**КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ ПО ХИРУРГИИ**

**ВОПРОСЫ**

**1. СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

001. Правильным определением социальной гигиены как науки является

а) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении

б) социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения

в) социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения

003. Общественное здоровье характеризуют показатели, кроме

а) трудовой активности населения

б) заболеваемости

в) инвалидности

г) демографических показателей

д) физического развития населения

004. Уровень общей смертности населения в нашей стране в 1994 г находился в пределах

а) от 5 до 10%

б) от 11 до 15%

в) от 16 до 20%

005. Уровень младенческой смертности в нашей стране в 1994 г находился в пределах

а) от 10 до 15%

б) от 16 до 20%

в) от 20 до 25%

г) свыше 25%

006. Показатель рождаемости населения в Российской Федерации в 1994 г находился в пределах

а) до 10 на 1000

б) от 10 до 15 на 1000

в) от 15 до 20 на 1000

007. Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме

а) уровня культуры населения

б) экологических факторов среды

в) качества и доступности медицинской помощи

г) безопасных условий труда

д) сбалансированности питания

009. Субъектами обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме

а) фонда медицинского страхования

б) страховой организации

в) органа управления здравоохранением

г) медицинского учреждения

д) гражданина

012. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все положения, кроме

а) перечня, видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС

б) стоимости различных видов медицинской помощи

в) организаций добровольного медицинского страхования

г) видов платных медицинских услуг

д) дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

015. Основными задачами поликлиники являются все, кроме

а) медицинской помощи больным на дому

б) лечебно-диагностического обслуживания населения

в) организации работ по пропаганде здорового образа жизни

г) профилактической работы

д) экспертизы временной нетрудоспособности

016. Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме

а) анализа интенсивности потока больных по времени

б) нормирования деятельности врачей

в) правильной организации графика приема врачей

г) четкой работы регистратуры

д) дисциплины персонала

017. Основными обязанностями участкового терапевта при оказании лечебно-профилактической помощи населению, проживающему на закрепленном участке, являются все, кроме

а) оказания своевременной терапевтической помощи

б) организации госпитализации больных

в) организации специализированной медицинской помощи

г) проведения экспертизы временной нетрудоспособности

д) организации диспансерного наблюдения населения

020. Структура больничных учреждений РФ включает типы больниц, кроме

а) республиканской, областной больницы

б) больницы восстановительного лечения

в) центральной районной больницы

г) городской многопрофильной больницы

д) сельской участковой больницы

021. Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку РФ включают все направления, кроме

а) заботы о здоровье матери и ребенка

б) обеспечения женщинам возможности максимально сочетать материнство с использованием гражданских прав

в) обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей

г) разработки эффективной системы оказания медицинской помощи матери и ребенку

д) социального страхования беременной женщины и женщины-матери

023. Структурными компонентами младенческой смертности в зависимости от периодов жизни являются

а) перинатальная смертность

б) неонатальная смертность

в) постнеонатальная смертность

г) ранняя неонатальная смертность

д) поздняя неонатальная смертность

026. Существуют ли различия между трудовым договором и договором контракта

а) да

б) нет

028. В течение какого периода времени со дня издания приказа органа здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам среднего медицинского (фармацевтического) персонала

а) в течение 5 лет

б) в течение 3 лет

в) в течение 7 лет

029. Запись в трудовой книжке специалиста (из числа врачебного, фармацевтического и среднего медицинского персонала) о присвоении ему по результатам аттестации (переаттестации) квалификационной категории

а) вносится

б) вносится не обязательно

в) не вносится

030. Ограничение в размерах доплат работникам за совмещение ими профессий (должностей) , увеличение объема работы, расширение зоны обслуживания

а) установлено

б) не установлено

031. Медицинская деонтология - это

а) самостоятельная наука о долге медицинских работников

б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

в) не знаю

032. Укажите, какая из перечисленных ниже характеристик медицинской этики правильная

а) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача

б) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников

в) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

г) верно все вышеперечисленное

д) верно

033. Соблюдение врачебной тайны необходимо

а) для защиты внутреннего мира человека, его автономии

б) для охраны от манипуляций со стороны внешних сил

в) для защиты социальных и экономических интересов личности

г) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"

д) для поддержания престижа медицинской профессии

е) все перечисленное верно

034. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства

а) всегда

б) в особых случаях

в) не всегда

035. Предметом изучения медицинской статистики являются

а) здоровье населения

б) выявление и установление зависимости между уровнем здоровья и факторами окружающей среды

в) данные о сети, деятельности, кадрах учреждений здравоохранения

г) достоверность результатов клинических и экспериментальных исследований

д) все перечисленные выше положения

е) верно а) и б)

036. Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются все перечисленные, кроме

а) демографических показателей

б) заболеваемости

в) инвалидности

г) физического развития

д) комплексной оценки здоровья населения

е) трудовой активности

037. Уровнем достоверности в медицинских статистических исследованиях является вероятность изучаемого признака, равная

а) 68%

б) 90%

в) 92%

г) 95%

д) 94%

043. Организация работы поликлиники характеризуется следующими данными

а) структура посещений по специальности

б) динамика посещений, распределение посещений по виду обращений, по месяцам, дням недели, часам дня

в) объем помощи на дому, структура посещений на дому, активность врачей по помощи на дому

г) соотношение первичных и повторных посещений на дому

д) всеми вышеперечисленными положениями

044. Организация работы стационара включает в себя следующие показатели

а) среднее число дней работы койки

б) среднее число занятых и свободных коек

в) оборот койки

г) средние сроки пребывания больного в стационаре

д) все вышеназванные показатели

045. Интенсивный показатель досуточной летальности определяется как

а) отношение числа умерших в первые сутки к общему числу умерших в больнице

б) отношение числа умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар

в) отношение числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки

047. Для оценки качества деятельности врача-терапевта-участкового (цехового) экспертно оцениваются

а) каждый случай смерти на дому

б) каждый случай первичного выхода на инвалидность

в) каждый случай расхождения диагнозов поликлиники и стационара

г) каждый случай выявления больных с запущенными формами злокачественного новообразования, туберкулеза

д) все вышеперечисленные положения

048. Международная классификация болезней - это

а) перечень наименований болезней в определенном порядке

б) перечень диагнозов в определенном порядке

в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу

г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями

д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

049. Показателем, рекомендованным к вычислению для общей характеристики амбулаторно-поликлинического учреждения, является

а) обеспеченность населения врачами

б) обеспеченность средним медицинским персоналом

в) показатель укомплектованности (врачами, средним, младшим медицинским персоналом)

г) коэффициент совместительства

д) все вышеперечисленные показатели

**2. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ**

001. Мягкие покровы черепа состоят

а) из 3 слоев

б) из 5 слоев

в) из 6 слоев

г) из 8 слоев

002. Прорыв гноя в сигмовидный синус из сосцевидного отростка возможен

а) через шило-сосцевидное отверстие

б) через каменисто-барабанную щель

в) через сосцевидный выпускник

г) через яремное отверстие

003. Гидротермическая деструкция Гассерова узла проводится

а) через круглое отверстие

б) через овальное отверстие

в) через яремное отверстие

г) через остистое отверстие

004. Возникновение симптома "очков" при переломе основания черепа объясняется

а) повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке

б) разрывом зрительной артерии

в) повреждением внутренней сонной артерии в полости черепа

г) повреждением передней решетчатой вены

д) повреждением задней решетчатой вены

005. Двигательная иннервация мышц лица осуществляется (1) лицевым нервом (2) тройничным нервом (3) подъязычным нервом (4) добавочным нервом

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 1, 3

д) верно 2, 4

006. Наиболее возможными путями прорыва гноя при паротите, объясняемыми особенностями топографии околоушной слюнной железы и ее фасции, являются: (1) прорыв гноя в ротовую полость (2) прорыв гноя в переднее окологлоточное пространство (3) прорыв гноя в заднее окологлоточное пространство (4) прорыв гноя в наружный слуховой проход

а) верно 1, 2

б) верно 3, 4

в) верно 2, 4

г) верно 1, 3

д) верно 2, 3

007. Заброс гнойных эмболов в пещеристый синус возможен

а) через верхнюю глазничную вену

б) через нижнюю глазничную вену

в) через переднюю лицевую вену

г) через крыловидное венозное сплетение

д) все названные вены

008. В состав сосудисто-нервного пучка шеи входят следующие нервы

а) блуждающий нерв

б) нисходящая ветвь подъязычного нерва

в) промежуточный нерв

г) пограничный симпатический ствол

д) правильно а) и б)

009. Гиперемия лица при проведении ваго-симпатической блокады объясняется

а) блокадой блуждающего нерва

б) усилением кровотока

в) блокадой симпатического ствола

г) блокадой нисходящей ветви подъязычного нерва

д) правильно а) и б)

010. Типичным уровнем перевязки наружной сонной артерии является

а) сразу в области бифуркации общей сонной артерии

б) выше отхождения язычной артерии

в) ниже отхождения лицевой артерии

г) ниже отхождения язычной артерии

011. Футляр для сосудисто-нервного пучка шеи образует в основном

а) поверхностная фасция

б) глубокая (предпозвоночная) фасция

в) собственная фасция

г) срединная (внутренностная) фасция

012. Местом формирования диафрагмального нерва является

а) ромбовидная ямка

б) мосто-мозжечковый угол

в) шейное сплетение

г) плечевое сплетение

013. Коникотомия проводится на уровне

а) ниже подъязычной кости

б) между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом

в) между перстневидным и щитовидным хрящами

014. Возникновение воздушной эмболии сосудов головного мозга после операции на органах шеи объясняется (1) незаращением межпредсердной перегородки (2) незаращением Боталлова протока (3) незаращением межжелудочковой перегородки (4) плотным срастанием вен шеи с фасциями (5) рассечением фасциально-клетчаточных пространств шеи

а) верно 1 и 2

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 1, 4

д) верно 2, 5

015. При синдроме передней лестничной мышцы основной жалобой больных являются боли, имеющие типичное распространение от шеи или надплечья по ульнарной поверхности руки. Зона распространения этих болей обусловлена

а) сдавлением подключичной артерии в межлестничном промежутке в пределах острого угла между лестничной мышцей и первым ребром

б) сдавлением локтевого нерва

в) сдавлением кожно-мышечного нерва

г) сдавлением первичных нервных стволов плечевого сплетения, формирующихся из C7- C8

016. При гиперабдукционном синдроме (отведение рук высоко вверх) , именуемом также синдромом малой грудной мышцы, исчезновение пульса на лучевой артерии обусловлено

а) раздражением симпатических волокон подкрыльцовой артерии

б) перегибом подкрыльцовой артерии в области сухожилия малой грудной мышцы

в) и тем, и другим

г) ни тем, и ни другим

017. При отведении плеча к горизонтальному уровню или выше его отмечается дестабилизация действия некоторых мышц области плечевого сустава, что способствует вывиху в нем. В этом участвуют (1) большая грудная мышца (2) малая грудная мышца (3) надостная мышца (4) большая круглая мышца (5) подлопаточная мышца

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 4, 5

в) верно 2, 3, 4

г) верно 3, 4, 5

д) верно 1, 3, 4

018. При плече-лопаточном периартрите и травмах плечевого сустава болевой синдром можно снять блокадой

а) мышечно-кожного нерва

б) надлопаточного нерва со стороны подостной ямки

в) надлопаточного нерва со стороны надостной ямки

г) лучевого нерва на плече

019. При скоплении жидкости в плечевом суставе пункция его наиболее рациональна

а) с передней стороны сустава

б) с задней стороны сустава

г) с верхней стороны сустава

г) со стороны медиальной части сустава

020. Затек гноя под подлопаточную мышцу при гнойном воспалении плечевого сустава развивается

а) посредством синовиального выворота вдоль сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча

б) по ходу подлопаточной мышцы, прикрепляющейся своим сухожилием в полости плечевого сустава

в) через слизистую сумку подлопаточной мышцы, всегда сообщающейся с полостью плечевого сустава

г) за счет слабости фиброзной капсулы синовиальной оболочки сустава

021. Резко выраженное приведение плеча при флегмонах, локализующихся в рыхлой клетчатке между большой и малой грудной мышцами, отмечается за счет сокращения

а) дельтовидной мышцы

б) подлопаточной мышцы

в) малой грудной мышцы

г) большой грудной мышцы

022. При экссудате в локтевом суставе выпячивание его сумки отмечается по бокам локтевого отростка и сухожилия трехглавой мышцы. Участки выпячивания, в которых капсула сустава покрыта только фасцией и кожей, располагаются

а) в области локтевого отростка

б) в участке между локтевым отростком, сухожилием трехглавой мышцы и латеральной группой мышц предплечья

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

023. Пункцию локтевого сустава рационально производить после сгибания локтя до прямого угла

а) в задне-наружной поверхности сустава

б) в задне-внутренней поверхности сустава

в) со стороны задней поверхности сустава

г) в передне-наружной поверхности сустава

024. При выполнении проводниковой блокады срединного нерва в области кожной складки лучезапястного сустава выключается чувствительная иннервация

а) I, II, III пальцев и радиального края IV пальца

б) IV пальца и ульнарного края IV пальца

в) всех пальцев кисти

025. При проводниковой блокаде локтевого нерва кнаружи от гороховидной кости выключается чувствительная иннервация

а) I-III пальцев

б) I-V пальцев

в) V пальца и ульнарного края IV пальца

026. Прорыв гноя из проксимального отдела синовиальных влагалищ большого пальца и II-V пальцев кисти происходит (1) под длинную ладонную мышцу (2) между глубоким сгибателем пальцев и квадратным пронатором (3) под квадратный пронатор (4) между поверхностным и глубоким сгибателями пальцев

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 2, 4

д) верно 1, 3

027. Пункция лучезапястного сустава производится

а) с тыльно-радиальной поверхности кисти

б) с тыльной поверхности кисти

в) с тыльно-ульнарной поверхности кисти

г) с ладонной поверхности кисти

028. Срединное фасциальное пространство ладони имеет условные стенки, среди которых дно составляют III и IV пястные кисти и межкостные мышцы, покрытые глубокой фасцией ладони. Крышей срединного пространства является ладонный апоневроз. С наружной и внутренней сторон его границами являются соответственно латеральные и медиальные перегородки на границе возвышений мышц I и V пальцев. Глубокая артериальная дуга и глубокая ветвь локтевого нерва располагается

а) в дне срединного фасциального пространства ладони

б) в крыше срединного фасциального пространства ладони

в) в латеральной мышечной перегородке

г) в медиальной мышечной перегородке

029. Поверхностная ладонная артериальная дуга располагается под ладонным апоневрозом в пределах

а) лучевого фасциального пространства

б) срединного фасциального пространства

в) локтевого фасциального пространства

030. Лимфатический сосуд, собирающий лимфу от II-III пальцев кисти по ходу подкожной вены проходит дельтовидно-пекторальную борозду и вместе с веной в области подключичной ямки проникает в подмышечную ямку, где расположена

а) латеральная подмышечная группа лимфатических узлов

б) медиальная подмышечная группа лимфатических узлов

в) центральная подмышечная группа лимфатических узлов

г) верхняя подмышечная или подключичная группа лимфатических узлов

031. С клетчаткой подмышечной впадины сообщается (1) переднее глубокое клетчаточное пространство (2) надостное (3) подостное (4) передняя предлопаточная щель (5) задняя предлопаточная щель

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 4, 5

д) верно 1, 5

032. Наиболее неблагоприятной локализацией рака молочной железы в силу анатомических особенностей, путей лимфооттока и метастазирования является

а) наружне-верхняя

б) наружне-нижняя

в) внутренне-верхняя

г) внутренне-нижняя

033. При проведении паравертебральной блокады происходит блокада

а) передних корешков

б) задних корешков

в) спинномозгового нерва

034. Загрудинная блокада (по В. И. Казанскому) выключает

а) аортальное нервное сплетение

б) венозное нервное сплетение

в) сердечное нервное сплетение

г) легочное нервное сплетение

д) правильно а) и в)

035. Наиболее рациональный способ пункции перикардита

а) по Шарцу

б) по Пирогову

в) по Шапошникову

г) по Ларрею

д) по Марфану

036. Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры

а) подключичная вена

б) подключичная артерия

в) нижняя щитовидная артерия

г) общая сонная артерия

037. Блуждающий нерв вызывает

а) учащение сердечных сокращений и усиление систолы

б) учащение сердечных сокращений и ослабление систолы

в) урежение частоты сердечных сокращений и ослабление систолы

г) урежение частоты сердечных сокращений и усиление систолы

038. Появление венозного застоя в области головы, шеи и верхних конечностей у больного прикорневым раком правого легкого обусловлено

а) сдавлением правой легочной артерии

б) прорастанием опухоли в непарную вену

в) сдавлением верхней легочной вены справа

г) сдавлением верхней полой вены

039. Причиной послеоперационных парезов органов брюшной полости после правосторонней пульмоэктомии является повреждение

а) диафрагмального нерва

б) пограничного симпатического ствола

в) правого блуждающего нерва

г) большого чревного нерва справа

040. Зоной распространения гематомы или гнойника, развивающимися под глубоким листком поверхностной фасции живота, являются

а) промежность

б) паховые связки

в) передняя поверхность бедра

041. Мышцей брюшной стенки, образующей при переходе в апоневротическую часть полулунную (спигелеву) линию, является

а) наружная косая мышца живота

б) внутренняя косая мышца живота

в) поперечная мышца живота

г) прямая мышца живота

042. Причиной постоянных жгучих болей, появляющихся иногда после операции грыжесечения, является вовлечение в рубец

а) бедренного нерва

б) подвздошно-подчревного нерва

в) подвздошно-пахового нерва

043. Симптомы, сходные с симптомами острого аппендицита, возникают при прободной язве желудка и 12-перстной кишки вследствие

а) раздражения брюшины желудочным или кишечным содержимым

б) распространения содержимого по латеральному карману в подвздошную ямку

в) раздражения солнечного сплетения

044. Сосудом, сдавливающим нижнюю часть 12-перстной кишки и нарушающим ее проходимость, является

а) верхняя брыжеечная артерия и вена

б) верхняя брыжеечная артерия и нижняя брыжеечная вена

в) средняя артерия ободочной кишки

г) левая артерия ободочной кишки

045. Отек правой нижней конечности развивается на фоне острого аппендицита или после аппендэктомии вследствие

а) тромбоза подвздошных вен

б) распространения воспалительного процесса на бедро

в) вовлечения в воспалительный процесс подвздошно-поясничной мышцы

046. Вскрытия плеврального синуса необходимо опасаться при выполнении операционного доступа через забрюшинное пространство

а) к поджелудочной железе

б) к почке

в) к 12-перстной кишке

г) к абдоминальной аорте

047. При операциях на желудке иногда перевязывают ошибочно добавочную печеночную артерию, что в свою очередь, может привести к некрозу сегмента, сектора или даже доли печени. Добавочная печеночная артерия чаще отходит

а) от общей печеночной артерии

б) от левой желудочной артерии

в) от селезеночной артерии

г) от верхней брыжеечной артерии

048. Сращение подвздошной, лобковой и седалищной костей в единую тазовую кость происходит в постэмбриональном онтогенезе в области

а) вертлужной впадины

б) крыла подвздошной кости

в) седалищного бугра

г) ветви лобковой кости

049. Большое и малое седалищные отверстия формируются за счет

а) крестцово-подвздошных связок

б) лобкового симфиза

в) крестцово-бугровой и крестцово-остной связки

050. Седалищный нерв покидает полость таза

а) через надгрушевидное отверстие

б) через подгрушевидное отверстие

в) через запирательное отверстие

051. Распространение гнойных затеков на бедро, во влагалище прямых мышц живота и в брюшную полость возможно

а) из позади прямокишечного клетчаточного пространства

б) из позади пузырного

в) из предпузырного

г) из бокового

052. В формировании мочеполовой диафрагмы принимает участие

а) глубокая поперечная мышца промежности

б) мышца, поднимающая задний проход

в) грушевидная мышца

г) внутренняя запирательная мышца

053. Питание органов таза осуществляет

а) внутренняя подвздошная артерия

б) наружная подвздошная артерия

в) передняя ветвь внутренней подвздошной артерии

г) задняя ветвь внутренней подвздошной артерии

054. Проникновение инфекции в клетчатку седалищно-прямокишечной ямки возможно

а) при разрушении тазовой диафрагмы

б) через малое седалищное отверстие

в) по ходу полового сосудисто-нервного пучка

г) все перечисленное

055. К ветвям внутренней подвздошной артерии, осуществляющим питание мочевого пузыря, относятся

а) пупочная артерия

б) передний ствол внутренней подвздошной артерии

в) запирательная артерия

г) внутренняя половая артерия

д) правильно а) и б)

056. Питание прямой кишки происходит за счет

а) нижней брыжеечной артерии

б) внутренней подвздошной артерии

в) внутренней половой артерии

г) всех перечисленных

057. В прямой кишке выделяют

а) один сфинктер

б) два сфинктера

в) три сфинктера

г) четыре сфинктера

058. При выполнении операции геморроидэктомии следует помнить, что в зоне геморроидальных узлов располагаются кавернозные тельца, в лакуны которых впадают ветви

а) нижней прямокишечной артерии

б) пупочной артерии

в) нижней ягодичной артерии

г) нижней брыжеечной артерии

059. Перевязка внутренней подвздошной артерии в связи с особенностями ее топографии может быть осложнена расположением рядом с ней

а) маточной трубы

б) мочеточника

в) наружной подвздошной артерии

г) всего перечисленного

060. Основными источниками кровоснабжения предстательной железы является

а) нижне-пузырная артерия

б) средне-прямокишечная артерия

в) запирательная артерия

г) нижняя ягодичная артерия

д) нижние пузырные и средние прямокишечные

061. Распространение гнойно-воспалительного процесса из клетчаточного пространства, расположенного под большой ягодичной мышцей, в область малого таза, происходит

а) через малое седалищное отверстие

б) через щель под проксимальной частью сухожилия большой ягодичной мышцы

в) через над- и подгрушевидные отверстия

г) по ходу седалищного нерва

062. Глубокое бедренное кольцо при аномалийном отходжении запирательной артерии со всех сторон окружено сосудистыми образованиями. В образовании "короны смерти" не принимают участия

а) лобковая ветвь нижней надчревной артерии

б) бедренная вена

в) окружающая подвздошную кость поверхностная артерия

063. Флегмоны стопы нередко возникают при прорыве гноя из проксимального конца синовиального влагалища, I и V пальцев стопы

а) идет вдоль всей стопы

б) заканчивается на уровне костей предплюсны

в) заканчивается на уровне головок плюсневых костей

064. Общим отличительным признаком всех бедренных грыж является

а) выход их над паховой складкой

б) расположение внутри от бедренной вены

в) наличие выпячивания на бедре

г) выход их из-под паховой складки

065. В заднем костно-фиброзном влагалище голени располагаются

а) сгибатели стопы и пальцев с большеберцовым нервом

б) мышцы, разгибающие стопу и пальцы с глубоким малоберцовым нервом

в) пронирующие стопу малоберцовые мышцы с поверхностным малоберцовым нервом

066. Под апоневрозом подошвы располагается

а) два клетчаточных пространства

б) три клетчаточных пространства

в) четыре клетчаточных пространства

г) пять клетчаточных пространств

067. В верхней половине бедренного треугольника по отношению к бедренной артерии бедренная вена располагается

а) спереди

б) кнаружи

в) кнутри

г) сзади

068. Паховый лимфатический узел Пирогова располагается в области

а) устья большой подкожной вены бедра

б) проекции бедренной артерии

в) правильного ответа нет

069. Суставная капсула голеностопного сустава лишена укрепляющих связок

а) латерально и сзади

б) спереди и сзади

в) медиально и сзади

070. При перевязке бедренной артерии под паховой связкой коллатеральное кровообращение нижней конечности осуществляется по анастомозам

а) внутренней подвздошной артерии с ветвями наружной подвздошной артерии

б) между запирательной, ягодичными ветвями внутренней подвздошной артерии и латеральной, медиальной, окружающими бедро, ветвями глубокой артерии бедра

в) между поверхностной и глубокой артериями, сгибающими подвздошную кость

071. Доступ к бедренной артерии выполняется по линии

а) соединяющей передне-верхнюю ость подвздошной кости с латеральным мыщелком бедра

б) соединяющей середину пупартовой связки с медиальным мыщелком бедра

в) и той, и другой

г) ни той, и ни другой

072. Катетеризация периферических лимфатических сосудов нижних конечностей (стопа, голень) выполняется с целью

а) введения лекарственных препаратов

б) выполнения лимфосорбции

в) и с той, и с другой целью

г) ни с той, и ни с другой целью

073. Пункция коленного сустава выполняется

а) на уровне основания или верхушки надколенника, отступив от него на 1-2 см

б) отступя от боковых поверхностей надколенника на 3-4 см медиальнее или латеральнее

в) оба ответа неправильны

074. Для обезболивания переломов костей таза обычно пользуются внутритазовой анестезий по методу Школьникова, Селиванова, Цодыкса. Точка укола иглы (положение больного на спине) располагается

а) на 5 см выше передней ости подвздошной кости

б) на 1 см внутри от передней ости подвздошной кости

в) на 3 см ниже и на 3 см медиальнее подвздошной кости

**3. ОБЩИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИИ**

001. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком хронического холецистита может быть

а) слабая рентгеноконтрастная тень желчного пузыря

б) резко увеличенная, не сокращающаяся на дачу желчегонного завтрака тень желчного пузыря

в) "отключенный" желчный пузырь

г) подозрение на тени конкрементов в желчном пузыре при сокращении его на 1/3 после дачи желчегонного завтрака

002. Наиболее достоверным методом установления причины механической желтухи является

а) лапароскопия

б) радиоизотопная динамическая билиосцинтиграфия

в) ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков

г) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

д) лапароскопическая холецистография

003. Сужение дистального отдела холедоха диагностируется с помощью

а) эндоскопической ретроградной холангиографии

б) операционной холангиографии

в) инструментальным зондированием во время холедохотомии

г) холедохоскопией на операционном столе

д) все указанные выше

004. Нормальный диаметр холедоха составляет

а) 3-5 мм

б) 6-8 мм

в) 9-11 мм

г) 8-12 мм

д) 5-12 мм

005. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют

а) о холедохолитиазе

б) о сальмонеллезе желчного пузыря

в) о внутренней желчной фистуле

г) о желудочно-толстокишечной фистуле

д) о холецистите

006. Портальная гипертония является

а) синдромом

б) самостоятельной болезнью

в) на сегодня этот вопрос еще не решен, спорный

г) и то, и другое

007. Наиболее частой причиной портальной гипертонии у взрослых является

а) тромбоз селезеночной или воротной вены

б) опухолевые поражения печени

в) цирроз печени

г) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность

д) синдром Бадд - Хиари

008. Наиболее достоверно уровень блока воротного русла определяется

а) сцинтиграфией печени и селезенки

б) эхографией печени

в) спленопортографией

г) портографией через пупочную вену

д) илеомезентерикографией

009. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно установить с помощью

а) лапароскопии

б) пневмомедиастинографии

в) ангиографии печени

г) рентгеноскопии пищевода и желудка

д) динамической гепатобилиосцинтиграфией

010. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано

а) при остром деструктивном холецистите

б) при неушитом ложе удаленного желчного пузыря

в) при неуверенности в окончательном гемостазе

г) при редких швах ложа удаленного желчного пузыря

д) правильно а) и б)

011. После холецистэктомии в ближайшем послеоперационном периоде постепенно нарастает желтуха, данные операционной холангиографии не указывали на патологию желчных протоков. Наиболее вероятная причина желтухи

а) сывороточный гепатит

б) камень холедоха

в) гемолитическая желтуха

г) операционная травма холедоха (лигирование его)

д) все из вышеперечисленного

012. Наиболее ценными методами исследования при распознавании рака поджелудочной железы являются все перечисленные, за исключением

а) релаксационной дуоденографии

б) селективной ангиографии

в) скенирования

г) лапароскопии

013. Для распознавания рака поджелудочной железы можно применить все перечисленные методы, кроме

а) ретроградной холангиопанкреатографии

б) ультразвукового скенирования

в) компьютерной томографии

г) холецистографии

д) ангиографии и изотопной сцинтиграфии

014. При выполнении чрезкожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения

а) кровотечение

б) желчеистечение

в) повреждение полого органа с последующим развитием перитонита

г) обострение холангита или развитие острого панкреатита

д) все перечисленное

015. Для выявления конкрементов в желчном пузыре показаны все следующие методы исследования, кроме

а) обзорной рентгенографии брюшной полости

б) ретроградной холангиографии

в) ультразвукового скенирования брюшной полости

г) внутривенной холецистохолангиографии

д) ангиографии сосудов желчного пузыря

016. Рентгенологическими признаками язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные

а) кроме наличия "ниши"

б) кроме нарушения эвакуации содержимого

в) кроме отключенного желчного пузыря

г) кроме деформации луковицы двенадцатиперстной кишки

017. Спленопортография противопоказана при всех перечисленных состояниях

а) кроме непереносимости йодистых препаратов

б) кроме нарушения выделительной функции почек

в) кроме нарушения свертывающей системы крови

г) кроме хронического гепатита

д) кроме ожирения

018. Селективная ангиография чревной артерии у больных портальной гипертензией применяется с целью

а) уточнения формы портальной гипертензии, когда другие методы исследования не вносят ясности, а спленопортография противопоказана из-за выраженного геморрагического синдрома

б) выяснения состояния артериального бассейна гепатолиенальной зоны

в) решения вопроса о показаниях и выборе метода операции

г) выявления проходимости спленоренального русла у ранее оперированных больных с рецидивами кровотечения из вен пищевода и уточнения тактики повторного оперативного вмешательства

д) всего перечисленного

019. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является

а) острый панкреатит

б) механическая желтуха

в) хронический панкреатит

г) наличие конкрементов в панкреатических протоках

д) холедохолитиаз

020. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает

а) пероральная холецистография

б) внутривенная холецистохолангиография

в) ретроградная холангиография

г) сцинтиграфия печени

д) прямая спленопортография

021. При рентгенологическом исследовании выявлено наличие воздуха в желчных протоках, что может быть обусловлено

а) холедохолитиазом

б) сальмонеллезом желчных протоков

в) внутренней желчной фистулой

г) острым холециститом

д) желудочно-ободочной фистулой

022. Перкуторно и рентгенологически выявляется смещение тени средостения в здоровую сторону. Это соответствует

а) тотальной пневмонии

б) скоплению жидкости в плевральной полости или напряженному пневмотораксу

в) гипоплазии легкого

г) ателектазу легкого

023. Наиболее достоверно можно диагностировать локализацию и вид бронхоэктазов с помощью

а) бронхоскопии

б) направленной бронхографии

в) рентгеноскопии легких

г) аускультации и перкуссии

д) рентгенографии легких

024. К врачу впервые обратился больной 50 лет с единственной жалобой на то, что у него появился сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить

а) бронхит острый

б) бронхоэктатическую болезнь

в) плеврит

г) рак легкого

д) бронхит хронический

025. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться

а) с томографии легких

б) с прицельной рентгенографии

в) с бронхографии

г) с суперэкспонированной рентгенографии

д) с обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

026. При наличии у больного острого абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод

а) не имеющий никакого значения

б) имеющий значение для уточнения диагноза

в) имеющий лечебное значение

г) имеющий лечебное и диагностическое значение

д) имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

027. При наличии гангренозного абсцесса размером 6¦6 см в нижней доле правого легкого наиболее целесообразно

а) госпитализировать в терапевтическое отделение

б) начать лечение антибиотиками, витаминотерапию и пр.

в) немедленно сделать бронхоскопию

г) сделать бронхографию

д) интенсивное лечение в хирургическом отделении в течение двух недель, а затем радикальная операция

028. Если на рентгенограммах определяется гиповентиляция сегмента, доли или всего легкого, в первую очередь врач обязан исключить

а) рак легкого

б) доброкачественную опухоль

в) эмфизему легкого

г) инородное тело

д) кисту легкого

029. При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза является

а) пневмомедиастиноскопия

б) бронхоскопия

в) бронхография

г) пневмомедиастинотомография

д) искусственный пневмоторакс

030. Справа в кардиодиафрагмальном углу у больной 40 лет определяется патологическая тень. Наиболее часто такую тень дают

а) лимфогрануломатоз средостения

б) рак легкого

в) парастернальная липома и целомическая киста перикарда

г) аневризма сердца

031. Переднее средостение является излюбленным местом локализации

а) энтерогенной кисты средостения

б) бронхогенной кисты средостения

в) целомической кисты перикарда

г) лимфогрануломатоза средостения

д) тимомы

032. В реберно-позвоночном углу чаще всего локализуются такие образования

а) как липома средостения

б) как невринома средостения

в) как паразитарная киста средостения

г) как дермоидная киста средостения

д) как мезотелиома локальная

033. При отечной форме острого панкреатита при лапароскопии можно обнаружить все следующие косвенные признаки, кроме

а) отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки

б) выбухания стенки желудка кпереди

в) уменьшения в размерах желчного пузыря

г) умеренной гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости

д) обнаружения небольшого количества серозного выпота в правом подпеченочном пространстве

034. Показания к лапароскопии при остром панкреатите определяются необходимостью всего перечисленного, кроме

а) установить патобиохимический вид панкреонекроза

б) диагностировать панкреатогенный перитонит

в) уточнить форму острого панкреатита

г) выявить наличие воспалительного процесса в воротах селезенки и непосредственно в ее ткани

д) определить характер изменения желчного пузыря

035. Стеаторрея характерна

а) для постхоленцистэктомического синдрома

б) для острого панкреатита

в) для хронического панкреатита

г) для печеночной недостаточности

д) для болезни Крона

036. Эндоскопическими признаками, характерными для геморрагического панкреонекроза, являются все перечисленные, за исключением

а) геморрагической имбибиции большого сальника

б) наличия темного выпота с геморрагическим оттенком

в) выбухания желудка и расширения его вен

г) возникновения в отдельных случаях расслаивающей аневризмы аорты

д) иногда появления забрюшинной гематомы

037. В обследовании больного с бронхоэктатической болезнью и хронической пневмонией в первую очередь надо использовать

а) торакоскопию

б) медиастиноскопию

в) томографию

г) бронхоскопию

д) бронхографию

**4. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ**

001. Снять тормозящий эффект глюкокортикоидов при заживлении раны может

а) витамин D

б) витамин С

в) витамин А

г) витамин В6

д) витамин Е

002. Клиника острой кровопотери возникает уже при кровопотере, равной

а) 250 мл

б) 500 мл

в) 1000 мл

г) 1500 мл

д) 2000 мл

003. Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД

а) менее 60 мм вод. ст.

б) от 60 до 120 мм вод. ст.

в) от 130 до 180 мм вод. ст.

г) от 190 до 240 мм вод. ст.

д) свыше 240 мм вод. ст.

