

Green Test



Тест по
Амбулаторной
хирургии

Тест по Амбулаторной хирургии

1. В поликлинику явилась больная с послеродовым правосторонним маститом в стадии серозного воспаления. Какое лечение нецелесообразно?

- 1)+ массаж груди;
- 2) сцеживание молока;
- 3) смазывание сосков дезинфицирующими растворами;
- 4) возвышенное положение груди;
- 5) УФ-терапия.

2. Нельзя отнести к первично-хроническому остеомиелиту:

- 1) абсцесс Броди;
- 2) остеомиелит Гарре;
- 3) остеомиелит Олье;
- 4)+ посттравматический остеомиелит.

3. В какие сроки на рентгенограммах появляются признаки остеопороза у больных с острым гематогенным остеомиелитом?

- 1) на 1 неделе заболевания;
- 2) на 2 неделе заболевания;
- 3)+ на 3-4 неделях заболевания;
- 4) на 5-6 неделях заболевания.

4. В какие сроки на рентгенограммах появляются линейные просветления у больных с гематогенным остеомиелитом?

- 1)+ к концу 1 недели;
- 2) к концу 2 недели;
- 3) к концу 3 недели;
- 4) к концу 4 недели.

5. В первую очередь следует искать первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите:

- 1) в диафизе кости;
- 2) в эпифизе кости;
- 3)+ в метафизе кости;
- 4) не имеет значения.

6. Нельзя считать характерным для начального периода острого гематогенного остеомиелита:

- 1) лейкоцитоз;
- 2) боль в конечности;
- 3) нарушение функции конечности;
- 4) гипертермию;
- 5)+ анемию.

7. Введение профилактической дозы противостолбнячной сыворотки не показано:

- 1) при термическом ожоге 2 степени;
- 2) при ушибленной ране головы;
- 3) при колотой ране стопы;
- 4)+ при закрытом переломе фаланги;
- 5) при открытом переломе фаланги.

8. Не является характерным для картины острой фазы столбняка:

- 1) судороги мышц конечностей и туловища;
- 2) гипертермия;
- 3) тахикардия;
- 4) «сардоническая» улыбка;
- 5)+ коллапс, анемия.

9. К ранним симптомам столбнячной инфекции не следует относить:

- 1)+ судороги;
- 2) усиление болей в ране;
- 3) раздражительность;
- 4) головные боли;
- 5) потливость.

10. К местным признакам туберкулезного поражения тазобедренного сустава не следует относить:

- 1)+ гиперемию кожи;
- 2) атрофию мягких тканей;
- 3) деформацию сустава;
- 4) нарушение функции сустава;
- 5) боли в суставе.

11. Вторичное заживление раны наблюдается при заживлении через:

- 1) нагноение;
- 2) струп;
- 3) грануляции;
- 4)+ все указанное;
- 5) ничего из указанного.

12. В какие сроки выполняется поздняя хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1)+ 18-24 часа;
- 2) 24-36 часов;
- 3) 36-48 часов;
- 4) 48-72 часа;
- 5) более 72 часов.

13. В какие сроки выполняется отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1) через 6 часов;
- 2) до 18 часов;
- 3) 18-24 часа;
- 4)+ 24-8 часов;
- 5) более 48 часов.

14. В какие сроки осуществляют раннюю хирургическую обработку раны?

- 1)+ до 6 часов;
- 2) до 12 часов;
- 3) до 18 часов;
- 4) более 24 часов.

15. Какое осложнение не является характерным для рецидивирующей рожи нижних конечностей?
- 1) лимфостаз;
 - 2) тромбоз;
 - 3)+ вторичный варикоз;
 - 4) сепсис;
 - 5) периостит.
16. Эризипеллоид от панариция отличается:
- 1) отсутствием отека;
 - 2)+ отсутствием локальной болезненности и зудом;
 - 3) лимфангитом;
 - 4) гиперемией пальца.
17. Какое типичное осложнение можно наблюдать при фурункуле верхней губы?
- 1)+ тромбоз кавернозного синуса;
 - 2) тромбоз сонной артерии;
 - 3) периостит верхней челюсти;
 - 4) рожистое воспаление лица;
 - 5) некроз кожи.
18. При надпальцевой флегмоне ладони не наблюдается:
- 1) отек;
 - 2) гиперемия;
 - 3)+ флюктуация;
 - 4) нарушение функции;
 - 5) гипертермия.
19. При постановке диагноза «карбункул» с локализацией на конечности амбулаторный хирург должен:
- 1)+ оперировать больного;
 - 2) назначить антибиотики;
 - 3) назначить физиотерапевтическое лечение;
 - 4) наблюдать процесс в динамике.
20. Лечение фурункула в первой фазе заболевания не предусматривает:
- 1)+ операции;
 - 2) физиотерапии;
 - 3) спиртовых компрессов;
 - 4) антибиотиков;
 - 5) методов иммунотерапии.
21. Воспаление каких сухожильных влагалищ сгибателей пальцев может осложниться флегмоной предплечья?
- 1)+ I и V;
 - 2) I и III;
 - 3) III и IV;
 - 4) II и IV.
22. Нельзя использовать в лечении серозной фазы мастита:
- 1)+ рассечение;
 - 2) антибиотикотерапию;
 - 3) физиотерапию;
 - 4) профилактику лактостаза;
 - 5) ретроаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками.

23. Инфильтрат от абсцесса мягких тканей отличается:

- 1) болью;
- 2) гиперемией;
- 3)+ отсутствием флюктуации;
- 4) гипертермией;
- 5) лейкоцитозом.

24. Гидраденит чаще всего локализуется в области:

- 1)+ подмышечной впадины;
- 2) паха;
- 3) локтевой ямки;
- 4) подколенной области;
- 5) не имеет значения.

25. Возбудителем рожистого воспаления является:

- 1) стафилококк;
- 2)+ стрептококк;
- 3) палочка свиной рожи;
- 4) клебсиелла;
- 5) анаэробы.

26. Возбудителем фурункула чаще всего является:

- 1)+ стафилококк;
- 2) стрептококк;
- 3) палочка свиной рожи;
- 4) клебсиелла;
- 5) анаэробы.

27. Возбудителем гидраденита чаще всего является:

- 1)+ стафилококк;
- 2) стрептококк;
- 3) палочка свиной рожи;
- 4) клебсиелла;
- 5) анаэробы.

28. Оперативное лечение абсцедирующего фурункула предусматривает:

- 1)+ линейный разрез;
- 2) дугообразный разрез;
- 3) иссечение гнойника;
- 4) крестообразный разрез;
- 5) все верно.

29. Оперативное лечение карбункула предусматривает:

- 1) линейный разрез;
- 2) дугообразный разрез;
- 3)+ иссечение гнойника;
- 4) крестообразный разрез;
- 5) все верно.

30. При вскрытии подкожного панариция в условиях поликлиники используют анестезию по методу:

- 1)+ Оберста-Лукашевича;
- 2) Брауна;
- 3) инфильтрационную местную анестезию;
- 4) блокаду плечевого сплетения;
- 5) все верно.

31. К амбулаторному хирургу пришел больной с загрязненной укушенной раной правого предплечья. В анамнезе — нападение бродячей собаки. Что из нижеперечисленного не показано данному пациенту?

- 1) первичная хирургическая обработка раны;
- 2)+ ушивание раны;
- 3) введение антибиотиков;
- 4) профилактика столбняка.

32. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на резкую боль во 2 пальце правой кисти, повышение температуры тела до 37,9°C. При осмотре палец резко увеличен в объеме, неправильной формы, кожа цианотична, движения в суставах пальца отсутствуют. Давность заболевания - 5 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) костный панариций;
- 2) тендовагинит;
- 3)+ пандактилит;
- 4) подкожный панариций.

33. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на интенсивные, «сверлящего» характера боли на протяжении дистальной фаланги 3 пальца правой руки, повышение температуры тела до 39°C, головную боль, общее недомогание. При осмотре наблюдается колбообразное утолщение фаланги, кожа над ним гиперемизирована. Давление по оси пальца резко болезненно. Давность заболевания - 3 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- 1)+ костный панариций;
- 2) тендовагинит;
- 3) пандактилит;
- 4) подкожный панариций.

34. Наиболее частой причиной смерти при столбнячной инфекции является:

- 1)+ асфиксия;
- 2) присоединение анаэробной инфекции;
- 3) пневмония;
- 4) поражение нервной системы.

35. Какой из симптомов флегмоны не характерен при локализации процесса на ладонной поверхности кисти?

- 1) боль;
- 2)+ флюктуация;
- 3) повышение температуры тела;
- 4) локальная отечность;
- 5) гиперемия кожи.

36. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с вросшим ногтем на 1 пальце левой стопы. При осмотре выявлена незначительная гиперемия и болезненность в области ногтевой пластинки. Что показано данному пациенту?

- 1) произвести продольную резекцию ногтевой пластинки;
- 2) удалить ноготь;
- 3)+ гигиена стопы, ванночки с марганцовкой, в последующем - оперативное лечение;
- 4) в лечении не нуждается.

37. К амбулаторному хирургу обратился больной с температурой 38°C, жалобами на озноб, выраженные головные боли. При осмотре в области затылка определяется плотный болезненный синюшно-багровый инфильтрат, на коже имеется несколько свищевых отверстий, через которые выделяется гной. Поставьте диагноз:

- 1) абсцесс;
- 2)+ карбункул;
- 3) флегмона;
- 4) фурункул.

38. Для рожистого воспаления не характерно:

- 1) образование на коже резко ограниченных эритематозных очагов;
- 2)+ образование на коже воспалительных эритематозных очагов с нечеткими границами;
- 3) рецидивирующий характер;
- 4) лимфангит, лимфаденит.

39. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с инфицированной раной правого предплечья, от которой в виде жгута проксимально тянется полоска инфильтрации и гиперемии. Пальпация данной зоны болезненна. О развитии какого осложнения следует думать?

- 1) абсцесс;
- 2) тендовагинит;
- 3)+ стволковой лимфангит;
- 4) миозит.

40. На прием к амбулаторному хирургу пришла больная с ретромаммарным абсцессом. Как следует производить вскрытие абсцесса?

- 1)+ окаймляющим разрезом по складке под железой;
- 2) радиальными разрезами в верхних квадрантах железы;
- 3) радиальными разрезами в нижних квадрантах железы;
- 4) околососковым разрезом.

41. Амбулаторный хирург должен знать, что наиболее тяжело, с выраженной интоксикацией, протекает парапроктит:

- 1) ретроректальный;
- 2) подслизистый;
- 3)+ пельвиоректальный;
- 4) подкожный.

42. На приеме в поликлинике у хирурга больной жаловался на боли и незначительную кровоточивость (кровь алая) после акта дефекации, запоры и стул обильный. Какое заболевание можно предположить?

- 1)+ геморрой;
- 2) параректальный свищ;
- 3) недостаточность анального сфинктера;
- 4) трещину анального канала;
- 5) рак прямой кишки.

43. Амбулаторный хирург должен помнить, что наибольшая вероятность малигнизации имеется при полипах прямой кишки:

- 1) гиперпластических;
- 2)+ ворсинчатых;
- 3) аденоматозных;
- 4) множественных аденоматозных.

44. Хирург в поликлинике должен помнить, что к появлению геморроя не предрасполагает:

- 1) двухмоментный акт дефекации;
- 2)+ долихосигма;
- 3) хроническое воспаление анального канала;
- 4) наследственность;
- 5) статическая нагрузка.

45. В поликлинику явился больной с параректальным свищом. Что не характерно для данного заболевания?

- 1) периодические обострения;
- 2)+ анемия;
- 3) гнойное отделяемое;
- 4) наличие свища.

46. Какой метод дополнительного исследования предпочтителен в поликлинике для подтверждения трещины анального канала?

- 1) пальцевое исследование прямой кишки;
- 2) колоноскопия;
- 3)+ аноскопия;
- 4) ирригоскопия;
- 5) ректоскопия.

47. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного повышение температуры, боли при дефекации, наличие припухлости с гиперемией кожи на промежности. Давность заболевания - 3 суток. Для какого парапроктита характерны такие признаки?

- 1) кожного;
- 2)+ подкожного;
- 3) ишиоректального;
- 4) пельвиоректального.

48. Какой метод лечения острого подкожного парапроктита должен выбрать амбулаторный хирург?

- 1) пункцию гнойника с промыванием полости антибиотиками;
- 2) физиопроцедуры;
- 3) массивную системную антибиотикотерапию;
- 4) сидячие теплые ванны;
- 5)+ вскрытие гнойника.

49. Нельзя считать типичным осложнением геморроя:

- 1) трещину анального канала;
- 2) кровотечение;
- 3) тромбоз геморроидальных узлов;
- 4)+ выпадение прямой кишки;
- 5) выпадение узлов.

50. На приеме в поликлинике хирург выявил у больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. Предварительный диагноз?

- 1) рак прямой кишки;
- 2) острый парапроктит;
- 3)+ трещина анального канала;
- 4) параректальный свищ;
- 5) геморрой.

51. Хирургу поликлиники следует помнить, что для пельвиоректального парапроктита в ранней стадии заболевания не характерно:

- 1)+ инфильтрат промежности с гиперемией;
- 2) боли в глубине таза;
- 3) отсутствие изменений на коже промежности;
- 4) высокая температура;
- 5) выраженная интоксикация.

52. Хирург поликлиники, обследуя больного, выявил клиническую картину полного параректального свища. Для нее не характерно:

- 1) гнойное отделяемое из свища;
- 2) выделение жидкого кала из свища;
- 3)+ выделение алой крови из анального канала после дефекации;
- 4) выделение газов через свищ;
- 5) периодическое обострение болей с повышением температуры.

53. Симптом, наиболее характерный для рака правой половины толстой кишки:

- 1) запоры;
- 2)+ анемия;
- 3) ознобы;
- 4) желтуха;
- 5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника.

54. Симптом, наиболее характерный для рака левой половины толстой кишки:

- 1) изжога;
- 2) анемия;
- 3) ознобы;
- 4) желтуха;
- 5)+ схваткообразные боли, непроходимость кишечника.

55. Симптом, наиболее характерный для рака слепой кишки:

- 1)+ поносы;
- 2) изжога;
- 3) ознобы;
- 4) желтуха;
- 5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника.

56. В поликлинике у больного с длительно существующим хроническим заболеванием хирург выявил явления пектиноза. Данное осложнение характерно для:

- 1) геморроя;
- 2)+ анальной трещины;
- 3) парапроктита;
- 4) параректального свища;
- 5) выпадения прямой кишки.

57. В каком положении следует амбулаторному хирургу обследовать больного с подозрением на рак прямой кишки?

- 1) на правом боку;
- 2) на левом боку;
- 3) на спине;
- 4) в коленно-локтевом положении;
- 5)+ все верно.

58. Амбулаторный хирург должен помнить, что рак прямой кишки выявляется при пальцевом ее исследовании в:

- 1) 10% клинических наблюдений;
- 2) 20% клинических наблюдений;
- 3) 30% клинических наблюдений;
- 4)+ 60-80% клинических наблюдений.

59. Что не следует делать амбулаторному хирургу при обращении больного с ущемленным геморроем?

- 1) обезболивание;
- 2) мазевую повязку на область ануса;
- 3) направление специализированным транспортом в стационар;
- 4)+** направление в стационар самостоятельно.

60. На каком расстоянии от ануса имеется возможность осмотреть прямую и сигмовидную кишки?

- 1) до 10 см;
- 2) до 20 см;
- 3)+** до 30 см;
- 4) до 60 см.

61. Какой из перечисленных признаков характерен для выпадения прямой кишки, в отличие от выпадения внутренних геморроидальных узлов?

- 1) радиальные складки слизистой;
- 2) боль при дефекации;
- 3)+** кольцевидные складки слизистой;
- 4) ощущение инородного тела в заднем проходе.

62. На приеме в поликлинике у хирурга у больного был выявлен ряд симптомов. Из них не является характерным для болезни Педжета-Шреттера:

- 1) цианоз лица и шеи;
- 2) распирающие боли в руке;
- 3) цианоз кожи рук, усиление венозного рисунка;
- 4) отек руки;
- 5)+** синдром Горнера.

63. В амбулатории хирургом у больного был заподозрен посттромбофлебитический синдром. Что не характерно для данного заболевания?

- 1) гиперпигментация кожи;
- 2) застойный дерматоз и склеродермия;
- 3) образование трофических язв;
- 4)+** бледная «мраморная» кожа;
- 5) вторичный варикоз поверхностных вен.

64. В участковой больнице хирург решил выполнить пробу Пратта с двумя бинтами, которая используется для:

- 1) выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей;
- 2) определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей;
- 3)+** исследования недостаточности перфорантных вен;
- 4) диагностики окклюзии подколенной артерии.

65. При оформлении хирургом поликлиники больного 62 лет на группу инвалидности по осложненной варикозной болезни вен нижних конечностей был исследован ряд симптомов. При этом к осложнениям варикозной болезни нижних конечностей не отнесены:

- 1) трофические язвы;
- 2) экзема и дерматит;
- 3) хроническая венозная недостаточность;
- 4)+** перемежающаяся хромота;
- 5) тромбоз вен.

66. У больного, обратившегося на прием к амбулаторному хирургу, был выявлен ряд симптомов. Из указанных проявлений локального тромбоза поверхностных вен нижних конечностей нельзя отнести к данному заболеванию:

- 1) дистальные отеки;
- 2)+ распирающие боли;
- 3) повышение температуры тела;
- 4) гиперемия кожи по ходу вены;
- 5) резкую болезненность при пальпации.

67. Какую патологию можно заподозрить у больного, обратившегося в поликлинику к хирургу с явлениями мигрирующего флебита?

- 1) лейкемию;
- 2)+ злокачественную опухоль, чаще поджелудочной железы;
- 3) тромбангиитную окклюзию сосудов;
- 4) узелковый периартериит;
- 5) варикозное расширение вен.

68. Какое осложнение наиболее опасно после стационарного лечения по поводу флеботромбоза нижних конечностей?

- 1)+ тромбоэмболия легочной артерии;
- 2) варикоз подкожных вен;
- 3) ишемическая гангрена стопы;
- 4) ишемический инсульт.

69. Амбулаторный хирург должен знать, что послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии:

- 1) сосудов головного мозга;
- 2) коронарных артерий;
- 3)+ легочной артерии;
- 4) легочных вен;
- 5) артерий почек и печени.

70. При долечивании в поликлинике после перенесенной операции у больного с высоким риском тромбоэмболических осложнений профилактика последних включает все, кроме:

- 1) антикоагулянтов;
- 2) дезагрегантов;
- 3) лечебной физкультуры;
- 4)+ длительного постельного режима;
- 5) компрессионной терапии нижних конечностей.

71. В отдаленном послеоперационном периоде при лечении в условиях поликлиники для профилактики тромбоэмболии легочной артерии у больного после флебэктомии не применяют:

- 1)+ антибиотики;
- 2) дезагреганты;
- 3) антикоагулянты;
- 4) гемодилюцию;
- 5) компрессионную терапию нижних конечностей.

72. Какие из имеющихся у больного факторов, которые наименее вероятно могут привести к тромбоэмболии легочной артерии после операции, должен учитывать амбулаторный хирург?

- 1) ожирение;
- 2) варикозную болезнь вен нижних конечностей;
- 3) флеботромбоз глубоких вен голени и бедра;
- 4)+ язвенную болезнь желудка.

73. При долечивании в поликлинике компрессионное бинтование нижних конечностей после флебэктомии начинают с:

- 1) верхней трети бедра;
- 2) нижней трети бедра;
- 3) подколенной области;
- 4)+ стопы.

74. Каким должен быть оптимальный верхний уровень компрессионного бинтования нижних конечностей после флебэктомии?

