-]Костного панариция
 - 2) [+]Пандактилита
 - 3) [-]Сухожильного панариция
 - 4) [-]Костно-суставного панариция
 - 5) [-]Эризипелоида
-

275. Кто предложил трехстепенную клинико-анатомическую классификацию вросшего ногтя в

1957 году

- 1) [+]В.Ф.Ларин
 - 2) [-]М.В.Мелешевич
 - 3) [-]Д.И.Муратов
 - 4) [-]А.А.Чашников
 - 5) [-]М.И.Лыткин
-

276. Кто предложил радикальную операцию по поводу вросшего ногтя с краевой резекцией ногтевой пластинки, матрикса, иссечением боковых мягких тканей, наложением швов и пломбировкой пораженного участка специальной смесью

- 1) [-]Ю.Ю.Джанелидзе
 - 2) [+]В.Ф.Ларин
 - 3) [-]М.В.Мелешевич
 - 4) [-]А.А.Чашников
 - 5) [-]М.И.Лыткин
-

277. После вскрытия костного панариция концевой фаланги, какая дальнейшая тактика хирурга при значительном поражении костной ткани

- 1) [-]Убрать свободнолежащие секвестры
- 2) [+]С помощью ложечки Фолькмана обработать костную полость с удалением гнойных грануляций и свободнолежащих секвестров
- 3) [-]С помощью ложечки Фолькмана обработать костную полость и убрать все содержащиеся мягкие массы до костной

структуры

- 4) [-]Произвести резекцию пораженного участка фаланги
- 5) [-]Промыть гнойную полость раствором антисептиков

278. При лечении панариция наиболее целесообразно применение антибиотиков

- 1) [-]Внутрь
- 2) [-]Внутримышечно
- 3) [-]Внутривенно
- 4) [+]**Внутривенно под двумя манжетами**
- 5) [-]В составе мазей

279. После вскрытия сухожильного панариция как используется дренаж

- 1) [-]Один боковой
- 2) [+]**Два боковых**
- 3) [-]Один сквозной
- 4) [-]Все виды дренажей в зависимости от распространенности гнойного процесса
- 5) [-]Дренаж не используется

280. Только оперативное лечение применяют при

- 1) [-]Эризипелоиде
- 2) [-]Лимфатическом панариции
- 3) [+]**Костном панариции**
- 4) [-]Кожном панариции
- 5) [-]Всех вышеуказанных формах панариция

281. V-образная флегмона кисти чаще

развивается после

- 1) [-]Пандактилита II пальца
 - 2) [-]Костно-суставного панариция IV пальца
 - 3) [-]Сухожильного панариция III пальца
 - 4) [+]Сухожильного панариция I пальца
 - 5) [-]Костного панариция II пальца
-

282. Какой панариций чаще носит вторичный характер

- 1) [-]Подкожный
 - 2) [-]Суставной
 - 3) [-]Подногтевой
 - 4) [+]Костный
 - 5) [-]Паронихия
-

283. Первично-отсроченный шов накладывают

- 1) [+]Через 5-6 дней после хирургической обработки, до появления в ране грануляций
 - 2) [-]На покрытую грануляциями рану с подвижными краями, до развития в ней рубцовой ткани
 - 3) [-]На рану, в которой уже развилась рубцовая ткань
 - 4) [-]На рану после полной хирургической обработки
 - 5) [-]Через 15 суток после первичной хирургической обработки
-

284. Ранний вторичный шов накладывают

- 1) [-]Через 5-6 дней после хирургической обработки, до появления в ране грануляций
- 2) [+]На покрытую грануляциями рану с подвижными

краями, до развития в ней рубцовой ткани

- 3) [-] На рану, в которой уже развилась рубцовая ткань
- 4) [-] На рану после полной хирургической обработки
- 5) [-] Через 3 дня после первичной хирургической обработки

285. Поздний вторичный шов накладывают

- 1) [-] Через 5-6 дней после хирургической обработки, до появления в ране грануляций
- 2) [-] На покрытую грануляциями рану с подвижными краями, до развития в ней рубцовой ткани
- 3) [+] На рану, в которой уже развилась рубцовая ткань
- 4) [-] На рану после полной хирургической обработки
- 5) [-] Через 7 суток после первичной хирургической обработки

286. При огнестрельном ранении крупные костные отломки, находящиеся вблизи от места перелома подлежат

- 1) [+] Оставлению и репозиции
- 2) [-] Оставлению
- 3) [-] Удалению
- 4) [-] Нет правильного ответа
- 5) [-] Все зависит от локализации ранения

287. В каком % наблюдений встречается метафизарный острый гематогенный остеомиелит

- 1) [-] В 20-40 %
- 2) [-] В 50 %

3) [+]В 65%

4) [-]В 80 %

5) [-]В 10 %

288. В каком % наблюдений встречается эпифизарный острый гематогенный остеомиелит

1) [-]В 5 %

2) [-]В 15 %

3) [+]В 25 %

4) [-]В 50 %

5) [-]В 10 %

289. В каком % наблюдений при остром гематогенном остеомиелите возникают множественные поражения костей

1) [+]В 10-15 %

2) [-]Не возникают вообще

3) [-]В 30-40 %

4) [-]В 20-30 %

5) [-]В 3-5 %

290. Какие изменения в периферической крови возникают при остром гематогенном остеомиелите

1) [-]Никакие

2) [+]Лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом

3) [-]Эозинофилия

4) [-]Лейкопения

5) [-]Моноцитоз

291. Какие изменения в системе гемостаза встречаются при остром гематогенном остеомиелите наиболее часто

- 1) [-]Гипокоагуляция
 - 2) [-]Нормокоагуляция
 - 3) [+]**Гиперкоагуляция**
 - 4) [-]Фибринолиз
 - 5) [-]Все ответы не верны
-

292. Какой из методов лечения острого гематогенного остеомиелита имеет наиболее важное значение

- 1) [-]Детоксикация
 - 2) [-]Иммункоррекция
 - 3) [+]**Вскрытие гнойника**
 - 4) [-]Борьба с гипоксией
 - 5) [-]Антибиотикотерапия
-

293. Что такое синдром системного воспалительного ответа

- 1) [-]Вид сепсиса
 - 2) [+]**Обязательный компонент любого вида сепсиса**
 - 3) [-]Синдром, несвязанный с сепсисом
 - 4) [-]Такого синдрома не существует
 - 5) [-]Анаэробная инфекция
-

294. Что является одним из 4-х компонентов синдрома системного воспалительного ответа

- 1) [-]Температура тела выше 37 С или ниже 35 С

- 2) [+]Температура тела выше 38 С или ниже 36 С
 - 3) [-]Температура тела выше 39 С или ниже 34 С
 - 4) [-]Температура тела выше 37,5 С или ниже 35,5 С
 - 5) [-]Температура тела выше 40 С или ниже 33 С
-

295. Что является одним из 4-х компонентов синдрома системного воспалительного ответа

- 1) [+]Частота дыхания более 20 в минуту или PaCO_2 менее 32 мм рт.ст.
 - 2) [-]Частота дыхания более 25 в минуту или PaCO_2 менее 40 мм рт.ст.
 - 3) [-]Частота дыхания более 30 в минуту или PaCO_2 менее 45 мм рт.ст.
 - 4) [-]Частота дыхания более 36 в минуту или PaCO_2 менее 50 мм рт.ст.
 - 5) [-]Частота дыхания более 40 в минуту или PaCO_2 менее 55 мм рт.ст.
-

296. Что является одним из 4-х компонентов синдрома системного воспалительного ответа

- 1) [-]Частота сердечных сокращений более 80 уд. в мин.
 - 2) [+]Частота сердечных сокращений более 90 уд. в мин.
 - 3) [-]Частота сердечных сокращений более 100 уд. в мин.
 - 4) [-]Частота сердечных сокращений более 110 уд. в мин.
 - 5) [-]Частота сердечных сокращений более 120 уд. в мин.
-

297. Что является одним из 4-х компонентов синдрома системного воспалительного ответа

- 1) [-]Количество лейкоцитов в крови $10 \times 10^9/\text{л}$
- 2) [-]Количество лейкоцитов в крови $11 \times 10^9/\text{л}$ или менее

3x10⁹/л

3) [+]Количество лейкоцитов в крови 12x10⁹/л или менее
4x10⁹/л

4) [-]Количество лейкоцитов в крови 13x10⁹/л или менее
5x10⁹/л

5) [-]Количество лейкоцитов в крови 15x10⁹/л

**298. Согласно рекомендациям Чикагской
Согласительной Конференции (1991г.) сепсис -
это**

1) [-]Синдром системного воспалительного ответа

2) [+]Синдром системного воспалительного ответа +
бактериемия + наличие инфекционного очага

3) [-]Синдром системного воспалительного ответа +
бактериемия

4) [-]Синдром системного воспалительного ответа + наличие
инфекционного очага

5) [-]Нет правильного ответа

**299. Согласно рекомендациям Чикагской
Согласительной Конференции (1991г.) тяжелый
сепсис или сепсис-синдром - это**

1) [-]Синдром системного воспалительного ответа +
бактериемия

2) [-]Синдром системного воспалительного ответа + наличие
инфекционного очага

3) [-]Синдром системного воспалительного ответа + наличие
инфекционного очага + бактериемия

4) [+]Синдром системного воспалительного ответа +
наличие инфекционного очага + бактериемия + полиорганная

дисфункция

5) [-]Нет правильного ответа

**300. Согласно рекомендациям Чикагской
Согласительной Конференции (1991г.)
септический шок – это**

1) [-]Синдром системного воспалительного ответа + наличие синдрома гипоциркуляции, т.е. падение АД ниже 90 мм рт.ст.

2) [-]Сепсис + наличие синдрома гипоциркуляции

3) [+]Тяжелый сепсис + наличие синдрома гипоциркуляции

4) [-]Понятие исключено из практики

5) [-]Нет правильного ответа

301. Какой сепсис называется назокомиальным

1) [-]Вызванный назокомиальной микрофлорой

2) [+]Ятрогенный

3) [-]Криптогенный

4) [-]Таково не существует

5) [-]Вызванный синегнойной палочкой

302. При гнойном гидрадените необходимо

1) [-]Широкое рассечение по границе подмышечной впадины

2) [-]Удаление воспаленной железы

3) [+]Разрез над зоной флюктуации

4) [-]УФО подмышечной впадины в сочетании с массивной антибиотикотерапией

5) [-]Все ответы не верны

303. При фурункулезе госпитализация показана

1) [-]При наличии лимфаденита и лимфангоита

- 2) [-]При выраженной температурной реакции
 - 3) [-]При распространенном поражении
 - 4) [+]При всех вышеперечисленных состояниях
 - 5) [-]Госпитализация не показана
-

304. При гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей методом выбора анестезии является

- 1) [+]Местная инфильтрационная анестезия
 - 2) [-]Проводниковая анестезия
 - 3) [-]Внутривенный наркоз
 - 4) [-]Все вышеперечисленные методы
 - 5) [-]Спинальная анестезия
-

305. Эризепилоид протекает с

- 1) [-]Поражением фаланговых костей
 - 2) [-]Выраженной температурной реакцией
 - 3) [-]Некротическим поражением кожи
 - 4) [-]Некроз сухожилия
 - 5) [+]Все ответы неверны
-

306. Наиболее часто рожистое воспаление осложняется

- 1) [+]Лимфаденитом, лимфангоитом
 - 2) [-]Флебитом, тромбофлебитом
 - 3) [-]Развитием флегмоны
 - 4) [-]Все вышеперечисленные ответы верны
 - 5) [-]Все вышеперечисленные ответы не верны
-

307. Какому виду физиотерапевтических

процедур следует отдать предпочтение при лечении мастита

- 1) [-]Тепловые процедуры
 - 2) [+]Лечение холодом
 - 3) [-]Не используются
 - 4) [-]Чередование тепла и холода
 - 5) [-]Можно использовать все вышеперечисленное
-

308. Какое место в лечении больных острым гнойным маститом занимает антибактериальная терапия

- 1) [+]Является неременным условием в составе комплексного лечения
 - 2) [-]Не используется ввиду необходимости продолжать кормление ребенка
 - 3) [-]Применяется только в случае генерализации гнойной инфекции
 - 4) [-]Значение антибактериальной терапии в лечение больных острым маститом пересматривается в сторону ее сокращения
 - 5) [-]Все ответы не верны
-

309. Укажите вид обезболивания при выполнении оперативного вмешательства по поводу острого гнойного мастита

- 1) [-]Эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами
- 2) [-]Местная инфильтрационная анестезия
- 3) [+]Внутривенный наркоз
- 4) [-]Спинномозговая анестезия

310. Укажите направление разреза при выполнении оперативного вмешательства по поводу подкожных и интрамаммарных абсцессов молочной железы

- 1) [-]Косопоперечное
 - 2) [+]Радиальное
 - 3) [-]Ретромаммарное
 - 4) [-]Зависит от размера абсцесса – индивидуальное
 - 5) [-]Полуовальное
-

311. Какой разрез используют при расположении гнойника в субареолярном отделе молочной железы

- 1) [-]Полуовальный – по краю ареолы соска
 - 2) [-]Радикальный – в направлении от соска через ареолу над очагом поражения
 - 3) [+]Полуовальный – отступя на 1-1,5 см от ареолы соска
 - 4) [-]С иссечением соска
 - 5) [-]Все разрезы не верны
-

312. Какой разрез используется при расположении очага гнойной деструкции в области нижних квадрантов молочной железы, в задних ее отделах

- 1) [-]Радиальный
- 2) [-]Несколько радиальных разрезов
- 3) [-]Радиальный разрез с контрапертурой

4) [+]Широкий полулунный по переходной складке

5) [-]Косой разрез в области гнойного очага

313. В каких ситуациях прибегают к полному удалению молочной железы в связи с ее гнойно-деструктивным поражением

1) [+]При развитии сепсиса и полной гибели ее паренхимы

2) [-]В случае угрозы возникновения сепсиса

3) [-]При формировании многочисленных хронических свищей

4) [-]При угрозе озлокачествления

5) [-]Во всех вышеперечисленных случаях

314. Какие осложнения могут вызвать цефалоспорины

1) [-]Резкое похудание

2) [+]Коагулопатию, нарушая синтез витамина К

3) [-]Тромбофлебиты глубоких вен нижних конечностей

4) [-]Тромбоэмболию легочной артерии

5) [-]ДВС-синдром

315. Какие препараты плохо проникают в спинномозговую жидкость и поэтому их не используют для лечения менингита

1) [-]Цефалоспорины первого поколения

2) [+]Цефалоспорины второго поколения

3) [-]Цефалоспорины третьего поколения

4) [-]Пенициллин

5) [-]Все вышеперечисленные

316. Препараты выбора для лечения менингита, вызванного грамотрицательными палочками

- 1) [+]Цефалоспорины третьего поколения
 - 2) [-]Макролиды
 - 3) [-]Ванкомицин
 - 4) [-]Пенициллин
 - 5) [-]Тетрациклин
-

317. Ванкомицин – бактерицидный антибиотик активный в отношении только

- 1) [-]Грамотрицательных микроорганизмов
 - 2) [-]Смешанной флоры
 - 3) [+]Грамположительных микроорганизмов
 - 4) [-]Анаэробной инфекции
 - 5) [-]Синегнойной палочки
-

318. К аминогликозидам относят следующие препараты

- 1) [-]Эритромицин, карбенициллин
 - 2) [+]Стрептомицин, гентамицин, амикацин
 - 3) [-]Ципрофлоксацин, офлоксацин
 - 4) [-]Карбопенемы
 - 5) [-]Вибрамицин
-

319. Сульфаниламиды – бактериостатические средства, нарушающие синтез

- 1) [-]Глюкаминевой кислоты
- 2) [+]Фолиевой кислоты
- 3) [-]Аскорбиновой кислоты

4) [-]Салициловой кислоты

5) [-]Витамина В1

**320. Основные побочные действия
аминогликозидов**

1) [-]Разрушение эритроцитов

2) [-]Гемолитическое

3) [+]Ототоксическое и нефротоксическое

4) [-]Плазмокоагуляционное

5) [-]Тромбоцитопеническое

**321. Метронидазол – один из нитроимидазолов,
активный в отношении большинства**

1) [+]Грамположительных анаэробных бактерий и простейших

2) [-]Грамотрицательной микрофлоры и грибковой флоры

3) [-]Антисептический препарат

4) [-]Грамположительной микрофлоры

5) [-]Палочек туберкулеза

**322. Определите показания к консервативному
ведению больных с парапроктитом**

1) [-]Острый парапроктит

2) [+]Инфильтративный парапроктит

3) [-]Хронический парапроктит

4) [-]Показаний к консервативному лечению парапроктита нет

5) [-]Все формы парапроктита подлежат оперативному лечению

323. Укажите частоту развития эмпиемы плевры у раненых с огнестрельными проникающими ранениями груди

- 1) [-]2-3 %
- 2) [+]10-20 %
- 3) [-]30-40 %
- 4) [-]40-50 %
- 5) [-]50-60 %

324. В каком году была предложена торакастома для лечения эмпиемы плевры

- 1) [+]1859 г.
- 2) [-]1917 г.
- 3) [-]1812 г.
- 4) [-]2000 г.
- 5) [-]1900 г.

325. Укажите оптимальный способ дренирования плевральной полости при тотальном пиопневмотораксе

- 1) [-]1-е межреберье по срединно-ключичной линии и 8-е межреберье по задней подмышечной линии
- 2) [-]2-е межреберье по срединно-ключичной линии
- 3) [-]8-е межреберье по задней подмышечной линии
- 4) [+]2-е межреберье по срединно-ключичной линии и 7-е межреберье по задней подмышечной линии
- 5) [-]6-е межреберье по задней подмышечной линии

326. Укажите оптимальный способ

дренирования плевральной полости при тотальной эмпиеме плевры

- 1) [-]1-е межреберье по лопаточной линии
- 2) [-]2-е межреберье по срединно-ключичной линии
- 3) [+]7-е межреберье по задней подмышечной линии
- 4) [-]2-е межреберье по срединно-ключичной линии и 7-е межреберье по задней подмышечной линии
- 5) [-]4-е межреберье по срединно-ключичной линии

327. Медленное надавливание на переднюю брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием вызывает появление или усиление болей и является симптомом:

- 1) [+]Щёткина-Блюмберга
- 2) [-]Ситковского
- 3) [-]Воскресенского
- 4) [-]Бартомье- Михельсона
- 5) [-]Образцова

328. Собранными вместе пальцами левой руки надавливают на переднюю стенку живота в левой подвздошной области соответственно месту расположения ободочной кишки; пальцами правой руки надавливают на вышележащий участок нисходящей ободочной кишки. Возникновение или усиление болей в правой подвздошной области является проявлением симптома:

- 1) [-]Чугаева
 - 2) [-]Крымова
 - 3) [+]Ровзинга
 - 4) [-]Ситковского
 - 5) [-]Крылова
-

329. Появление или усиление болей в правой подвздошной области при поворачивании больного со спины на левый бок в положении на левом боку является проявлением симптома:

- 1) [-]Раздольского
 - 2) [-]Ровзинга
 - 3) [+]Ситковского
 - 4) [-]Варламова
 - 5) [-]Воскресенского
-

330. Обструктивный аппендицит чаще возникает:

- 1) [+]У лиц молодого возраста
 - 2) [-]У стариков
 - 3) [-]У мужчин
 - 4) [-]У женщин
 - 5) [-]У лиц пожилого возраста
-

331. «Ретроцекальный» аппендицит – это острое воспаление червеобразного отростка при его расположении:

- 1) [-]В малом тазу
- 2) [-]В подпечёночном пространстве

3) [+] Позади слепой кишки

4) [-] У мочевого пузыря

5) [-] У желчного пузыря

332. При мезоцекальном расположении червеобразного отростка чаще наблюдается:

1) [+] Выраженная клиническая симптоматика

2) [-] Типичная клиническая картина

3) [-] Атипичная клиническая картина

4) [-] Деструкция аппендикса

5) [-] Стёртая клиническая картина

333. При расположении червеобразного отростка в малом тазу чаще наблюдается:

1) [-] Диарея

2) [-] Гиперпирексия

3) [+] Дизурические явления

4) [-] Задержка стула и газов

5) [-] Рвота

334. Медицинская помощь в части при остром аппендиците включает в себя:

1) [+] Назначение сердечно-сосудистых средств, эвакуацию

2) [-] Спазмолитики и клизму, наблюдение за развитием заболевания

3) [-] Сердечно-сосудистые средства и слабительные, операцию

4) [-] Местное тепло и анальгетики, наблюдение за динамикой симптомов

5) [-]Очистительную клизму

335. В условиях стационара диагноз острого аппендицита должен быть подтверждён или отвергнут:

- 1) [-]За 6 часов
 - 2) [-]За 12 часов
 - 3) [+]За 24 часа
 - 4) [-]За 48 часов
 - 5) [-]За 2 часа
-

336. У пожилых и истощённых больных при аппендиците

- 1) [+]Может отсутствовать напряжение передней брюшной стенки
 - 2) [-]Чаще встречается тазовое расположение отростка
 - 3) [-]Чаще наблюдается симптом Чугаева
 - 4) [-]Редко встречается деструктивный аппендицит
 - 5) [-]Чаще наблюдается симптом Воскресенского
-

337. При подпечёночном расположении червеобразного отростка чаще отмечаются

- 1) [-]Гиперпирексия
 - 2) [-]Симптомы заболевания мочевого пузыря
 - 3) [+]Симптомы заболевания желчного пузыря
 - 4) [-]Дизурические явления
 - 5) [-]Симптомы острого панкреатита
-

338. Ранний аппендикулярный инфильтрат возникает

- 1) [-]Через 24 часа от начала заболевания
 - 2) [+]Через 2 суток
 - 3) [-]Через 4 суток
 - 4) [-]Через 6 суток
 - 5) [-]Через 6 часов
-

339. При абсцессе или инфильтрате в области малого таза тонус сфинктера прямой кишки

- 1) [-]Резко повышен
 - 2) [+]Резко снижен
 - 3) [-]Без изменений
 - 4) [-]Ампула прямой кишки зияет
 - 5) [-]Умеренно повышен
-

340. Ведущими клиническими признаками тазового абсцесса являются

- 1) [+]Боли внизу живота, тенезмы, жидкий учащённый стул
 - 2) [-]Боли по всему животу, гипертермия
 - 3) [-]Рвота, вздутие живота
 - 4) [-]Гипертермия, лейкоцитоз, диспротеинемия
 - 5) [-]Неукротимая рвота
-

341. В предоперационном периоде при остром аппендиците применение клизм

- 1) [-]Обязательно
 - 2) [+]Противопоказано
 - 3) [-]Проводится по показаниям
 - 4) [-]Осуществляется при признаках перитонита
 - 5) [-]Только очистительных
-

342. При возникновении острого аппендицита во время беременности

- 1) [+]Аппендэктомия обязательна при любом сроке беременности
 - 2) [-]Аппендэктомия противопоказана
 - 3) [-]Аппендэктомия сочетается с прерыванием беременности
 - 4) [-]В поздних сроках аппендэктомия обязательна с родовспоможением
 - 5) [-]Динамическое наблюдение хирурга
-

343. В случае возникновения гнойного процесса в периаппендикулярных тканях при ретроцекальном расположении отростка наблюдается симптом:

- 1) [+]Образцова
 - 2) [-]Бартомье- Михельсона
 - 3) [-]Чугаева
 - 4) [-]Крылова
 - 5) [-]Крымова
-

344. Аппендицит – это

- 1) [+]Самое частое острое хирургическое заболевание живота
- 2) [-]Редкое острое заболевание живота
- 3) [-]Широко распространённое острое хирургическое заболевание живота
- 4) [-]В практической хирургии встречается исключительно редко

5) [-]Занимает 3-е место среди острых хирургических заболеваний живота

345. Острый аппендицит чаще возникает

- 1) [+]У лиц, питающихся преимущественно мясной пищей
 - 2) [-]У вегетарианцев
 - 3) [-]У лиц, имеющих пищевые пристрастия
 - 4) [-]У лиц, находящихся на диете
 - 5) [-]У лиц, принимающих острую пищу
-

346. Болезненность по ходу правого пахового канала в области задней стенки при введении пальца через его наружное отверстие – это симптом

- 1) [-]Раздольского
 - 2) [+]Крымова
 - 3) [-]Чугаева
 - 4) [-]Варламова
 - 5) [-]Ситковского
-

347. При ретроцекальном аппендиците чаще встречается симптом:

- 1) [+]Габаря
 - 2) [-]Чугаева
 - 3) [-]Крымова
 - 4) [-]Раздольского
 - 5) [-]Воскресенского
-

348. На фасном рентгеновском снимке правой подвздошной области раздутым газом

Червеобразный отросток может быть обнаружен

- 1) [-] При ретроцекальном аппендиците
 - 2) [-] При мезоцекальном аппендиците
 - 3) [-] При остром аппендиците во время беременности
 - 4) [+] При обструктивном аппендиците
 - 5) [-] При простом аппендиците
-

349. Наиболее частая причина формирования тазового инфильтрата и абсцесса при остром аппендиците

- 1) [+] Деструктивный аппендицит при тазовом расположении отростка
 - 2) [-] Острый аппендицит при беременности
 - 3) [-] Острый аппендицит при сниженном иммунитете
 - 4) [-] Вторичное воспаление червеобразного отростка
 - 5) [-] Острый аппендицит у пожилых
-

350. При консервативном лечении больных с тазовым инфильтратом

- 1) [+] Обязателен постельный режим в фовлеровском положении
 - 2) [-] Палатный режим
 - 3) [-] Общий режим
 - 4) [-] Режим определяется индивидуально
 - 5) [-] Режим не имеет значения
-

351. При вскрытии гнойника в аппендикулярном инфильтрате удаление аппендикса

1) [-]Обязательно

2) [-]Желательно

3) [+]Запрещено

4) [-]Подход индивидуален

5) [-]С учётом наличия деструктивных изменений в аппендиксе

352. Операция в связи с абсцедированием аппендикулярного инфильтрата завершается

1) [+]Дренированием

2) [-]Тампонадой

3) [-]Ушиванием раны наглухо

4) [-]Подход индивидуальный

5) [-]Наложение провизорных швов

353. Наиболее часто крупные остроконечные инородные тела пищевода застревают в области

1) [-]Глотки

2) [-]Бифуркационного сужения

3) [+]устья пищевода

4) [-]Пищеводного отверстия диафрагмы

5) [-]Кардиального отдела

354. При подозрении на наличие инородного тела пищевода обследование больного необходимо начинать

1) [-]С рентгенологического исследования пищевода с бариевой взвесью

2) [-]С рентгенологического исследования пищевода с

водорастворимым контрастным веществом

- 3) [-]С ФГДС
- 4) [+]С инструментального осмотра зева и глотки
- 5) [-]С компьютерной томографии

355. Одна из наиболее частых причин повреждения пищевода

- 1) [-]Форсированная многократная рвота
- 2) [+]Застревание в пищеводе инородного тела
- 3) [-]Фиброэзофагоскопия
- 4) [-]Зондирование пищевода
- 5) [-]Бужирование пищевода

356. Длительное нахождение инородного тела в зоне поврежденной стенки пищевода может привести к развитию следующих осложнений

- 1) [-]Отёк слизистой пищевода с последующим развитием стриктуры
- 2) [+]Эзофагит, флегмона околопищеводной клетчатки средостения с последующим развитием медиастинита
- 3) [-]Острое пищеводное кровотечение
- 4) [-]Отёк слизистой пищевода с последующим развитием дивертикула с явлениями дивертикулита
- 5) [-]Ахалазия пищевода

357. Стадия фибринозно-гнойного воспаления стенки пищевода развивается в сроки

- 1) [-]Через 2-4 часа после травмы
- 2) [+]Через 6-8 часов после травмы

3) [-]Через 16 часов после травмы

4) [-]Через 24 часа после травмы

5) [-]Через 48 часов после травмы

358. Синдром Шлиттера при застревании инородного тела в пищеводе характеризуется

1) [-]Усилением болей в груди при кашле

2) [+]Усилением болей при надавливании на гортань

3) [-]Усилением болей при глотании

4) [-]Гиперсаливацией

5) [-]Резк им повышением температуры тела

359. Триада Киллиана при застревании инородного тела в шейном отделе пищевода – это

1) [-]Возникновение припухлости на шее, синдром верхней полой вены, гипертермия

2) [+]Резкая боль в области шей с иррадиацией книзу, повышение температуры, инфильтрирование мягких тканей в области перстневидного хряща

3) [-]Нарастающая одышка, гипертермия, пастозность тканей под грудиной

4) [-]Гипертермия, усиление болей в груди при глотании, эмфизема в области шеи

5) [-]Цианоз лица, гипертермия, одышка

360. При повреждении какого отдела пищевода чаще всего появляется подкожная эмфизема на шее?