004. Вливание 1 л физиологического раствора хлористого натрия увеличит объем циркулирующей крови

а) на 1000 мл

б) на 750 мл

в) на 500 мл

г) на 250 мл

д) менее 250 мл

005. Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет

а) 50 мл/кг

б) 60 мл/кг

в) 70 мл/кг

г) 80 мл/кг

д) 90 мл/кг

006. Основным показанием к гемотрансфузии является

а) парентеральное питание

б) стимуляция кроветворения

в) значительная анемия от кровопотери

г) дезинтоксикация

д) иммунокоррекция

007. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт О2 обеспечивает гематокрит не ниже

а) 20-25%

б) 30%

в) 35%

г) 40%

д) 45%

008. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания

а) эритромассы

б) донорской крови

в) кристаллоидных растворов

г) коллоидных растворов

д) правильно в) и г)

009. Переливание несовместимой крови ведет к развитию (1) гемотрансфузионного шока (2) отека легких (3) гемолиза (4) острой почечной недостаточности (5) геморрагического синдрома

а) верны все ответы

б) верны 1, 2, 3

в) верны 1, 3, 4

г) верны 2, 3, 4

д) верны 1, 2, 4

010. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся (1) групповая совместимость (2) индивидуальная совместимость (3) биологическая проба (4) определение резус-совместимости (5) определение резус-фактора

а) верны все ответы

б) верны 1, 2

в) верны 2, 3

г) верны 1, 3

д) верны 2, 4

011. Больному с АВ (IV) по жизненным показаниям необходимо перелить кровь. Определить резус-фактор нет ни времени, ни возможности. Ему следует переливать кровь

а) AB(IV) резус+

б) AB(IV) резус-

в) B(III) резус+

г) A(II) резус-

д) O(I) резус-

012. Противопоказанием к гемотрансфузии являются

а) тяжелая операция

б) хирургическая инфекция

в) шок

г) тяжелое нарушение функции печени

д) снижение АД

013. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является

а) анафилаксия

б) острый внутрисосудистый гемолиз

в) снижение АД

г) гипертермия

д) отек мозга

014. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между

а) плазмой реципиента и кровью донора

б) плазмой донора и кровью реципиента

в) форменными элементами крови реципиента и кровью донора

г) форменными элементами крови донора и кровью реципиента

д) цельной кровью донора и цельной кровью реципиента

015. Переливание крови показано во всех приведенных ниже случаях, за исключением

а) острой анемии

б) гнойной интоксикации

в) повышения защитной силы организма

г) с целью гемостаза

д) тяжелых нарушений функций печени и почек

016. Для лечения гиповолемии вначале используют

а) вазопрессоры

б) кардиотонические средства

в) плазмозаменители

г) эритромассу

д) донорскую кровь

017. Послеоперационные инфекции у больных после операции на кишечнике вызываются прежде всего такими безусловными анаэробами

а) как кишечная палочка

б) как стафилококк

в) как стрептококк

г) как бактероиды

д) как клебсиелла

018. Наиболее важным фактором для выживания больных с изолированной газовой гангреной является

а) раннее применение антибиотиков

б) раннее очищение раны от омертвевших тканей и/или ампутация

в) раннее применение гипербарической оксигенации

г) все перечисленное

019. Наиболее частые инфекции у больных с аортально-подвздошной трансплантацией - это

а) стафилококк

б) кишечная палочка

в) стрептококки

г) бактероиды

д) все в равной степени

020. Вероятность инфекции наиболее высока

а) у больных старше 70 лет

б) у больных, страдающих ожирением

в) одинаковая у тех и у других

г) ни у тех, ни у других

021. Из перечисленного ниже может уменьшить зараженность воздуха в операционной

а) поточно-приточная вентиляция

б) ультрафиолетовое облучение

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

022. Нейротоксическим действием обладают

а) пенициллин и линкомицин

б) кефзол и пенициллин

в) полимиксин В и стрептомицин

г) линкомицин и стрептомицин

д) стрептомицин и кефзол

023. При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируется

а) оксациллин

б) эритромицин

в) канамицин

г) метациклин

д) пенициллин

024. Гепатотоксическим действием обладает

а) пенициллин

б) тетрациклин

в) линкомицин

г) колимицин

д) цефамезин

025. Бактерицидным действием на микробную флору из перечисленных антибиотиков не обладают

а) полимиксины и цефалоспорины

б) тетрациклины и макролиды

в) аминогликозиды и пенициллины

г) цефалоспорины и карбопенемы

д) пенициллины и полимиксины

026. Аминогликозиды (канамицин, мономицин, неомицин, гентамицин, амикацин) , являясь бактерицидными препаратами, обладают следующим механизмом действия на микробную клетку

а) нарушают функцию клеточных мембран

б) ингибируют синтез ДНК и РНК

в) нарушают систему трансляции

г) ингибируют синтез клеточной оболочки

д) подавляют синтез белка на уровне рибосом

027. Среди перечисленных ниже антибактериальных препаратов не обладают бактерицидным действием

а) сульфаниламиды и тетрациклины

б) нитрафураны и полимиксины

в) пенициллины и таривид

г) аминогликозиды и карбапенемы

д) диоксидин и цефалоспорины

028. Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным является

а) левомицетин

б) тетрациклин

в) эритромицин

г) ампиокс

д) олеандомицин

029. Пути возникновения резистентных штаммов микрофлоры при проведении антибиотикотерапии

а) мутация

б) транссудация

в) трансформация

г) конъюгация

д) все перечисленное

030. Среди перечисленных сульфаниламидных препаратов к препаратам длительного действия относится

а) фталазол

б) стрептоцид

в) этазол

г) сульфамонометоксин

д) норсульфазол

031. Метронидазол сочетается

а) с пенициллинами

б) с цефалоспоринами

в) с аминогликозидами

г) с тетрациклинами

д) со всеми перечисленными

032. Из перечисленных ниже антибиотиков нефротоксическим и ототоксическим действием обладает

а) окситетрациклин

б) полимиксин В

в) линкомицин

г) цефазолин

д) левомицетин

**5. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ**

001. Общую анестезию называют смешанной, если

а) один анестетик вводят одновременно различными путями

б) последовательно сменяют один анестетик другим

в) сочетают местную анестезию с внутривенным наркозом

г) одновременно вводят несколько анестетиков или смешивают их в емкости до начала наркоза

д) все перечисленное

002. Закись азота

а) слабый анестетик с выраженным анальгезирующим действием, применяемый только в смеси с кислородом

б) может применяться по открытой системе

в) сильный анестетик со слабым анальгезирующим действием, может применяться в чистом виде без кислорода

г) все перечисленное, в зависимости от состояния больного

003. К недостаткам масочного наркоза относится все перечисленное, кроме

а) большого мертвого пространства

б) отсутствия изоляции дыхательных путей

в) большого аэродинамического сопротивления

г) необходимости предупреждения западения языка

004. К недостаткам внутривенной общей анестезии относится все перечисленное, кроме

а) требуемой сложной наркозной аппаратуры

б) трудной управляемости наркозом

в) сохранения тонуса мышц

г) опасности асфиксии вследствие западения языка и рвоты

д) сохранения активности рефлексов

005. К преимуществам эндо-трахеального наркоза относится все перечисленное, кроме

а) оптимальной искусственной вентиляции легких

б) обеспечения проходимости дыхательных путей

в) предупреждения развития бронхоспазма и остановки сердца

г) достижения максимально-необходимой релаксации мышц

006. Фентанил является

а) мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут

б) анальгетиком короткого действия (2-3 минуты)

в) нейролептиком

г) препаратом выраженного психотропного действия

д) антидепрессантом

007. Артериальная гипотензия во время общей анестезии может быть вследствие всего перечисленного, кроме

а) недостаточной глубины наркоза

б) манипуляций в области рефлексогенных зон

в) введения солевых растворов

г) нарушения газообмена

д) уменьшения ОЦК из-за кровопотери

008. При выборе анестетика для проведения наркоза больному 55 лет, страдающему гипертонической болезнью III степени, во время операции пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной грыжи, следует отдать предпочтение

а) эфиру

б) фторотану

в) нейролептанальгезии

г) закиси азота + НЛА

д) местной анестезии

009. Длительное нахождение катетера в вене может привести ко всему перечисленному, кроме

а) септического флебита

б) химического флебита

в) тромбоэмболии

г) септицемии

д) ДВС-синдрома

010. Венозный стаз, как правило, приводит ко всему перечисленному, кроме

а) гипотензии

б) метаболического ацидоза

в) повышенной кровоточивости раны

г) дыхательного алкалоза

011. Для стрессовой реакции характерно все нижеперечисленное, кроме

а) задержки натрия и хлора

б) олигурии

в) полиурии

г) эозинофилии

д) лейкоцитоза

012. При дыхательном ацидозе необходимо

а) переливание гидрокарбоната

б) гипервентиляция

в) уменьшение подачи наркотического вещества

г) внутривенное введение дыхательных аналептиков

д) все перечисленное

013. Изменения кислотно-щелочного состояния считаются компенсированными при pH

а) 7. 25-7. 43

б) 7. 46-7. 51

в) 7. 35-7. 45

г) 7. 19-7. 28

д) 7. 10-7. 18

014. Изотонической считается концентрация раствора глюкозы

а) 0. 8%

б) 3%

в) 4. 2%

г) 5%

д) 10%

015. При олигурии производят

а) адекватную гидратацию

б) измерение относительной плотности мочи

в) внутривенное введение маннитола

г) коррекцию водно-электролитного баланса

д) все перечисленное

016. Признаками гиперкалиемии являются

а) сонливость и слабость

б) заостренный зубец T на ЭКГ

в) гипертензия

г) цианоз

017. При гипонатриемии отмечается все нижеперечисленное, кроме

а) ортостатической синкопе

б) перспирации

в) гипотензии

г) тошноты и рвоты

018. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является -(1) отсутствие пульса и АД -(2) остановка дыхания -(3) отсутствие сознания -(4) акроцианоз -(5) отсутствие сердечных тонов

а) верно все перечисленное

б) верно 1, 2, 3

в) верно 2, 3, 4

г) верно 1, 2, 5

д) верно 3, 4, 5

019. Показанием к прямому массажу сердца является

а) остановка дыхания

б) остановка сердца

в) потеря сознания

г) отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут

д) фибрилляция сердца

020. Отек легких развивается -(1) при увеличении отрицательного внутрилегочного давления -(2) при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах -(3) при повышении коллоидно-осмотического давления крови -(4) при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких -(5) при снижении проницаемости мембран

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 1, 2, 3

в) верно все, кроме 1, 2, 4

г) верно все, кроме 3, 4, 5

д) верно 1, 2, 4

021. Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное, кроме

а) внутривенного введения дыхательных аналептиков

б) санации трахео-бронхиального дерева, пеногашения

в) кислородотерапии, искусственной вентиляции легких

г) введения мочегонных и гормонов

д) при необходимости - ганглиолитики

022. Интенсивная терапия астматического статуса включает -(1) введение адреналина 0. 3 мл -(2) кортикостероиды 240 мг гидрокортизона на 5% раствора глюкозы -(3) оксигенотерапию -(4) бикарбонат натрия -(5) ИВЛ -(6) инжекционную бронхоскопию с лаважем бронхиального дерева -(7) регидратацию -(8) ганглиолитика -(9) подавление кашля

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 9

в) верно 1, 2, 3, 5

г) верно 6, 7, 8, 9

д) верно только 6

023. Больной поступил с приступом бронхиальной астмы в состоянии возбуждения. Ему наиболее целесообразно назначить -(1) адреналин 1:1000 - 0. 5 мл п/к -(2) эуфиллин 2. 4% - 10 мл в/в -(3) седуксен 5 мг в табл. -(4) седуксен 0. 5% - 2. 0 в/м -(5) раствор йодистого калия в молоке через каждые 4 часа -(6) морфин 20 мг п/к

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 3, 5, 6

в) верно все, кроме 6

г) верно все, кроме 3, 5

д) верно только 1 и 2

024. При утоплении в морской воде следует ожидать развития

а) гиперволемии

б) гемолиза

в) гиперосмолярного отека легких

г) повышения калия в крови

д) острой почечной недостаточности

025. Для профилактики аспирационного синдрома (Мендельсона) необходимо -(1) опорожнить желудок через зонд -(2) дать слабительные -(3) назначить соду по 1 ч. ложке за 30 минут до еды -(4) назначить циметидин -(5) дать трисилинат магния по схеме

а) верно все перечисленное

б) верно 1, 2, 3

в) верно все, кроме 2

г) верно 1, 4, 5

д) верно 5

026. У больного множественные переломы ребер, острая дыхательная недостаточность. После интубации и перевода на ИВЛ состояние резко ухудшилось, нарастает гипоксия, АД снизилось до 80 мм рт. ст. , тоны сердца глухие. Вероятной причиной ухудшения явилось

а) разрыв грудного отдела аорты

б) порочное стояние интубационной трубки

в) напряженный пневмоторакс

г) аспирация в трахею

д) тяжелый ушиб легочной ткани и сердца

027. Основными признаками спинального шока являются -(1) гиперволемия -(2) гиповолемия -(3) гипертония -(4) гипотония -(5) брадикардия -(6) атония сосудов

а) верно все

б) верно 1, 3

в) верно 2, 4, 5, 6

г) верно 3, 5

д) верно 1, 6

028. Инфекционно-токсический шок может развиться -(1) при перитоните -(2) при пневмонии -(3) при эндометрите -(4) при менингите -(5) при инфекционном эндокардите -(6) при пиелонефрите

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 1, 2

в) верно все, кроме 3, 4

г) верно все, кроме 5, 6

д) верно 5, 6

029. Альбумины обладают всеми перечисленными свойствами, кроме

а) способствуют привлечению и удержанию жидкости в сосудистом русле

б) играют важную роль в поддержании коллоидно-осмотического давления плазмы

в) являются универсальным средством транспорта ферментов, гормонов, лекарственных веществ

г) являются резервом белкового питания организма

д) могут вызвать сывороточный гепатит

030. Время кровотечения удлиняется

а) при травмах и размозжениях мышц

б) при гемолитических кризах

в) при резко выраженной тромбоцитопении

г) при асфиксии

д) при ожоговой травме

031. Время свертывания крови увеличивается

а) при гипокоагуляции

б) при гиперкоагуляции

в) при анемии

г) при увеличении фибриногена в крови

д) при ожогах

032. Появление фибриногена "Б" свидетельствует

а) о претромботическом состоянии и гиперкоагуляции

б) о гипофибриногенемии

в) о гиперфибриногенемии

г) о гипокоагуляции

д) о дефиците фактора протромбинового комплекса

033. Продукты деградации фибриногена (ПДФ)

а) не влияют на свертывание крови

б) обладают антикоагулянтными свойствами

в) вызывают гиперкоагуляцию

г) свидетельствуют о снижении концентрации фибриногена

д) свидетельствуют о снижении тромбинового времени

034. Для терминальной фазы перитонита, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, характерно -(1) токсическое поражение ЦНС -(2) развитие функциональной кишечной непроходимости -(3) развитие ДВС-синдрома -(4) развитие печеночно-почечной недостаточности -(5) иммунодефицит

а) верно все

б) верно все, кроме 2

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 5

035. При диабетической коме наблюдается

а) декомпенсированный дыхательный ацидоз с метаболическим алкалозом

б) гипонатриемия с метаболическим алкалозом

в) pH выше 7. 35

г) гипонатриемия с метаболическим ацидозом

д) декомпенсированный дыхательный алкалоз с метаболическим алкалозом

036. При лечении анафилактического шока включаются следующие препараты -(1) адреналин -(2) глюкокортикоиды -(3) антигистаминные -(4) плазмозаменители -(5) хлористый кальций -(6) кофеин

а) верно все

б) верно все, кроме 1, 2

в) верно все, кроме 4, 5

г) верно 1, 2

д) верно 5, 6

037. Причинами перегрузки правого сердца являются все перечисленные, кроме -(1) тромбоэмболии легочной артерии -(2) пневмоторакса -(3) массивного ателектаза -(4) гидроторакса -(5) массивной пневмонии -(6) астматического статуса -(7) тромбоза нижней полой вены

а) верно все

б) верно все, кроме 1, 2

в) верно все, кроме 2, 3, 4

г) верно все, кроме 7

038. Методика форсированного диуреза при остром панкреатите сводится -(1) к предварительной водной нагрузке путем инфузии изотонических растворов электролитов, бикарбоната, глюкозы в объеме 1-1. 5 л -(2) к введению 15-20% раствора маннитола из расчета 1-1. 5 г/кг -(3) к введению растворов электролитов с учетом ионограмм -(4) к ведению до 1 л белковых препаратов (плазмы, альбумин, аминопептид)

а) верно все перечисленное

б) верно 1, 2

в) верно 4

г) верно все, кроме 4

д) верно все, кроме 1

039. Интенсивная терапия при остром панкреатите включает -(1) лечение шока и гиповолемии -(2) лечение дыхательных нарушений -(3) коррекцию острых нарушений водно-электролитного баланса, КЩС -(4) купирование болевого синдрома -(5) назначение цитостатиков и антиферментных препаратов -(6) локальную гипертермию желудка

а) верно все перечисленное

б) верно 1, 2, 3

в) верно 4, 5, 6

г) верно 1, 4, 6

д) верно все, кроме 6

040. Наиболее эффективным объемным эффектом обладают следующие плазмозаменяющие растворы

а) декстраны

б) растворы желатина

в) плазма

г) рингер-лактат

д) правильно а) и б)

041. К инфузионным средствам, не обладающим объемно-замещающей функцией, относятся

а) декстраны

б) электролитные изотонические растворы

в) плазма

г) кровь

д) изотонические растворы глюкозы

042. При применении декстранов возможны

а) перегрузка кровообращения

б) опасность кровотечения

в) почечная недостаточность

г) все ответы правильны

д) верно лишь б) и в)

043. Формами гипертермической реакции при хирургических заболеваниях могут быть -(1) метаболическая -(2) бактериальная -(3) регуляторная -(4) смешанная

а) верны все ответы

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 2

г) верно 3

д) верно 4

044. Признаками злокачественной гипертермии являются -(1) тахикардия, аритмия -(2) нестабильная гемодинамика -(3) ригидность мышц -(4) гиперпноэ -(5) цианоз -(6) гипертермия -(7) отек легких -(8) энцефалопатия, отек мозга -(9) острая почечная недостаточность -(10) миоглобинурия -(11) гиперкалиемия

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 4, 5, 7

в) верно все, кроме 9, 10

г) верно все, кроме 2, 3

д) верно только 9, 10

045. В комплекс интенсивной терапии криза злокачественной гипертермии входят следующие мероприятия -(1) физическое охлаждение -(2) назначение дентролена 2. 5 мг/кг -(3) введение лазикса 10 мг/кг -(4) введение кортикостероидов -(5) введение бикарбоната натрия 1 мэкв/кг -(6) искусственная вентиляция легких, оксигенотерапия -(7) новокаинамид до 10 мг/кг -(8) поляризующая смесь -(9) введение сердечных гликозидов -(10) введение 10% раствора хлористого кальция

а) верно все перечисленное

б) верно все, кроме 9, 10

в) верно все, кроме 1, 2, 3

г) верно все, кроме 4, 5

д) верно только 9, 10

**6. НЕЙРОХИРУРГИЯ, ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ**

001. Для сохранения мозга характерно все перечисленное, кроме

а) потери сознания

б) тошноты, рвоты

в) головной боли

г) истечения ликвора из уха

д) ретроградной амнезии

002. Характерными признаками для субдуральной гематомы являются все перечисленные, кроме

а) вторичной потери сознания

б) развития генерализованного эпилептического припадка спустя двое суток после травмы

в) анизохории

г) птоза верхнего века

д) гемипареза или гемиплегии

003. Задача Больной 21 года обратился в поликлинику с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту. Кровоподтек и ссадина в правой лобной области. Со слов товарища, сопровождавшего больного, известно, что больной упал на катке, ударился лбом о чугунную скамейку. Наблюдалась потеря сознания на 10-15 минут, была однократная рвота. Объективно: пульс - 120 уд/мин, ритмичен, хорошего наполнения, повышенная потливость на ладонях, лице и шее, красный разлитой дермографизм, гипотония в конечностях, мелкоразмашистый горизонтальный нистагм. Указанная клиническая картина возможна при сотрясении головного мозга. К нетипичным симптомам относятся

а) чувство страха

б) неприятные ощущения в области сердца

в) гипергидроз и тахикардия

г) диэнцефальные приступы

д) все перечисленное

004. При сотрясении головного мозга наиболее характерным является

а) кровотечение из носа

б) потеря сознания

в) головная боль

г) эпилептические припадки

д) головокружение, нистагм

005. Задача. Машиной скорой помощи доставлен больной 35 лет. Из анамнеза известно, что упал на улице 3 часа тому назад. Сознание не терял. Дома появилась головная боль, была однократная рвота. При осмотре больной в сознании, ориентирован в месте и времени, на вопросы отвечает правильно. Неврологическая симптоматика без особенностей. На краниограммах линейный перелом правой теменной кости. Больного следует

а) отпустить домой

б) отпустить домой, а при ухудшении состояния вызвать врача скорой помощи

в) выдать направление в нейрохирургический стационар и рекомендовать лечь в больницу

г) взять кровь на алкоголь и отправить в нейрохирургический стационар в сопровождении медицинского персонала

д) после оказания первой помощи наблюдать в поликлинике

006. Наиболее надежным признаком перелома костей свода черепа является

а) сильная головная боль

б) рвота

в) ликворея из носа

г) подкожная гематома

д) наличие перелома на краниограмме

007. В травмпункт поступил больной 25 лет. Известно, что 1 час тому назад его сбила автомашина, была утрата сознания на 20 минут. При осмотре больной в сознании, на вопросы отвечает неохотно, основные инструкции выполняет. Из носа кровотечение с примесью бесцветной жидкости, в области век кровоподтеки. На краниограмме данных за перелом костей черепа не выявлено. Наиболее обоснованный диагноз

а) сотрясение головного мозга

б) ушиб головного мозга

в) внутричерепная гематома

г) носовое кровотечение

д) перелом костей основания черепа

008. В травмпункт поступил больной 25 лет. Известно, что 1 час тому назад его сбила автомашина, была утрата сознания на 20 минут. При осмотре больной в сознании, на вопросы отвечает неохотно, основные инструкции выполняет. Из носа кровотечение с примесью бесцветной жидкости, в области век кровоподтеки. На краниограмме данных за перелом костей черепа не выявлено. Больного следует

а) отпустить домой

б) отпустить домой с рекомендацией вызвать врача скорой помощи при ухудшении состоянии на дом

в) дать направление в нейрохирургический стационар

г) взять кровь на алкоголь и в сопровождении медицинского персонала на носилках отправить больного в нейрохирургический стационар

д) оставить под наблюдением поликлиники

009. Наиболее характерным признаком перелома костей основания черепа является

а) сильная головная боль

б) неоднократные рвоты

в) однократная рвота

г) истечение жидкости из носа

д) кровоподтек под глазом

010. Характерным для перелома основания черепа признаком является

а) наличие рвано-ушибленной раны

б) бессознательное состояние больного

в) истечение крови и жидкости из ушного прохода

г) жалобы на сильную головную боль

д) кровоподтеки в области шеи

011. Признаками пулевого огнестрельного проникающего ранения головы являются

а) наличие раны с неровными краями с подлежащими осколками кости

б) наличие раны с ровными краями, длиной не более 1 см

в) наличие раны, вокруг которой имеется ожог тканей и запорошение, из раны выделяется детрит и ликвор

г) наличие раны с активным артериальным давлением

д) наличие раны с размозженными краями

012. Признаком проникающего черепно-мозгового ранения является

а) наличие большой раны с неровными краями

б) наличие раны с активным артериальным давлением

в) наличие раны, из которой выделяется детрит и ликовор

г) наличие раны с подлежащей костью

д) наличие раны с венозным кровотечением

013. Задача. В травмпункт привезли больного 50 лет в бессознательном состоянии. Известно, что будучи на охоте, случайно получил пулевое ранение из ружья. При внешнем осмотре в правой половине лобной части имеется рана с округлыми краями диаметром 3 см. Края раны со следами ожога и запорошения. Активного кровотечения нет. Из раны выделяется детрит с примесью ликвора. Больному необходимо

а) взять кровь на алкоголь, сделать рентгенографию черепа, ввести противостолбнячную сыворотку и отправить в нейрохирургический стационар после наложения асептической повязки

б) взять кровь на алкоголь, ввести противостолбнячный анатоксин, наложить асептическую повязку и в сопровождении медицинского персонала на носилках срочно отправить в нейрохирургический стационар. О происшедшем сообщить в милицию

в) срочно госпитализировать в любой общехирургический стационар

г) после оказания первой помощи госпитализировать в любой общехирургический стационар

д) после оказания первой помощи наблюдать в условиях поликлиники

014. При наличии проникающей черепно-мозговой травмы с активным артериальным кровотечением из краев раны хирург должен

а) наложить швы на кровоточащую рану

б) наложить давящую повязку

в) произвести первичную хирургическую обработку раны с перевязкой сосудов, удалением костных обломков и ушиванием раны наглухо

г) произвести перевязку кровоточащих сосудов и наложение швов на рану

д) произвести тампонаду раны

015. В травмпункт поступил больной в бессознательном состоянии. Известно, что 30 минут назад он получил удар в правую височную область. При осмотре в правой височной области имеется рана размеров 0. 3¦2 см с ровными краями. Из раны выделяется ликвор с примесью детрита. Края раны активно кровоточат. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, артериальное давление 110/65 мм рт. ст. Диагноз

а) резаная рана мягких тканей головы

б) открытая черепно-мозговая травма, перелом костей свода черепа, ушиб головного мозга

в) открытая проникающая черепно-мозговая травма, перелом костей черепа, ушиб головного мозга

г) резаная рана мягких тканей головы, сотрясение головного мозга

д) закрытая черепно-мозговая травма, ушибленная рана мягких тканей головы, ушиб головного мозга

016. В травмпункт поступил больной в бессознательном состоянии. Известно, что 30 минут назад он получил удар в правую височную область. При осмотре в правой височной области имеется рана размеров 0. 3¦2 см с ровными краями. Из раны выделяется ликвор с примесью детрита. Края раны активно кровоточат. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, артериальное давление 110/65 мм рт. ст. Больному следует

а) остановить артериальное кровотечение из краев раны, наложить асептическую повязку, взять кровь на алкоголь. Сделать противостолбнячный анатоксин и направить в нейрохирургический стационар в сопровождении медицинского персонала на носилках

б) наложить асептическую повязку, сделать рентгенографию черепа, взять кровь на алкоголь, сделать противостолбнячную сыворотку и отправить в нейрохирургический стационар

в) срочно отправить в любой общехирургический стационар

г) после оказания первой помощи отправить в общехирургический стационар

д) после оказания первой помощи оставить больного под наблюдением поликлиники

017. Ребенок 4 месяцев упал с пеленального столика. Со слов родителей, утраты сознания не было. Ребенок был возбужден, плакал, затем успокоился, уснул. После кормления отмечено срыгивание. На следующий день во время купания ребенка родители заметили значительную мягкую припухлость в теменной области. Обратились в поликлинику. Предположительный диагноз

а) острый отит

б) сотрясение головного мозга

в) ушиб мозга, перелом костей черепа, гематома мягких тканей

г) перелом костей черепа

д) ушиб головного мозга

018. Ребенок 4 месяцев упал с пеленального столика. Со слов родителей, утраты сознания не было. Ребенок был возбужден, плакал, затем успокоился, уснул. После кормления отмечено срыгивание. На следующий день во время купания ребенка родители заметили значительную мягкую припухлость в теменной области. Обратились в поликлинику. Ребенка необходимо

а) срочно госпитализировать в детское нейрохирургическое или хирургическое отделение

б) сделать рентгенограмму черепа

в) направить на консультацию к детскому невропатологу

г) произвести пункцию гематомы, применить лечение в амбулаторных условиях

д) верно Б

019. Задача Ребенок 8-ми месяцев был обнаружен родителями около коляски (по-видимому, выпал, очевидцев не было) . Изменений в поведении не отмечено. В лобной части имеется небольшой кровоподтек. После кормления у ребенка повторная рвота. Дважды отмечен жидкий стул. Ребенку необходимо

а) произвести рентгенограмму черепа и обеспечить консультацию нейрохирурга

б) обеспечить консультацию педиатра

в) провести лечение в амбулаторных условиях

г) госпитализировать в нейрохирургическое отделение

д) все верно

020. Задача На прием обратился больной с жалобами на боли в средней зоне лица, наличием гематомы и отека в этой области, ограничение открывания рта. При осмотре выявлены припухлость мягких тканей и ограничение открывания рта. Из анамнеза выяснено, что больного 12 часов тому назад избили, была кратковременная потеря сознания, отмечает тошноту. Больного следует

а) отпустить домой

б) госпитализировать

в) направить на консультацию к специалисту

г) наложить пращевидную повязку

д) назначить противовоспалительную терапию в условиях дома

021. Характерными признаками перелома скуловой дуги являются

а) нарушение прикуса

б) ограничение открывания рта

в) нарушение зрения на стороне поражения

г) отсутствие одностороннего бокового смещения нижней челюсти

д) подвижность зубов верхней челюсти

022. Характерными признаками перелома скуловой кости являются

а) ограничение открывания рта

б) нарушение прикуса

в) кровотечение из носа

г) асимметрия лица

д) диплопия

023. При переломах скулового комплекса необходимыми дополнительными методами исследования являются

а) передняя риноскопия

б) рентгенография по Резе

в) анализ крови

г) осмотр глазного дна

д) ЭКГ

024. Больной 48 лет доставлен с жалобами на боли в области лица, кровотечение из носа, наличие припухлости мягких тканей лица, нарушение правильного смыкания зубов. Из анамнеза выяснено, что больной сбит автомашиной, отмечена кратковременная потеря сознания, тошнота, однократная рвота. При осмотре выявлена подвижность верхней челюсти вместе с носовыми костями, нарушение прикуса, запах алкоголя изо рта. Какие исследования следует провести в первую очередь

а) анализ крови

б) анализ крови на содержание алкоголя

в) рентгенологическое исследование

г) анализ мочи

д) ЭКГ

025. Больной 48 лет доставлен с жалобами на боли в области лица, кровотечение из носа, наличие припухлости мягких тканей лица, нарушение правильного смыкания зубов. Из анамнеза выяснено, что больной сбит автомашиной, отмечена кратковременная потеря сознания, тошнота, однократная рвота. При осмотре выявлена подвижность верхней челюсти вместе с носовыми костями, нарушение прикуса, запах алкоголя изо рта. Характерным признаком, позволяющим установить диагноз, является

а) ограничение открывания рта

б) отсутствие боковых движений нижней челюсти

в) расстройство зрения

г) западение корня языка

д) патологическая подвижность челюсти

026. Больной 48 лет доставлен с жалобами на боли в области лица, кровотечение из носа, наличие припухлости мягких тканей лица, нарушение правильного смыкания зубов. Из анамнеза выяснено, что больной сбит автомашиной, отмечена кратковременная потеря сознания, тошнота, однократная рвота. При осмотре выявлена подвижность верхней челюсти вместе с носовыми костями, нарушение прикуса, запах алкоголя изо рта. Больного необходимо

а) отправить в сопровождении родственников домой

б) назначить антибактериальную терапию

в) провести тампонаду носа

г) госпитализировать

д) наложить назубные шины

027. На прием поступил больной с жалобами на боли в нижней челюсти, ограничение открывания рта, нарушение смыкания зубов, припухлости мягких тканей нижней зоны лица. При осмотре выявлена подвижность отломков нижней челюсти, нарушение прикуса, запах алкоголя изо рта. Признаками перелома нижней челюсти у данного больного являются -(1) патологическая подвижность отломков -(2) отсутствие движений суставной головки с одной или обеих сторон -(3) носовое кровотечение -(4) ограничение открывания рта -(5) нарушение дыхания

а) верно 1, 2, 3

б) верно 3, 4, 5

в) верно 1, 3, 5

г) верно 2, 4, 5

д) верно 1, 2, 4

028. На прием поступил больной с жалобами на боли в нижней челюсти, ограничение открывания рта, нарушение смыкания зубов, припухлости мягких тканей нижней зоны лица. При осмотре выявлена подвижность отломков нижней челюсти, нарушение прикуса, запах алкоголя изо рта. Выявить наличие признаков осложненного воспалительным процессом перелома нижней челюсти можно на основании

а) подвижности зуба в линии перелома

б) ограничения открывания рта

в) воспалительного инфильтрата

г) повышения температуры тела

д) отсутствия боковых движений нижней челюсти

029. На прием поступил больной с жалобами на боли в нижней челюсти, ограничение открывания рта, нарушение смыкания зубов, припухлости мягких тканей нижней зоны лица. При осмотре выявлена подвижность отломков нижней челюсти, нарушение прикуса, запах алкоголя изо рта. Больного необходимо

а) отправить на консультацию к хирургу-стоматологу

б) срочно госпитализировать

в) отпустить домой

г) назначить антибактериальную терапию

д) наложить шину на нижнюю челюсть

030. На прием поступил больной с жалобами на боли в нижней челюсти, ограничение открывания рта, нарушение смыкания зубов, припухлости мягких тканей нижней зоны лица. При осмотре выявлена подвижность отломков нижней челюсти, нарушение прикуса, запах алкоголя изо рта. Дополнительными методами обследования в данном случае являются -(1) анализ крови и мочи -(2) рентгенологическое исследование челюсти -(3) анализ крови на содержание алкоголя -(4) ЭКГ -(5) рентгеноскопия грудной клетки

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 4, 5

д) верно 1, 4

031. Больная 32 лет обратилась к врачу с жалобами на невозможность закрыть рот, болезненность в области височно-нижне-челюстных суставов, слюнотечение. Это состояние возникло 2 часа тому назад, когда больная при попытке откусить большой кусок яблока широко открыла рот, услышала треск в ушах, почувствовала резкую боль в области височно-нижнечелюстного сустава и рот закрыть больше не смогла. Признаком, характерным для вывиха височно-нижнечелюстного сустава является: -(1) невозможность закрыть рот -(2) расположение головки сустава кпереди от суставного бугорка -(3) слюноотделение изо рта -(4) боль в области суставов -(5) затруднение при разговоре и приеме пищи

а) верно 1, 2, 3

б) верно 3, 4, 5

в) верно 1, 3, 5

г) верно 2, 4, 5

д) верно 1, 4, 5

032. Больная 32 лет обратилась к врачу с жалобами на невозможность закрыть рот, болезненность в области височно-нижне-челюстных суставов, слюнотечение. Это состояние возникло 2 часа тому назад, когда больная при попытке откусить большой кусок яблока широко открыла рот, услышала треск в ушах, почувствовала резкую боль в области височно-нижнечелюстного сустава и рот закрыть больше не смогла. Больной необходимо

а) наложить назубные шины

б) наложить пращевидную повязку

в) направить к стоматологу-хирургу

г) попытаться произвести вправление вывиха

д) назначить антибиотики

033. Больная 32 лет обратилась к врачу с жалобами на невозможность закрыть рот, болезненность в области височно-нижне-челюстных суставов, слюнотечение. Это состояние возникло 2 часа тому назад, когда больная при попытке откусить большой кусок яблока широко открыла рот, услышала треск в ушах, почувствовала резкую боль в области височно-нижнечелюстного сустава и рот закрыть больше не смогла. Для уточнения диагноза необходимо рентгенологическое исследование

а) боковая проекция на область ветви нижней челюсти

б) прямая проекция (лобно-носовая)

в) томография в прямой проекции

г) рентгенограмма по Шулеру и Майеру

д) носоподбородочная проекция

034. Больная 32 лет обратилась к врачу с жалобами на невозможность закрыть рот, болезненность в области височно-нижне-челюстных суставов, слюнотечение. Это состояние возникло 2 часа тому назад, когда больная при попытке откусить большой кусок яблока широко открыла рот, услышала треск в ушах, почувствовала резкую боль в области височно-нижнечелюстного сустава и рот закрыть больше не смогла. При выявлении перелома костей основания черепа хирург должен

а) отправить больного домой

б) отправить домой и при ухудшении состояния вызвать на дом скорую помощь

в) госпитализировать в травматологическое отделение

г) госпитализировать в нейрохирургическое отделение

д) оставить под наблюдением поликлиники

035. Наиболее характерными признаками для травматического повреждения лучевого нерва являются

а) факт травмы плеча

б) кисть свисает по типу "птичьей лапы"

в) гиперстезия в области "анатомической табакерки"