- 1) средняя треть голени;
- 2) верхняя треть голени;
- 3) нижняя треть бедра;
- 4)+ верхняя треть бедра.

75. Длительность компрессионной терапии нижних конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники составляет:

- 1) 1 неделю;
- 2) 2 недели;
- 3) 3 недели;
- 4)+ 1,5-2 месяца.

76. Амбулаторным хирургом с малым стажем работы больному, перенесшему флебэктомию, даны следующие рекомендации. Что является ошибкой?

- 1) компрессионная терапия нижних конечностей;
- 2)+ ранняя статическая нагрузка;
- 3) физиотерапевтическое лечение;
- 4) лечебная физкультура.

77. Какие факторы в последнюю очередь должен учитывать амбулаторный хирург при возможности тромбоза вен нижних конечностей?

- 1) замедление тока крови;
- 2) нарушение эндотелия вен;
- 3)+ мерцательную аритмию;
- 4) варикозное расширение.

78. В отдаленном периоде после перенесенных полостных операций тромбообразованию способствует все перечисленное, кроме:

- 1)+ повышения фибринолитической активности плазмы крови;
- 2) ожирения;
- 3) гиподинамии;
- 4) злокачественных опухолей;
- 5) ишемической болезни сердца.

79. В амбулаторном лечении флеботромбоза вен нижних конечностей используют все, кроме:

- 1) возвышенного положения конечности в постели;
- 2) антикоагулянтной терапии;
- 3) дезагрегантов;
- 4) компрессионной терапии;
- 5)+ спазмолитиков.

80. Амбулаторное применение какого препарата требует регулярного динамического контроля показателей свертывания крови?

- 1)+ фенилина;
- 2) трентала;
- 3) антибиотиков;
- 4) курантила;
- 5) венорутон.

81. Какое из наиболее опасных осложнений тромбоза глубоких вен должен учитывать амбулаторный хирург?

- 1) трофическую язву голени;
- 2)+ эмболию легочной артерии;
- 3) посттромбозную болезнь;
- 4) хроническую венозную недостаточность.

82. Какие рекомендации не должен давать амбулаторный хирург на 10 сутки после флебэктомии?

- 1)+ бег трусцой;
- 2) компрессионная терапия;
- 3) физиотерапевтическое лечение;
- 4) лечебная физкультура.

83. На прием к хирургу поликлиники явился больной 68 лет со множественной сочетанной патологией. При этом симптомами варикозной болезни не являются:

- 1) отеки дистальных отделов конечностей к вечеру;
- 2)+ перемежающаяся хромота;
- 3) трофические расстройства кожи;
- 4) судороги по ночам;
- 5) видимое расширение подкожных вен.

84. При оценке проходимости глубоких вен нижних конечностей в условиях участковой больницы можно применить функциональную пробу:

- 1) Гаккенбруха;
- 2) Пратта-2;
- 3)+ Гоманса;
- 4) Дельбе-Пертеса;
- 5) Шварца-Хейердала.

85. При невозможности проведения в поликлинике инструментальных методов исследования хирург для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен может использовать пробу:

- 1) трехжгутовую (Шейниса);
- 2) маршевую (Дельбе-Пертеса);
- 3)+ Троянова-Тренделенбурга;
- 4) Пратта-2.

86. Улучшению венозного оттока после операции способствует все перечисленное ниже, кроме:

- 1) возвышенного положения конечности;
- 2) лечебной физкультуры;
- 3)+ длительного постельного режима;
- 4) компрессионной терапии;
- 5) раннего вставания.

87. В поликлинику к хирургу обратился больной с венозной патологией нижних конечностей (симптомы перечислены ниже). К ранним симптомам посттромботической болезни не относят:

- 1) расширение мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени;
- 2) отек в области лодыжек;
- 3) болезненное уплотнение кожи в нижней трети голени;
- 4)+ трофическую язву;
- 5) подкожный варикоз нижних конечностей.

88. Что опасно рекомендовать амбулаторному хирургу больному при лечении тромбоза глубоких вен голени и бедра?

- 1) непрямые антикоагулянты;
- 2) спазмолитики;
- 3)+ ранние активные движения;
- 4) гемодилюцию.

89. В хирургической амбулатории при изучении сопроводительной медицинской документации молодой врач выяснил, что больной оперирован по поводу острого гангренозного аппендицита, местного перитонита и пилефлебита. Кроме аппендэктомии больному была сделана релапаротомия с удалением восходящей толстой кишки. Пилефлебит - это тромбоз:

- 1) селезеночной вены;
- 2) нижней брыжеечной вены;
- 3) почечных вен;
- 4)+ воротной вены;
- 5) подвздошной вены.

90. Что характерно для острого флеботромбоза?

- 1)+ резкий отек и гиперемия нижней конечности;
- 2) аритмия;
- 3) отсутствие пульса на артериях стопы;
- 4) перемежающаяся хромота;
- 5) неустойчивый стул.

91. Что не следует рекомендовать амбулаторному хирургу больному при остром тромбофлебите поверхностных вен голени?

- 1) постельный режим;
- 2) бутадион;
- 3) компрессы с мазью Вишневского;
- 4)+ активную ходьбу;
- 5) возвышенное положение конечности.

92. В поликлинику обратился больной 57 лет с давностью заболевания 2 суток. Что в данном случае следует считать не характерным для илеофemorального флеботромбоза?

- 1)+ отсутствие пульса на подколенной артерии и артериях стопы;
- 2) отек голени и бедра;
- 3) распирающие боли;
- 4) гиперемию и цианоз кожи бедра.

93. С каким наиболее редким осложнением варикозной болезни может встретиться амбулаторный хирург?

- 1) экзематозный дерматит;
- 2)+ тромбоз малоберцовой вены;
- 3) разрыв варикозного узла;
- 4) трофическая язва;
- 5) гиперпигментация.

94. На прием к амбулаторному хирургу явилась женщина 32 лет с просьбой определить возможности малоинвазивного лечения варикозной болезни. При этом хирург должен знать, что противопоказанием для склеротерапии при варикозной болезни нижних конечностей являются:

- 1) трофические расстройства кожи;
- 2) магистральная архитектура вен;
- 3)+ облитерирующие заболевания артерий;
- 4) ночные судороги.

95. При беседе с больной в условиях амбулатории хирург сказал, что к варикозной болезни может привести все, кроме:

- 1) беременности;
- 2) статической нагрузки;
- 3)+ облитерирующих заболеваний артерий;
- 4) непроходимости глубоких вен;
- 5) генетической предрасположенности.

96. Какие из выявленных хирургом на приеме в поликлинике заболеваний обусловили прогрессирование у больного варикозной болезни?

- 1)+ нарушение клапанного аппарата вен;
- 2) нарушения свертывания крови;
- 3) патология артериального кровотока в конечности;
- 4) сердечная слабость;
- 5) патология водно-солевого обмена.

97. На прием к хирургу экстренно привели молодого человека, попавшего в автомобильную аварию, с признаками острого кровотечения из раны бедра. Какой метод временной остановки кровотечения не следует использовать в данном случае?

- 1) прижатие питающего сосуда к кости;
- 2) тугая тампонада раны;
- 3) жгут на конечность;
- 4) наложение жжима в ране;
- 5)+ наложение сосудистого шва.

98. В сельскую участковую амбулаторию к хирургу привезли тракториста с рваной раной локтевой области и артериальным кровотечением. Больному введены обезболивающие, поставлена система для внутривенных инфузий и наложен жгут выше раны. Решено направить больного специализированным транспортом в сосудистый стационар. Сколько времени может находиться жгут на конечности без периодического распускания?

- 1)+ 1 час;
- 2) 2 часа;
- 3) 3 часа;
- 4) 4 часа.

99. При лечении в поликлинике больного после операции имплантации сосудистого протеза по поводу хронической артериальной ишемии атеросклеротического генеза хирург оценил вероятность тромбоза трансплантата. Ведущими факторами острого тромбоза протеза при этом являются все, кроме:

- 1)+ анемии;
- 2) замедления кровотока;
- 3) повышения свертывания крови;
- 4) атеросклероза;
- 5) инфицирования.

100. При лечении в поликлинике больных пожилого и старческого возраста следует помнить, что наиболее часто тромбируются:

- 1)+ висцеральные ветви аорты;
- 2) сама аорта;
- 3) подвздошные артерии;
- 4) бедренные артерии.

101. На прием к хирургу в поликлинику привели больного с признаками острой артериальной ишемии нижней конечности. Что нельзя отнести к характерным симптомам данной патологии?

- 1) бледность кожи;
- 2) похолодание кожи;
- 3) отсутствие или ослабление пульса ниже уровня окклюзии;
- 4)+ периодические судороги в голени;
- 5) постоянные боли в конечности.

102. Какие препараты можно не применять на догоспитальном этапе при острой артериальной ишемии нижней конечности?

- 1) спазмолитики;
- 2) гепарин;
- 3)+ антибиотики;
- 4) кардиотропные.

103. В поликлинику обратился больной 65 лет с жалобами на онемение правой нижней конечности, похолодание и постоянные боли в ней. Болен 8 часов. В анамнезе - перенесенный инфаркт миокарда. При объективном исследовании выявлены: мерцательная аритмия; движения в конечности сохранены; пульс на правой подколенной артерии и артериях стопы не обнаружен. Поставлен диагноз: острая артериальная ишемия. Укажите стадию заболевания:

- 1) I А;
- 2)+ I Б;
- 3) II А;
- 4) II Б;
- 5) III А-Б.

104. При осмотре на дому тяжелого больного 68 лет хирург выявил следующие данные: болен 2 суток, жалуется на сильные постоянные боли в левой нижней конечности, имеются отек тканей, бледность и похолодание кожных покровов, тотальная мышечная контрактура. Пульсации периферических сосудов и глубокой чувствительности на уровне голени и стопы не обнаружено. Установлен диагноз: острая артериальная ишемия, стадия III Б. Какая экстренная операция в условиях стационара показана больному?

- 1) протезирование сосуда;
- 2)+ первичная ампутация;
- 3) наблюдение и консервативная терапия;
- 4) рентгеноэндоваскулярное исследование.

105. При исследовании больного в поликлинике заподозрена аневризма грудного отдела аорты. Какие симптомы не характерны для данного заболевания?

- 1) боли в области сердца;
- 2) аритмия;
- 3)+ межреберная невралгия;
- 4) одышка и кашель;
- 5) дисфагия.

106. На прием к хирургу принесли больного с постоянными сильными болями в животе. Из анамнеза выявлено, что он болен 3 часа. Объективно: гемодинамика - нестабильная, пульс - 90 уд./мин, на уровне пупка пальпируется пульсирующее образование, пульс на бедренных артериях ослаблен. Больной бледен. Какое заболевание можно заподозрить?

- 1) язвенное кровотечение;
- 2) панкреонекроз;
- 3)+ расслаивающая аневризма аорты;
- 4) инфаркт миокарда;
- 5) мезентериальный тромбоз.

107. При осмотре больного 45 лет в поликлинике выявлены: желтуха, асцит, спленомегалия, черный оформленный стул, анемия. В анамнезе: перенес пневмонию, болезнь Боткина, аппендэктомию. Какое заболевание может обусловить такую клиническую картину?

- 1) язвенная болезнь желудка;
- 2) желчнокаменная болезнь;
- 3)+ синдром Бадда-Хиари;
- 4) лейкоз.

108. При оценке в поликлинике свертываемости крови у больного с язвенной болезнью желудка и носовыми кровотечениями были получены следующие данные по методу Мас-Магро. Какие из них являются нормой?

- 1) 1 мин;
- 2) 2 мин;
- 3)+ 10 мин;
- 4) 20 мин;
- 5) 30 мин.

109. В поликлинику обратился больной 61 года с жалобами на периодические боли в мышцах голени, особенно при ходьбе (около 100-150 м) или подъеме по лестнице. Особенно плохо чувствует себя зимой. Является курильщиком с 35-летним стажем. При объективном исследовании выявлено отсутствие пульса на стопах и резкое ослабление на правой подколенной артерии. Установлен диагноз: облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. Укажите стадию заболевания:

- 1) I;
- 2)+ II;
- 3) III;
- 4) IV.

110. Длительное время больной 56 лет находился на консервативном лечении в поликлинике по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Что не может явиться показанием к оперативному лечению у этого больного?

- 1)+ I стадия заболевания;
- 2) II Б стадия заболевания;
- 3) III стадия заболевания;
- 4) IV стадия заболевания.

111. В поликлинику к хирургу обратился молодой больной после стационарного лечения по поводу травматического повреждения сосудов правого бедра. Развитие каких осложнений может предполагать хирург у данного больного в отдаленном периоде?

- 1)+ ложную артериальную аневризму;
- 2) облитерирующий атеросклероз;
- 3) тромбангиит Бюргера;
- 4) синдром «включения»;
- 5) острую почечную недостаточность.

112. В поликлинику к хирургу обратился больной, у которого 2 года назад в стационаре выполнено протезирование подвздошно-бедренного сегмента справа синтетическим протезом. В последний месяц больной отмечает у себя периодические боли в мышцах голени при ходьбе, чувство «усталости» в нижней конечности, ее похолодание. Какое из наиболее вероятных осложнений после операции могло развиваться у данного больного?

- 1)+ тромбоз протеза;
- 2) плоскостопие;
- 3) ангиотрофопатия;
- 4) флеботромбоз;
- 5) посттромботическая болезнь.

113. Какие виды расширенных венозных анастомозов нельзя считать характерными при обследовании в условиях поликлиники у больного с портальной гипертензией?

- 1) в области нижней трети пищевода;
- 2) на передней брюшной стенке;
- 3)+ на голове и шее;
- 4) в нижней трети прямой кишки.

114. При обследовании больного с явлениями хронической артериальной ишемии хирург поликлиники проводил дифференциальный диагноз между облитерирующим атеросклерозом и эндартериитом. Какие признаки не должны при этом учитываться?

- 1) возраст больного;
- 2) уровень холестерина плазмы крови;
- 3)+ усиление венозного рисунка конечности;
- 4) диаметр поражения артерий.

115. Какое лечение должен рекомендовать больному амбулаторный хирург в первой стадии облитерирующего эндартериита?

- 1) симпатэктомию;
- 2) первичную ампутацию;
- 3)+ консервативную терапию;
- 4) реконструктивную операцию на сосудах.

116. В поликлинику к хирургу обратился больной с III стадией облитерирующего атеросклероза. Какие симптомы при этом будут у больного?

- 1)+ боли в покое;
- 2) влажность кожных покровов;
- 3) плоскостопие;
- 4) симптом Гоманса;
- 5) анемия.

117. В поликлинику на прием к хирургу обратился больной с синдромом Лериша. Что это такое?

- 1)+ атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты;
- 2) капиллярпатия;
- 3) аортоартериит;
- 4) мигрирующий тромбангиит;
- 5) окклюзия нижней полой вены.

118. При изучении сопроводительной медицинской документации хирург поликлиники выявил, что пациент страдает болезнью Рейля. Что это такое?

- 1) окклюзия брюшного отдела аорты;
- 2) височный артериит;
- 3)+ тромбоз артерий пальцев стопы;
- 4) тромбоз мезентериальных сосудов.

119. При обследовании в поликлинике больного с IV стадией окклюдизирующего заболевания магистральных артерий хирург должен рекомендовать больному:

- 1) массивную антибиотикотерапию;
- 2) лампасные разрезы;
- 3) шунтирующую операцию;
- 4)+ первичную ампутацию конечности.

120. В поликлинике больному 67 лет хирург поставил диагноз: облитерирующий атеросклероз, окклюзия правой бедренной артерии. Какие осложнения при этом невозможны?

- 1) гангрена конечности;
- 2) трофические язвы;
- 3)+ тромбоэмболия легочной артерии;
- 4) перемежающаяся хромота;
- 5) ишемический неврит.

121. При обследовании в поликлинике хирург не обнаружил у больного пульса на правой лучевой артерии. При каком заболевании это возможно?

- 1)+ болезнь Такаясу;
- 2) тромбофлебит локтевой вены;
- 3) облитерирующий атеросклероз нижних конечностей;
- 4) аортоартериит;
- 5) тромбангиит Бюргера.

122. При выборе метода лечения больного с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей амбулаторный хирург не мог рекомендовать:

- 1) симпатэктомию;
- 2)+ сафенэктомию;
- 3) протезирование артерии;
- 4) ампутацию конечности;
- 5) консервативное лечение.

123. При осмотре больного в поликлинике хирургом заподозрена эмболия правой подколенной артерии. Для данного заболевания не характерна:

- 1) мерцательная аритмия;
- 2) отсутствие пульсации на стопе;
- 3)+ отсутствие пульсации на правой бедренной артерии;
- 4) боли в правой голени;
- 5) бледность кожи стопы.

124. При обследовании больного 64 лет в поликлинике хирург заподозрил у него синдром Лериша. Для него не характерно:

- 1) высокая перемежающаяся хромота;
- 2) отсутствие пульса на бедренных артериях;
- 3) импотенция;
- 4)+ усиленный венозный рисунок;
- 5) бледность кожных покровов нижних конечностей.

125. В поликлинике хирург выявил у больного 48 лет явления острой артериальной ишемии правой нижней конечности I Б стадии. Что должен сделать хирург?

- 1) назначить консервативное лечение в условиях поликлиники;
- 2) сделать разрезы на стопе;
- 3)+ срочно направить в ангиологический стационар;
- 4) провести гипербарическую оксигенацию;
- 5) рекомендовать первичную ампутацию конечности.

126. Какой наиболее эффективный метод профилактики прогрессирования варикозной болезни нижних конечностей может назначить амбулаторный хирург?

- 1) соблюдение рационального режима труда и отдыха;
- 2)+ компрессионную терапию нижних конечностей;
- 3) физиотерапевтическое лечение;
- 4) ограничение тяжелой физической нагрузки;
- 5) комплексную терапию вазопротекторами.

127. На прием к хирургу в поликлинику явился больной с окклюзирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, хронической артериальной ишемией. При данном заболевании выявляется:

- 1) боль при движении в суставах конечностей;
- 2)+ перемежающаяся хромота;
- 3) радикулит;
- 4) возникновение трофических язв в области коленных суставов;
- 5) сопутствующий тромбофлебит глубоких вен.

128. Что может рекомендовать хирург поликлиники для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей?

- 1) регулярное плавание;
- 2) компрессионную терапию нижних конечностей;
- 3) теплые термальные и плавательные бассейны;
- 4) препараты с венотоническим действием;
- 5)+ все верно.

129. Что не типично для варикозного расширения вен нижних конечностей?

- 1) отеки;
- 2) гиперпигментация кожи нижней трети голеней;
- 3) образование язв на голени;
- 4)+** гиперпигментация кожи бедер;
- 5) дерматит.

130. При оценке причин хронической венозной недостаточности нижних конечностей у больной 56 лет с варикозной болезнью хирург амбулатории предположил ряд факторов. Исключите неправильный:

- 1) клапанная недостаточность коммуникантных вен;
- 2)+** поражение сердца при левожелудочковой недостаточности;
- 3) механическое затруднение оттока крови из конечности;
- 4) клапанная недостаточность большой подкожной и глубоких вен;
- 5) нарушение тонуса венозной стенки.

131. Что следует предпринять амбулаторному хирургу при обильном кровотечении из разорвавшегося варикозного узла на голени?

- 1) внутримышечно ввести викасол;
- 2) прижать бедренную артерию;
- 3) придать конечности возвышенное положение;
- 4)+** наложить давящую повязку на место кровотечения и направи́ть в стационар;
- 5) внутривенно перелить донорскую кровь.

132. Амбулаторному хирургу следует помнить, что при облитерирующем атеросклерозе в первую очередь поражаются:

- 1) большеберцовые артерии;
- 2) подколенная артерия;
- 3) артерии пальцев;
- 4)+** бедренная артерия;
- 5) подвздошные вены.