1) [-]Абдоминального

2) [+]Шейного

3) [-]Грудного

4) [-]Поддиафрагмального

5) [-]Средне-грудного

361. При повреждении какого отдела пищевода рентгенологически определяется пневмоперитонеум?

1) [-]Шейный отдел

2) [-]Наддиафрагмальный отдел

3) [+]Абдоминальный отдел

4) [-]Средне-грудной отдел

5) [-]Нижне-грудной отдел

362. Какие осложнения возникают в отдалённом периоде у больных с повреждением пищевода?

1) [-]Вторично-укороченный пищевод

2) [+]Рубцовые стриктуры и рубцовые деформации пищевода

3) [-]Дивертикулы пищевода

4) [-]Кардиоспазм

5) [-]Эмфизема средостения

363. Что лежит в основе консервативного лечения повреждений пищевода?

1) [-]Постельный режим, местная антибактериальная терапия

2) [+]Исключение питания через рот, парентеральная антибактериальная терапия, местное применение

АНТИСЕПТИКОВ

- 3) [-]Зондовое питание, антибиотикотерапия
 - 4) [-]Местная антибактериальная терапия с помощью фиброзофагоскопа
 - 5) [-]Постельный режим, зондовое питание, антибиотикотерапия
-

364. Что выполняется в качестве раннего (до 6 часов) оперативного вмешательства при повреждении шейного отдела пищевода?

- 1) [-]Эзофагостомия
 - 2) [+]Ушивание раны, дренирование чресшейным доступом
 - 3) [-]Резекция шейного отдела пищевода
 - 4) [-]Операция по Денку-Турнеру
 - 5) [-]Операция Герлока
-

365. Укажите содержание позднего (более 6 часов) оперативного вмешательства при повреждении шейного отдела пищевода

- 1) [-]Резекция шейного отдела пищевода
 - 2) [+]Вскрытие и дренирование гнойника, эзофагостомия
 - 3) [-]Ушивание раны пищевода
 - 4) [-]Операция по Денку-Турнеру
 - 5) [-]Операция Льюиса
-

366. При внематочной беременности плод чаще всего располагается

- 1) [-]В брюшной полости
- 2) [-]В шейке матки

3) [-]В яичниках

4) [+]В маточной трубе

5) [-]В полости матки

367. Что понимают под состоянием «ущемлённая грыжа» ?

1) [+]Внезапное сдавление грыжевого содержимого в грыжевых воротах

2) [-]Внезапное выхождение внутренних органов через дефекты париетальной брюшины и мышечно-апоневротического слоя

3) [-]Невправление грыжи

4) [-]Воспаление содержимого невосправимой грыжи

5) [-]Выпячивание в области пахового канала в положении стоя

368. Некроз кишки, ущемлённой в грыжевых воротах начинается

1) [+]Со слизистой оболочки

2) [-]С подслизистого слоя

3) [-]С одновременного поражения всех слоёв кишки

4) [-]С серозной оболочки

5) [-]С мышечного слоя

369. Механизм ущемления грыжевого содержимого при узких грыжевых воротах происходит по следующему варианту

1) [+]Эластического ущемления

2) [-]Калового ущемления

3) [-]Пристеночного ущемления

4) [-] Вид ущемления не зависит от размеров грыжевых ворот

5) [-] ретроградного ущемления

370. Какой вид ущемления возникает чаще при широких грыжевых воротах?

1) [-] Эластическое

2) [+] Каловое

3) [-] Ретроградное и эластическое

4) [-] Вид ущемления не зависит от размера грыжевых ворот

5) [-] Пристеночное

371. Какой этиологический фактор играет ведущую роль при эластическом ущемлении?

1) [+] Физическое усилие

2) [-] Нарушение моторики кишечника

3) [-] Перегибы, скручивание кишки

4) [-] Нарушение диеты

5) [-] Частые запоры

372. Укажите патогномичный признак нежизнеспособности ущемлённой кишки

1) [-] Розовый цвет, блестящий серозный покров

2) [-] Выраженный блеск серозного покрова

3) [-] Учащённая пульсация сосудов брыжейки

4) [+] Дряблость стенки, отсутствие перистальтики

5) [-] Выраженная перистальтика

373. Укажите специфический симптом, характерный для развития ущемления грыжевого

содержимого

- 1) [+]Отсутствие передачи кашлевого толчка
 - 2) [-]Симптом Коупа
 - 3) [-]Появление резистентности мышц передней брюшной стенки
 - 4) [-]Возникновение острой кинжальной боли в животе
 - 5) [-]Симптом Щёткина-Блюмберга
-

374. Нужно ли направлять в госпиталь больного в случае спонтанного вправления ущемлённой грыжи?

- 1) [+]Необходимо в любом случае
 - 2) [-]Больного можно наблюдать в медпункте части
 - 3) [-]Нет, не нужно
 - 4) [-]Необходимость направления в госпиталь определяется индивидуально
 - 5) [-]При появлении симптомов раздражения брюшины
-

375. Что следует предполагать, если в грыжевом мешке при операции установлены две петли кишки?

- 1) [-]Грыжу Литтре
 - 2) [-]Эластическое ущемление
 - 3) [+]Ретроградное ущемление
 - 4) [-]Пристеночное ущемление
 - 5) [-]Каловое ущемление
-

376. Какой вид острой кишечной непроходимости развивается при эластическом

ущемлении грыжевого содержимого?

- 1) [-]Паралитическая
- 2) [+]Странгуляционная
- 3) [-]Обтурационная
- 4) [-]Смешанная
- 5) [-]Узлообразование

377. Укажите показатель летальности при хирургическом лечении ущемлённых грыж

- 1) [-]0,5-1 %
- 2) [+]3-5 %
- 3) [-]15-25 %
- 4) [-]25-35 %
- 5) [-]35-40 %

378. С комплексом каких заболеваний и нарушений необходимо дифференцировать ущемление наружной грыжи живота?

- 1) [+]Копростаз, паховый лимфаденит, метастазы рака прямой кишки, невраправимость грыжевого выпячивания
- 2) [-]Копростаз, геморрагический панкреонекроз
- 3) [-]Копростаз, невраправимость грыжевого выпячивания, синдром Маллори- Вейсса
- 4) [-]Болезнь Верльгофа, паховый лимфаденит, невраправимость грыжевого выпячивания
- 5) [-]Тромбоз сосудов брыжейки

379. Симптом Валя характерен

- 1) [+]Для ущемления тонкой кишки

- 2) [-]Для ущемления толстой кишки
 - 3) [-]Для ущемления мочевого пузыря
 - 4) [-]Для ущемления грыжи Литтре
 - 5) [-]Для ущемления большого сальника
-

380. Укажите пределы, в которых надо резецировать нежизнеспособный участок ущемлённой кишки

- 1) [+]20 см в сторону отводящего отдела и не менее 30 см в сторону приводящего отдела кишки
 - 2) [-]10 см в сторону отводящего отдела и 15 см в сторону приводящего отдела кишки
 - 3) [-]резецировать участок кишки надо по видимой границе некроза
 - 4) [-]10 см в сторону отводящего отдела и 10 см в сторону приводящего отдела кишки
 - 5) [-]10 см в сторону отводящего отдела и 40 см в сторону приводящего отдела кишки
-

381. При отсутствии признаков грыжевой флегмоны и перитонита операцию по поводу ущемлённой грыжи следует начинать

- 1) [+]Под местной анестезией после фиксации грыжевого содержимого и рассечения ущемляющего кольца
 - 2) [-]Под наркозом с ревизии грыжевого содержимого и рассечения ущемляющего кольца
 - 3) [-]Под наркозом из срединного лапаротомного доступа
 - 4) [-]Доступ и вид анестезии определяются индивидуально
 - 5) [-]Под наркозом из разреза в области грыжевого выпячивания
-

382. При операции по поводу ущемлённой грыжи необходимо

- 1) [+]Вскрыть грыжевой мешок, зафиксировать ущемлённый орган, рассечь ущемляющее кольцо
- 2) [-]Рассечь ущемляющее кольцо, вскрыть грыжевой мешок
- 3) [-]Вскрыть грыжевой мешок, рассечь ущемляющее кольцо
- 4) [-]Как можно быстрее рассечь ущемляющее кольцо и освободить ущемлённый орган
- 5) [-]Вскрыть грыжевой мешок и оценить жизнеспособность ущемлённого органа

383. При наличии признаков разлитого перитонита операцию по поводу ущемлённой грыжи следует начинать

- 1) [+]Под общей анестезией из срединного лапаротомного доступа
- 2) [-]Под общей анестезией с ревизии грыжевого содержимого и рассечения ущемляющего кольца
- 3) [-]Под местной анестезией до ревизии грыжевого содержимого и рассечения ущемляющего кольца
- 4) [-]Доступ и вид анестезии определяется индивидуально
- 5) [-]Под общей анестезией разрезом в области грыжевого выпячивания

384. Какой способ пластики предпочтительнее в случае развития флегмоны грыжевого мешка при паховой грыже?

- 1) [-]Пластика по Кукуджанову

2) [-]Один из способов пластики задней стенки пахового канала

3) [+]Пластика грыжевых ворот противопоказана

4) [-]Выбор пластики зависит от вида грыжи

5) [-]Пластика по Постемпскому

385. Какие действия надо предпринять, чтобы оценить жизнеспособность ущемлённой кишки, входящей в состав грыжевого содержимого?

1) [-]Ввести в корень брыжейки новокаин и антибиотики, согреть кишку, сделать лёгкий массаж

2) [-]Внимательно наблюдать за кишкой

3) [-]Выполнить лёгкий массаж кишки

4) [+]Согреть тёплым раствором новокаина, ввести новокаин в корень брыжейки

5) [-]Ввести антибиотик в брыжейку и наблюдать за кишкой в течение 5 минут

386. Откуда берётся материал для посева на микрофлору во время операции по поводу ущемлённой грыжи

1) [+]Из грыжевой воды

2) [-]Из просвета ущемлённой и резецированной кишки

3) [-]Из брюшной полости

4) [-]Из всех перечисленных выше мест

5) [-]Из наружной поверхности грыжевого мешка

387. При наличии грыжевой флегмоны операцию начинают

1) [+]Со срединной лапаротомии

- 2) [-]Со вскрытия грыжевой флегмоны
 - 3) [-]С пункции грыжевой флегмоны
 - 4) [-]Одновременно выполняется лапаротомия и вскрытие грыжевой флегмоны
 - 5) [-]С лапароскопии
-

388. Укажите наиболее информативный метод исследования при подозрении на нарушение проходимости дыхательных путей

- 1) [-]Рентгеноскопия
 - 2) [+]**Эндоскопия**
 - 3) [-]Магниторезонансная томография
 - 4) [-]Бронхография
 - 5) [-]Компьютерная томография
-

389. Для какого уровня локализации инородного тела характерны афония, цианоз, стридор?

- 1) [+]**Гортань**
 - 2) [-]Правый главный бронх
 - 3) [-]Левый главный бронх
 - 4) [-]Нижнедолевые бронхи
 - 5) [-]Трахея
-

390. Для какой локализации инородного тела характерна «перемежающаяся» клиническая картина – чередование признаков асфиксии и благополучия?

- 1) [-]Гортань

2) [-]Глотка

3) [+]Бифуркация трахеи

4) [-]Нижнедолевые бронхи

5) [-]Главный бронх

391. С каким патологическим состоянием приходится наиболее часто дифференцировать асфиксию вследствие попадания инородного тела в гортань у взрослых?

1) [+]С тромбоэмболией лёгочной артерии, инфарктом миокарда

2) [-]С диабетической комой

3) [-]С астматическим статусом

4) [-]С алкогольным опьянением

5) [-]С отравлением ядовитыми грибами

392. Наиболее частой причиной асфиксии вследствие аспирации патологического содержимого при алкогольном опьянении являются

1) [+]Рвотные массы

2) [-]Зубные протезы

3) [-]Гнойная мокрота

4) [-]Вязкая мокрота

5) [-]Алкоголь

393. Какие инфекционные заболевания наиболее часто осложняются стенозом дыхательных путей?

- 1) [+]Дифтерия
 - 2) [-]Коклюш
 - 3) [-]Корь
 - 4) [-] Пневмония
 - 5) [-]Мононуклеоз
-

394. Какие «рентгенологические» проявления характеризуют полную закупорку просвета бронха?

- 1) [-]Эмфизема лёгких
 - 2) [+]Ателектаз лёгких
 - 3) [-]Плеврит
 - 4) [-]Пневмофиброз
 - 5) [-]Усиление лёгочного рисунка
-

395. Какие наиболее частые и опасные осложнения острого периода аспирации инородного тела?

- 1) [+]Ларингоспазм, бронхоспазм
 - 2) [-]Лёгочное кровотечение
 - 3) [-]Гнойно-деструктивное поражение лёгких
 - 4) [-]Ателектаз-пневмония
 - 5) [-]Перфорация пищевода
-

396. Основными инструментальными приёмами, направленными на удаление инородных тел из верхних дыхательных путей являются

- 1) [-]Искусственная вентиляция лёгких

2) [-]Бронхоскопия

3) [+]Поколачивание по спине, толчки руками

4) [-]Стимуляция рвотного рефлекса

5) [-]ФГДС

397. Укажите наиболее частые поздние осложнения наличия инородных тел в просвете бронхов

1) [-]Амиллоидоз

2) [-]Кровохарканье

3) [-]Плеврит

4) [+]Гнойно-деструктивные заболевания лёгких

5) [-]Эмпиема плевры

398. Что выполняют при проведении неотложных мероприятий в случае асфиксии вследствие устойчивой фиксации инородного тела в гортани?

1) [-]Торакотомию

2) [-]Интубацию трахеи

3) [+]Трахеотомию

4) [-]Искусственную вентиляцию лёгких

5) [-]Эндоскопию

399. Укажите операцию при асфиксии вследствие инородного тела гортани

1) [+]Трахеостомия

2) [-]Трахеотомию

3) [-]Крикотиреотомию

4) [-]Торакотомия

5) [-]Коникотомия

400. Показания к оперативному лечению при инородных телах дыхательных путей

1) [+]Лёгочное кровотечение, повреждение стенки трахеи, крупного бронха

2) [-]Хроническая пневмония

3) [-]Эмфизема лёгких

4) [-]Лёгочные нагноения

5) [-]Абсцедирующая пневмония

401. Наиболее частое показание к резекции лёгкого при инородных телах бронхов

1) [+]Хронический нагноительный процесс в доле лёгкого

2) [-]Сепсис

3) [-]Спонтанный пневмоторакс

4) [-]Эмфизема лёгкого

5) [-]Пиопневмоторакс

402. Какое наиболее частое осложнение коникотомии (крикотиреотомии)?

1) [-]Кровотечение

2) [-]Нагноение

3) [+]Стеноз гортани

4) [-]Эмфизема подкожной клетчатки

5) [-]Пневмония

403. Какие инородные тела дыхательных путей наиболее часто встречаются в

анестезиологической практике?

- 1) [-]Мокрота
 - 2) [-]Свертки крови
 - 3) [+]Зубы, коронки
 - 4) [-]Содержимое гнойников
 - 5) [-]Монеты
-

404. Какова частота выздоровления после извлечения инородных тел при бронхоскопии?

- 1) [-]50%
 - 2) [+]85%
 - 3) [-]20%
 - 4) [-]15%
 - 5) [-]60%
-

405. Выберите метод обезболивания больного при закрытом переломе 4-го – 6-го рёбер.

- 1) [-]Промедол 2% 1 мл внутривенно
 - 2) [-]Литическая смесь внутримышечно
 - 3) [-]Субплевральная блокада
 - 4) [-]Шейная вагосимпатическая блокада
 - 5) [+]В места перелома
-

406. Укажите оптимальную зону обезболивания при проведении межрёберной блокады по поводу перелома 7-го ребра

- 1) [-]7-е межреберье
- 2) [+]6-е – 8-е межреберья
- 3) [-]6-е межреберье

4) [-]5-е – 9-е межреберья

5) [-]8-е межреберье

407. Определите показания к проведению ИВЛ у больного в критическом состоянии

1) [-]Только при остановке дыхания

2) [-]Брадипное менее 18 дыханий в минуту

3) [-]Тахипное более 20 дыханий в минуту

4) [+]Тахипное более 35 дыханий в минуту

5) [-]Только при остановке сердца

408. Функциональная оценка с задержкой дыхания на вдохе называется

1) [+]пробой Штанге

2) [-]пробой Саабразе – Генча

3) [-]пробой Ли – Уайта

4) [-]пробой Тиффно

5) [-]пробой Саабразе

409. Определите объём внутривенных инфузий при кровопотере 20% ОЦК

1) [-]объём инфузии равен объёму кровопотери

2) [-]инфузии не нужны

3) [+]объём инфузии в 1,5 раза больше объёма кровопотери

4) [-]объём инфузии в 2,5 раза больше объёма кровопотери

5) [-]объём инфузии в 3 раза больше объёма кровопотери

410. Определите объём внутривенной инфузии при кровопотере 10% ОЦК

- 1) [-]объём инфузии равен объёму кровопотери
 - 2) [+]инфузии не нужны
 - 3) [-]объём инфузии в 1,5 раза больше объёма кровопотери
 - 4) [-]объём инфузии в 2 раза больше объёма кровопотери
 - 5) [-]объём инфузии в 2,5 раза больше объёма кровопотери
-

411. Определите средний объём инфузии при кровопотере

- 1) [-]4л
 - 2) [-]3л
 - 3) [-]5л
 - 4) [+]8л
 - 5) [-]6л
-

412. Определите содержание инфузионно-трансфузионной терапии при кровопотере 1л

- 1) [+]1л 5% раствора глюкозы, 400мл полиглюкина, 500мл одногруппной крови
 - 2) [-]1л полиглюкина, 500мл одногруппной крови
 - 3) [-]2л 0,9% раствора хлорида натрия
 - 4) [-]1 л одногруппной крови
 - 5) [-]2 л полиглюкина
-

413. Выберите оптимальный способ поддержания артериального давления выше критических значений у больного с массивной кровопотерей

- 1) [+]струйное внутривенное введение плазмозаменителей
- 2) [-]внутривенная инфузия адреналина

3) [-]внутримышечная инъекция преднизолона и норадреналина

4) [-]струйная внутривенная инфузия сердечных гликозидов и глюкокортикоидов

5) [-]струйное внутривенное введение плазмозаменителей и свежей крови

414. Укажите максимальную допустимую дозу новокаина при выполнении межрёберной блокады

1) [-]1г

2) [-]0,2г

3) [-]50мг

4) [-]3г

5) [+]**0,6г**

415. Укажите оптимальный вариант обезболивания пострадавшего с двусторонними переломами рёбер

1) [-]спинальная анестезия

2) [+]**эпидуральная анестезия**

3) [-]парентеральное введение наркотических анальгетиков

4) [-]вагосимпатическая блокада

5) [-]сакроспинальная блокада

416. Укажите оптимальный вариант регионарной блокады при множественных односторонних переломах рёбер

1) [-]блокада мест переломов

2) [-]межрёберная блокада

- 3) [-]сакроспинальная блокада
 - 4) [+]субплевральная блокада
 - 5) [-]вагосимпатическая блокада
-

417. При весовом способе определения кровопотери к массе взвешенного материала необходимо прибавить

- 1) [+]30% веса
 - 2) [-]15% веса
 - 3) [-]40% веса
 - 4) [-]10% веса
 - 5) [-]нет верного ответа
-

418. При оценке адекватности интенсивной терапии необходимо ориентироваться

- 1) [-]на раннее восстановление сознания
 - 2) [-]на устойчивую гемодинамику и самостоятельное дыхание
 - 3) [-]на деятельность ЖКТ
 - 4) [-]на адекватную сердечную деятельность
 - 5) [+]на всё вышеперечисленное
-

419. Профилактическая доза гепарина в послеоперационном периоде составляет

- 1) [-]1000 ЕД
- 2) [-]5000 ЕД
- 3) [-]10000 ЕД
- 4) [+]определяется индивидуально
- 5) [-]20000 ЕД

420. Пусковым фактором ДВС- синдрома является поступление в кровь

- 1) **[+]**тканевого тромбопластина
 - 2) [-]эндогенного тромбопластина
 - 3) [-]гистамина
 - 4) [-]токсических веществ
 - 5) [-]все ответы правильные
-

421. Показанием к переводу на ИВЛ является

- 1) [-]частота дыхания 35 и более
 - 2) [-]PaCO₂ более 55мм рт. ст.
 - 3) [-]кровопотеря 50 мл/кг
 - 4) [-]остановка дыхания
 - 5) **[+]**все ответы правильные
-

422. Главными дыхательными мышцами являются

- 1) [-]межрёберные
 - 2) **[+]**диафрагма
 - 3) [-]верхнего плечевого пояса
 - 4) [-]прямая мышца живота
 - 5) [-]нет однозначного ответа
-

423. Показанием к пункции плевральной полости после пневмонэктомии является

- 1) [-]нарастающая подкожная эмфизема
- 2) [-]рентгенологическое смещение органов средостения в здоровую сторону
- 3) [-]уровень жидкости выше 3-го ребра

4) [-]уровень жидкости выше 5-го ребра

5) [+]верны все перечисленные ответы

424. Что составляет первую патогенетическую фазу ДВС – синдрома?

1) [+]гиперкоагуляция

2) [-]нарастающая коагулопатия потребления с усиления фибринолиза

3) [-]фибринолиз

4) [-]все ответы неверны

5) [-]гипокоагуляция

425. Что необходимо делать при развитии тампонады сердца в первую очередь?

1) [-]струйно вводить сердечные гликозиды

2) [-]начать инфузию адреномиметиков

3) [+]выполнить пункцию перикарда, ввести в/вено 120 мг преднизолона и 1 мл 0,06% коргликона

4) [-]закрытый массаж сердца

5) [-]все действия неверны

426. Какой объём наружной кровопотери относят к малому лёгочному кровотечению?

1) [+]50 – 100 мл

2) [-]110 – 150 мл

3) [-]30 – 40 мл

4) [-]70 – 120 мл

5) [-]150 – 200 мл

427. Какой объём наружной кровопотери

относят к среднему лёгочному кровоточению?

- 1) [+]100 – 500 мл
- 2) [-]50 – 90 мл
- 3) [-]550 – 600 мл
- 4) [-]10 – 90 мл
- 5) [-]650 – 700 мл

428. Какой объём наружной кровопотери относят к большому лёгочному кровоточению?

- 1) [+]свыше 500 мл
- 2) [-]до 500 мл
- 3) [-]300 – 400 мл
- 4) [-]100 – 500 мл
- 5) [-]200 – 300 мл

429. Укажите основную причину возникновения лёгочного кровотоечения

- 1) [+]острые и хронические неспецифические инфекционные заболевания лёгких
- 2) [-]рак лёгкого
- 3) [-]туберкулёз лёгких
- 4) [-]эхинококкоз лёгких
- 5) [-]эмпиема плевры

430. Укажите основное звено нарушений гомеостаза при острой кровопотере

- 1) [+]гиповолемия
- 2) [-]анемия
- 3) [-]нарушение кислотно-основного состояния

4) [-]уремия

5) [-]билирубинемия

431. Укажите основное звено нарушений гомеостаза при хронической кровопотере

1) [-]нарушение кислотно-основного состояния

2) [-]уремия

3) [+]анемия

4) [-]гиповолемия

5) [-]билирубинемия

432. Что предшествует лёгочному кровотечению?

1) [+]приступообразный кашель

2) [-]общая слабость

3) [-]снижение аппетита

4) [-]повышение температуры тела

5) [-]сонливость

433. Какого цвета кровь лёгочного происхождения?

1) [+]Алого

2) [-]тёмно- красного

3) [-]коричневого

4) [-]синеватого

5) [-]типа мясных помоев

434. Какова реакция крови лёгочного происхождения?

- 1) [-]кислая
 - 2) [+]щелочная
 - 3) [-]нейтральная
 - 4) [-]может быть любая
 - 5) [-]зависит от количества потерянной крови
-

435. Какие методы обеспечивают остановку лёгочного кровотечения?

- 1) [-]введение аскорбиновой кислоты
 - 2) [+]применение гемостатиков, гемотрансфузий, временной эндобронхиальной окклюзии
 - 3) [-]обильное горячее питьё
 - 4) [-]управляемая гипотермия
 - 5) [-]внутривенное введение эритромаcсы
-

436. Укажите осложнения, возникающие при лёгочном кровотечении

- 1) [+]аспирация крови в просвет дыхательных путей с развитием дыхательной недостаточности, сердечной слабости, пневмонии, анемии
 - 2) [-]гемоторакс
 - 3) [-]эмпиема плевры
 - 4) [-]тромбоэмболия лёгочной артерии
 - 5) [-]абсцесс лёгкого
-

437. Бывает ли мелена при лёгочном кровотечении?

- 1) [-]Нет
- 2) [+]Редко

3) [-]Всегда

4) [-]Часто

5) [-]Нет правильного ответа

438. При каких болезнях может возникнуть лёгочное кровотечение?

1) [-]при гастрите

2) [+]при болезни верхних дыхательных путей, трахеи и бронхов

3) [-]при заболевании опорно-двигательного аппарата

4) [-]при болезни крови

5) [-]при эмпиеме плевры

439. На какие сутки повышается температура тела при лёгочном кровотечении?

1) [+]1 сутки

2) [-]2 – 3 сутки

3) [-]5 – 6 сутки

4) [-]10 сутки

5) [-]7 – 8 сутки

440. На какие сутки возникает аспирационная пневмония при лёгочных кровотечениях?

1) [-]1 сутки

2) [+]2 – 3 сутки

3) [-]7 – 8 сутки

4) [-]9 – 10 сутки

5) [-]14 сутки

441. Укажите причину вторичных лёгочных

кровотечений

- 1) [-]введение витаминов
 - 2) [+]соскальзывание лигатур в крупного сосуда, повреждение межрёберных артерий из разделённых спаек
 - 3) [-]переливание больших доз кристаллоидов
 - 4) [-]эндотрахеальный наркоз
 - 5) [-]эмпиема плевры
-

442. Что облегчает распознавание вторичных кровотечений у торакальных больных?

- 1) [-]продлённая ИВЛ
 - 2) [+]наличие дренажа в плевральной полости
 - 3) [-]субплевральный ирригатор
 - 4) [-]исследование белков крови в динамике
 - 5) [-]исследование уровня гемоглобина крови в динамике
-

443. Тактика при соскальзывании лигатуры с крупного сосуда включает в себя

- 1) [-]динамическое наблюдение
 - 2) [+]немедленную торакотомию
 - 3) [-]исследование показателей красной крови
 - 4) [-]фибробронхоскопию
 - 5) [-]торакоскопию
-

444. Тактика при паренхиматозном лёгочном кровотечении включает в себя

- 1) [-]проведение фибробронхоскопии
- 2) [+]переливание гемостатиков, донорской крови и плазмы
- 3) [-]динамическое наблюдение

4) [-]введение гормонов

5) [-]торакалотомию

445. Когда впервые предложена перевязка лёгочной артерии для остановки кровотечения?

1) [-]в 1893 году

2) [+]в 1912 году

3) [-]в 1940 году

4) [-]в 1961 году

5) [-]в 1970 году

446. Кто предложил перевязку лёгочной артерии для остановки кровотечения?

1) [-]Бакулев А.Н

2) [-]Углов Ф.Г.

3) [+]Греков И.И.

4) [-]Колесников И.С.

5) [-]Колесов А.П.

447. Кто предложил эндоваскулярную эмболизацию бронхиальных артерий для остановки кровотечения?

1) [-]Колесов А.П.

2) [-]Колесников И.С.

3) [+]Рабкин И.Х., Готман Л.Н

4) [-]Углов Ф.Г.

5) [-]Колесов В.И.