г) все перечисленное

036. Для травматического повреждения лучевого нерва характерно

а) ослабленное ладонное сгибание кисти, резкое нарушение сгибания основных и концевых фаланг IV-V пальцев

б) кисть в положении "рука благословения"

в) резкое ограничение поднимания и отведения руки

г) предплечье полусогнуто по отношению к плечу, кисть пассивно свисает под прямым углом и предплечью, пальцы полусогнуты

д) предплечье полусогнуто по отношению к плечу, ослаблено ладонное сгибание кисти

037. Признаками, характерными для травматического повреждения седалищного нерва, являются все перечисленные, кроме

а) наличия травмы

б) свисания стопы при ходьбе

в) болей в пахово-подвздошной области

г) слабости сгибателей голени

д) снижения коленного рефлекса

039. Признаками, характерными для травматического повреждения большеберцового нерва, являются

а) наличие травмы

б) невозможность стоять на носке

в) отсутствие ахиллова рефлекса

г) боль в икроножной мышце

д) снижение пульса на тыльной поверхности стопы

040. Признаками, характерными для травматического повреждения малоберцового нерва, являются

а) наличие травмы

б) при ходьбе нога свисает на носке

в) невозможно стоять на носке

г) нарушение болевой чувствительности на подошве

д) невозможность стоять на пятке

041. Для травматического повреждения малоберцового нерва характерно

а) свисание стопы, стояние на пятке невозможно

б) нарушено подошвенное сгибание стопы и пальцев, невозможно стоять на носке

в) все перечисленное

г) ничего из перечисленного

042. Наиболее характерными признаками травматического повреждения локтевого нерва являются

а) факт травмы в анамнезе

б) нарушение ладонного сгибания кисти, IV-V пальцев

в) гипостезия по ульнарному краю руки

г) все перечисленное

043. Наиболее характерными признаками травматического повреждения локтевого нерва являются

а) положение кисти - "рука благословения"

б) резаная рана в области локтевого сгиба

в) ослабление ладонного сгибания кисти и резкое нарушение сгибания основных и концевых фаланг IV и V пальцев

г) расстройство чувствительности в области тенара

044. Характерными признаками травматического повреждения плечевого сплетения являются все перечисленные, кроме

а) наличия травмы в анамнезе

б) симптома Горнера - Клод - Бернара

в) паралича или пареза руки

г) гиперестезии тенара

д) расстройства болевой чувствительности на руке

045. Характерными признаками травматического повреждения срединного нерва являются все перечисленные, кроме

а) при попытке сжать пальцы в кулак - кисть в положении "рука благословения"

б) невозможность царапания указательным пальцем по столу при плотно прилегающей к нему кисти

в) снижение болевой чувствительности в области гипотенара

г) снижение карпорадиального рефлекса

046. Наиболее характерным признаком травматического повреждения срединного нерва является

а) наличие гематомы в области плеча

б) выпадение рефлекса с двуглавой мышцы

в) расстройство болевой чувствительности на тыле кисти

г) анестезия в области I-III пальцев кисти

д) ни один из перечисленных

047. Для травматического повреждения срединного нерва характерно следующее положение руки

а) предплечье полусогнуто по отношению к плечу, кисть пассивно свисает под прямым углом к предплечью

б) ослаблено ладонное сгибание кисти, резкое нарушение сгибания основных и концевых фаланг I-III пальцев

в) кисть в положении "рука благословения"

г) резкое ограничение поднимания, отведения руки, нарушение сгибания предплечья

048. Больной 23 лет, поступил с жалобами на боли в нижней трети правого предплечья, припухлость и ссадины в этой области. Час тому назад правая рука больного была сжата дверями вагона электропоезда. Больной сразу же почувствовал сильную боль в руке, онемение большого, указательного пальцев, невозможность сжать пальцы в кулак. При осмотре обнаружено: правая кисть в положении "руки благословения", невозможно царапанье указательным пальцем по столу при плотно прилегающей к нему кисти, снижение болевой чувствительности в области тенара, ладонной поверхности большого, указательного и частично среднего пальцев, снижение карпорадиального рефлекса. У больного повреждение

а) плечевого сплетения

б) лучевого нерва

в) локтевого нерва

г) срединного нерва

д) срединного нерва с переломом костей предплечья

049. Больной 23 лет, поступил с жалобами на боли в нижней трети правого предплечья, припухлость и ссадины в этой области. Час тому назад правая рука больного была сжата дверями вагона электропоезда. Больной сразу же почувствовал сильную боль в руке, онемение большого, указательного пальцев, невозможность сжать пальцы в кулак. При осмотре обнаружено: правая кисть в положении "руки благословения", невозможно царапанье указательным пальцем по столу при плотно прилегающей к нему кисти, снижение болевой чувствительности в области тенара, ладонной поверхности большого, указательного и частично среднего пальцев, снижение карпорадиального рефлекса. Ему необходимо

а) стационарное лечение

б) наблюдение в поликлинике

в) возможно и то и другое

050. Больной 40 лет сбит машиной. Доставлен на прием к хирургу с жалобами на боли в задней поверхности бедра, отсутствие движений в стопе. При осмотре в области правой ягодицы имеется выраженная припухлость, на коже ссадины. Смещения костей таза нет, расхождения симфиза нет. Укорочения и деформации бедра не отмечено, нет увеличения окружности бедра. Определяется слабость сгибателей голени, нарушение сгибания и разгибания стопы пальцев. Выпала болевая чувствительность по латеральному краю голени, на тыльной и подошвенной поверхности стопы. Выпал ахиллов рефлекс. Предварительный диагноз

а) перелом костей таза

б) вывих бедра

в) травматическое повреждение седалищного нерва

г) перелом шейки бедра

д) перелом бедра

051. Больной 40 лет сбит машиной. Доставлен на прием к хирургу с жалобами на боли в задней поверхности бедра, отсутствие движений в стопе. При осмотре в области правой ягодицы имеется выраженная припухлость, на коже ссадины. Смещения костей таза нет, расхождения симфиза нет. Укорочения и деформации бедра не отмечено, нет увеличения окружности бедра. Определяется слабость сгибателей голени, нарушение сгибания и разгибания стопы пальцев. Выпала болевая чувствительность по латеральному краю голени, на тыльной и подошвенной поверхности стопы. Выпал ахиллов рефлекс. Больного необходимо

а) отправить на консультацию к невропатологу

б) назначить физиотерапевтическое лечение и наблюдать в поликлинике

в) выдать больничный лист и наблюдать на дому

г) госпитализировать

052. Показанием к хирургическому лечению закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга не является

а) нарастание неврологической симптоматики

б) нарушения проходимости субарахноидального пространства

в) наличие крови в ликворе

г) синдром острого переднего повреждения спинного мозга

д) перелом со смещением I и II шейных позвонков

053. К особенностям техники ламинэктомии при закрытых повреждениях позвоночника и спинного мозга относятся все перечисленные, за исключением

а) резекции дужек до суставных отростков

б) резекции дужек с захватом суставных отростков для лучшего обзора

в) разреза мягких тканей на уровне ламинэктомии

г) правильно а) и в)

054. Вскрытие твердой мозговой оболочки при операциях по поводу травмы спинного мозга показано

а) во всех случаях

б) при подозрении на интрадуральную компрессию спинного мозга

в) при инфицировании раны

г) правильно а) и в)

055. При открытом огнестрельном ранении позвоночника и спинного мозга ламинэктомия не показана в случае

а) повреждения связочного аппарата (дисторзии, разрыва)

б) вывиха или подвывиха позвоночника

в) переломов тел позвонков

г) переломов заднего полукольца позвонков

д) наличия признаков компрессии мозга

056. К особенностям ламинэктомии при открытых огнестрельных ранениях позвоночника относятся

а) без особенностей

б) нельзя пользоваться распатором

в) для скелетирования дужек использовать ножницы

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

057. При острых грыжах межпозвонковых дисков возможны

а) экстрадуральный метод удаления

б) трансдуральный метод удаления

в) комбинированный метод удаления

г) все перечисленное

д) только б) и в)

058. Показаниями к операции при спинальном арахноидите являются

а) нарастание корешковых болей

б) нарастание проводниковых двигательных расстройств

в) нарастание проводниковых чувствительных расстройств

г) нарастание сегментарных расстройств

д) отсутствие эффекта от консервативной терапии

059. Показаниями для ламинэктомии при травме спинного мозга являются

а) сотрясение спинного мозга

б) ушиб шейного отдела спинного мозга

в) сдавление спинного мозга

г) ушиб грудного отдела спинного мозга

д) травматическое субарахноидальное кровоизлияние

060. Показаниями для экстренной операции при грыжах межпозвонкового диска являются

а) нарастающий болевой синдром

б) онемение в области промежности

в) остро возникшие тазовые расстройства

г) постепенно нарастающие чувствительные нарушения

д) все перечисленное

061. Спинальный эпидурит следует дифференцировать в первую очередь

а) с нарушением спинального кровообращения

б) со спинальным арахноидитом

в) с эпидуральным абсцессом

г) с метастатическим поражением спинного мозга

д) с интрамедулярной опухолью

062. При удалении внутримозговых гематом наиболее предпочтительными являются

а) резекционная трепанация черепа

б) костно-пластическая трепанация черепа

в) не имеет значения

г) зависит от конкретных условий диагноза

д) все равно

063. Субдуральные гигромы следует дифференцировать

а) с очаговым менингоэнцефалитом

б) с субдуральной гематомой

в) с субарахноидальным кровоизлиянием

г) со внутрижелудочковой гематомой

д) с артерио-венозной мальформацией

064. Тотальное удаление (по Бурденко) абсцесса головного мозга показано

а) в стадии гнойно-воспалительного очагового энцефалита

б) в стадии формирования капсулы абсцесса

в) в терминальной стадии

г) при поверхностном расположении абсцесса

д) при глубинном абсцессе

065. Операция сшивания поврежденного ствола лучевого нерва практически невозможна на уровне

а) верхней трети плеча

б) средней трети плеча

в) верхней трети предплечья

г) нижней трети предплечья

д) правильного ответа нет

066. Оперировать больных с клиникой острого выпадения грыжи диска следует

а) в первые 1-2 часа

б) в первые 3-6 часов

в) в первые 12-24 часов

г) на вторые сутки

д) в любой из перечисленных сроков

067. При декомпрессивных операциях на седалищном нерве в ягодичной области наиболее опасным является

а) ранение грушевидной мышцы

б) повреждение малоберцовой порции нерва

в) ранение нижне-ягодичной артерии

г) повреждение ягодичных вен

д) все перечисленное

068. Оптимальными сроками наложения первичного шва при повреждении периферического нерва следует считать

а) первые 1-2 часа после травмы

б) первые 6-8 часов после травмы

в) первые 12-24 часа после травмы

г) первые 24-36 часов после травмы

д) в любой из перечисленных сроков

069. В условиях общехирургического стационара при рвано-рубленных ранениях предплечья предпочтительным является

а) первичный шов срединного нерва

б) первично-отсроченный шов нерва

в) вторичный шов нерва

г) правильно все перечисленное

д) правильно а) и в)

070. В хирургии периферических нервов оптимальным является

а) эпиневральный шов

б) периневральный шов

в) интерфасцикулярный шов

г) эпиневрально-интерфасцикулярный шов

д) все перечисленные

071. В хирургии периферических узлов, как минимум, целесообразно использовать

а) операционный микроскоп

б) лазерную установку

в) ультразвуковой аспиратор

г) операционную лупу

д) все перечисленное

**7. ГРУДНАЯ ХИРУРГИЯ**

001. Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легкого является

а) внутриартериальное введение антибиотиков

б) лечебные бронхоскопии

в) внутримышечное введение антибиотиков

г) общеукрепляющее лечение и иммунотерапия

д) сочетание всех вышеперечисленных методов

002. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются

а) пневмотомия

б) клиновидная резекция легкого

в) пневмоэктомия

г) лобэктомия

д) торакопластика

003. Возможными осложнениями после радикальных операций на легких являются

а) бронхиальный свищ, эмпиема плевры

б) внутриплевральное кровотечение

в) сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких

г) нагноение послеоперационной раны

д) все перечисленные

004. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктонической болезни является

а) бронхография

б) рентгенография

в) рентгеноскопия

г) томография

д) компьютерная томография

005. Наиболее часто бронхоэктоническая болезнь поражает

а) верхние доли обоих легких

б) базальные сегменты нижних долей

в) базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого

г) среднюю долю

д) отдельные сегменты обоих легких

006. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол"

а) является характерным только для бронхоэктатической болезни

б) может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры

в) более характерен для пороков сердца

г) характерен для актиномикоза

д) характерен для туберкулеза

007. Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является

а) верхняя доля

б) средняя доля

в) нижняя доля

г) правильно а) и б)

д) любая доля и любой сегмент обоих легких

008. 1. Больной 32 лет поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. Полтора месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38 град. C. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого легкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого. Наиболее вероятный диагноз

а) рак легкого

б) бронхоэктатическая болезнь

в) абсцесс легкого

г) аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза

008. 2. Больной 32 лет поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. Полтора месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38 град. C. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого легкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого. Больному следует рекомендовать

а) удаление нижней доли правого легкого

б) диагностическую бронхоскопию, удаление инородного тела и в последующем повторные лечебные бронхоскопии

в) удаление правого легкого

г) консервативную терапию: противовоспалительные средства, ингаляция, отхаркивающие средства и др.

009. 1. Больная 36 лет поступила с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 100 мл в сутки, кровохарканье в течение последних 5 лет, повышение температуры до 38 C, слабость, одышку. Больна около 10 лет. В детстве неоднократно болела двусторонней пневмонией. Мокрота выделяется "полным ртом", особенно при наклоне вниз. Состояние удовлетворительное. Слабо положительный симптом "часовых стекол". Над нижней долей левого легкого укорочение перкуторного звука, масса сухих хрипов. На рентгенограммах легких - средостения смещено влево, "оголен" правый край позвоночника, усилен и деформирован легочный рисунок в нижнем легочном поле с обеих сторон. Наиболее вероятный диагноз

а) хроническая пневмония

б) хронический деформирующий бронхит

в) хроническая абсцедирующая пневмония

г) бронхоэктатическая болезнь

д) туберкулез легкого

009. 2. Больная 36 лет поступила с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 100 мл в сутки, кровохарканье в течение последних 5 лет, повышение температуры до 38 C, слабость, одышку. Больна около 10 лет. В детстве неоднократно болела двусторонней пневмонией. Мокрота выделяется "полным ртом", особенно при наклоне вниз. Состояние удовлетворительное. Слабо положительный симптом "часовых стекол". Над нижней долей левого легкого укорочение перкуторного звука, масса сухих хрипов. На рентгенограммах легких - средостения смещено влево, "оголен" правый край позвоночника, усилен и деформирован легочный рисунок в нижнем легочном поле с обеих сторон. С целью уточнения диагноза ей показана

а) бронхоскопия

б) рентгенография

в) томография и компьютерная томография

г) бронхография

д) сканирование легких и ультразвуковая диагностика

010. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является

а) гемостатическая терапия

б) искусственный пневмоторакс

в) пневмоперитонеум

г) тампонада дренирующего бронха

д) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

011. У больного после нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов верхней доли на 2-й день развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является

а) плевральная пункция

б) назотрахеальная катетеризация

в) микротрахеостома

г) лечебная бронхоскопия

д) дренирование плевральной полости

012. Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких является

а) боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации

б) кашель с большим количество гнойной мокроты

в) высокая температура

г) кровохарканье

д) симптом "барабанных палочек"

013. Больной 47 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 400 мл в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. Около 20 лет тому назад перенес операцию на левом легком - удаление нижней доли и язычковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл гнойной мокроты, появились кровохаркания, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл стала зловонной. Состояние тяжелое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся легком полость около 6 см с горизонтальным уровнем. При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной. В правом легком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено. Больному следует рекомендовать

а) интенсивную консервативную терапию

б) хирургическое удаление оставшейся части левого легкого

в) лечебные бронхоскопии

г) внутриартериальное введение антибиотиков

д) временную окклюзию верхнезонального бронха

014. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются

а) коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей

б) первичная несостоятельность культи бронха

в) внутриплевральное кровотечение

г) ателектаз легкого

д) напряженный пневмоторакс

015. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является

а) разрыв плевральных сращений

б) прорыв абсцесса легкого

в) разрыв врожденных воздушных кист легкого

г) разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких

016. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться

а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха

б) с широкой торакотомии

в) с динамического наблюдения

г) с дренирования плевральной полости с активной аспирацией

017. При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости целесообразно

а) по средней аксиллярной линии в 6 межреберье

б) во 2-м межреберье по среднеключичной линии

в) в 7-м межреберье по задней аксиллярной линии

г) в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

д) 2 дренажа: во 2-м межреберье среднеключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

018. 1. Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. три дня назад после поднятия груза весом около 60 кг сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. При поступлении состояние удовлетворительное: пульс 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым легким дыхание резко ослабло, хрипов нет. У больного следует предположить

а) фибринозный плеврит

б) плевропневмонию

в) спонтанный неспецифический пневмоторакс

г) межреберную невралгию

д) миозит

018. 2. Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. три дня назад после поднятия груза весом около 60 кг сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. При поступлении состояние удовлетворительное: пульс 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым легким дыхание резко ослабло, хрипов нет. При рентгенологическом исследовании диагноз был подтвержден - обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начинать

а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха

б) с дренирования плевральной полости

в) с торакоскопии

г) с немедленной торакотомии

д) с симптоматического лечения

019. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить

а) сухой плеврит

б) инфаркт миокарда

в) тромбоэмболию ветвей легочной артерии

г) спонтанный неспецифический пневмоторакс

д) ущемленную диафрагмальную грыжу

020. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились внезапно сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии коробочный звук. Средостение перкуторно смещено вправо. У него необходимо заподозрить

а) фибринозный плеврит

б) инфаркт миокард

в) туберкулез легкого

г) спонтанный неспецифический пневмоторакс

д) ущемленную диафрагмальную грыжу

021. По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является

а) торакоскопия

б) рентгеноскопия и рентгенография легких

в) плевральная пункция

г) сканирование легких

д) бронхоскопия

022. Основными методами лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является

а) торакотомия

б) плевральная пункция и аспирация воздуха

в) торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости

г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией

д) наблюдение

023. Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает

а) при абсцессе легкого

б) при эхинококке легкого

в) при центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза

г) при кавернозном туберкулезе легких

д) при буллезной болезни легких

024. У больного 15 дней назад повысилась температура до 39 C, появились боли в первой половине грудной клетки. Диагностирована нижне-долевая пневмония. Семь дней назад начал откашливать плевки гнойной мокроты, два дня назад - внезапные сильные боли в грудной клетке, одышка. Дыхание над правым легким плохо выслушивается, в нижних отделах правого гемиторакса укорочение перкуторного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является

а) экссудативный плеврит

б) спонтанный пневмоторакс

в) фиброзный плеврит

г) пиопневмоторакс

д) абсцедирование

025. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается

а) с противовоспалительного лечения

б) с ваго-симпатической блокады

в) с плевральной пункции

г) с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием ее

д) с торакотомии

026. Реактивный экссудативный плеврит может быть

а) при острой пневмонии

б) при поддиафрагмальном абсцессе

в) при остром холецистите и панкреатите

г) при септической пневмонии

д) при всех перечисленных заболеваниях

027. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести

а) внутриплевральное кровотечение

б) воздушная эмболия головного мозга

в) анафилактический шок

г) плевропульмональный шок

д) правильно б) и в)

028. Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение

а) бронхоэктатической болезни

б) абсцесса

в) туберкулеза

г) острой пневмонии

д) эхинококкоза

029. Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является

а) дренирование плевральной полости

б) плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса

в) плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником

г) широкая торакотомия

д) введение дренажа по Сельдингеру

030. Способствуют развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии

а) бронхиальный свищ

б) инородные тела плевральной полости (дренаж, салфетка)

в) нагноение послеоперационной раны

г) остеомиелит ребер и хондрит

д) все перечисленные

031. Достоверным признаком легочного кровотечения является

а) выделение крови изо рта

б) кашель с выделением алой пенистой крови

в) наличие затемнения в легком

г) наличие экссудата в плевральной полости

д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии

032. Операция эзофагокардиомиотомии показана

а) при карциноме пищевода

б) при ахалазии пищевода и кардиоспазме

в) при диафрагмальной грыже

г) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы

д) при всем перечисленном

033. Перфорация пищевода может быть вызвана

а) эзофагоскопией

б) проглоченным инородным телом

в) сильной рвотой

г) эрозией опухоли

д) всем перечисленным

034. Фиброэзофагоскопия может сопровождаться

а) травмой слизистой

б) травмой глотки

в) травмой пищевода

г) перфорацией пищевода

д) всем перечисленным

035. Клиническая оценка результатов цитологического и гистологического методов исследования

а) не имеет значения для выбора метода операции

б) имеет значение для выбора метода операции

в) имеет значение для оперативного доступа

г) не имеет значения для оперативного доступа

036. При рентгенологическом обследовании перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме

а) газа в плевральных полостях

б) расширения тени средостения

в) газа в средостении и мягких тканях шеи

г) выхождения контрастного вещества за пределы пищевода

037. Оптимальным методом оказания первой помощи при химическом ожоге пищевода считается

а) промывание пищевода и желудка с помощью зонда

б) промывание пищевода и желудка "ресторанным" способом

в) внутривенное введение жидкостей и лекарственных средств

г) очистительные клизмы

038. Для дифференциации диагностики рака кардии и кардиоспазма необходимы все следующие данные, кроме

а) давности заболевания

б) характера дисфагии

в) особенностей рентгенологической семиотики

г) эндоскопической картины

д) характера стула

039. Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить

а) эзофагоскопию

б) фиброэзофагоскопию и рентгенологическое обследование

в) пневмомедианотомографию

г) томографию средостения

д) правильно а) и г)

040. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется

а) эзофагитом

б) надрывами слизистой дна желудка

в) зиянием кардиального жома

г) эндоскопическая картина решающего значения не имеет

д) правильно а) и в)

041. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть

а) эндоскопия

б) инородное тело

в) трахеостомия

г) интубация трахеи при наркозе

д) спонтанный разрыв

042. Наиболее радикальным методом лечения рака кардии является

а) лучевая терапия

б) химиотерапия

в) хирургическое лечение

г) электрокоагуляции опухоли

д) комбинированное лечение

043. Дисфагия может иметь место

а) при ахалазии пищевода

б) при раке пищевода

в) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы

г) при склеродермии

д) при всех перечисленных заболеваниях

044. Из нижеперечисленных заболеваний пищевода всегда требует оперативного лечения

а) рефлюкс-эзофагит

б) ахалазия пищевода

в) кардиоспазм

г) тракционные дивертикулы пищевода

д) пульсионные дивертикулы

045. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является

а) недостаточность кардиального сфинктера

б) алкоголизм

в) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

г) язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки

д) употребление горячей пищи

046. При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают все перечисленное, кроме

а) дробного питания

б) возвышенного положения туловища во время сна

в) нормализации массы тела при ожирении

г) диеты с низким содержимым клетчатки

д) ношения свободного (не тесного) белья

047. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы могут иметь место

а) дисфагия

б) нарушение ритма сердца

в) псевдостенокардия

г) ничего из перечисленного

д) все перечисленное

048. Наиболее выраженная дилатация пищевода развивается

а) при рубцовом сужении пищевода

б) при ахалазии пищевода

в) при диабетической энтеропатии

г) при склеродермии

д) при некоторых локализациях рака пищевода

049. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует

а) применять массивные гемостатические средства

б) применять гипотензивные средства

в) вводить малые гемостатические дозы крови

г) ввести зонд Блек - Мора

д) хирургически прошить кровоточащие сосуды

050. Наиболее обширные повреждения пищевода развиваются при приеме следующих химических агентов

а) неорганических кислот

б) щелочей

в) органических кислот

г) лаков

д) суррогатов алкоголя

051. Наиболее часто ожоги пищевода вызываются

а) кислотами

б) щелочами

в) суррогатами спирта

г) фосфорорганическими веществами

д) горячей водой

052. Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место

а) на всем протяжении пищевода

б) в области глотки

в) в области кардии

г) в местах физиологических сужений

д) в абдоминальном отрезке пищевода

053. Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является

а) возраст старше 60 лет

б) мужской пол

в) женский пол

г) алкоголизм

д) ранее перенесенный химический ожог пищевода

054. Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является

а) цитологическое исследование промывных вод из пищевода

б) рентгенологическое исследование

в) монометрическое исследование пищевода

г) эндоскопическое исследование пищевода

055. Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки

а) острая боль в грудной клетке, нередко с иррадиацией по межреберью

б) наличие крепитации на шее, гнусавость голоса

в) общее тяжелое состояние больного

г) высокая температура

д) все перечисленное

056. Основной опасностью беззондового промывания желудка при химических ожогах пищевода и желудка является

а) разрыв пищевода

б) малая эффективность лечебного мероприятия

в) дополнительный ожог пищевода

г) все перечисленное

057. По истечении 5-6 часов после химической травмы пищевода

а) желудок промывать нельзя

б) желудок можно не промывать

в) вопрос о промывании желудка решается индивидуально

г) желудок необходимо промыть

058. Сильные боли в верхнем отделе живота при химическом ожоге пищевода могут быть обусловлены

а) поражением печени и поджелудочной железы

б) рефлекторными причинами

в) проявлением химического ожога пищевода

г) спазмом желудка

д) всем перечисленным

059. При химическом ожоге пищевода у пострадавшего или сопровождающих его лиц необходимо выяснить

а) причину приема химического вещества

б) характер химического вещества

в) время, прошедшее со времени ожога

г) количество принятого химического вещества

д) все перечисленное

060. 1. Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на затрудненное прохождение пищи по пищеводу в течение последних 3 месяцев. Известно, что 2 года тому назад больной случайно выпил глоток уксусной кислоты Причиной клинической картины может быть обусловлено всем, кроме

а) кардиоспазм

б) рубцовое сужение пищевода

в) ахалазия пищевода

г) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

д) все перечисленное

060. 2. Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на затрудненное прохождение пищи по пищеводу в течение последних 3 месяцев. Известно, что 2 года тому назад больной случайно выпил глоток уксусной кислоты Для уточнения диагноза должны быть назначены наиболее информативные исследования

а) рентгенологическое обследование грудной клетки

б) контрастная рентгенография пищевода

в) фиброэзофагоскопия

г) исследование пищевода в условиях двойного контрастирования

д) правильно б) и в)

060. 3. Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на затрудненное прохождение пищи по пищеводу в течение последних 3 месяцев. Известно, что 2 года тому назад больной случайно выпил глоток уксусной кислоты Дальнейшее лечение больного может быть продолжено

а) в ЛОР-отделении

б) в хирургическом отделении

в) в нефрологическом отделении

г) в терапевтическом отделении

д) в гастроэнтерологическом отделении

061. О ранении сердца свидетельствуют

а) локализация раны

б) резкое снижение артериального давления, тахикардия

в) внешний вид больного

г) повышение венозного давления

д) все перечисленное

062. При тампонаде сердца наблюдаются

а) снижение артериального давления

б) цианоз лица

в) расширение границ сердца

г) глухость тонов

д) все перечисленное

063. Показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются

а) пневмоторакс

б) гемоторакс

в) свернувшийся гемоторакс

г) продолжающееся кровотечение в плевральную полость

д) сам факт проникающего ранения

064. Ушивание раны легкого должно производиться

а) непрерывными узловыми швами

б) отдельными узловыми швами

в) кисетным швом

г) Z-образным швом

д) всеми перечисленными способами

065. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является

а) передне-боковая торакотомия на стороне ранения

б) передне-боковая торакотомия слева

в) стернотомия

г) задне-боковая торакотомия слева

д) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения

066. При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо

а) наложить циркулярную повязку на грудную клетку

б) наложить одностороннюю лейкопластырную повязку

в) произвести паравертебральную спирто-новокаиновую блокаду

г) выполнить вагосимпатическую блокаду

д) выполнить блокаду "трех мест" (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)

067. Характерным признаком разрыва легкого является

а) кровохаркание

б) гемоторакс

в) пневмоторакс

г) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании

д) гемо-пневмоторакс

068. Для закрытой травмы сердца характерны

а) изменения ЭКГ

б) боли в области сердца

в) снижение артериального давления

г) повышение венозного давления

д) все перечисленные признаки

069. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является

а) боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье

б) боль в предреберье

в) пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое рентгеном

г) ослабленное дыхание на стороне травмы

д) общее тяжелое состояние больного

070. Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, кроме

а) напряженного пневмоторакса

б) напряженной эмфиземы средостения

в) общего тяжелого состояния больного

г) кровохарканья

д) все перечисленное

071. При травме грудной клетки неотложные мероприятия прежде всего необходимы

а) при переломе грудины

б) при переломе ключицы

в) при напряженном пневмотораксе

г) при переломе лопатки

д) при переломе ребер

072. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями шока III т. Диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочно дренирована левая плевральная полость. По дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не расправляется. Введение второго дренажа и активная аспирация по обоим дренажам не изменили ситуации, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения. Остается коллапс легкого. При бронхоскопии обнаружен надрыв стенки левого главного бронха, закрытый сгустком крови. Больному необходимо

а) продолжить активную аспирацию по 2-м дренажам с увеличением вакуума

б) произвести верхнюю переднюю медиастинотомию

в) выполнить левостороннюю торакотомию, наложить первичный шов бронха

г) сделать левостороннюю пневмоэктомию

д) нанести биологический клей на область разрыва

073. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать и произвести первичный шов бронха. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет

а) передне-боковая торакотомия

б) боковая торакотомия по 4 межреберью

в) задне-боковая торакотомия

г) стернотомия

д) боковая торакотомия по 7-му межреберью

074. Больной сбит машиной, доставлен в бессознательном состоянии. Диагностирована внутричерепная гематома, перелом костей голени, двусторонний перелом ребер. Справа - 3, с наличием пневмоторакса, слева - 4 с признаками гемоторакса. Шок IV степени. Гемодинамика нестабильная. Анизакория. Начаты реанимационные мероприятия, адекватная инфузионная терапия. Произведено дренирование правой плевральной полости, легкое в ближайшие 2 часа расправилось. При пункции левой плевральной полости удалено 250 мл жидкой крови. Лечебная тактика включает

а) левостороннюю торакотомию

б) срочную декомпрессивную трепанацию черепа

в) срочную трепанацию черепа с последующей ИВЛ и другими реанимационными мероприятиями

г) только ИВЛ с выведением больного из шока

д) остеосинтез ребер и костей голени

075. Больной упал с высоты 5 м, в результате чего произошел перелом VIII-X ребер слева по паравертебральной и лопаточной линии и отрыв хрящей VII и VIII ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний пневмоторакс с коллапсом легкого на 1/3 его объема. Отмечается парадоксальное движение левой половины грудной клетки спереди. Последовательность и характер лечебных мероприятий включают

а) экстраплевральный остеосинтез IV-X ребер

б) дренирование левой плевральной полости

в) широкую торакотомию, остеосинтез ребер и подшивание хрящей VII и VIII ребер к грудине

г) только подшивание хрящей VII-VIII ребер к грудине

д) искусственную вентиляцию легких

076. Больной попал в автомобильную катастрофу. Состояние при поступлении тяжелое: выраженная одышка, кровохарканье; диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки, переходящая на шею и лицо, гнусавость голоса. Рентгенологически выявлен перелом V,VI,VII ребер по среднеклеточной и средней аксиллярной линии, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают

а) только дренирование плевральной полости

б) гемостатическую консервативную терапию

в) торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого

г) искусственную вентиляцию легких

д) экстраплевральный остеосинтез

077. Основным методом лечения гемоторакса является

а) плевральная пункция

б) дренирование плевральной полости

в) широкая торакотомия

г) торакотомия и ликвидация гемоторакса

д) подход должен быть строго индивидуальным

078. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Доставлен в тяжелом состоянии: эйфория, кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД - 80/20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Рана грудной стенки 2 см, располагается слева по парастернальной линии на уровне III-го межреберья. Дыхание над левым легким резко ослаблено, в задне-нижних отделах имеет место укорочение перкуторного звука. Необходимо предположить

а) ранение легкого

б) торако-абдоминальное ранение

в) ранение сердца

г) ранение крупных сосудов средостения

д) имеет место плевро-пульмональный шок

079. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Сознание спутанное, кожные покровы бледные, цианоз губ. АД - 80/20 мм рт. ст. Пульс на периферических сосудах не определяется. Рана грудной клетки длиной 2 см, по левой парастернальной линии на уровне III-го межреберья. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. Ваши действия будут заключаться в следующем

а) начнете комплекс реанимационных мероприятий

б) сделайте плевральную пункцию

в) выполните пункцию перикарда

г) начнете переливание крови

д) произведете немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда

080. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока IV степени. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Выраженная одышка, тахикардия. Резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева коробочный оттенок звука. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно определить

а) внутрибрюшное кровотечение

б) разрыв легкого

в) тупую травму сердца

г) разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную

д) для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования

081. Больная попала в автомобильную катастрофу. Доставлена в тяжелом состоянии: кровохаркание, одышка, парадоксальное движение правой половины грудной клетки. Рентгенологически выявлен окончатый перелом 7 ребер справа по средне-ключичной и средней подмышечной линии с отхождением отломков IV ребра, которое сломано по 3-м линиям. Гемопневмоторакс, АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. При плевральной пункции эвакуирована кровь, свертывающаяся в шприце; свободно в шприц поступает воздух. Помощь больной будет заключаться

а) в дренировании плевральной полости

б) в предварительном дренировании плевральной полости перед торакотомией

в) в немедленной торакотомии, ушивании ткани легкого, остеосинтезе

г) в повторных плевральных пункциях в сочетании с консервативной терапией

д) в искусственной вентиляции легких

082. Больная 4 часа назад получила множественные ножевые ранения грудной клетки. Из раны левой половины грудной клетки было значительное кровотечение. Снижалось АД до 90/70 мм рт. ст. Состояние средней тяжести. Кожные покровы нормальной окраски. Пульс 92 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Гемопневмоторакса нет. Больной необходимо произвести

а) плевральную пункцию справа

б) плевральную пункцию слева

в) левостороннюю торакотомию

г) первичную хирургическую обработку ран грудной клетки

д) дренирование левой плевральной полости

083. Больной получил сквозное пулевое ранение (из пистолета) левой половины грудной клетки. Входное отверстие на уровне VIII-го межреберья по паравертебральной линии, выходное - у края левой реберной дуги по среднеключичной линии. Состояние тяжелое. Диагностировано торакоабдоминальное ранение. При плевральной пункции удалено 160 мл жидкой крови. Произведена срочная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено 1. 5 л жидкой крови. При ревизии - сквозное ранение кардиального отдела желудка и левой доли печени. Произведено ушивание ран желудка и печени. При повторном рентгенологическом исследовании пневмоторакс и гемоторакс не определяются. В дальнейшем необходимо выполнить

а) дренирование плевральной полости

б) немедленную левостороннюю торакотомию

в) торакоскопию

г) наблюдение за плевральной полостью с рентгеновским контролем

д) повторные плевральной пункции в зависимости от клинических и рентгенологических данных

084. Больной получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Доставлен машиной скорой помощи в состоянии средней тяжести. Кожные покровы бледны. АД - 90/60 мм рт. ст. , пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце. Лечебная тактика сводится

а) к дренированию плевральной полости

б) к немедленной торакотомии

в) к плевральным лечебным пункциям

г) к только интенсивной терапии

д) к интенсивной терапии в сочетании с дренированием плевральной полости

085. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока IV степени. Выявлен перелом костей таза. Обращает на себя внимание выраженная одышка, тахикардия. Резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева тимпанит. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы, что подтверждено рентгенологическим исследованием. Лечебные мероприятия включают