133. Амбулаторному хирургу следует помнить, что при облитерирующем эндартериите в первую очередь поражаются:

- 1)+** большеберцовые артерии;
- 2) подколенная артерия;
- 3) бедренная артерия;
- 4) подвздошная артерия;
- 5) аорта.

134. Амбулаторному хирургу следует помнить, что при диабетической ангиопатии в первую очередь поражаются:

- 1)+** артерии стопы;
- 2) подколенная артерия;
- 3) бедренная артерия;
- 4) подвздошная артерия;
- 5) аорта.

135. Укажите наиболее часто встречающуюся причину синдрома портальной гипертензии:

- 1)+** цирроз печени;
- 2) триада Сента;
- 3) синдром Кароли;
- 4) болезнь Киари;
- 5) рак головки поджелудочной железы.

136. На прием к хирургу поликлиники обратился пациент, в анамнезе у которого был вирусный гепатит. Хирург заподозрил у больного синдром портальной гипертензии. Какой наиболее часто встречаемый признак можно выявить при данном заболевании?

- 1)+ спленомегалию;
- 2) гиперспленизм;
- 3) геморрой;
- 4) кровотечение из варикозных вен пищевода;
- 5) асцит.

137. К амбулаторному хирургу обратился пациент с воспалительным процессом в области правого плеча, в анамнезе отмечена травма. Был поставлен диагноз: флегмона; при вскрытии -полость заполнена кровью, развилось сильнейшее кровотечение, остановить которое удалось лишь наложением жгута выше места поражения. Каков правильный диагноз?

- 1)+ посттравматическая аневризма артерии;
- 2) гематома;
- 3) флегмона.

138. Амбулаторный хирург диагностировал у пациента посттравматическую аневризму бедренной артерии. Какой из нижеперечисленных симптомов не характерен для данной патологии?

- 1) пульсирующая припухлость плотноэластической консистенции;
- 2) непрерывный сосудистый шум над припухлостью;
- 3) дистальнее аневризмы пульсация сосуда ослаблена;
- 4)+ анемия.

139. С чем связано развитие одышки и кашля у больного с расслаивающей аневризмой аорты?

- 1) с застойными явлениями в легких;
- 2)+ с давлением аневризмы на трахею;
- 3) со сдавлением возвратного нерва;
- 4) со сдавлением верхней полой вены.

140. Что характерно для артериального давления при расслаивающей аневризме аорты?

- 1)+ различается на правой и левой руке;
- 2) на руках выше, чем на ногах;
- 3) одинаковое на руках и на ногах;
- 4) различается на правой и левой ноге.

141. На прием к амбулаторному хирургу пришел молодой человек с жалобами на боль в области грудины. Из анамнеза выяснено, что накануне на тренировке он получил сильный удар в область грудины. Что при этом будет характерно для ушиба сердца?

- 1) сердцебиение;
- 2) аритмия;
- 3) глухость сердечных тонов;
- 4) боль в области сердца;
- 5)+ все перечисленное.

142. В поликлинике хирург выявил у больного множественные переломы V-VII ребер справа. Какие признаки не характерны при этом для повреждения плевры и ткани легкого?

- 1) кровохарканье;
- 2)+ боль за грудиной с иррадиацией в левое надплечье;
- 3) пневмоторакс;
- 4) подкожная эмфизема;
- 5) крепитация костных отломков.

143. В поликлинику к хирургу с улицы доставили пациентку 45 лет, попавшую в автоаварию. При осмотре хирург заподозрил переломовывих в правом плечевом суставе. Не типично для данной патологии:

- 1)+ удлинение конечности;
- 2) укорочение конечности;
- 3) отсутствие активных движений;
- 4) боль при пассивных движениях.

144. На приеме у амбулаторного хирурга больной жаловался на постоянные сильные боли в области левой стопы и пятки. Накануне, будучи в состоянии алкогольного опьянения, больной прыгнул со 2-го этажа. Какой из перечисленных признаков будет свидетельствовать о переломе пяточной кости?

- 1)+ опущение вершушек лодыжек на стороне поражения;
- 2) смещение наружной лодыжки вверх;
- 3) смещение внутренней лодыжки вверх;
- 4) боль в области пяточной кости;
- 5) гемартроз голеностопного сустава.

145. При обследовании больного амбулаторный хирург заподозрил повреждение собственной связки надколенника. Чем проявляется такая патология?

- 1)+ нарушением разгибания голени;
- 2) нарушением сгибания голени;
- 3) флюктуацией надколенника;
- 4) болями при пальпации надколенника;
- 5) нестабильностью коленного сустава.

146. При обследовании больного 21 года хирург поликлиники выявил множественные ссадины и ушибы головы. Выяснено, что накануне больной был избит неизвестными. Какие симптомы не характерны при этом для сотрясения головного мозга?

- 1) тошнота;
- 2) головокружение;
- 3) нестойкая анизокория;
- 4)+ анемия;
- 5) головная боль.

147. При обследовании в поликлинике больного хирург заподозрил перелом позвоночника в зоне TXI-TXII. Какой из перечисленных рентгенологических признаков не подтвердит данный диагноз?

- 1) снижение высоты тела позвонка;
- 2)+ смещение межпозвоночного диска;
- 3) гематома околопозвоночных тканей;
- 4) изменение оси позвоночника;
- 5) состояние кортикальных пластинок позвонков.

148. На прием к хирургу поликлиники пришел футболист с жалобами на сильные боли в области верхней трети передней поверхности правого бедра. Указанные боли появились накануне на тренировке при сильном ударе по мячу. Что не характерно при этом для отрыва прямой мышцы бедра?

- 1) боли в паховой области;
- 2) ограничение сгибания бедра;
- 3)+ невозможность отведения бедра;
- 4) механизм травмы.

149. При обследовании молодого человека, занимающегося теннисом, хирург поликлиники заподозрил у него типичный подкожный разрыв ахиллова сухожилия. Что не типично для данной травмы?

- 1) наличие дегенеративных изменений мышцы и сухожилия;
- 2)+ локализация разрыва в области перехода мышцы в сухожилие;
- 3) расположения гематомы в области лодыжек;
- 4) вид спорта, которым занимается больной.

150. На прием к амбулаторному хирургу пришел больной 42 лет с жалобами на умеренные постоянные боли по передней поверхности правого плеча. Что не характерно при этом для миозита бицепса?

- 1) наличие болей;
- 2)+ лимфаденит;
- 3) защитная контрактура плеча;
- 4) незначительный отек плеча;
- 5) нарушение функции конечности.

151. В поликлинике у больного 43 лет выявлен перелом правой ладьевидной кости без смещения. Какую иммобилизацию следует провести больному?

- 1)+ наложить циркулярную гипсовую повязку от верхней трети предплечья до пальцев с захватом основной фаланги I пальца;
- 2) циркулярную повязку с фиксацией локтевого сустава;
- 3) гипсовую лонгету;
- 4) повязку Дезо.

152. На прием к хирургу в поликлинику пришла больная 56 лет с жалобами на боли в правом лучезапястном суставе. 3 часа назад упала на правую кисть. Что при этом является специфическим для диагностики перелома ладьевидной кости?

- 1) боли при активных и пассивных движениях в лучезапястном суставе;
- 2) отек сустава;
- 3)+ боли при надавливании на область анатомической табакерки;
- 4) крепитация;
- 5) лимфангит.

153. При обследовании больной в поликлинике хирург выявил закрытый перелом левого луча в типичном месте без смещения. Какую иммобилизацию следует наложить при данной патологии?

- 1)+ тыльную и ладонную гипсовые лонгеты;
- 2) циркулярную гипсовую повязку до верхней трети плеча;
- 3) циркулярную повязку без захвата локтевого сустава;
- 4) ладонную гипсовую лонгету;
- 5) повязку Дезо.

154. Какую иммобилизацию следует сделать амбулаторному хирургу больной с переломом в области локтевого сустава?

- 1) повязку Дезо;
- 2)+ шину Крамера;
- 3) торакобрахиальную повязку;
- 4) косынку;
- 5) шину ЦИТО.

155. Какие переломы предплечья встречаются наиболее часто в практике амбулаторного хирурга?

- 1)+ переломы луча в типичном месте;
- 2) переломы средней трети;
- 3) переломы верхней трети;
- 4) внутрисуставные переломы;
- 5) переломовывихи.

156. Какую иммобилизацию следует выполнить хирургу поликлиники при транспортировке больного с переломом диафиза плеча в стационар?

- 1)+ шину Крамера;
- 2) повязку Дезо;
- 3) кольца Дельпе;
- 4) косынку;
- 5) гипсовую повязку.

157. Какую иммобилизацию следует выполнить амбулаторному хирургу при направлении в стационар больного с переломом дистального конца плеча?

- 1) повязку Дезо;
- 2)+** шину Крамера;
- 3) косынку;
- 4) гипсовую циркулярную повязку;
- 5) кольца Дельпе.

158. Что не является типичным для диагностики привычного вывиха плеча в условиях поликлиники?

- 1) асимметрия лопаток;
- 2) атрофия мышц в области плечевого сустава;
- 3) ограничение объема движений;
- 4)+** укорочение конечности;
- 5) наличие вывихов плеча в анамнезе.

159. Какую иммобилизацию следует выполнить хирургу поликлиники для транспортировки больного с переломом ключицы в стационар?

- 1) шину Крамера;
- 2) повязку Дезо;
- 3)+** фиксацию с валиком в подмышечной области;
- 4) косынку;
- 5) гипсовую лонгету.

160. Какие симптомы растяжения связок может обнаружить хирург поликлиники у больного?

- 1)+** боль и нарушение функции сустава;
- 2) патологическую подвижность;
- 3) крепитацию;
- 4) пружинящую фиксацию конечности;
- 5) лимфангит.

161. Прогноз при синдроме длительного сдавления определяется:

- 1) временем сдавления;
- 2) площадью сдавления;
- 3) наличием сопутствующих механических повреждений;
- 4)+** всем перечисленным;
- 5) ничем из перечисленного.

162. Какой степени тяжести синдром длительного сдавления разовьется у больного при компрессии одной конечности в течение 5-6 часов?

- 1) легкой степени;
- 2) средней тяжести;
- 3)+** тяжелой степени;
- 4) крайне тяжелой.

163. Следует ли накладывать жгут на конечность перед непосредственным высвобождением ее из-под завала?

- 1) да;
- 2) нет;
- 3)+** только при явных признаках нежизнеспособности конечности.

164. Какой из методов обезболивания предпочтителен при синдроме длительного сдавления?

- 1)+ футлярные и циркулярные блокады;
- 2) подфасциальное введение новокаина в зоне сдавления;
- 3) введение наркотических анальгетиков;
- 4) внутрикостная анестезия.

165. При паравerteбральной блокаде подведение раствора новокаина осуществляется:

- 1) к остистым отросткам позвонков;
- 2)+ к поперечным отросткам позвонков;
- 3) к телам позвонков;
- 4) в перидуральное пространство.

166. При проведении проводниковой анестезии пальца по Лукашевичу-Оберсту введение новокаина осуществляется:

- 1)+ у основания пальца и по латеральным сторонам основной фаланги;
- 2) по ладонной поверхности пальца;
- 3) по латеральным сторонам всех фаланг пальца;
- 4) по тыльной поверхности всех фаланг.

167. Какую морфологическую структуру рассекает хирург при проведении трахеотомии?

- 1)+ переднюю стенку трахеи;
- 2) перстнещитовидную связку;
- 3) щитовидный хрящ;
- 4) перстневидный хрящ.

168. Какой орган может повредить хирург при рассечении тканей во время трахеотомии?

- 1) пищевод;
- 2)+ щитовидную железу;
- 3) глотку;
- 4) вилочковую железу;
- 5) гортань.

169. При проведении вагосимпатической блокады по Вишневскому введение иглы с раствором новокаина осуществляют:

- 1)+ у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы выше перекреста ее наружной яремной веной;
- 2) у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы ниже перекреста ее наружной яремной веной;
- 3) у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы выше перекреста ее наружной яремной веной;
- 4) между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

170. При выраженном гемартрозе после острой травмы коленного сустава показано все, кроме:

- 1)+ наложения согревающего компресса;
- 2) пункции коленного сустава;
- 3) иммобилизации сустава;
- 4) анальгетиков.

171. К признакам перелома не относится:

- 1) боль;
- 2) патологическая подвижность;
- 3) крепитация;
- 4)+ пружинящая фиксация;
- 5) нарушение функции.

172. К признакам вывиха не относится:

- 1) боль;
- 2)+ крепитация;
- 3) пружинящая фиксация;
- 4) изменение длины конечности;
- 5) нарушение функции.

173. Для внутрисуставного перелома характерно:

- 1) сглаженность контуров сустава;
- 2) нарушение внешних ориентиров сустава;
- 3) боль;
- 4) нарушение функции конечности;
- 5)+ все перечисленное.

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

- 1) флегмона сустава;
- 2)+ посттравматический гемартроз;
- 3) деформирующий остеоартроз;
- 4) вывих в суставе.

175. Анкилоз сустава - это:

- 1)+ неподвижность в суставе как исход патологических изменений в нем;
- 2) неподвижность в суставе вследствие выраженной болезненности;
- 3) неподвижность в суставе вследствие наложения иммобилизации;
- 4) воспалительные изменения в суставе.

176. Бурсит-это:

- 1)+ воспаление околосуставной сумки;
- 2) воспаление суставных поверхностей;
- 3) воспаление связок сустава;
- 4) воспаление сухожилия мышцы.

177. При проведении блокады межреберных нервов введение новокаина осуществляется:

- 1)+ под нижний край ребра;
- 2) под верхний край ребра;
- 3) в середине межреберного промежутка;
- 4) в любом из вышеперечисленных мест.

178. При введении лекарственного препарата у больного развился анафилактический шок. Не входит в алгоритм неотложной помощи?

- 1) придание пациенту клиностатического положения;
- 2) прекращение введения препарата;
- 3) обкалывание места инъекции раствором новокаина с адреналином;
- 4) восстановление функции дыхания и сердечной деятельности;
- 5)+ наложение жгута на конечность.

179. Шоковый индекс Альтговера - это:

- 1)+ отношение пульса к систолическому артериальному давлению;
- 2) отношение пульса к диастолическому артериальному давлению;
- 3) отношение систолического артериального давления к центральному венозному давлению;
- 4) отношение систолического артериального давления к пульсу.

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

- 1) ушить наглухо;
- 2)+ ушить наглухо с установкой дренажей;
- 3) не ушивать;
- 4) наложить провизорные швы.

181. Для перелома костей таза характерным является:

- 1) деформация бедра на стороне перелома;
- 2)+ положительный симптом «прилипшей пятки»;
- 3) отрицательный симптом разводящей нагрузки на крылья подвздошных костей;
- 4) все перечисленное.

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

- 1) ушиб правого локтевого сустава;
- 2) передний вывих правого локтевого сустава;
- 3)+ задний вывих правого локтевого сустава;
- 4) деформирующий остеоартроз.

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

- 1)+ задневерхний подвздошный;
- 2) передневерхний лонный;
- 3) передненижний запирательный;
- 4) задненижний седалищный.

184. Симптом «клавиши» при вывихе ключицы:

- 1)+ является достоверным признаком разрыва акромиально-ключичного сочленения;
- 2) является признаком сочетания вывиха ключицы с переломом акромиального отростка лопатки;
- 3) заключается в резком западении ключицы;
- 4) определяется при вывихе грудинного отдела ключицы.

185. Отличительным признаком надбугорковых переломов плечевой кости является:

- 1) боли в плечевом суставе;
- 2)+ абсолютная невозможность активного отведения плеча;
- 3) положительный симптом осевой нагрузки;
- 4) крепитация.

186. Для аддукционного перелома хирургической шейки плечевой кости не характерно:

- 1) центральный отломок смещается кнаружи;
- 2) периферический отломок смещается кнаружи и кверху;
- 3) угол между отломками открыт кнаружи;
- 4)+ периферический отломок смещается кнутри.

187. Этиологическим фактором в развитии плоскостопия является:

- 1)+ врожденная или приобретенная слабость связочного аппарата стопы;
- 2) врожденные дефекты костных структур стопы;
- 3) миозит;
- 4) трофические нарушения.

188. Для циркулярной новокаиновой блокады поперечного сечения конечности характерно все, кроме:

- 1) использования при открытых переломах длинных трубчатых костей;
- 2) применения 0,25% раствора новокаина;
- 3)+ введения новокаина в фасциальные футляры мышц;
- 4) введение производится циркулярно, игла вкалывается в радиальном к кости направлении.

189. Пяточная шпора - это:

- 1)+ заостренный экзостоз на подошвенной поверхности пяточной кости;
- 2) наличие выраженной омозолелости в пяточной области;
- 3) врожденная рудиментарная кость в пяточной области;
- 4) ничего из вышеперечисленного.

190. Поражение каких морфологических структур первично при остеохондрозе?

- 1)+ межпозвоночные диски;
- 2) связочный аппарат позвоночника;
- 3) межпозвонковые суставы;
- 4) тела позвонков.

191. К рентгенологическим признакам остеохондроза не относится:

- 1) уменьшение высоты межпозвоночных дисков;
- 2) субхондральный склероз;
- 3) краевые остеофиты;
- 4)+ образование костных мостиков (синдесмофитов) между прилегающими позвонками;
- 5) подвывих тел позвонков.

192. С каким из заболеваний приходится наиболее часто дифференцировать висцеральные проявления остеохондроза шейного и грудного отделов позвоночника?

- 1) панкреатит;
- 2)+ стенокардия;
- 3) язвенная болезнь желудка;
- 4) колит.

193. Висцеральные проявления остеохондроза грудного отдела позвоночника следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

- 1) стенокардии;
- 2)+ острого цистита;
- 3) язвенной болезни желудка;
- 4) острого калькулезного холецистита.

194. В поликлинику обратился больной с обострением остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Что из перечисленного не показано данному пациенту?

- 1) иммобилизация позвоночника;
- 2) паравертебральная или эпидуральная новокаиновая блокада;
- 3) нестероидные противовоспалительные препараты;
- 4)+ санаторно-курортное лечение.

195. Какую иммобилизацию показано выполнить больному в острой стадии артрозо-артрита коленного сустава?

- 1) торакобрахиальную гипсовую повязку;
- 2)+ съемную гипсовую лонгету;
- 3) скелетное вытяжение;
- 4) эластический бинт до верхней трети бедра.

196. Какой метод лечения из предложенных показан больному с эпикондилитом правого плеча?

- 1) неотложное оперативное лечение;
- 2)+ инъекция нестероидного противовоспалительного препарата, физиотерапия;
- 3) антибиотикотерапия;
- 4) скелетное вытяжение;
- 5) внутрисуставное введение анальгетиков.

197. На прием к хирургу привели больного 54 лет с резкими внезапными болями в животе. Больным себя считает около 2 часов. После обследования был установлен диагноз перфорации полого органа брюшной полости. Что является характерным для перфоративной язвы?

- 1) рвота цвета «кофейной гущи»;
- 2)+ доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки;
- 3) симптом «шума плеска»;
- 4) симптом Ровзинга.

198. При обследовании амбулаторным хирургом больного, имеющего 15-летний язвенный анамнез, был заподозрен стеноз выходного отдела желудка. Что не относится к проявлениям данной патологии?

- 1) шум «плеска» натошак;
- 2) эксикоз;
- 3) рвота съеденной пищей;
- 4)+ анемия;
- 5) периодический судорожный синдром.

199. В поликлинику поступил больной 32 лет с сильными болями в верхней половине живота. Что не типично для прободной язвы 12-перстной кишки в первые 6 часов после перфорации?

- 1) «кинжальные» боли;
- 2) отсутствие рвоты;
- 3)+ частые позывы на стул;
- 4) пневмоперитонеум;
- 5) симптом Спигарного.