448. Основная причина желудочно-кишечных кровотечений

- 1) [-]повреждение слизистой оболочки инородными телами
 - 2) [-]нарушения в свёртывающей системе крови
 - 3) [+]опухоли и изъязвления желудочно-кишечного тракта
 - 4) [-]закрытая травма живота с повреждением паренхиматозных органов
 - 5) [-]заболевания крови
-

449. Основная опасность желудочно-кишечного кровотечения

- 1) [-]развитие острой кишечной непроходимости из-за обтурации просвета кишки свёртками
 - 2) [-]развитие инфекционных осложнений в просвете желудочно-кишечного тракта
 - 3) [+]развитие острой анемии
 - 4) [-]развитие дискинезии и дисбактериоза
 - 5) [-]развитие перитонита
-

450. Основные причины возникновения эрозивного геморрагического гастрита

- 1) [+]нарушение свёртывающей системы крови, дистрофические процессы в стенке желудка
 - 2) [-]хроническая алкогольная интоксикация, курение
 - 3) [-]отравление ФОС или радионуклидами
 - 4) [-]диафрагмальные скользящие грыжи
 - 5) [-]закрытая травма живота
-

451. Основные причины развития синдрома Маллори - Вейса

- 1) [-]закрытая травма живота, вибрационная болезнь
- 2) [-]хроническая гипоксия, отравление СО

- 3) [+]Алкогольная интоксикация, рвота
 - 4) [-]перенесённые гепатит или малярия
 - 5) [-]отравление ФОС
-

452. Основная причина развития кровотечения из расширенных вен пищевода

- 1) [-]болезнь Верльгофа
 - 2) [-]болезнь Рендю - Ослера
 - 3) [-]склерозирующий медиастинит
 - 4) [+]портальная гипертензия
 - 5) [-]болезнь Мондора
-

453. Наиболее информативный современный метод ранней диагностики источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ

- 1) [-]магниторезонансная томография
 - 2) [-]радионуклидное исследование
 - 3) [+]эндоскопическое исследование
 - 4) [-]селективная целиако- и мезентерикография
 - 5) [-]лапароцентез
-

454. Укажите признак – частый предвестник развития кровотечения из язвы желудка

- 1) [-]изжога и отрыжка
 - 2) [+]боль в эпигастрии
 - 3) [-]тошнота, рвота
 - 4) [-]гиперсаливация, боль за грудиной
 - 5) [-]кинжальная боль в эпигастрии
-

455. Укажите заболевание, при котором часто

отмечается мелена

- 1) [-]профузное кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки
 - 2) [+]язва желудка, двенадцатиперстной кишки
 - 3) [-]дивертикулы ободочной кишки
 - 4) [-]опухоль сигмовидной, прямой кишки
 - 5) [-]кровоточащий геморрой
-

456. Укажите заболевания, наиболее часто встречающиеся в анамнезе у больных с портальной гипертензией

- 1) [-]болезнь Рендю- Ослера
 - 2) [-]возвратный тиф, амебиаз
 - 3) [+]вирусный гепатит, цирроз печени
 - 4) [-]альвеококкоз, парагонимоз
 - 5) [-]рак печени
-

457. Укажите объём максимальной кровопотери, не вызывающий ярких клинических симптомов

- 1) [-]50 мл
 - 2) [-]250 мл
 - 3) [+]500 мл
 - 4) [-]1000мл
 - 5) [-]1500 мл
-

458. Ведущая причина появления патологических расстройств при остром гастродуоденальном кровотечении

- 1) [-]Гипоксия
 - 2) [+]Гиповолемиа
 - 3) [-]Лейкопения
 - 4) [-]Лимфопения
 - 5) [-]Эозинопения
-

459. Что такое «шоковый индекс» ?

- 1) [-]отношение систолического артериального давления к диастолическому
 - 2) [-]отношение систолического артериального давления к центральному венозному давлению
 - 3) [-]отношение систолического артериального давления к частоте пульса
 - 4) [+]отношение частоты пульса к систолическому артериальному давлению
 - 5) [-]отношение частоты пульса к диастолическому артериальному давлению
-

460. Укажите нормальное значение «шокового индекса»

- 1) [-]0,1
 - 2) [+]0,5
 - 3) [-]1,0
 - 4) [-]2,0
 - 5) [-]3,0
-

461. Укажите значения показателя гематокрита, соответствующие кровопотере тяжёлой степени

- 1) [-]0,3
- 2) [-]меньше 0,3

3) [+]меньше 0,25

4) [-]меньше 0,2

5) [-]0,5

462. Укажите значения показателя гемоглобина, соответствующие кровопотере средней степени тяжести

1) [-]90 – 100 г/л

2) [-]80 – 90 г/л

3) [+]83 – 100 г/л

4) [-]70 – 80 г/л

5) [-]50 – 60 г/л

463. Укажите показатель количества эритроцитов в циркулирующей крови, характерный для кровопотери средней степени тяжести

1) [+]2,5 – 3,0

2) [-]1,0 – 1,5

3) [-]1,5 – 2,0

4) [-]3,0 – 3,5

5) [-]3,5 – 4,0

464. Какую степень кровопотери характеризует дефицит глобулярного объёма 22%?

1) [-]Тяжёлую

2) [-]Нормальные пределы

3) [+]Среднюю

4) [-]Лёгкую

5) [-]Крайне тяжёлую

465. Укажите нижний предел при определении показаний для проведения гемотрансфузий при острых гастродуоденальных кровотечениях

- 1) [-]кровопотеря более 50% ОЦК
 - 2) [-]кровопотеря более 36 – 50% ОЦК
 - 3) [+]кровопотеря 25 – 35% ОЦК
 - 4) [-]кровопотеря до 25% ОЦК
 - 5) [-]кровопотеря до 20% ОЦК
-

466. Какой зонд используется для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода?

- 1) [-]Миллера – Эбота
 - 2) [-]Фогарти
 - 3) [+]Блекмора
 - 4) [-]Кохера
 - 5) [-]Петцера
-

467. Укажите вид оперативного вмешательства, наиболее часто осуществляемого при кровотечениях из пептических язв желудочно-кишечного анастомоза

- 1) [-]удаление гастриномы
- 2) [+]гастротомия, ушивание кровоточащего сосуда, ваготомия
- 3) [-]резекция культи желудка, эзофагоэнтероанастомоз
- 4) [-]прошивание кровоточащего сосуда, удаление остатка антрального отдела желудка

5) [-]экстирпация оставшейся части желудка

468. Укажите основные показания к применению зонда Блекмора

- 1) [-]Распадающаяся опухоль желудка
 - 2) [-]диффузный эрозивный гастрит
 - 3) [+]кровотечение при портальной гипертензии
 - 4) [-]болезнь Верльгофа
 - 5) [-]кровотечение из язвы желудка
-

469. В чём заключается оперативное лечение при болезни Верльгофа?

- 1) [-]в наложении портокавального анастомоза
 - 2) [+]в спленэктомии
 - 3) [-]в селективной ваготомии с пилоропластикой
 - 4) [-]в антрумрезекции
 - 5) [-]в резекции желудка
-

470. Наиболее частое оперативное вмешательство при болезни Рендю – Ослера

- 1) [-]селективная ваготомия с пилоропластикой
 - 2) [+]резекция желудка
 - 3) [-]гастрэктомия
 - 4) [-]операция Таннера- Топчибашева
 - 5) [-]стволовая ваготомия
-

471. Наиболее частое оперативное пособие при синдроме Маллори – Вейса

- 1) [-]прошивание расширенных вен пищевода и

кардиального отдела желудка

- 2) [+]ушивание разрывов слизистой оболочки
- 3) [-]перевязка левой желудочной артерии
- 4) [-]стволовая ваготомия с пилоропластикой
- 5) [-]резекция 2/3 желудка

472. Наиболее частое оперативное пособие, проводимое при хронической язве желудка, осложнённой кровотечением

- 1) [-]селективная ваготомия с дренирующей операцией
- 2) [-]стволовая поддиафрагмальная ваготомия с дренирующей операцией
- 3) [-]антрумрезекция, ваготомия
- 4) [+]резекция желудка, ваготомия
- 5) [-]гастротомия, ушивание кровоточащей язвы

473. Укажите наиболее оптимальное оперативное вмешательство при язве двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением в фазе неустойчивого гемостаза

- 1) [-]селективная ваготомия с дренирующей операцией
- 2) [+]стволовая поддиафрагмальная ваготомия с дренирующей операцией
- 3) [-]резекция желудка, ваготомия
- 4) [-]прошивание источника кровотечения нерезорбируемой нитью
- 5) [-]резекция желудка по Бильрот-2

474. Какова основная функция желчного пузыря?

- 1) [-]Секреторная
 - 2) [+]резервуарная, концентрационная
 - 3) [-]ферментативная
 - 4) [-]регуляторная
 - 5) [-]гормональная
-

475. Укажите основные патогенетические факторы острого холецистита

- 1) [+]стаз в желчевыводящих путях, нарушение кровообращения в стенке желчного пузыря
 - 2) [-]вирулентная микрофлора, снижение местной неспецифической резистентности
 - 3) [-]сахарный диабет, наличие камней в желчном пузыре
 - 4) [-]изменение физико-химических свойств желчи, дисфункция желчевыводящих путей
 - 5) [-]нарушение функции поджелудочной железы
-

476. Каков объём суточной секреции желчи?

- 1) [-]200 – 300 мл
 - 2) [+]около 1000 мл
 - 3) [-]более 1,5 л
 - 4) [-]колеблется в зависимости от количества съеденной пищи
 - 5) [-]500 мл
-

477. Где расположен сфинктер Одди?

- 1) [-]в шейке желчного пузыря
- 2) [+]в большом дуоденальном сосочке
- 3) [-]в общем печёночном протоке

4) [-]в устье Вирсунгова и желчном протоке

5) [-]в общем желчном протоке

478. Каковы основные факторы развития холангита?

1) [+]стеноз большого дуоденального сосочка или вентильный камень холедоха

2) [-]цирроз печени

3) [-]водянка желчного пузыря

4) [-]эмпиема желчного пузыря

5) [-]наличие конкрементов в желчном пузыре

479. Где локализуется «карман Гартмана» ?

1) [-]в холедохе

2) [+]в шейке желчного пузыря

3) [-]в печёночном протоке

4) [-]нет такого анатомического образования

5) [-]в прямой кишке

480. Укажите наиболее частое осложнение острого холецистита

1) [-]Поддиафрагмальный абсцесс

2) [-]пиелоперитонит

3) [+]перитонит

4) [-]сепсис

5) [-]цирроз печени

481. У каких категорий пациентов чаще встречается острый холецистит?

1) [-]у мужчин

- 2) [+]у женщин
 - 3) [-]у лиц преклонного возраста
 - 4) [-]у престарелых
 - 5) [-]у детей
-

482. Что характеризует положительный симптом Мюсси- Георгиевского?

- 1) [-]болезненность при пальпации в точке пересечения 12-го ребра и длинных мышц спины
 - 2) [+]болезненность между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
 - 3) [-]болезненность при поколачивании в поясничной области
 - 4) [-]уменьшение болезненности в положении стоя
 - 5) [-]болезненность при поколачивании в области правой рёберной дуги
-

483. С каким заболеванием чаще всего приходится дифференцировать острый холецистит?

- 1) [+]печёночная колика, острый панкреатит, почечная колика, острый аппендицит
 - 2) [-]опухоль толстой кишки, пиелонефрит, аппендикулярный инфильтрат
 - 3) [-]парапроктит, гастрит, энтероколит
 - 4) [-]инфаркт миокарда
 - 5) [-]цирроз печени
-

484. Что является показанием к экстренной операции при остром холецистите?

- 1) [+]развитие местного или разлитого перитонита
 - 2) [-]наличие сопутствующего деструктивного панкреатита
 - 3) [-]упорный болевой синдром
 - 4) [-]подозрение на панкреатит
 - 5) [-]желтушность кожных покровов
-

485. Показание к срочной операции при остром холецистите

- 1) [+]осложнение заболевания желтухой, острым панкреатитом, наличие признаков деструкции стенки желчного пузыря
 - 2) [-]наличие проявлений интоксикации, гипертермия
 - 3) [-]наличие перифокального инфильтрата
 - 4) [-]угроза сепсиса
 - 5) [-]водянка желчного пузыря
-

486. Укажите содержание консервативной терапии при остром холецистите

- 1) [+]спазмолитики, инфузионная (детоксицирующая, корригирующая электролитные нарушения) терапия, антибиотикотерапия, проводниковое обезбоживание
 - 2) [-]антибактериальная и десенсибилизирующая терапия
 - 3) [-]промывание желудка, обезбоживание
 - 4) [-]лапароскопическое Дренирование
 - 5) [-]постельный режим, антибиотикотерапия
-

487. Укажите виды операций при остром холецистите

- 1) [-]лапаротомия, дренирование подпечёночного пространства

2) [+]холецистостомия, холецистэктомия

3) [-]холедохотомия, дренирование общего желчного протока

4) [-]холедохотомия, марсупиализация поджелудочной железы

5) [-]лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости

488. Укажите операцию выбора при остром холецистите

1) [+]холецистэктомия

2) [-]холецистостомия

3) [-]дренирование брюшной полости

4) [-]дренирование подпечёночного пространства

5) [-]дренирование общего желчного протока

489. Какой оперативный доступ является наиболее предпочтительным при холецистэктомии?

1) [-]по Кохеру

2) [-]по Фёдорову

3) [+]верхнесрединная лапаротомия

4) [-]параректальный

5) [-]по Брайцеву

490. В каких случаях показано дренирование холедоха после холецистэктомии по поводу острого холецистита?

1) [-]всегда

2) [-]всегда, кроме случаев полной облитерации пузырного

протока

- 3) [+]при гипертензии в желчных протоках
- 4) [-]при флегмоне желчного пузыря
- 5) [-]не показано

491. Укажите показания к холедохотомии при остром холецистите

- 1) [-]сопутствующий панкреатит
- 2) [+]расширение холедоха, гнойный холангит, наличие конкрементов в холедохе
- 3) [-] невозможность дренировать общий желчный проток через культю пузырного протока
- 4) [-]не показано
- 5) [-]при деструкции стенки желчного пузыря

492. Укажите показания к наложению билиодигестивного анастомоза при остром холецистите

- 1) [+]наличие множественных камней в желчных протоках, индуративный панкреатит, стеноз большого дуоденального сосочка
- 2) [-]гнойный холангит, неэффективность наружного дренирования желчевыводящих путей, желтуха в анамнезе
- 3) [-]наличие желчных камней в холедохе, сомнительные данные при бужировании желчных протоков, невозможность выполнения холангиографии
- 4) [-]не показано
- 5) [-]наличие мелких камней в желчном пузыре

493. Какой способ дренирования

желчевыводящих путей предпочтителен при остром холецистите?

- 1) [-]по Керу
 - 2) [-]по Холстеду
 - 3) [-]по Вишневскому
 - 4) [-]по Кохеру
 - 5) [+]каким лучше владеет хирург
-

494. Кто впервые осуществил холецистэктомию?

- 1) [-]Кохер в 1823г.
 - 2) [+]Гти в 1734г.
 - 3) [-]Ортнер в 1854г.
 - 4) [-]Греков в 1901г.
 - 5) [-]Фёдоров в 1895г.
-

495. Кто предложил интраоперационную холангиографию?

- 1) [+]Мирици в 1931г.
 - 2) [-]Спасокукоцкий в 1898 г.
 - 3) [-]Микулич в 1776г.
 - 4) [-]Монастырский в 1906г.
 - 5) [-]Фёдоров в 1901г.
-

496. Укажите правильную последовательность ревизии желчевыводящих путей с помощью ложечки

- 1) [-]терминальный отдел холедоха, затем желчные протоки
- 2) [+]печёночные протоки, затем холедох

3) [-]одновременно все отделы

4) [-]не имеет значения

5) [-]не проводить ревизию с помощью ложечки

497. Какие существуют показания к тампонаде подпечёночной области при холецистэктомии?

1) [-]холедохолитиаз, флегмонозный аппендицит

2) [+]сомнения в надёжности гемостаза, неполное удаление изменённой стенки желчного пузыря, перивезикулярный абсцесс

3) [-]сопутствующий деструктивный панкреатит

4) [-]Всегда

5) [-]водянка желчного пузыря

498. Какова необходимая ширина сформированного холедоходуоденоанастомоза?

1) [-]1 см

2) [+]2- 2,5 см

3) [-]3 см

4) [-]6 см

5) [-]4 см

499. Какие существуют противопоказания к наложению холедоходуоденоанастомоза при остром холецистите?

1) [+]ширина холедоха менее 5 мм, обширный спаечный процесс

2) [-]опасность развития холангита, вентильный камень холедоха

3) [-]возможность выполнения холедохоскопии

4) [-]опасность развития панкреатита

5) [-]водянка желчного пузыря

500. Наиболее частое осложнение после холецистэктомии по поводу острого холецистита

1) [-]нагноение послеоперационной раны, вентральная грыжа

2) [+]подпечёночный абсцесс

3) [-]разлитой гнойный перитонит

4) [-]Сепсис

5) [-]Кровотечение

501. Какое место по частоте занимает острая кишечная непроходимость среди других острых хирургических заболеваний органов брюшной полости?

1) [-]Первое

2) [-]Второе

3) [-]Третье

4) [+]Четвёртое

5) [-]Пятое

502. Какова частота острой кишечной непроходимости среди острых хирургических заболеваний?

1) [-]1,5 – 2,5 %

2) [+]2,6 – 3,9%

3) [-]4,0 – 6,4%

4) [-]6,5 – 10,0%

5) [-]1 – 1,5%

503. Паралитическая острая кишечная непроходимость относится

- 1) [-]к механической
- 2) [+]к динамической
- 3) [-]к смешанной
- 4) [-]к частичной
- 5) [-]к обтурационной

504. Спастическая острая кишечная непроходимость относится

- 1) [-]к механической
- 2) [+]к динамической
- 3) [-]к смешанной
- 4) [-]к частичной
- 5) [-]к обтурационной

505. Странгуляционная острая кишечная непроходимость относится

- 1) [+]к механической
- 2) [-]к динамической
- 3) [-]к смешанной
- 4) [-]к частичной
- 5) [-]к спастической

506. Обтурационная острая кишечная непроходимость относится

- 1) [+]к механической

- 2) [-]к динамической
 - 3) [-]к смешанной
 - 4) [-]к частичной
 - 5) [-]к спастической
-

507. Острая спаечная кишечная непроходимость относится

- 1) [-]к механической
 - 2) [-]к динамической
 - 3) [+]к смешанной
 - 4) [-]к частичной
 - 5) [-]к спастической
-

508. К какому виду острой кишечной непроходимости относится инвагинация кишки?

- 1) [-]к механической
 - 2) [-]к динамической
 - 3) [+]к смешанной
 - 4) [-]к частичной
 - 5) [-]к спаечной
-

509. Укажите частоту динамической острой кишечной непроходимости

- 1) [+]3 – 5%
 - 2) [-]6 – 10%
 - 3) [-]11 – 15%
 - 4) [-]16 – 20%
 - 5) [-]21 – 25%
-

510. Укажите частоту спаечной острой кишечной

непроходимости

- 1) [-]около 20%
- 2) [-]около 30%
- 3) [-]около 40%
- 4) [+]около 60%
- 5) [-]около 10%

511. Какие факторы являются предрасполагающими к развитию динамической острой кишечной непроходимости?

- 1) [-]наличие спаек и сращений между петлями кишечника
- 2) [-]опухоль кишки
- 3) [-]чрезмерная подвижность органов брюшной полости
- 4) [+]хронические нейроциркуляторные нарушения в кишечной стенке
- 5) [-]Забрюшинная гематома

512. Какие факторы являются предрасполагающими к развитию механической острой кишечной непроходимости?

- 1) [-]Забрюшинная гематома
- 2) [-]тромбоз и эмболия мезентериальных сосудов
- 3) [+]наличие спаек и сращений между петлями кишечника
- 4) [-]спастический колит
- 5) [-]абсцесс брюшной полости

513. Какие факторы являются ведущими при развитии паралитической острой кишечной непроходимости?

- 1) [+]воздействие эндотоксинов
 - 2) [-]копростаз, опухоли тонкой кишки
 - 3) [-]глистная инвазия
 - 4) [-]кахексия
 - 5) [-]наличие спаек и сращений между петлями кишечника
-

514. Какие факторы являются ведущими при развитии обтурационной острой кишечной непроходимости?

- 1) [-]Забрюшинная гематома, травма костей и органов таза
 - 2) [-]перитонит, эндотоксикоз
 - 3) [+]копростаз, опухоли кишечника, глисты
 - 4) [-]странгуляция и инвагинация
 - 5) [-]воздействие эндотоксинов
-

515. Какие факторы являются производящими при развитии странгуляционной острой кишечной непроходимости?

- 1) [-]обтурация просвета кишки опухолью, желчными камнями, копролитами, глистами
 - 2) [-]сдавление кишечника извне опухолью
 - 3) [+]заворот и ущемление кишки
 - 4) [-]узлообразование
 - 5) [-]перитонит
-

516. К какому виду острой кишечной непроходимости приводит узлообразование?

- 1) [-]к динамической острой кишечной непроходимости
- 2) [+]к механической острой кишечной непроходимости

3) [-]к смешанной острой кишечной непроходимости

4) [-]является особым видом острой кишечной непроходимости

5) [-]к паралитической острой кишечной непроходимости

517. Симптомы выявления чётких контуров перерастянутой петли кишечника через переднюю брюшную стенку называется:

1) [-]Склярова

2) [+]Валя

3) [-]Кивуля

4) [-]Бейли

5) [-]Образцова

518. Симптом «шума плеска» при сотрясении передней брюшной стенки называется

1) [+]Склярова

2) [-]Валя

3) [-]Кивуля

4) [-]Бейли

5) [-]Образцова

519. Симптом определения высокого тимпанического звука с металлическим оттенком на ограниченном участке брюшной стенки называется

1) [-]Склярова

2) [-]Валя

3) [+]Кивуля

4) [-]Бейли

5) [-]Образцова

520. Симптом выявления сердечных шумов через переднюю брюшную стенку называется

1) [-]Склярова

2) [-]Валя

3) [-]Кивуля

4) [+]Бейли

5) [-]Образцова

521. В течение какого времени допускается наблюдение и консервативное лечение при острой кишечной непроходимости в хирургическом стационаре?

1) [-]не более 1 часа

2) [+]не более 2 часов

3) [-]не более 3 часов

4) [-]не более 4 часов

5) [-]не более 6 часов

522. Инфузионная терапия перед операцией по поводу острой кишечной непроходимости

1) [+]является обязательным компонентом хирургического лечения

2) [-]не нужна

3) [-]желательна

4) [-]позволяет отсрочить вмешательство на 3-4 часа

5) [-]позволяет отсрочить вмешательство на 2 часа

523. На сколько сантиметров проксимальнее (выше) видимой зоны некроза тонкой кишки необходимо отступить, выполняя резекцию при острой тонкокишечной непроходимости?

- 1) [-]не менее 10 см
 - 2) [-]не менее 20 см
 - 3) [-]не менее 30 см
 - 4) [+]не менее 40 см
 - 5) [-]не менее 50 см
-

524. На сколько сантиметров дистальнее (ниже) видимой зоны некроза необходимо отступить, выполняя резекцию при острой кишечной непроходимости?

- 1) [-]не менее 10 см
 - 2) [+]не менее 20 см
 - 3) [-]не менее 30 см
 - 4) [-]не менее 40 см
 - 5) [-]не менее 50 см
-

525. Когда при оперативном вмешательстве показана интубация тонкой кишки при острой кишечной непроходимости?

- 1) [-]Всегда
- 2) [+]при наличии перитонита
- 3) [-]после резекции участка кишки
- 4) [-]не показана
- 5) [-]при обтурации кишки опухолью

526. Когда при оперативном вмешательстве показана интубация тонкой кишки при острой кишечной непроходимости?

1) [-]Всегда

2) [+]при релапаротомии по поводу ранней спаечной или паралитической непроходимости независимо от наличия перитонита

3) [-]при релапаротомии по поводу ранней спаечной или паралитической непроходимости только при наличии перитонита

4) [-]не показана

5) [-]после резекции участка кишки

527. Какой вид операции выполняют при острой механической кишечной непроходимости, вызванной obturацией просвета восходящего отдела толстой кишки опухолью?

1) [-]операцию Гартмана

2) [+]правостороннюю гемиколэктомию или наложение илеотрансверзоанастомоза

3) [-]резекцию восходящей кишки

4) [-]только наложение илеостомы

5) [-]только наложение колостомы

528. Какой вид операции выполняют при острой механической кишечной непроходимости, вызванной obturацией просвета левой половины толстой кишки опухолью?

1) [+]операцию Гартмана

2) [-]левостороннюю гемиколэктомию без наложения колостомы

3) [-]резекцию кишки без наложения колостомы

4) [-]только наложение колостомы

5) [-]только наложение илеостомы

529. Выявление чаш Клойбера при острой кишечной непроходимости является

1) [-]ранним признаком заболевания

2) [+]поздним признаком заболевания

3) [-]благоприятным прогностическим признаком

4) [-]ни о чём не говорит

5) [-]показанием к консервативному лечению

530. Сколько существует форм острого панкреатита?

1) [-]2

2) [-]3

3) [+]4

4) [-]5

5) [-]6

531. Сколько фаз морфологических изменений существует при остром панкреатите?

1) [-]2

2) [+]3

3) [-]4

4) [-]5

5) [-]6

532. Какие осложнения характерны для острого панкреатита?

- 1) [-]тромбоз мезентериальных сосудов
 - 2) [-]кишечная непроходимость
 - 3) [+]печёночная и почечная недостаточность
 - 4) [-]перфорация язвы
 - 5) [-]желудочное кровотечение
-

533. Укажите наиболее типичные признаки болевого синдрома при остром панкреатите

- 1) [-]приступообразные боли
 - 2) [+]боли постоянные, опоясывающего характера
 - 3) [-]разлитые боли без определённой иррадиации
 - 4) [-]кинжальная боль
 - 5) [-]боли периодические, ноющие
-

534. Какие из перечисленных специальных методов диагностики наиболее информативны для постановки диагноза «острый панкреатит»?

- 1) [-]обзорная рентгенография органов брюшной полости
 - 2) [-]рентгеноконтрастное исследование с бариевой взвесью
 - 3) [+]УЗИ поджелудочной железы
 - 4) [-]радиоизотопное исследование
 - 5) [-]ФГДС
-

535. Какие лечебные методы применяют для лечения отёчной формы острого панкреатита?

- 1) [+]голодание, снятие спазма сфинктера Одди,

антигистаминные препараты, паранефральная новокаиновая блокада

- 2) [-]Операция
 - 3) [-]применение цитостатических препаратов
 - 4) [-]методы экстракорпоральной детоксикации
 - 5) [-]лапароскопическая операция
-

536. Какие условия являются этиологическим факторами острого панкреатита?

- 1) [+]заболевание внепечёночных желчных путей с нарушением тока желчи
 - 2) [-]склеротические изменения в железе
 - 3) [-]заболевания печени
 - 4) [-]заболевания селезёнки
 - 5) [-]заболевания почек
-

537. Какие из перечисленных признаков на обзорных рентгенограммах органов брюшной полости являются косвенными признаками панкреатита?

- 1) [-]размытые тени подвздошно-поясничных мышц, смещение органов средостения
 - 2) [-]симптом «серпа»
 - 3) [+]выраженный пневматоз кишечника
 - 4) [-]симптом «подушки»
 - 5) [-]симптом Валя
-

538. Укажите характеристику болевого синдрома при остром панкреатите

- 1) [+]нестерпимые боли в эпигастральной области,

нарастание болевого синдрома на высоте рвоты, боли, отдающие в спину, позднее принимающие характер опоясывающих

2) [-]постоянные боли с иррадиацией в плечо и в лопатку справа

3) [-]схваткообразная боль, сопровождающаяся рвотой, которая приносит кратковременное облегчение

4) [-]рвота приносит полное устранение боли

5) [-]кинжальная боль в эпигастральной области

539. Какие особенности характеризуют рвоту при остром панкреатите?

1) [+]многократная рвота не приносит облегчения

2) [-]рвота приносит кратковременное облегчение

3) [-]рвота приносит полное облегчение

4) [-]рвота «кофейной гущей»

5) [-]рвотный массы с прожилками крови

540. Какие лечебные мероприятия предотвращают переход кишечного стаза в парез при остром панкреатите?

1) [+]сакроспинальная блокада

2) [-]гипотермия живота

3) [-]антибактериальная терапия

4) [-]приём ингибиторов протеаз

5) [-]гипертермия живота

541. Что относят к ранним осложнениям острого панкреатита?

1) [+]оментобурсит

- 2) [-]инфаркт лёгкого
 - 3) [-]острую сердечно- сосудистую недостаточность
 - 4) [-]спленомегалия
 - 5) [-]парапанкреатит
-

542. Что является показанием к проведению ранних операций при остром панкреатите?

- 1) [+]разлитой ферментативный перитонит
 - 2) [-]выраженный болевой синдром
 - 3) [-]развитие печёночной колики
 - 4) [-]развитие оментобурсита
 - 5) [-]развитие печёночной колики
-

543. На основании каких исследований можно оценить выраженность панкреатической деструкции при остром панкреатите?

- 1) [+]определение уровня трансаминазы, эластазы, липазы, трипсина
 - 2) [-]определение активности панкреатических ферментов
 - 3) [-]определение выраженности артериальной гипоксемии
 - 4) [-]оценка выраженности эндогенной интоксикации
 - 5) [-]определение уровня сахара крови
-

544. Препараты какой группы обладают антилипазным действием при лечении острого панкреатита?

- 1) [+]тетрациклины
- 2) [-]аминогликозиды
- 3) [-]пенициллины

4) [-]макролиды

5) [-]хинолоны

545. Какие из перечисленных инфузионных препаратов обладают антилипазным действием при лечении острого панкреатита?