а) немедленную торакотомию

б) лапароскопию

в) выведение больного из шока

в) применение различных видов новокаиновых блокад

д) наблюдение и симптоматическое лечение, включая наркотики

086. Больной несколько дней назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. В поликлинике по месту жительства произведена только первичная хирургическая обработка раны, и больной отпущен домой. Поступил в больницу в связи с ухудшением общего состояния, повышением температуры до 39 град C, появлением одышки. Состояние средней тяжести. Пульс - 112 ударов в минуту. АД - 115/80 мм рт. ст. Выявлен правосторонний гемопневмоторакс со смещением средостения влево и уровнем жидкости соответственно переднему краю IV ребра. Оказание помощи следует начинать

а) с немедленной торакотомии

б) с дренирования плевральной полости по пневмотораксу с активной аспирацией

в) с повторных плевральных пункций для аспирации воздуха и крови

г) с дренирования плевральной полости в синусе для ликвидации гемоторакса

д) с проведения только медикаментозного лечения и динамического наблюдения

087. Больной 2 часа назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Поступил в тяжелом состоянии. Бледен, АД - 90/60 мм рт. ст. , пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце. Для оказания помощи необходимо выполнить

а) дренирование плевральной полости

б) немедленную торакотомию

в) повторные плевральные пункции

г) проводить только интенсивную терапию

д) интенсивную терапию в сочетании с дренированием плевральной полости

088. У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и задней аксиллярной линии (справа 4 ребра, слева - 3 ребра) , имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять

а) дренирование плевральной полости справа

б) дренирование обеих плевральных полостей

в) введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки

г) насечки на коже грудной клетки и шеи

д) динамическое наблюдение

089. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа - 4) , выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание необходимо начать

а) с дренирования обеих плевральных полостей

б) с введения игл в подкожную клетчатку

в) с интубации и искусственной вентиляции легких

г) с наложения трахеостомии и искусственной вентиляции

д) с двусторонней торакотомии

090. При большом свернувшемся гемотораксе 5-дневной давности необходимо выполнить

а) широкую торакотомию, удаление гемоторакса

б) дренирование плевральной полости

в) введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса

г) повторные плевральные пункции

д) введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса

091. Больной упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении: цианоз лица, одышка (30 в минуту) , выраженная эмфизема на лице, шее, грудной клетке. Диагностирован перелом 3 ребер, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Произведено дренирование плевральной полости во 2-м межреберье по средне-ключичной линии. В процессе наблюдения состояние несколько улучшилось, уменьшилась гнусавость голоса и подкожная эмфизема. При контрольной рентгенографии правое легкое полностью не расправилось, остается широкий горизонтальный уровень жидкости над диафрагмой. Необходимо предпринять

а) правостороннюю торакотомию

б) дополнительное дренирование плевральной полости в нижних отделах

в) плевральную пункцию для эвакуации крови и воздуха

г) оставить два дренажа на пассивной системе, если по ним активно поступает воздух

д) активную аспирацию по 2-м дренажам

092. Для диагностики рака легкого наиболее достоверным является

а) бронхоскопия

б) анализ мокроты

в) трансторакальная игловая биопсия

г) трансбронхиальная и транстрахеальная игловая биопсия

д) сочетание перечисленных методов

093. Больной 72 лет упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении состояние тяжелое: цианоз лица, одышка (30 в минуту) , выраженная эмфизема на лице, шее, грудной клетке. Диагностирован перелом 3 ребер справа, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Начинать лечебные мероприятия необходимо

а) с верхней срединной медиастинотомии

б) с дренирования плевральной полости во 2-м межреберье по средне-ключичной линии по пневмотораксу

г) с дренирования по гемотораксу в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

д) с плевральной пункции

094. У больной 30 лет имеются жалобы на выраженную одышку, появившуюся 3 месяца назад, общую слабость. Температура нормальная, кашля нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. На рентгенограммах легких с обеих сторон множественные мелкоочаговые тени, создающие сетчатость легочного рисунка. Заключение: диссеминированный процесс в легких неясной этиологии. При бронхоскопии бронхиальное дерево не изменено. Наиболее достоверным методом диагностики будет

а) бронхоскопия и пункционная биопсия бифуркационных лимфоузлов

б) прескаленная биопсия

в) медиастиноскопия

г) "малая торакотомия" и биопсия легкого

д) широкая торакотомия и биопсия легкого

095. Больной 50 лет поступил с жалобами на кровохаркание, которое появилось 2 месяца назад. 6 и 3 месяцев назад перенес верхнедолевую пневмонию справа. Рентгенологическое исследование не проводилось. Много курит, злоупотребляет алкоголем. При обследовании диагностирован центральный рак правого легкого с ателектазом переднего сегмента верхней доли. Бронхоскопия обнаружила опухолевидное образование в С3. Гистологически: плоскоклеточный рак с ороговением. Объем хирургического вмешательства будет заключаться

а) в пневмонэктомии

б) в верхней лобэктомии

в) в верхней билобэктомии

г) в верхней лобэктомии с циркулярной резекцией главного бронха

д) окончательное решение возможно при торакотомии

097. У больного кашель со скудным количеством мокроты и небольшими прожилками крови в ней, повторные пневмонии в нижней доле правого легкого (трижды за последние 6 месяцев) . Общее состояние удовлетворительное, периферические лимфоузлы не увеличены. Рентгенологически: ателектаз C9-10, увеличение прикорневых лимфоузлов. При бронхоскопии в устье нижнедолевого бронха определяется опухолевидное образование серовато-розоватого цвета, почти полностью закрывающее просвет бронха. Биопсия - плоскоклеточный рак. Объем предполагаемого хирургического вмешательства

а) пневмонэктомия

б) нижняя лобэктомия

в) нижняя билобэктомия

г) сегментэктомия

д) пневмонэктомия, нижняя билобэктомия или лобэктомия - вопрос решается при торакотомии

098. Больной жалуется на повышение температуры до 39 град C, слабость, потливость, кожный зуд, плохой аппетит. Болен около 3 месяцев. При обследовании состояние удовлетворительное, увеличены периферические лимфоузлы, больше в правой надключичной области до 2-3 см, подвижные, не спаянные с кожей. При рентгенологическом исследовании расширение тени верхнего средостения. Наиболее вероятно, что у больного имеет место

а) туберкулез

б) лимфогрануломатоз

в) саркоидоз

г) СПИД

д) лимфаденит неспецифический

099. Больной поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, кашель с плевками бурой мокроты, появившейся 1 месяц назад. Много курит. Общее состояние удовлетворительное. На рентгенограмме грудной клетки соответственно нижней доли правого легкого опухолевидное образование 12{symbol 180 \f "Symbol"|}8{symbol 180 \f "Symbol"|}6 см, примыкающее к грудной стенке на большом протяжении. Намечается распад у верхнего полюса образования. При многократном исследовании мокроты микробактерии туберкулеза не обнаружены. Предположительный диагноз

а) эхинококковая киста

б) абсцесс легкого

в) периферический рак с распадом

г) опухоль плевры

д) доброкачественная опухоль легкого

100. У больной с тяжелой формой сахарного диабета в легких определяются множественные шаровидные образования от 1 до 3 см в диаметре. Микобактерии туберкулеза не обнаружены. Серологические реакции исключили эхинококкоз. Методом исследования, который поможет верифицировать заболевание, будет

а) бронхоскопия

б) торакоскопия

в) бронхография

г) томография грудной клетки

д) открытая биопсия легкого

101. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести

а) бронхоскопию

б) трансторакальную игловую биопсию

в) катетеризационную биопсию при бронхоскопии

г) повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки

д) исследование промывных вод при бронхоскопии

102. При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром около 1 см на периферии верхней доли правого легкого, при отсутствии жалоб необходимо

а) динамическое наблюдение

б) трансторакальная игловая биопсия

в) катетеризационная биопсия при бронхоскопии

г) торакотомия, широкая биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результатов, соответствующий объем резекции легкого

д) верхняя лобэктомия без предварительной верификации

103. При обнаружении у пациента во время флюорографического исследования небольшого шаровидного затемнения в легком вы должны

а) уточнить морфологический характер опухоли

б) выяснить, когда производилось предпоследнее рентгенологическое исследование, и что оно показало

в) ответить на вопрос: первичный или вторичный характер носит опухоль путем исключения первичной локализации опухоли

г) применить все существующие методы лучевого исследования для уточнения характера опухоли

д) выполнить все вышеперечисленное

**8. ХИРУРГИЯ СОСУДОВ**

001. Наиболее редким осложнением при первичном варикозе вен является

а) экзематозный дерматит

б) глубокий тромбоз малоберцовой вены

в) безболезненный разрыв расширенной вены

г) изъязвление нижней трети конечности

д) гипертрофированные ногти и атрофичная кожа

002. Аускультация сосудов важна

а) при болезни Рейно

б) при артериальном стенозе

в) при варикозном расширении вен

г) при посттромбофлебитическом синдроме

д) при акроцианозе

003. К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся

а) беременность

б) тугие повязки в области верхней трети конечности

в) увеличенные паховые лимфатические узлы

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

004. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью

а) растворения фибрина

б) приостановления роста тромба

в) увеличения количества сгустков

г) изменения внутренней оболочки сосудов

д) снижения активности ДНК

005. Судить об адекватности удаления части поясничного симпатического столба лучше всего

а) по прекращению болей в нижних конечностях

б) по повышению температуры тела

в) по отсутствию потоотделения

г) по прекращению перемежающейся хромоты

д) по заживлению гангрены пальцев нижних конечностей

006. К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится

а) склероз артериол

б) петлистый артериальный тромбоз

в) развитие синдрома Лериша

г) тромбоз бедренной артерии

д) акроцианоз

007. Острая лимфедема характеризуется следующими признаками

а) при надавливании пальцем остается ямка

б) плотный "мясистый" отек ткани, при надавливании пальцем ямка не образуется

в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела

г) правильно а) и в)

д) правильного ответа нет

008. Хроническая лимфедема характеризуется всем нижеперечисленным, кроме

а) при надавливании пальцем ямка не образуется

б) плотный "мясистый" отек ткани

в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела

г) пигментные и трофические изменения кожи

д) фиброз подкожной клетчатки

009. К ранним симптомам тромбоза мезентериальных сосудов относится

а) жидкий стул с примесью крови

б) рвота

в) боль в животе, иррадиирующая в спину

г) дряблость передней брюшной стенки

д) все перечисленное

010. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит

а) лицевых вен

б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза

в) глубоких вен верхних конечностей

г) поверхностных вен нижних конечностей

д) поверхностных вен верхних конечностей

011. Пилефлебит - это тромбофлебит

а) селезеночной вены

б) нижней брыжеечной вены

в) вен брыжейки чревообразного отростка

г) воротной вены

д) печеночной вены

012. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны

а) резкий отек нижней конечности

б) некроз пальцев стоп

в) похолодание стопы

г) симптом перемежающейся хромоты

д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен

013. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме

а) замедления тока крови в венах

б) нарушения целостности внутренней выстилки вен

в) варикозного расширения вен

г) повышения фибринолитической активности крови

д) мерцательной аритмии

014. Симптом Троянова - Тренделенберга служит для диагностики

а) недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей

б) острого тромбофлебита глубоких вен бедра

в) синдрома Лериша

г) посттромбофлебитической болезни

д) болезни Бюргера

015. Маршевая проба проводится с целью выявления

а) несостоятельных коммуникативных вен

б) проходимости глубоких вен нижних конечностей

в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях

г) тромбоза подколенной артерии

д) острого тромбофлебита

016. Проба Претта проводится с целью выявления

а) проходимости глубоких вен нижних конечностей

б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях

в) несостоятельных коммуникативных вен

г) острого тромбофлебита

д) тромбоза подколенной артерии

017. К осложнениям варикозного расширения вен относится все нижеперечисленное, кроме

а) трофических язв

б) экземы и дерматитов

в) хронической венозной недостаточности

г) ишемической гангрены

д) тромбофлебита

018. Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем нижеперечисленным, кроме

а) беременности

б) непроходимости глубоких вен

в) врожденного нарушения клапанного аппарата

г) посттромбофлебитического синдрома

д) ортостатизма

019. Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является

а) рассыпной тип поражения

б) мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы

в) рецидив после оперативного лечения

г) непроходимость глубоких вен

д) острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе

020. Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме

а) дистальных отеков

б) распирающих болей

в) повышения температуры тела

г) гиперемии кожи и отека по ходу вен

д) резкой болезненности при пальпации

021. Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме

а) повышения фибринолитической активности

б) ожирения

в) гиподинамии

г) онкологических заболеваний

д) ишемической болезни сердца

022. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме

а) отеков дистальных отделов конечностей по вечерам

б) перемежающейся хромоты

в) признаков трофических расстройств кожи голени

г) судорог по ночам

д) видимого расширения подкожных вен

023. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся все нижеперечисленные, кроме

а) сокращения икроножных мышц

б) возвышенного положения нижних конечностей

в) длительного постельного режима

г) бинтования ног эластическими бинтами

д) раннего вставания

024. При несостоятельности коммуникативных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию

а) Бебкока

б) Нарата

в) Маделунга

г) Троянова - Тренделенберга

д) Линтона

025. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме

а) назначения гепарина

б) назначения дезагрегантов

в) лечебной физкультуры

г) длительного постельного режима

д) бинтования ног эластичным бинтом

026. Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей опасны тем, что

а) могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии

б) приведут к варикозному расширению подкожных вен

в) вызовут гангрену стопы

г) могут послужить причиной эмболии сосудов мозга

д) могут послужить причиной послеоперационной пневмонии

027. Операция Троянова - Тренделенберга заключается

а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника

б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования

в) в удалении подкожных вен зондом

г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией

д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

028. Операция Нарата заключается

а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени

б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования

в) в удалении подкожных вен с помощью зонда

г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

029. Операция Маделунга заключается

а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени

б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования

в) в удалении подкожных вен с помощью зонда

г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

030. Операция Клаппа заключается

а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени

б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования

в) в удалении подкожных вен с помощью зонда

г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

031. Операция Кокетта заключается

а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования

б) в удалении подкожных вен с помощью зонда

в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

032. Операция Линтона заключается

а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования

б) в удалении подкожных вен с помощью зонда

в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

033. При магистральном типе варикозного расширения вен показаны

а) только склеротерапия

б) комбинированное лечение (склеротерапия + операция)

в) только бинтование эластическим бинтом

г) только операция Троянова - Тренделенберга

д) только операция Линтона

034. Наибольший косметический эффект в лечении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается

а) операцией Бебкока

б) операцией Троянова - Тренделенберга

в) склеротерапией

г) операцией Клаппа

д) операцией Маделунга

035. Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается

а) комбинированным оперативным методом

б) операцией Линтона

в) операцией Бебкока

г) операцией Нарата

д) операцией Маделунга

036. К ранним симптомам посттромбофлебитического синдрома относятся все нижеперечисленные, кроме

а) расширения мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени

б) отека в области лодыжек

в) болезненного уплотнения кожи в нижней трети голени

г) наличия трофической язвы на голени

д) значительного подкожного варикозного расширения вен нижней конечности

037. Наиболее характерными признаками, присущими пилефлебиту, являются все нижеперечисленные, кроме

а) картины нарастающего септического процесса

б) болей в правом подреберье

в) увеличения печени и желтухи

г) интермиттирующей лихорадки с ознобами

д) усиления запоров

038. Антикоагулянты применяют

а) при начинающейся гангрене

б) при тромбофлебите

в) при лимфангоите

г) при эндартериите

д) при облитерирующем атеросклерозе

039. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя

а) антибиотики

б) спазмолитики

в) антикоагулянты

г) активные движения

д) парентеральное введение больших объемов жидкостей

040. Наиболее частой причиной развития трофических язв является

а) расстройство лимфообращения

б) расстройства артериального кровообращения

в) расстройства венозного кровообращения

г) травматические повреждения

д) нарушения водно-электролитного обмена

041. Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме

а) резких болей распирающего характера

б) повышения температуры тела

в) отека конечности

г) цианоза

д) гиперемии кожи по ходу больной вены

042. Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется все нижеперечисленное, кроме

а) постельного режима

б) бутадиона

в) компрессов с мазью Вишневского

г) ходьбы

д) возвышенного положения конечности

043. Тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии

а) сосудов мозга

б) системы коронарных артерий и вен

в) легочной артерии

г) легочных вен

д) артерий почек и печени

044. При тромбозах глубоких вен нижних конечностей, как правило, развивается

а) отек мягких тканей

б) лимфангоит

в) ползучая флегмона

г) анаэробная гангрена

д) остеомиелит

045. Тромбоз развивается в результате всего перечисленного, кроме

а) нарушения свертываемости крови

б) изменения внутренней оболочки сосуда

в) массивного кровотечения

г) замедления кровотока

д) эмболии

046. Послеоперационные эмболии обычно бывают следствием

а) абсцессов

б) флегмон

в) флеботромбозов

г) лимфаденитов

д) эндартериита

047. Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит

а) в необходимости профилактики лимфостаза

б) в необходимости воздействия на артериальный кровоток

в) в ускорении кровотока по глубоким венам

г) в профилактике трофических расстройств

д) в необходимости большей концентрации кровообращения

048. Флеботромбозы чаще встречаются у всех нижеперечисленных больных, кроме больных

а) с ожирением

б) с варикозным расширением вен

в) с онкологическими заболеваниями

г) с почечной недостаточностью

д) с ишемической болезнью сердца

049. Диагноз вторичного варикоза вен нижних конечностей ставится на основании всего нижеперечисленного, кроме

а) тромбофлебита глубоких вен в анамнезе

б) выраженных трофических нарушений кожи и стойких отеков

в) несимметричности поражения

г) данных флебографии

д) данных артериографии

050. Флебография глубоких вен нижних конечностей позволяет объективно оценить все перечисленное, кроме

а) состояния периферических артерий нижних конечностей

б) проходимости глубоких вен

в) состояния клапанного аппарата глубоких вен

г) локализации несостоятельных коммуникантных вен

д) скорости кровотока по глубоким венам

051. Синдром Педжета - Шреттера заключается

а) во врожденных множественных артериовенозных фистулах

б) в некрозах мышечной оболочки аорты

в) в тромбозе подключичной вены

г) в одновременной висцеральной и париетальной эмболии

д) в остеопорозе, дерматите и артериальном спазме

052. У больного с явлениями мигрирующего флебита можно подозревать

а) лейкемию

б) злокачественную опухоль, чаще - поджелудочной железы

в) тромбоангиитное заращение сосудов

г) узловой периартериит

д) варикозное расширение вен

053. Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью

а) предотвратить дальнейшее расширение сосуда

б) предотвратить двусторонний подострый эндокардит

в) предотвратить сердечную недостаточность

г) восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда

д) обратить в норму симптом Тинеля

054. Возвышенное положение конечности при лечении диабетической язвы стопы противопоказано в связи с тем, что

а) инфекция под действием силы тяжести распространяется по фасции

б) развившаяся в результате этого ишемия может усилить гангрену

в) может усилиться болевой синдром

г) может усилиться интоксикация

д) может иметь место все вышеперечисленное

055. При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является

а) удаление всех окаймлений ложного мешка

б) лигирование артерии и вены в четырех местах

в) широкое рассечение для лигирования коллатералей

г) ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы

д) всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы

056. Наиболее распространенная причина острой лимфадемы

а) тромбоэмболия легочной артерии

б) тромбофлебит

в) радикальная мастэктомия

г) иссечение подмышечного или пахового лимфатического узла

д) ни одна из вышеперечисленных причин

057. Хронический лимфатический отек верхней конечности обычно развивается

а) после радикальной мастэктомии

б) метастазирования в подмышечные лимфатические узлы

в) в результате подмышечного лимфаденита

г) все перечисленное неверно

д) все перечисленное верно

058. В конечности с хроническим отеком, как правило, развивается

а) пигментация кожи

б) атрофия эпидермиса

в) плотный отек, не образующий ямки при надавливании

г) фиброз кожного и подкожного слоя

д) все перечисленное

059. При врожденной артериовенозной фистуле характерно

а) ветвистая аневризма

б) гипертрофия конечности вследствие аневризмы (гемангиомы)

в) гроздевидная аневризма

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

060. Прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей обусловлено

а) нарушением клапанного аппарата вен

б) нарушением свертывающей системы крови

в) нарушением артериального кровотока в конечности

г) сердечной слабостью

д) нарушением водно-солевого обмена

061. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них

а) отсутствует развитая коллатеральная сеть

б) сосуды сильнее спазмируются в результате охлаждения

в) имеется особый тип иннервации

г) затруднен лимфоотток

д) имеется особое строение кожи

062. После ушиба артерии может наступить ее тромбоз, так как

а) выделяются токсические вещества

б) повреждаются симпатические волокна

в) нарушается межтканевой обмен

г) все утверждения верны

д) все утверждения неверны

**9. ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

001. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются

а) сроком с момента прободения

б) степенью воспалительных изменений брюшины

в) величиной перфоративного отверстия

г) локализацией перфоративного отверстия

д) возрастом больного

002. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать

а) анализ кала на скрытую кровь

б) контрастную рентгеноскопию желудка

в) анализ желудочного сока на скрытую кровь

г) фиброгастроскопию

д) определение гемоглобина и гематокрита

003. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место

а) мелена

б) симптом мышечной защиты

в) рвота желудочным содержимым цвета "кофейной кишки"

г) брадикардия

д) коллапс

004. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются

а) пожилой возраст больного

б) в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов

в) сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии

г) рвота пищей, приносящая облегчение

д) шум плеска в желудке

005. Больной, страдающий кровоточащей язвой желудка, после проведенной терапии выведен из шока. Однако, проводимые консервативные мероприятия не позволяют добиться надежного гемостаза. В этом случае необходима

а) лапаротомия и резекция желудка

б) наложение гастростомы

в) применение гастростомы

г) продолжать консервативную терапию, включая применение диеты Мейленграхта

д) лапаротомия, наложение гастроэнтероанастомоза, обкалывание кровоточащего сосуда

006. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме

а) малой кривизны желудка

б) кардиального отдела желудка

в) антрального отдела желудка

г) нижнего отдела пищевода

д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки

007. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме

а) иссечения язвы

б) ушивания язвы

в) резекции желудка

г) пилоропластики с ваготомией

д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле

008. При перфоративной язве желудка необходимо провести

а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции

б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена

в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты

д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель

009. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками

а) инсулемы поджелудочной железы

б) синдрома приводящей петли

в) пептической язвы анастомоза

г) демпинг-синдрома

д) синдрома малого желудка

010. К пострезекционным синдромам не относится

а) синдром малого желудка

б) демпинг-синдром

в) синдром приводящей петли

г) желчный гастрит культи

д) сахарный диабет

011. Секретин образуется

а) в двенадцатиперстной кишке

б) в печени

в) в поджелудочной железе

г) в дистальных отделах тонкой кишки

д) в гипоталамусе

012. Основным стимулятором освобождения секретина является

а) соляная кислота

б) продукты расщепления белков

в) жиры

г) углеводы

д) все перечисленные факторы

013. Стимулятором выделения соляной кислоты обкладочными клетками желудка являются

а) гастрин

б) гистамин

в) возбуждение блуждающего нерва

г) повышение уровня кальция в крови

д) все перечисленное выше

014. При стенозе III ст. пилорического отдела желудка необходимы

а) немедленная лапаротомия и резекция желудка во всех случаях

б) операция после интенсивной парентеральной терапии, коррекции волемических расстройств

в) контрастное и эндоскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты, при подозрении на малигнизацию - операция

г) немедленная лапаротомия, переливание крови и плазмозаменяющих растворов, применение антибиотиков. В зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции

д) консервативная терапия, оперативное лечение не показано

015. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся все перечисленные, кроме

а) рвоты

б) шума плеска над проекцией желудка

в) наличия чаш Клойбера

г) отрыжки

д) похудения

016. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо выполнить все следующие мероприятия, кроме

а) назначения соляной кислоты с пепсином в большом количестве

б) промывания желудка

в) введения растворов электролитов

г) введения белковых растворов

д) коррекции нарушения кислотно-щелочного состояния

017. У больного с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки при исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Наиболее рациональной операцией в этом случае является

а) субтотальная резекция желудка

б) ваготомия с пилоропластикой

в) ваготомия без дренирующей операции

г) резекция на выключение

д) наложение гастроэнтероанастомоза

018. Резекция на выключение может быть выполнена

а) при низкой постбульбарной язве

б) при пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку

в) при плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки

г) ни в одном из перечисленных выше случаев

д) во всех перечисленных выше случаях

019. Наиболее информативным при дифференциальной диагностике между язвой желудка и изъязвившейся карциномой является

а) анализ желудочного сока

б) исследование кала на скрытую кровь

в) проведение гистаминовой пробы

г) положительный эффект на противоязвенный курс лечения

д) эзофагогастроскопия с биопсией

020. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено неподвижное инородное тело. В данном случае необходимо

а) назначить вазелиновое масло

б) назначить прием минеральной воды

в) выписать больного на амбулаторное наблюдение

г) назначить эзофагогастроскопию

д) назначить рентгенологический контроль

021. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является

а) икота

б) отсутствие кишечных шумов

в) вздутие в области эпигастрия

г) тахикардия

д) рвота

022. Острое расширение желудка может быть быстро распознано

а) рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении

б) ларапоцентезом

в) назогастральной интубацией

г) перкуссией брюшной стенки

д) исследованием плазмы крови на серотонин

023. У больного с острым расширением желудка не следует применять

а) назогастральное дренирование желудка

б) инфузионную терапию

в) седативную терапию

г) антибиотикотерапию

д) постоянную декомпрессию желудка

024. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные

а) снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки

б) поздней обращаемостью

в) возможностью психозов

г) возможностью суицидальных попыток

д) всем перечисленным

025. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются

а) рвота

б) желудочное кровотечение

в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости

г) частый жидкий стул

д) икота

026. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают

а) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки

б) постбульбарные язвы

в) язвы малой кривизны желудка

г) язвы большой кривизны желудка

д) язвы всех указанных локализаций

027. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме

а) перфорации

б) кровотечения, не останавливаемого консервативными методами

в) малигнизации

г) большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании

д) декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка

028. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить

а) доскообразный живот

б) сильные боли в эпигастрии

в) боли в поясничной области

г) повышение лейкоцитоза до 15000

д) легкая желтуха склер и кожных покровов

029. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить

а) затеканием содержимого по правому боковому каналу

б) рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы

в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области

г) развивающимся разлитым перитонитом

д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

030. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни

а) остановившееся желудочное кровотечение

б) перфоративная язва

в) пенетрирующая язва

г) стеноз выходного отдела желудка

д) малигнизированная язва

031. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению

а) демпинг-синдрома

б) гипогликемического синдрома

в) синдрома "малого желудка"

г) пептической язвы анастомоза

д) синдрома приводящей петли

032. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать со всеми следующими заболеваниями, кроме

а) хронического холецистита

б) хронического колита

в) хронического аппендицита

г) хронического панкреатита

д) мезоаденита

033. Для хронической язвы двенадцатиперстной кишки не является характерным осложнением

а) кровотечение

б) малигнизация

в) перфорация

г) пенетрация в поджелудочную железу

д) стенозирование выходного отдела желудка

034. Относительными показаниями к операции при язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме

а) больших размеров язвы

б) язвы большой глубины (пенетрирующей)

в) низкой кислотности желудочного сока

г) безуспешности консервативного лечения

д) каллезной язвы

035. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме

а) желтухи

б) шума плеска натощак

в) похудания

г) отрыжки "тухлым"

д) болей в эпигастрии распирающего характера

036. Характерными жалобами для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные, кроме

а) болей через 1-1. 5 часа после приема пищи

б) желтухи

в) иррадиации болей в поясничную область

г) ночных болей

д) рвоты

037. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является

а) двенадцатиперстная кишка

б) пилорический отдел желудка

в) малая кривизна желудка

г) большая кривизна желудка

д) кардиальный отдел желудка

038. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин

а) в абдоминальном отделе пищевода

б) в кардиальном отделе желудке

в) в антральном отделе желудка

г) в пилорическом отделе желудка

д) в теле желудка

039. Для демпинг-синдрома не характерны

а) мышечная слабость

б) головокружение

в) приливы

г) потливость

д) повышенный аппетит

040. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается

а) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка

б) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва

в) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором

г) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости

д) в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков

041. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является

а) гипопротеинемия

б) гипотензия во время операции

в) аксиальный поворот тонкой кишки

г) дуоденостаз

д) послеоперационный панкреатит

042. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят

а) от расположения желудка

б) от локализации прободного отверстия

в) от анатомического строения боковых каналов

г) от формы и расположения поперечно-ободочной кишки

д) от всего перечисленного

043. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать

а) с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза

б) с послеоперационным панкреатитом

в) с послеоперационным перитонитом

г) с несостоятельностью швов малой кривизны

д) со всем вышеперечисленным

044. Методом лечения анастомозита после резекции желудка является

а) энзимотерапия

б) антибиотикотерапия

в) назогастральная интубация

г) рентгенотерапия

д) все вышеперечисленное

045. Через 2 часа после резекции желудка по постоянному назогастральному зонду поступает кровь из культи желудка. Темп кровопотери около 500 мл за один час. Проводится гемостатическая и заместительная терапия. При отсутствии от нее эффекта следует

а) продолжить местную гемостатическую терапию

б) увеличить темп введения крови

в) предпринять экстренную гастроскопию с целью гемостаза

г) перелить фибрин

д) срочно оперировать больного

046. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается

а) тахикардия

б) схваткообразная боль

в) локализованная, умеренная боль

г) внезапно возникшая интенсивная боль

д) жидкий стул

047. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют

а) малый диаметр прободного отверстия

б) незначительное наполнение желудка

в) топографическая близость соседних органов

г) большой диаметр прободного отверстия

д) хорошо развитый большой сальник

048. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется

а) резекция желудка

б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями

в) ушивание прободной язвы

г) ушивание + гастроэнтероанастомоз

д) резекция желудка на выключение

049. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны

а) при калезной язве

б) при пенетрирующей язве

в) при поверхностных эрозиях слизистой

г) при тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0. 1 см

д) при рубцующейся язве

050. Рак желудка всегда метастазирует

а) в легкие

б) в печень

в) в регионарные лимфоузлы

г) в кости

д) по брюшине

051. При раке желудка имеет место

а) ахлоргидрия

б) анемия

в) полипоз

г) атрофический гастрит

д) все перечисленное

052. Ранним признаком рака желудка следует считать

а) анемию

б) отвращение к мясным блюдам

в) увеличенную СОЭ

г) ни один из перечисленных признаков

д) все перечисленные признаки

053. У лиц с повышенным риском заболевания раком желудка следует ежегодно проводить

а) рентгенологическое исследование желудка

б) исследование желудочной секреции

в) эндоскопическое исследование желудка

г) исследование морфологического состава крови

д) исследование кала на скрытую кровь

054. Основными путями метастазирования рака желудка являются

а) лимфогенный

б) гематогенный

в) имплантационный

г) ни один из перечисленных

д) все перечисленные

055. Онкологически оправданной операцией при раке дистального отдела желудка T1NxM0 является

а) наложение гастроэнтероанастомоза

б) резекция 2/3 желудка

в) субтотальная резекция желудка

г) субтотальная резекция желудка с удалением большого и малого сальника, либо гастроэктомия

д) ни одна из перечисленных

056. К предраковым заболеваниям желудка относятся

а) хронический атрофический гастрит

б) хроническая каллезная язва желудка

в) полипоз желудка

г) ни одно из перечисленных

д) все перечисленные

057. Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка являются все перечисленные, кроме

а) диспептических явлений: снижения аппетита, быстрой насыщаемости, тошноты, икоты, отрыжки тухлым

б) анемии

в) нарастающей слабости, тупых болей, желудочного дискомфорта

г) повышенного аппетита, слюноотделения

д) похудания, отвращения к пище

058. Рак желудка наиболее часто локализуется

а) в кардиальном отделе желудка

б) по большой кривизне желудка

в) по малой кривизне желудка

г) в антральном отделе желудка

д) в дне желудка

059. Онкологически оправданной операцией при раке проксимального отдела желудка с явлениями дисфагии является

а) субтотальная проксимальная резекция желудка

б) гастрэктомия

в) расширенная или комбинированная гастрэктомия

г) гастростомия

д) гастроэнтеростомия

060. К отдаленным метастазам рака желудка относятся все перечисленные, кроме

а) метастазов в легкое

б) метастазов Крукенберга

в) метастаза Вирхова

г) метастаза Шпицлера

д) метастазов в желудочно-поджелудочную связку

061. Операция гастростомии показана

а) при неоперабельном раке тела желудка

б) при неоперабельном раке антрального отдела желудка

в) при стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванным опухолью

г) при всех перечисленных случаях

д) ни в одном из перечисленных случаев

062. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо

а) вначале рассечь ущемляющее кольцо

б) вначале рассечь грыжевой мешок

в) можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот

г) выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)

д) сделать лапаротомию

063. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме

а) острого начала

б) невправимости грыжи

в) болезненности грыжевого выпячивания

г) резкой боли

д) высокой температуры

064. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является

а) гигантский размер грыжи

б) беременность во второй ее половине

в) флегмона грыжевого мешка

г) недавно перенесенный инфаркт миокарда

д) ни один из перечисленных

065. Факторами, предрасполагающими возникновению брюшных грыж, являются

а) особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыжи

б) пожилой возраст, прогрессирующее похудание

в) заболевания, вызывающие повышения внутрибрюшного давления

г) тяжелая физическая работа

д) все перечисленное

066. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает

а) лапаротомию с ревизией органов брюшной полости

б) тщательное наблюдение за больным в условиях стационара

в) поставить очистительную клизму

г) возможность отпустить больного домой с повторным осмотром

д) ни одна из рекомендаций не верна

067. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает

а) вправление грыжи

б) назначение анальгетиков и спазмолитиков

в) назначение наркотиков

г) немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией

д) проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

068. Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме

а) апоневроза наружной мышцы живота

б) подвздошно-гребешковой связки

в) паховой связки

г) нижнего края внутренней косой и поперечной мышц

д) поперечной фасции живота

069. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области, причем, отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного

а) грыжа запирательного отверстия

б) прямая паховая грыжа

в) бедренная грыжа

г) косая паховая грыжа

д) скользящая грыжа

070. Невправимость грыжи зависит

а) от спаек грыжевого мешка с окружающими тканями

б) от спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем

в) от сужения грыжевых ворот

г) от выхождения в нее мочевого пузыря

д) от выхождения в нее слепой кишки

071. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию

а) Бассини и Постемского

б) Мартынова

в) Жирара - Спасокукоцкого

г) Руджи - Парлавеччио

д) Ру

072. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние

а) 5-10 см

б) 15-20 см

в) 25-30 см

г) 35-40 см

д) 45-50 см

073. При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести

а) наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, затем операцию

б) выполнение срочной операции

в) наблюдение

г) консервативное лечение

д) вправление грыжи

074. Паховую грыжу следует дифференцировать

а) с водянкой яичка

б) с паховым лимфаденитом

в) с варикозным расширением вен семенного канатика

г) с водянкой семенного канатика

д) со всеми перечисленными заболеваниями

075. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать

а) с липомой

б) с холодным натечником

в) с ущемленной паховой грыжей

г) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала

д) со всем перечисленным

076. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть

а) к трансиллюминации и пальпации

б) к пункции

в) к перкуссии

г) к аускультации

д) к пальцевому исследованию прямой кишки

077. Бедренные грыжи чаще встречаются

а) у мужчин пожилого возраста

б) у многорожавших женщин

в) у женщин нерожавших

г) у юношей

д) у детей

078. К образованию послеоперационной грыжи предрасполагают

а) раневая инфекция

б) послеоперационный парез

в) срединный разрез

г) неправильная техника ушивания раны

д) все выше перечисленное

079. Шейка мешка бедренной грыжи расположена

а) впереди круглой связки

б) медиальнее бедренных сосудов

в) латеральнее бедренных сосудов

г) позади бедренных сосудов

д) медиальнее купферовской связки

080. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах

а) Рихтерской

б) косой паховой

в) скользящей

г) прямой паховой

д) ни в одной из перечисленных

081. При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции

а) по Мейо

б) по Лекснеру

в) по Сапежко

г) по Кину

д) по Терье - Черни

082. К оперативным методам лечения прямой паховой грыжи относится операция

а) по Бассини

б) по Мартынову

в) по Руджи

г) по Жирару - Спасокукоцкому

д) по Ру

083. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме

а) затрудненного дыхания

б) рвоты

в) цианоза

г) анемии

д) заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании

084. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать

а) дисфагические явления

б) нарушение ритма сердца

в) псевдостенокардиальные явления

г) ни одно из перечисленных явлений

д) все перечисленные

085. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерно все указанное, кроме

а) рефлюкс-эзофагита

б) ущемления

в) кровотечения

г) появления язвы желудка

д) экстракардиальной стенокардии

086. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения

а) повреждения сосудов

б) ранение нервов брюшной стенки

в) пересечение семявыводящего протока

г) ранение кишки и мочевого пузыря

д) все перечисленные

087. Для скользящей паховой грыжи с выхождением мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме

а) наличия болей в надлобковой области

б) наличия грыжевого выпячивания в паховой области

в) учащенного мочеиспускания и прерывность его, резей в мочеиспускательном канале

г) позывов на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования

д) наличия положительного симптома Мейо-Робсона

088. При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме

а) тонкой кишки и меккелева дивертикула

б) сигмовидной кишки и сальника

в) слепой кишки и червеобразного отростка

г) маточной трубы и яичника

д) желчного пузыря и желудка

089. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются

а) со слизистого слоя

б) с подслизистого слоя

в) с мышечного слоя

г) с субсерозного слоя

д) с серозного слоя

090. К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся

а) бедренные

б) косые паховые

в) пупочные

г) грыжи белой линии живота

д) прямые паховые

091. Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются

а) внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования

б) увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания

в) невправимость грыжи

г) отрицательный симптом кашлевого толчка

д) все перечисленное

092. Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны

а) с бедренной артерией

б) с бедренной веной

в) с куперовской связкой

г) с бедренным нервом

д) с пупартовой связкой

093. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят

а) в приводящей петле

б) в отводящей петле

в) в приводящей и отводящей петле в равной степени

г) в сегменте брыжейки ущемленной кишки

д) во всех перечисленных отделах

094. При высокой обтурации желчных протоков на первый план выступают все следующие симптомы, кроме

а) выраженной лихорадки

б) быстрого появления желтухи

в) быстрого похудания

г) сильного кожного зуда

д) диспептических расстройств

095. Инфильтативная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать все перечисленное, исключая

а) обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки

б) деформацию двенадцатиперстной кишки

в) стеноз двенадцатиперстной кишки

г) стойкий парез кишечника

д) прорастание опухоли в головку поджелудочной железы

096. Оперативное вмешательство при остром панкреатите показано при всех перечисленных состояниях, кроме

а) нарастания интоксикации

б) осложнения гнойным перитонитом

в) безуспешности консервативной терапии в течении 12-28 часов

г) сочетания с деструктивной формой холецистита

д) резкого вздутия живота

097. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть все указанные, кроме

а) дуоденостаза

б) стеноза сфинктера Одди

в) проявления аллергии

г) заброса желчи в панкреатический проток

д) инфекционных заболеваний (гепатита)

098. Острый панкреатит может возникнуть под влиянием всех перечисленных факторов, кроме

а) лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)

б) травмы поджелудочной железы

в) хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке

г) хирургических вмешательств на органах брюшной полости

д) тиреотоксикоза

099. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения, кроме

а) абсцесса поджелудочной железы

б) флегмоны забрюшинной клетчатки

в) ферментативного перитонита

г) острой сердечной недостаточности

д) обтурационнной кишечной непроходимости

100. При лечении острого панкреатита не должны применяться

а) отсасывание содержимого желудка

б) введение глюконата кальция

в) холецистостомия

г) спазмолитики

д) препараты опия

101. Абдоминизация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует всему указанному, кроме

а) ограничения патологического процесса в брюшной полости

б) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство

в) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки

г) улучшения кровоснабжения железы

д) уменьшения активности протеолитических ферментов

102. Ингибиторы протеаз

а) тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы

б) блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе

в) тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови

г) купируют процессы кининообразования

д) все перечисленное

103. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия, кроме

а) необходимости купировать болевой синдром

б) восполнения обмена циркулирующей крови

в) назначения больших доз антибиотиков

г) проведения комплексной детоксикации

д) лечения нарушений сократительной функции миокарда

104. В отдаленном периоде болезни исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания, кроме

а) образования ложной кисты

б) развития хронического панкреатита

в) появления сахарного диабета

г) развития кистозного фиброза железы

д) возникновения инсуломы

105. Эффективность применения ингибиторов протеаз при остром панкреатите характеризуется всем перечисленным, кроме

а) стихания болей

б) исчезновения симптомов панкреатогенной токсемии

в) повышения активности калликреин-кининовой системы крови

г) снижения лейкоцитоза

д) уменьшения степени лимфоцитопении

106. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится

а) в артериальной крови

б) в венозной крови

в) в эксудате брюшной полости

г) в лимфе

д) в моче

107. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть

а) беременность

б) хронический холецистит

в) алкоголизм

г) травма живота

д) применение кортикостероидов

108. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет

а) 16 единиц

б) 32 единицы

в) 64 единицы

г) 128 единиц

д) 256 единиц

109. Для течения жирового панкреонекроза характерно все перечисленное, кроме

а) образования постнекротического инфильтрата в эпигастральной области и левом подреберье

б) изолированного пневмотоза поперечно-ободочной кишки

в) наличия в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости

г) положительного симптома Воскресенского

д) вовлечения в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника

110. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме

а) абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки

б) абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости

в) флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения

г) перитонита

д) септического эндокардита

111. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить все перечисленное, кроме

а) купирования болевого синдрома

б) снятия спазмы сфинктера Одди

в) ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы

г) уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы

д) инактивизации протеаз в крови и детоксикацию

112. В патогенезе острого панкреатита могут играть роль

а) операционная травма

б) холелитиаз

в) пенетрирующая пептическая язва

г) алкоголь

д) все перечисленные факторы

113. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является

а) травма живота

б) применение кортикостероидов

в) алкоголизм

г) хронический холецистит

д) цирроз печени

114. Развитие токсемии при остром панкреатите обусловливается всеми приведенными факторами, кроме

а) попадания в кровь и лимфу токсогенных полипептидов

б) попадания в кровь и лимфу токсогенных липидов

в) попадания в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов

г) активирования калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови

д) наличия высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

115. Причинами развития свищей слепой кишки после аппендэктомии являются

а) масштабы воспалительных и деструктивных изменений в отростке

б) диагностические ошибки

в) технические ошибки по ходу операции

г) ошибки в тактике лечения и ведения послеоперационного периода

д) все перечисленные

116. Тактика лечения неполных несформировавшихся свищей толстой кишки, открывающихся в гнойную полость включает -(1) вскрытие и дренирование гнойных затеков -(2) активную аспирацию из раны -(3) срочную радикальную операцию -(4) интенсивную терапию -(5) отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода

а) правильно 1, 2, 3 и 4

б) правильно 2, 3, 4 и 5

в) правильно 1, 3, 4 и 5

г) правильно 1, 2, 4 и 5

д) правильно 1, 2, 3 и 5

117. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается

а) эвентрация

б) образование кишечных свищей

в) тромбоэмболия легочной артерии

г) формирование гнойников брюшной полости

д) пневмония

118. Ведущим в лечении больных перитонитом является

а) хирургическое вмешательство

б) дезинтоксикационная терапия

в) рациональная антибиотикотерапия

г) борьба с парезом кишечника

д) устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

119. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме

а) появления резкой боли

б) напряжения мышц передней брюшной стенки

в) брадикардии

г) Френикус-симптома

д) симптома Мейо - Робсона

120. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме

а) массы тела больного

б) характера микрофлоры

в) степени выраженности интоксикации

г) гиповолемии

д) степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия

121. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост

а) стафилококка

б) протея

в) кишечной палочки

г) смешанной флоры

д) анаэробной флоры

122. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные, кроме

а) врожденных аномалий и вариабельности топографии протоков

б) воспалительно-инфильтративных изменений в области печеночно-двенадцатиперстной связки

в) технических и тактических ошибок хирургов

г) исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами

д) пальпаторного исследования протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

123. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме

а) ограниченного или разлитого желчного перитонита

б) образования подпеченочных гнойников

в) развития наружного желчного свища

г) тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии

д) развития поддиафрагмального абсцесса

124. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно

а) ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой

б) сшив проток на T-образном дренаже

в) сшив проток на Г-образном дренаже

г) наложив билиодигистивный анастомоз

д) любым из перечисленных

125. Для холангита характерными являются

а) лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа

б) потрясающие ознобы

в) повышение потливости, жажда, сухость во рту

г) увеличение селезенки

д) все перечисленное

126. К симптомам, характерным для обтурационной желтухи, возникшей на почве калькулезного холецистита, относятся все перечисленные, кроме

а) приступообразных болей типа печеночной колики

б) быстрого развития желтухи после болевого приступа

в) желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезнена

г) похудания, резкой слабости

д) неинтенсивного зуда кожи

127. У больных холедохолитиазом могут возникнуть все следующие осложнения, кроме

а) холангита

б) обтурационной желтухи

в) рубцовых изменений протока

г) пролежней стенки протока

д) рака желчного пузыря

128. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует

а) сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку

б) наложить холедоходуоденоанастомоз

в) после дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока

г) вскрыть холедок и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток

д) наложить холедохоэнтероанастомоз

129. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является

а) диетическое

б) медикаментозное

в) хирургическое

г) санаторно-курортное

д) лечение минеральными водами

130. Перемежающуюся желтуху можно объяснить

а) камнем пузырного протока

б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока

в) вклиненным камнем большого дуоденального соска

г) вентильным камнем холедоха

д) опухолью внепеченочных желчных протоков

131. При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма) наиболее целесообразной тактикой хирурга следует считать

а) типичную холецистэктомию

б) после удаления желчного пузыря дренировать холедох через культю пузырного протока

в) после холецистэктомии дренировать общий желчный проток Т-образным дренажем

г) после холецистэктомии дренировать сальниковую сумку

д) наложить холецистостому

132. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся

а) опухоли гепатопанкреатидуоденальной области

б) стеноз большого дуоденального сосочка

в) холедохолитиаз, как осложнение желчно-каменной болезни и холецистита

г) дуоденальная гипертензия

д) глистная инвазия

133. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2. 5 см общий желчный проток. Больному следует

а) произвести холецистэктомию

б) произвести холецистэктомию, затем холаниографию

в) сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока

г) наложить холецистостому

д) произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

134. Острый холецистит необходимо дифференцировать

а) с прободной язвой желудка

б) с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки

в) с правосторонней базальной пневмонией

г) с острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка

д) со всем перечисленным

135. Острый деструктивный холецистит может привести к следующим осложнениям

а) разлитому желчному перитониту

б) ограниченным гнойникам брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный и др. ) , абсцессу печени

в) холангиту

г) водянке желчного пузыря

д) всем перечисленным

136. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее

а) диетотерапия, применение спазмолитиков

б) санаторно-курортное лечение

в) плановое хирургическое лечение

г) лечение сахарного диабета и стенокардии

д) хирургическое лечение только по витальным показаниям

137. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме

а) холедохолитиаза

б) обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока

в) отека головки поджелудочной железы

г) холангита

д) глистной инвазии общего желчного протока

138. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать

а) абсцесс печени

б) внутрипеченочный сосудистый блок

в) билиарный цирроз печени

г) непроходимость желчных путей при механической желтухе

д) хронический гепатит

139. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует

а) пероральная холецистография

б) внутривенная холецистохолангиография

в) ретроградная (восходящая) холангиография

г) сцинтиграфия печени

д) прямая спленопортография

140. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано

а) с желчно-каменной болезнью

б) со стенозирующим папиллитом

в) с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз

г) с псевдотуморозным панкреатитом

д) с опухолью головки поджелудочной железы

141. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и

а) слепой кишкой

б) малой кривизной желудка

в) двенадцатиперстной кишкой

г) тощей кишкой

д) ободочной кишкой

142. Общий желчный проток должен быть обследован у всех больных

а) механической желтухой

б) панкреатитом

в) при расширении общего желчного протока

г) с клиникой холедохолитиаза

д) во всех перечисленных ситуациях

143. К осложнениям, обусловленным холелитиазом, следует отнести

а) гангрену и эмпиему желчного пузыря

б) острый панкреатит

в) желтуху

г) холангит

д) все перечисленное

144. Впервые в медицинской практике выполнил холецистэктомию

а) Курвуазье Л.

б) Лангенбух К.

в) Монастырский Н. Д.

г) Федоров С. П.

д) Кер Г.

145. Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков сопровождается всем перечисленным, кроме

а) развития желчной гипертензии

б) застоя желчи

в) образования конкрементов и замазки

г) развития обтурационной желтухи

д) дуоденостаза

146. Желчные камни чаще всего состоят

а) из холестерина

б) из цистина

в) из оксалатов

г) из солей желчных кислот

д) из мочевой кислоты

147. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается

а) с острым холециститом

б) с желчно-каменной болезнью

в) со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта

г) с раком желчного пузыря

д) с хроническими неспецифическими заболеваниями легких

148. Путями проникновения инфекции в ткань печени являются все перечисленные, кроме

а) воротной вены

б) печеночной артерии

в) нижней полой вены

г) желчевыводящих путей

д) лимфатических сосудов

149. По воротной вене инфекция попадает в печень

а) из воспалительных очагов органов брюшной полости

б) из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов

в) из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита

г) из желчевыводящих путей при гнойном холангите

д) из левых отделов сердца при септическом эндокардите

150. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются

а) при остром деструктивном холецистите

б) при заползании аскарид во внутрипеченочные желчные ходы

в) при нагноении вокруг инородного тела печени

г) при нагноении паразитарной киста печени

д) при тяжелом гнойном холангите

151. Антибактериальная терапия абсцессов печени должна основываться на следующих принципах

а) применения антибиотиков широкого спектра действия

б) применения комбинации антибиотиков

в) применения антибиотиков только после определения характера микрофлоры и ее чувствительности

г) учета степени выделения антибиотиков желчью

д) на всех перечисленных

152. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является

а) резекция доли или сегмента печени

б) наложение билиодигестивного соустья

в) вскрытие и дренирование абсцесса

г) трансплантация печени

д) гемигепатэктомия

153. Заболевание амебным абсцессом печени, как правило, совпадает

а) с учащением случаев амебной дизентерии

б) с учащением случаев инфекционного гепатита

в) с учащением случаев описторхоза

г) с эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний

д) с сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

154. Абсцессы амебного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии всем перечисленным, кроме

а) множественных подкапсульных расположений

б) крупных размеров

в) отсутствия истинной пиогенной оболочки

г) содержимого коричневатого цвета

д) выпавшего из гноя осадка, напоминающего "кофейную гущу"

155. Специфическим антиамебным средством являются

а) антибиотики аминогликозидового ряда

б) метранидазол

в) эметин, хлорохин, дифосфат

г) хинин

д) антибиотики цефалоспоринового ряда

156. При наличие крупных амебных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться

а) с пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамебных препаратов

б) с лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника

в) с резекцией пораженной доли печени

г) с гемигепатэктомией

д) ничего из вышеперечисленного

157. К портальным анастомозам относятся все указанные, кроме

а) порто-гастро-эзофагокавального анастомоза

б) портокавального анастомоза через умбиликальные вены

в) портокавального анастомоза через геморроидальные вены

г) портокавального анастомоза через вены забрюшинного пространства

д) портокавального анастомоза через париетальную плевру

158. Наличие внутрипеченочной портальной гипертензии можно заподозрить при наличии в анамнезе указаний на все перечисленные заболевания, кроме

а) гепатита

б) хронического алкоголизма

в) кишечных заболеваний

г) перенесенных малярии, бруцеллеза и сифилиса

д) травмы позвоночника

159. Диагноз смешанной формы портальной гипертензии ставится на основании всего перечисленного, кроме

а) анамнеза

б) клинико-лабораторных данных

в) биопсии печени

г) ангиографического исследования портальной системы

д) изменения артериального давления

160. Для синдрома Бадда - Хиари не являются характерными

а) гепатомегалия

б) портальная гипертензия

в) асцит

г) отеки нижних конечностей

д) отеки лица

161. Для поздней стадии цирроза печени характерно все перечисленное, кроме

а) спленомегалии

б) варикозного расширения вен пищевода

в) варикозного расширения вен передней брюшной стенки

г) асцита

д) острого расширения желудка

162. О быстро нарастающем ухудшении состояния больного при компенсированном циррозе печени свидетельствует

а) нарастающая слабость

б) появление асцита

в) желтуха

г) все перечисленное

д) только б) и в)

163. Заподозрить наличие внепеченочной портальной гипертензии можно при наличии в анамнезе указаний

а) на увеличение селезенки с момента рождения или с раннего детского возраста

б) на пупочный сепсис

в) на травму

г) на нагноительные процессы в брюшной полости

д) на все перечисленное

164. Показания к операции при внепеченочной портальной гипертензии складываются из наличия всего перечисленного, кроме

а) спленомегалии

б) высокого портального давления

в) со стороны крови лейкопении, тромбоцитопении

г) кровоточивости слизистой оболочки носа

д) всего перечисленного

165. Хорошим результатом после спленэктомии у больных портальной гипертензией считаются случаи

а) когда больные не предъявляют жалоб

б) сохраняется работоспособность

в) отсутствует асцит и варикозно расширенные вены пищевода и желудка

г) сохраняются нормальные показатели лабораторных исследований

д) все перечисленное

166. К неудовлетворительным результатам спленэктомии при портальной гипертензии относится появление всех указанных признаков, кроме

а) рецидива гастроэзофагеального кровотечения

б) нарастания асцита

в) появления геморрагической тромбоцитемии

г) прогрессирующего ухудшения функционального состояния

д) периодического повышения артериального давления

167. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода могут быть все перечисленные, кроме

а) пневмонии

б) трофических изменений слизистой оболочки пищевода

в) пролежней

г) гиперсаливации

д) тиреоидита

168. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять

а) на 6-10 часов

б) на 12-18 часов

в) на 1-8 суток

г) на 9-12 суток

д) на 13-15 суток

169. Развитие осложнений в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией, перенесших на высоте кровотечения различные оперативные вмешательства, зависит от всех перечисленных факторов, кроме

а) функционального состояния печени

б) степени анемизации

в) длительности периода кровотечения

г) объема оперативного вмешательства

д) размеров печени и селезенки

170. Предпосылкой для развития портальной гипертензии служит все перечисленное, кроме

а) острой сердечной недостаточности

б) ишемии органов брюшной полости

в) соединительно-тканной перестройки паренхимы печени

г) блока притока вероятной крови к печени

д) окклюзии печеночных вен

171. Внутрипеченочная форма портальной гипертензии может быть следствием

а) цирроза печени

б) поддиафрагмального абсцесса

в) внутрипеченочного холелитиаза

г) глистной инвазии

д) хронического панкреатита

172. Спленомегалия, "голова медузы" и асцит появляются

а) при вирусном гепатите В

б) при панцирном перикардите

в) при портальной гипертензии

г) при болезни Жильбера

д) при хроническом панкреатите

173. После наложения портокавального анастомоза возможны явления энцефалопатии, обусловленные

а) приемом большого количества белковой пищи

б) амиачной интоксикацией

в) кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

г) голоданием

д) всем перечисленным

174. Асцит у больных циррозом и портальной гипертензией может быть вследствие

а) низкого уровня белка сыворотки крови

б) внепеченочного блока

в) внутрипеченочного блока

г) цирроза печени

д) всего перечисленного

175. Причинами возникновения печеночной комы в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией могут быть все перечисленные, кроме

а) исходной неполноценности функционального состояния печени

б) операционной травмы

в) невосполненной кровопотери

г) осложнений послеоперационного периода (тромбоз портальной системы, кровотечения из вен пищевода, нагноение раны)

д) внутривенного введения концентрированных растворов глюкозы

176. Основным показанием для наложения портокавального анастомоза является

а) цирроз печени

б) асцит

в) кровотечение из вен пищевода

г) портальная энцефалопатия

д) рецидивирующая желтуха

177. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является

а) интермитирующая лихорадка

б) общая слабость

в) спленомегалия

г) кровоточивость слизистой оболочки носа

д) маточные кровотечения

178. Синдром Бадда - Хиари наблюдается чаще всего в возрасте

а) от 5 до 10 лет

б) от 12 до 15 лет

в) от 20 до 40 лет

г) от 45 до 50 лет

д) от 55 до 60 лет

179. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся все перечисленные, кроме

а) врожденных аномалий кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр. )

б) чрезмерной подвижности органов врожденного или приобретенного характера

в) наличия спаек, тяжей, сращений

г) изменения моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза

д) наличия различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

180. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме

а) удвоения кишечника

б) общей брыжейки подвздошной и слепой кишки

в) ситус висцерус инверзус

г) мобильный цекум

д) мегадолихосигмы

181. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая

а) перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей

б) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма

в) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза

г) "ситус висцерус инверзус"

д) внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления

182. Перерастяжению кишечной стенки при острой кишечной непроходимости способствуют

а) пищеварительные соки

б) пищевые массы

в) газы

г) транссудат

д) все перечисленное

183. Основными причинами гипернатриемии при острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме

а) потери натрия с пищеварительными соками

б) перемещения натрия в клетки (трансминерализация)

в) снижения уровня натрия вследствие развития метаболического алколоза

г) выведения натрия с мочой

д) недостаточного поступления натрия в организм

184. Назо-гастро-интестинальная интубация может вызвать все перечисленное, кроме

а) синуситов и отитов

б) бронхитов и пневмонии

в) тромбоза легочной артерии

г) стеноза пищевода и гортани

д) разрыва варикозно расширенных вен пищевода

185. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения

а) нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке

б) уменьшение объема циркулирующей крови

в) развитие тканевой гипоксии

г) нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы

д) все перечисленное

186. Повышение внутрикишечного давления и перерастяжение кишечной стенки при острой кишечной непроходимости приводит ко всем перечисленным изменениям, кроме

а) ухудшения вентиляции легких

б) дополнительной потери жидкости

в) дополнительной потери белков и эритроцитов

г) возникновения мезентеральных тромбозов

д) развития функциональной кишечной непроходимости

187. Тяжесть состояния больного при узлообразовании обусловлена

а) интоксикацией

б) потерями жидкости и электролитов

в) выключением из циркуляции значительных объемов плазмы

г) выключением из циркуляции значительных объемов красной крови

д) всем перечисленным

188. При острой кишечной непроходимости рвотные массы имеют все перечисленные особенности, кроме

а) преимущественно желудочным содержимым

б) преимущественно тонкокишечным содержимым

в) преимущественно толстокишечным содержимым

г) с каловым запахом

д) цвета кофейной гущи

189. Боль при острой кишечной непроходимости характеризуется всем перечисленным, кроме

а) обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников

б) часто носит приступообразный характер

в) носит нарастающий характер в течение всего периода заболевания

г) отсутствует четкая локализация в каком-либо отделе брюшной полости

д) бывает постоянной, не исчезающей полностью во вне приступный период

190. Потери жидкости при острой кишечной непроходимости происходят

а) с рвотными массами

б) с выдыхаемым воздухом в виде водяных паров

в) с кожной поверхности в виде пота

г) с мочой

д) всеми перечисленными путями

191. Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый

а) четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота

б) "шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

в) пустой балонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

г) шумом падающей капли

д) "пустой" илеоцекальной областью

192. Для симптома Обуховской больницы характерны

а) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку

б) шум падающей капли

в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

г) "пустая" илеоцекальная область

д) пустая балонообразная ампула прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

193. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является

а) асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"

б) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

в) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

г) "пустая" илеоцекальная область

д) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

194. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом Валя, для которого характерны

а) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

б) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку

в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

г) "пустая" илеоцекальная область

д) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

195. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме

а) жидкость в кишечных петлях преобладает над газом

б) вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие

в) значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением

г) чаши Клойбера четко контурируются и,как правило, определяется в большом количестве

д) диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

196. Признаками нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости могут быть

а) потеря тонуса кишкой и отсутствие перистальтики

б) цианоз кишки

в) тусклость брюшинного покрова

г) отсутствие пульсации сосудов брыжейки

д) все перечисленное

197. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам

а) обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут

б) введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0. 25% раствора новокаина

в) нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли

г) все перечисленное

д) ни один из перечисленных приемов не пригоден для определения жизнеспособности кишки

198. Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны

а) серозного покрова

б) мышечного слоя

в) подслизистого слоя

г) слизистого слоя

д) со стороны всех слоев одновременно

199. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме

а) деторсии

б) сигмопексии

в) мезосигмопликации

г) резекции сигмовидной кишки

д) выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

200. Лечение заворота сигмовидной кишки на ранних стадиях заболевания без признаков интоксикации может быть консервативным и заключаться

а) в применении бариевой клизмы

б) в расправлении перекрученной сигмовидной кишки с помощью зонда, вводимого через ректоскоп по Брунсгаарду

в) в расправлении заворота с помощью колоноскопа

г) возможен любой способ из указанных вариантов лечения

д) ни один из указанных методов лечения

201. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает в себя следующие методы, кроме

а) одномоментной резекции жизнеспособной долихосигмы с наложением анастомоза

б) одномоментной резекции некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза

в) резекции сигмовидной кишки с наложением противоестественного заднего прохода с выведением на брюшную стенку, как центрального, так и периферического концов сигмовидной кишки

г) операций Гартмана или типа Гартмана

д) выворачивания омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

202. Небольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место

а) при спаечной кишечной непроходимости

б) при обтурационной кишечной непроходимости

в) при странгуляционной кишечной непроходимости

г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости

д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости

203. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать

а) с хирургического вмешательства

б) с инфузионной терапии

в) с введения назогастрального зонда

г) с антибиотикотерапии

д) с применения препаратов антиколинэстеразного действия

204. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является

а) эзофагит, вызванный попаданием трипсина

б) рецидив кисты

в) послеоперационное кровотечение

г) инфекция

д) злокачественное перерождение

205. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является

а) медикаментозное лечение

б) марсупиализация

в) резекция тела поджелудочной железы

г) лучевая терапия

д) иссечение кисты

206. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется положение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является

а) цистогастростомия

б) цистоеюностомия с межкишечным анастомозом

в) цистоеюностомия на отключенной петле

г) ни один из перечисленных анастомозов

д) все перечисленные анастомозы

207. Опухоль поджелудочной железы может быть обнаружена по следующим косвенным признакам, кроме

а) расширения желчных протоков

б) увеличения размеров желчного пузыря

в) увеличения ретроперитонеальных лимфатических узлов

г) наличия метастазов в печени

д) увеличения размеров почек

208. Практическое значение симптома Курвуазье заключается во всем перечисленном, за исключением

а) способствует выявлению характера желтухи

б) свидетельствует с наибольшей вероятностью о наличии опухоли и ее локализации в дистальных отделах желчных протоков

в) оказывает помощь в установлении диагноза без применения каких-либо дополнительных исследований

г) оказывает помощь в установлении степени нарушений функции печени

д) оказывает помощь в выработке тактики лечения

209. При раке поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков у больных могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме

а) печеночно-почечной недостаточности

б) сахарного диабета

в) асцита

г) недостаточности функции надпочечников

д) кровотечения из желудочно-кишечного тракта

210. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен всеми перечисленными причинами, кроме

а) канцероматоза брюшины

б) нарушения портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень

в) сдавления воротной вены опухолью

г) тромбоза воротной вены

д) спленомегалии

211. В соседних с опухолью участках ткани поджелудочной железы наблюдаются все перечисленные, процессы, кроме

а) склероза

б) атрофии железы

в) хронического воспаления

г) жировых некрозов

д) образования множества кист

212. Клиническая картина рака головки поджелудочной железы не зависит

а) от размеров опухоли

б) от локализации опухоли

в) от отношения опухоли к общему желчному протоку

г) от распространения опухоли на двенадцатиперстную кишку

д) от распространения опухоли на ворота селезенки

213. При раке поджелудочной железы метастазы могут быть обнаружены в любом органе человеческого тела. Это обусловлено всем перечисленным, кроме

а) богатого кровоснабжения поджелудочной железы

б) возможности прорастания опухолью крупных сосудов

в) характера строения околопанкреатической лимфатической системы, заключающейся в наличии густой сети анастомозов лимфатических узлов

г) возможности контактного переноса раковых клеток по брюшине

д) связи поджелудочной железы через протоки с желудочно-кишечным трактом

214. У больных раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникают все перечисленные симптомы, кроме

а) болей в верхнем отделе живота

б) нарушения переваривания пищи

в) кишечных расстройств

г) похудания

д) исчезновения сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли

215. Основными симптомами, возникающими у больных раком билипанкреатодуоденальной зоны в дожелтушном периоде, являются все перечисленные, кроме

а) слабости, повышенной утомляемости

б) апорексии, тошноты

в) похудания, развития сахарного диабета

г) болей в животе

д) развития почечной недостаточности

216. Для опухоли островковой ткани поджелудочной железы не характерны

а) гипогликемия ниже 2. 8 ммоль/л

б) исчезновение симптоматики после внутривенного введения глюкозы

в) мозговые нарушения в голодном состоянии

г) тошнота и рвота в голодном состоянии

д) увеличение головки поджелудочной железы

**10. ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ**

001. В качестве транспортной иммобилизации при переломе ключицы используют

а) фиксацию с валиком в подмышечной области

б) фиксацию без валика, но в повязке Дезо

в) фиксацию кольцами Дельпе

г) любой из перечисленных способов

002. Перелом ключицы следует дифференцировать

а) с вывихом ключицы

б) с переломом хирургической шейки плеча

в) с вывихом головки плеча

г) с отрывом сухожилия двуглавой мышцы плеча

003. Для привычного вывиха плеча характерны все перечисленные симптомы, кроме

а) ограничения движений в суставе

б) укорочения конечности и разболтанности плечевого сустава

в) атрофии мышц плечевого сустава

г) асимметрии расположения лопаток

004. Основным методом лечения привычного вывиха плеча является

а) оперативный

б) консервативный

в) комбинированный

005. Фиксация верхней конечности при переломе дистального конца плечевой кости при транспортировке больного осуществляется

а) шиной Крамера

б) отводящей шиной ЦИТО

в) повязкой Дезо

г) гипсовой повязкой по Вайнштейну

006. При переломах дистального конца плечевой кости часто повреждаются

а) подмышечный нерв

б) лучевой и локтевой нервы

в) мышечно-кожный нерв

г) срединный нерв

007. При транспортировке больного с переломом диафиза плеча наиболее рациональным является применение

а) мягкой повязки Дезо

б) гипсовой повязки Дезо

в) шины Крамера

г) гипсовой повязки по Вайнштейну

д) торакобрахиальной гипсовой повязки

008. К неотложным мероприятиям при переломе дистального конца плечевой кости относятся

а) новокаиновая блокада и наложение гипсовой повязки

б) наложение скелетного вытяжения

в) ручная репозиция перелома

г) введение антибиотиков

д) переливание кровезаменителей

009. К переломам локтевого сустава относятся

а) перелом Мальгеня

б) перелом головчатого возвышения плечевой кости

в) перелом Монтеджа

г) перелом Галеацци

д) правильно а) и б)

010. При переломах костей локтевого сустава при транспортировке больного необходима

а) повязка Дезо

б) фиксация шиной Крамера

в) фиксация на шине ЦИТО

г) фиксация шиной Ситенко

д) торакобрахиальная повязка

011. При переломах шейки и головки лучевой кости повреждается ветвь

а) лучевого нерва

б) локтевого нерва

в) срединного нерва

012. К наиболее частым видам переломов дистального конца предплечья относятся

а) перелом луча в типичном месте Коллиса

б) перелом луча в типичном месте Смитса

в) перелом головки локтевой кости

г) перелом шиловидного отростка лучевой кости

д) правильно а) и г)

013. К диафизарным переломам костей предплечья относятся

а) перелом Монтеджа

б) перелом Голеацци

в) перелом Мальгеня

г) все перечисленные

д) только а) и б)

014. При переломах лучевой кости в типичном месте может повреждаться

а) длинный разгибатель большого пальца

б) разгибатель указательного пальца

в) длинный сгибатель большого пальца

г) короткий лучевой разгибатель кисти

д) длинный лучевой разгибатель кисти

015. При переломах лучевой кости в типичном месте в качестве иммобилизации используется

а) тыльный гипсовый лангет

б) круговая гипсовая повязка до локтевого сустава

в) круговая гипсовая повязка до нижней трети плеча

г) ладонный гипсовый лангет

д) тыльный и ладонный гипсовый лангет

016. Клиника повреждения сухожилия разгибателя пальца у места его прикрепления характеризуется всем перечисленным, кроме

а) палец находится в положении ладонного сгибания

б) ногтевая фаланга находится в положении ладонного сгибания

в) полное разгибание пальца невозможно

г) полное разгибание ногтевой фаланги пальца невозможно

д) сгибание пальца в полном объеме

017. Клиника перелома ладьевидной кости запястья включает

а) отек лучезапястного сустава

б) болезненность при сгибании и разгибании кисти

в) болезненность при лучевом приведении кисти

г) болезненность при надавливании на головку III пястной кости

д) болезненность при надавливании на область "анатомической табакерки"

018. При переломе ладьевидной кости иммобилизацию выполняют

а) гипсовой лонгетой

б) циркулярной повязкой от средней трети плеча до кончиков пальцев

в) циркулярной повязкой от верхней трети надплечья до кончиков пальцев

г) циркулярной повязкой от верхней трети предплечья до пальцев с фиксацией основной фаланги I пальца

019. Характерными признаками для вывиха в пястнофаланговом суставе являются все перечисленные, кроме

а) припухлости

б) гиперемии

в) деформации

г) отсутствия активных движений

д) боли

020. Неотложная помощь при вывихах в межфаланговых суставах кисти включает

а) новокаиновую блокаду

б) вправление вывиха

в) гипсовую повязку

г) все перечисленное

021. В понятие "растяжение связок" входит

а) частичный надрыв связочного аппарата

б) полный разрыв связок

в) отрыв связок от места прикрепления

г) отрыв связок с местом прикрепления

д) верно все перечисленное

022. Объем первой помощи при растяжении связок крупных суставов включает все перечисленное, кроме

а) обезболивания

б) иммобилизации

в) применения давящей повязки и тепла на область сустава

г) холода на сустав

023. Признаками растяжения связок крупных суставов являются

а) местная боль

б) кровоподтек и припухлость в области сустава

в) нарушение функции сустава

г) отсутствие нарушения функции сустава

д) правильно а) и в)