200. При трактовке симптома отсутствия печеночной тупости у больного с перфоративной язвой желудка поликлинический хирург заключил, что данный факт обусловлен:

- 1) вздутием кишечника;
- 2) наличием жидкости в брюшной полости;
- 3)+ пневмоперитонеумом;
- 4) высоким стоянием купола диафрагмы справа;
- 5) интерпозицией петель кишечника между печенью и брюшной стенкой.

201. Спустя 3 суток после перфорации при оценке симптомов у больного язвенной болезнью 12-перстной кишки не выявлено признаков перитонита, температура нормальная, лейкоцитоз - $7,2 \times 10^9/\text{л}$, на обзорной рентгенограмме брюшной полости - явления пневмоперитонеума. Тактика хирурга поликлиники?

- 1) наблюдать в условиях поликлиники;
- 2) дать водорастворимый контрастный препарат и сделать рентгенографию желудка;
- 3)+ отправить больного в хирургический стационар;
- 4) назначить строгий постельный режим;
- 5) рекомендовать массивную антибиотикотерапию.

202. В поликлинику к хирургу поступил бледный больной с язвенным анамнезом. Пульс - 88 уд./мин, АД - 100/60 мм рт. ст. В анализах крови: 2,8х10¹²/л эритроцитов. Заподозрено язвенное кровотечение. Что для него не характерно?

- 1) черного цвета кал на перчатке при ректальном исследовании;
- 2) усиление болей в эпигастрии;
- 3)+ ослабление болей в эпигастрии;
- 4) рвота с примесью крови;
- 5) головокружение.

203. На приеме в поликлинике больная 42 лет жалуется на изжогу и боли через 2 часа после еды. О каком заболевании можно думать прежде всего?

- 1) о холецистите;
- 2) о гепатите;
- 3)+ о язвенной болезни 12-перстной кишки;
- 4) о хроническом гастрите;
- 5) о панкреатите.

204. В кабинет хирурга в поликлинике внесли с улицы тяжелого больного. Хирург заподозрил перфорацию полого органа. Какие симптомы не указывают на данный диагноз?

- 1) резкие внезапные боли в животе;
- 2)+ вздутие живота;
- 3) «доскообразный» живот;
- 4) исчезновение печеночной тупости;
- 5) пневмоперитонеум.

205. В поликлинику к хирургу обратился больной, у которого установлен диагноз перфоративной язвы желудка. От предложенной экстренной операции больной по мотивам вероисповедания отказался. Что следует делать хирургу?

- 1) наблюдать больного;
- 2)+ отправить в хирургический стационар;
- 3) назначить массивную антибиотикотерапию;
- 4) назначить строгий постельный режим на дому;
- 5) рекомендовать антациды.

206. В поликлинику к хирургу обратился больной 46 лет с язвенной болезнью для решения вопроса об оперативном лечении. Язвенный анамнез наблюдается в течение 12 лет. Что может явиться основанием для направления больного в стационар на операцию?

- 1) локализация язвенного рубца в 12-перстной кишке;
- 2) локализация плоской язвы в желудке;
- 3)+ диаметр желудочной язвы более 2 см;
- 4) отсутствие язв при гастродуоденоскопии;
- 5) отсутствие осложнений язвенной болезни.

207. Типичным осложнением язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки не является:

- 1) кровотечение;
- 2) перфорация;
- 3) пенетрация;
- 4) стеноз;
- 5)+ малигнизация.

208. В поликлинике хирург заподозрил у больного перфоративную язву 12-перстной кишки. Какое исследование он должен провести?

- 1) гастродуоденоскопию;
- 2) контрастную рентгенографию желудка;
- 3)+ обзорную рентгенографию брюшной полости;
- 4) ангиографию;
- 5) лапароскопию.

209. В поликлинику к хирургу обратился больной с длительным язвенным анамнезом и характерными симптомами болезни. Какие из них нельзя считать типичными для пенетрирующей язвы желудка?

- 1) постоянный болевой синдром;
- 2) неэффективность фармакологического лечения;
- 3) отсутствие сезонности и суточной периодичности болей;
- 4)+ упорные запоры;
- 5) иррадиация болей в спину.

210. При изучении данных ультрасонографии у больной с желчнокаменной болезнью хирург поликлиники диагностировал наличие желчной гипертензии. Какой диаметр холедоха будет свидетельствовать об этом?

- 1) 3 мм;
- 2) 5 мм;
- 3) 8 мм;
- 4)+ 12 мм.

211. В поликлинике хирургом у больного был диагностирован острый рецидивирующий калькулезный холецистит. Какой симптом может свидетельствовать при этом о гангренозном характере воспаления?

- 1) отсутствие печеночной тупости;
- 2)+ уменьшение болевого синдрома на фоне нарастания интоксикации;
- 3) приступообразный характер болей;
- 4) симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье;
- 5) пальпируемый желчный пузырь.

212. В поликлинику к хирургу обратилась больная 60 лет, около 20 лет страдающая хроническим калькулезным холециститом. Какие осложнения данной патологии у нее могут быть?

- 1) варикозное расширение вен пищевода;
- 2)+ водянка желчного пузыря;
- 3) язвенная болезнь 12-перстной кишки;
- 4) дивертикулит общего желчного протока.

213. Какие из осложнений желчнокаменной болезни, выявленные на приеме у амбулаторного хирурга, требуют экстренного оперативного лечения?

- 1) механическая желтуха;
- 2) водянка желчного пузыря;
- 3)+ перитонит;
- 4) холедохолитиаз;
- 5) папиллостеноз.

214. У больного с длительным анамнезом желчнокаменной болезни хирургом поликлиники заподозрен холангит. Что является не характерным для данной патологии?

- 1) ознобы;
- 2) желтуха;
- 3)+ симптом Курвуазье;
- 4) боли в правом подреберье.

215. В поликлинике хирургом диагностирован острый обтурационный холецистит. Что для него не характерно?

- 1) острые интенсивные боли;
- 2) пальпируемый желчный пузырь;
- 3)+ симптом Курвуазье;
- 4) симптом Щеткина-Блюмберга;
- 5) лейкоцитоз.

216. Оптимальным методом диагностики холедохолитиаза в поликлинических условиях будет:

- 1) ретроградная холедохопанкреатография;
- 2)+** ультрасонография;
- 3) обзорная рентгенография брюшной полости;
- 4) чрескожная чреспеченочная холангиография;
- 5) биохимический анализ крови на билирубин.

217. Для диагностики механического характера желтухи в поликлинике больному показано:

- 1)+** дообследование и лечение в условиях хирургического стационара;
- 2) консультация инфекциониста;
- 3) массивная антибиотикотерапия;
- 4) спазмолитики.

218. Для диагностики механической желтухи в поликлинике у больной с желчнокаменной болезнью характерным признаком не является:

- 1) рост прямой фракции билирубина;
- 2) расширение холедоха более 10 мм;
- 3) рост щелочной фосфатазы;
- 4)+** рост лактатдегидрогеназы;
- 5) обесцвеченный стул.

219. В поликлинику к хирургу обратился больной 62 лет с длительно существующим холедохолитиазом. Какие осложнения не характерны для данного заболевания?

- 1) рак холедоха;
- 2) папиллостеноз;
- 3)+** диаметр холедоха 4 мм;
- 4) гемобилия;
- 5) механическая желтуха.

220. Какие осложнения холедохолитиаза может ожидать амбулаторный хирург у больного желчнокаменной болезнью?

- 1) водянку желчного пузыря;
- 2)+** механическую желтуху;
- 3) перфорацию желчного пузыря;
- 4) перитонит.

221. Какой по счету приступ болей у больного с наличием камней в желчном пузыре будет являться показанием к направлению его на оперативное лечение?

- 1)+** первый;
- 2) второй;
- 3) третий;
- 4) множество.

222. На прием к амбулаторному хирургу явилась больная 63 лет, 24 года страдающая желчнокаменной болезнью. Какое из осложнений данной патологии будет являться показанием к плановому оперативному вмешательству?

- 1) перитонит;
- 2) холангит;
- 3) желтуха;
- 4)+** водянка желчного пузыря;
- 5) панкреонекроз.

223. На прием к амбулаторному хирургу явилась больная 64 лет с наличием камней в желчном пузыре и желтухи. Что будет говорить в пользу онкологического характера данной патологии?

- 1) симптом Щеткина-Блюмберга;
- 2)+ симптом Курвуазье;
- 3) высокий лейкоцитоз;
- 4) схваткообразные боли;
- 5) гипертермия.

224. При обследовании больного в поликлинике на 10 сутки после операции аппендэктомии хирург выявил ряд симптомов. Какие из них являются признаками абсцесса дугласового пространства?

- 1) напряжение мышц передней брюшной стенки;
- 2) положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- 3)+ нависание и болезненность передней стенки прямой кишки;
- 4) ограничение подвижности диафрагмы;
- 5) многократная рвота.

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

- 1) первом приступе аппендицита;
- 2)+ неясном диагнозе;
- 3) сроках заболевания более 12 часов;
- 4) наличии в анамнезе ишемической болезни сердца.

226. При обследовании больной в поликлинике хирургом заподозрен аппендикулярный инфильтрат. Для данного заболевания не характерны:

- 1) пальпируемый болезненный конгломерат в правой подвздошной области;
- 2)+ срок заболевания 1 сутки;
- 3) субфебрильная температура;
- 4) боли в животе;
- 5) умеренный лейкоцитоз.

227. При необходимости дифференциального диагноза у больной между почечной коликой и острым аппендицитом хирург поликлиники должен выполнить следующее:

- 1) экскреторную урографию;
- 2) анализ мочи общий, по Нечипоренко;
- 3) хромоцистоскопию;
- 4)+ отправить пациентку в хирургический стационар;
- 5) ввести спазмолитики.

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

- 1) ранняя спаечная кишечная непроходимость;
- 2)+ поздняя спаечная кишечная непроходимость;
- 3) эвентрация;
- 4) пневмония;
- 5) перфорация полого органа брюшной полости.

229. При исследовании больного в амбулатории хирург выявил ряд симптомов. Какие из них не характерны для гангренозной формы аппендицита?

- 1)+ усиление болей;
- 2) ослабление болей;
- 3) выраженная тахикардия;
- 4) повышение температуры;
- 5) положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

230. При долечивании в поликлинике больного с аппендикулярным инфильтратом нецелесообразно назначать:

- 1) физиотерапевтическое лечение;
- 2) щадящую диету;
- 3)+ наркотические анальгетики;
- 4) антибиотики.

231. При изучении сопроводительной медицинской документации больного в поликлинике хирург обнаружил сведения о дивертикулэктомии. Где расположен дивертикул Меккеля?

- 1) в слепой кишке;
- 2)+ в подвздошной кишке;
- 3) в аппендиксе;
- 4) во внепеченочных желчных ходах;
- 5) в желудке.

232. Амбулаторный хирург должен помнить, что к симптомам острого аппендицита у детей не относится:

- 1)+ быстрое развитие аппендикулярного инфильтрата;
- 2) превалирование общих симптомов над местными;
- 3) быстрое развитие деструктивных форм заболевания;
- 4) наличие диспепсических явлений.

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

- 1) схваткообразные боли;
- 2)+ более высокая локализация болей;
- 3) отсутствие лейкоцитоза;
- 4) брадикардия;
- 5) выделения из влагалища.

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

- 1) правосторонний плеврит;
- 2) высокое стояние правого купола диафрагмы;
- 3)+ положительный симптом Курвуазье;
- 4) ограничение подвижности правого купола диафрагмы;
- 5) правосторонняя пневмония.

235. При подозрении на острый аппендицит в условиях поликлиники хирургу следует выполнить следующее:

- 1) положить пузырь со льдом на правую подвздошную область;
- 2) дать слабительное;
- 3)+ отправить больного в хирургический стационар;
- 4) выполнить промывание желудка;
- 5) назначить антибиотики.

236. У больного 37 лет на 11 сутки после операции аппендэктомии амбулаторный хирург выявил парез кишечника, ознобы, боли в правой половине живота, отсутствие симптомов раздражения брюшины, увеличение печени и иктеричность склер. О каком осложнении операции можно думать?

- 1) о перитоните;
- 2) о спаечной кишечной непроходимости;
- 3)+ о печеночном абсцессе;
- 4) об абсцессе дугласового пространства;
- 5) о пневмонии.

237. У больного на 12 сутки после перенесенной операции аппендэктомии появились боли в глубине таза, повышение температуры тела, тенезмы и нарушения мочеиспускания, лейкоцитоз вырос до $12 \times 10^9/\text{л}$. Амбулаторный хирург заподозрил абсцесс дугласового пространства. С какого дополнительного метода исследования следует начать?

- 1) с обзорной рентгенографии брюшной полости;
- 2)+ с пальцевого обследования прямой кишки;
- 3) с хромоцистоскопии;
- 4) с ректороманоскопии;
- 5) с ирригографии.

238. Поликлинический хирург должен знать, что противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:

- 1) беременность во второй половине;
- 2) перенесенный инфаркт миокарда;
- 3)+ пальпируемый аппендикулярный инфильтрат;
- 4) старческий возраст;
- 5) детский возраст.

239. В поликлинических условиях для дифференциальной диагностики между правосторонним плевритом и острым аппендицитом следует применять все, кроме:

- 1) рентгенологического исследования грудной клетки;
- 2) общего анализа крови;
- 3)+ ректороманоскопии;
- 4) аускультации грудной клетки;
- 5) перкуссии груди и живота.

240. Какой метод исследования в условиях поликлиники может помочь в дифференциальной диагностике острого аппендицита и внематочной беременности?

- 1) пальпация живота;
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости;
- 3)+ пункция заднего свода влагалища;
- 4) анализ крови на лейкоциты;
- 5) анализ мочи.

241. Амбулаторный хирург должен знать, что симптом Образцова учитывают при диагностике:

- 1) тазового аппендицита;
- 2)+ ретроцекального аппендицита;
- 3) подпеченочного аппендицита;
- 4) острого дивертикулита;
- 5) острого сальпингита.

242. При обследовании в поликлинике хирург заподозрил у больного 36 лет правостороннюю ущемленную бедренную грыжу. С какими заболеваниями не требуется проводить дифференциальный диагноз при данном заболевании?

- 1) с паховой грыжей;
- 2) с паховым лимфаденитом;
- 3)+ с варикоцеле;
- 4) с липомой овальной ямки;
- 5) с тромбофлебитом варикозного узла в области овальной ямки.

243. В поликлинику к хирургу обратилась больная с ущемленной правосторонней бедренной грыжей. В диагностике данного заболевания характерным является все, кроме:

- 1) симптомов кишечной непроходимости;
- 2) резких болей в месте ущемления;
- 3)+ положительного симптома Щеткина-Блюмберга;
- 4) отсутствия симптома «кашлевого толчка»;
- 5) пальпируемого образования.

244. У 19-летнего мужчины при статической нагрузке вышла и перестала вправляться ранее существовавшая у него левосторонняя паховая грыжа. Больной неоднократно неудачно пытался самостоятельно вправить грыжу, после чего явился к хирургу в поликлинику. Что следует делать в таком случае?

- 1)+ отправить больного в хирургический стационар;
- 2) попытаться вновь вправить грыжу через 1 час;
- 3) ввести спазмолитики;
- 4) назначить строгий постельный режим;
- 5) выполнить обзорный снимок брюшной полости.

245. В поликлинику родственниками доставлена женщина в возрасте 82 лет. После обследования установлен диагноз: ущемленная левосторонняя бедренная грыжа, флегмона грыжевого мешка. Признаков перитонита нет. Живот незначительно вздут. Что следует назначить больной?

- 1) строгий постельный режим;
- 2) массивную антибиотикотерапию;
- 3)+ экстренную операцию в условиях хирургического стационара;
- 4) рассечение и дренирование флегмоны в поликлинике;
- 5) теплую ванну и спазмолитики.

246. При оценке паховой грыжи у больного хирург поликлиники выявил некоторые симптомы. Из них для косой грыжи не характерен следующий:

- 1) овальная форма;
- 2)+ круглая форма;
- 3) спускание грыжи в мошонку;
- 4) расположение выше пупартовой связки;
- 5) кашлевой толчок по ходу пахового канала.

247. Хирург в поликлинике должен знать, что бедренные грыжи чаще встречаются:

- 1) у мужчин;
- 2) у стариков;
- 3) у детей;
- 4)+ у женщин;
- 5) пол и возраст не имеют значения.

248. В поликлинику к хирургу пришел больной, у которого 1 час назад самопроизвольно вправилась паховая грыжа. Что следует сделать?

- 1) экстренную операцию в хирургическом стационаре;
- 2)+ наблюдение в условиях хирургического стационара;
- 3) отпустить больного домой;
- 4) анализ крови на лейкоциты;
- 5) обзорную рентгенографию органов брюшной полости.

249. Хирург поликлиники назначил больному с грыжей белой линии живота обзорную рентгенографию органов брюшной полости. Для чего это было сделано?

- 1) для определения характера органа в грыжевом мешке;
- 2)+ для выявления сопутствующей патологии желудка;
- 3) для исследования размеров грыжевых ворот;
- 4) для выявления предбрюшинной липомы.

250. В поликлинику к хирургу обратился больной 63 лет с жалобами на похудание, отсутствие аппетита, тупые боли в животе, периодическое вздутие живота, упорные запоры, выделение слизи из ануса. Болен около 3-х месяцев. Такие симптомы характерны для:

- 1) странгуляционной кишечной непроходимости;
- 2)+ опухолевой толстокишечной непроходимости;
- 3) астрита;
- 4) колита;
- 5) энтерита.

251. При изучении рентгенограммы амбулаторный хирург заподозрил толстокишечную непроходимость. Какие рентгенологические признаки могли насторожить врача в данной ситуации?

- 1) релаксация куполов диафрагмы;
- 2)+ чаши Клойберга;
- 3) пневмоперитонеум;
- 4) отсутствие газового пузыря желудка;
- 5) затемнение по правому флангу.

252. При обследовании хирургом больного 34 лет в поликлинике выявлены следующие симптомы: резкие схваткообразные боли в животе, ранняя многократная рвота, двухкратный необильный стул. Указанная клиническая картина типична для:

- 1)+ высокой тонкокишечной непроходимости;
- 2) низкой толстокишечной непроходимости;
- 3) динамической непроходимости кишечника;
- 4) копростаз.

253. В поликлинику к хирургу обратился больной 58 лет с умеренными схваткообразными болями в животе, вздутием живота, отсутствием отхождения стула и газов. Болен сутки, рвоту отметил у себя час назад. Указанные симптомы характерны для:

- 1) высокой тонкокишечной непроходимости;
- 2)+ низкой толстокишечной непроходимости;
- 3) динамической непроходимости кишечника;
- 4) копростаз.

254. Хирург поликлиники должен помнить, что некроз кишечника быстрее всего развивается при:

- 1) обтурации кишечника желчным камнем;
- 2) инородных телах в кишечнике;
- 3) спайках брюшной полости;
- 4) гельминтозах;
- 5)+ узлообразовании.

255. Какой метод исследования имеет решающее значение в постановке диагноза «острая кишечная непроходимость» в условиях поликлиники?

- 1)+ обзорная рентгенография брюшной полости;
- 2) исследование пассажа бария по кишечнику;
- 3) гастроскопия;
- 4) общий анализ крови;
- 5) пальцевое исследование прямой кишки.

256. Допустимо лечить кишечную непроходимость в условиях поликлиники при:

- 1) заворотах;
- 2)+ хронических запорах;
- 3) обтурации опухолями;
- 4) ущемленной грыже.