1) [+]**жировые имульсии**

2) [-]коллоидные растворы

3) [-]кристаллоидные растворы

4) [-]глюкоза

5) [-]белковые растворы

546. Что является противопоказанием к проведению форсированного диуреза при остром панкреатите?

1) [+]**острая или хроническая почечная недостаточность**

2) [-]ферментная токсемия

3) [-]начальный период острого холецистопанкреатита

4) [-]токсическая фаза панкреатогенного перитонита

5) [-]перитонит

547. Какие показатели амилазно-креатининового клиренса характерны для острого панкреатита?

1) [+]**более 6 %**

2) [-]от 1 до 4 %

3) [-]от 4 до 6%

4) [-]до 1 %

5) [-]6 – 7%

548. При каких формах острого панкреатита выявляют дисковидные ателектазы?

- 1) [+]при хвостовом остром панкреатите
 - 2) [-]при головчатом остром панкреатите
 - 3) [-]при биллиарном остром панкреатите
 - 4) [-]при алкогольном остром панкреатите
 - 5) [-]при геморрагическом остром панкреатите
-

549. Что такое острый перитонит?

- 1) [+]воспаление висцеральной и париетальной брюшины
 - 2) [-]воспаление висцеральной брюшины
 - 3) [-]воспаление париетальной брюшины
 - 4) [-]воспаление желчного пузыря
 - 5) [-]воспаление головки поджелудочной железы
-

550. Укажите частоту первичного острого перитонита

- 1) [-]около 1%
 - 2) [+]около 10%
 - 3) [-]около 40%
 - 4) [-]около 40-50%
 - 5) [-]около 5%
-

551. Что такое местный острый перитонит?

- 1) [+]занимающий одну анатомическую область
- 2) [-]занимающий две анатомические области
- 3) [-]занимающий три анатомические области
- 4) [-]занимающий четыре и более анатомические области

5) [-]занимающий все области живота

552. Что такое «разлитой перитонит»?

- 1) [+]занимающий две и более анатомических областей
 - 2) [-]занимающий одну анатомическую область
 - 3) [-]занимающий четыре и более анатомических областей
 - 4) [-]занимающий три анатомические области
 - 5) [-]занимающий только две анатомические области
-

553. Что характеризует I стадию острого перитонита?

- 1) [+]отсутствие поражения других органов
 - 2) [-]поражение одного из органов
 - 3) [-]поражение двух-трёх органов (почки, лёгкие, печень)
 - 4) [-]поражение брюшины и двух органов живота
 - 5) [-]верно всё вышеперечисленное
-

554. Что характеризует III стадию острого перитонита?

- 1) [-]отсутствие поражения других органов
 - 2) [-]поражение одного из органов
 - 3) [+]поражение двух- трёх органов (почки, лёгкие, печень)
 - 4) [-]поражение забрюшинного пространства
 - 5) [-]верно всё вышеперечисленное
-

555. Укажите наиболее частую причину возникновения острого перитонита

- 1) [+]аппендицит
- 2) [-]гастрит

- 3) [-]инфаркт миокарда
 - 4) [-]лёгочное кровотечение
 - 5) [-]тромбоз мезентериальных сосудов
-

556. Как часто возникает послеоперационная эвентрация при остром перитоните?

- 1) [+]8 – 10%
 - 2) [-]1 – 2%
 - 3) [-]3 – 4%
 - 4) [-]1 – 5%
 - 5) [-]6 – 7%
-

557. Укажите временной интервал реактивной фазы острого перитонита

- 1) [+]первые 24 часа
 - 2) [-]первые 48 часов
 - 3) [-]первые 72 часа
 - 4) [-]первые 96 часов
 - 5) [-]первые 6 часов
-

558. Укажите временной интервал токсической фазы перитонита

- 1) [+]24 – 72 часа
 - 2) [-]первые 132 часа
 - 3) [-]первые 20 часов
 - 4) [-]первые 2 часа
 - 5) [-]первые 12 часов
-

559. Укажите временной интервал терминальной фазы острого перитонита

- 1) [-]первые 24 часа
 - 2) [-]первые 48 часов
 - 3) [-]первые 72 часа
 - 4) [+]свыше 72 часов
 - 5) [-]первые 12 часов
-

560. Что характеризует II стадию тяжести острого перитонита?

- 1) [-]отсутствует поражение других органов
 - 2) [+]возникает поражение одного из органов (лёгкие, почки, печень)
 - 3) [-]возникает поражение двух-трёх органов (почки, печень, лёгкие)
 - 4) [-]возникает поражение трёх органов
 - 5) [-]возникает поражение четырёх органов
-

561. Что составляет основу нарушения белкового обмена при остром перитоните?

- 1) [+]гиперметаболизм, потери белка с экссудатом, мочой, рвотными массами
 - 2) [-]гипогликемия
 - 3) [-]гиперлиппротеинемия
 - 4) [-]гипергликемия, лимфоцитоз
 - 5) [-]тромбоцитопения
-

562. В каких случаях возникают позывы на стул при остром перитоните?

- 1) [-]при локализации гнойника под печенью
- 2) [+]при локализации гнойника в малом тазу

3) [-]при локализации гнойника в поддиафрагмальном пространстве

4) [-]при локализации гнойника в поджелудочной железе

5) [-]при локализации гнойника между петлями тонкой кишки

563. Какие изменения в периферической крови наблюдаются при остром перитоните?

1) [-]эритроцитоз

2) [-]лимфоцитоз

3) [-]моноцитоз

4) [+]лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг нейтрофильной формулы влево

5) [-]лейкопения, снижение гемоглобина

564. Какова потеря жидкости при лёгкой степени гипогидратации?

1) [+]0,5л

2) [-]1,0л

3) [-]1,5 – 2,0л

4) [-]более 2,5л

5) [-]до 4л

565. Какие средства применяются для подавления инфекции при перитоните?

1) [-]витаминотерапия

2) [+]антибиотики, промывание, дренирование

3) [-]сердечные препараты

4) [-]гормоны, плазмаферезы

5) [-]только антисептики

566. Какой зонд используется для декомпрессии тонкой кишки?

- 1) [-]Фогарти
 - 2) [-]Мюллера – Пирогова
 - 3) [+]Миллера – Эббота
 - 4) [-]Спасокукоцкого
 - 5) [-]желудочный
-

567. Какие микроорганизмы наиболее часто вызывают острый перитонит?

- 1) [-]анаэробная микрофлора
 - 2) [+]кишечная палочка, энтерококки
 - 3) [-]вирусы
 - 4) [-]грибы
 - 5) [-]стрептококки
-

568. В каких случаях при остром перитоните эндотоксины образуют анафилотоксин?

- 1) [-]соединяясь с жирами крови
 - 2) [-]соединяясь с лимфоцитами
 - 3) [-]соединяясь с углеводами
 - 4) [+]соединяясь с антителами сыворотки крови и комплементом
 - 5) [-]соединяясь с эритроцитами
-

569. В какой стадии острого перитонита возникает ДВС- синдром?

- 1) [-]в реактивной
- 2) [+]в токсической и терминальной

- 3) [-]в реактивно- терминальный
 - 4) [-]в токсико- реактивной
 - 5) [-]может в любой из вышеперечисленных
-

570. Когда отсутствует защитное напряжение передней брюшной стенки при остром перитоните?

- 1) [-]при локализации процесса в области печени
 - 2) [-]при локализации процесса в области поджелудочной железы
 - 3) [+]при локализации процесса в малом тазу, сальниковой сумке
 - 4) [-]при локализации процесса в области аппендикса
 - 5) [-]при локализации процесса в подложечной области
-

571. Какова потеря жидкости при средней степени гипогидратации при остром перитоните?

- 1) [-]0,5л
 - 2) [+]1,0л
 - 3) [-]4,0 – 4,5л
 - 4) [-]более 5,0л
 - 5) [-]3,0л
-

572. В течение какого времени можно проводить предоперационную подготовку при остром перитоните?

- 1) [+]1 – 1,5 часа
- 2) [-]2 – 4 часа
- 3) [-]4,5 – 5 часов

4) [-]более 6 часов

5) [-]индивидуально

573. Какова цель операции при остром перитоните?

1) [-]нормализовать работу сердечно-сосудистой системы

2) [-]нормализовать работу дыхательной системы

3) [-]нормализовать работу выделительной системы

4) [+]дренирование и санация гнойного очага, декомпрессия кишечника

5) [-]орошение брюшной полости антибиотиками

574. Какие операции используют при раке желудка, осложнённом разлитым острым перитонитом?

1) [-]резекция 2/3 желудка

2) [-]гастротомия

3) [+]ушивание перфорационного отверстия с использованием сальника

4) [-]холецистэктомия

5) [-]резекция 1/2 желудка

575. Какой объём жидкости используется для промывания брюшной полости при остром перитоните?

1) [-]0,5 – 1,0 л

2) [-]1,0 – 1,5 л

3) [+]5 – 15 л и более

4) [-]менее 0,1 л

5) [-]не более 3 л

576. Укажите наиболее частую причину почечной колики

1) [-]дискинезии мочевыводящих путей

2) [-]опухоли и кисты почек

3) [+]мочекаменная болезнь

4) [-]герпес

5) [-]опухоль мочевого пузыря

577. Что понимают под острой задержкой мочи?

1) [+]Отсутствие самостоятельного мочеиспускания при переполненном мочой или кровью мочевом пузыре

2) [-]Отсутствие мочи в мочевом пузыре и позывов к мочеиспусканию

3) [-]Затрудненное опорожнение мочевого пузыря в начале акта мочеиспускания

4) [-]Наличие позывов к мочеиспусканию при переполненном мочевом пузыре

5) [-]Анурия

578. У кого наиболее часто наблюдается острая задержка мочи?

1) [+]У мужчин

2) [-]У женщин

3) [-]У детей

4) [-]Одинаково часто у мужчин и женщин

5) [-]У подростков

579. Какие камни мочевыводящих путей не

видны на обзорной рентгенограмме брюшной полости?

- 1) [-]Оксалаты и фосфаты кальция
 - 2) [+]Ураты и цистеиновые камни
 - 3) [-]Фосфаты кальция
 - 4) [-]Оксалаты кальция и ураты
 - 5) [-]Только ураты
-

580. Наличие какого минимального количества эритроцитов в поле зрения при исследовании осадка мочи позволяет говорить о микрогематурии?

- 1) [-]Хотя бы одного эритроцита
 - 2) [+]Более 5 эритроцитов
 - 3) [-]Более 40 эритроцитов
 - 4) [-]Более ста эритроцитов
 - 5) [-]50 эритроцитов
-

581. К выполнению какого исследования при почечной колике нет противопоказаний?

- 1) [-]Экскреторная урография
 - 2) [-]Хромоцистоскопия
 - 3) [+]Ультразвуковое исследование
 - 4) [-]Ретроградная пиелография
 - 5) [-]Пневмопиелография
-

582. С каким заболеванием приходится наиболее часто проводить дифференциальную диагностику почечной колики?

- 1) [+]С острым аппендицитом
 - 2) [-]С печёночной коликой
 - 3) [-]С острым панкреатитом
 - 4) [-]С внематочной беременностью
 - 5) [-]С тромбозом мезентериальных сосудов
-

583. Укажите первоочередные мероприятия при послеоперационной задержке мочи

- 1) [+]Грелка на область мочевого пузыря, звук водяной струи, переход в вертикальное положение, подкожные инъекции прозерина (1мл 0,05% р-ра)
 - 2) [-]Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером
 - 3) [-]Катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером
 - 4) [-]Надлобковая пункция
 - 5) [-]Троакарная эпицистостомия
-

584. Укажите наиболее частое осложнение длительно некупируемой почечной колики

- 1) [+]Острая гнойная инфекция мочевыделительной системы
 - 2) [-]Амилоидоз почки
 - 3) [-]Разрыв лоханки или почки
 - 4) [-]Анурия
 - 5) [-]Острый цистит
-

585. Что лежит в основе болевого синдрома при почечной колике?

- 1) [-]Раздражение нервного аппарата верхних мочевых путей инородным телом (камнем, сгустком крови)

2) [-]Перерастяжение мочеточников вследствие задержки мочи

3) [+]Спазм мочевых путей, напряжение фиброзной капсулы почки

4) [-]Напряжение фиброзной капсулы почки, перерастяжение мочеточников вследствие задержки мочи

5) [-]Воспалительный процесс в почке

586. Для какой локализации камня характерно развитие почечной колики с частым болезненным мочеиспусканием?

1) [-]Почка

2) [-]Лоханка

3) [-]Верхняя треть мочеточника

4) [+]Интрамуральный отдел мочеточника

5) [-]Чашечка

587. Укажите предельный максимальный размер конкремента, при котором возможно ожидать его самостоятельное отхождение

1) [-]5мм

2) [+]10мм

3) [-]15мм

4) [-]20мм

5) [-]25мм

588. Назовите наиболее удобный вид мягкого катетера для катетеризации мочевого пузыря при острой задержке мочи

1) [+]Тимана или Мерсье

2) [-]Нелатона небольшого диаметра

3) [-]Петцера

4) [-]Фоллея

5) [-]Изготовленный из полиэтиленовой трубочки из-под системы для переливания крови

589. Укажите параметры своевременного выделения индигокармина при хромоцистоскопии после его внутривенного введения

1) [+]3 – 5 мин

2) [-]10 – 20 мин

3) [-]30 мин

4) [-]45 мин

5) [-]До 1м часа

590. Укажите основную причину гематурии при почечной колике

1) [-]Травмирование конкрементом верхних мочевых путей

2) [+]Разрыв форникальных зон почечных чашечек с повреждением проходящих там сосудов

3) [-]Венозный застой в сосудах мочевыводящих путей с пропотеванием форменных элементов крови в мочеточник

4) [-]Разрыв сосудов мочеточника вследствие резкого повышения внутрисосудистого давления

5) [-]Повреждение слизистой мочевого пузыря

591. Перечислите противопоказания к проведению троакарной эпицистостомии

1) [-]Нет противопоказаний

2) [-]Острый цистит и перицистит

3) [-]Тампонада мочевого пузыря кровяными сгустками, большие рубцы и паховые грыжи

4) [+]Малая вместимость мочевого пузыря, тампонада мочевого пузыря кровяными сгустками, наличие новообразований мочевого пузыря, большие рубцы и паховые грыжи, острый цистит и перицистит

5) [-]Наличие камней мочевого пузыря

592. Укажите возможные осложнения троакарной эпицистостомии

1) [-]Ранение органов брюшной полости

2) [-]Повреждение вен предпузырной клетчатки с возникновением паравезикальной гематомы

3) [-]Образование мочевого затёков и тазовых флегмон

4) [+]Всё вышеперечисленное

5) [-]Повреждение мочеточника

593. Новокаиновую блокаду по Лорин – Эпштейну выполняют

1) [+]Введением анестезирующего раствора в толщу сменного канатика либо инфильтрацией тканей, располагающихся вблизи прикрепления круглой маточной связки

2) [-]Введением анестетика под ость подвздошной кости спереди назад

3) [-]Эндоскопическим доступом – с введением с слизистую оболочку устья мочеточника

4) [-]Трансвагинальным доступом

5) [-]Введение новокаина в предпузырную клетчатку

594. Определите показания для выполнения экскреторной урографии при почечной колике

- 1) [-]Наличие почечной колики
- 2) [-]Показания отсутствуют
- 3) [-]Проведение дифференциальной диагностики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в сложных случаях
- 4) [+]Для принятия решения в отношении необходимости срочного оперативного вмешательства
- 5) [-]Для исключения опухоли почки

595. Назовите основную причину, которая обуславливает развитие почечной колики при нефроптозе

- 1) [-]Острое нарушение пассажа мочи
- 2) [+]Нарушение кровоснабжения почки
- 3) [-]Сдавление эктопированной почкой рядом расположенных нервных стволов
- 4) [-]Сдавление эктопированной почкой расположенных рядом органов и нервных стволов
- 5) [-]

596. Укажите характерную взаимосвязь рвоты и болевого синдрома при почечной колике

- 1) [-]Рвота при почечной колике не наблюдается
- 2) [+]Рвота сопровождает болевой синдром
- 3) [-]Рвота возникает спустя длительное время после возникновения болей

4) [-]В одинаковой мере рвота может сопровождать болевой синдром и возникать спустя длительное время после его возникновения

5) [-]Рвота предшествует болевому синдрому

597. Укажите анатомические ориентиры для выполнения надлобковой капиллярной пункции мочевого пузыря

1) [+]Производят по средней линии живота, отступив 1 – 2 см кверху от лонного сочленения; иглу вводят строго перпендикулярно передней брюшной стенке

2) [-]Производят по средней линии живота, отступив 1 – 2 см кверху от лонного сочленения; иглу вводят с наклоном павильона вверх

3) [-]Производят по средней линии живота, отступив 1 – 2 см от лонного сочленения; иглу вводят с наклоном павильона вниз

4) [-]Производят по средней линии живота, отступив 4 – 5 см от лонного сочленения; иглу вводят строго перпендикулярно передней брюшной стенке

5) [-]Производят по средней линии живота по середине между пупком и лонным сочленением

598. Содержание действий при острой задержке мочи, развившейся на фоне острого воспалительного заболевания простаты

1) [-]Введение больному медикаментозных препаратов, повышающих тонус детрузора и вызывающих сокращение мочевого пузыря

2) [-]Катетеризация мочевого пузыря мягким катетером

3) [-]Катетеризация мочевого пузыря металлическим

катетером

4) [+]Пункция мочевого пузыря, а при отсутствии восстановления мочеиспускания – цистостомия

5) [-]Применение медикаментозных препаратов

599. Содержание действий при острой задержке мочи, сопровождающейся тампонадой мочевого пузыря кровяными сгустками

1) [-]Надлобковая капиллярная пункция мочевого пузыря

2) [-]Троакарная эпицистостомия

3) [-]Промежностная эпицистостомия

4) [+]Эпицистостомия

5) [-]Надлобковая пункция мочевого пузыря с введением тромболитических препаратов

600. Перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки часто развивается в возрасте

1) [-]До 20 лет

2) [+]20 – 30 лет

3) [-]30 – 40 лет

4) [-]Старше 50 лет

5) [-]40 – 50 лет

601. Перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки часто возникает

1) [-]В весеннее время

2) [+]В летнее время

3) [-]В осеннее время

4) [-]Зимой

5) [-]Время года не имеет значения

602. Из перечисленных видов язв перфорация чаще возникает

1) [-]При хронических язвах двенадцатиперстной кишки

2) [-]При острых язвах двенадцатиперстной кишки

3) [+]**При хронических язвах желудка**

4) [-]При острых язвах желудка

5) [-]При острых язвах луковицы двенадцатиперстной кишки

603. Укажите наиболее частую локализацию перфоративных язв желудка

1) [-]Тело, малая кривизна

2) [-]Тело, большая кривизна

3) [-]Субкардиальный отдел, малая кривизна

4) [+]**Пилорический отдел, передняя стенка**

5) [-]Субкардиальный отдел, большая кривизна

604. Укажите наиболее частую локализацию язв двенадцатиперстной кишки

1) [-]Латеральная стенка луковицы двенадцатиперстной кишки

2) [-]Медиальная стенка луковицы двенадцатиперстной кишки

3) [-]Задняя стенка луковицы двенадцатиперстной кишки

4) [+]**Передняя стенка луковицы двенадцатиперстной кишки**

5) [-]Не имеет значение

605. Основные жалобы больных при

перфоративной язве желудка

- 1) [-] На рвоту
 - 2) [-] На вздутие живота
 - 3) [-] На боль в грудной стенке
 - 4) [-] На боль в животе
 - 5) [+] На резкую кинжальную боль в подмышечной области
-

606. Укажите наиболее типичную локализацию болей при перфоративной язве в первые часы заболевания

- 1) [-] Правая подвздошная область
 - 2) [-] Мезогастральная область
 - 3) [-] Правое подреберье
 - 4) [+] Подложечная область
 - 5) [-] Левое подреберье
-

607. Укажите наиболее характерную иррадиацию болей при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки

- 1) [-] В нижние отделы живота
 - 2) [-] В надключичную область
 - 3) [+] В спину
 - 4) [-] В область пупка
 - 5) [-] В мошонку
-

608. При перфоративной язве рвота бывает:

- 1) [-] Часто
- 2) [+] Редко
- 3) [-] Не бывает

4) [-]Имеется всегда

5) [-]Не характерно

609. Болевой синдром наиболее выражен в сроки

1) [+]1 – 6 часов

2) [-]6 – 12 часов

3) [-]12 – 18 часов

4) [-]18 – 24 часа

5) [-]Свыше суток

610. В каких случаях следует проводить обзорную рентгенографию органов брюшной полости больным с предполагаемой перфоративной язвой желудка?

1) [-]При сомнительном диагнозе

2) [+]У всех больных

3) [-]При наличии показаний к оперативному лечению

4) [-]При исчезновении печёночной тупости

5) [-]При отсутствии показаний к операции

611. Атипичными видами перфораций следует считать локализующиеся

1) [-]В кардиальном отделе, на передней стенке

2) [-]На большой кривизне

3) [+]На задней стенке

4) [-]В области дна желудка, на передней стенке

5) [-]В пилорическом отделе желудка

612. При атипичных перфорациях язв

двенадцатиперстной кишки развиваются такие грозные осложнения как

- 1) [-]Перитонит
 - 2) [+]Забрюшинная флегмона
 - 3) [-]Деструктивный перитонит
 - 4) [-]Острая кишечная непроходимость
 - 5) [-]Деструктивный панкреатит
-

613. Период болевого шока у больных с перфоративной язвой составляет

- 1) [-]До 4 часов
 - 2) [+]До 6 часов
 - 3) [-]До 8 часов
 - 4) [-]До 12 часов
 - 5) [-]До 2 часов
-

614. Период мнимого благополучия у больных с перфоративной язвой составляет

- 1) [-]От 4 до 8 часов
 - 2) [+] От 6 до 12 часов
 - 3) [-]От 8 до 14 часов
 - 4) [-]От 8 до 24 часов
 - 5) [-]От 2 до 4 часов
-

615. В поздние сроки после перфорации дифференциальную диагностику необходимо проводить

- 1) [-]С острым холециститом
- 2) [-]С острым панкреатитом

3) [+]С острой кишечной непроходимостью

4) [-] С пельвиоперитонитом

5) [-] С острым аппендицитом

616. С целью выявления наличия в экссудате брюшной полости компонентов желудочного содержимого применяется

1) [-]Проба Савицкого

2) [+]Проба Фроткина

3) [-]Проба Адисса – Каковского

4) [-]Проба Реберга

5) [-]Проба Штанге

617. При атипичной перфорации излившееся содержимое распространяется

1) [-]В левый боковой канал, к воротам селезёнки

2) [+]В полость малого сальника, забрюшинную клетчатку

3) [-]В подпечёночное пространство

4) [-]В полость малого таза

5) [-]В правый боковой канал

618. Что включает в себя предоперационная подготовка больных с перфоративными язвами?

1) [-]Введение сердечных средств

2) [+]Противошоковую терапию с применением обезболивающих средств

3) [-]Нет необходимости в проведении предоперационной подготовки

4) [-]Околпочечную блокаду

619. Укажите тактику врача медпункта воинской части при подозрении на наличие у больного перфоративной язвы желудка

1) [-]Оставить больного в медпункте для динамического наблюдения

2) [-]Ввести обезболивающие средства и срочно направить больного в ближайший хирургический стационар

3) [+]При необходимости ввести кардиотонизирующие средства и срочно направить больного в положении лёжа в ближайший хирургический стационар

4) [-]Ввести зонд в желудок, назначить кардиотонизирующие препараты, а при отсутствии положительной динамики через 2 часа направить больного в ближайший хирургический стационар

5) [-]Положить холод на живот, голод, ввести зонд в желудок и наблюдать в течение суток

620. Какой вид обезболивания используют при операциях у больных с прободной язвой?

1) [+]Эндотрахеальный наркоз с применением миорелаксантов

2) [-]Внутривенное обезболивание

3) [-]Спинальную анестезию

4) [-]Местное обезболивание

5) [-]Масочный наркоз

621. Какой объём оперативного вмешательства выполняют у больных с перфоративной язвой при наличии фибринозно-гнойного перитонита

(токсическая фаза)?

- 1) [-]Резекцию желудка
 - 2) [-]Иссечение язвы, пилоропластику, ваготомию
 - 3) [+]Ушивание прободного отверстия
 - 4) [-]Ушивание язвы с наложением гастроэнтероанастомоза
 - 5) [-]Субтотальная резекция желудка
-

622. Какой объём оперативного вмешательства целесообразно выполнить у больного с хронической, каллёзной прободной язвой тела желудка при наличии серозного перитонита (реактивная фаза)?

- 1) [+]Резекцию 2/3 желудка
 - 2) [-]Иссечение язвы, пилоропластику, ваготомию
 - 3) [-]Ушивание прободного отверстия
 - 4) [-]Тампонаду и дренирование брюшной полости
 - 5) [-]Субтотальная резекция желудка
-

623. Укажите тактику врача при установленной прикрытой перфоративной язве

- 1) [-]Постоянная аспирация желудочного содержимого, массивная антибактериальная терапия
 - 2) [-]Динамическое наблюдение, операция при ухудшении состояния
 - 3) [+]Экстренное оперативное вмешательство
 - 4) [-]Оперативное лечение в плановом порядке
 - 5) [-]Лечение по методу Тейлора
-

624. Предоперационная подготовка у больных с

установленным диагнозом перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки должна составлять не более

- 1) [-]1 часа
- 2) [+]2 часов
- 3) [-]4 часов
- 4) [-]6 часов
- 5) [-]3 часов

625. Укажите тактику хирурга при обнаружении во время операции по поводу перфоративной язвы желудка гнойного экссудата в правой подвздошной области и гиперемированного аппендикса

- 1) [-]Удаление экссудата из правой подвздошной области
- 2) [+]Аппендэктомия, ушивание прободного отверстия
- 3) [-]Дренирование правой подвздошной области, ушивание прободного отверстия
- 4) [-]Удаление экссудата и введение антибиотиков в брыжейку червеобразного отростка, ушивание прободного отверстия
- 5) [-]Ушивание прободного отверстия и назначение антибиотиков

626. У больных, оперированных через 12 – 24 часа после момента перфорации, летальность в послеоперационном периоде составляет

- 1) [-]1 – 5%
- 2) [-]3 – 5%

3) [+]12 – 14%

4) [-]20 – 40%

5) [-]Свыше 40%

627. Укажите основной клинический признак проникающего характера ранения груди

1) [-]Локализация раны в области груди

2) [-]Ограничение дыхательных экскурсий грудной стенки

3) [-]Поступление крови при кашле из верхних дыхательных путей

4) [+]Поступление пенистой крови из раны грудной стенки

5) [-]Кровотечение из раны

628. Укажите основную причину нарушения дыхания при открытом пневмотораксе

1) [+]Парадоксальное дыхание

2) [-]Отёк лёгочной паренхимы

3) [-]Гиперсекреция бронхиальных желёз

4) [-]Генерализованный бронхоспазм

5) [-]Кровотечение из мягких тканей раны

629. Укажите основную причину нарушений внешнего дыхания при клапанном пневмотораксе

1) [-]Патологическая нервная импульсация

2) [+]Повышение внутриплеврального давления

3) [-]Избыточное образование экссудата в плевральной полости

4) [-]Парадоксальное дыхание

5) [-]Токсемия

630. Укажите достоверный признак торакоабдоминального ранения

- 1) [-]Крепитация мягких тканей передней и боковых поверхностей брюшной стенки
- 2) [+]Выпадение пряди сальника через рану груди
- 3) [-]Поступление пенистой крови из раны грудной стенки
- 4) [-]Нарастающая эмфизема средостения
- 5) [-]Нарушение внешнего дыхания

631. Укажите наиболее информативный инструментальный метод исследования при ранениях груди

- 1) [-]Бронхоскопия
- 2) [-]Селективная бронхография
- 3) [+]Торакоскопия
- 4) [-]Эзофагоскопия
- 5) [-]УЗИ

632. Укажите ведущее показание к проведению лапароцентеза при торакоабдоминальных ранениях

- 1) [-]Выпадение полого органа или сальника через рану грудной стенки
- 2) [+]Тяжёлое состояние раненого с утратой сознания и при невозможности исключить внутрибрюшное кровотечение
- 3) [-]Поступление желчи через рану грудной стенки
- 4) [-]Поступление мочи через рану грудной стенки
- 5) [-]Поступление крови через рану грудной стенки

633. Укажите наиболее ранний симптом повреждения пищевода при ранениях груди

- 1) [-]Гиперсаливация
 - 2) [+]Боль за грудиной
 - 3) [-]Изжога
 - 4) [-]Некупируемая икота
 - 5) [-]Рвота
-

634. Укажите частоту ранений груди в структуре современной огнестрельной травмы

- 1) [-]3 – 5%
 - 2) [+]10 – 15%
 - 3) [-]20 – 22,5%
 - 4) [-]25 – 30%
 - 5) [-]Свыше 30%
-

635. Укажите оптимальное место для дренирования плевральной полости при гемотораксе

- 1) [-]Точка Ходжиашвили
 - 2) [+]7-е межреберье по задней подмышечной линии
 - 3) [-]2-е межреберье по среднеключичной линии
 - 4) [-]Ярёмная вырезка над рукояткой грудины
 - 5) [-]5-е межреберье по средней подмышечной линии
-

636. Укажите оптимальную точку для дренирования плевральной полости при клапанном пневмотораксе

- 1) [-]7-е межреберье по средней подмышечной линии

2) [-]Точка Ходжиашвили

3) [+]2-е межреберье по среднеключичной линии

4) [-]Ярёмная вырезка над рукояткой грудины

5) [-]5-е межреберье по средней подмышечной линии

637. Укажите оптимальное место для дренирования при нарастающей эмфиземе средостения

1) [-]Точка Ходжиашвили

2) [-]Точка Ларрея

3) [-]Точка Марфана

4) [+]Ярёмная вырезка над рукояткой грудины

5) [-]2-е межреберье по среднеключичной линии

638. Укажите наиболее частый вид оперативного пособия при торакоабдоминальных ранениях

1) [-]Тораколапаротомия

2) [-]Торакотомия и лапароцентез

3) [+]Дренирование плевральной полости и лапаротомия

4) [-]Стернотомия и лапаротомия

5) [-]Лапаротомия, торакотомия

639. Укажите наиболее рациональный хирургический доступ для проведения торакотомии при проникающих ранениях груди

1) [-]Переднебоковая торакотомия

2) [+]Боковая торакотомия

3) [-]Продольная Стернотомия

4) [-]Чрездуплевральная торакотомия

5) [-]Дренирование плевральной полости

640. Укажите оптимальный вид анестезиологического пособия при оперативных вмешательствах на грудной полости

1) [-]Местная инфильтрационная анестезия

2) [-]Субплевральная блокада

3) [-]Внутривенная анестезия

4) [+]Эндотрахеальный наркоз

5) [-]Масочный наркоз

641. Укажите показания к неотложной торакотомии при ранениях груди

1) [-]Ранение грудного лимфатического протока

2) [-]Ранение пищевода

3) [+]Ранение сердца и крупных сосудов

4) [-]Инородное тело в средостении

5) [-]Ранение нижней доли правого лёгкого

642. Укажите сроки проведения неотложной торакотомии при ранениях груди после поступления раненного в госпиталь

1) [-]12 – 24 часа

2) [-]6 – 12 часов

3) [-]2 – 6 часа

4) [+]Немедленно после поступления

5) [-]Свыше суток

643. Укажите сроки проведения срочных

торакотомий при ранениях груди

- 1) [-] Немедленно после поступления раненого
- 2) [-] В первые 2 часа
- 3) [+] В течение первых 24 часов
- 4) [-] В течение 24 – 48 часов
- 5) [-] Свыше двух суток

644. Укажите показание к проведению неотложной торакотомии при ранениях груди

- 1) [+] Ранения сердца и/или крупных сосудов
- 2) [-] Ранение лёгкого
- 3) [-] Пневмоторакс
- 4) [-] Свернувшийся гемоторакс
- 5) [-] Гемоторакс

645. Какой темп поступления крови при ранениях груди делает необходимым проведение срочной торакотомии?