024. Асептический некроз головки бедра может развиваться вследствие

а) ушиба тазобедренного сустава

б) вывиха бедра

в) перелома шейки бедра

г) всего перечисленного

д) только а) и б)

025. Тактика врача при переломах шейки бедра у больных с тяжелыми соматическими, сопутствующими заболеваниями включает все перечисленное, кроме

а) оперативного лечения

б) гипсовой повязки, скелетного вытяжения

в) раннего функционального лечения

г) симптоматического лечения

д) противовоспалительного лечения

026. Причина несросшегося перелома диафиза бедра

а) смещение отломков

б) интерпозиция тканей между отломками

в) анатомо-физиологические особенности

г) ранняя нагрузка

д) все перечисленное

027. Переломы мыщелков бедра следует дифференцировать

а) с ушибом коленного сустава

б) с разрывом связок коленного сустава

в) с надмыщелковым переломом бедра

г) с переломом надколенника

д) со всеми перечисленными видами травм

028. Из переломов надколенника наиболее часто встречаются

а) продольные переломы

б) поперечные переломы

в) оскольчатые переломы

029. Характерными признаками вывиха пальца стопы являются -(1) припухлость -(2) гиперемия -(3) боль -(4) кровоподтек -(5) деформация -(6) отсутствие активных движений в пальцах

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 3, 4, 5

в) правильно 4, 5, 6

г) правильно 3, 5, 6

д) правильно 1, 4, 6

030. Заподозрить перелом фаланг пальцев стопы возможно на основании

а) локальной боли

б) разлитой болезненности

в) усиления боли при осевой нагрузке

г) крепитации

д) правильно а) и в)

031. Не является признаком переломов костей таза

а) симптом "прилипшей пятки"

б) симптом "Волковича" - положение "лягушки"

в) симптом Тренделенбурга - опускание нижней ягодичной складки на здоровой стороне таза при стоянии на больной конечности

г) симптом Лоррея - боли при разведении крыльев таза

д) симптом Вернейля - боли при сдавлении крыльев таза

032. В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяется

а) лечение и профилактика травматического шока

б) восполнение потерянной при травме крови

в) раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"

г) репозиция смещенных отломков таза

д) профилактика и лечение возникающих осложнений

033. При переломах костей таза чаще всего повреждаются

а) простата у мужчин и яичники у женщин

б) уретра (простатическая ее часть)

в) дистальная часть мочеиспускательного канала

г) мочевой пузырь

д) влагалище у женщин и половой член у мужчин

034. При первичной хирургической обработке огнестрельных ран таза не следует производить

а) иссечение и рассечение поврежденных мягких тканей

б) остановку кровотечения, удаление сгустков крови и инородных тел

в) пластическое восстановление поврежденного органа (мочевого пузыря, прямой кишки, матки, влагалища и т. д. )

г) остеосинтеза сломанных костей таза

д) тщательное дренирование ран

035. Первичным сухожильным швом называется

а) шов, наложенный на сухожилие в течение первого часа после травмы

б) шов, наложенный после заживления кожной раны пальца

в) шов, наложенный в течение первых 24 часов после повреждения

г) шов, наложенный в течение первых 7 дней после травмы

д) шов, наложенный в течение первых 3 дней после травмы

036. Наиболее частым осложнением огнестрельных ран кисти является

а) кровотечение и кровопотеря

б) травматический шок

в) газовая инфекция

г) нарушение функции кисти и пальцев

037. При неполных разрывах мышц в ходе лечения следует выполнить все перечисленные манипуляции, кроме

а) иммобилизации

б) обезболивания

в) пункции области повреждения мышцы с удалением гематомы

г) массажа конечности выше разрыва мышц

д) массажа конечности ниже разрыва мышц

038. Для полного разрыва мышцы в клиническом течении характерно все перечисленное, кроме

а) отчетливого ощущения момента разрыва

б) резкой боли

в) снижения функции конечности

г) выраженного гипотонуса конечности

д) западения в области разрыва мышцы

039. Клиническая картина воспаления мышцы складывается из всех перечисленных симптомов, кроме

а) снижения функции конечности

б) боли

в) лимфаденита и лимфангоита

г) отека сегмента конечности

д) защитной контрактуры конечности

040. Разрыв сухожильномышечной части наиболее часто возникает в области

а) длинной головки двуглавой мышцы плеча

б) короткой головки двуглавой мышцы плеча

в) четырехглавой мышцы бедра

г) двуглавой мышцы бедра

д) трехглавой мышцы голени

041. При резком и внезапном напряжении мышцы наиболее часто происходит разрыв

а) у места прикрепления к кости

б) у места перехода сухожилия в мышцу

в) в средней части мышцы

г) в любом месте

д) правильно а) и б)

042. Отрыв сухожилия с костным фрагментом преимущественно имеет место при повреждении

а) ахиллова сухожилия

б) длинной головки двуглавой мышцы плеча

в) трехглавой мышцы плеча

г) четырехглавой мышцы бедра

д) двуглавой мышцы бедра

043. Для отрыва сухожилия длинной головки двуглавой мышцы характерно все перечисленное, кроме

а) возникновения острой боли в области верхней трети плеча

б) ощущения своеобразного треска, щелчка

в) западения мягких тканей по передневнутренней поверхности плеча, выше которого определяется выпячивание

г) резкого снижения силы сгибания предплечья в локтевом суставе

д) кровоизлияния и отека в области плеча

044. Из перечисленных повреждений трехглавой мышцы плеча самым частым является

а) разрыв трехглавой мышцы в поперечном направлении на уровне средней трети

б) отрыв дистального сухожилия трехглавой мышцы плеча с фрагментом локтевого отростка

в) разрыв латеральной головки трехглавой мышцы на границе верхней и средней трети

045. При типичном повреждении портняжной мышцы наблюдается все перечисленное, кроме

а) острой внезапной боли при вращении бедра в тазобедренном суставе

б) отрыва сухожилия портняжной мышцы от передней нижней ости подвздошной кости

в) ограничения и болезненности сгибания бедра

г) ограничения отведения бедра

д) ограничения наружной ротации бедра

046. Для разрыва четырехглавой мышцы бедра характерно все перечисленное, кроме

а) повреждения сухожильной части четырехглавой мышцы бедра

б) отсутствия разгибательных движений голени

в) характерного западения мягких тканей над коленной чашечкой

г) неустойчивости в коленном суставе

д) возраста пострадавшего от 40 до 60 лет

047. Причиной воспаления ахиллова сухожилия может явиться любое из перечисленного, кроме

а) недооценки воздействия местной инфекции

б) частых микротравм области ахиллова сухожилия

в) врожденного анатомического предрасположения в виде варусного положения стопы

г) неподходящей обуви при занятии спортом

д) упражнений, связанных с бегом и прыжками на твердом, мягком и скользком грунте

048. Для типичного подкожного разрыва ахиллова сухожилия характерно все перечисленное, кроме

а) разрыв сухожилия происходит на фоне дегенеративно-трофических изменений

б) разрыв сухожилия происходит после неожиданного некоординированного резкого сокращения трехглавой мышцы голени

в) разрыв чаще локализуется в месте перехода мышцы в сухожилие

г) гематома располагается часто в области внутренней и наружной лодыжек

049. Воспаление длинной головки двуглавой мышцы плеча характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме

а) локализации боли по ходу борозды сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча

б) усиления боли при повороте плеча кнутри

в) усиления боли при сгибании предплечья

г) воспалительного процесса сухожилия и влагалища межбугорковой борозды плечевой кости

д) возможности возникновения периартрита плечевого сустава

050. Для повреждения прямой мышцы живота характерно все перечисленное, кроме

а) кровоизлияния в передней брюшной стенке

б) разрыва прямой мышцы живота, возникающего, как правило, при прямом ударе в момент расслабления брюшного пресса

в) резкой боли в области брюшной стенки

г) симптомов раздражения брюшины

д) напряжения передней брюшной стенки

051. При повреждении косых мышц живота имеет место все перечисленное, кроме

а) сильного мышечного напряжения передней брюшной стенки

б) усиления боли при кашле, перемене положения тела

в) частого возникновения повреждений у теннисистов, боксеров, ватерполистов и рапиристов

г) боли при пальпации по ходу косых мышц живота

д) кровоизлияния по ходу поврежденных мышц

052. Отрыв прямой мышцы бедра преимущественно происходит в области

а) верхнего полюса надколенника

б) седалищного бугра таза

в) передней нижней ости подвздошной кости

г) передней верхней ости подвздошной кости

053. Для отрыва прямой мышцы бедра характерно все перечисленное, кроме

а) часто происходит при попытке сильного "прямого" удара ногой в футболе

б) внезапная боль в подвздошной области

в) ограничение сгибания бедра

г) невозможность отведения бедра с одновременной внутренней ротацией его

054. Рентгенологическое исследование позволяет выявить всю перечисленную патологию, кроме

а) перелома или трещины костного органа

б) вывиха, подвывиха фрагмента сустава

в) костной опухоли

г) мягкотканной опухоли или гематомы

д) повреждения хрящевой ткани

055. При анализе рентгенограммы необходимо обращать внимание на все перечисленное, исключая

а) плотность рентгенологического рисунка кости (осте-остеосклероз)

б) нарушение кортикального и последующих слоев кости

в) состояние окружающих кость тканей

г) изменение оси, формы костного органа

д) степень плотности (засветки) полей рентгенограммы вне исследуемого органа

056. Рентгенодиагностика переломов позвоночника основывается на перечисленных ниже признаках, кроме

а) снижения высоты тела позвонка

б) изменения оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)

в) состояния и нарушения кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела

г) степени смещения межпозвонкового диска

д) наличия гематомы в мягких тканях у тела позвонка

057. Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является

а) основание черепа

б) остистый отросток 1-го шейного позвонка

в) зуб 2-го шейного позвонка

г) остистый отросток 7-го шейного позвонка

д) правильно в) и г)

058. Отправными точками при счете ребер на рентгеновском снимке грудной клетки являются все перечисленные ориентиры, исключая

а) 1-е ребро и ключицу

б) контуры сердца

в) нижний угол лопатки

г) реберную дугу

д) 12-й грудной позвоночник

059. Фистулография при контрастном исследовании дает возможность выявить все ниже перечисленное, кроме

а) формы и длины свищевого хода

б) связи мягкотканного свища с полым органом, костью, суставом

в) контрастирования костных секвестров

г) специфичности возникновения свища

д) контрастирования инородных тел

060. Контрастная ангиография помогает диагностике во всех перечисленных случаях, исключая

а) разрыв сосуда

б) обтурацию сосуда

в) сужение участка сосуда

г) внутрисосудистую опухоль

д) выявление рентгеноконтрастного тела в массиве мышц

061. К основным принципам метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза относятся

а) точная репозиция фрагментов с надежной стабилизацией

б) сохранение кровоснабжения и источников репаративной регенерации тканей

в) возможность дозированного воздействия (коррекции) на ткани

г) возможность ранней нагрузки на поврежденный сегмент

д) правильно все перечисленное

062. Универсальной реакцией головного мозга на травму является

а) субарахноидальное кровоизлияние

б) отек головного мозга

в) гиперсекреция желудочков мозга

г) дислокация стволовых отделов головного мозга

д) коллапс головного мозга

063. Основными клиническими формами повреждения головного мозга из перечисленных являются -(1) сотрясение головного мозга -(2) сдавление головного мозга -(3) субарахноидальное кровоизлияние -(4) внутричерепная гематома -(5) ушиб головного мозга -(6) отек головного мозга -(7) пролапс головного мозга -(8) дислокация головного мозга

а) правильно 1, 3 и 8

б) правильно 1, 2, 6 и 7

в) правильно 1, 2 и 5

г) правильно 1, 4, 5 и 6

д) правильно 1, 2, 3 и 6

064. Для синдрома мозговой гипотензии при легких ушибах головного мозга характерны все перечисленные симптомы, кроме

а) бледности кожных покровов с небольшой синюшностью слизистых

б) головных болей распирающего характера

в) уменьшения головной боли при опускании головы

г) понижения артериального давления в пределах 100/70 - 90/60 мм рт. ст.

д) давления в спинномозговом канале от 40 до 100 мм вод. ст.

065. Синдром субарахноидального кровоизлияния проявляется всеми перечисленными симптомами, исключая

а) головную боль (как "обручем стягивает" голову)

б) головную боль, которая заметно усиливается при движении глазных яблок

в) положительный симптом Брудзинского

г) возможное проявление делириозного состояния

д) гемипарез

066. Для клинической картины субдуральной гематомы характерны все следующие симптомы, исключая

а) светлый промежуток

б) нарастающую мозговую гипертензию

в) двустороннюю пирамидную недостаточность

г) гомолатеральный гемипарез

д) смещение при ЭхоЭГ-исследовании Ме-эхо в здоровую сторону

067. Диагноз сотрясения головного мозга ставится на основании всех нижеприведенных симптомов, кроме

а) тошноты, головокружения

б) приливов крови к лицу, шума в ушах

в) перемежающейся, не стойкой анизокории

г) не выраженных менингеальных симптомов

д) мелкоразмашистого нистагма, проходящего через 10-12 дней

068. При оказании первой помощи больным с тяжелой черепно-мозговой травмой на месте происшествия и во время транспортировки в стационар, врач должен сделать все перечисленное, кроме

а) восстановить дыхание, проходимость верхних дыхательных путей, сделать интубацию трахеи

б) произвести люмбальную пункцию

в) осуществить трансфузию кровозаменителей

г) осуществить непрямой массаж сердца

069. Транспортировка пострадавших с открытым повреждением области сагиттального синуса осуществляется

а) в лежачем положении на спине

б) в лежачем положении на боку с приподнятой головой

в) в полусидячем положении

г) в положении на животе

д) в положении на спине с приподнятой головой

070. При консервативном лечении переломов костей голени со смещением отломков скелетное вытяжение накладывают

а) за пяточную кость

б) за надлодыжечную область

в) за таранную кость

г) правильно а) и б)

071. Переломы костей голени без смещения отломков требуют

а) наложения разрезной гипсовой повязки

б) скелетного вытяжения

в) наложения компрессионно-дистрикционного аппарата

г) хирургического лечения

д) функционального лечения

072. Оптимальным методом лечения винтообразных переломов костей голени со смещением отломков является

а) гипсовая повязка

б) скелетное вытяжение + гипсовая повязка

в) компрессионно-дистракционный метод

г) операция остеосинтеза

073. Оптимальным методом лечения открытых переломов костей голени со смещением отломков является

а) первичная хирургическая обработка, репозиция перелома, наложение гипсовой повязки

б) первичная хирургическая обработка, наложение скелетного вытяжения

в) остеосинтез, если имеется материально-техническое обеспечение, подготовленные кадры

г) наложение компрессионно-дистракционного аппарата после первичной хирургической обработки

д) правильно в) и г)

074. Признаками повреждения ахиллова сухожилия являются

а) резкая боль в области 1-5 пальцев стопы

б) резкая боль в области ахиллова сухожилия

в) ограничение подошвенного разгибания, стоять, идти на носках невозможно

г) функция конечности не нарушена

д) диастаз на месте повреждения сухожилия, западения тканей при пальпации, резкая боль в области ахиллова сухожилия, ограничение подошвенного сгибания стопы и идти на носках невозможно

075. Непосредственно у шейки малоберцовой кости расположен

а) большеберцовый нерв

б) малоберцовый нерв

в) большеберцовый и малоберцовый

г) бедренный нерв

д) седалищный нерв

076. Основными сосудами и нервами подколенной ямки являются

а) бедренная артерия, большеберцовый и малоберцовый нерв

б) подколенная вена, большеберцовый нерв, подколенная артерия

в) большеберцовый и малоберцовый нервы, подколенная вена

г) подколенная артерия, подколенная вена, большеберцовый и малоберцовый нервы

077. Повреждение собственной связки надколенника проявляется

а) нарушением функции сгибания голени

б) выпадением разгибания голени

в) острой болью по передней поверхности верхней трети голени, под надколенником

г) нестабильностью коленного сустава

д) острой болью ниже надколенника, нарушением разгибания голени, дефектом мягких тканей между надколенником и бугристостью большеберцовой кости

078. При переломе внутренней лодыжки рентгенограммы голени в верхней трети производятся с целью выявления перелома

а) внутреннего мыщелка большеберцовой кости

б) наружного мыщелка большеберцовой кости

в) головки малоберцовой кости или ее верхней трети

г) правильно а) и б)

д) правильного ответа нет

079. Для фиксации лодыжек после их вправления показана

а) циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка

б) циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой

в) разрезная циркулярная повязка типа "сапожок"

г) "У"-образная повязка с лонгетой для стопы

д) "У"-образная повязка без лонгеты для стопы

080. Опорными участками стопы, несущими на себе тяжесть тела при ходьбе, являются

а) пяточная кость

б) таранная кость

в) головки плюсневых костей

г) головки плюсневых костей и пяточная кость

д) ладьевидная и клиновидные кости

081. Тяжесть туловища при ходьбе и стоянии переносится

а) вперед на головки плюсневых костей и назад - на пяточную кость

б) на пальцы стопы

в) только на пяточную кость

г) только на головки плюсневых костей

082. Признаками перелома пяточной кости являются

а) боли в области пяточной кости, уплощение свода стопы, деформация голеностопного сустава, опущение верхушек лодыжек на стороне перелома пяточной кости

б) деформация голеностопного сустава, смещение внутренней лодыжки вверх

в) гемартроз голеностопного сустава, уплощение внутреннего свода стопы

г) боль в области расположения пяточной кости, отсутствие деформации голеностопного сустава

083. Летальность при множественных и сочетанных повреждениях в первые часы после травмы обусловлена

а) шоком и кровопотерей

б) тяжелой черепно-мозговой травмой

в) тромбоэмболией легочной артерии

г) жировой эмболией

084. При острой полиорганной недостаточности в результате сочетанной травмы необходимо срочное проведение следующих мероприятий, кроме

а) восстановления гемодинамики путем инфузионно-трансфузионной терапии

б) проведения искусственной вентиляции легких

в) остановки внутреннего кровотечения

г) проведения оперативных вмешательств по жизненным показаниям

д) стабильной фиксации путем проведения остеосинтеза при переломах

085. Борьбу с острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью начинают со всех нижеперечисленных мероприятий, исключая

а) выявление причины острой дыхательной недостаточности

б) восстановление и улучшение легочной вентиляции и функции сердечно-сосудистой системы

в) проведение искусственной вентиляции легких

г) проведение инфузионно-трансфузионной терапии

д) стабилизацию поврежденных костных сегментов

086. Борьба с дыхательной недостаточностью на догоспитальном этапе состоит в первую очередь

а) в интубации трахеи

б) во введении ротового или носового воздуховода

в) в интубации и вспомогательной вентиляции легких

г) в туалете рта, глотки и гортани

д) во введении дыхательных аналгетиков

087. В комплекс мероприятий по оказанию помощи пострадавшим с множественными и сочетанными повреждениями на догоспитальном этапе входят все следующие, кроме

а) оценки тяжести состояния пострадавшего с определением ведущего повреждения

б) остановки наружного кровотечения и иммобилизации поврежденного сегмента

в) восстановления и поддержания функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем

г) гемотрансфузионной терапии

д) быстрой транспортировки в специализированный стационар

088. Экстренная иммобилизация длинных трубчатых костей при множественных и сочетанных повреждениях предупреждает возникновение

а) шока

б) жировой эмболии

в) полиорганной недостаточности

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)

089. Положительным качеством новокаиновой блокады при тяжелых множественных и сочетанных повреждениях является то, что она

а) не вызывает снижения артериального давления

б) снижает температуру тела

в) обеспечивает длительное обезболивающее действие

г) ликвидирует боль, не маскируя клиническую картину

д) повышает центральное венозное давление

090. К клиническим признакам переломо-вывиха относятся все перечисленные, кроме

а) боли в суставе

б) вынужденного положения конечности

в) отсутствия активных движений

г) удлинения конечности

д) укорочения конечности

091. При оказании помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой и травмой опорно-двигательного аппарата важной является строгая последовательность действий, предусматривающая -(1) возмещение кровопотери -(2) оценку жизнеспособности головного мозга -(3) ликвидацию острой дыхательной недостаточности -(4) иммобилизацию поврежденных конечностей -(5) профилактику инфекций

а) верно 3, 2, 4, 1, 5

б) верно 1, 2, 5, 4, 3

в) верно 3, 1, 2, 4, 5

г) верно 2, 3, 1, 5, 4

д) верно 1, 2, 3, 4, 5

092. Для повреждения плевры и ткани легкого при переломе ребер характерны все следующие симптомы, кроме

а) пневмоторакса

б) подкожной эмфиземы

в) резкой загрудинной боли

г) кровохарканья

093. При подозрении на разрыв диафрагмы наиболее информативным методом исследования является

а) обзорная рентгенография грудной и брюшной полости

б) рентгенография с перорально вводимым контрастом

в) диагностическая пункция плевральной полости

г) лапароцентез или лапароскопия

д) ультразвуковое исследование грудной и брюшной полости

094. Ушиб сердца при тяжелой травме грудной клетки характеризуется

а) болями в области сердца, одышкой, сердцебиением

б) болями в области сердца, различными видами нарушений ритма и частоты сердцебиений, глухостью сердечных тонов

в) различного рода аритмиями (нарушение внутрижелудочковой и предсердно- желудочковой проводимости) , субъективными ощущениями в области сердца, наличием изменений на ЭКГ

г) болями в области сердца, характером и локализацией травмы

д) всем перечисленным

095. В профилактике гнойных осложнений при открытых множественных переломах конечностей основное значение имеет

а) введение антибактериальных препаратов в область открытых переломов

б) первичная хирургическая обработка ран

в) внутрикостные пролонгированные новокаиновые блокады с антибиотиками

г) футлярные новокаиновые блокады с антибиотиками

д) использование полимерных повязок-покрытий с антибактериальными наполнителями

**11. ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ (ОЖОГИ, ОТМОРОЖЕНИЯ)**

001. К клиническим симптомам, наиболее часто указывающим на нарушение функции желудочно-кишечного тракта при тяжелом ожоговом шоке, относятся

а) многократная рвота

б) боли в животе

в) парез кишечника

г) отрыжка

д) правильно а) и в)

002. К мероприятиям, предусматривающим профилактику расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта при тяжелом ожоговом шоке, относятся

а) адекватное обезболивание

б) адекватная инфузионно-трансфузионная терапия

в) применение антацидных и анацидных препаратов

г) введение зонда в желудок для декомпрессии

д) все вышеперечисленное

003. О нарушении функции печени при ожоговом шоке свидетельствуют

а) повышение уровня билирубина в сыворотке крови

б) гипергликемия

в) протромбинемия

г) повышение активности трансаминаз

д) правильно а) и б)

004. При ожогах стоп наиболее часто поражаются

а) сухожилия разгибателей пальцев стопы

б) сухожилия сгибателей пальцев стопы

в) пяточная кость

г) ахиллово сухожилие

д) правильно а) и г)

005. Классификация глубины поражения, принятая для химических ожогов, выделяет

а) две степени

б) три степени

в) четыре степени

г) аналогична классификации при термических ожогах

006. Антибиотикотерапия у обожженных применяется

а) при поверхностных ожогах

б) при ограниченных глубоких ожогах с профилактической целью

в) при развитии осложнений

г) для лечения обожженных в условиях поликлиники

007. Абсолютным показанием для выполнения ампутации обожженной конечности или крупных ее сегментов является

а) полная гибель конечности (ее сегментов) в результате травмы

б) сдавление конечности циркулярным струпом

в) острый гнойный артрит

г) ампутация с целью уменьшения общей площади термических поражений и снижения интоксикации

д) правильно б) и г)

008. Отличительными признаками, характеризующими ожоги лица, являются частое сочетание их

а) с поражением глаз

б) с ожогом дыхательных путей

в) частое развитие острых психозов

г) с ожогами шеи

д) все вышеперечисленное

009. Клиническая картина при термическом глубоком поражении крупных суставов в первые дни после травмы характеризуется следующими признаками

а) ожоговый струп включает в себя капсулу сустава

б) пострадавшие испытывают боли в суставах

в) пострадавшие испытывают ограничение движения в суставах

г) отмечается повышение температуры

д) правильно а) и в)

010. При термических ожогах IIIА степени в обязательном порядке повреждается

а) весь сетчатый слой кожи

б) частично органеллы кожи эпителиального характера

в) сосочковый слой

г) частично подкожно-жировая клетчатка

д) правильно б) и в)

011. Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится

а) к закрытию раны спиртовой повязкой

б) к наложению на обожженную конечность повязки с мазью А. В. Вишневского

в) к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки

г) возможно все перечисленное

д) ничего из перечисленного

012. Площадь ожоговых ран у детей следует определять с помощью -(1) правила девяток -(2) скицц Г. Д. Вилявина -(3) коэффициентов Н. Н. Блохина -(4) скицц Лунда и Броудера

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 1, 3

д) верно 1, 4

013. Инфузионную терапию при свежей термической травме у пострадавшего средней возрастной группы необходимо проводить при минимальном индексе Франка

а) 10

б) 10-15

в) 20-25

г) 30-40

д) более 40

014. При ожоговом шоке дроперидол вводится на 1 кг массы тела

а) 0. 01

б) 0. 05

в) 0. 2

г) 0. 5

015. Если при исследовании кислотно-щелочного состояния у обожженного в периоде ожогового шока ВЕ - 15 мэкв/л, а рН - 7. 29, пострадавшему показано ввести

а) плазму

б) лактосол

в) 5% раствор бикарбоната натрия

г) маннитол

016. Для ожогового шока характерны

а) нормальная температура тела

б) гипертермия

в) гиповолемия

г) анемия

д) правильно а) и в)

017. Из перечисленных показателей наиболее информативными при ожоговом шоке являются

а) артериальное давление

б) центральное венозное давление

в) объем циркулирующей крови

г) лейкоцитоз

д) правильно б) и в)

018. Контроль гематокрита и гемоглобина больным при тяжелом ожоговом шоке необходим

а) каждые 4 часа

б) каждые 6 часов

в) каждые 8 часов

г) 2 раза в сутки

д) 1 раз в сутки

019. Для острой ожоговой токсемии характерны -(1) гемоконцентрация -(2) анемия -(3) выраженная интоксикация -(4) гипо- и диспротеинемия

а) верно все, кроме 4

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 3

г) верно все, кроме 2

д) все ответы правильны

020. Для коррекции ацидоза больному в ожоговом шоке следует ввести

а) лактасол

б) трис-буфер

в) полиглюкин

г) 5% раствор соды

д) правильно б) и г)

021. Основными симптомами ожога от вольтовой дуги являются -(1) наличие меток тока -(2) характерная локализация повреждения -(3) металлизация кожи -(4) поражение органа зрения

а) верно все, кроме 4

б) верно все, кроме 1

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 3

д) все ответы правильны

022. Мазями на водорастворимой основе являются все перечисленные ниже, кроме

а) левосиновая

б) пропоцеум

в) мафенидовая

г) диоксидиновая мазь

023. При обнаружении в ранах грамотрицательной инфекции следует применить -(1) борную мазь -(2) фурацилиновую мазь -(3) мафенид -(4) йодопироновую мазь

а) верно все, кроме 4

б) верно все, кроме 3

в) верно все, кроме 2

г) верно все, кроме 1

д) все ответы правильны

024. Для высушивания ожогового струпа следует применять -(1) повязку с растворами -(2) повязку с мазью на жировой основе -(3) повязку с мазью на водорастворимой основе -(4) биологические покрытия

а) если верно 1, 2

б) если верно 2, 3

в) если верно 3, 4

г) если верно 1, 3

д) если верно 1, 4

025. После отторжения некрозов на ожоговую рану следует накладывать -(1) биологическое покрытие -(2) мазь на жировой основе -(3) мазь на водорастворимой основе -(4) повязку с раствором

а) верно 1, 2

б) верно 2, 3

в) верно 3, 4

г) верно 1, 3

д) верно 1, 4

026. Ожоговый шок (у лиц средней возрастной группы) развивается при глубоких ожогах площадью

а) 5% поверхности тела

б) 10% поверхности тела

в) 15% поверхности тела

г) более 20% поверхности тела

д) более 30% поверхности тела

027. Причинами нарушения функции печени при ожоговом шоке является все перечисленное, за исключением

а) циркуляторной и тканевой гипоксии

б) нарушения кровообращения

в) интоксикации

г) гемолиза

028. О наличии у обожженного ожога дыхательных путей могут свидетельствовать все перечисленные, кроме

а) локализации ожогов

б) обширности повреждения

в) обстоятельств травмы

г) осиплости голоса

029. Первым клиническим признаком острой ожоговой токсемии является

а) анемия

б) нормализация диуреза

в) повышение температуры тела

г) диспротеинемия

030. Причинами пневмонии у обожженных являются

а) аутоинфекция

б) нарушение дренажной функции бронхов

в) нарушение легочной вентиляции

г) нарушение гемодинамики малого круга кровообращения

д) все перечисленное

031. Для проведения операции аутодермопластики пневмония является

а) абсолютным противопоказанием

б) относительным противопоказанием

в) не является противопоказанием

032. Для эффективной химической некрэктомии 40% мазью салициловой кислоты необходимо нанесение ее на сухой ожоговый струп слоем

а) в 1-2 мм

б) в 3-4 мм

в) в 5-6 мм

г) значения не имеет

033. Ранняя хирургическая некрэктомия при ожогах кисти показана

а) при ограниченных глубоких ожогах ладони

б) при распространенных глубоких ожогах тыла кисти, если поражение не проникает глубже собственной фасции

в) при ограниченных глубоких ожогах тыла кисти

г) при распространенных ожогах тыла кисти IV степени

034. При глубоких ожогах стоп наиболее часто поражаются

а) сухожилия разгибателей пальцев и ахиллово сухожилие

б) пяточная кость

в) сухожилия сгибателей пальцев

г) все перечисленное

035. Наложение 40% мази салициловой кислоты для некрэктомии одномоментно допустимо на сухой струп площадью

а) не более 3% поверхности тела

б) не более 5% поверхности тела

в) 10-15% поверхности тела

г) более 20% поверхности тела

036. Для ампутации конечности или крупных сегментов ее абсолютными показаниями являются

а) полная гибель конечности в результате травмы

б) сдавление циркулярным струпом

в) острый гнойный артрит крупных суставов

г) гангрена конечности

д) правильно б) и г)

037. Свободная аутодермопластика при ожогах мягких тканей свода черепа показана

а) при ограниченных по площади глубоких поражениях

б) при глубоких ожогах свыше одной трети площади свода черепа

в) при поверхностных ожогах

г) при распространенных глубоких ожогах

д) правильно а) и г)

038. При глубоких ожогах кистей в сочетании с циркулярным поражением нижней трети предплечья и лучезапястного сустава целесообразно

а) первичное иссечение омертвевших тканей и восстановление кожного покрова в первые сутки после травмы

б) некротомия, устраняющая сдавливающее действие струпа в первые 48 часов, с последующей некрэктомией и кожной пластикой

в) некротомия в первые 48 часов, пластика гранулирующих ран после самопроизвольного отторжения некротических тканей

г) некрэктомия при ожогах в области тыла кисти противопоказана

039. Для открытого лечения ожогов II степени лица и кистей предпочтение следует отдать

а) мази на основе ПЭГ (полиэтиленгликоля)

б) аэрозолям

в) биологическим покрытиям

г) раствору фурацилина

040. Для лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, следует применять

а) раствор фурацилина

б) раствор диоксидина

в) левомеколь

г) пропоцеум

д) правильно б) и в)

041. Критической (в смысле угрозы генерализации инфекции) является бактериальная обсемененность ран, составляющая на 1 г биоптата из ожоговой раны

а) 1000 микробных тел

б) 10 000 микробных тел

в) 100 000 микробных тел

г) 1 000 000 микробных тел

042. Аутодермопластика на лице при глубоких ожогах производится

а) перфорированными трансплантатами аутокожи

б) сплошными трансплантатами аутокожи без насечек и перфораций

в) полнослойными кожными трансплантатами

г) кожно-фасциальными аутотрансплантатами

043. К мазям на полиэтиленгликоле относятся все перечисленные, кроме

а) пропоцеум

б) мафенида

в) дермазина

г) левосина

044. Наиболее выраженным бактерицидным действием обладают

а) дебризан

б) дермазин

в) левосин

г) диоксиколь

д) правильно б) и г)

045. Наиболее выраженным бактерицидным действием среди применяемых растворов обладают

а) раствор фурацилина

б) 1% раствор йодовидона

в) раствор перекиси водорода

046. Лечение мазями при глубоких ожогах лучше начинать

а) до отторжения некротических тканей

б) после отторжения некротических тканей

в) применение мазей при глубоких ожогах противопоказано

**12. ПРОКТОЛОГИЯ**

001. Длина анального канала соответствует

а) 1-2 см

б) 2-3 см

в) 3-4 см

г) 4-5 см

д) 5-6 см

002. Анальная трещина чаще расположена на

а) задней полукружности анального канала

б) правой полукружности анального канала

в) левой полукружности анального канала

г) передней полукружности анального канала

д) передней и задней полукружности анального канала

003. Возникновению анальной трещины способствуют

а) длительные запоры

б) геморрой

в) острый парапроктит и проктит

г) травма прямой кишки и анального канала

д) правильно а) и г)

004. Задняя дозированная сфинктеротомия показана при лечении

а) геморроя, с повышенным тонусом сфинктера и анальной трещины

б) кокцигодинии

в) хронического парапроктита

г) геморроя с выпадением внутренних геморроидальных узлов

005. Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно

а) пальцевого исследования прямой кишки

б) колоноскопии

в) аноскопии

г) ирригоскопии

д) ректороманоскопии

006. При лечении хронической калезной трещины наиболее эффективным является

а) пресакральная блокада раствором новокаина

б) введение новокаина со спиртом под трещину

в) пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье

г) иссечение трещины

д) иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией

007. Дозированная сфинктеротомия при лечении задней анальной трещины предполагает рассечение задней порции внутреннего сфинктера на глубину

а) 0. 5-0. 8 см

б) 0. 8-1. 0 см

в) 1. 0-1. 5 см

г) 1. 5-2. 0 см

д) более 2. 0 см

008. К геморрою предрасполагают

а) тяжелый физический труд

б) употребление алкоголя

в) проктосигмоидит

г) длительные и упорные запоры

д) все вышеперечисленное

009. Для утверждения диагноза геморроя достаточным будет

а) пальцевое исследование прямой кишки и осмотр заднего прохода

б) ректороманоскопия

в) ирригоскопия

г) колоноскопия

010. Геморрроидэктомия показана

а) при выпадении геморроидальных узлов 3 ст.

б) болевом синдроме при дефекации

в) выпадении геморроидальных узлов 1 ст.

г) анальном зуде

011. Геморроидэктомия по Миллигану - Моргану подразумевает

а) циркулярное иссечение слизистой анального канала

б) иссечение геморроидальных узлов на 2, 5, 8 часах по циферблату

в) иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату

г) иссечение выпадающих геморроидальных узлов

д) иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала

012. 1 На следующий день после приема большого количества алкоголя больной почувствовал резкую боль в заднем проходе, ощущение инородного тела, появились скудные кровянистые выделения из прямой кишки. При осмотре в области ануса определяется "розетка" из резко болезненных и напряженных выпячиваний слизистой прямой кишки багрового цвета, на 7 часах по циферблату отмечается некроз слизистой с умеренным кровотечением. В данном случае имеет место

а) геморрой, осложненный выпадением 3 ст.