257. У женщины 23 лет появились тупые ноющие боли в правой паховой области. Через 4 часа боли усилились и распространились выше. Больная пришла на прием к хирургу в районную поликлинику. При обследовании: пульс - 86 уд./мин, АД -120/80 мм рт. ст., язык сухой, живот не вздут, справа имеется умеренное напряжение мышц брюшной стенки. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоциты крови - $10 \times 10^9/\text{л}$. Тактика врача:

- 1) проконсультировать больную у гинеколога;
- 2) сделать ректороманоскопию;
- 3)+ отправить в хирургический стационар;
- 4) выполнить УЗИ брюшной полости;
- 5) сделать обзорную рентгенографию брюшной полости.

258. При обследовании хирургом в поликлинике у пациента выявлены боли в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, гектическая лихорадка, высокое стояние правого купола диафрагмы и лейкоцитоз. О каком заболевании свидетельствует указанная клиническая картина?

- 1) о гангренозном аппендиците;
- 2) об остром панкреатите;
- 3) об абсцессе дугласового пространства;
- 4)+ о поддиафрагмальном абсцессе;
- 5) об остром холецистите.

259. Больная 19 лет обратилась к хирургу в поликлинику с жалобами на тупые боли в эпигастриальной области, тошноту, слабость, повышение температуры тела до $37,6^{\circ}\text{C}$. Больна 2 часа. При обследовании выявлено: пульс - 76 уд./мин, АД - 120/70 мм рт. ст., язык влажный, живот мягкий во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоциты крови - $12 \times 10^9/\text{л}$. Какое заболевание может так начинаться?

- 1) острый аднексит;
- 2)+ острый аппендицит;
- 3) паранефрит;
- 4) почечная колика;
- 5) острая пневмония.

260. В поликлинику к хирургу обратился больной, перенесший 1 год назад панкреонекроз с подозрением на кисту поджелудочной железы. Метод дополнительного исследования, наиболее информативный при данной патологии:

- 1)+ УЗИ брюшной полости;
- 2) рентгенография желудка;
- 3) исследование амилазы мочи;
- 4) гастроскопия;
- 5) ЭРХПГ.

261. При исследовании больного амбулаторный хирург заподозрил острый панкреатит. Какие из указанных симптомов не характерны для данного заболевания?

- 1) внезапное начало;
- 2) опоясывающие боли;
- 3) многократная рвота;
- 4)+** асимметрия живота;
- 5) вздутие живота.

262. Какие поздние осложнения заболевания не характерны для панкреонекроза?

- 1) полисерозит;
- 2) киста поджелудочной железы;
- 3)+** анемия;
- 4) недостаточность экскреторной функции поджелудочной железы;
- 5) сахарный диабет.

263. При обследовании больного, перенесшего 8 месяцев назад острый панкреатит, амбулаторный хирург выявил в верхнем этаже брюшной полости слабо болезненное округлое образование 10 см в диаметре. Другие отделы брюшной полости, интактны. В анализах крови и мочи - без отклонений. О каком заболевании можно думать прежде всего?

- 1) об опухоли желудка;
- 2)+** о ложной кисте поджелудочной железы;
- 3) об аневризме аорты;
- 4) о цистаденоме поджелудочной железы;
- 5) об абсцессе брюшной полости.

264. К какому виду кист относятся кисты поджелудочной железы у больных, перенесших панкреонекроз?

- 1) к истинным кистам;
- 2)+** к ложным кистам;
- 3) к абсцессам;
- 4) к злокачественным опухолевидным образованиям.

265. В поликлинику к хирургу привели больного, у которого при обследовании выявлена клиническая картина панкреонекроза. Что не характерно для данного заболевания?

- 1) опоясывающие боли в животе;
- 2) многократная рвота;
- 3)+** пневмоперитонеум;
- 4) акроцианоз;
- 5) тахикардия.

266. При оценке лабораторных данных хирургом поликлиники у больного с клинической картиной отечного острого панкреатита были обнаружены характерные для данного заболевания изменения. Что не типично для острого панкреатита?

- 1) амилазурия;
- 2) лейкоцитоз;
- 3)+** анемия;
- 4) транзиторная гипергликемия.

267. В поликлинику доставили больного с улицы в шоковом состоянии. С трудом было выяснено, что внезапно у больного появились сильные боли в верхней половине живота, приведшие к такому состоянию. Какие заболевания не могут так начинаться?

- 1) инфаркт миокарда;
- 2)+** острый флегмонозный холецистит;
- 3) панкреонекроз;
- 4) перфоративная язва 12-перстной кишки;
- 5) высокий заворот тонкого кишечника.

268. Больному, перенесшему панкреонекроз, в поликлинике выполнена обзорная рентгенография грудной клетки. Какие изменения характерны для данной патологии?

- 1)+ плеврит;
- 2) коллапс легкого;
- 3) медиастинальная эмфизема;
- 4) затемнение верхушки легкого;
- 5) кардиомегалия.

269. В поликлинике хирург выявил у больного желчнокаменной болезнью иктеричность кожи и склер. О чем это не может свидетельствовать?

- 1) о стенозе большого дуоденального сосочка;
- 2) о холедохолитиазе;
- 3) о вирусном гепатите;
- 4)+ о язвенной болезни 12-перстной кишки;
- 5) о перивезикальном инфильтрате.

270. В поликлинику к хирургу с улицы привели молодого мужчину с характерной клинической картиной перфоративной язвы 12-перстной кишки. Какой из перечисленных симптомов типичен для данного заболевания?

- 1) постепенное нарастание болевого синдрома;
- 2) схваткообразные резкие боли;
- 3)+ внезапное начало с резких болей в эпигастрии;
- 4) обильная многократная рвота;
- 5) быстро нарастающая слабость, головокружение.

271. На прием к хирургу явился больной 23 лет с жалобами на периодические боли (через 1 час) в околопупочной области и иррадиацией в правое подреберье, изжогу, сезонные обострения заболевания. Указанные проявления типичны для:

- 1) желчно-каменной болезни;
- 2) язвенной болезни желудка;
- 3)+ язвенной болезни 12-перстной кишки;
- 4) острого панкреатита;
- 5) энтероколита.

272. При осмотре хирургом больного в поликлинике были выявлены типичные симптомы осложнения язвенной болезни 12-перстной кишки: рвота пищей, съеденной накануне, напряжение мышц брюшной стенки, олигурия, «шум плеска» в желудке натощак, задержка бария в желудке более 24 часов. О каком осложнении идет речь?

- 1) о кровотечении;
- 2) о перфорации;
- 3) о малигнизации язвы;
- 4)+ о стенозе;
- 5) о пенетрации.

273. В поликлинику поступил больной, длительно страдающий язвенной болезнью 12-перстной кишки. При осмотре выявлено: кожные покровы бледные, жалуется на головокружение и слабость, был стул черного цвета. О каком осложнении можно думать?

- 1) о стенозе;
- 2)+ о кровотечении;
- 3) о пенетрации;
- 4) о малигнизации;
- 5) о перфорации.

274. При обследовании больной, перенесшей 12 суток назад аппендэктомию, хирург поликлиники заподозрил абсцесс дугласового пространства. Указанное осложнение характеризуется всеми симптомами, кроме:

- 1) повышения температуры;
- 2) нависания стенок влагалища или передней стенки прямой кишки;
- 3) болезненности при ректальном исследовании;
- 4) болей в глубине таза и тенезмов;
- 5)+ ограничения подвижности диафрагмы.

275. При обследовании больного амбулаторный хирург заподозрил острый аппендицит с тазовой локализацией червеобразного отростка. Какой симптом указывает на такое расположение аппендикса?

- 1) Воскресенского;
- 2)+ Коупа;
- 3) Щеткина-Блюмберга;
- 4) напряжение мышц в правом подреберье;
- 5) Ситковского.

276. При оценке симптомов острого холецистита амбулаторный хирург должен помнить, что данное заболевание начинается с:

- 1) ознобов;
- 2) многократной рвоты;
- 3)+ болей в правом подреберье;
- 4) вздутия живота;
- 5) мелены.

277. В диагностике печеночной колики амбулаторный хирург может выявить следующие симптомы, кроме:

- 1) схваткообразного характера болей;
- 2) неувеличенного безболезненного желчного пузыря;
- 3)+ симптома Щеткина-Блюмберга;
- 4) отсутствия маркеров воспаления;
- 5) отсутствия напряжения мышц в правом подреберье.

278. При обследовании в поликлинике больной с неосложненной желчнокаменной болезнью будут выявлены:

- 1) лейкоцитоз;
- 2)+ нормогликемия;
- 3) диастазурия;
- 4) ознобы;
- 5) гипербилирубинемия.

279. Амбулаторный хирург при первичном обращении выявил у больного симптом Курвуазье. Он характерен для:

- 1) острого панкреатита;
- 2) острого необтурационного холецистита;
- 3) острого обтурационного холецистита;
- 4) язвенной болезни;
- 5)+ ни для одного из указанных заболеваний.

280. При обследовании больной с «безболевым» желтухой амбулаторный хирург выявил ряд симптомов. Какой из них не типичен для механической желтухи:

- 1) повышение прямого билирубина в плазме;
- 2)+ окрашенный стул;
- 3) увеличение щелочной фосфатазы;
- 4) незначительное увеличение цитолитических ферментов в плазме;
- 5) увеличенный желчный пузырь.

281. При оценке данных обзорной рентгенографии брюшной полости амбулаторный хирург выявил чащи Клойберга. Они не характерны для:

- 1) обтурационной кишечной непроходимости;
- 2) странгуляционной кишечной непроходимости;
- 3)+ гастрита;
- 4) спастической кишечной непроходимости;
- 5) паралитической кишечной непроходимости.

282. Амбулаторный хирург должен знать, что выделение крови из прямой кишки невозможно при:

- 1) мезентериальном тромбозе;
- 2) инвагинации кишечника;
- 3) геморрое;
- 4)+ паралитической кишечной непроходимости;
- 5) раке толстой кишки.

283. При аускультации больной с болями в животе амбулаторный хирург выявил звонкую усиленную перистальтику. Этот симптом характерен для ранней стадии следующего заболевания:

- 1) желудочно-кишечного кровотечения;
- 2) перфоративной язвы желудка;
- 3) мезентериального тромбоза;
- 4)+ механической кишечной непроходимости;
- 5) гангренозного аппендицита.

284. Хирург поликлиники должен помнить, что синдром Меллори-Вейса - это:

- 1) птоз, миоз и энофтальм;
- 2)+ трещина слизистой оболочки кардиального отдела желудка;
- 3) надпеченочный блок оттока крови из печени;
- 4) свертывание крови в сосудах микроциркуляции;
- 5) гастрогенная тетания.

285. Когда хирург поликлиники должен назначить оперативное лечение больному с неспецифическим язвенным колитом?

- 1) при токсической дилатации;
- 2) при профузном кровотечении;
- 3) при перфорации кишки;
- 4) при неэффективности консервативного лечения;
- 5)+ во всех перечисленных случаях.

286. При обследовании больной с острым холециститом в условиях поликлиники хирург изучил лабораторные данные. Какие из указанных параметров будут свидетельствовать о неосложненном течении процесса?

- 1) холестеринемия;
- 2) глюкозурия;
- 3) гипербилирубинемия;
- 4) диастазурия;
- 5)+ лейкоцитоз.

287. На прием к хирургу поликлиники обратилась больная 43 лет с приступом печеночной колики. Какие препараты нельзя использовать для ее лечения?

- 1) но-шпу;
- 2) спазган;
- 3)+ морфина гидрохлорид;
- 4) атропина сульфат;
- 5) баралгин.

288. При обследовании больной с иктеричностью склер и желтушно-стью кожных покровов амбулаторный хирург выявил ряд симптомов. Какие из них не характерны для калькулезного холецистита и рубцовой стриктуры терминального отдела холедоха?

- 1) повышение щелочной фосфатазы;
- 2)+ симптом Курвуазье;
- 3) повышение прямого билирубина крови;
- 4) отсутствие стеркобилина в кале;
- 5) расширение холедоха до 2 см.

289. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больной желчно-каменную болезнь, холедохолитиаз. От направления в стационар больная отказалась. Какие вероятные осложнения данной патологии могут быть у больной?

- 1) инфаркт миокарда;
- 2)+ желтуха, холангит;
- 3) хронический активный гепатит;
- 4) анемия;
- 5) триада Сента.

290. При обследовании в поликлинике больной с болями в животе выявлены незначительное вздутие живота, тошнота, периодическая рвота, гиперемия лица и положительный симптом Керте, лейкоцитоз $10,4 \times 10^9/\text{л}$. Какое заболевание может быть у больной?

- 1) язвенная болезнь желудка;
- 2) острый холецистит;
- 3)+ острый панкреатит;
- 4) острая кишечная непроходимость;
- 5) острый гастрит.

291. При обследовании в поликлинике больной с явлениями острого панкреатита выявлена болезненность в левом реберно-позвоночном углу. Как называется данный симптом?

- 1) Хвостека;
- 2) Мэрфи;
- 3)+ Мейо-Робсона;
- 4) Керте;
- 5) Воскресенского.

292. При обследовании больной в поликлинике хирург заподозрил перитонит. К симптомам перитонита относится:

- 1) рвота;
- 2) боли в животе;
- 3) кровавый стул;
- 4) задержка стула и газов;
- 5)+ напряжение мышц передней брюшной стенки.

293. При осмотре больного 67 лет, перенесшего 2 месяца назад инфаркт миокарда, хирург поликлиники обнаружил ущемленную паховую грыжу. Ущемление, со слов больного, произошло 3 часа назад. Что следует делать?

- 1) ввести спазмолитики и наркотики;
- 2) положить больного в горячую ванну;
- 3)+ провести экстренную операцию в условиях стационара;
- 4) наблюдение, холод на живот;
- 5) вправить грыжу.

294. При обследовании в поликлинике больного 56 лет хирург выявил вправимую пахово-мошоночную грыжу больших размеров. Данную патологию следует дифференцировать с:

- 1) прямой грыжей;
- 2) внутренней грыжей;
- 3)+ водянкой яичка;
- 4) бедренной грыжей;
- 5) эписпадией.

295. В поликлинике хирург установил у больного 72 лет диагноз ущемленной правосторонней паховой грыжи. В анамнезе 2 инфаркта миокарда и хроническая пневмония. С момента ущемления прошло 5 часов. Что следует делать в таком случае?

- 1) назначить теплую ванну и спазмолитики;
- 2) вправить грыжу;
- 3)+ направить в стационар для экстренной операции;
- 4) наблюдать;
- 5) назначить анальгетики и вправить грыжу.

296. У пожилой больной хирург поликлиники диагностировал ущемленную правостороннюю бедренную грыжу. Что не характерно для данного заболевания?

- 1)+ положительный симптом кашлевого толчка;
- 2) невосправляемость грыжи;
- 3) напряжение и боли при пальпации грыжи;
- 4) резкие боли в области грыжи;
- 5) внезапное начало.

297. В поликлинику к хирургу обратился больной, перенесший 3 операции на органах брюшной полости. Хирургом диагностирована послеоперационная грыжа. Что не характерно для данного заболевания?

- 1) плотные края грыжевых ворот;
- 2)+ малигнизация;
- 3) увеличение в размерах со временем;
- 4) частая невосправляемость;
- 5) широкие грыжевые ворота.

298. Как в амбулаторных условиях отличить пахово-мошоночную грыжу от водянки оболочек яичка?

- 1) рентгеноскопия;
- 2) сонография;
- 3) перкуссия;
- 4) хромоцистоскопия;
- 5)+ диафаноскопия.

299. На прием к хирургу пришел больной, в течение 23 лет страдающий язвенной болезнью 12-перстной кишки. В последние года отмечал похудание, запоры, отрыжку с тухлым запахом. Около 1 месяца назад появились судороги в верхних конечностях и подергивания мышц лица. Какое осложнение развилось у больного?

- 1) малигнизация язвы;
- 2)+ гастрогенная тетания;
- 3) кровотечение;
- 4) пенетрация в поджелудочную железу;
- 5) гипопаратиреоз.

300. Что должен назначить амбулаторный хирург больному с подозрением на перфорацию полого органа брюшной полости?

- 1) гастродуоденоскопию;
- 2) сонографию;
- 3) лапароцентез;
- 4) контрастную рентгенографию желудка;
- 5)+ обзорную рентгеноскопию.

301. Хирургу поликлиники следует помнить, что наиболее вероятным осложнением язв передней стенки 12-перстной кишки является:

- 1) малигнизация;
- 2)+ перфорация;
- 3) кровотечение;
- 4) дуоденостаз;
- 5) пенетрация в головку поджелудочной железы.

302. Хирургу поликлиники следует помнить, что наиболее вероятным осложнением язв задней стенки 12-перстной кишки является:

- 1) перфорация;
- 2)+ кровотечение;
- 3) малигнизация;
- 4) дуоденостаз;
- 5) все перечисленное.

303. Какое осложнение язвенной болезни 12-перстной кишки является казуистикой?

- 1) пенетрация;
- 2) рубцовая деформация кишки;
- 3) перфорация;
- 4)+ малигнизация;
- 5) кровотечение.

304. На приеме у хирурга поликлиники больной внезапно начал срыгивать алой пенистой кровью. Какое заболевание может привести к такому осложнению?

- 1) опухоль желудка;
- 2) синдром Меллори-Вейса;
- 3) дивертикул пищевода;
- 4)+ легочное кровотечение;
- 5) портальная гипертензия.

305. На прием к хирургу явился больной с длительно существующей язвой задней стенки 12-перстной кишки и пенетрацией в головку поджелудочной железы. Какое осложнение может наступить у больного?

- 1) кахексия;
- 2)+ профузное кровотечение;
- 3) перфорация;
- 4) стеноз;
- 5) малигнизация.

306. Какие осложнения могут развиваться у больного, находящегося на амбулаторном лечении у хирурга поликлиники с дивертикулезом толстого кишечника?

- 1) перитонит;
- 2) воспалительный инфильтрат;
- 3) кровотечение;
- 4) дивертикулит;
- 5)+ все перечисленное.

307. Какой метод исследования хирургу поликлиники следует назначить больному с подозрением на полипоз толстого кишечника?

- 1) исследование реакции Грегерсена;
- 2) ультрасонографию;
- 3) ректороманоскопию;
- 4) ирригоскопию;
- 5)+ колоноскопию.

308. Амбулаторный хирург предполагает наличие у пациента ретроцекального аппендицита. Какой из нижеперечисленных симптомов патогномоничен для данной патологии?

- 1)+ болезненность при надавливании в области треугольника Пти;
- 2) положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- 3) боли в эпигастрии;
- 4) тошнота и рвота.

309. Какой из нижеперечисленных рентгенологических признаков не характерен для кишечной непроходимости?

- 1) чаши Клойбера;
- 2) симптом Кейси;
- 3)+ симптом «ниши»;
- 4) пневматоз кишечника;
- 5) все перечисленные.

310. На прием к амбулаторному хирургу пришел больной с обострением хронического калькулезного холецистита. При осмотре выявляется иктеричность склер, беспокоит зуд, моча темная, кал ахоличный. Какой тип желтухи наблюдается у данного пациента?

- 1) надпеченочная;
- 2) печеночная;
- 3)+ подпеченочная;
- 4) все перечисленные.

311. Симптом Кера при остром холецистите заключается в появлении болезненности:

- 1)+ в правом подреберье на вдохе;
- 2) при постукивании по правой реберной дуге;
- 3) при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- 4) при пальпации желчного пузыря.

312. Амбулаторный хирург предполагает наличие у пациента язвенного кровотечения. Какие данные свидетельствуют в пользу данного диагноза?

- 1) рвота «кофейной гущей»;
- 2) мелена;
- 3) развитие анемии;
- 4)+ все перечисленное.

313. Амбулаторный хирург решил произвести лапароцентез пациенту с асцитом. В каком месте предпочтительно выполнять прокол?

- 1)+ ниже пупка по средней линии живота;
- 2) выше пупка по средней линии живота;
- 3) справа на уровне пупка;
- 4) в надлобковой области.