- 1) [-] 50 – 100 мл/ч
- 2) [-] 100 – 200 мл/ч
- 3) [+] 250 – 300 мл/ч
- 4) [-] 450 – 500 мл/ч
- 5) [-] Свыше 500 мл/ч

646. Укажите сроки проведения отсроченных вмешательств при ранениях груди

- 1) [-] 18 – 24 часа
- 2) [-] 48 – 72 часа
- 3) [+] 4-е – 5-е сутки после ранения

4) [-]8-е – 10-е сутки после ранения

5) [-]24 – 48 часов после ранения

647. Укажите показания к отсроченной торакотомии при проникающих ранениях груди

1) [-]Ранения пищевода

2) [-]Ранения крупных сосудов

3) [+]Инородные тела в лёгких и плевре

4) [-]Открытый пневмоторакс с повреждением пищевода

5) [-]Клапанный пневмоторакс

648. Укажите частоту проведения торакотомий при торакоабдоминальных ранениях

1) [-]5,5%

2) [+]13,5%

3) [-]28,5%

4) [-]33,1%

5) [-]20%

649. Укажите наиболее часто используемый доступ при ранениях сердца

1) [-]Продольная стернотомия

2) [-]Дренажирование плевральной полости широкопросветной дренажной трубкой

3) [+]Переднебоковая торакотомия

4) [-]Боковая торакотомия

5) [-]Пункция полости перикарда

650. Укажите оптимальную лечебную тактику при ранениях груди с гемоперикардом и

подозрением на ранение сердца

- 1) [-] Неотложная торакотомия
 - 2) [-] Дренирование плевральной полости широкопросветной дренажной трубкой
 - 3) [+] Пункция полости перикарда с последующей торакотомией
 - 4) [-] Консервативная терапия, динамическое наблюдение
 - 5) [-] Продольная стернотомия
-

651. Укажите показания к удалению доли лёгкого при ранениях груди

- 1) [-] Рваные и сквозные ранения лёгкого
 - 2) [-] Кровотечение из лёгочной паренхимы
 - 3) [+] Обширное разрушение лёгочной паренхимы
 - 4) [-] Краевое повреждение долевого бронха
 - 5) [-] Краевое повреждение лёгочной ткани
-

652. Укажите оперативное пособие, наиболее часто применяемое при ранениях пищевода

- 1) [+] Ушивание раны пищевода одиночными швами
 - 2) [-] Резекция повреждённого участка пищевода с наложением анастомоза «конец в конец»
 - 3) [-] Резекция пищевода и пластика его желудком
 - 4) [-] Резекция пищевода и пластика его толстой кишкой
 - 5) [-] Операция Денка – Турнера
-

653. Укажите наиболее частое осложнение проникающих ранений груди

- 1) [-] Остеомиелит рёбер

- 2) [+]Эмпиема плевры
 - 3) [-]Абсцесс лёгкого
 - 4) [-]Гнойный перикардит
 - 5) [-]Гангрена лёгкого
-

654. Когда возникает идиопатический спонтанный пневмоторакс?

- 1) [+]На фоне полного клинического благополучия
 - 2) [-]При закрытой травме груди
 - 3) [-]При хронических заболеваниях трахеи и бронхов
 - 4) [-]При острых лёгочных нагноениях
 - 5) [-]При огнестрельных ранениях груди
-

655. Когда возникает симптоматический (вторичный) спонтанный пневмоторакс?

- 1) [-]На фоне клинического благополучия и покоя
 - 2) [-]При тяжёлой физической работе
 - 3) [-]При закрытой травме груди
 - 4) [+]При различных заболеваниях лёгких
 - 5) [-]При огнестрельных ранениях груди
-

656. Что является морфологическим субстратом, обуславливающим возникновение спонтанного пневмоторакса?

- 1) [-]Бронхоэктазы
- 2) [-]Истинные или ложные кисты лёгких
- 3) [+]Буллы и блебы
- 4) [-]Туберкулёзные каверны и абсцессы лёгких
- 5) [-]Актиномикоз лёгких

657. Что можно выявить у больного спонтанным пневмотораксом на стороне поражения при перкуссии?

- 1) [-]Ясный лёгочный звук
 - 2) [-]Лёгочный звук с коробочным оттенком
 - 3) [+]**Тимпанит**
 - 4) [-]Притупление
 - 5) [-]Абсолютную тупость
-

658. Что можно выявить у больного спонтанным пневмотораксом при аускультации?

- 1) [-]Жёсткое дыхание
 - 2) [-]Бронхиальное дыхание
 - 3) [-]Сухие и влажные хрипы
 - 4) [+]**Ослабление и отсутствие дыхательных шумов**
 - 5) [-]Шум трения плевры
-

659. Какой метод исследования является ведущим при установлении окончательного диагноза «спонтанный пневмоторакс»?

- 1) [-]Бронхоскопия
 - 2) [-]Бронхография
 - 3) [+]**Рентгенография**
 - 4) [-]Спирография
 - 5) [-]Компьютерная томография
-

660. Укажите частоту развития спонтанного пневмоторакса при туберкулёзе лёгких

- 1) [+]**10%**

- 2) [-]30%
 - 3) [-]20%
 - 4) [-]40%
 - 5) [-]50%
-

661. Что такое блеб?

- 1) [+]Субплевральный воздушный пузырь
 - 2) [-]Разновидность кисты лёгкого
 - 3) [-]Разновидность булл
 - 4) [-]Разновидность каверн
 - 5) [-]Разновидность абсцесса
-

662. Как возникают буллы?

- 1) [-]При баротравме
 - 2) [-]При механической травме
 - 3) [-]Могут быть только врождёнными
 - 4) [+]Могут быть как врождёнными, так и приобретёнными
 - 5) [-]При закрытой травме груди
-

663. Наличие булл на поверхности лёгкого хорошо распознаётся

- 1) [-]При физикальном исследовании
 - 2) [-]При рентгеноскопии и рентгенографии
 - 3) [-]При томографии и бронхографии
 - 4) [+]При компьютерной томографии и торакоскопии
 - 5) [-]При сборе анамнеза
-

664. Какой метод лечения является оптимальным при открытом спонтанном пневмотораксе?

1) [-]Торакотомия, ушивание булл

2) [-]Дренирование плевральной полости с эвакуацией воздуха

3) [+]Пункция плевральной полости с эвакуацией воздуха

4) [-]Консервативное лечение

5) [-]Стернотомия

665. Какой метод лечения является оптимальным при распространённом (тотальном и субтотальном) спонтанном пневмотораксе?

1) [-]Торакотомия, ушивание булл

2) [+]Дренирование плевральной полости с эвакуацией воздуха

3) [-]Пункция плевральной полости с эвакуацией воздуха

4) [-]Все вышеперечисленные методы

5) [-]Консервативное лечение

666. В каком месте выполняют дренирование плевральной полости при неосложнённом спонтанном пневмотораксе?

1) [+]II межреберье по среднеключичной линии

2) [-]III межреберье по передней подмышечной линии

3) [-]IV межреберье по средней подмышечной линии

4) [-]III межреберье по задней подмышечной линии

5) [-]VII межреберье по задней подмышечной линии

667. Как часто развитие спонтанного пневмоторакса сочетается с возникновением внутриплеврального кровотечения?

- 1) [-]Не сочетается
 - 2) [+]В 2 – 5% случаев
 - 3) [-]В 10 – 15% случаев
 - 4) [-]Практически всегда
 - 5) [-]В 20% случаев
-

668. Какова летальность при спонтанном пневмотораксе?

- 1) [+]0,5 – 5%
 - 2) [-]6 – 10%
 - 3) [-]10 – 15%
 - 4) [-]10 – 20%
 - 5) [-]Свыше 20%
-

669. Где обычно формируются эмбологенные тромбы при тромбоэмболии лёгочной артерии?

- 1) [+]В венах голени и малого таза
 - 2) [-]В артериях брюшной полости
 - 3) [-]В дуге аорты
 - 4) [-]В лёгочных венах
 - 5) [-]В нижней полой вене
-

670. Какой тромб называется эмбологенным?

- 1) [-]Красный тромб
 - 2) [-]Белый тромб
 - 3) [+]Флотирующий тромб
 - 4) [-]Тромб более 2 см в диаметре
 - 5) [-]Тромб до 2 см в диаметре
-

671. Какой метод диагностики наиболее

информативен при тромбоземболии лёгочной артерии?

- 1) [-]ЭКГ
 - 2) [-]Рентгенография
 - 3) [+]**Ангиография**
 - 4) [-]Энцефалография
 - 5) [-]Компьютерная томография
-

672. Укажите классические симптомы тромбоземболии лёгочной артерии

- 1) [+]**Коллапс, цианоз, удушье, боли за грудиной**
 - 2) [-]Подкожная эмфизема, артериальная гипертензия, тахипное
 - 3) [-]Брадикардия, брадипное, боли в 6-м межреберье справа
 - 4) [-]Внезапная потеря сознания, тризм лицевой мускулатуры, клонические судороги
 - 5) [-]Тахикардия, повышение АД
-

673. Укажите препарат, вводимый немедленно при подозрении на тромбоземболию лёгочной артерии

- 1) [+]**Гепарин**
 - 2) [-]Коргликон
 - 3) [-]Преднизолон
 - 4) [-]Адреналин
 - 5) [-]АКТГ
-

674. Укажите препарат, используемый для

тромболитической терапии при тромбозмболии лёгочной артерии

- 1) [-]Гепарин
 - 2) [+]Стрептокиназа
 - 3) [-]Эпсилон-аминокапроновая кислота
 - 4) [-]Фраксипарни
 - 5) [-]Дицинон
-

675. Укажите средний срок образования тромба в венозном русле

- 1) [-]5 минут
 - 2) [-]30 секунд
 - 3) [+]6 часов
 - 4) [-]2 недели
 - 5) [-]1 неделя
-

676. Какой метод лучевой диагностики является наиболее информативным при тромбозмболии лёгочной артерии?

- 1) [-]Сканирование
 - 2) [+]Ангиопульмонография
 - 3) [-]Обзорная рентгенография органов грудной клетки
 - 4) [-]Бронхография
 - 5) [-]Томография лёгких
-

677. Определите содержание симптома Вестермарка

- 1) [-]Диффузная инфильтрация изменённой лёгочной ткани
- 2) [+]Обеднение лёгочного рисунка с увеличением

прозрачности лёгочной ткани

3) [-]Ателектаз доли лёгкого

4) [-]Усиление лёгочного рисунка и инфильтрация лёгочной ткани

5) [-]Ателектаз левого лёгкого

678. Укажите фамилию хирурга, разработавшего методику эмболэктомии при тромбозмболии лёгочной артерии

1) [-]Вишневский А.В.

2) [-]Пирогов Н.И.

3) [+]Тренделенбург Ф.

4) [-]Накахара К.

5) [-]Куприянов П.А.

679. Укажите ударную дозу стрептокиназы при тромбозмболии лёгочной артерии

1) [-]15 ME

2) [+]250 000 ME

3) [-]250 ME

4) [-]7000000 ME

5) [-]1000 ME

680. Укажите летальность при тромбозмболии лёгочной артерии в случае окклюзии 60 % просвета

1) [-]1 – 3%

2) [-]10 – 15%

3) [+]60 – 80%

4) [-]100%

5) [-]40 – 50 %

681. Укажите наиболее частое осложнение при тромбоэмболии лёгочной артерии

1) [-]Инфаркт миокарда

2) [-]Лёгочное кровотечение

3) [+]Инфаркт лёгкого

4) [-]Гемоторакс

5) [-]

682. Укажите автора первой методики эмболэктомии при тромбоэмболии лёгочной артерии

1) [-]Пирогов Н.И.

2) [+]Тренделенбург Ф

3) [-]Спасокукоцкий С.И.

4) [-]Торек

5) [-]Куприянов П.А.

683. Укажите частоту закрытой травмы живота по данным Великой Отечественной войны

1) [+]3 – 5%

2) [-]10 – 15%

3) [-]20 – 25%

4) [-]30 – 35%

5) [-]Более 35%

684. Какой из перечисленных симптомов наименее часто встречается при повреждении

паренхиматозных органов при закрытой травме живота?

- 1) [-]Боль при пальпации живота
- 2) [-]Напряжение мышц передней брюшной стенки
- 3) [-]Отсутствие движений брюшной стенки при дыхании
- 4) [+]Отсутствие кишечных шумов
- 5) [-]Притупление перкуторного звука в отлогих местах живота

685. Какой из перечисленных симптомов наименее часто встречается при повреждении полых органов при закрытой травме живота?

- 1) [-]Боль при пальпации живота
- 2) [-]Напряжение мышц передней брюшной стенки
- 3) [-]Отсутствие движений брюшной стенки при дыхании
- 4) [+]Притупление перкуторного звука в отлогих местах живота
- 5) [-]Симптом Щёткина- Блюмберга

686. Укажите частоту обнаружения свободного газа в брюшной полости при разрыве полого органа

- 1) [+]5 – 10%
- 2) [-]50 – 65%
- 3) [-]90 – 95%
- 4) [-]95 – 99%
- 5) [-]20 – 30%

687. Кто впервые осуществил лапароцентез с

диагностической целью при закрытой травме живота?

- 1) [+]I. Dixon (1887)
 - 2) [-]В. Бобров (1895)
 - 3) [-]А. Вишневский (1928)
 - 4) [-]М. Петров (1906)
 - 5) [-]А. Беркутов
-

688. Укажите диагностические возможности лапароцентеза при закрытой травме живота

- 1) [+]88 – 98%
 - 2) [-]60 – 70%
 - 3) [-]20 – 40%
 - 4) [-]12 – 15%
 - 5) [-]10%
-

689. Укажите диагностическую ценность лапароскопии при закрытой травме живота

- 1) [-]35 – 48%
 - 2) [-]50 – 65%
 - 3) [-]66 – 75%
 - 4) [+]97 – 99%
 - 5) [-]20 – 35%
-

690. Какой из перечисленных признаков позволяет отнести повреждение живота к закрытому?

- 1) [+]Отсутствуют повреждения кожных покровов
- 2) [-]Отсутствуют повреждения париетальной брюшины

- 3) [-]Отсутствуют повреждения паренхиматозных органов
 - 4) [-]Отсутствуют повреждения полых органов
 - 5) [-]Отсутствуют повреждения мочеточников
-

691. Какие из перечисленных доступов не используются при операциях на печени?

- 1) [-]Верхнесрединная лапаротомия
 - 2) [-]Поперечный разрез по Де-Васко
 - 3) [-]Торакофрениколапаротомия по Куино
 - 4) [+]Разрез по Шалите
 - 5) [-]Разрез по Фёдорову
-

692. Укажите наиболее оптимальный объём оперативного вмешательства при обнаружении рвано-ушибленной раны и разрыва печени с большой зоной её повреждения

- 1) [+]Резекция печени
 - 2) [-]Ушивание ран печени отдельными узловыми швами
 - 3) [-]Тампонада ран сальником на ножке
 - 4) [-]Экономное иссечение краёв раны и дренирование подпечёночного пространства
 - 5) [-]Ушивание ран печени, холецистостомия
-

693. Укажите частоту повреждений селезёнки при закрытой травме живота

- 1) [-]1 – 3%
- 2) [-]5 – 8%
- 3) [+]20 – 30%
- 4) [-]50 – 65%

5) [-]70%

694. Укажите поздние осложнения, возникающие после спленэктомии

- 1) [-]Вторичное кровотечение, связанное с усилением фибринолиза
- 2) [-]Перитонит вследствие повреждений и некроза стенки желудка
- 3) [-]Поддиафрагмальный абсцесс
- 4) [+]**Тромбоцитоз**
- 5) [-]Межкишечный абсцесс

695. Какой из перечисленных признаков является самым частым и наиболее существенным для диагностики повреждений почки?

- 1) [+]**Гематурия**
- 2) [-]Напряжение мышц передней брюшной стенки
- 3) [-]Болезненность при поколачивании по поясничной области
- 4) [-]Отсутствие кишечных шумов
- 5) [-]Синдром Зельдовича

696. Какой объём оперативного вмешательства должен использоваться при обнаружении полного разрыва стенки желудка длиной 7 см?

- 1) [+]**Экономное иссечение краёв раны и ушивание её двухрядным швом с прикрытием шва сальником на ножке**
- 2) [-]Гастрэктомия
- 3) [-]Резекция желудка

4) [-]Ушивание раны, ваготомия, пилоропластика

5) [-]Антрумрезекция

697. Для какого вида травмы характерны ложная анурия в сочетании с симптомами развивающегося перитонита?

1) [-]Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря

2) [+]Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря

3) [-]Разрыв уретры

4) [-]Повреждение предстательной железы

5) [-]Разрыв мочеочника

698. Развитие каких поздних осложнений не характерно для повреждений поджелудочной железы?

1) [-]Хронический панкреатит

2) [-]Образование свищей поджелудочной железы

3) [-]Образование кист поджелудочной железы

4) [+]Демпинг-синдром

5) [-]Хронический холецистопанкреатит

699. Что такое двухмоментный разрыв селезёнки?

1) [+]Разрыв паренхимы с более поздним разрывом капсулы

2) [-]Разрыв паренхимы и капсулы вследствие двух отдельных ударов

3) [-]Одномоментный разрыв органа в двух местах

4) [-]Разрыв капсулы селезёнки и паренхиматозного органа

5) [-]Разрыв капсулы и паренхимы в двух местах после

700. Для чего используется проба Рувилуа – Грегуара при закрытой травме живота?

- 1) [+]Для выявления продолжающегося внутрибрюшного кровотечения
 - 2) [-]Для выявления крови в брюшной полости
 - 3) [-]Для выявления примеси мочи в перитонеальной лаважной жидкости
 - 4) [-]Для выявления инфицированности крови, удалённой из брюшной полости
 - 5) [-]Для диагностики перитонита
-

701. Что характеризует обнаружение на обзорных рентгенограммах брюшной полости, произведённых в горизонтальном положении больного, треугольных теней с расплывчатыми контурами между раздутыми газом петлями кишечника?

- 1) [+]Скопление свободной жидкости в брюшной полости
 - 2) [-]Скопление свободного газа в брюшной полости
 - 3) [-]Наличие забрюшинной гематомы
 - 4) [-]Повреждение внебрюшинного отдела мочевого пузыря
 - 5) [-]Повреждение внутрибрюшинного отдела мочевого пузыря
-

702. Что характеризует положительный симптом Куленкампа при закрытой травме живота?

- 1) [-]Внутрибрюшное кровотечение

- 2) [+]Забрюшинную гематому
 - 3) [-]Гематому передней брюшной стенки
 - 4) [-]Перелом лобковой кости
 - 5) [-]Разрыв селезёнки
-

703. Что характеризует положительный симптом Джойса при закрытой травме живота?

- 1) [-]Внутрибрюшное кровотечение
 - 2) [+]Забрюшинную гематому
 - 3) [-]Гематому передней брюшной стенки
 - 4) [-]Перелом лобковой кости
 - 5) [-]Разрыв селезёнки
-

704. Проникающее ранение груди от непроникающего отличается

- 1) [-]Наличием повреждения кожи
 - 2) [-]Наличием повреждения лёгкого
 - 3) [+]Наличием повреждения париетальной плевры
 - 4) [-]Наличием пневмоторакса
 - 5) [-]Наличием гемоторакса
-

705. При каком из перечисленных переломов рёбер может возникнуть «рёберный клапан»?

- 1) [-]Закрытый перелом 2-го и 3-го рёбер справа по среднеключичной линии
- 2) [-]Открытый перелом 2-го и 3-го рёбер справа по среднеключичной линии
- 3) [+]Двойной перелом 4-го – 8-го рёбер справа по среднеключичной и задней подмышечной линиям

4) [-]Сильный ушиб грудной стенки

5) [-]Закрыты перелом рёберной дуги слева

706. Какая из перечисленных проб используется для диагностики продолжающегося внутриплеврального кровотечения?

1) [+]Проба Рувилуа – Грегуара

2) [-]Проба Троянова – Тренделенбурга

3) [-]Проба Макклюра – Олдрича

4) [-]Проба Вальсавы

5) [-]Проба индивидуальной совместимости

707. Укажите основные признаки тампонады сердца при закрытой травме груди

1) [-]Положительная проба Рувилуа – Грегуара, артериальная гипертензия

2) [+]Гипотония, венозная гипертензия, тахикардия

3) [-]Тахикардия, тахипное, отёки нижних конечностей, кровохарканье

4) [-]Гипотония, тахикардия, отрицательное венозное давление

5) [-]Положительная проба Троянова – Тренделенбурга

708. Парадоксальное дыхание встречается

1) [-]При остром тяжёлом приступе бронхиальной астмы

2) [-]При ушибе лёгкого

3) [-]При рёберном клапане

4) [+]При пневмотораксе

5) [-]При ранении лёгкого

709. Назовите показания к торакотомии при продолжающемся внутриплевральном кровотечении

- 1) [-]Одномоментная эвакуация из плевральной полости более 100мл крови
 - 2) [+]Поступление из дренажа сворачивающейся крови в объёме более 300 мл/ч
 - 3) [-]Поступление из дренажа несворачивающейся крови в объёме 30 мл/ч и менее
 - 4) [-]Торакотомия не показана, целесообразно динамическое наблюдение
 - 5) [-]Поступление из дренажа 150 мл/ч свежей крови
-

710. Укажите основной метод диагностики ушиба лёгкого

- 1) [-]Аускультация
 - 2) [+]Рентгенография
 - 3) [-]Эхолокация
 - 4) [-]Перкуссия
 - 5) [-]УЗИ
-

711. Укажите характерный признак повреждения лёгкого отломками рёбер при закрытой травме груди

- 1) [-]Кровохарканье
 - 2) [-]Реберный клапан
 - 3) [+]Подкожная эмфизема
 - 4) [-]Тахипноэ, тахикардия, артериальная гипотония
 - 5) [-]Брадикардия, артериальная гипертензия
-

712. Укажите лечебные мероприятия при закрытом переломе 3-го ребра справа по паравертебральной линии

- 1) [+]Обезболивание, назначение отхаркивающих средств, муколитиков, динамическое наблюдение
 - 2) [-]Иммобилизация места перелома спицей или скелетным вытяжением, дренирование плевральной полости
 - 3) [-]Иммобилизация, обезболивание
 - 4) [-]Антибиотики, обезболивание, внеочаговый остеосинтез
 - 5) [-]Оперативное лечение
-

713. Укажите оптимальное содержание лечебных мероприятий при напряжённом пневмотораксе, выявленном у больного с закрытой травмой груди

- 1) [-]Плевральная пункция с внутривидеальным введением протеолитических ферментов
 - 2) [-]Общая антибактериальная терапия
 - 3) [-]Обезболивание, торакотомия
 - 4) [+]Дренирование плевральной полости, а при её неэффективности – торакотомия, обезболивание
 - 5) [-]Пункция плевральной полости
-

714. Какие осложнения закрытой травмы груди из перечисленных являются показанием для декорткации лёгкого?

- 1) [-]Кровохарканье, свернувшийся гемоторакс
- 2) [-]Экстракардиальная тампонада сердца, некупируемый дренированием напряжённый пневмоторакс

3) [-]Пиопневмоторакс, ушиб сердца, ушиб лёгкого

4) [+]Хроническая эмпиема плевры при неэффективности методов «малой хирургии»

5) [-]Ушиб лёгкого, пневмоторакс

715. В каком ответе правильно описаны показания для дренирования плевральной полости при закрытой травме груди?

1) [-]Кровохарканье, свернувшийся гемоторакс

2) [+]Пневмоторакс, свернувшийся гемоторакс

3) [-]Пиопневмоторакс, ушиб сердца, ушиб лёгкого

4) [-]Хроническая эмпиема плевры при неэффективности методов «малой хирургии»

5) [-]Ушиб сердца, пневмоторакс

716. Укажите продолжительность воздействия причинного фактора при травматической асфиксии, приводящей к нарушению сознания

1) [+]3 – 5 минут

2) [-]1 – 2 часа

3) [-]10 – 15 минут

4) [-]Сознание не нарушается

5) [-]30 – 40 минут

717. Укажите правильную последовательность мероприятий первой помощи при механической асфиксии

1) [+]Освободить дыхательные пути, ввести воздуховод, начать ИВЛ методом «рот в рот», непрямой массаж сердца

2) [-]Непрямой массаж сердца, внутрисердечные инъекции

атропина

- 3) [-]Реанимационные мероприятия не показаны
 - 4) [-]Надавить на глазные яблоки, живот
 - 5) [-]Искусственное дыхание
-

718. Какие области тела должны быть обязательно подвергнуты гипотермии при общем перегревании (тепловой, солнечный удар)?

- 1) [+]Голова и левая половина грудной клетки (область сердца), крупные сосуды
 - 2) [-]Магистральные сосуды и поясничная область
 - 3) [-]Глазные яблоки, живот, конечности
 - 4) [-]Сердце, лёгкие, почки
 - 5) [-]Нижние конечности
-

719. Какой из факторов является ведущим этиологии септического шока?

- 1) [-]Иммунодефицит
 - 2) [-]Большое скопление микроорганизмов в гнойных очагах
 - 3) [+]Массивный выброс микроорганизмов из очага в кровеносное русло
 - 4) [-]Аллергизация организма
 - 5) [-]Гипоксия
-

720. Какой фактор является ведущим в патогенезе септического шока?