б) острый тромбоз геморроидальных узлов

в) выпадение и ущемление прямой кишки

г) ущемление геморроидальных узлов

012. 2 На следующий день после приема большого количества алкоголя больной почувствовал резкую боль в заднем проходе, ощущение инородного тела, появились скудные кровянистые выделения из прямой кишки. При осмотре в области ануса определяется "розетка" из резко болезненных и напряженных выпячиваний слизистой прямой кишки багрового цвета, на 7 часах по циферблату отмечается некроз слизистой с умеренным кровотечением. Ваша тактика по отношению к данному больному в условиях поликлиники включает все перечисленное, за исключением

а) назначения обезболивающих препаратов

б) пресакральной новокаиновой блокады

в) склеротерапии

г) противовоспалительного лечения

012. 3 На следующий день после приема большого количества алкоголя больной почувствовал резкую боль в заднем проходе, ощущение инородного тела, появились скудные кровянистые выделения из прямой кишки. При осмотре в области ануса определяется "розетка" из резко болезненных и напряженных выпячиваний слизистой прямой кишки багрового цвета, на 7 часах по циферблату отмечается некроз слизистой с умеренным кровотечением. В случае госпитализации больного и после стихания острых воспалительных явлений больному показана

а) склеротерапия

б) пресакральная новокаиновая блокада

в) перевязка геморроидальных узлов

г) геморроидэктомия

013. Больной в течение ряда лет страдает геморроем. За последние две недели появились резкие боли после акта дефекации, длительность болевого пароксизма 6-8 часов, боли не снимаются анальгетиками. Появилась стулобоязнь. Изменение клинической картины связано

а) с тромбозом геморроидальных узлов

б) со сфинктеритом

в) с парапроктитом

г) с трещиной анального канала

014. Больному, геморрой у которого осложнился трещиной анального канала, следует предпринять

а) противовоспалительное лечение

б) иссечение анальной трещины

в) пресакральную новокаиновую блокаду

г) геморроидэктомию

д) геморроидэктомию с дозированной сфинктеротомией

015. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести

а) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию

б) анализ кала на скрытую кровь

в) лапароскопию

г) ультразвуковое исследование органов малого таза

016. В случае операбельной опухоли прямой кишки, расположенной на 6 см от перианальной кожи, показана

а) передняя резекция прямой кишки

б) операция Гартмана

в) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной

г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

017. Резчайшие боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови, и "стулобоязнь" характерны

а) для рака прямой кишки

б) для полипа прямой кишки

в) для сфинктерита

г) для трещины анального канала

д) для геморроя

018. Клиническая картина ректального свища характеризуется

а) стулобоязнью

б) кровотечением при дефекации

в) рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища

г) выделением слизи при дефекации

019. Наиболее радикальным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов следует считать

а) склеротерапию

б) пресакральную новокаиновую блокаду

в) антикоагулянты

г) оперативное вмешательство

020. Радикальным методом лечения острого подкожного парапроктита является

а) систематические пункции абсцесса с промыванием антибиотиками

б) вскрытие и дренирование полости абсцесса

в) вскрытие гнойной полости с иссечением крипты в зоне воспаления анальной железы и гнойного хода

г) общая антибиотикотерапия

021. Для диагностики дивертикулеза толстой кишки наиболее информативными методами исследования являются

а) ректороманоскопия

б) колоноскопия

в) ирригоскопия

г) исследование толстой кишки после приема бария внутрь

д) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

022. Возникновению дивертикулеза ободочной кишки способствуют

а) повышение внутрибрюшного давления

б) повышение внутрикишечного давления и пищевой фактор (употребление рафинированной пищи)

в) пищевой фактор (употребление пищи, богатой клетчаткой)

г) употребление большого количества жидкости

023. При остром ишиоректальном парапроктите показаны

а) пункция гнойника и введение антибиотиков

б) вскрытие гнойника через просвет кишки

в) вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки

г) вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале

д) пункция абсцесса и введение дренажа для промывания полости

024. В этиологии парапроктитов главное значение имеет

а) выпадение прямой кишки

б) травма слизистой прямой кишки

в) воспаление анальных желез

г) геморрой

д) общие септические заболевания

025. Экстирпация прямой кишки является операцией выбора при

а) раке анального канала

б) раке прямой кишки, расположенном на 7-10 см от перианальной кожи

в) раке верхнеампулярного отдела прямой кишки

г) раковой опухоли, расположенной на 12-15 см от перианальной кожи

026. Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются

а) кровотечение из прямой кишки

б) поносы

в) склонность к запорам

г) закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление

д) дефект слизистой прямой кишки

027. После макро- и микроскопического исследования препарата прямой кишки, удаленного по поводу рака, сформулирован диагноз: "рак прямой кишки Т2NxМ0". Это значит, что

а) опухоль занимает 1/2 окружности кишки

б) регионарные лимфатические узлы не поражены

в) регионарные лимфатические узлы поражены

г) нет отдаленных метастазов

д) правильно все, кроме в)

028. После макро- и микроскопического исследования препарата прямой кишки, удаленного во время операции по поводу рака, сформулирован диагноз: "рак прямой кишки Т3Nx+М1Р4". Это означает, что

а) опухоль занимает 1/2 окружности кишки

б) регионарные лимфатические узлы не поражены

в) регионарные лимфатические узлы поражены

г) нет отдаленных метастазов

д) неправильно все, кроме в)

029. Ишиоректальный парапроктит в типичных случаях характеризуется всем перечисленным, кроме

а) выделения слизи из ануса и припухлости промежности с гиперемией

б) высокой температурой

в) отсутствия изменений со стороны кожи промежности

г) болей в глубине таза

030. После геморроидэктомии наиболее частыми осложнениями являются

а) выраженный болевой синдром

б) задержка мочеиспускания

в) перианальный отек

г) кровотечение

д) острый парапроктит

031. При гнойном воспалении эпителиального копчикового хода более целесообразно

а) пункция абсцесса, промывание его и введение антибиотика

б) вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости

в) иссечение эпителиального хода с ушиванием раны наглухо

г) вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и открытым ведением раны

д) вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и подшиванием краев раны по дну

032. Для диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки показаны

а) ирригоскопия

б) колоноскопия

в) аноскопия и фистулография

г) пассаж бария по кишечнику

033. Наиболее частыми осложнениями дивертикулеза сигмовидной кишки являются

а) дивертикулит

б) кровотечение

в) пенетрация дивертикула в брыжейку кишки

г) перфорация сигмовидной кишки

д) кишечная непроходимость

034. При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показаны

а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец

б) наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости

в) операция Гартмана

г) лапаротомия, дренирование брюшной полости

д) дренирование брюшной полости, трансверзостомия

035. Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются

а) воспаление сигмовидной кишки

б) пенетрация опухоли в брыжейку

в) кишечная непроходимость

г) перфорация опухоли

д) профузное кишечное кровотечение

036. При экстрасфинктерном ректальном свище, осложненном гнойной полостью, наиболее радикальной операцией является

а) иссечение свища в просвет кишки

б) дренирование гнойной полости

в) проведение лигатуры и дренирование гнойной полости

г) иссечение свища с ушиванием сфинктера

д) пластическая операция по низведению слизистой по Блиничеву

037. Приобретенный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется

а) в правой половине ободочной кишки

б) в левой половине ободочной кишки

в) одинаково часто в правой и левой половине

038. Врожденный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется

а) в левой половине ободочной кишки

б) в правой половине ободочной кишки

в) одинаково часто в правой и левой половине

г) в сигмовидной кишке

039. Операцией выбора при завороте сигмовидной кишки с некрозом стенки является

а) резекция сигмовидной кишки с анастозом

б) резекция сигмовидной кишки с анастозом и наложением превентивной колостомы

в) резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы

г) выведение некротизированной стенки кишки в рану по Микуличу

040. При раке сигмовидной кишки с локализацией опухоли в проксимальном отделе, отсутствии осложняющих факторов и отдаленного метастазирования, отсутствии сопутствующих заболеваний у больного в возрасте 50 лет операцией выбора является

а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом

б) резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы

в) левосторонняя гемиколэктомия с трансверзосигмоидным анастомозом

г) субтотальная резекция ободочной кишки с илеосигмоидным анастомозом

041. При раке сигмовидной кишки, осложненном перфорацией опухоли, отсутствии метастазов в отдаленные органы у больного 62 лет операцией выбора является

а) резекция сигмовидной кишки с анастозом и наложением превентивной колостомы

б) резекция сигмовидной кишки с анастомозом

в) резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы

г) трансверзостомия, дренирование брюшной полости

д) выведение сигмовидной кишки с опухолью на переднюю стенку живота

042. У больного 58 лет установлен диагноз "рак правой половины ободочной кишки с локализацией опухоли в печеночном изгибе, осложненный кишечной непроходимостью". Отдаленных метастазов и тяжелых сопутствующих заболеваний нет. Наиболее адекватной радикальной операцией является

а) резекция печеночного изгиба ободочной кишки с анастомозом восходящей кишки с поперечной

б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

в) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и колостомой

г) наложение цекстомы, как первый этап операции

д) наложение илеострансверзоанастомоза как первый этап операции

**13. УРОЛОГИЯ**

001. С целью диагностики почечной колики не следует применять

а) обзорный снимок мочевой системы

б) экскреторную урографию

в) нижнюю венокаваграфию

г) ретроградную уретеропиелографию

д) ультразвуковое исследование

002. Новокаиновая блокада по Лорин - Эпштейну (семенного канатика, круглой связки) является эффективной при почечной колике и локализации камня

а) в почечной лоханке

б) в верхней трети мочеточника

в) в средней трети мочеточника

г) в нижней трети мочеточника

д) место локализации камня не имеет значения

003. Признаком почечной колики при ультразвуковом исследовании является

а) округлое эхонегативное образование в почке с тонкими стенками

б) гипоэхогенное образование в собирательной системе почки

в) дилатация чашечно-лоханочной системы и верхней трети мочеточника

г) солидное образование в почке

д) неоднородность паренхимы почки

004. К признакам простой кисты почки при ультразвуковом исследовании относятся все перечисленные, кроме

а) эхонегативного образования

б) тонкостенного образования

в) дорсального усиления

г) внутренних эхопозитивных структур

д) отсутствия внутренних эхопозитивных структур

005. Признаками опухоли почки при ультразвуковом исследовании являются все перечисленные, кроме

а) четких неровных контуров

б) неоднородной эхоструктуры

в) солидного образования

г) отсутствия дорсального усиления

д) наличия акустической тени

006. Признаками острого гнойного воспалительного заболевания почки при ультразвуковом исследовании являются все перечисленные, кроме

а) увеличения размеров почки

б) ограничения подвижности почки

в) неоднородности паренхимы

г) гиперэхогенной структуры с акустической тенью

д) наличия гипоэхогенного образования в паренхиме почки или в паранефрии с неровными контурами

007. Признаками травмы почки при ультразвуковом исследовании являются все перечисленные, исключая

а) округлое эхонегативное образование с четким контуром в почке

б) дилатацию чашечно-лоханочной системы

в) эхонегативное образование в паранефрии

г) прерывистость контура почки

д) ограничение подвижности почки

008. Острый серозный пиелонефрит без нарушения пассажа мочи необходимо дифференцировать со следующими острыми заболеваниями органов брюшной полости

а) прободной язвой желудка

б) острым аппендицитом (ретроцекальным)

в) острым холециститом

г) тромбозом мезентериальных сосудов

д) правильно б) и в)

009. Больной 39 лет поступил с диагнозом камень нижней трети правого мочеточника, гнойный пиелонефрит. На экскреторных урограммах функция правой почки отсутствует в течение полутора часов наблюдения. Больному следует рекомендовать

а) чрескожную пункционную нефростомию

б) катетеризацию мочеточника

в) антибактериальную, дезинтоксикационную терапию

г) ревизию почки, нефростомию

д) уретеролитотомию

010. У больного 59 лет повышенного питания, в течение 20 часов держатся боли в правом подреберье, иррадиирующие в поясничную область, под лопатку. Тошнота, повторная рвота, озноб, температура 38 град С. При данной клинической картине следует предположить

а) острый аппендицит

б) острый пиелонефрит

в) острую кишечную непроходимость

г) острый холецистит

д) прободную язву желудка

011. С целью дифференциальной диагностики острого аппендицита и вторичного острого пиелонефрита целесообразно провести все перечисленные методы исследования, кроме

а) общего анализа мочи

б) хромоцистоскопии

в) обзорной и экскреторной урографии

г) общего анализа крови

д) сканирования почек (изотопного)

012. Общим симптомом для острого неспецифического парапроктита и острого паренхиматозного простатита является

а) дизурия

б) повышение температуры

в) боли в промежности, усиливающиеся в момент дефекации

г) гиперемия кожи промежности

д) правильно б) и в)

013. Следующая клиническая картина: боли в промежности, крепитация, выраженная инфильтрация тканей при ректальном исследовании, снижение АД, резкая тахикардия при умеренном повышении температуры тела наиболее характерна для

а) паренхиматозного простатита

б) острого неспецифического парапроктита

в) абсцесса предстательной железы

г) анаэробного парапроктита

д) фолликулярного простатита

014. В дифференциальной диагностике острого простатита и острого парапроктита решающее значение имеют

а) жалобы больного

б) анализ крови

в) результаты пальцевого ректального исследования

г) анамнез

д) данные уретрографии

015. К местным симптомам, характерным для абсцесса предстательной железы, относятся все перечисленные, кроме

а) острой боли в области промежности, над лоном

б) гиперемии кожи промежности

в) дизурии, иногда задержки мочи

г) терминальной гематурии

016. Паранефрит следует дифференцировать

а) с параколитом

б) с аппендикулярным инфильтратом

в) с опухолью правого изгиба ободочной кишки

г) с опухолью хвоста поджелудочной железы

д) со всем перечисленным

017. Для верхнего паранефрита характерны

а) боль в поясничной области и подреберье

б) вздутие живота

в) боли в грудной клетке, ограничение подвижности диафрагмы, выпот в плевральной полости

г) правильно а) и в)

д) правильно б) и в)

018. Больная 40 лет поступила с жалобами на высокую температуру, озноб, боли в правой половине живота и грудной клетке. При обследовании имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность в правом подреберье. При дифференциальной диагностике сходную клиническую картину имеют

а) острый холецистит

б) передний паранефрит

в) острый аппендицит с ретроцекальным расположением червеобразного отростка

г) острый пиелонефрит

д) все перечисленные

019. Для дифференциальной диагностики паранефрита и параколита необходимо произвести

а) обзорную экскреторную урографию

б) ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства

в) рентгеноскопию грудной клетки

г) все перечисленное

д) только а) и в)

020. Наиболее информативным методом диагностики паранефрита является

а) обзорная рентгенография мочевых путей

б) экскреторная урография

в) изотопная ренография

г) ультразвуковое исследование

д) паранефральная пункция

021. Больной 18 лет поступил с жалобами на внезапно возникшие боли в низу живота и правой паховой области, тошноту, рвоту. Подобную же клиническую картину имеют

а) острый аппендицит

б) ущемленная паховая грыжа

в) перекрут семенного канальца и заворот яичка

г) кишечная непроходимость

д) все перечисленное

022. Решающими в дифференциальной диагностике ущемленной паховой грыжи и завороте яичка, не спустившегося в мошонку, являются

а) осмотр пахово-мошоночной области

б) обзорная рентгенография органов брюшной полости

в) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

г) только а) и в)

д) все перечисленное

023. При дифференциальной диагностике почечной колики и острого аппендицита следует применить все перечисленное, кроме

а) рентгеноскопии органов брюшной полости

б) хромоцистоскопии

в) обзорной и экскреторной урографии

г) лапароскопии

024. У больной острый аппендицит и камень средней трети правого мочеточника без клинических проявлений. Ей целесообразно выполнить

а) только аппендэктомию

б) аппендэктомию и уретеролитоэктомию одномоментно

в) аппендэктомию и катетеризацию правого мочеточника

г) аппендэктомию и нефростомию

025. У больного камень почки, хронический латентный пиелонефрит и одновременно часто ущемляющаяся паховая грыжа. Ему следует выполнить

а) одномоментно пластику грыжи и пиелолитотомию

б) только пиелолитотомию и грыжесечение II этапом

в) только грыжесечение и пиелолитотомию II этапом

г) не оперировать и продолжать наблюдение у хирурга и уролога

026. У больной желудочное кровотечение и одновременно почечная колика справа. Ей следует

а) купировать почечную колику

б) произвести гастроскопию

в) проводить только консервативное лечение (спазмолитики) , гемостатики и обезболивающие средства

г) последовательно а) и б)

027. У больного клиника прободной язвы желудка. Известно, что у него - коралловидные камни почек и хронический пиелонефрит. Ему следует выполнить

а) обзорную и экскреторную урографию

б) ультразвуковое сканирование почек

в) экстренное оперативное лечение

г) все ответы правильные

д) правильного ответа нет

028. У больной 38 лет диагностирован острый калькулезный холецистит и одновременно острый гнойный пиелонефрит (карбункул почки) вследствие блокирующего камня в лоханочно-мочеточниковом сегменте. Ей следует выполнить

а) холецистэктомию, пиелонефрит лечить консервативно

б) одновременно нефрэктомию и холецистэктомию

в) холецистэктомию и катетеризацию правого мочеточника

г) проводить только консервативную терапию (антибиотики широкого спектра действия)

д) холецистэктомию и пункционную нефростомию справа

029. Дифференцировать печеночную и почечную колики следует с помощью

а) лапароскопии

б) хромоцистоскопии

в) экскреторной урографии

г) дуоденального зондирования

д) последовательно б) , в) и а)

030. У больной в анамнезе почечные камни и самостоятельное отхождение конкрементов. Она поступила с клиникой "острого живота", в анализе мочи свежие эритроциты. В первую очередь ей следует применить

а) лапароскопию

б) радиоизотопное сканирование почек

в) хромоцистоскопию и возможно экскреторную урографию

г) ультразвуковое сканирование почек

д) последовательно г) и а)

031. У больного 35 лет камень желчного пузыря, требующий плановой холецистэктомии, и камень правой почки, требующий плановой пиелолитотомии. Ему следует рекомендовать

а) только пиелолитотомию

б) только холецистэктомию

в) одновременно пиелолитотомию и холецистэктомию

032. Для острого цистита характерны следующие признаки -(1) поллакиурия -(2) боль при мочеиспускании -(3) гематурия -(4) задержка мочеиспускания -(5) пиурия -(6) лихорадка

а) правильно 1, 2 и 3

б) правильно 1, 2 и 6

в) правильно 1, 2 и 5

г) правильно 2, 5 и 6

д) правильно 2, 3 и 4

033. При остром цистите из инструментальных исследований показаны

а) цистоскопия - в большинстве случаев

б) цистоскопия - в исключительных случаях

в) цистоскопия противопоказана

г) катетеризация мочевого пузыря

д) уретроскопия

034. Дифференциальную диагностику цистита следует проводить со следующими заболеваниями -(1) пиелонефритом -(2) простатитом -(3) острым аппендицитом -(4) парапроктитом -(5) туберкулезом и опухолью мочевого пузыря -(6) эндометриозом мочевого пузыря -(7) колитом

а) правильно 1, 2, 3 и 4

б) правильно 1, 3, 4 и 5

в) правильно 1, 2, 5 и 6

г) правильно 2, 4, 5 и 6

д) правильно 3, 4, 6 и 7

035. При химических ожогах мочевого пузыря необходимо -(1) установить постоянный катетер -(2) сделать цистостомию -(3) промыть мочевой пузырь индифферентным антисептическим раствором -(4) ввести в мочевой пузырь жировую эмульсию -(5) принять анальгетики

а) правильно 1, 3 и 5

б) правильно 3, 4 и 5

в) правильно 1, 3 и 4

г) правильно 2, 3 и 4

д) правильно 2, 4 и 5

036. При усилении болей внизу живота и высокой температуре тела на фоне лечения цистита следует подумать

а) об остром аппендиците

б) об абсцессе дугласова пространства

в) об острой кишечной непроходимости

г) о парапроктите

д) о всем перечисленном

037. Признаком, указывающим на наличие цистита при неясном диагнозе, является

а) лейкоцитурия

б) азотемия

в) отсутствие болей при пальцевом ректальном или влагалищном исследовании

г) гематурия

д) припухлость над лоном

038. Течение острого цистита осложнилось выделением гноя с мочой. В этом случае имеет место

а) гнойный пиелонефрит

б) гнойный цистит

в) гнойный кольпит

г) прорыв гноя из клетчаточного пространства в мочевой пузырь

д) правильно а) и б)

039. При гангрене мочевого пузыря показаны

а) интенсивная антибактериальная терапия

б) лучевая терапия

в) цистостомия

г) цистэктомия

д) правильно а) и в)

040. По локализации различают следующие виды парацистита, кроме

а) переднего

б) верхнего и заднего

в) нижнего и переднего

г) тотального

041. Характерными симптомами острого парацистита являются все перечисленные, за исключением

а) высокой температуры тела

б) дизурии

в) болей в низу живота

г) задержки мочи и анурии

042. Наиболее тяжелым исходом парацистита является

а) задержка мочи

б) уросепсис

в) абцедирование с прорывом гноя в соседние полости

г) гематурия

д) переход в хроническую стадию

043. Для диагностики парацистита используют следующие методы -(1) обзорную урографию -(2) экскреторную урографию -(3) цистографию -(4) цистоскопию -(5) ультразвуковое исследование -(6) компьютерную томографию -(7) тазовую артериографию

а) только 1, 2 и 3

б) только 2, 3 и 4

в) только 3, 4 и 5

г) только 5, 6 и 7

д) только 2, 3 и 7

044. Дифференциальную диагностику острого парацистита следует проводить со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

а) пельвиоперитонита

б) острого цистита

в) острого аппендицита и прободной язвы желудка

г) абсцесса дугласова пространства

045. В начальной (инфильтративной) стадии острого парацистита не следует назначать

а) антибиотики

б) постельный режим

в) тепло на область инфильтрата

г) холод на область инфильтрата

д) химиопрепараты

046. При абсцедировании парацистита производят

а) цистостомию

б) дренирование клетчаточных пространств тела

в) цистостомию и дренирование тазовой клетчатки

г) катетеризацию мочевого пузыря и дренирование тазовой клетчатки

д) вскрытие и дренирование полости абсцесса соответствующим доступом

047. Выпадение в грыжевые ворота части мочевого пузыря составляет от всех грыж

а) менее 3%

б) от 4 до 7%

в) от 8 до 12%

г) от 13 до 15%

д) свыше 15%

048. Послеоперационную грыжу мочевого пузыря следует квалифицировать по отношению к брюшине как

а) внебрюшинную

б) околобрюшинную

в) внутрибрюшинную

г) смешанную

д) не относящуюся ни к одному из вышеперечисленных

049. К симптомам неосложненной скользящей грыжи мочевого пузыря относятся все перечисленные, кроме

а) увеличения грыжевого выпячивания при наполнении мочевого пузыря

б) исчезновения грыжевого выпячивания после мочеиспускания

в) мочеиспускания в несколько приемов

г) затрудненного учащенного болезненного мочеиспускания

д) гематурии

050. Диагноз скользящей грыжи устанавливается по данным -(1) цистоскопии -(2) цистографии -(3) экскреторной урографии -(4) лапароскопии -(5) операции

а) правильно 1, 2 и 5

б) правильно 3, 4 и 5

в) правильно 1, 4 и 5

г) правильно 2, 4 и 5

д) правильно 2, 3 и 4

051. Оперативное лечение скользящей грыжи мочевого пузыря заключается

а) в мобилизации мочевого пузыря и отделении его от брюшинного грыжевого мешка

б) в иссечении грыжевого мешка

в) в ревизии мочевого пузыря

г) в пластике грыжевого канала

д) во всем перечисленном

052. К осложнениям грыжи мочевого пузыря относятся все перечисленные, кроме

а) разрыва выпячивания мочевого пузыря и некроза грыжевого выпячивания мочевого пузыря

б) камней мочевого пузыря

в) опухоли

г) ущемления мочевого пузыря

053. При неосложненной паховой грыже и аденоме предстательной железы I стадии в первую очередь выполняется операция

а) грыжесечения

б) аденомэктомии

в) цистостомии

г) одномоментно аденомэктомия и грыжесечение

д) одновременно грыжесечение и цистостомия

054. При неосложненной косой паховой грыже и аденоме предстательной железы II стадии в первую очередь нужно рекомендовать операцию

а) аденомэктомию

б) грыжесечения

в) одномоментно аденомэктомию и грыжесечение

г) цистостомию

д) одновременно грыжесечение и цистостомию

055. Повреждение мочевого пузыря в ходе операции грыжесечения чаще наблюдается

а) при косой паховой грыже

б) при ущемленной паховой грыже

в) при прямой паховой грыже

г) при невправимой косой паховой грыже

д) при бедренной грыже

056. При задержке мочи после грыжесечения или аппендэктомии необходимо

а) наложить цистостому

б) выполнить капиллярную пункцию мочевого пузыря

в) установить постоянный катетер, активизировать больного

г) выпускать мочу с помощью катетера 2-3 раза в сутки, активизировать больного

д) медикаментозно стимулировать функцию детрузора, активизировать больного

057. У больного пожилого возраста перед хирургической операцией необходимо сделать все перечисленное, за исключением

а) пальцевого ректального исследования предстательной железы

б) определения наличия "остаточной" мочи (путем катетеризации или ультразвукового исследования)

в) исследования функции почек и верхних мочевых путей

г) цистоскопии

д) биохимического исследования крови

058. В отличие от саркомы кости, метастазы рака предстательной железы преимущественно

а) остеокластические

б) остеопластические

в) остеокластические и остеопластические

г) отличить затруднительно

д) метастазы в костях не наблюдаются

059. Ведущим симптомом при травме уретры является

а) макрогематурия

б) уретроррагия

в) задержка мочеиспускания

г) промежностная гематома

д) частое болезненное мочеиспускание

060. О возможной травме уретры можно предполагать во всех случаях, кроме

а) перелома костей таза и уретроррагии

б) перелома костей таза и задержки мочи

в) гематомы промежности после травмы

г) макрогематурии

д) задержки мочи после проникающего ранения брюшной полости

061. Диагностическая катетеризация при травме уретры

а) целесообразна

б) нецелесообразна

в) обязательна

г) только металлическим катетером

д) только эластическим катетером

062. К основному рентгеновскому методу диагностики при травме уретры относится

а) экскреторная урография

б) нисходящая цистоуретрография

в) восходящая уретроцистография

г) пневмоцистография

063. Уретроррагия при травме уретры может принять угрожающий характер в случае повреждения

а) слизистой уретры

б) пещеристых тел

в) предстательной железы

г) правильно б) и в)

д) интерстиция уретры

064. Наиболее целесообразным оперативным лечением при травме уретры и переломе костей таза является

а) первичный шов уретры

б) цистостома и дренирование урогематомы таза

в) первичный шов уретры и дренирование урогематомы таза

г) цистостомия

д) постоянный уретральный катетер и дренирование урогематомы

065. К ранним осложнениям травмы уретры относятся -(1) мочевые затеки таза и промежности -(2) стриктура уретры -(3) мочевые свищи -(4) флебиты таза и промежности -(5) кровотечение -(6) уросепсис

а) правильно 2 и 6

б) правильно 1 и 5

в) правильно 4 и 6

г) правильно 3 и 6

д) правильно 2 и 4

066. Восстановительные операции при стриктурах уретры после травмы уретры целесообразно выполнять через

а) 2 месяца

б) 3 месяца

в) 4 месяца

г) 5 месяцев

д) 6 месяцев

067. Наиболее частой причиной внебрюшного разрыва мочевого пузыря является

а) ятрогенная травма

б) перелом костей таза со смещением

в) удар в живот при переполненном мочевом пузыре

г) падение с высоты

д) переполнение мочевого пузыря

068. Наиболее частой причиной внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря является

а) ятрогенная травма

б) перелом костей таза со смещением

в) удар в живот при переполненном мочевом пузыре

г) падение с высоты

д) переполнение мочевого пузыря

069. К характерным признакам внебрюшной травмы мочевого пузыря относятся -(1) ложные позывы к мочеиспусканию -(2) акт мочеиспускания не изменен -(3) при попытке мочеиспускания сильная боль внизу живота -(4) напряжение мышц передней брюшной стенки -(5) позывы к мочеиспусканию отсутствуют -(6) резкое усиление болей в животе при принятии горизонтального положения (симптом "Ваньки-встаньки")

а) правильно 1, 4 и 6

б) правильно 3, 4 и 5

в) правильно 2, 5 и 6

г) правильно 1, 3 и 4

д) правильно 1, 3 и 6

070. Характерными признаками внутрибрюшной травмы мочевого пузыря являются -(1) ложные позывы к мочеиспусканию -(2) акт мочеиспускания не изменен -(3) при попытке мочеиспускания сильная боль внизу живота -(4) напряжение мышц передней брюшной стенки -(5) позывы к мочеиспусканию отсутствуют -(6) резкое усиление болей в животе при принятии горизонтального положения (симптом "Ваньки-встаньки")

а) правильно 1, 4 и 6

б) правильно 3, 4 и 5

в) правильно 2, 5 и 6

г) правильно 1, 3 и 4

д) правильно 1, 3 и 6

071. При травме мочевого пузыря первоначальное рентгенологическое исследование включает

а) ретроградную цистографию

б) уретрографию

в) экскреторную урографию

г) пневмоцистографию

д) обзорную урографию

072. Лечебные мероприятия при внебрюшной травме мочевого пузыря включают -(1) холод на живот -(2) антибактериальную терапию -(3) постоянный уретральный катетер -(4) дренирование полости малого таза -(5) цистостомию -(6) лапаротомию

а) правильно 1, 2 и 3

б) правильно 4 и 5

в) правильно 5 и 6

г) правильно 1, 4 и 5

д) правильно 2 и 3

073. При внутрибрюшной травме мочевого пузыря лечебные мероприятия включают -(1) холод на живот -(2) антибактериальную терапию -(3) постоянный уретральный катетер -(4) дренирование полости малого таза -(5) цистостомию -(6) лапаротомию

а) правильно 1, 2 и 3

б) правильно 4 и 5

в) правильно 5 и 6

г) правильно 1, 4 и 5

д) правильно 2 и 3

074. Особенностями перитонита при внутрибрюшной травме мочевого пузыря являются

а) резко выраженные симптомы раздражения брюшины

б) тошнота, рвота

в) выраженный метеоризм

г) высокая лихорадка

д) длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины

075. При травме мочевого пузыря в качестве шовного материала следует использовать

а) шелк

б) капрон

в) кетгут

г) даксон

д) клей

076. При подозрении на сочетанную травму мочевого пузыря и органов брюшной полости операцию необходимо начинать

а) с установки постоянного катетера по уретре, лапаротомии

б) с цистостомии, затем лапаротомии

в) с лапаротомии, затем цистостомии

г) с лапаротомии, затем установки уретрального катетера

д) с установки уретрального катетера, цистостомии, лапаротомии

077. Среди причин, приводящих к летальному исходу, повреждения почек наблюдаются

а) в 10-20% случаев

б) в 20-30% случаев

в) в 30-40% случаев

г) в 40-50% случаев

д) свыше 60% случаев

078. Основными признаками повреждения почки являются все перечисленные, за исключением

а) боли в поясничной области

б) припухлости в поясничной области

в) гематурии

г) нарушения функции почки

д) лихорадки

079. Комбинированное повреждение почки и других органов наблюдается

а) у 1/5 больных с почечной травмой

б) у 1/4 больных с почечной травмой

в) у 1/3 больных с почечной травмой

г) у 1/2 больных с почечной травмой

д) у 2/3 больных с почечной травмой

080. Диагностика повреждения почки основывается

а) на исследовании мочи (макро- или микрогематурии)

б) на обзорной рентгенограмме почек (сглаженность или отсутствие тени поясничной мышцы, повреждения ребер и позвоночника)

в) на экскреторной урографии

г) на ультразвуковом исследовании

д) на всем перечисленном

081. При подозрении на острый пиелонефрит экстренные исследования включают

а) обзорную и экскреторную урографию

б) радиоизотопную ренографию

в) ультразвуковое сканирование почек

г) правильно а) и в)

д) правильно б) и в)

082. Самым распространенным оперативным доступом при нефрэктомии по поводу нефункционирующей почке является

а) по Израэлю

б) межмышечный

в) по Пеану

г) равноценно а) и б)

д) по Федорову

083. При острой задержке мочи вследствие аденомы простаты катетеризацию мочевого пузыря следует начинать катетером

а) мочеточниковым

б) металлическим

в) Нелатона

г) Тимана

д) равноценно в) и г)

084. При установке постоянного катетера Фолея по уретре больному следует назначить

а) инстилляции в мочевой пузырь 2% раствора колларгола

б) уроантисептики в таблетках

в) цефалоспорины

г) аминогликозиды

д) нистатин

085. При неэффективной пластике уретры по Хольцову по поводу стриктуры уретры повторную пластику рационально рекомендовать через

а) 2 мес

б) 3 мес

в) 4 мес

г) 5-6 мес

д) 8-9 мес

086. При остром паренхиматозном простатите больного нужно лечить

а) амбулаторно, на дому

б) в венерологическом стационаре

в) в хирургическом стационаре

г) в урологическом стационаре

д) в терапевтическом стационаре

087. При бактериемическом шоке у больного с острым калькулезным гнойном пиелонефрите экстренная помощь на первом месте включает

а) катетеризацию мочеточника

б) экстренную нефростомию (нефрэктомию)

в) внутривенно полиглюкин и большие дозы (0. 5-1. 5 г) кортикостероидов

г) внутривенное введение цефалоспоринов

д) равноценно в) и г)

088. При повторяющейся макрогематурии больному следует назначить

а) консервативную терапию

б) цистоскопию в момент гематурии

в) ультразвуковое сканирование

г) обзорную и экскреторную урографию

д) последовательно б) , в) и г)

089. При тампонаде мочевого пузыря сгустками крови неотложную помощь необходимо начинать

а) с катетеризации пузыря металлическим катетером

б) с удаления сгустков крови эвакуатором

в) с катетеризации пузыря мочеточниковым катетером

г) с экстренной цистостомии

д) с катетеризации пузыря эластическим катетером

090. Признаками венозного тромбоза почки являются -(1) постепенное усиление болей в области почки -(2) внезапная острая боль в области почки -(3) напряжение мышц поясничной области -(4) субфебрильная температура тела -(5) лихорадка, озноб -(6) олигурия -(7) олигоанурия -(8) протеинурия, затем гематурия -(9) макрогематурия, вплоть до тампонады мочевого пузыря -(10) наличие предшествующего септического процесса, операции на почке

а) правильно 2, 3, 5, 7 и 9

б) правильно 2, 3, 4, 6 и 8

в) правильно 1, 5, 7, 9 и 10

г) правильно 1, 3, 7, 9 и 10

д) правильно 1, 2, 5, 7 и 10

091. При подозрении на инфаркт почки наиболее целесообразны

а) ультразвуковое исследование

б) экскреторная урография

в) радиоизотопное исследование

г) ретроградная пиелография

д) ангиография

092. При подозрении на инфаркт почки дифференциальная диагностика проводится -(1) с острым аппендицитом -(2) с прободной язвой желудка -(3) с острым панкреатитом -(4) с острым холециститом -(5) с копростазом -(6) с внематочной беременностью

а) правильно 1, 2 и 3

б) правильно 2, 3 и 4

в) правильно 3, 4 и 5

г) правильно 4, 5 и 6

д) правильно 2, 4 и 6

093. Нефрэктомия при инфаркте почки показана

а) во всех наблюдениях

б) при профузном кровотечении и тяжелой интоксикации

в) только при венозном инфаркте почки

г) не показана

д) правильно б) и в)

094. Врожденные мочекишечные свищи могут быть

а) почечно-кишечными

б) мочеточниково-кишечными

в) мочепузырно-кишечными

г) уретро-ректальными

д) правильно в) и г)