314. К достоверным признакам проникающего ранения брюшной полости не относится:

- 1) выпадение из раны петель кишечника;
- 2) выпадение из раны сальника;
- 3)+ положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- 4) истечение кишечного содержимого из раны.

315. При какой из нижеперечисленных патологий не может наблюдаться положительный симптом Щеткина-Блюмберга?

- 1) остеохондроз поясничного отдела позвоночника;
- 2) инфаркт миокарда;
- 3) перфорация язвы двенадцатиперстной кишки;
- 4)+** невризма паховая грыжа.

316. На прием к поликлиническому хирургу обратился больной после 8-недельного стационарного лечения по поводу пневмонии, осложненной гнойным плевритом. Что может служить критерием излечения от «простой» эмпиемы плевры?

- 1) «нормальные» лейкоциты в крови;
- 2) хорошее самочувствие больного;
- 3) уменьшение размеров полости в плевре;
- 4)+** полное расправление легкого;
- 5) субфебрильная температура.

317. На прием к амбулаторному хирургу обратился больной с жалобами на слабость и повышение температуры тела до 38°C. Из анамнеза выяснено, что в течение 3 недель он находился в стационаре по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии. Выписан 6 суток назад. При рентгенологическом обследовании обнаружено затемнение в правом легком и уровень жидкости до угла лопатки. Тактика врача:

- 1) пунктировать плевральную полость;
- 2)+** направить больного в стационар;
- 3) назначить массивную антибиотикотерапию;
- 4) рекомендовать санаторно-курортное лечение;
- 5) дренировать плевральную полость.

318. При обследовании больного, перенесшего пневмонию, хирург заподозрил эмпиему плевры. Какое исследование не надо выполнять для подтверждения указанного диагноза?

- 1) рентгенографию грудной клетки в двух проекциях;
- 2) пункцию плевральной полости;
- 3) томографию;
- 4)+** торакоскопию.

319. При осмотре больного, перенесшего пневмонию, хирург выявил отставание в дыхании правой половины грудной клетки, отсутствие голосового дрожания в этой зоне, ослабление дыхания и резкое притупление по линии Дамуазо. О каком осложнении свидетельствует описанная клиническая картина?

- 1) об абсцессе легкого;
- 2) о рецидиве пневмонии;
- 3)+** о выпотном плеврите;
- 4) о гангрене легкого;
- 5) о пневмотораксе.

320. В поликлинике хирург при обследовании больного с экссудативным плевритом выявил значительное отхождение мокроты с кашлем. Какой вид был у этой мокроты?

- 1) пенистый с кровью;
- 2) трехслойный;
- 3)+** слизистый;
- 4) гнойно-гнилостный;
- 5) со сгустками крови.

321. Какие осложнения можно ожидать амбулаторному хирургу у больного с хроническим абсцессом легкого?

- 1)+** кровотечение;
- 2) ишемическую болезнь сердца;
- 3) поддиафрагмальный абсцесс;
- 4) развитие булл в легком;
- 5) развитие туберкулеза.

322. Мужчина 38 лет, будучи в состоянии алкогольного опьянения, 6 часов проспал в парке на скамейке. Через 2 суток отметил у себя повышение температуры и боли в грудной клетке справа. К врачу не обращался. 2 последующие недели чувствовал слабость, повышение температуры до 37,5-38°C. Утром при кашле внезапно отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом. Обратился на прием к амбулаторному хирургу. Каков вероятный диагноз?

- 1) рак легкого;
- 2) пневмония;
- 3)+ абсцесс легкого;
- 4) экссудативный плеврит;
- 5) бронхоэктатическая болезнь.

323. Амбулаторный хирург решил сделать пункцию плевральной полости больному с экссудативным плевритом. В каком месте ее следует выполнять?

- 1) в IV межреберье по парастеральной линии;
- 2) во II межреберье по среднеключичной линии;
- 3)+ в VIII межреберье по заднеаксилярной линии;
- 4) в VIII межреберье по паравerteбральной линии.

324. У больного, лечившегося амбулаторно по поводу хронического абсцесса правого легкого, внезапно появились боли в грудной клетке, одышка, нарастал цианоз лица и шеи. При пер-куссии хирург выявил «коробочный» звук на стороне поражения. О каком осложнении заболевания можно думать?

- 1) об инфаркте миокарда;
- 2)+ о пневмотораксе;
- 3) об экссудативном плеврите;
- 4) об эмпиеме плевры;
- 5) о поддиафрагмальном абсцессе.

325. У больного 56 лет (курильщика с многолетним стажем), обратившегося к амбулаторному хирургу, выявлен рак легкого. Какой вид мокроты характерен для данного заболевания?

- 1) трехслойный;
- 2) пенисто-гнойный;
- 3)+ цвета «малинового желе»;
- 4) гнойно-гнилостный.

326. При обследовании больного с хроническим абсцессом легкого амбулаторный хирург должен знать, что осложнением данного заболевания не может быть:

- 1) пиопневмоторакс;
- 2) кровотечение;
- 3)+ аневризма грудного отдела аорты;
- 4) пневмосклероз;
- 5) сепсис.

327. Хирург поликлиники выявил у больного с хроническим абсцессом правого легкого признаки пиопневмоторакса. При этом осложнении показано:

- 1) массивная антибиотикотерапия;
- 2) эндобронхиальное введение протеолитических ферментов;
- 3)+ госпитализация в хирургический стационар;
- 4) дренирование по Бюллау в условиях поликлиники;
- 5) введение ферментов в плевральную полость.

328. При обнаружении хирургом поликлиники множественных булл в легких у больного наиболее вероятны осложнения в виде:

- 1)+ спонтанного пневмоторакса;
- 2) легочного кровотечения;
- 3) инфаркта миокарда;
- 4) тромбоэмболии легочной артерии;
- 5) все перечисленное неверно.

329. При обследовании в поликлинике больного с острым пневмотораксом хирург не мог определить следующий признак:

- 1) коллапс легкого;
- 2)+ анемию;
- 3) одышку в покое;
- 4) внезапную боль в грудной клетке;
- 5) тахикардию.

330. При перкуссии больного хирург поликлиники выявил линию Дамуазо. Это бывает при:

- 1)+ экссудативном плеврите;
- 2) поддиафрагмальном плеврите;
- 3) перикардите;
- 4) гемотораксе;
- 5) пневмотораксе.

331. Хирург поликлиники должен помнить, что наиболее часто спонтанный пневмоторакс возникает при:

- 1) эмпиеме плевры;
- 2) раке легкого;
- 3) бронхоэктатической болезни;
- 4)+ буллезных кистах легкого;
- 5) ателектазе легкого.

332. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного свернувшийся гемоторакс. Наиболее часто он бывает при:

- 1) эмпиеме плевры;
- 2)+ травме грудной клетки;
- 3) инфарктной пневмонии;
- 4) центральном раке легкого;
- 5) ни при одном из названных.

333. На прием к хирургу поликлиники обратился больной после сильного ушиба грудной клетки, который не мог привести к:

- 1) гемотораксу;
- 2)+ асистолии;
- 3) аритмии;
- 4) гематоме легкого;
- 5) коллапсу легкого.

334. К признакам бронхоэктатической болезни не относится:

- 1) кашель;
- 2) молодой возраст;
- 3) кровохарканье;
- 4)+ симптом Горнера;
- 5) одышка.

335. Какой дополнительный метод исследования должен использовать амбулаторный хирург для уточнения диагноза бронхоэктатической болезни?

- 1) рентгенография легких в 2 проекциях;
- 2) томография;
- 3) бронхография;
- 4) бронхоскопия;
- 5)+ все названные методы.

336. Какое исследование можно не выполнять амбулаторному хирургу для исключения эмпиемы плевры?

- 1) пункцию плевральной полости;
- 2) рентгенографию легких в 2 проекциях;
- 3) бронхоскопию;
- 4) томографию;
- 5)+ гастроскопию.

337. Амбулаторный хирург решил сделать пункцию плевральной полости больному с пневмотораксом. В каком месте ее следует выполнять?

- 1) в IV межреберье по парастернальной линии;
- 2)+ во II межреберье по среднеключичной линии;
- 3) в VIII межреберье по заднеаксилярной линии;
- 4) в VIII межреберье по паравертебральной линии.

338. О каком патологическом процессе следует подумать в первую очередь при наличии у больного нарастающей подкожной эмфиземы?

- 1) открытом пневмотораксе;
- 2)+ клапанном пневмотораксе;
- 3) ранении мягких тканей шеи;
- 4) большом гемотораксе.

339. Хирург при обследовании больного с закрытым переломом ребра выявил у него подкожную эмфизему. О каком осложнении перелома можно думать?

- 1)+ повреждение легкого;
- 2) присоединение вторичной инфекции;
- 3) гемопневмоторакс;
- 4) пневмоторакс.

340. Наложение окклюзионной повязки показано при всех видах повреждений грудной клетки, кроме:

- 1)+ закрытого пневмоторакса;
- 2) открытого пневмоторакса;
- 3) клапанного пневмоторакса;
- 4) показано при всех ситуациях.

341. Подкожная эмфизема не является признаком:

- 1) открытого пневмоторакса;
- 2) клапанного пневмоторакса;
- 3) повреждения трахеи;
- 4)+ гемоторакса.

342. В поликлинику привели пожилого больного с сильными болями в животе. Выяснено, что боли начались 4 часа назад внезапно, в верхней трети живота. Ранее лечился по поводу ишемической болезни сердца, пневмонии и гастрита. При объективном исследовании: пульс - 88 уд./мин, АД - 120/80 мм рт. ст., умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, в эпигастрии пальпируется объемное образование. В анализах: эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $14,4 \times 10^9/л$. С каким диагнозом больного необходимо перевести в хирургический стационар?

- 1) инфаркт миокарда;
- 2)+ перфоративный рак желудка;
- 3) расслаивающая аневризма аорты;
- 4) панкреонекроз;
- 5) заворот кишечника.

343. В поликлинику к хирургу обратился больной с жалобами на периодические боли в желудке. При обследовании обнаружены полипы желудка. Какие полипы можно удалить амбулаторно с применением эндоскопической технологии?

- 1) полипы на фоне ахилического гастрита;
- 2) тотальный полипоз желудка;
- 3)+ одиночный железистый полип;
- 4) полипы с широким (более 2 см) основанием;
- 5) полип из дна язвы желудка.

344. При обследовании больной в поликлинике хирург выявил опухоль и заподозрил рак желудка. Какие состояния и метастазы в какие органы не являются характерными для IV стадии рака желудка?

- 1) в яичник;
- 2) в пупок;
- 3)+ в подмышечную область;
- 4) асцит;
- 5) в левую надключичную область.

345. В поликлинике хирург, обследуя больного 58 лет, длительное время страдавшего гастритом, заподозрил рак желудка. Что из них нельзя отнести к синдрому «малых признаков» по А.И. Савицкому?

- 1) беспричинную слабость;
- 2) снижение аппетита;
- 3) беспричинное прогрессирующее похудание;
- 4)+ рвоту;
- 5) анемию.

346. При обследовании в поликлинике больного, длительное время страдавшего язвой желудка, хирург сделал ему контрастную рентгенографию с барием. Какие результаты могут насторожить хирурга относительно возможной малигнизации язвы?

- 1) жидкость натошак;
- 2) форма желудка в виде «рыболовного крючка»;
- 3)+ диаметр язвы 2,5 см;
- 4) задержка эвакуации;
- 5) симптом Декервена.

347. Какой из методов исследования у больного с подозрением на рак желудка в условиях поликлиники можно считать наиболее достоверным?

- 1) рентгенография желудка;
- 2) гастроскопия;
- 3)+ гастроскопия с полифокусной биопсией;
- 4) цитология промывных вод желудка;
- 5) исследование кислотности желудочного содержимого.

348. На прием к хирургу в поликлинику обратился больной, который сообщил, что 2 года назад перенес операцию по поводу злокачественной опухоли желудка. Документы подтвердили данный факт. Какое из возможных оперативных вмешательств при данной патологии следует считать радикальным?

- 1)+ экстирпация желудка с лимфодиссекцией;
- 2) резекция желудка;
- 3) гастроэнтероанастомоз;
- 4) операция Наумана;
- 5) прошивание опухоли.

349. В поликлинику к хирургу обратился больной 56 лет с жалобами на оформленный черный стул, периодическую рвоту цвета «кофейной гущи». Считает, что заболел около 4 месяцев назад, когда отметил у себя снижение аппетита, похудание, немотивированную слабость. При объективном обследовании: гемодинамика стабильная, кожные покровы бледные, при пальпации живота патологии не отмечено, на перчатке после ректального пальцевого исследования - каловые массы черного цвета. В анализах - анемия. О каком заболевании может идти речь?

- 1)+ рак желудка;
- 2) стенокардия;
- 3) полипоз желудка;
- 4) цирроз печени;
- 5) лейкоз.

350. На симптоматическое лечение к хирургу в сельскую амбулаторию поступил больной с IV стадией рака желудка. Какие осложнения заболевания обуславливают необходимость решения вопроса об оперативном лечении?

- 1) резкое похудание;
- 2) анемия;
- 3)+ нарушение проходимости пищи;
- 4) слабость;
- 5) боли за грудиной.

351. Для лечения по месту жительства в сельскую амбулаторию обратился больной 54 лет, перенесший паллиативную операцию по поводу рака желудка. Какие факторы могут привести к повторному оперативному вмешательству?

- 1) анемия;
- 2) резкое похудание;
- 3)+ спаечная непроходимость;
- 4) постоянный болевой синдром;
- 5) периодическое кровохарканье.

352. При изучении сопроводительной медицинской документации больного, перенесшего субтотальную резекцию желудка по поводу рака, хирург поликлиники выявил, что опухоль не прорастала серозный слой, отдаленных метастазов не выявлено. Укажите стадию заболевания:

- 1) I;
- 2)+ II;
- 3) III;
- 4) IV.

353. При первичном обращении к хирургу в поликлинику у больного заподозрена опухоль пищевода. Какие из симптомов, имеющих у больного, не могут указывать на это?

- 1) аритмия;
- 2) кашель;
- 3) дисфагия;
- 4)+ головные боли;
- 5) цианоз лица.

354. К факторам риска развития рака пищевода не относится:

- 1)+ ожирение;
- 2) курение;
- 3) злоупотребление алкоголем;
- 4) употребление горячей пищи;
- 5) действие нитрозаминов.

355. На прием к хирургу районной поликлиники обратился больной после стационарного оперативного лечения в онкодиспансере. Известно, что у больного имеется IIА стадия заболевания. Это значит, что:

- 1) опухоль протяженностью до 3 см, без метастазов, локализована в слизистой оболочке;
- 2)+ опухоль протяженностью 3-5 см, не прорастает мышечную оболочку, метастазов нет;
- 3) опухоль протяженностью 3 см с прорастанием в мышечную оболочку, метастазов нет;
- 4) опухоль размерами 4 см, прорастает в мышечную оболочку, имеется метастаз в правое легкое.

356. При обследовании больного хирургом в районной поликлинике выявлен ряд симптомов, свидетельствующих о раке пищевода. Какие из них нельзя считать ранними?

- 1) локальное утолщение стенки;
- 2) ригидность стенки;
- 3)+ синдром «верхней поллой вены»;
- 4) участок измененного цвета;
- 5) сглаженность складок.

357. В районную поликлинику к хирургу поступил больной из областного онкодиспансера. В медицинской документации указано, что больному сделана радикальная операция. Какое из перечисленных оперативных вмешательств нельзя считать радикальным?

- 1) экстирпация пищевода по Черноусову;
- 2) операция Льюиса;
- 3)+ гастростомия по Витцелю;
- 4) операция Добромислова-Торека.

358. На приеме в районной поликлинике у больного 48 лет (курильщика с многолетним стажем) хирургом после тщательного комплексного обследования заподозрена атипичная форма рака легкого. К ней не следует относить:

- 1) медиастинальную форму;
- 2) милиарный канцероматоз;
- 3)+ пневмониеподобный рак;
- 4) рак Савицкого.

359. Хирургом районной поликлиники у больного 62 лет заподозрен рак легкого. Какой из факторов нельзя считать фактором риска данного заболевания?

- 1) курение;
- 2) воздействие бензопирена;
- 3)+ железистый полип желудка;
- 4) хронический бронхит.

360. При изучении сопроводительной документации хирургом районной поликлиники выявлено, что больной перенес операцию по поводу рака легкого III Б стадии. Что из себя представляла опухоль?

- 1) опухоль до 3 см, без метастазов;
- 2) опухоль 4 см, метастазы в бронхолегочных лимфоузлах;
- 3)+ опухоль 6 см, с метастазами в бронхолегочные узлы;
- 4) опухоль 3 см, синдром «верхней поллой вены».

361. Какие исследования позволят верифицировать диагноз у больного с папилломой главного бронха хирургу районной поликлиники при подозрении на рак легкого?

- 1) общий анализ крови;
- 2) анализ мочи на амилазную активность;
- 3)+ бронхоскопия с биопсией;
- 4) бронхография;
- 5) определение кислотности желудочного сока.

362. С какими заболеваниями хирургу поликлиники не следует дифференцировать периферический рак легкого у больного 58 лет:

- 1) доброкачественные опухоли легких;
- 2) кисты легких;
- 3) метастатический рак;
- 4) межреберная невралгия;
- 5)+ ишемическая болезнь сердца.

363. При оценке обзорной рентгенограммы грудной клетки хирургом поликлиники выявлен ряд характерных симптомов. Какой из них не является специфическим для рака Панкоста?

- 1) дугообразно выпуклая книзу тень;
- 2)+ локализация затемнения в нижней доле легкого;
- 3) узурация I ребра;
- 4) локализация затемнения в области верхушки легкого.

364. При обследовании больного 65 лет с подозрением на рак легкого хирургом поликлиники выявлены птоз, миоз и энофтальм справа. Для какой опухоли является характерным такое сочетание симптомов?

- 1) для центрального рака легкого;
- 2) для медиастинальной формы;
- 3)+ для рака Панкоста;
- 4) для пневмониеподобного рака нижней доли.

365. При оценке рентгенологических данных у больного с подозрением на центральный рак легкого хирургом поликлиники обнаружен ряд признаков заболевания. Какой из них нельзя считать типичным для центральной локализации опухоли?

- 1) бронхостеноз;
- 2) ателектаз;
- 3)+ поликистоз легкого;
- 4) обрыв культи бронха;
- 5) «парадоксальный» корень легкого.

366. Для оценки биопсийного материала больного с опухолью грудной клетки хирургом поликлиники получено заключение гистолога. Какое из перечисленных названий обозначает злокачественное поражение?

- 1) гамартома;
- 2) аденома;
- 3) фиброма;
- 4)+ аденокарцинома;
- 5) невринома.

367. К хирургу поликлиники обратилась больная 54 лет. При обследовании выявлена опухоль желудка. Какие признаки позволят считать опухоль радикально неоперабельной?

- 1) локализация в кардиальном отделе;
- 2)+ метастаз Круккенберга;
- 3) ограниченная смещаемость опухоли при пальпации;
- 4) умеренная анемия.

368. При обследовании в поликлинике больного с раком тела желудка обнаружено, что опухоль пальпируется и имеется ряд ее осложнений. Какие из них позволяют считать опухоль нерезектабельной?

- 1) наличие незначительных кровотечений и анемии;
- 2) повышение СОЭ;
- 3) жидкость в брюшной полости;
- 4) одиночный метастаз в правом легком;
- 5)+ множественные отдаленные метастазы.

369. При обследовании больного с IV стадией рака желудка амбулаторный хирург выявил метастаз Шницлера. Он расположен:

- 1) в левой надключичной области;
- 2) в области пупка;
- 3)+ в дугласовом пространстве;
- 4) в печени;
- 5) в легком.