- 1) [+]Наличие недренируемого септического очага
- 2) [-]Неадекватная антибактериальная терапия
- 3) [-]Неадекватная дезинтоксикационная терапия

4) [-]Аллергизация организма

5) [-]Гипертермия

721. Какой фактор является ведущим в патогенезе септического шока?

1) [-]Суперинфекция

2) [+]Снижение общей резистентности организма

3) [-]Анурия

4) [-]Дисбактериоз

5) [-]Лейкопения

722. Как изменяется уровень адреналина и норадреналина в крови при септическом шоке?

1) [-]Не меняется

2) [-]Незначительно снижается

3) [-]Незначительно повышается

4) [+]Значительно повышается

5) [-]Значительно снижается

723. Какой из перечисленных симптомов характерен для начальных этапов грамотрицательного септического шока?

1) [+]Гипотермия

2) [-]Гипертермия

3) [-]Отсутствие лихорадки

4) [-]Незначительное повышение температуры тела

5) [-]Значительное повышение температуры тела

724. Укажите наиболее частые причины коллапса

- 1) [+] Острая кровопотеря, экзогенные интоксикации, синдром малого сердечного выброса
 - 2) [-] Тяжёлые расстройства функции ЦНС
 - 3) [-] Тяжёлые расстройства эндокринной системы
 - 4) [-] Почечная недостаточность
 - 5) [-] Печёночная недостаточность
-

725. Какая структура сердца «ответственна» за нормальный сердечный ритм?

- 1) [+] Синусовый узел
 - 2) [-] Пяточ Гессельбаха
 - 3) [-] Волокна Пуркинье
 - 4) [-] Пучки Гиса
 - 5) [-] Мышечные волокна
-

726. Дайте определение почечной недостаточности

- 1) [+] Нарушение почечного кровотока, клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции, приводящее к расстройству гомеостаза
 - 2) [-] Отсутствие (врождённое или приобретённое) одной из почек
 - 3) [-] Тяжёлые рубцовые изменения почек
 - 4) [-] Недостаточное образование первичной мочи
 - 5) [-] Высокий уровень креатинина крови
-

727. Укажите наиболее частые причины печёночной недостаточности

- 1) [+] Вирусный гепатит
- 2) [-] Септический шоковый синдром

- 3) [-]Экзогенные интоксикации
 - 4) [-]Все виды острой гиповолемии
 - 5) [-]Эндогенная интоксикация
-

728. Укажите, какой из механизмов является ведущим в расстройстве белкового обмена при печёночной недостаточности

- 1) [+]Ухудшение процесса тканевого окисления
 - 2) [-]Гипотония
 - 3) [-]Гипертермия
 - 4) [-]Иммунодефицит
 - 5) [-]Экзогенная интоксикация
-

729. Какие нарушения углеводного обмена имеют место при печёночной недостаточности?

- 1) [-]Нормогликемия
 - 2) [-]Гипогликемия
 - 3) [-]Гипергликемия
 - 4) [+]Выраженная гипогликемия
 - 5) [-]Нет нарушений
-

730. Как меняется активность сывороточных трансаминаз АлАт, АсАТ и альдолазы крови при печёночной недостаточности?

- 1) [-]Не меняется
- 2) [-]Слегка снижается
- 3) [-]Слегка повышается
- 4) [+]Значительно повышается
- 5) [-]Повышается только АлАТ

731. Как меняется уровень белка крови и белковых фракций при печеночной недостаточности?

- 1) [-]Не меняется
- 2) [-]Слегка снижается
- 3) [+]**Значительно снижается**
- 4) [-]Повышается
- 5) [-]Повышается уровень только общего белка крови

732. Что называется дренированием плевральной полости по Бюлау?

- 1) [-]Дренирование с использованием вакуум-аспиратора
- 2) [-]Открытое дренирование с использованием ватно-марлевого тампона
- 3) [-]Периодические пункции плевральной полости широкопросветной иглой
- 4) [+]**Пассивное дренирование плевральной полости с использованием водяного запора**
- 5) [-]Активное дренирование

733. Может ли ноцицептивная патологическая импульсация нарушить все этапы газообмена?

- 1) [+]**Да**
- 2) [-]Нет
- 3) [-]Отражается только на перфузии лёгочной ткани
- 4) [-]Может только при кровопотере, наличии гипоксии, интоксикации
- 5) [-]Может только при массивной кровопотере

734. Эффект Бора отражает

- 1) [+]Сродство кислорода к гемоглобину
 - 2) [-]Насыщенность гемоглобина ионами железа
 - 3) [-]Шунтирование крови в малом круге кровообращения
 - 4) [-]Количество потерянной жидкости при гипертермии
 - 5) [-]Уровень потерянной жидкости
-

735. Укажите категории пациентов с повышенным риском развития послеоперационных тромбозов

- 1) [+]Преимущественно женщины, пожилые люди, больные раком, тучные пациенты с нарушением обмена веществ, больные, ранее перенёвшие тромбофлебит
 - 2) [-]Больные, ранее перенёвшие тромбофлебит
 - 3) [-]Преимущественно мужчины, люди среднего возраста, астеничного телосложения, больные, ранее перенёвшие тромбофлебит
 - 4) [-]Никаких корреляционных связей не прослеживается
 - 5) [-]Чаще в юношеском возрасте с выраженным нарушением обмена веществ
-

736. Для какого вида острой сердечной недостаточности характерно развитие отёка лёгких?

- 1) [-]Для острой правожелудочковой недостаточности
- 2) [+]Для острой левожелудочковой недостаточности
- 3) [-]Одинаково часто встречаются при острой правожелудочковой и левожелудочковой недостаточности
- 4) [-]Не характерно для острой сердечной недостаточности
- 5) [-]У лиц пожилого возраста, страдающих ИБС

737. Укажите основные проявления кардиогенного шока

- 1) [-]Нарушение артериального давления
 - 2) [-]Тахикардия
 - 3) [-]Ухудшение периферического сопротивления
 - 4) [-]Выраженная тахикардия
 - 5) [+]Верны все ответы
-

738. Какие изменения чаще всего выявляются при бесконтрастной рентгенографии грудной клетки при ТЭЛА?

- 1) [+]Инфарктпневмония
 - 2) [-]Дисковидный ателектаз
 - 3) [-]Плевральный выпот
 - 4) [-]Очаговая пневмония
 - 5) [-]Ателектаз доли лёгкого
-

739. Кто ввел понятие «травматический шок»?

- 1) [+]Ледран
 - 2) [-]Гиппократ
 - 3) [-]Авиценна
 - 4) [-]Коротков
 - 5) [-]Пирогов
-

740. Укажите причину нарушения сознания в терминальной стадии травматического шока

- 1) [-]Сильная боль
- 2) [+]Нарушение перфузии головного мозга кровью
- 3) [-]Расстройства ликворообращения

4) [-]Гибель головного мозга

5) [-]Нарушение электролитного баланса

741. Укажите ведущий синдром травматического шока

1) [+]Гипоциркуляция

2) [-]Нейрогенный

3) [-]Метаболический

4) [-]Электролитный

5) [-]Болевой

742. Что относят к первичному нарушению насосной функции сердца при травматическом шоке?

1) [-]Недостаток кислорода

2) [+]Ранение, ушиб, тампонаду сердца

3) [-]Недостаток плазмы

4) [-]Электролитные нарушения

5) [-]Недостаток эритроцитов

743. Что включает в себя трансфузионная терапия?

1) [+]Переливание крови и её компонентов

2) [-]Только переливание крови

3) [-]Любое внутривенное введение растворов

4) [-]Нет правильного ответа

5) [-]Введение электролитов

744. Кислородтранспортная функция крови нарушается при концентрации гемоглобина в

крови ниже

- 1) [-]100 – 90 г/л
- 2) [-]90 – 80 г/л
- 3) [+]80 – 70 г/л
- 4) [-]70 – 60 г/л
- 5) [-]50 г/л

745. При гемотрансфузиях аллергические реакции возникают

- 1) [+]В первые минуты трансфузии
- 2) [-]В течение ближайших 3 – 6 часов после окончания трансфузии
- 3) [-]В течение первых суток после трансфузии
- 4) [-]Нет правильного ответа
- 5) [-]Через 12 часов после окончания трансфузии

746. Укажите, к какой группе препаратов относится «Полиглюкин»

- 1) [-]Солевые растворы
- 2) [+]Коллоидные препараты
- 3) [-]Препараты крови
- 4) [-]Компоненты крови
- 5) [-]Белковые препараты

747. Определите к какой группе препаратов относится «Раствор Рингера – Локка»

- 1) [+]Солевые растворы
- 2) [-]Коллоидные растворы
- 3) [-]Препараты крови

4) [-]Компоненты крови

5) [-]Белковые препараты

748. Назовите показания к внутривенному вливанию полиглюкина

1) [+]Геморрагический шок

2) [-]Отёк лёгких

3) [-]Отёк мозга

4) [-]Анурия

5) [-]Интоксикация

749. Назовите показания к внутривенному вливанию «Полиамина»

1) [-]Геморрагический шок

2) [-]Отёк мозга

3) [+]Ограниченное энтеральное питание больного

4) [-]Острая печёночная недостаточность

5) [-]Острая почечная недостаточность

750. Укажите противопоказания к внутривенному вливанию «Полиглюкина»

1) [+]Гипертонический криз

2) [-]Геморрагический шок

3) [-]Острая язва желудка

4) [-]Анемия

5) [-]Обезвоживание

751. Укажите противопоказания к внутривенному вливанию «Гемодеза»

- 1) [+]Бронхиальная астма
 - 2) [-]Эндогенная интоксикация
 - 3) [-]Сепсис
 - 4) [-]Сахарный диабет
 - 5) [-]Анемия
-

752. Какие из перечисленных состояний могут быть причиной отёка лёгких?

- 1) [-]Гемоконцентрация
 - 2) [+]Гипертрансфузия во время операции
 - 3) [-]Гиперволемия
 - 4) [-]Гиповолемия
 - 5) [-]Печёночная недостаточность
-

753. Какие изменения в лёгких выявляют у больных отёком лёгких?

- 1) [-]Шум трения плевры, множественные сухие хрипы
 - 2) [-]Жесткое дыхание, единичные влажные хрипы
 - 3) [+]Ослабленное дыхание, множественные влажные хрипы
 - 4) [-]Жесткое дыхание, единичные сухие хрипы
 - 5) [-]Ателектаз лёгкого
-

754. Как изменяется частота сердечных сокращений на начальном этапе отёка лёгкого?

- 1) [-]Брадикардия
 - 2) [-]Тахиаритмия
 - 3) [+]Нарастающая тахикардия (ритм галопа)
 - 4) [-]Нарастающая брадикардия
 - 5) [-]Все ответы неверны
-

755. Наиболее часто при гемотрансфузиях встречаются

- 1) [-]Аллергические реакции
 - 2) [+]Пирогенные реакции
 - 3) [-]Антигенные реакции
 - 4) [-]Гемотрансфузионный шок
 - 5) [-]Флеботромбоз
-

756. Причиной гемотрансфузионных осложнений являются

- 1) [-]Несовместимость крови донора и реципиента
 - 2) [-]Недоброкачественность переливаемой среды
 - 3) [-]Погрешности в методике трансфузии
 - 4) [-]Массивные переливания
 - 5) [+]Всё вышеуказанное
-

757. Не относятся к гемотрансфузионным осложнениям

- 1) [-]Перенос возбудителей заболевания с кровью
 - 2) [-]Переливание недоброкачественной крови
 - 3) [+]Пирогенные реакции
 - 4) [-]Переливание несовместимой крови по резус- фактору
 - 5) [-]Всё вышеуказанное относится к гемотрансфузионным осложнениям
-

758. Недоброкачественность крови определяется

- 1) [-]Сверхдлительными сроками хранения
- 2) [-]Бактериальным загрязнением

- 3) [-]Нарушением температурного режима хранения
 - 4) [-]Нарушением герметичности фалкона
 - 5) [+]Всеми перечисленными факторами
-

759. К погрешностям в методике трансфузии относятся

- 1) [-]Воздушная эмболия, тромбоемболия
 - 2) [-]Кардиоваскулярные нарушения
 - 3) [-]Калиевая и цитратная интоксикация
 - 4) [-]Переливание недоброкачественной крови
 - 5) [+]Всеми перечисленными факторами
-

760. Какой процент подтверждения клинического диагноза при ТЭЛА?

- 1) [-]До 10%
 - 2) [+]До 20%
 - 3) [-]До 30%
 - 4) [-]До 40%
 - 5) [-]До 50%
-

761. Какой отдел нервной системы преимущественно реагирует в ранние сроки развития травматического шока?

- 1) [+]Симпатический
 - 2) [-]Парасимпатический
 - 3) [-]Симпатический и парасимпатический
 - 4) [-]Вегетативная
 - 5) [-]Все отделы
-

762. Какой фактор является ведущим во второй

фазе травматического шока?

- 1) [-]Гипергликемия
 - 2) [+]Метаболический ацидоз
 - 3) [-]Гипокалиемия
 - 4) [-]Гипонатриемия
 - 5) [-]Гиперкалиемия
-

763. Укажите величину «индекса шока» в норме

- 1) [+]0,5
 - 2) [-]1,0
 - 3) [-]1,5
 - 4) [-]0 – 0,1
 - 5) [-]2,0
-

764. Укажите величину «индекса шока» при средней степени тяжести травматического шока

- 1) [-]0,5
 - 2) [+]1,0
 - 3) [-]2,0
 - 4) [-]0 – 0,3
 - 5) [-]3,0
-

765. Укажите величину «индекса шока» при тяжёлой степени тяжести травматического шока

- 1) [-]0,5
- 2) [-]1,0
- 3) [+]2,0
- 4) [-]0 – 0,4

5) [-]3,0

766. Укажите критическую величину диуреза при травматическом шоке

- 1) [-]15мл/ч
 - 2) [+]30 мл/ч
 - 3) [-]45мл/ч
 - 4) [-]10 – 11 мл/ч
 - 5) [-]50 – 60 мл/ч
-

767. Укажите наиболее ранние сдвиги лабораторных показателей при инфаркте миокарда

- 1) [-]Лейкоцитоз со сдвигом влево
 - 2) [-]Увеличение СОЭ
 - 3) [-]Увеличение активности АСТ
 - 4) [+]Увеличение активности КФК «М» - фракции
 - 5) [-]Увеличение активности АЛТ
-

768. Укажите пусковой механизм развития кардиогенного шока

- 1) [+]Уменьшение сердечного выброса
 - 2) [-]Уменьшение объёма циркулирующей крови
 - 3) [-]Падение периферического сосудистого сопротивления
 - 4) [-]Взаимодействие всех перечисленных факторов
 - 5) [-]Увеличение сердечного выброса
-

769. Укажите, проявлением какой патологии является сердечная астма

- 1) [+]Острой левожелудочковой недостаточности
 - 2) [-]Острой правожелудочковой недостаточности
 - 3) [-]Острого бронхоспазма
 - 4) [-]Гиповолемического шока
 - 5) [-]Метаболического ацидоза
-

770. Укажите минимальное количество признаков, наличие которых позволяет считать диагноз инфаркта миокарда установленным

- 1) [-]Болевой синдром, характерные изменения крови, изменения ЭКГ
 - 2) [+]Любые сочетания двух из трёх вышеперечисленных признаков
 - 3) [-]Болевой синдром
 - 4) [-]изменения на ЭКГ
 - 5) [-]Снижение диуреза, болевой синдром
-

771. Укажите наиболее эффективный и доступный способ лечения послеоперационной гиповентиляции лёгких

- 1) [+]Ранняя активизация больного и дыхательная гимнастика
 - 2) [-]Лечебная бронхоскопия
 - 3) [-]Гипербарическая оксигенация
 - 4) [-]Введение бронхолитиков и муколитиков
 - 5) [-]Искусственная вентиляция лёгких
-

772. Асфиксия у обожжённых связана

- 1) [-]С деформацией глотки

2) [+]С поражением слизистой оболочки верхних дыхательных путей, отёком , ларингоспазмом

3) [-]С отравлением угарным газом

4) [-]С закупоркой верхних дыхательных путей слизью

5) [-] С ларингоспазмом

773. Назовите показание для выполнения вагосимпатической блокады по Вишневскому при закрытой травме груди

1) [+]Открытый, напряжённый пневмоторакс

2) [-]Двухсторонние переломы рёбер

3) [-]Тотальный коллапс лёгкого

4) [-]Средний гемоторакс

5) [-]Верно всё перечисленное

774. При каком минимальном напряжении кислорода в артериальной крови дыхании может осуществляться самостоятельно?

1) [-]80 мм.рт.ст.

2) [+]60 мм.рт.ст.

3) [-]50 мм.рт.ст.

4) [-]40 мм.рт.ст.

5) [-]30 мм.рт.ст.

775. Какой метод обезболивания следует применить при укусе змеи?

1) [+]Сочетание циркулярной новокаиновой блокады конечности выше места укуса с введением промедола

2) [-]Парентеральное введение анальгина и промедола

3) [-]Нейролептанальгезия

4) [-]Обезболивание не применяется

5) [-]Пероральное применение баралгина, анальгина

776. Каким способом достигается удаление яда из раны или его нейтрализация при укусе ядовитой змеи?

1) [+]Отсасывание банками или другим приспособлением, аппликацией на рану 1% раствора перманганата калия, холод на рану, обкалывание адреналином места укуса

2) [-]Отсасывание ртом

3) [-]Выполнение надреза и выдавливание

4) [-]Наложение жгута

5) [-]Прижигание

777. Какие первые симптомы характерны для укусов ядовитых змей (гадюка, гюрза, кобра)?

1) [-]Нарушение сознания вплоть до комы при отсутствии местных изменений

2) [+]Резкая боль в месте укуса, покраснении, затем посинение кожи, множественные кровоизлияния

3) [-]Гиперемия лица, отёк гортани, влажные хрипы

4) [-]В первые часы бессимптомное течение

5) [-]Коллапс и умеренная боль в месте укуса

778. Что характерно для септического шока?

1) [-]Нормокоагуляция

2) [-]Гиперкоагуляция

3) [+]Гипокоагуляция

4) [-]Разнонаправленные изменения плазменного звена

5) [-]Лейкопения

779. Какое из указанных направлений лечения септического шока является ведущим?

- 1) [-]Гепаринотерапия
 - 2) [+]**Антибактериальная терапия**
 - 3) [-]Иммунокоррекция
 - 4) [-]Адекватное обезболивание
 - 5) [-]Витаминотерапия
-

780. Укажите основные принципы лечения коллапса

- 1) [-]Неотложное устранение причины, вызвавшей коллапс
 - 2) [+]**Восстановление объема циркулирующей крови и сосудистого тонуса**
 - 3) [-]Внутримышечное введение норадреналина
 - 4) [-]Симптоматическое лечение
 - 5) [-]Применение глюкокортикоидов
-

781. Экстрасистола – это

- 1) [+]**Преждевременное сокращение сердца, обусловленное возникновением импульса вне синусового узла**
 - 2) [-]Фибрилляция различных отделов сердца
 - 3) [-]Блокада одной из ножек пучка Гиса
 - 4) [-]Тахикардия с аритмией
 - 5) [-]Фибрилляция правого желудочка
-

782. Укажите наиболее частую причину смерти при острой почечной недостаточности

- 1) [+]Гиперкалиемиия
 - 2) [-]Отёки
 - 3) [-]Гипертонические кризы
 - 4) [-]Олигоанурия
 - 5) [-]Гипернатриемия
-

783. Какой из симптомов нарушения функции печени характерен для печёночной недостаточности?

- 1) [-]Бледность кожных покровов
 - 2) [-]Акроцианоз
 - 3) [+]Желтуха
 - 4) [-]Петехиальная сыпь
 - 5) [-]Гиперемия кожи лица
-

784. Какой из симптомов нарушения функции органа пищеварения характерен для печёночной недостаточности?

- 1) [-]Вздутие живота
 - 2) [+]Задержка стула и газов, тошнота, рвота, скопление большого количества жидкости в желудке
 - 3) [-]Опоясывающие боли в животе, рвота желчью
 - 4) [-]Усиление перистальтики кишечника, постоянная отрыжка воздухом
 - 5) [-]Профузный понос
-

785. Какое клиническое проявление нарушений свёртывающей системы крови характерно для печёночной недостаточности?

1) [-]Микрогематурия, кровоизлияния на боковых поверхностях живота

2) [+]Подкожные кровоизлияния, кровоточивость дёсен и слизистой желудка

3) [-]Петехиальная сыпь на коже верхних и нижних конечностей

4) [-]Макрогематурия, кровоизлияние на коже лица

5) [-]Дегтеобразный стул

786. Определите общую последовательность вливаний растворов при лечении гиповолемии

1) [+]Кристаллоидные растворы, затем коллоидные плазмозаменители

2) [-]Коллоидные плазмозаменители, затем кристаллоидные растворы

3) [-]Только кристаллоидные растворы

4) [-]Только коллоидные растворы

5) [-]Белковые препараты, затем коллоидные растворы

787. Укажите, на сколько увеличивается объём циркулирующей крови в результате внутривенного вливания 1 л физиологического раствора

1) [-]На 1 л

2) [-]На 0,5 л

3) [+]На 0,25 л

4) [-]На 1,5 л

5) [-]На 2 л

788. Укажите противопоказания к применению

«Полиглюкина»

- 1) [+]Травма черепа с повышением внутричерепного давления
 - 2) [-]Декомпенсированный геморрагический шок
 - 3) [-] Анемия
 - 4) [-]Острая язва желудка
 - 5) [-]Перитонит
-

789. Укажите противопоказание к внутривенному вливанию «Гемодеза»

- 1) [-]Одонтогенный сепсис
 - 2) [+]Острый нефрит
 - 3) [-]Острый гастроэнтерит
 - 4) [-]Сахарный диабет
 - 5) [-]Сепсис
-

790. Укажите критерий расчёта максимальной разовой дозы «Гемодеза»

- 1) [-]1 мл на 1 кг массы тела
 - 2) [+]10 мл на 1 кг массы тела
 - 3) [-]50 мл на 1 кг массы тела
 - 4) [-]100 мл на 1 кг массы тела
 - 5) [-]20 мл на 1 кг массы тела
-

791. К какой группе инфузионных средств относятся «Раствор Рингера – Локка»?

- 1) [-]Гипертонические растворы
- 2) [-]Гипотонические растворы
- 3) [+]Изотонические растворы

4) [-]Гиперосмолярные растворы

5) [-]Коллоидные растворы

792. Укажите основные механизмы остановки дыхания при поражении электрическим током

1) [-]Рефлекс на болевой раздражитель

2) [-]Переохлаждение

3) [-]Уменьшение сердечного выброса из-за прямого кардиотропного действия причинного фактора

4) [+]Асфиксия вследствие спазма голосовой щели, тонического сокращения дыхательных мышц, паралича дыхательного центра

5) [-]Паралитическое воздействие на нервную систему

793. Укажите, что является вторым слоем в повязке С.И. Банайтиса при открытом пневмотораксе

1) [-]Резиновая клеёнка

2) [-]Ватно-марлевый слой

3) [+]Смоченная в вазелиновом масле салфетка

4) [-]Стерильная ватная подушечка

5) [-]Пергаментная бумага

794. Укажите абсолютные показания к переводу на ИВЛ при травмах

1) [+]Острая остановка дыхания

2) [-]Одышка

3) [-]Частота дыхания более 40 в одну минуту

4) [-]Снижение напряжения кислорода в артериальной крови менее 60 мм.рт.ст

5) [-]Снижение напряжения кислорода в артериальной крови менее 40 мм.рт.ст.

795. Укажите относительные показания к переводу на ИВЛ при острой дыхательной недостаточности

- 1) [-]Терминальный тип дыхания
 - 2) [-]Острая остановка дыхания
 - 3) [-]Циркулярный ожог груди
 - 4) [+]Частота дыхания более 40 в одну минуту
 - 5) [-]Частота дыхания более 40 в одну минуту
-

796. Крикоконикотомия выполняется

- 1) [-]Над верхней границей щитовидного хряща
 - 2) [-]По нижнему краю перстневидного хряща
 - 3) [-]Над третьим кольцом трахеи
 - 4) [+]Между щитовидным хрящом и первым кольцом трахеи
 - 5) [-]Между 1 и 2 кольцом трахеи
-

797. Укажите наиболее частые причины острой правожелудочковой недостаточности в послеоперационном периоде

- 1) [+]Тромбоэмболия лёгочной артерии
 - 2) [-]Инфаркт миокарда
 - 3) [-]Нарушение сердечного ритма
 - 4) [-]Миокардит
 - 5) [-]Перикардит
-

798. Некупируемая прогрессирующая острая левожелудочковая недостаточность приводит:

- 1) [-]К инфаркту миокарда
 - 2) [-]Тромбозу венечных артерий
 - 3) [+] К отёку лёгких
 - 4) [-]К относительной митральной недостаточности
 - 5) [-]К недостаточности аортального клапана
-

799. Определите показания для применения сердечных гликозидов при инфаркте миокарда

- 1) [-]Во всех случаях инфаркта
 - 2) [+]Только при признаках острой сердечной недостаточности
 - 3) [-]Показания отсутствуют
 - 4) [-]При эмболии в системе лёгочной артерии
 - 5) [-]При токсическом миокардите
-

800. Укажите препарат из группы прессорных аминов при кардиогенном шоке

- 1) [-]Адреналин
 - 2) [-]Норадреналин
 - 3) [-]Мезатон
 - 4) [+]Дофамин
 - 5) [-]Продектин
-

801. Тяжесть гемотрансфузионного шока зависит

- 1) [-]От объёма перелитой крови
- 2) [-]От общего состояния реципиента до трансфузии
- 3) [-]От индивидуальной защитной реакции реципиента на внутрисосудистый гемолиз

4) [-]От длительности хранения перелитой крови

5) [+]От всех перечисленных факторов

802. Гемотрансфузионные осложнения проявляются

1) [-]Внутрисосудистым гемолизом и ДВС- синдромом

2) [-]Острой почечной недостаточностью

3) [-]Недостаточностью кровообращения

4) [-]Пирогенной реакцией

5) [+]Сочетанием всех перечисленных факторов

803. Существование для человека четырёх групп крови доказано

1) [-]Мечниковым в 1900 г.

2) [-]Ландштейнером в 1901 г.

3) [+]Янским в 1906 г.

4) [-]Шамовым в 1921 г.

5) [-]Богдановым в 1926 г.

804. Какие осложнения переливания крови относятся к посттрансфузионным реакциям?

1) [+]Пирогенные, аллергические, антигенные, анафилактические

2) [-]Несовместимость по ABO

3) [-]Несовместимость по Rh- фактору

4) [-]ДВС – синдром

5) [-]Всё вышеперечисленное

805. Образцы переливаемых трансфузионных сред необходимо сохранять в течение

- 1) [-]12 часов
 - 2) [+]24 часов
 - 3) [-]48 часов
 - 4) [-]72 часов
 - 5) [-]6 часов
-

806. Какой из клинических симптомов является наиболее постоянным при тромбоэмболии лёгочной артерии?

- 1) [+]Бледность кожных покровов
 - 2) [-]Боли за грудиной
 - 3) [-]Чувство удушья
 - 4) [-]Кровохарканье
 - 5) [-]Одышка
-

807. Какие признаки являются ведущими при оценке величины угнетения концентрационной способности почек?

- 1) [+]Осмолярность и содержание натрия
 - 2) [-]Лейкоциты и эритроциты
 - 3) [-]Сахар и белок
 - 4) [-]Количество бактерий
 - 5) [-]Содержание солей
-

808. Какое центральное венозное давление считается патологическим при травматическом шоке?

- 1) [+]Менее 2 см и более 120 см
- 2) [-]Менее 6 см

3) [-]Более 4 см

4) [-]0 – 0,5 см

5) [-]8 см

809. При каком уровне артериального давления сохраняется достаточная перфузия внутренних органов при травматическом шоке?

1) [-]85 мм.рт.ст.

2) [-]40 мм.рт.ст.

3) [+]70 мм.рт.ст.

4) [-]30 – 40 мм.рт.ст.

5) [-]20 – 30 мм.рт.ст.

810. Какая главная задача при лечении травматического шока?

1) [+]Восстановить перфузия

2) [-]Восстановить белок

3) [-]Восстановить калий

4) [-]Восстановить ликворообращение

5) [-]Восстановить уровень гемоглобина

811. Какое из указанных мероприятий наиболее адекватно при «шоковом» лёгком?

1) [-]Оксигенотерапия

2) [-]Стимуляция диуреза

3) [-]ИВЛ с положительным давлением на вдохе

4) [+]ИВЛ с положительным давлением на выдохе

5) [-]Оксибаротерапия

812. Дренаживание первичного септического

очага при септическом шоке

- 1) [-]Противопоказано
 - 2) [+]Показано
 - 3) [-]Не имеет существенного значения
 - 4) [-]Строго запрещено
 - 5) [-]Не обязательно
-

813. Антибактериальная терапия при септическом шоке должна быть

- 1) [-]Однокомпонентной
 - 2) [-]Непродолжительной
 - 3) [+]Многокомпонентной
 - 4) [-]Не обязательна
 - 5) [-]Кратковременной
-

814. Что является противопоказанием для экстракорпоральной детоксикации организма при септическом шоке?

- 1) [-]Анурия
 - 2) [-]Полиорганная недостаточность
 - 3) [+]Неустойчивый гемостаз в пиемических очагах и ранах
 - 4) [-]Гипертермия
 - 5) [-]Снижение уровня гемоглобина
-

815. Какой из способов иммуностимуляции наиболее эффективен при сепсисе?

- 1) [-]Активная иммунизация
- 2) [+]Переливание донорской лейкоцитарной массы
- 3) [-]Введение иммуноглобулинов

4) [-]Переливание цельной крови

5) [-]Переливание гемодеза

816. Показана ли противовирусная терапия при бактериальном сепсисе?

1) [+]Да

2) [-]Нет

3) [-]Иногда

4) [-]Строго противопоказана

5) [-]Не имеет значения

817. Какова летальность при септическом шоке?

1) [-]Около 10%

2) [-]Около 20%

3) [+]Около 50%

4) [-]Около 90%

5) [-]Около 5%

818. Укажите диагностические критерии острой почечной недостаточности

1) [+]Внезапное падение диуреза, нарастание азотемии, гиперкалиемии

2) [-]Длительное постепенное снижение объёма мочи на фоне расстройств кислотно-щелочного обмена

3) [-]Увеличение концентрации мочевины крови до 10 ммоль/л

4) [-]Снижение диуреза до 20 мл/ч

5) [-]Анурия

819. Укажите патогенетическое лечение при острой почечной недостаточности

- 1) [-]Пересадка почки
 - 2) [-]Гемодиализ
 - 3) [+]**Плазмоферез с плазмообменом**
 - 4) [-]Водяная нагрузка и форсированный диурез
 - 5) [-]Интенсивная инфузионная терапия
-

820. Что необходимо для улучшения функции печени при печёночной недостаточности?

- 1) [-]Назначение кардиотонирующих препаратов и кортикостероидов
 - 2) [+]**Назначение кортикостероидов, ингибиторов протеолитических ферментов, антигистаминных препаратов**
 - 3) [-]Назначение антибиотиков широкого спектра, гормональных препаратов
 - 4) [-]Назначение гемостимулирующих препаратов, антигистаминных и десенсибилизирующих препаратов
 - 5) [-]Переливание белковых препаратов
-

821. Каким образом осуществляется коррекция электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия?

- 1) [-]Форсированный диурез
- 2) [+]**Контроль и стимуляция диуреза, введение полиионных растворов**
- 3) [-]Введение больших доз глюкозо-калиевой смеси
- 4) [-]Введение гидрокарбоната натрия
- 5) [-]Введение 40% раствора глюкозы с инсулином

822. Что необходимо для улучшения ферментативной деятельности печени?

- 1) [-] Назначение белковых препаратов
 - 2) [-] Назначение кортикостероидов
 - 3) [+] Назначение витаминов С и группы В
 - 4) [-] Назначение протеолитических ферментов
 - 5) [-] Назначение белковых препаратов
-

823. В каких ситуациях при отёке лёгких прибегают к неотложной трахеостомии и искусственной вентиляции лёгких?

- 1) [-] На начальном этапе лечения
 - 2) [-] Как правило, не выполняют
 - 3) [+] При затяжном течении отёка лёгких
 - 4) [-] Сразу после устранения отёка лёгких
 - 5) [-] Сразу после установления диагноза
-

824. Какую цель преследует применение нейролептаналгезии?

- 1) [-] Снятие возбуждения
 - 2) [-] Уменьшение одышки
 - 3) [+] Снижение и стабилизация артериального давления
 - 4) [-] Восстановление проходимости бронхиального дерева
 - 5) [-] Повышение АД
-

825. Укажите оптимальные сроки удаления дренажа из плевральной полости при неосложнённом течении послеоперационного периода после пневмонэктомии

- 1) [+]1-е сутки
 - 2) [-]4-е сутки
 - 3) [-]6-е сутки
 - 4) [-]9-е сутки
 - 5) [-]3-е сутки
-

826. Определите основную цель внутривенного вливания кристаллоидных растворов при гиповолемии

- 1) [-]Повышение артериального давления
 - 2) [-]Повышение гемостатического потенциала крови
 - 3) [+]Создание нормотонического осмотического давления в интерстициальном пространстве
 - 4) [-]Увеличение кислородной ёмкости крови
 - 5) [-]Нормализация белкового состава крови
-

827. На сколько увеличится объём циркулирующей крови после переливания 1л желатиноля?

- 1) [+]На 1 л
 - 2) [-]На 0,25 л
 - 3) [-]На 0,1 л
 - 4) [-]На 0,5 л
 - 5) [-]На 1,5 л
-

828. Опухоль Крукенберга это:

- 1) [-]Двусторонний первичный рак яичников
- 2) [+]Метастаз рака желудка в яичник
- 3) [-]Тератобластома яичника

4) [-]Эндометриоз яичников

5) [-]Воспалительный инфильтрат яичников

829. Наиболее частая локализация рака толстой кишки

1) [-]Слепая кишка

2) [-]Поперечно-ободочная кишка

3) [-]Печёночный угол

4) [-]Селезёночный угол

5) [+]**Ректосигмоидный отдел**

830. При каком уровне артериального давления нарушается кровоснабжение жизненно важных органов при травматическом шоке?

1) [-]Менее 65 мм.рт.ст.

2) [-]Менее 40 мм.рт.ст.

3) [+]**Менее 50 мм.рт.ст**

4) [-]10 – 25 мм.рт.ст

5) [-]80 мм.рт.ст

831. Наиболее частой гистологической формой ампулярного рака прямой кишки является

1) [-]недифференцированный

2) [-]плоскоклеточный

3) [-]слизистый

4) [+]**аденокарцинома**

5) [-]солидный

832. Наиболее частой локализацией рака прямой кишки является

- 1) [-]анальный отдел
 - 2) [-]нижнеампулярный
 - 3) [+]среднеампулярный
 - 4) [-]верхнеампулярный
 - 5) [-]ректосигмоидный
-

833. Какой клинический признак исключает возможность радикального оперативного вмешательства при раке прямой кишки

- 1) [+]асцит
 - 2) [-]острая толстокишечная непроходимость
 - 3) [-]пальпируемая опухоль
 - 4) [-]анемия
 - 5) [-]кровотечение из прямой кишки
-

834. Для хронического парапроктита наиболее характерным признаком является

- 1) [-]гематурия
 - 2) [+]наличие свищевого отверстия на коже промежности
 - 3) [-]выделение алой крови в конце акта дефекации
 - 4) [-]боли внизу живота
 - 5) [-]диарея
-

835. Для исследования свищей прямой кишки применяется

- 1) [-]наружный осмотр и пальпация
- 2) [-]пальцевое исследование прямой кишки
- 3) [-]прокрашивание свищевого хода и зондирование
- 4) [-]фистулография

5) [+]все перечисленное

836. Наиболее распространенным методом лечения хронического геморроя является

- 1) [+]хирургический – геморроидэктомия
 - 2) [-]консервативный - диета, свечи, микроклизмы
 - 3) [-]склерозирующая терапия
 - 4) [-]лигирование латексом, шелком
 - 5) [-]физиотерапия
-

837. Операцию по поводу острого парапроктита лучше всего проводить

- 1) [-]под внутривенным наркозом
 - 2) [-]под местной анестезией
 - 3) [-]с применением сакральной анестезии
 - 4) [-]под перидуральной анестезией
 - 5) [+]с использованием любого вида обезболивания, кроме местной анестезии
-

838. Эпителиальный копчиковый ход

- 1) [-] связан с крестцом
 - 2) [-]связан с копчиком
 - 3) [+]оканчивается слепо в подкожной клетчатке межягодичной области
 - 4) [-]расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца
 - 5) [-]сообщается с просветом прямой кишки
-

839. Консервативная терапия при острой анальной трещине предусматривает

- 1) [-]нормализацию стула
 - 2) [-]лечебные клизмы
 - 3) [-]снятие спазма сфинктера
 - 4) [-]местное применение средств, способствующих заживлению раневой поверхности
 - 5) [+]все перечисленное
-

840. Наличие инородного тела в прямой кишке может проявляться

- 1) [-]кишечной непроходимостью
 - 2) [-]кровотечением
 - 3) [-]болями в прямой кишке и чувством распираний
 - 4) [-]повышением температуры и развитием воспалительного процесса в параректальной клетчатке
 - 5) [+]всеми перечисленными симптомами
-

841. Определите зону наиболее частого метастазирования анального рака прямой кишки

- 1) [-]печень
 - 2) [-]легкие
 - 3) [-]кости позвоночника
 - 4) [+]паховые лимфоузлы
 - 5) [-]лимфоузлы по ходу аорты
-

842. Характер болей при деструктивном панкреатите

- 1) [-]схваткообразные боли
- 2) [-]боль неопределенного характера
- 3) [-]боль, вызывающая беспокойство

4) [+]сильная, постоянная боль

5) [-]боль отсутствует

843. Больной 35 лет поступил в клинику с диагнозом острый панкреатит. Укажите наиболее информативный показатель в энзимной фазе заболевания

1) [+]амилаза крови

2) [-]трипсиноген

3) [-]аминотрансфераза

4) [-]альдолаза

5) [-]лактаза

844. Больной поступил в клинику с подозрением на острый панкреатит. Укажите наиболее информативный метод диагностики заболевания

1) [-]целиакография

2) [+]ультразвуковое исследование

3) [-]лапароцентез

4) [-]термография

5) [-]гастродуоденоскопия

845. Наиболее частая причина смерти при деструктивном панкреатите в поздние сроки заболевания

1) [+]гнойные осложнения

2) [-]желтуха

3) [-]энцефалопатия

4) [-]почечная недостаточность

5) [-]тромбоэмболия легочной артерии

846. Наружное дренирование кисты поджелудочной железы показано при

1) [-]малигнизации

2) [+]нагноении кисты

3) [-]механической желтухе

4) [-]кровотечении в просвет кисты

5) [-]для этой операции нет показаний

847. Какой метод исследования показан для выявления дивертикула пищевода

1) [+]рентгенологическое исследование

2) [-]медиастиноскопия

3) [-]электрокимография

4) [-]эзофагоманометрия

5) [-]УЗИ

848. При каких типах кардиоспазма показано хирургическое лечение

1) [-]кардиоспазм с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

2) [-]после кардиодилатации эффект в течение 2 лет

3) [+]сужение кардии с S-образным удлинением пищевода

4) [-]длительное течение, осложненное эзофагитом

5) [-]длительное течение без потери веса, небольшое расширение пищевода

849. Бужирование пищевода после острого

ожога следует начинать

- 1) [-]на 1-2 сутки
- 2) [-]через месяц
- 3) [+]на 8-9 сутки
- 4) [-]при возникновении стойкой дисфагии
- 5) [-]в первые часы

850. Какие операции применяются при дивертикулах пищевода

- 1) [-]резекция сегмента пищевода
- 2) [+]дивертикулоэктомия
- 3) [-]операция Добромыслова-Торека
- 4) [-]инвагинация дивертикула
- 5) [-]резекция нижней трети пищевода и кардии

851. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано

- 1) [-]гастростомия
- 2) [-]зондовое питание
- 3) [+]удаление дивертикула с миозофаготомией
- 4) [-]эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода
- 5) [-]ничего из перечисленного

852. Синдром Меллори-Вейса - это:

- 1) [-]стеноз привратника
- 2) [-]наличие «целующихся язв»
- 3) [-]пенетрирующая в печень язва
- 4) [+]трещина слизистой оболочки кардиального отдела

желудка

5) [-]стойкий спазм кардиального сфинктера

853. К ранним симптомам рака пищевода следует отнести

- 1) [+]дисфагию
 - 2) [-]боли за грудиной и в спине
 - 3) [-]кашель при приеме пищи
 - 4) [-]усиленное слюноотделение
 - 5) [-]похудание
-

854. Назовите самую частую врожденную аномалию молочной железы

- 1) [-]инверсия соска
 - 2) [-]ателия
 - 3) [-]амастия
 - 4) [+]полителия и полимастия
 - 5) [-]дистопия млечных ходов
-

855. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска

- 1) [+]внутрипротоковая папиллома
 - 2) [-]болезнь Педжета
 - 3) [-]узловая мастопатия
 - 4) [-]киста
 - 5) [-]фиброаденома
-

856. Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной

железы

- 1) [-]умбиликация
 - 2) [-]лимонная корка
 - 3) [-]втяжение соска
 - 4) [+]гиперпигментация соска и ареолы
 - 5) [-]изъязвление
-

857. Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего

- 1) [-]овариоэктомия
 - 2) [-]химиотерапия
 - 3) [-]гормонотерапия
 - 4) [+]лучевая терапия
 - 5) [-]пангистрэктомия
-

858. Основная причина спонтанного пневмоторакса

- 1) [+]буллезные изменения альвеол и кисты легкого
 - 2) [-]парапневмонический абсцесс легкого
 - 3) [-]рак легкого
 - 4) [-]бронхоэктазы
 - 5) [-]туберкулез легких
-

859. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с

- 1) [-]трахеостомии
- 2) [+]пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости

- 3) [-]блокады межреберных нервов
 - 4) [-]обездвижения грудной клетки
 - 5) [-]блокады диафрагмального нерва
-

860. Какова должна быть лечебная тактика у больного с острым абсцессом легкого в стадии формирования, без прорыва в бронх

- 1) [-]оперативное лечение - резекция легкого
 - 2) [-]оперативное лечение – пневмотомия
 - 3) [-]пункция плевральной полости
 - 4) [-]оперативное лечение – торакопластика
 - 5) [+]консервативные методы лечения, антибиотики, детоксикация
-

861. Укажите наиболее часто применяемую операцию при хроническом абсцессе легкого, занимающем 1-2 сегмента

- 1) [-]сегментарная резекция легкого
 - 2) [-]дренирование полости абсцесса
 - 3) [-]пульмонэктомия
 - 4) [-]иссечение полости абсцесса
 - 5) [+]лобэктомия
-

862. Для санации бронхиального дерева у больных с бронхоэктатической болезнью наиболее эффективен метод

- 1) [-]дыхательной гимнастики
- 2) [-]внутримышечной антибиотикотерапии канамицином
- 3) [+]лечебной бронхоскопии

4) [-]ингаляции с тетрациклином

5) [-]массажа грудной клетки

863. Основным методом для постановки диагноза центрального рака легкого является

1) [-]рентгенологическое исследование легких

2) [-]томография легких

3) [-]компьютерная томография

4) [-]радиоизотопное исследование легких

5) [+]трахеобронхоскопия и биопсия

864. У больного 46 лет диагностирована острая тотальная эмпиема плевры. Какое лечение показано больному

1) [-]bronхоскопия с катетеризацией бронхов

2) [-]пункция плевральной полости

3) [+]торакоцентез, дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией содержимого

4) [-]торакотомия, санация полости плевры

5) [-]торакопластика

865. В комплекс консервативных мероприятий в остром периоде неспецифического язвенного колита входят все препараты, кроме

1) [-]антибиотиков

2) [+]прокинетиков

3) [-]витаминов

4) [-]гормональных препаратов

5) [-]иммуностимуляторов

866. Отметьте основной рентгенологический признак рака ободочной кишки:

- 1) [-]отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
- 2) [-]ригидность кишечной стенки на определенном участке
- 3) [-]нарушение эвакуаторной функции
- 4) [+]**дефект наполнения или плоская «ниша» в пределах контуров кишечной стенки**
- 5) [-]усиленная перистальтика кишечника

867. Появление «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется

- 1) [-]наличием выпота в брюшной полости
- 2) [+]**скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника**
- 3) [-]скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
- 4) [-]наличием свободного газа в брюшной полости
- 5) [-]все перечисленное неверно

868. Наиболее информативным методом инструментальной диагностики острой спаечной кишечной непроходимости является

- 1) [+]**обзорная рентгенография брюшной полости**
- 2) [-]лапароскопия
- 3) [-]ангиография
- 4) [-]гастроскопия
- 5) [-]колоноскопия

869. Выберите правильную тактику в начальной

стадии обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости

- 1) [-]только консервативное лечение
- 2) [-]экстренная операция
- 3) [-]плановая операция
- 4) [+]оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий
- 5) [-]назогастральная интубация

870. Для заворота сигмовидной кишки характерны следующие симптомы, кроме

- 1) [-]схваткообразных болей
- 2) [-]асимметрии живота
- 3) [-]«шума плеска»
- 4) [-]симптома Цеге фон Мантейфеля
- 5) [+]диареи

871. При осмотре больного Вы поставили диагноз: острый аппендицит без явлений перитонита. Для выполнения аппендэктомии оптимальным доступом будет

- 1) [-]доступ по Кохеру
- 2) [-]доступ по Пфаненштилю
- 3) [-]нижнесрединная лапаротомия
- 4) [+]доступ Волковича-Дьяконова
- 5) [-]доступ по Пирогову

872. Развитие пилефлебита наиболее вероятно при одной из следующих форм острого

аппендицита

- 1) [-]катаральном
 - 2) [-]флегмонозном
 - 3) [-]флегмонозно-язвенном
 - 4) [+]гангренозном с переходом некротического процесса на брыжейку отростка
 - 5) [-]аппендикулярном инфильтрате
-

873. Для поздней стадии перитонита характерно все перечисленное, кроме

- 1) [-]вздутия живота
 - 2) [-]гиповолемии
 - 3) [-]исчезновения кишечных шумов
 - 4) [-]гипопротеинемии
 - 5) [+]усиленной перистальтики
-

874. К осложнениям острого перитонита относятся шок, сепсис, шоковое легкое, пневмония, а также

- 1) [+]печеночно-почечная недостаточность
 - 2) [-]гиперкоагуляция
 - 3) [-]диспротеинемия
 - 4) [-]острое расширение желудка
 - 5) [-]тромбоэмболия легочной артерии
-

875. Какое вещество вырабатывают G-клетки

- 1) [-]пепсин
- 2) [+]гастрин
- 3) [-]пепсиноген

4) [-]соляная кислота

5) [-]глюкагон

876. Какой из перечисленных гормонов и гуморальных факторов не имеет отношения к регуляции кислотопродукции

1) [-]холецистокинин

2) [-]гастрин

3) [-]ацетилхолин

4) [+]глюкагон

5) [-]секретин

877. Какой из нижеперечисленных факторов не является фактором агрессии в патогенезе язвенной болезни

1) [-]соляная кислота

2) [-]пепсин

3) [-]хеликобактер пилори

4) [-]нестероидные противовоспалительные средства

5) [+]бикарбонаты

878. Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является

1) [-]желудочная язва

2) [-]дуоденальная язва

3) [-]рак желудка

4) [+]синдром Меллори-Вейсса

5) [-]геморрагический гастрит

879. Какой из методов наиболее достоверен в

определении точной локализации источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ

- 1) [-]энтерография
 - 2) [-]компьютерная томография
 - 3) [+]эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия
 - 4) [-]артериография
 - 5) [-]радионуклидное сканирование
-

880. Больному после перенесенного ушивания малигнизированной перфоративной язвы желудка показано

- 1) [-]наблюдение без противоязвенной терапии
 - 2) [-]наблюдение с проведением противоязвенной и антихелико-бактерной терапии
 - 3) [-]ваготомия с дренирующей желудок операцией через 2-3 месяца
 - 4) [-]резекция желудка через 2-3 месяца
 - 5) [+]гастрэктомия после обследования
-

881. Органы, в которые не метастазирует аденокарцинома желудка

- 1) [-]яичники
 - 2) [-]печень
 - 3) [-]надключичные лимфоузлы
 - 4) [+]трубчатые кости бедра
 - 5) [-]дугласово пространство
-

882. Учитывая механизм перелома пяточной кости, назовите не-редко сопутствующие

повреждения

- 1) [-]перелом голени
- 2) [-]разрыв связок коленного сустава
- 3) [+]перелом позвоночника
- 4) [-]перелом шейки бедра
- 5) [-]перелом надколенника

883. Отметьте основное показание к оперативному методу лечения переломов лодыжек

- 1) [-]значительная степень смещения отломков
- 2) [-]наличие чрезсиндесмозного перелома
- 3) [-]невправимость отломков после 2-3-кратного вправления
- 4) [+]интерпозиция тканей между отломками
- 5) [-]невозможность удержать отломки после вправления

884. Способ лечения, являющийся основным при переломе лучевой кости в типичном месте

- 1) [+]иммобилизационный /гипсовая повязка/
- 2) [-]функциональный
- 3) [-]оперативный
- 4) [-]при помощи компрессионно-дистракционного аппарата
- 5) [-]иммобилизация эластичным бинтом

885. Назовите абсолютное показание к оперативному лечению переломов /остеосинтез/

- 1) [-]открытые переломы
- 2) [-]переломы со смещением

- 3) [+]интерпозиция мягких тканей между отломками
- 4) [-]многооскольчатые и раздробленные переломы
- 5) [-]множественные переломы костей

886. Назовите основной признак гемартроза коленного сустава

- 1) [-]увеличение объема сустава
- 2) [-]кровоизлияние в мягкие ткани
- 3) [-]ограничение движений в суставе
- 4) [+]баллотирование надколенника
- 5) [-]синдром «выдвижного ящика»

887. Выделите определяющий клинический признак вывиха в любом суставе

- 1) [-]расслабление мышц, окружающих сустав
- 2) [-]напряжение мышц, окружающих сустав
- 3) [+]«пружинящее сопротивление» при попытке пассивных движений
- 4) [-]деформация сустава
- 5) [-]удлинение или укорочение вывихнутого сегмента

888. Назовите основную причину медленного и длительного сращения перелома шейки бедра

- 1) [-] пожилой возраст
- 2) [-]остеопороз
- 3) [-]сопутствующие заболевания
- 4) [+]отсутствие на шейке бедра надкостницы и нарушение кровоснабжения шейки бедренной кости в момент травмы
- 5) [-]сложность иммобилизации гипсовой повязкой

889. Выделите клинические симптомы, абсолютные для перелома кости:

- 1) [+]патологическая подвижность и крепитация костных отломков
 - 2) [-]отечность и кровоизлияние в мягкие ткани
 - 3) [-]локальная болезненность и нарушение функции
 - 4) [-]деформация конечности
 - 5) [-]гиперемия в области перелома
-

890. Укажите протяженность гипсовой повязки при диафизарных переломах голени

- 1) [-]от коленного сустава до пальцев стопы
 - 2) [-]от верхней трети голени до голеностопного сустава
 - 3) [-]от верхней трети бедра до голеностопного сустава
 - 4) [+]от верхней трети бедра до основания пальцев
 - 5) [-]от коленного сустава до голеностопного сустава
-

891. Укажите наиболее вероятную причину несращения перелома кости

- 1) [-]кратковременность иммобилизации
 - 2) [-]частые смены гипсовой повязки
 - 3) [+]наличие интерпозиции мягких тканей между отломками
 - 4) [-]перерастяжение отломков на скелетном вытяжении
 - 5) [-]сохраняющееся смещение между отломками
-

892. Вид лечения, который целесообразно применять при вальгусной деформации 1-го пальца стопы

- 1) [-]консервативный - корригирующие гипсовые повязки

2) [+]оперативный

3) [-]ЛФК, физиотерапия, массаж

4) [-]санаторно-курортное лечение

5) [-]ношение ортопедической обуви

893. Укажите наиболее часто встречающуюся деформацию стопы

1) [+]вальгусная деформация 1-го пальца стопы

2) [-]полая стопа

3) [-]пяточная стопа

4) [-]«конская» стопа

5) [-]варусная деформация стопы

894. Под каким видом обезболивания следует вправлять травматический вывих бедра

1) [-]местная анестезия

2) [-]проводниковая анестезия

3) [+]наркоз

4) [-]внутрикостная анестезия

5) [-]без обезболивания

895. Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита

1) [-]растворение конкрементов литолитическими препаратами

2) [-]микрохолецистостомия

3) [-]дистанционная волновая литотрипсия

4) [+]холецистэктомия

5) [-]комплексная консервативная терапия

896. Какова хирургическая тактика при установленном диагнозе желчнокаменной непроходимости кишечника

- 1) [-]комплексная консервативная терапия в условиях реанимационного отделения
- 2) [-]терапия в сочетании с эндоскопической декомпрессией тонкой кишки
- 3) [-]срочное хирургическое вмешательство: холецистэктомия с разделением билиодигестивного свища, энтеротомия, удаление конкремента
- 4) [+]срочное хирургическое вмешательство: энтеротомия, удаление желчного конкремента
- 5) [-]паранефральная блокада в сочетании с сифонной клизмой

897. Для дифференциального диагноза у больного 50 лет с жидкостным образованием в печени необходимо выполнить

- 1) [-]лапароскопию
- 2) [-]каваграфию
- 3) [-]сцинтиграфию печени
- 4) [+]УЗИ с диагностической пункцией
- 5) [-]аортографию

898. Выберите наиболее частую причину абцесса печени

- 1) [-]первичный рак печени
- 2) [-]рак головки поджелудочной железы с обтурацией общего желчного протока

3) [-]острый калькулезный холецистит

4) [+]гнойный холангит

5) [-]вирусный гепатит

899. Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным и безопасным при интенсивной длительной желтухе

1) [-]внутривенная инфузионная холангиография

2) [+]эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

3) [-]чрескожная чреспеченочная холангиография

4) [-]УЗИ

5) [-]пероральная холецистохолангиография

900. Какое из паразитарных заболеваний никогда не приводит к поражению печени

1) [-] эхинококкоз

2) [-]альвеококкоз

3) [-]амебиаз

4) [-]описторхоз

5) [+]аскаридоз

901. При какой патологии не выполняется гастротомия?

1) [-]синдром Дъелафуа

2) [-]синдром Мейлорри-Вейса

3) [-]кровотечении из язвы кардиального отдела желудка

4) [+]распадающаяся опухоль тела желудка

5) [-]компенсированный стеноз привратника

902. При какой патологии ставится дренаж во втором межреберье?

- 1) [-]гемотораксе
 - 2) [-]пиотораксе
 - 3) [+]пневмотораксе
 - 4) [-]хилотораксе
 - 5) [-]абсцесс легкого
-

903. О чем свидетельствует симптом Зельдовича?

- 1) [+]разрыв мочевого пузыря
 - 2) [-]повреждение спинного мозга
 - 3) [-]разрыв уретры
 - 4) [-]камень мочеточника
 - 5) [-]пионефрит
-

904. На что указывает симптом «Ваньки-встаньки»?

- 1) [-]ранение левой половины груди
 - 2) [+]повреждение селезенки
 - 3) [-]перфоративная язва желудка или 12-ти перстной кишки
 - 4) [-]«хвостовой» панкреатит
 - 5) [-]повреждение правой доли печени
-

905. Когда выполняется экстренное дренирование средостения?

- 1) [-]подкожная эмфизема при множественных переломах ребер

- 2) [-]Пневмоторакс
 - 3) [-]серозный медиастинит
 - 4) [+]эмфизема средостения
 - 5) [-]Пиопневмоторакс
-

906. Какой доступ является оптимальным при феохромоцитоме?

- 1) [-]Торакоабдоминальный
 - 2) [-]задний люмботомический
 - 3) [-]боковой люмботомический
 - 4) [+]Абдоминальный
 - 5) [-]Внебрюшинный
-

907. Для какого повреждения характерен симптом «прилипшей пятки»?

- 1) [-]перелом бедра
 - 2) [+]перелом костей таза
 - 3) [-]перелом позвоночника
 - 4) [-]ушиб головного мозга
 - 5) [-]перелом костей голени
-

908. Что является противопоказанием к аппендэктомии?

- 1) [-]гангренозный аппендицит.
 - 2) [-]серозный перитонит
 - 3) [-]рыхлый аппендикулярный инфильтрат
 - 4) [+]плотный аппендикулярный инфильтрат
 - 5) [-]гнойный перитонит
-

909. Какой из перечисленных симптомов

является постоянным при облитерирующем эндартериите?

- 1) [-]мышечная слабость
 - 2) [-]парестезия
 - 3) [-]изменения кожи
 - 4) [+]перемежающаяся хромота
 - 5) [-]изменения ногтевой пластинки
-

910. Какого симптома нет при облитерирующем эндартериите.