370. У больного раком желудка хирург поликлиники выявил признаки дисфагии. Для какой локализации рака они являются характерными?

- 1) пилорической;
- 2)+ кардиальной;
- 3) тела желудка;
- 4) дна желудка;
- 5) угла желудка.

371. У больного раком желудка выявлен метастаз Вирхова. Какая стадия заболевания у больного?

- 1) первая;
- 2) вторая;
- 3) третья;
- 4)+ четвертая.

372. При обследовании больного в поликлинике хирург выявил полип желудка. Какой полип, наиболее вероятно, является малигнизировавшимся?

- 1) при диаметре 0,5 см;
- 2) при диаметре 1 см;
- 3)+ при диаметре 2 см;
- 4) размер не имеет значения.

373. При полипэктомии желудка в условиях поликлиники хирургу следует помнить, что малигнизация полипа более вероятна:

- 1)+ у основания;
- 2) в теле;
- 3) в верхушке.

374. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного с язвенной болезнью желудка прогрессирующее похудание, снижение аппетита и анемию. В левой надключичной области обнаружен плотный малоподвижный лимфатический узел. О чем можно думать в данной ситуации?

- 1)+ о малигнизировавшейся язве желудка;
- 2) о диафрагмальной грыже;
- 3) о полипе желудка;
- 4) о язвенном кровотечении;
- 5) о лимфадените.

375. Какой метод исследования в условиях поликлиники можно считать наиболее информативным при раннем выявлении рака желудка?

- 1) контрастное рентгенологическое исследование;
- 2)+ гастроскопию с биопсией;
- 3) лапараскопию;
- 4) цитологическое исследование промывных вод желудка;
- 5) пальпацию.

376. При какой локализации рак желудка клинически протекает малосимптомно?

- 1) выходной отдел;
- 2)+ кардиальный отдел;
- 3) тело желудка;
- 4) антральный отдел.

377. При обследовании в поликлинике у больного выявлен малигнизированный полип тела желудка. Что показано больному?

- 1)+ оперативное лечение в условиях стационара;
- 2) эндоскопическая полипэктомия в условиях стационара;
- 3) эндоскопическая полипэктомия в условиях поликлиники;
- 4) наблюдение и консервативная терапия.

378. При подозрении на метастазирование в печень больного с раком желудка хирург поликлиники должен назначить:

- 1) лапараскопию;
- 2)+ ультрасонографию;
- 3) рентгенологическое исследование желудка;
- 4) РХПГ;
- 5) гастроскопию с биопсией.

379. Хирург поликлиники должен знать, что к диффузным формам рака не относят:

- 1) маститоподобную;
- 2) панцирный рак;
- 3)+ рак Педжета;
- 4) рожеподобную;
- 5) отечно-инфильтративную.

380. При исключении запущенной формы рака молочной железы амбулаторный хирург прежде всего должен искать метастазы в:

- 1) кости;
- 2) головной мозг;
- 3)+ средостение;
- 4) почки;
- 5) печень.

381. В поликлинике при обследовании больного с центральным раком легкого наиболее часто рентгенологически можно выявить:

- 1) ограниченный плеврит;
- 2) наличие округлой тени в легком;
- 3)+ ателектаз;
- 4) появление «дорожки» к корню легкого;
- 5) расширение тени сердца.

382. Амбулаторному хирургу следует знать, что к предраковым заболеваниям желудка относятся все перечисленные, кроме:

- 1) полипоза желудка;
- 2) болезни Менетрие;
- 3)+ синдрома Меллори-Вейса;
- 4) хронической язвы желудка;
- 5) кишечной метаплазии слизистой оболочки желудка.

383. При обследовании в поликлинике хирург заподозрил у больного рак желудка. Какое заболевание не могло явиться предраком желудка:

- 1) полипоз желудка;
- 2) ахалазия кардии 2 степени;
- 3)+ фибробезоар;
- 4) хронический атрофический гастрит;
- 5) каллезная язва желудка.

384. При обследовании в поликлинике больного раком легкого следует помнить, что данное заболевание следует дифференцировать:

- 1) с доброкачественными опухолями;
- 2) с метастазами других опухолей в легкие;
- 3)+ со всеми перечисленными;
- 4) ни с одним из них;
- 5) с затянувшейся пневмонией.

385. При обследовании хирургом поликлиники больного с медиастинальной формой рака можно выявить:

- 1) симптом Горнера;
- 2) осиплость голоса;
- 3) расширение тени средостения;
- 4) отек лица;
- 5)+ все перечисленное.

386. Амбулаторный хирург должен знать, что наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью пищевода является:

- 1) папиллома;
- 2)+ лейомиома;
- 3) липома;
- 4) аденома;
- 5) аденокарцинома.

387. Какую операцию амбулаторному хирургу следует назначить больной с фиброаденомой молочной железы?

- 1)+ секторальную резекцию;
- 2) мастэктомию;
- 3) ампутацию молочной железы;
- 4) операцию Пейти;
- 5) все ответы неверны.

388. На прием к хирургу поликлиники обратился 56-летний больной, выкуривавший по 40 сигарет в день, с жалобами на сухой надрывной кашель в течение полугода. За последние 2 месяца больной отметил похудание на 8 кг. При обследовании обнаружены увеличенные, ограниченно смещаемые надключичные лимфоузлы справа. Предположительный диагноз:

- 1) хроническая пневмония;
- 2) хронический бронхит;
- 3)+ рак легкого;
- 4) тиреотоксикоз;
- 5) туберкулез.

389. В поликлинике на приеме у хирурга больной пожаловался на боли в левом плечевом суставе. При обследовании обнаружены птоз, миоз, энтофтальм и атрофия мышц верхней конечности слева. На обзорной рентгенограмме грудной клетки - затемнение в области верхушки правого легкого с узурацией I-II ребер. Какое заболевание у больного?

- 1) хроническая пневмония;
- 2) туберкулома легкого;
- 3) артрозо-артрит плечевого сустава;
- 4)+** рак Панкоста;
- 5) центральный рак.

390. Какие осложнения не могут развиваться у больного с неоперабельным раком ободочной кишки, находящегося на амбулаторном лечении по месту жительства?

- 1) острая кишечная непроходимость;
- 2) кровотечение;
- 3)+** холангит;
- 4) перитонит;
- 5) перифокальное воспаление.

391. Какое лечение должен предложить амбулаторный хирург больной с узловым зобом 2 степени?

- 1)+** иссечение узла с тканью железы и срочным гистологическим исследованием;
- 2) энуклеацию узла;
- 3) субтотальную струмэктомию;
- 4) гемиструмэктомию с резекцией перешейки;
- 5) консервативное лечение тироксином.

392. У больной на 10 сутки после операции струмэктомии возникли судороги, симптомы Хвостека и Труссо. Какое осложнение у больной?

- 1) травма гортанных нервов;
- 2)+** гипопаратиреоз;
- 3) тиреотоксикоз;
- 4) гипотиреоз;
- 5) тиреотоксический криз.

393. Амбулаторный хирург у больных, перенесших оперативные вмешательства на щитовидной железе, может ожидать следующие осложнения:

- 1) гематому;
- 2) гипокальциемию;
- 3) гипотиреоз;
- 4) келоидный рубец;
- 5)+** все перечисленные.

394. К симптомам тиреотоксикоза амбулаторный хирург может отнести все перечисленные, исключая:

- 1) эмоциональную возбудимость;
- 2) плохой сон;
- 3) сердцебиение;
- 4) аритмию;
- 5)+** симптом Хвостека.

395. Появление зоба у значительного числа лиц, живущих на одной территории, будет определено Вами как:

- 1) спорадический зоб;
- 2) тиреоидит;
- 3)+** эндемический зоб;
- 4) эпидемический зоб;
- 5) массовый тиреотоксикоз.

396. При загрудинном зобе амбулаторный хирург не обнаружит следующий признак:

- 1)+ анемию;
- 2) пульсацию над грудиной;
- 3) смещение пищевода при рентгенологическом исследовании;
- 4) одутловатость лица и шеи;
- 5) расширение вен верхнего плечевого пояса.

397. При обследовании в поликлинике 26-летней женщины выявлены выпадение волос, нервозность, потливость, постоянное чувство голода, похудание на 12 кг. Предварительный диагноз:

- 1)+ гипертиреоз;
- 2) язвенная болезнь желудка;
- 3) гипотиреоз;
- 4) рак желудка;
- 5) феохромоцитома.

398. При болезни Базеда амбулаторный хирург может не выявить на приеме у больной:

- 1) зоб;
- 2) тахикардию;
- 3) экзофтальм;
- 4)+ брадикардию;
- 5) диастолический шум на верхушке сердца.

399. Амбулаторному хирургу следует помнить, что наиболее частым осложнением после операции субтотальной тиреоидэктомии является:

- 1) экзофтальм;
- 2) повреждение возвратного нерва;
- 3) кровотечение;
- 4) тетания;
- 5)+ гипотиреоз.

400. При обследовании больной с тиреотоксикозом хирург поликлиники выявил ряд симптомов. Какой из них не является следствием тиреотоксикоза?

- 1) симптомы Греффе и Мебиуса;
- 2) тахикардия;
- 3) экзофтальм;
- 4) тремор конечностей;
- 5)+ верхней полой вены.

401. При определении показаний к оперативному лечению зоба амбулаторному хирургу следует исключить:

- 1) тиреотоксический зоб;
- 2) узловой эутиреоидный зоб;
- 3) висцеропатическую стадию тиреотоксического зоба;
- 4) множественный узловой зоб;
- 5)+ диффузный гипотиреоидный зоб.

402. Амбулаторному хирургу следует знать, что к хроническим тиреоидитам не относят:

- 1) струмит Хашимото;
- 2) зоб Риделя;
- 3) тиреоидит де Кервена;
- 4)+ аденому щитовидной железы.

403. Какой из описанных симптомов амбулаторному хирургу не следует относить к гипотиреоидному состоянию?

- 1) увеличение массы тела;
- 2) гипергидроз;
- 3)+ тахикардию;
- 4) слабость концентрации внимания;
- 5) выпадение волос.

404. Какой признак из перечисленных при зобе 2 степени не является симптомом тиреотоксического сердца?

- 1) систолический шум на верхушке;
- 2) высокое систолическое давление;
- 3)+ сдавливающий перикардит;
- 4) аритмия;
- 5) кардиодилатация.

405. При осмотре в поликлинике хирург выяснил, что у больной 60 лет последние 3 месяца стал быстро увеличиваться узел в левой доле щитовидной железы. Явлений тиреотоксикоза нет. При сканировании щитовидной железы обнаружен «холодный» узел. Предварительный диагноз:

- 1) метастаз рака легкого;
- 2) киста щитовидной железы;
- 3) липома щитовидной железы;
- 4)+ рак щитовидной железы;
- 5) эхинококковая киста.

406. Что амбулаторному хирургу не следует считать осложнением при операциях на щитовидной железе?

- 1) повреждение трахеи;
- 2) гипотиреоз;
- 3)+ развитие хронической венозной недостаточности;
- 4) повреждение пищевода;
- 5) гематому.

407. Какую наиболее адекватную операцию должен предложить больной амбулаторный хирург при диффузном токсическом зобе?

- 1) гемитиреоидэктомию;
- 2)+ субтотальную резекцию щитовидной железы;
- 3) субтотальную резекцию щитовидной железы.

408. Какие синонимы диффузного токсического зоба должен знать амбулаторный хирург?

- 1) болезнь Панкоста;
- 2) болезнь Менетрие;
- 3) болезнь Педжета;
- 4) болезнь Боткина;
- 5)+ болезнь Гревса-Базеда.

409. Чем следует лечить амбулаторному хирургу явления тиреотоксикоза?

- 1) тиреоидином;
- 2) резерпином;
- 3)+ мерказолилом;
- 4) папаверином;
- 5) все правильно.

410. В поликлинику обратилась больная с аберрантной формой зоба. Что это такое?

- 1)+ атипичное расположение щитовидной железы;
- 2) рак щитовидной железы;
- 3) метастазы рака щитовидной железы в печень;
- 4) все верно;
- 5) все неверно.

411. При обследовании в поликлинике больной с узловым зобом выявлено эутиреоидное состояние. При каком уровне основного обмена это возможно?

- 1)+ +10%;
- 2) +30%;
- 3) +40%;
- 4) +50%;
- 5) +60%.

412. В поликлинику обратилась больная с базедовой болезнью для решения вопроса об оперативном лечении. Что не является показанием к данному методу лечения?

- 1) узловой токсический зоб;
- 2) узловой эутиреоидный зоб;
- 3) тиреотоксический зоб тяжелой степени;
- 4) большой зоб, сдавливающий окружающие органы шеи;
- 5)+ диффузный токсический зоб легкой степени.

413. Хирург поликлиники при обследовании больной 26 лет заподозрил у нее тиреотоксикоз. Какие из указанных симптомов можно отнести к проявлениям тиреотоксикоза?

- 1)+ сердцебиение;
- 2) изжогу;
- 3) птоз;
- 4) симптом Ортнера;
- 5) повышенную массу тела.

414. При первичном обследовании больной была выявлена базедова болезнь. Для нее не характерны:

- 1) симптом Штельбаха;
- 2) экзофтальм;
- 3) симптом Мебиуса;
- 4) зоб;
- 5)+ брадикардия.

415. 20-летняя женщина обратилась к амбулаторному хирургу с жалобами на утолщение на передней поверхности шеи. При обследовании выявлено, что щитовидная железа значительно диффузно увеличена, мягкая, подвижная; белковосвязанный йод, тироксин и поглощение радиоактивного йода увеличены, основной обмен +50%. Как лечить больную?

- 1)+ оперативно - субтотальная струмэктомия;
- 2) консервативно - гормонами щитовидной железы;
- 3) аспирином;
- 4) преднизолоном;
- 5) плазмаферезом.

416. При лечении гранулирующих инфицированных ран наибольшим бактерицидным действием обладает:

- 1) раствор риванола;
- 2) раствор фурацилина;
- 3)+ раствор йодопирона;
- 4) перекись водорода;
- 5) мазь Вишневского.

417. Когда следует использовать мази при лечении глубоких ограниченных ожогов?

- 1) до отторжения некротического струпа;
- 2)+ после отторжения некроза;
- 3) не имеет значения;
- 4) мази не показаны.

418. При I—II степенях ожогов кистей рук предпочтительно использовать:

- 1)+ аэрозоли;
- 2) мази на водорастворимой основе;
- 3) мази на жирорастворимой основе;
- 4) повязки с фурацилином;
- 5) биологические покрытия.

419. Ранняя некрэктомия при ожогах кисти допустима при:

- 1) наличии ограниченного ожогового струпа в области ладони;
- 2)+ наличии ограниченного ожогового струпа в области тыла кисти при локализации не глубже собственной фасции;
- 3) распространенных глубоких ожогах в области ладони;
- 4) распространенных глубоких ожогах в области тыла ладони.

420. Не является свидетельством ожога верхних дыхательных путей:

- 1) осиплость голоса;
- 2) затрудненное дыхание;
- 3)+ большая площадь ожога;
- 4) локализация ожога на лице.

421. В лечении влажных ожоговых поверхностей в условиях поликлиники следует использовать:

- 1) мази на жирорастворимой основе;
- 2)+ мази на водорастворимой основе;
- 3) биологические покрытия;
- 4) повязки с фурацилином.

422. При лечении в поликлинике ожогов, инфицированных грамотрицательной флорой, не эффективна:

- 1)+ фурацилиновая мазь;
- 2) борная мазь;
- 3) йодопионовая мазь;
- 4) мафенид.

423. Какую первую помощь следует оказать больному с ожогом?

- 1)+ поместить пострадавшую конечность под холодную воду с последующим наложением асептической повязки;
- 2) наложить спиртовой компресс;
- 3) присыпать сухими антибиотиками;
- 4) все верно.

424. Какой слой кожи повреждается при ожоге III А степени?

- 1) эпидермис;
- 2)+ сетчатый слой;
- 3) сосочковый слой;
- 4) подкожно-жировая клетчатка.

425. Что является специфическим для ожогов лица?

- 1) поражение глаз;
- 2) ожог дыхательных путей;
- 3) частое развитие психозов;
- 4) сочетание с ожогами шеи;
- 5)+ все перечисленное.

426. Когда амбулаторному хирургу следует использовать антибиотики у больных с ожогами кожи?

- 1) при ограниченных глубоких ожогах;
- 2) при поверхностных ожогах;
- 3)+ при осложнениях;
- 4) при явлениях инфицирования ограниченной ожоговой раны.

427. Сколько степеней выделяют для характеристики глубины термического ожога?

- 1) одну;
- 2) две;
- 3) три;
- 4)+ четыре;
- 5) пять.

428. Для эректильной фазы шока не характерно:

- 1) возбуждение;
- 2)+ урежение частоты дыхания;
- 3) тахикардия;
- 4) бледность и похолодание неповрежденной кожи;
- 5) повышение артериального давления.

429. При определении степени ожога учитывается:

- 1) оценка площади повреждения;
- 2)+ спиртовая проба;
- 3) локализация повреждения;
- 4) все вышеперечисленное;
- 5) ничего из вышеперечисленного.

430. При ожоге какой степени невозможно самостоятельное заживление раны?

- 1) I—II степень;
- 2) II степень;
- 3) III A степень;
- 4)+ III B-IV степень.

431. Сколько степеней выделяют для характеристики глубины отморожения?

- 1) одну;
- 2) две;
- 3) три;
- 4)+ четыре.

432. При обращении больного с отморожением для согревания следует:

- 1) приложить горячую грелку к участку отморожения;
- 2)+ погрузить отмороженный участок в прохладную воду (25-30°C) и постепенно повышать ее температуру;
- 3) погрузить отмороженный участок в горячую воду;
- 4) погрузить больного целиком в горячую ванну.

433. Для отморожения не характерно:

- 1) побледнение кожи;
- 2) похолодание кожи;
- 3) снижение или потеря всех видов чувствительности в зоне повреждения;
- 4)+ гиперемия кожи.

434. При ожоге III Б степени поражается:

- 1) только эпидермис;
- 2) кожа до росткового слоя;
- 3)+ кожа на всю глубину;
- 4) кожа и подлежащие структуры.

435. При обследовании больного 34 лет в поликлинике хирургом выявлен ряд жалоб на чувство «царапанья» в горле, слюнотечение, неловкость при глотании, необходимость запивать еду водой, ночной кашель и выделения изо рта. Для какого заболевания характерны такие симптомы?

- 1) рака легкого;
- 2) рака пищевода;
- 3)+ ценкеровского дивертикула;
- 4) опухоли средостения;
- 5) язвенной болезни желудка.

436. Какие рекомендации по консервативной терапии не должен давать амбулаторный хирург больному с дивертикулами пищевода?

- 1) щадящая рациональная диета и дробное питание;
- 2) постуральный дренаж после приема пищи и промывание пищевода минеральной водой;
- 3) местные анестетики;
- 4)+ питание в клиностатическом положении;
- 5) прием перед едой 1-2 ложек растительного масла.

437. При обследовании хирургом поликлиники мужчины с жалобами на боли за грудиной, дисфагию и регургитацию заподозрена ахалазия кардии. Рентгенологически и эндоскопически выявлены значительное расширение пищевода, отсутствие симптома раскрытия кардии, обусловленные рубцовым процессом. Укажите стадию заболевания:

- 1) I;
- 2) II;
- 3)+ III;
- 4) IV.

438. Какое лечение должен предложить хирург поликлиники больному с ахалазией кардии III стадии?

- 1) консервативное лечение;
- 2)+ кардиодилатацию;
- 3) операцию кардиомиотомии;
- 4) резекцию кардиального отдела желудка;
- 5) гастростомию.

439. Какие препараты консервативной терапии нецелесообразно назначать больному с кардиоспазмом в условиях поликлиники?