- 1) [-]Симптом «белого пятна»
 - 2) [-]Симптом «плантарной ишемии
 - 3) [-]Симптом Самюэлса
 - 4) [+]Симптом Кохера
 - 5) [-]Симптом «канавки» Оппеля
-

911. Осложнениями аортографии являются все кроме

- 1) [-]повреждение стенки и тромбоз брыжеечной, почечной или надпочечниковой артерий с тромбозом и выпадением функции органа
 - 2) [-]эмболия периферической артерии из-за отрыва тромба или бляшки
 - 3) [+]Пневмония
 - 4) [-]поперечные парезы или другие симптомы повреждения спинного мозга вследствие оттока контрастного вещества через артерии спинного мозга
 - 5) [-]гематома в области пункции сосуда
-

912. Когда противопоказана бронхография?

- 1) [-]при нагноительных заболеваниях легких
 - 2) [-]раке легких
 - 3) [-]бронхиальных свищах
 - 4) [+]острых легочных заболеваниях, сопровождающихся высокой температурой тела.
 - 5) [-]инородных телах бронхов
-

913. Когда противопоказана ангиография?

- 1) [-]При наличии аневризм
 - 2) [-]при артериовенозных свищах
 - 3) [+]резко выраженной недостаточности почек и печени.
 - 4) [-]варикозном расширении легочных вен
 - 5) [-]митральном пороке сердца
-

914. Когда противопоказана бронхоскопия?

- 1) [-]при подозрении на опухоль трахеи или бронхов
 - 2) [-]Рубцовых стенозах трахеи.
 - 3) [+]Экссудативном плеврите с резким смещением средостения
 - 4) [-]У больных с бронхоэктазами и абсцессах легких.
 - 5) [-]Рубцовом стенозе крупных бронхов
-

915. Какая одышка связана с уменьшением дыхательной поверхности легких?

- 1) [-]Обструктивная
- 2) [+]Рестриктивная
- 3) [-]Инспираторная
- 4) [-]Экспираторная
- 5) [-]Тахипноэ

916. Какая из указанных опухолей легкого является злокачественной?

- 1) [-]Гамартрома
 - 2) [-]Гемангиоэндотелиома
 - 3) [+]Цилиндрома
 - 4) [-]Тератома
 - 5) [-]Лейомиома
-

917. При какой площади глубокого пахового кольца наибольшая вероятность развития рецидива после грыжесечения?

- 1) [-]при площади около 25%
 - 2) [-]при площади от 25 до 30%
 - 3) [-]при площади от 31 до 49%
 - 4) [-]при площади от 50 до 80%
 - 5) [+]при площади 80% и более
-

918. Что способствует развитию рецидива после грыжесечения по поводу паховой грыжи?

- 1) [-]слабый тип апоневроза
 - 2) [-]площадь глубокого пахового кольца
 - 3) [-]наложение швов на пупартову связку по ходу одних и тех же волокон
 - 4) [-]грубые манипуляции во время операции
 - 5) [+]все вместе
-

919. Какой тип пластики не используют при пупочной грыже?

- 1) [-]операция Лексера

- 2) [-]пластика по Мейо
 - 3) [+]пластика по Ру
 - 4) [-]пластика по Сапежко
 - 5) [-]операция Шпици (Spitzzy)
-

920. Кто чаще всего заболевает маститом?

- 1) [+]Первородящие
 - 2) [-]повторно рождающие
 - 3) [-]молодые девушки
 - 4) [-]женщины в климактерическом периоде
 - 5) [-]женщины в старческом возрасте
-

921. Каким фактором не определяется прохождение желчи по внепеченочным желчным путям?

- 1) [-]секреторным давлением печени
 - 2) [-]сократительной силой гладкомышечной оболочки желчного пузыря
 - 3) [-]тонусом сфинктера Одди
 - 4) [+]рефлекторным через симпатическую и парасимпатическую нервную систему
 - 5) [-]шириной просвета общего желчного протока
-

922. Какой оперативный доступ к желчному пузырю следует признать менее травматичным?

- 1) [-]Разрез по Федорову
- 2) [-]Разрез по Рио-Бранку
- 3) [+]Верхне-срединный разрез
- 4) [-]Разрез по Керру

923. При какой патологии желчного пузыря возникает необходимость в операции Прибрама (мукоклазия)?

- 1) [-]Флегмонозном холецистите
 - 2) [-]Гангренозном холецистите
 - 3) [+]**При рецидивирующем, сморщенном желчном пузыре, вросшем в печень**
 - 4) [-]При эмпиеме желчного пузыря
 - 5) [-]Водянике желчного пузыря
-

924. В каком случае не показана холецистостомия?

- 1) [-]При гнойном холецистите и холангите пожилого и старческого возраста
 - 2) [-]Длительно существующей механической желтухе у крайне ослабленных больных
 - 3) [-]При калькулезном холецистите и конкрементах в общем желчном протоке
 - 4) [+]**У очень тяжелых больных (инфекция, возраст) при первом приступе острого калькулезного или бескаменного холецистита**
 - 5) [-]У больных с одиночным крупным камнем желчного пузыря
-

925. Какое отличие лактостаза от острого мастита?

- 1) [-]Болевые ощущения в молочной железе
- 2) [-]Припухлость молочной железы

3) [+] Уплотнение достаточно четко повторяет строение долек

4) [-] Повышение температуры тела

5) [-] боль пульсирующего характера в молочной железе

926. что не содержит галактоцеле?

1) [-] Жидкость маслянистого характера

2) [+] Жидкость с содержанием омылотворенной массы

3) [-] Жидкое молоко

4) [-] Сыровидную массу

5) [-] Гнойное содержимое

927. Что является противопоказанием к торакоскопии?

1) [-] Возникновение спонтанного пневмоторакса

2) [-] Закрытые повреждения и ранения груди

3) [+] Тотальный пневмоторакс

4) [-] Поражение плевральных листков при новообразованиях

5) [-] Спадение легкого на $\frac{2}{3}$ его объема

928. Какая мокрота характерна для аденоматоза легких?

1) [+] Слизистая

2) [-] Вязкая

3) [-] Гнойная

4) [-] Бурая со зловонным запахом

5) [-] Кровянистая

929. Какой синдром отсутствует при периферической опухоли верхней доли легкого?

- 1) [-]Синдром Пьера Мари – Бамбергер
 - 2) [-]Синдром Шварцца – Бартера
 - 3) [-]Синдром Горнера
 - 4) [+]**Синдром Вильямса – Кемпбелла**
 - 5) [-]Синдром пневмониеподобного бронхиального рака
-

930. Сколько максимально времени можно проводить консервативную терапию при остром холецистите?

- 1) [-]12 часов
 - 2) [-]18 часов
 - 3) [+]**24 часа**
 - 4) [-]до 2-х суток
 - 5) [-]более 2 суток
-

931. Как часто необходимо оценивать эффективность консервативной терапии острого холецистита у пожилых больных и стариков?

- 1) [-]каждые 2 часа
 - 2) [+]**каждые 3 – 4 часа**
 - 3) [-]каждые 6 часов
 - 4) [-]каждые 8 часов
 - 5) [-]каждые 12 часов
-

932. В какие сроки после консервативной терапии острого холецистита можно произвести операцию в плановом порядке?

- 1) [-]на 5 – 7 сутки
- 2) [-]на 8 – 9 сутки

3) [+]на 10 – 15 день

4) [-]через месяц

5) [-]через два месяца

933. Что нельзя делать для купирования острого приступа холецистита?

1) [-]Дренирование желудка назогастральным зондом

2) [-]Внутривенно ввести раствор электролитов

3) [-]Ввести спазмолитики и антибиотики

4) [+]На правое подреберье положить горячую грелку

5) [-]Холод на правое подреберье

934. На какие сутки удаляется T – образный дренаж по Керру из гепатикохоледоха?

1) [-]На 5-е сутки

2) [-]На 7 -10 сутки

3) [-]На 11 – 14 сутки

4) [+]На третьей неделе

5) [-]Через месяц

935. Какое вмешательство следует признать оптимальным при вклиненном конкременте холедоха?

1) [-]Лапаротомия, холецистэктомия и холедохотомия с извлечением камней и протока

2) [-]Лапаротомия, дуоденотомия извлечение камня

3) [+]Эндоскопическая папилосфинктеротомия

4) [-]Лапаротомия, холецистостомия

5) [-]Эндоскопическая холецистостомия

936. Какая операция не используется при лечении рефлюкс-эзофагита.

- 1) [-]фундопликация по Ниссену
 - 2) [-]операция Белси
 - 3) [+]операция Хеллера
 - 4) [-]операция Хилла
 - 5) [-]реконструкция эзофагоеюноанастомоза по Ру
-

937. Что в первую очередь надо назначать при тромбозе глубоких вен?

- 1) [-]Лечение аспирином
 - 2) [-]Подкожное введение гепарина
 - 3) [-]Назначение фенилина
 - 4) [+]Внутривенное введение гапарина
 - 5) [-]Введение спазмолитиков
-

938. О каком заболевании идет речь при наличии воспалительного процесса в толстой кишке, когда имеется чередование измененных участков и здоровых, а прямая кишка без поражений?

- 1) [-]язвенный колит
 - 2) [+]болезнь Крона
 - 3) [-]болезнь Хиршпрунга
 - 4) [-]амебная дизентерия
 - 5) [-]полипоз толстой кишки
-

939. Когда следует выполнить биопсию патологического образования на шее?

- 1) [-]Сразу после выявления
 - 2) [-]При подозрении на малигнизацию
 - 3) [-]После проведенной антибактериальной терапии
 - 4) [+]После тщательного эндоскопического обследования полости рта, гортани, пищевода и трахеи
 - 5) [-]После КТ исследования
-

940. Чего нет у больного с паратонзиллярным абсцессом?

- 1) [-]Лихорадки
 - 2) [-]Тризма
 - 3) [-]Ассиметричного отека нёба
 - 4) [+]Кариеса зуба мудрости с инфицированием окружающих тканей
 - 5) [-]Нарушения дыхания
-

941. Что необходимо выполнить при клиническом и рентгенологическом обнаружении свободного газа в брюшной полости?

- 1) [-]Лапароскопию
 - 2) [-]Лапароцентез
 - 3) [-]Динамическое наблюдение
 - 4) [+]Лапаротомию
 - 5) [-]Назначить рассасывающую терапию
-

942. Что характерно для рентгенологической картины дивертикула Ценкера?

- 1) [-]Диффузный спазм пищевода
- 2) [-]«Штопорообразный» вид пищевода

3) [-]Заброс бария в пищевод

4) [+]Локальное расширение боковой стенки пищевода в шейном отделе

5) [-]Ровные контуры дефекта наполнения

943. Какой дивертикул не относится к дивертикулам пищевода?

1) [-]Бифуркационный

2) [-]Дивертикул Ценкера

3) [+]Дивертикул Меккеля

4) [-]Эпифренальный дивертикул

5) [-]Функциональный дивертикул Barsony

944. Как чаще всего удаляется инородное тело пищевода?

1) [-]Путем резкого сдавления грудной клетки

2) [+]С помощью фиброэзофагоскопа

3) [-]Назначением грубой пищи

4) [-]Эзофаготомия шейная или дорзальная

5) [-]Эзофаготомия трансплевральная

945. Что наиболее эффективно для профилактики раневой инфекции?

1) [-]Введение столбнячного анатоксина

2) [-]Внутривенное введение антибиотиков

3) [-]Паравульнарное введение антибиотиков

4) [+]Первичная хирургическая обработка

5) [-]Транспортная иммобилизация

946. Какое осложнение после резекции желудка

по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера встречается реже всего?

- 1) [-]Демпинг-синдром
 - 2) [-]Синдром приводящей петли
 - 3) [-]Синдром отводящей петли
 - 4) [+]Острая еюногастральная инвагинация
 - 5) [-]Безоары
-

947. Какое осложнение чаще встречается после стволовой ваготомии с дренирующей операцией?

- 1) [+]Постваготомическая диарея
 - 2) [-]Синдром приводящей кишки
 - 3) [-]Гастростаз и дуоденостаз
 - 4) [-]Рецидивная язва желудка
 - 5) [-]Рак культи желудка
-

948. Что не рекомендуется давать пострадавшему с ожогом пищевода?

- 1) [-]Прополоскать рот холодной водой
 - 2) [+]Нейтрализовать щелочной раствор слабым раствором кислот или кислот слабыми основаниями
 - 3) [-]Прием некипяченого молока и яичного белка
 - 4) [-]Прием воды и яичного белка в соотношении (4 белка и 1 литр воды)
 - 5) [-]Прием антацидов (альмагель)
-

949. Какой метод лечения рубцовых сужений пищевода не относится к оперативным?

- 1) [-]Дооперационная интраоперационная дилатация в

сочетании с антирефлюксными операциями

2) [-]Гастропластика и фундопликация при коротком пищеводе

3) [-]Резекция пищевода с замещением его резецированной части трансплантатом из желудка, тонкой или толстой кишки

4) [+]Дилатация

5) [-]расширение суженного сегмента лоскутом из стенки желудка на сосудистой ножке

950. Что не является показанием к операции при рубцовом сужении пищевода?

1) [-]Облитерация просвета пищевода

2) [+]Размер сужения пищевода до 18-20 мм

3) [-]Тяжелая дисплазия слизистой и рак in situ

4) [-]Перфорация пищевода

5) [-]Огнестрельное повреждение пищевода

951. Какой метод на первом этапе исследования очаговых образований печени не является обязательным?

1) [-]Ультразвуковое исследование

2) [-]Компьютерная томография

3) [-]Магнитно-резонансная томография

4) [+]Чрескожная игольная биопсия печени

5) [-]Выделительная холангиография

952. Что чаще всего поражается эхинококком?

1) [+]Печень

2) [-]Селезенка

3) [-]Головной мозг

4) [-]Сердце

5) [-]Легкие

953. Что не является причиной пилефлебических абсцессов?

1) [-]Деструктивный аппендицит

2) [-]Омфалит у детей

3) [-]Мезентериальная пиемия

4) [+]**Дизентерия**

5) [-]Эмпиема червеобразного отростка

954. Что является одним из основных условий успешного лечения метастического абсцесса печени?

1) [-]Антибиотикотерапия

2) [-]Дренирование абсцесса под контролем УЗИ

3) [+]**Санация первичного инфекционного очага**

4) [-]Наружное дренирование полости абсцесса

5) [-]Физиотерапия

955. Как часто встречаются непаразитарные кисты селезенки?

1) [+]**в 0,5 – 2 %**

2) [-]в 3 – 5%

3) [-]в 6 – 9%

4) [-]в 10 – 12%

5) [-]более 12%

956. Какое заболевание желудка чаще всего

осложняется кровотечением?

- 1) [+]**хроническая язва желудка или двенадцатиперстной кишки**
 - 2) [-]острая язва желудка
 - 3) [-]синдром Цоллингера-Эллисона
 - 4) [-]болезнь Верльгофа
 - 5) [-]полип желудка
-

957. Какой симптом не является обязательным при желудочном кровотечении?

- 1) [-]Головокружение и мелькание «мушек» перед глазами
 - 2) [-]Слабость и чувство тяжести в конечностях
 - 3) [+]**Симптом кровавой рвоты**
 - 4) [-]Кратковременная потеря сознания
 - 5) [-]Выраженная бледность кожных покровов
-

958. Какая эффективность эндоскопического гемостаза при желудочном кровотечении?

- 1) [-]30 – 40%
 - 2) [-]50 – 60%
 - 3) [-]70 – 80%
 - 4) [+]**85 – 90%**
 - 5) [-]более 90%
-

959. Что свидетельствует о стойкости гемостаза из кровоточащей язвы?

- 1) [-]Значительные размеры и глубина хронической язвы, особенно при расположении ее на задней стенке луковицы ДПК или в средней трети малой кривизны

- 2) [-]Выполненность язвы рыхлым кровавым сгустком
 - 3) [-]Наличие на дне язвы отчетливого тромбобразования
 - 4) [+]Наличие на дне язвы плотного белого (серого) сгустка
 - 5) [-]Отсутствие рвоты с кровью
-

960. Какой метод является наиболее эффективным для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода?

- 1) [-]Введение в расширенные вены подслизистого слоя склерозирующих растворов
 - 2) [-]Введение сосудосуживающих препаратов типа питуитрина
 - 3) [-]Введение зонда Блекмора-Сенгстекена
 - 4) [+]Использование латексных колец
 - 5) [-]Обработка кровоточащего варикозного узла капрофером
-

961. Какой метод является основным в диагностике пороков сердца?

- 1) [-]Электрокардиография (ЭКГ)
 - 2) [+]Эхокардиография (ЭхоКГ)
 - 3) [-]Катетеризация сердца и коронарография
 - 4) [-]Киноангиокардиография (КАКГ)
 - 5) [-]КТ
-

962. Назовите самый высокоинформативный метод диагностики открытого артериального протока?

- 1) [-]ЭКГ
- 2) [-]ЭхоКГ

- 3) [-]Рентгенография грудной клетки
 - 4) [+]Дигитальная субтракционная ангиография
 - 5) [-]КТ
-

963. В каком возрасте показано оперативное лечение дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП)?

- 1) [-]В раннем детском возрасте
 - 2) [-]Дошкольном
 - 3) [-]Младшем школьном
 - 4) [-]Юношеском
 - 5) [+]Практически всем больным с ДМПП
-

964. Какое исследование является менее травматичным и наиболее информативным при дефекте межжелудочковой перегородки?

- 1) [-]ЭКГ
 - 2) [+]ЭхоКГ
 - 3) [-]Рентгенологический
 - 4) [-]Катетеризация сердца и ангиокардиография
 - 5) [-]Аускультация
-

965. Что не является постоянным анатомическим признаком тетрады Фалло?

- 1) [-]Стеноз выходного отдела ЛЖ и/ или гипоплазия ЛА
- 2) [-]Большой ДМЖП, примерно равный диаметру устья аорты
- 3) [-]Декстрапозиция корня аорты (фактически отходящей от обоих желудочков)

4) [+]Сужение аорты в области ее перешейка

5) [-]Гипертрофия миокарда ГДЖ

966. Кто является основоположником хирургии сосудов?

1) [-]A. Carrel (А.Каррель)

2) [-]R. Leriche (Р.Лериш)

3) [-]M. E. De Basky (М. Де Беки)

4) [+]А.Н.Филатов

5) [-]Б.В.Петровский

967. Что ангиохирурги называют «золотым стандартом» исследования сосудов?

1) [-]Ультразвуковое исследование сосудов

2) [-]Ультразвуковую доплерографию

3) [-]Дуплексное сканирование

4) [+]Ангиографию

5) [-]Плетизмографию

968. Какой показатель позволит точно предсказать благоприятный исход ампутации ноги ниже колена?

1) [-]Регистрация пульса в икроножной области

2) [-]Сохранение чувствительности на тыле стопы

3) [-]Отсутствие гангрены выше лодыжки

4) [-]Слабая пульсация тыльной артерии стопы

5) [+]Ни один из показателей

969. Чего не бывает при окклюзии бифуркации аорты (синдром Лериша)?

- 1) [-]«Высокой» перемежающейся хромоты
 - 2) [-]отсутствие пульса на бедренных артериях
 - 3) [-]наличие у мужчин эректильной импотенции
 - 4) [+]приступы побледнения или цианоза пальцев ног и рук
 - 5) [-]отсутствие пульса на дистальных артериях нижней конечности
-

970. Что не используется в диагностике рака легкого?

- 1) [-]Бронхофиброскопия
 - 2) [-]Торакоскопия
 - 3) [-]Медиастиноскопия
 - 4) [+]Артериоскопия
 - 5) [-]Бронхография
-

971. Какая опухоль не бывает в средостении?

- 1) [-]Нейрофиброма
 - 2) [-]Липома
 - 3) [-]Лимфома
 - 4) [+]Ворсинчатая опухоль
 - 5) [-]Невринома
-

972. Как часто возникают признаки тампонады сердца при его ранении?

- 1) [+]в 60-70% случаев
- 2) [-]в 40-50% случаев
- 3) [-]в 30-35% случаев
- 4) [-]в 10-25%
- 5) [-]редко

973. Какого глазного симптома нет при токсическом зобе?

- 1) [-]Симптом Крауса
 - 2) [-]Симптом Штельвага
 - 3) [+]**Симптом Горнера**
 - 4) [-]Симптом Дельримпля
 - 5) [-]Симптом Грефе
-

974. У кого наиболее часто развивается аутоиммунный тиреоидит?

- 1) [-]У юношей
 - 2) [-]У девушек
 - 3) [+]**У женщин 40 – 50 лет**
 - 4) [-]У мужчин 40 – 50 лет
 - 5) [-]У женщин 60 лет и старше
-

975. Какой метод не используется при дренировании околопузырного пространства?

- 1) [-]Дренирование по Буяльскому – Мак – Уортеру
 - 2) [-]Дренирование по П.А.Куприянову
 - 3) [-]Дренирование через седалищно-прямокишечную ямку
 - 4) [+]**Постуральное дренирование**
 - 5) [-]Дренирование через промежность
-

976. Какое дыхание не относится к патологическому?

- 1) [-]Дыхание Чайн – Стокса
- 2) [-]Дыхание Куссмауля
- 3) [-]Дыхание Биота

4) [-]Саккандированное дыхание

5) [+]Непроизвольная задержка дыхания на вдохе

977. Какая пластика не относится к пластике мочеиспускательного канала?

1) [-]Пластика по Duplay

2) [-]Пластика по Young

3) [-]Пластика по Michalowski, Modelski

4) [+]Пластика по В.М.Державину

5) [-]Пластика по Хольцову

978. Сколько процентов составляет пятилетняя выживаемость у больных раком после операции?

1) [-]60%

2) [-]45%

3) [-]30%

4) [+]10%

5) [-]5%

979. С какими синдромами и действием веществ несвязанно развитие язвенной болезни?

1) [-]синдром Золлингера-Эллисона

2) [-]синдром Мэллори-Вейсс

3) [-]аспирина

4) [+]алкоголя

5) [-]пристрастие к острым блюдам

980. Что не характерно для ахалазии пищевода?

1) [+]больному с ахалазией пищевода производят фундопликацию по Ниссену

2) [-]для постановки диагноза ахалазии пищевода необходимо одновременно выполнять эзофагоскопию и манометрию

3) [-]при ахалазии пищевода повышен тонус нижнего сфинктера пищевода

4) [-]неоперативное лечение ахалазии – пневмотическая дилатация пищевода

5) [-]врожденные аномалии развития нервного аппарата и пищевода

981. Что более подходит для лейомиомы пищевода?

1) [-]Лейомиома – редкая опухоль

2) [-]Для диагностики во время эндоскопии необходимо сделать биопсию

3) [+]При лейомиоме пищевода показано хирургическое лечение – энуклиация опухоли

4) [-]Диагноз лейомиомы пищевода может быть поставлен при помощи манометрии

5) [-]Много лет медленно нарастающая дисфагия

982. Выберите оптимальную хирургическую тактику при синдроме Мэллори-Вейсс

1) [+]Лапаротомия, гастротомия и прошивание кровоточащих сосудов

2) [-]Лапаротомия и резекция пищеводно-желудочного перехода

3) [-]Трансторакальная перевязка расширенных вен

пищевода

- 4) [-]Трансторакальная антирефлюксная операция
- 5) [-]Лапаротомия гастрэктомия

983. Какая опухоль чаще выявляется у больных с пищеводом Барретта?

- 1) [-]Плоскоклеточный рак
- 2) [-]Эпидермоидный рак
- 3) [+]**Аденокарцинома**
- 4) [-]Мелкоклеточный рак
- 5) [-]Мукоэпидермоидный

984. Из какой артерии не снабжаются надпочечники?

- 1) [-]из аорты
- 2) [-]почечной артерии
- 3) [-]диафрагмальной артерии
- 4) [+]**поясничной артерии**
- 5) [-]чревного ствола

985. При каком заболевании на рентгенограммах определяется газ в желчных протоках?

- 1) [-]Перфоративная язва желудка
- 2) [-]Кишечная непроходимость
- 3) [+]**Холангит, вызванный газообразующими микроорганизмами**
- 4) [-]Холедоходуоденоанастомоз
- 5) [-]Перфорация толстой кишки

986. Какой диагноз можно поставить, если при эндоскопии обнаружен линейный разрыв слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода длиной 2 см?

- 1) [-]Хроническая язва желудка
 - 2) [-]Варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением
 - 3) [-]Аррозивный гастрит
 - 4) [+]Синдром Мэллори-Вейсс
 - 5) [-]Синдром Дъенлафуа
-

987. Какое вещество секретируют G-клетки?

- 1) [+]Гастрин
 - 2) [-]Пепсин
 - 3) [-]Пепсиноген
 - 4) [-]Соляную кислоту
 - 5) [-]Трипсин
-

988. Какое осложнение не бывает после ангиографии нижней конечности?

- 1) [-]Острой почечной недостаточности
 - 2) [-]Окклюзии артерий
 - 3) [-]Образования псевдоаневризм
 - 4) [+]Инсульта
 - 5) [-]Гематомы
-

989. При каком из перечисленных заболеваний высокий риск возникновения рака толстой кишки?

- 1) [-]Свищ прямой кишки
 - 2) [+]Хронический язвенный колит
 - 3) [-]Синдром Пейтца-Егерса
 - 4) [-]Гранулематоз ободочной кишки
 - 5) [-]Парапроктит
-

990. Что не развивается при баллонной дилатации для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода?

- 1) [-]пневмония
 - 2) [-]аспирация секрета из носоглотки
 - 3) [-]изъязвление пищевода
 - 4) [-]перфорация пищевода
 - 5) [+]гастрит
-

991. Какое диагностическое исследование наиболее информативно для выявления рецидива опухоли ободочной кишки?

- 1) [-]Исследование кала на скрытую кровь
 - 2) [-]Сигмоидоскопия
 - 3) [+]Колоноскопия
 - 4) [-]Цитологическое исследование кала
 - 5) [-]Обзорная рентгенография брюшной полости
-

992. Когда чаще всего возникает патологический перелом?

- 1) [-]При хроническом остеомиелите
- 2) [-]Вторичной инфекции, поражающей кости при открытых переломах

- 3) [-]Травме при дорожно-транспортных происшествиях
 - 4) [+]Предшествующей костной патологии или метастазов
 - 5) [-]Ранней активизации пострадавшего
-

993. В какой области могут возникнуть симптомы у больного с полной окклюзией правой бедренной артерии?

- 1) [-]В верхней трети бедра
 - 2) [-]Ягодице
 - 3) [+]В бедре
 - 4) [-]В икре
 - 5) [-]В стопе
-

994. Какая злокачественная опухоль тонкой кишки встречается чаще всего?

- 1) [-]Карциноидная опухоль
 - 2) [+]Аденокарцинома
 - 3) [-]Лимфома
 - 4) [-]Саркома
 - 5) [-]Аденома
-

995. Выберите верное утверждение, касающееся опухолей 12-типерстной кишки

- 1) [-]Наиболее злокачественная опухоль – лимфома
- 2) [-]Из доброкачественных опухолей чаще встречаются фибромы
- 3) [+]При операбельных злокачественных опухолях выполняют панкреатодуоденальную резекцию (операция Уиппла)

4) [-]При доброкачественных опухолях выполняют ваготомию с антрумэктомией

5) [-]Встречается часто

996. При каком заболевании возникает интенсивное кровотечение обусловленное рвотой?

1) [-]Рак желудка

2) [-]Язва двенадцатиперстной кишки

3) [+]Синдром Мэллори-Вейсс

4) [-]Грыжа пищеводного отверстия

5) [-]Лейомиома пищевода

997. Какие из утверждений характеризующих тимомы, правильны?

1) [-]Большая часть опухолей средостения – тимомы

2) [-]Тимомы одинаково часто встречаются у женщин и мужчин

3) [-]Тип тимом наиболее точно определяют при хирургической операции

4) [-]20-30% тимом имеют злокачественный характер

5) [+]Все

998. Какая причина не может вызвать кишечную непроходимость?

1) [-]Врожденная патология

2) [-]Воспалительные заболевания

3) [-]Радиационные поражения

4) [+]Острый цистит

5) [-]Болезнь Хиршпрунга

999. Какие из высказываний, касающихся синдрома верхней брыжеечной артерии, верны?

- 1) [-]Возникают у молодых худых женщин
 - 2) [-]Это обструкция двенадцатиперстной кишки верхней брыжеечной артерией
 - 3) [-]Характерные симптомы включают рвоту и боли после еды
 - 4) [-]Увеличение массы тела иногда приводит к излечению
 - 5) [+]Все
-

1000. Что не надо делать мужчине, доставленному в больницу с массивным кровотечением из нижних отделов ЖКТ?

- 1) [-]Введение зонда в желудок
- 2) [-]Пальцевое исследование прямой кишки
- 3) [-]Ректороманоскопию
- 4) [-]Анализ крови
- 5) [+]Лапаротомию