- 1) местные анестетики;
- 2) церукал;
- 3) витамины группы В;
- 4)+ вазопрессоры;
- 5) нитропрепараты.

440. На амбулаторный прием к хирургу привели молодого мужчину в состоянии алкогольного опьянения с колото-резаной раной шеи слева. Больной жалуется на боль в ране при глотании и дисфагию. Явлений шока и кровотечения нет. При объективном обследовании обнаружена подкожная эмфизема. Какие органы, с наибольшей вероятностью, повреждены у больного?

- 1) легкое;
- 2)+ пищевод;
- 3) только мышцы шеи;
- 4) сосуды шеи;
- 5) гортань.

441. На прием к хирургу поликлиники явился больной 34 лет. Данные анамнеза: 5 суток назад в бытовой ссоре он получил удар ножом в область шеи. Чувствовал себя относительно удовлетвори-тельно, затем появилась тугоподвижность шеи, температура тела повысилась до 38,4°C. При обзорном рентгенологическом исследовании обнаружена прослойка газа в мягких тканях шеи, увеличение предпозвоночного пространства и смещение трахеи кпереди. С ранением какого органа столкнулся хирург?

- 1) гортани;
- 2)+ пищевода;
- 3) легкого;
- 4) мягких тканей шеи.

442. На прием к амбулаторному хирургу явился больной с жалобами на затруднение глотания, повышение температуры, чувство инородного тела в пищеводе. Данные анамнеза: 3 суток назад при приеме пищи он подавился мелкой рыбьей костью. При обследовании выявлено: состояние больного средней тяжести, пульс - 92 уд./мин, температура тела - 38,4°C. На обзорной рентгенографии имеется газ в средостении. Что должен назначить хирург?

- 1) эзофагоскопию;
- 2) консервативное лечение;
- 3)+ экстренную госпитализацию специализированным транспортом;
- 4) анализы крови и мочи.

443. На прием к амбулаторному хирургу явился больной 34 лет с жалобами на боли в горле, затруднение глотания, повышение температуры, слабость и черный стул. Из анамнеза выяснено, что 3 суток назад больной случайно выпил небольшое количество уксусной эссенции. При обследовании выявлены: умеренный лейкоцитоз до 9,4x10⁹/л, анемия (эритроциты - 3,5x10¹²/л), повышение температуры тела до 37,4°C, при ректальном пальцевом исследовании - черный оформленный стул. На обзорной рентгенографии патологии не обнаружено. Какое осложнение химического ожога пищевода развилось у больного?

- 1) медиастинит;
- 2) плеврит;
- 3) пищеводно-трахеальный свищ;
- 4)+ желудочно-кишечное кровотечение;
- 5) абсцессы легких.

444. Хирургу поликлиники не следует назначать больному с острым химическим ожогом пищевода:

- 1) промывание желудка с помощью желудочного зонда;
- 2) раствор новокаина внутрь;
- 3)+ гастроскопию;
- 4) пероральную антидотную терапию.

445. На прием в поликлинику явился больной через 10 суток после случайного приема небольшого количества аккумуляторной кислоты с жалобами на невозможность полноценного питания, боли в пищеводе и верхней трети живота. Объективно: состояние средней тяжести, пульс - 88 уд./мин, АД - 130/70 мм рт. ст., температура тела субфебрильная, на обзорной рентгенограмме патологии не выявлено. Хирургу следует провести:

- 1) эзофагогастроскопию;
- 2) анализы крови и мочи;
- 3)+ госпитализацию в хирургический стационар;
- 4) раннее бужирование в условиях поликлиники;
- 5) консервативное лечение амбулаторно.

446. В какие сроки хирургу поликлиники следует рекомендовать позднее бужирование пищевода больному по поводу ожоговой стриктуры после перенесенного химического ожога для уменьшения возможности осложнений?

- 1) 3-4 недели;
- 2) 4-6 недель;
- 3) 6-8 недель;
- 4)+ более 8 недель.

447. Какое мероприятие на догоспитальном этапе не показано больному с химическим ожогом пищевода в острой фазе?

- 1) питье молока;
- 2)+ введение постоянного желудочного зонда;
- 3) промывание ротовой полости пищевода и желудка питьевой водой;
- 4) прием обезболивающих препаратов.

448. В поликлинику поступил больной с химическим ожогом пищевода двухчасовой давности. Надо ли проводить зондовое промывание желудка?

- 1) зонд вводят только при ожоге щелочью;
- 2)+ обязательно;
- 3) зонд вводят только при ожоге кислотой;
- 4) данный метод противопоказан.

449. При обследовании хирургом поликлиники женщины 26 лет отмечены жалобы на чувство затруднения глотания жидкой пищи, периодическую регургитацию. При эзофагоманометрии выявлено уменьшение релаксации пищеводного сфинктера при глотании. Какое заболевание, скорее всего, имеет место у больной?

- 1) рефлюкс-эзофагит;
- 2) наддиафрагмальный дивертикул пищевода;
- 3) рак пищевода;
- 4) полип пищевода;
- 5)+ ахалазия кардии.

450. На прием к хирургу обратилась больная 25 лет с клинической картиной I стадии ахалазии кардии. Какое лечение следует назначить больной?

- 1) антирефлюксная операция;
- 2) применение седативных препаратов;
- 3) применение спазмолитических средств;
- 4)+ дилатация нижнего пищеводного сфинктера;
- 5) операция эзофагомиотомии.

451. Какую симптоматику не может выявить хирург поликлиники у больных с параэзофагеальной грыжей?

- 1) боль за грудиной;
- 2)+ непроходимость кишечника;
- 3) некроз и перфорацию;
- 4) эрозивный эзофагит;
- 5) боль усиливается в положении лежа.

452. Амбулаторный хирург при обследовании больной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы должен знать, что наиболее часто встречающимся осложнением ее является:

- 1) ущемление грыжевого содержимого;
- 2) нарушение пассажа пищи;
- 3) аритмия;
- 4) желудочно-кишечное кровотечение;
- 5)+ рефлюкс-эзофагит.

453. Какой наиболее информативный метод исследования должен назначить амбулаторный хирург больному с подозрением на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы?

- 1) гастроскопию;
- 2) ангиографию;
- 3) компьютерную томографию;
- 4)+** контрастное полипозиционное рентгенологическое исследование;
- 5) сонографию.

454. Хирург поликлиники выявил у больного кардиоспазм. В какой стадии данного заболевания (по классификации Б.В. Петровского) показано оперативное лечение?

- 1) во всех стадиях;
- 2) во второй, третьей, четвертой стадиях;
- 3)+** в третьей и четвертой стадиях;
- 4) в четвертой стадии.

455. Какое лечение должен назначить хирург поликлиники больной с ценкеровским дивертикулом?

- 1)+** удаление дивертикула с миоэзофаготомией;
- 2) гастростомию;
- 3) зондовое питание;
- 4) эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода;
- 5) все перечисленное возможно.

456. Амбулаторному хирургу следует помнить, что самым частым осложнением дивертикула пищевода является:

- 1) кровотечение;
- 2) рак пищевода;
- 3)+** дивертикулит;
- 4) перфорация;
- 5) стриктура пищевода.

457. Какие ранние признаки должен искать амбулаторный хирург у больного при подозрении на рак пищевода?

- 1) усиленное слюноотечение;
- 2)+** дисфагию;
- 3) боли за грудиной и в спине;
- 4) кашель при приеме пищи;
- 5) снижение массы тела.

458. Что не должен выполнять амбулаторный хирург больному при подозрении на инородное тело пищевода:

- 1) эзофагоскопию;
- 2)+** зондирование пищевода;
- 3) контрастную рентгеноскопию пищевода;
- 4) ларингоскопию;
- 5) все указанное выполнять можно.

459. На амбулаторный прием явилась больная с легкими проявлениями рефлюкс-эзофагита. Какие рекомендации может дать хирург поликлиники при данном заболевании?

- 1) антациды;
- 2) церукал;
- 3) дробный прием пищи;
- 4) высокое положение головного конца тела во время сна;
- 5)+** все перечисленное.

460. В состав клинико-экспертной комиссии лечебно-профилактического учреждения не может входить:

- 1) главный врач;
- 2) заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;
- 3) заведующий отделением;
- 4) лечащий врач;
- 5)+ главная медсестра.

461. Кто может возглавлять клинико-экспертную комиссию лечебно-профилактического учреждения?

- 1)+ главный врач или заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;
- 2) заведующий отделением;
- 3) ведущие специалисты;
- 4) лечащий врач.

462. Имеет ли право проводить экспертизу временной нетрудоспособности средний медработник?

- 1) да;
- 2)+ только по решению органа управления здравоохранением;
- 3) нет.

463. Амбулаторный хирург имеет право выдать листок нетрудоспособности единовременно на максимальный срок:

- 1) до 3 календарных дней;
- 2)+ до 10 календарных дней;
- 3) до 30 календарных дней;
- 4) не более 10 месяцев.

464. Амбулаторный хирург имеет право единолично продлить листок нетрудоспособности на максимальный срок:

- 1) до 3 календарных дней;
- 2) до 10 календарных дней;
- 3)+ до 30 календарных дней;
- 4) не более 10 месяцев.

465. При амбулаторном лечении листок временной нетрудоспособности выдается:

- 1)+ в день установления нетрудоспособности;
- 2) при окончании лечения;
- 3) с первого дня заболевания или травмы.

466. Сколько подписей членов клинико-экспертной комиссии должно быть в больничном листке?

- 1) две;
- 2)+ три;
- 3) четыре;
- 4) шесть.

467. Сколько групп инвалидности выделяют?

- 1) две;
- 2)+ три;
- 3) четыре;
- 4) шесть.

468. К I группе инвалидности относятся:

- 1)+ лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, не способные к самообслуживанию и нуждающиеся в постороннем уходе;
- 2) лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, нетрудоспособные, но не нуждающиеся в постороннем уходе;
- 3) лица со стойкими незначительными или умеренно выраженными нарушениями функций организма, способные к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема работы;
- 4) лица с временными нарушениями функций организма, приводящими к ограничению их профессиональной деятельности.

469. Ко II группе инвалидности относятся:

- 1) лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, не способные к самообслуживанию и нуждающиеся в постороннем уходе;
- 2)+ лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, нетрудоспособные, но не нуждающиеся в постороннем уходе;
- 3) лица со стойкими незначительными или умеренно выраженными нарушениями функций организма, способные к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема работы;
- 4) лица с временными нарушениями функций организма, приводящими к ограничению их профессиональной деятельности.

470. К III группе инвалидности относятся:

- 1) лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, не способные к самообслуживанию и нуждающиеся в постороннем уходе;
- 2) лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, нетрудоспособные, но не нуждающиеся в постороннем уходе;
- 3)+ лица со стойкими незначительными или умеренно выраженными нарушениями функций организма, способные к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема работы;
- 4) лица с временными нарушениями функций организма, приводящими к ограничению их профессиональной деятельности.

471. Документом, подтверждающим временную нетрудоспособность пациента, является:

- 1)+ листок временной нетрудоспособности;
- 2) выписка из амбулаторной карты;
- 3) история болезни;
- 4) контрольная карта диспансерного наблюдения.

472. Может ли листок нетрудоспособности быть выдан только на дни явки в поликлинику, т.е. прерывисто:

- 1) нет;
- 2) да;
- 3)+ да, по решению КЭК - для проведения инвазивных методов;обследования и лечения.

473. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при облитерирующем энтертериите, не требующем оперативного лечения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 10-15 суток;
- 2)+ 14-21 суток;
- 3) 20-25 суток;
- 4) 30-40 суток.

474. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу облитерирующего энтертериита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2) 30-45 суток;
- 3) 50-60 суток;
- 4)+ 60-80 суток.

475. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром тромбофлебите поверхностных сосудов нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 10-15 суток;
- 2)+ 15-18 суток;
- 3) 15-24 суток;
- 4) 20-30 суток.

476. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром тромбофлебите глубоких вен нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 10-15 суток;
- 2) 15-18 суток;
- 3) 15-24 суток;
- 4)+ 20-30 суток.

477. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром тромбофлебите, варикозном расширении вен нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 10-15 суток;
- 2) 15-20 суток;
- 3)+ 20-30 суток;
- 4) 30-35 суток.

478. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 15-20 суток;
- 2) 20-30 суток;
- 3)+ 25-35 суток;
- 4) 30-35 суток.

479. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного абсцесса легкого (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2) 40-50 суток;
- 3)+ 60-80 суток;
- 4) 80-90 суток.

480. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения операции по поводу эмпиемы плевры (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2) 40-50 суток;
- 3) 50-60 суток;
- 4)+ 60-90 суток.

481. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного пневмоторакса (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 10-20 суток;
- 2)+ 20-30 суток;
- 3) 30-40 суток;
- 4) 40-50 суток.

482. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острой язвы желудка, осложненной кровотечением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2) 30-45 суток;
- 3)+ 45-60 суток;
- 4) 50-70 суток.

483. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу перфорации острой язвы желудка (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 30-45 суток;
- 2) 50-60 суток;
- 3)+ 60-75 суток;
- 4) 75-80 суток.

484. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острой язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 15-20 суток;
- 2)+ 20-40 суток;
- 3) 45-60 суток;
- 4) 50-70 суток.

485. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острой язвы двенадцатиперстной кишки с прободением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 15-20 суток;
- 2) 20-40 суток;
- 3)+ 45-60 суток;
- 4) 50-70 суток.

486. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого катарального аппендицита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1)+ 16-18 суток;
- 2) 18-21 сутки;
- 3) 21-24 суток;
- 4) 26-30 суток.

487. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого флегмонозного аппендицита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 16-18 суток;
- 2)+ 18-21 сутки;
- 3) 21-24 суток;
- 4) 26-30 суток.

488. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гангренозного аппендицита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 16-18 суток;
- 2) 18-21 сутки;
- 3)+ 21-24 суток;
- 4) 26-30 суток.

489. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу односторонней паховой грыжи (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 18-20 суток;
- 2)+ 21-23 суток;
- 3) 22-25 суток;
- 4) 25-30 суток.

490. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности больной после выполнения операции по поводу односторонней бедренной грыжи (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 18-20 суток;
- 2) 21-23 суток;
- 3)+ 22-25 суток;
- 4) 25-30 суток.

491. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу пупочной грыжи (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 18-20 суток;
- 2) 21-23 суток;
- 3) 22-25 суток;
- 4)+ 23-28 суток.**

492. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу грыжи передней брюшной стенки (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 18-20 суток;
- 2) 21-23 суток;
- 3)+ 20-25 суток;**
- 4) 25-30 суток.

493. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу инвагинации кишечника (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2)+ 30-40 суток;**
- 3) 40-50 суток;
- 4) 50-55 суток.

494. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гнойного местного перитонита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2)+ 30—40 суток;**
- 3) 50-60 суток;
- 4) 60-90 суток.

495. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гнойного распространенного перитонита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2) 30-40 суток;
- 3) 50-60 суток;
- 4)+ 60-90 суток.**

496. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу абсцесса печени (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 40-50 суток;
- 2) 60-80 суток;
- 3) 90-100 суток;
- 4)+ 120-140 суток.**

497. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному холецистэктомии по поводу острого холецистита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 25-30 суток;
- 2) 32-45 суток;
- 3)+ 48-55 суток;**
- 4) 55-60 суток.

498. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного желудочно-кишечного кровотечения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 15-20 суток;
- 2)+ 20-35 суток;**
- 3) 30-40 суток;
- 4) 40-45 суток.

499. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного флегмоны пальцев кисти или стопы (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1)+ 5-15 суток;
- 2) 15-20 суток;
- 3) 20-25 суток;
- 4) 25-30 суток.

500. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного вторичного посттравматического полиартроза (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 10-20 суток;
- 2)+ 15-30 суток;
- 3) 30-35 суток;
- 4) 35-40 суток.

501. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу тиреотоксикоза с токсическим многоузловым зобом (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-25 суток;
- 2) 25-30 суток;
- 3) 30-35 суток;
- 4)+ 35-45 суток.

502. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного ушиба грудной клетки (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1)+ 7-10 суток;
- 2) 10-15 суток;
- 3) 15-20 суток;
- 4) 20-25 суток.

503. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома ребра без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1)+ 15-25 суток;
- 2) 20-30 суток;
- 3) 40-50 суток;
- 4) 50-60 суток.

504. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома ребра со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 15-25 суток;
- 2)+ 20-30 суток;
- 3) 40-50 суток;
- 4) 50-60 суток.

505. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного множественного перелома ребер (2-3) без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 15-25 суток;
- 2) 20-30 суток;
- 3)+ 30-15 суток;
- 4) 50-60 суток.

506. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома крестца без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 25-45 суток;
- 2) 30-50 суток;
- 3)+ 55-90 суток;
- 4) 80-100 суток.

507. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома подвздошной кости без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 25-45 суток;
- 2)+ 35-45 суток;
- 3) 55-90 суток;
- 4) 80-100 суток.

508. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха поясничного позвонка (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 25-45 суток;
- 2) 30-50 суток;
- 3) 55-90 суток;
- 4)+ 80-100 суток.

509. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненной открытой раны плечевого пояса и плеча (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1)+ 10-15 суток;
- 2) 15-18 суток;
- 3) 18-20 суток;
- 4) 20-25 суток.

510. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома ключицы без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 25-30 суток;
- 2)+ 30-40 суток;
- 3) 40-55 суток;
- 4) 55-60 суток.

511. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома головки плечевой кости без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2)+ 35-45 суток;
- 3) 55-65 суток;
- 4) 70-80 суток.

512. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома хирургической шейки плечевой кости без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2) 35-45 суток;
- 3)+ 50-60 суток;
- 4) 70-80 суток.

513. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома хирургической шейки плечевой кости со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2) 35-45 суток;
- 3) 55-65 суток;
- 4)+ 70-80 суток.

514. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома диафиза плечевой кости со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 40-50 суток;
- 2) 60-70 суток;
- 3) 80-120 суток;
- 4)+ 140-150 суток.

515. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха плечевого сустава (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2) 35-45 суток;
- 3)+** 45-60 суток;
- 4) 70-80 суток.

516. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого сочетанного перелома диафизов локтевой и лучевой костей в средней трети без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-30 суток;
- 2) 35-45 суток;
- 3)+** 55-60 суток;
- 4) 70-80 суток.

517. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного открытой раны запястья или кисти с неосложненным течением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 10-15 суток;
- 2)+** 15-20 суток;
- 3) 20-25 суток;
- 4) 25-30 суток.

518. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного вывиха пальца кисти (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 10-15 суток;
- 2) 15-20 суток;
- 3) 20-25 суток;
- 4)+** 25-30 суток.

519. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома шейки бедра без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 50-60 суток;
- 2) 80-95 суток;
- 3) 150-160 суток;
- 4)+** 165-180 суток.

520. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома диафиза бедренной кости со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 125-135 суток;
- 2) 145-155 суток;
- 3) 180-190 суток;
- 4)+** 195-210 суток.

521. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха в тазобедренном суставе (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 125-135 суток;
- 2) 145-155 суток;
- 3)+** 180-200 суток;
- 4) 200-210 суток.

522. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха в коленном суставе (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 40-50 суток;
- 2) 50-70 суток;
- 3)+** 60-80 суток;
- 4) 80-100 суток.

523. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного термического ожога туловища II степени (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1)+ 40-60 суток;
- 2) 70-80 суток;
- 3) 100-120 суток;
- 4) 160-180 суток.

524. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного термического ожога туловища III степени (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 40-80 суток;
- 2) 100-120 суток;
- 3)+ 160-180 суток;
- 4) 180-200 суток.

525. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу гнойного парапроктита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1) 20-25 суток;
- 2)+ 25-35 суток;
- 3) 30-40 суток;
- 4) 40-45 суток.

generated at geetest.ru