095. Основными методами диагностики уретро-ректального свища являются

а) экскреторная урография

б) уретрография

в) ректороманоскопия

г) правильно а) и б)

д) правильно б) и в)

096. Абсолютным показанием к нефрэктомии при почечно-кишечном свище является

а) почечно-каменная болезнь

б) нефункционирующая почка

в) околокишечный воспалительный процесс

г) забрюшинная опухоль

д) кожный мочевой свищ

097. При подготовке больного к пластике мочеточниково-кишечного свища в случае забрюшинной гематомы следует произвести

а) нефростомию

б) дренирование забрюшинной клетчатки

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

098. Одноэтапная пластика мочепузырного кишечного свища возможна

а) при непрямом мочекишечном свище

б) при прямом мочекишечном свище

в) при прямом мочекишечном свище и паракишечном воспалительном инфильтрате

г) при прямом мочекишечном свище и наружном (кожном) свище

д) при прямом мочекишечном свище и остром пиелонефрите

099. Показанием к нефрэктомии при сочетанной травме почки и органов брюшной полости является

а) обширная забрюшинная гематома

б) разрыв нижнего полюса почки

в) разможжение почки

г) разрыв лоханки

д) субкапсулярная гематома

100. При одновременном ножевом ранении мочеточника и кишечника с обширной забрюшинной урогематомой отведение мочи осуществляется путем

а) катетеризации мочеточника

б) уретеростомии

в) нефростомии, дренирования забрюшинной клетчатки

г) пиелостомии

д) правильно б) и г)

101. При сочетанной травме уретры, кишечника и открытой инфицированной раны промежности операция включает

а) цистостомию

б) противоестественный анус

в) дренирование промежности

г) только а) и б)

д) все перечисленное

**14. ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ**

001. К условиям, благоприятствующим развитию гнойной микрофлоры при проникновении ее в организм, относятся все перечисленные, кроме

а) наличия целостности эпидермиса кожи или эпителия слизистых

б) проникновения нескольких видов микробов-синергистов

в) дефектов кожи или слизистых

г) наличия в зоне травмы разможженных тканей

д) проникновения микробов повышенной вирулентности

002. Проникновение гнойной микрофлоры вызывает со стороны тканей реакцию, выражающуюся всем перечисленным, кроме

а) артериальной гиперемии

б) венозного стаза

в) появления болей

г) местного повышения температуры

д) потери чувствительности

003. Фурункул, как правило, вызывается

а) стрептококком

б) стафилококком

в) гонококком

г) синегнойной палочкой

д) протеем

004. Лечение фурункула включает все перечисленное, кроме

а) протирания окружающей кожи 70 спиртом

б) при наличии некроза - выдавливание и повязка с гипертоническим раствором поваренной соли

в) обкладывания пенициллином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата

г) сульфаниламидных препаратов внутрь

д) ультрафиолетового облучения

005. При карбункуле шеи показано все перечисленное, кроме

а) согревающего компресса с мазью Вишневского

б) антибиотиков внутримышечно

в) сульфаниламидных препаратов внутрь

г) витаминотерапии

д) ультрафиолетового облучения

006. Возбудителем гидраденита чаще всего является

а) стрептококк

б) протей

в) стафилококк

г) синегнойная палочка

д) кишечная палочка

007. Гидраденит чаще всего локализуется

а) в подмышечной впадине

б) в генитальной и перианальной области

в) в области пупка

г) в области ягодичной складки

д) правильно а) и б)

008. При наличии гидраденита применяют все перечисленное, за исключением

а) антибиотиков

б) обработки кожи в области поражения 2% борным спиртом

в) рентгенотерапии

г) гемотрансфузии

д) иммунотерапии

009. Абсцесс от инфильтрата отличается наличием

а) боли

б) гипертермии

в) флюктуации

г) гиперемии кожи

д) лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

010. Эризипелоид отличается от рожи

а) локализацией

б) наличием зуда

в) нарушением функции органа

г) отсутствием гипертермии и локальной болезненности

д) правильно б) и г)

011. В начальной серозной стадии острого мастита не применяются

а) разрез

б) предупреждение застоя молока

в) антибактериальная терапия

г) ультразвуковая терапия

д) ретромаммарная пенициллиноновокаиновая блокада

012. Различают все перечисленные виды панарициев, кроме

а) кожного

б) подкожного

в) сухожильного

г) костного

д) ладонного

013. Осложнением подкожного панариция 3-го пальца левой кисти может быть все перечисленное, кроме

а) сухожильного панариция

б) костного панариция

в) суставного панариция

г) флегмоны кисти

д) флегмоны предплечья

014. Опасностью подкожного панариция 2-й фаланги мизинца может быть все перечисленное, кроме

а) развития тендовагинита

б) некроза сухожилия сгибателя пальца

в) развития флегмоны предплечья

г) развития флегмоны плеча

д) жировой эмболии сосудов легких

015. В этиологии парапроктита характерно проникновение инфекции в параректальную клетчатку всеми перечисленными путями, кроме

а) трещины заднего прохода

б) воспаленных геморроидальных узлов

в) бытового пути

г) повреждения слизистой оболочки прямой кишки

д) расчесов в области заднего прохода

016. Для седалищно-ректальных абсцессов характерны все перечисленные симптомы, кроме

а) пульсирующих болей

б) высокой температуры

в) кровяных выделений из прямой кишки

г) озноба

д) отека и гиперемии кожи в области промежности

017. При остром гнойном парапроктите показано все перечисленное, за исключением

а) жидкой диеты

б) настойки опия

в) антибиотикотерапии

г) местного применения кристаллов салициловой кислоты

д) вскрытия гнойника

018. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются

а) стафилококком

б) пневмококком

в) протеем

г) синегнойной палочкой

д) гемолитическим стрептококком

019. При лечении фурункула в первой фазе воспаления применяют все перечисленное, кроме

а) обкладывания фурункула раствором антибиотика, растворенного на новокаине

б) физиолечения токами УВЧ

в) вскрытия очага воспаления

г) высококалорийного питания

д) иммунокорригирующей терапии

020. При фурункуле лица с высокой температурой применяется

а) строгий постельный режим

б) широкое раскрытие гнойного очага

в) прием пищи в жидком состоянии

г) инфузионная дезинтоксикационная терапия

д) правильно а) и в)

021. При карбункуле лечение в поликлинике включает

а) антибактериальную терапию

б) обкалывание очага воспаления антибиотиком

в) госпитализацию больного

г) операцию - вскрытие гнойника

д) срочный анализ крови

022. Сетчатый лимфангиит отличается от рожи

а) поражением всех слоев кожи

б) поражением в основном слизистой оболочки

в) локализацией инфекции в сосочковом слое кожи

г) отсутствием гиперемии кожи

д) отсутствием повышения температуры тела

023. Для гнойного тендовагинита 4-го пальца кисти не характерны

а) резкая болезненность по ходу ладонной поверхности кисти

б) повышение температуры

в) отек тыла кисти

г) болезненность в области шиловидного отростка луча

д) фиксированное положение пальцев в положении легкого сгибания

024. Надапоневротическая флегмона ладони характеризуется всем перечисленным, кроме

а) небольшого отека тыла кисти

б) болезненности при пальпации ладонной поверхности

в) флюктуации

г) резкого ограничения подвижности средних пальцев

025. К осложнениям при оперативном лечении гнойного паротита относится

а) формирование свища

б) развитие флегмоны шеи

в) развитие остеомиелита нижней челюсти

г) парез ветвей лицевого нерва

д) парез ветвей тройничного нерва

026. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются все перечисленные, кроме

а) гнойного медиастенита

б) гнойного менингита

в) сдавления дыхательных путей

г) прорыва гноя в пищевод

д) сепсиса

027. После установления диагноза острого гнойного медиастенита в первую очередь необходимы

а) массивная антибиотикотерапия

б) иммунотерапия

в) дезинтоксикационная терапия

г) хирургическое лечение

д) гемотрансфузия

028. При вскрытии гнойника пространства Пирогова глубина разреза распространяется до

а) подкожной клетчатки

б) поверхностной фасции предплечья

в) квадратного пронатора

г) поверхностного сгибателя пальцев

д) глубокого сгибателя пальцев

029. Для карбункула верхней губы характерным осложнением является

а) сепсис

б) некроз кожи

в) тромбоз мозговых синусов

г) остеомиелит верхней челюсти

д) тромбоз сонной артерии

030. Основным отличием эризипелоида от панариция является

а) отсутствие гипертермии

б) наличие гиперемии кожи и отека пальца

в) отсутствие локальной болезненности

г) выраженный зуд в области припухлости

д) правильно в) и г)

031. При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частое осложнение

а) остеомиелит

б) тромбофлебит

в) периостит

г) лимфостаз

д) сепсис

032. При гнилостном парапроктите целесообразно применение

а) клафорана

б) гентамицина

в) вибрамицина

г) метроджила и клиндамицина

д) любого из перечисленных антибиотиков

033. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка

а) в первые 6 часов после травмы

б) спустя 12 часов после травмы

в) до 18 часов после травмы

г) через 24-36 часов после травмы

034. Отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее в период

а) спустя 6 часов после травмы

б) до 18 часов после травмы

в) 18-24 часа после травмы

г) 24-48 часов после травмы

д) спустя 48 часов после травмы

035. Поздняя хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее после ранения в сроки

а) 18-24 часа после травмы

б) 24-36 часов после травмы

в) 36-48 часов после травмы

г) 48-72 часа после травмы

д) позже 72 часов после травмы

036. Главными отрицательными сторонами "консервативного" (тампонного) метода лечения гнойной раны является

а) недостаточное раскрытие и дренирование гнойной раны

б) недостаточное антимикробное воздействие на рану

в) невозможность ограничить распространение гнойной инфекции

г) длительность сроков лечения и плохие функциональные результаты лечения

037. В структуре хирургической инфекции последних лет характерно превалирование

а) грамотрицательной микрофлоры

б) грамположительной микрофлоры

в) существенного различия нет

038. Внутригоспитальная инфекция - это в основном

а) грамотрицательная микрофлора

б) грамположительная микрофлора

в) и та, и другая

039. Тактика лечения "чистой" и "гнойной" раны

а) не имеет принципиального различия

б) имеет принципиальное различие

040. Фазовое течение раневого процесса в "чистых" и "гнойных" ранах

а) имеет качественное различие

б) имеет количественное различие

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

041. Клиника заживления наиболее ярко выражена при наложении на гнойную рану после хирургической обработки

а) первичных швов

б) вторичных швов

в) существенной разницы не определяется

042. Развитие осложнений в зашитой гнойной ране наиболее вероятно

а) в первой фазе заживления

б) во второй фазе заживления

в) в третьей фазе заживления

г) в любой из перечисленных

043. Заживление раны вторичным натяжением - это

а) заживление через нагноение

б) заживление через грануляции

в) заживление по струпом

г) все перечисленное

044. Эпителизация краев раны, заживающей вторичным натяжением, начинается

а) в первой фазе заживления

б) во второй фазе заживления

в) в третьей фазе заживления

045. Лечение раны в первой фазе заживления включает

а) противовоспалительную терапию

б) стимулирование роста грануляций

в) стимулирование процессов очищения раны, создание покоя ране

г) адаптация краев раны

д) правильно а) и в)

046. При заживлении раны вторичным натяжением целесообразным во второй фазе является

а) противовоспалительное лечение

б) стимулирование роста грануляций

в) стимулирование процессов очищения раны

г) создание покоя ране и адаптация краев раны

д) кожная пластика раневой поверхности

047. Активное дренирование гнойной раны - это

а) отток гноя по дренажной трубке по силе тяжести

б) отток гноя по капиллярному дренажу

в) длительное промывание раны через дренажную трубку

г) длительное дренирование раны с постоянной вакуумаспирацией

д) правильно в) и г)

048. Госпитальная инфекция за последние годы

а) не наблюдается

б) наблюдается редко

в) наблюдается часто

г) имеет тенденцию к учащению

д) правильно в) и г)

049. Главным возбудителем госпитальной инфекции является

а) стафилококк

б) грамотрицательная флора

в) анаэробные микроорганизмы

г) стрептококк

050. Длительное применение антибиотиков с профилактической целью влияет на число больных с госпитальной инфекцией

а) значительно уменьшая их число

б) незначительно уменьшая их число

в) не уменьшая

051. Нежелательные последствия длительного применения антибиотиков можно объяснить

а) ослаблением организма

б) созданием устойчивой к антибиотикам флоры

в) и то, и другое

052. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде являются

а) сахарный диабет

б) предшествующие инфекционные заболевания

в) ожирение

г) авитаминоз

д) правильно а) и б)

053. Факторами риска в период наркоза и проведения операции, способствующими развитию госпитальной инфекции, являются

а) кровопотери

б) ухудшение микроциркуляции крови

в) травматичность операции

г) все перечисленное

054. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в раннем послеоперационном периоде, являются

а) гипоксия

б) невосполненная кровопотеря

в) раннее вставание

г) правильно а) и б)

д) все перечисленное

055. Развитие госпитальной инфекции особенно опасно в возрасте

а) до 9 лет

б) от 25 до 40 лет

в) старше 60 лет

г) правильно а) и в)

д) правильно а) и б)

056. Применение стероидных гормонов

а) способствует развитию госпитальной инфекции

б) уменьшает развитие госпитальной инфекции

в) не влияет на развитие госпитальной инфекции

г) закономерности не отмечается

057. Нормализации раневого процесса при сахарном диабете способствует

а) применение антибиотиков

б) раннее вставание

в) сосудорасширяющие препараты

г) рациональная инсулинотерапия

058. Гнойные осложнения чаще возникают при следующих доступах к органам грудной полости

а) в 3-м межреберье

б) в 8-м межреберье

в) при стернотомии

г) четкой зависимости не отмечается

059. Частота госпитальной инфекции объясняется

а) ростом контингента больных пожилого и старшего возраста

б) масштабностью современных хирургических вмешательств

в) обширной лекарственной терапией, применяемой до операции

г) всеми перечисленными причинами

060. Наиболее частым проявлением госпитальной инфекции в послеоперационном периоде является

а) плохой аппетит

б) гипотония

в) нагноение раны

г) все перечисленные причины

061. Рана с поздно возникающими, вялыми, бледными, легко ранимыми грануляциями, характерна

а) при инфекции синегнойной палочки

б) при стафилококковой инфекции

в) при той, и при другой

г) ни при той, ни при другой

062. Больному сахарным диабетом, получающему инсулин, при лечении гнойной раны

а) показано применение протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина)

б) не показано применение ферментов

в) применение фермента решается индивидуально

063. Наложение вторичных швов на раны у больных сахарным диабетом допустимо с учетом всего перечисленного, кроме

а) тяжести сахарного диабета

б) характера грануляций

в) постельного режима больного

г) наличия в ране микрофлоры

064. В комплекс мероприятий по профилактике госпитальной инфекции включается

а) воздействие на больного, как на источник экзогенной инфекции

б) воздействие на окружающего больного предметы (источники экзогенной инфекции)

в) атравматическая операция

г) все перечисленное

065. Для экстренной специфической профилактики госпитальной инфекции применяются

а) антистафилококковый иммуноглобулин

б) антистафилококковая плазма

в) стафилококковый адсорбированный анатоксин

г) все перечисленное

066. Операцию артротомии при гнойном артрите производят

а) при обширном разрушении суставных концов костей

б) при многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта

в) при наличии гноя в полости сустава

г) при разрушении связочного аппарата сустава

д) при резко выраженном болевом синдроме

067. В лечении острого гнойного артрита применяется все перечисленное, за исключением

а) антибактериальной терапии

б) повторных пункций сустава

в) гемотрансфузии

г) оксибаротерапии

068. К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся все перечисленные, исключая

а) боли

б) нарушения функции сустава

в) деформацию сустава

г) выраженную гиперемию кожи

д) прогрессирующую мышечную атрофию конечностей

069. Столбняк - это заболевание, которое не начинается обычно

а) с головных болей

б) с раздражительности

в) с обильной потливости

г) с клонических судорог

д) с болей в области раны

070. Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со всеми следующими характерными симптомами, кроме

а) распространенных судорог мышц туловища и конечностей

б) повышения температуры тела до 42 С

в) отсутствия сознания

г) резко выраженной тахикардии

д) задержки мочеиспускания

071. Основные клинические признаки острой фазы столбняка (верно все, кроме одного)

а) тяжелое общее состояние больного, связанное с интоксикацией

б) наличие у больного сардонической улыбки

в) резкая возбудимость поперечно-полосатой мускулатуры

г) вялые параличи мышц ниже места поражения в связи с избирательным воздействием столбнячного токсина на нервную ткань

д) задержка мочи

072. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо во всех перечисленных случаях, кроме

а) ушибленной раны головы

б) термического ожога бедра 2-й степени

в) острого гангренозного аппендицита

г) открытого перелома плеча

д) закрытого перелома голени

073. При лечении столбняка применяется все перечисленное, кроме

а) противостолбнячной сыворотки

б) столбнячного анатоксина

в) мышечных релаксантов

г) хлоралгидрата

д) нейролептиков

074. В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны все перечисленные мероприятия, за исключением

а) экстренной операции

б) введения антибиотиков

в) переливания крови

г) введения витаминов

д) создания функционального покоя пораженной области

075. При остром гнойном остеомиелите возможны все перечисленные виды оперативного вмешательства, кроме

а) вскрытия флегмоны

б) рассечения надкостницы

в) трепанации костно-мозговой полости

г) секвестрэктомии

д) костно-пластической ампутации

076. Чаще всего гематогенный остеомиелит локализуется

а) в плечевой кости

б) в костях предплечья

в) в бедренной и большеберцовой кости

г) в костях черепа

д) в грудине

077. К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита относятся

а) травма кости

б) общее или местное охлаждение

в) перенесенные инфекции

г) наличие гнойно-воспалительного процесса

д) авитаминоз

078. В случаях, когда экссудат в кости не превращается в гной и воспалительный процесс останавливается в стадии серозного процесса, возможно развитие

а) абсцесса Броди

б) остеомиелита Оллье

в) остеомиелита Гарра

г) всех перечисленных форм

079. Важнейшими симптомами острого гематогенного остеомиелита являются (верно все, кроме одного)

а) гипертермия до 39 С

б) лейкоцитоз

в) головная боль

г) нарушение функции конечности

д) сильная боль в пораженной конечности

080. Наиболее точно зону поражения кости удается определить

а) рентгенологическими исследованиями

б) с помощью фистулографии

в) компьютерной томографией

г) методами радиоактивного скенирования с применением радиоактивного технеция

д) правильно в) и г)

081. В начальной стадии гематогенного остеомиелита показано все перечисленное, за исключением

а) экстренной операции

б) переливания крови

в) антибактериальной терапии

г) стимуляции иммунозащитных сил организма

д) иммобилизации конечности

082. Первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите чаще локализуется

а) в эпифизе

б) в метафизе

в) в диафизе

г) во всех отделах кости

083. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается

а) нижний метафиз бедра

б) верхний метафиз бедра

в) нижний метафиз голени

г) верхний метафиз голени

д) правильно а) и г)

084. Клинический острый гематогенный остеомиелит проявляется

а) повышением артериального давления

б) повышением температуры тела

в) головокружением

г) болезненностью в зоне поражения кости

д) правильно б) и г)

085. Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются

а) лейкоцитоз

б) лимфоцитоз

в) нейтрофилия

г) моноцитоз

д) правильно а) и в)

086. Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются все перечисленные, за исключением

а) анемии

б) лейкоцитоза

в) ускоренной СОЭ

г) замедленной СОЭ

д) гипоальбуминемии

087. Ранние рентгенологические признаки в виде линейных просветлений в субэпифизарной зоне при остром гематогенном остеомиелите появляются

а) на 5-6 день заболевания

б) на 7-10 день заболевания

в) на 11-14 день заболевания

г) на 15-18 день заболевания

д) в более поздние сроки

088. Рентгенологические проявления в виде остеопороза кости при остром гематогенном остеомиелите наблюдаются

а) через 5-7 дней от начала заболевания

б) через 8-12 дней от начала заболевания

в) через 2-3 недели от начала заболевания

г) через 4-5 недель от начала заболевания

д) через 6-7 недель от начала заболевания

089. В первые дни возникновения острого гематогенного остеомиелита показаны

а) мазевые повязки

б) массивная антибиотикотерапия

в) десенсибилизирующая терапия

г) физиолечение

д) правильно б) и в)

090. При остром гематогенном остеомиелите с формированием поднадкостничного абсцесса показано следующее оперативное лечение

а) поднадкостничная пункция абсцесса и установление промывных дренажей

б) вскрытие поднадкостничного абсцесса и дренирование раны

в) вскрытие поднадкостничного абсцесса, внутрикостное введение антибиотиков, остеотомия, установление промывных дренажей

г) вскрытие поднадкостничного абсцесса, широкая остеотомия, тампонирование костной полости

091. При остром гематогенном остеомиелите с формированием подкожной флегмоны показано

а) вскрытие флегмоны и дренирование ее

б) вскрытие флегмоны, остеотомия, дренирование костной полости и межмышечных пространств

в) вскрытие флегмоны, остеотомия, тампонирование раны

г) вскрытие флегмоны, остеотомия, дренирование ран, внутрикостное введение антибиотиков

092. При остром гематогенном остеомиелите возможны все следующие осложнения, кроме

а) патологических переломов костей

б) сепсиса

в) межмышечных флегмон

г) гнойного артрита

д) вывиха в суставе

093. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются

а) в печени

б) в легких

в) в селезенке

г) в головном мозгу

д) в сердце

094. Предрасполагающими факторами возникновения острого гематогенного остеомиелита являются все перечисленные, за исключением

а) переломов кости

б) ушиба конечности

в) локального переохлаждения конечности

г) перенесенной накануне инфекции

095. Острый гематогенный остеомиелит - это проблема

а) детского и подросткового возраста

б) взрослого трудоспособного возраста

в) пожилого возраста

г) всех возрастных групп

096. Исходом острого гематогенного остеомиелита является переход его в хроническую стадию, которая проявляется всем перечисленным, кроме

а) деформации конечности

б) наличия свища

в) наличия секвестра

г) варикозного расширения вен или эндартериита сосудов конечности

097. Лечение хронического гематогенного остеомиелита включает

а) введение антибиотиков

б) оперативное лечение

в) общеукрепляющее лечение

г) введение в свищ склерозирующих лекарственных препаратов

д) рентгенотерапию

098. При хирургическом лечении хронического гематогенного остеомиелита предпочтение следует отдать

а) выскабливанию свищевого хода

б) остеотомии и дренированию костной полости

в) остеотомии с удалением секвестра и тампонадой жировой клетчаткой

г) широкой остеотомии с удалением секвестра, тампонадой полости мышечным лоскутом на ножке и аутоостеопластикой

099. В диагностике хронического гематогенного остеомиелита используются все следующие методы исследования, кроме

а) лимфографии и ангиографии

б) контрастной фистулографии

в) томографии кости

г) ультразвукового исследования

100. Наиболее точно зону поражения кости при хроническом гематогенном остеомиелите удается определить с помощью

а) обзорной рентгенографии

б) контрастной фистулографии

в) ультразвукового исследования

г) томографии и компьютерной томографии кости

101. К первичному хроническому остеомиелиту следует отнести

а) абсцесс Броди

б) склерозирующий остеомиелит Гарра

в) альбуминозный остеомиелит Оллье - Понсе

г) послетифозный остеомиелит

д) все перечисленные виды

102. При колибациллярном сепсисе наиболее целесообразным является применение

а) натриевой соли бензилпенициллина

б) гентамицина

в) стрептомицина

г) фурагина

д) хлорамфеникола

103. Отличительным критерием септикопиемии от септицемии является

а) бактериемия

б) снижение иммунологической реактивности организма

в) гнойно-резорбтивная лихорадка

г) токсинемия

д) наличие метастатических гнойников

104. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются

а) пероральный

б) внутримышечный и внутривенный

в) внутривенный и эндолимфатический

г) внутрикостный и внутримышечный

д) эндолимфатический

105. Антибактериальную терапию при сепсисе следует начинать

а) при положительных посевах крови

б) после получения антибиотикограмм

в) при обнаружении первичного очага или метастатических гнойников

г) с момента установления диагноза

д) при неадекватном вскрытии первичного очага

106. При стафилококковом сепсисе из антибактериальных препаратов наиболее целесообразно применять

а) "природные" пенициллины

б) цефалоспорины и полусинтетические пенициллины

в) нитрофураны и макролиды

г) полусинтетические пенициллины

д) макролиды

107. Для местного лечения раны, инфицированной палочкой сине-зеленого гноя, целесообразно использовать все перечисленные препараты, за исключением

а) раствора полимиксина

б) борной кислоты

в) масляно-бальзамического линимента по Вишневскому и метилурациловой мази

г) диоксидина

108. При синегнойном сепсисе целесообразно применять

а) оксациллин

б) фурагин

в) гентамицин и клиндамицин

г) метроджил

д) все перечисленное

109. Окончательный выбор антибактериального препарата для лечения сепсиса определяется видом возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам, полученным

а) в содержимом первичного очага

б) при посевах крови

в) при посевах мочи

г) в гное из метастатических гнойников

д) при посевах мокроты

110. Антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса следует применять

а) внутривенно

б) ректально

в) внутримышечно

г) местно в рану

д) внутриартериально

111. Палочка сине-зеленого гноя в ране может быть обнаружена

а) при синегнойном сепсисе

б) при стафилококковом сепсисе

в) при протейном сепсисе

г) при анаэробном сепсисе

д) во всех перечисленных ситуациях

112. Нецелесообразность терапии стафилококкового сепсиса бензилпенициллином обусловлена

а) быстрой элиминацией препарата из организма

б) изменением свойств возбудителя в процессе лечения

в) преобладанием пенициллиназопродуцирующих штаммов стафилококка

г) высокой токсичностью препарата

д) возможностью развития эндотоксического шока

113. При анаэробном неклостридиальном сепсисе целесообразно применение следующих препаратов, кроме

а) эритромицина и фурагина

б) ампиокса и метроджила

в) фурагина и клиндамицина

г) метроджила и эритромицина

д) клиндамицина (далацина "Ц")

114. Активную иммунизацию при стафилококковом сепсисе следует проводить с помощью

а) антистафилококкового бактериофага

б) нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина

в) антистафилококковой плазмы

г) антистафилококкового иммуноглобулина

д) всего перечисленного

115. Для первичного очага при сепсисе характерно наличие следующих признаков

а) "сочные" грануляции и краевая эпителизация

б) обильное гнойное отделяемое

в) выраженная отечность краев раны

г) вялые грануляции

д) правильно в) и г)

116. В отношении первичного очага при сепсисе правильной является следующая тактика

а) вскрытие гнойника следует производить только при неэффективности консервативных мероприятий

б) пункционное лечение

в) вскрытие и дренирование гнойника из минимального разреза

г) широкое вскрытие гнойника с иссечением гнойно-некротических тканей, первичный глухой шов раны с аспирационно-промывным дренированием или ведение раны открытым способом

117. При появлении признаков кровоточивости (геморрагического диатеза) при сепсисе следует применять

а) большие дозы аскорбиновой кислоты

б) гордокс и Е-аминокапроновую кислоту

в) фибринолизин

г) аспирин

118. Клиническая классификация сепсиса включает все следующие формы, кроме

а) послеоперационного

б) рецидивирующего

в) хронического

г) острого

д) молниеносного

119. К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относятся все перечисленные, кроме

а) вскрытия гнойного очага

б) ограниченного введения жидкости

в) внутримышечного введения антибиотиков

г) переливания крови

д) введения витаминов

120. Для септикопиемии характерны

а) общая слабость, истощение организма

б) метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани

в) резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных гнойных метастазов

г) гектическая температура

д) относительное стихание процесса к концу образования гнойных метастазов

121. К осложнениям сепсиса относятся все перечисленные, кроме

а) септических кровотечений

б) тромбоэмболии артерий конечностей или внутренних органов

в) асцита, анасарка

г) септического эндокардита

д) пневмонии

**15. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

001. У ребенка на обзорной рентгенограмме легких на фоне умеренной инфильтрации отмечаются разнокалиберные ячеистые просветления. Наиболее вероятный диагноз

а) внутрилегочная деструкция

б) буллезная форма стафилококковой деструкции легких

в) мелкоочаговая множественная стафилококковая деструкция легких

г) абсцесс легких

д) гигантский абсцесс

002. У ребенка в возрасте 1 месяца отмечаются отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх слепо заканчивается. У ребенка

а) гипоплазия легкого

б) аплазия легкого

в) агенезия легкого

г) ателектаз легкого

д) кистозная гипоплазия

003. У ребенка в возрасте 3 лет в течение 6 мес определяется кистозное образование в легком. Жалоб нет. Ребенку целесообразно

а) оперативное лечение

б) пункционный метод

в) консервативное лечение

г) выжидательная тактика

д) санаторное лечение

004. Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме видно тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Наиболее вероятный диагноз

а) абсцесс легкого

б) напряженная киста легкого

в) нагноившаяся киста легкого

г) диафрагмальная грыжа

д) буллы

005. У ребенка в возрасте 2 лет в течение более года имеется кистозное образование в легком. Ему следует рекомендовать

а) оперативное лечение

б) консервативное лечение

в) пункцию кисты

г) дренирование кисты

д) выжидательную тактику

е) санаторное лечение

006. У ребенка обнаружены нерезко выраженные цилиндрические бронхоэктазы, которые несмотря на длительное консервативное лечение не подвергаются обратному развитию. В данном случае

а) оперативное лечение временно не показано

б) оперативное лечение противопоказано

в) показано оперативное лечение

г) оперативное лечение не показано

д) показан курс лечебных бронхоскопий

007. У больного ребенка тяжелое состояние, выраженная дыхательная недостаточность, звонкий голос, периодически слышен симптом "хлопка". В данном случае речь идет

а) об инородном теле бронха

б) об инородном теле гортани

в) о фиксированном инородном теле трахеи

г) о баллотирующем инородном теле трахеи

д) об инородном теле пищевода

008. Ребенок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Ему следует сделать промывание желудка

а) щелочным раствором

б) подкисленным раствором

в) холодной водой

г) водой комнатной температуры

д) горячей водой

009. Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Ему нужно сделать промывание желудка

а) холодной водой

б) водой комнатной температуры

в) щелочным раствором

г) подкисленным раствором

д) горячей водой

010. При свежем ожоге пищевода предпочтение следует отдать

а) "слепому" методу бужирования

б) через эзофагоскоп

в) за нитку

г) ретроградному методу бужирования

д) не бужировать

011. При ущемленной грыже у ребенка после рассечения поверхности мягких тканей в паховой области дальнейшая последовательность этапов операции предусматривает

а) рассечение передней стенки пахового канала без рассечения поверхностного пахового кольца, вскрытие грыжевого мешка и ревизия его содержимого

б) рассечение поверхностного пахового кольца, вскрытие грыжевого мешка и ревизия его

в) рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота и поверхностного пахового кольца, вскрытие грыжевого мешка

г) вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой воды и ревизия содержимого грыжевого мешка с рассечением грыжевых ворот

д) приподнимание крючком фарабефа поверхностного пахового кольца, вскрытие грыжевого мешка, ревизия его содержимого и удаление инфицированной грыжевой воды

012. Последовательность этапов завершающей стадии операции ущемленной паховой грыжи у мальчика предусматривает

а) освобождение шейки грыжевого мешка от элементов семенного канатика, ее пересечение, обработка культи мешка, оставление дистального отдела мешка на месте, послойное восстановление целостности структур паховой области до кожи, провизорные швы на кожу

б) все предусмотренное в п. А и зашивание раны наглухо

в) все предусмотренное в п. А и удаление грыжевого мешка

г) все предусмотренное в п. А и удаление грыжевого мешка, дополнительная апоневротическая или мышечно-апоневротическая пластика пахового канала

д) все предусмотренное в п. А и дренирование паховой области через дно мошонки

013. С момента ущемления паховой грыжи у мальчика в возрасте 2 лет прошло 8 час. Ему необходимо

а) срочное оперативное вмешательство

б) орошение грыжевого выпячивания хлорэтилом

в) комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на самовправление грыжи

г) кратковременный наркоз

д) клизма с хлоралгидратом

014. Ущемление паховой грыжи возникло у девочки в возрасте 3 лет. Давность ущемления 1 час. Ей необходимо

а) ручное вправление грыжи

б) кратковременный наркоз

в) срочное оперативное вмешательство

г) комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на самовправление грыжи

д) клизма с хлоралгидратом

015. Ущемление паховой грыжи возникло у мальчика в возрасте 1 года. При осмотре и ощупывании грыжевого выпячивания отмечены гиперемия и пастозность тканей. В этом случае необходимы

а) комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на самовправление грыжи

б) ручное вправление грыжи

в) срочное вправление грыжи под кратковременным наркозом

г) срочное оперативное вмешательство

д) назначение барбитуратов

016. Отличие приобретенной паховой грыжи от врожденной состоит

а) в характере грыжевого мешка

б) в отношении элементов семенного канатика к грыжевому мешку

в) в выходе грыжевого мешка через глубокое и поверхностное паховое кольцо

г) в состоянии мышечно-апоневротических структур паховой области

д) в канатиковой грыже

017. Оптимальный возраст оперативного вмешательства при паховой грыже

а) 6 мес

б) 1 год

в) после установления диагноза

г) 3 года

д) 5 лет

018. В обосновании возрастного срока оперативного вмешательства при паховой грыже лежат

а) особенности иммунитета

б) опасность развития осложнений паховой грыжи

в) особенности дифференцировки мышечно-апоневротических структур паховой области

г) характер метаболизма соединительной ткани

д) особенности обменных процессов

019. Оптимальным методом оперативного лечения паховой грыжи у мальчиков в возрасте 4. 5 лет является

а) грыжесечение с обработкой брюшинной воронки в поверхностном паховом кольце без апоневротической пластики и оставлением дистального участка грыжевого мешка на месте

б) грыжепластика с укреплением передней стенки пахового канала (по Черни - Краснобаеву, Мартынову, Жирару со швами по Кимбаровскому и др)

в) простая ампутация грыжевого мешка

г) грыжепластика с укреплением задней стенки пахового канала (по Бассини, Постемскому и др)

д) все перечисленное в п. А и дополнительная апоневротическая пластика

020. Наиболее частым осложнением при использовании обычных (классических) методов грыжепластики при паховой грыжи у мальчика является

а) рецидив грыжи

б) высокое стояние яичка, его атрофия

в) приобретенный крипторхизм

г) отсутствие рефлекса кремастерной мышцы

д) болевой синдром

021. Основной особенностью грыжесечения у девочек является

а) использование косметических швов

б) зашивание поверхностного пахового кольца и пахового канала "наглухо"

в) выделение и сохранение круглой связки матки, восстановление анатомической целостности структур паховой области

г) использование кетгутового материала

д) операционный разрез по кожной складке

022. Основными признаками напряженной водянки оболочек яичка являются

а) атрофия яичка

б) болевой синдром

в) пахивагиналит

г) флегмона оболочек яичка

д) гипогенитализм

023. Доступным и распространенным методом диагностики водянки оболочек яичка и семенного канатика является

а) диафаноскопия

б) пункция оболочек яичка и семенного канатика

в) рентгеноскопия или рентгенография

г) эксплоративная скрототомия

д) ксерография

024. Оптимальный возраст для оперативного вмешательства при водянке оболочек яичка и семенного канатика

а) после установления диагноза

б) 6 мес

в) 1. 5 года

г) 5 лет

д) 6 лет

025. Оптимальный возраст консервативного (пункционного) лечения водянки оболочек яичка и семенного канатика

а) с периода новорожденности до 1. 5 лет

б) 1. 5-3 года

в) 3-7 лет

г) 7-14 лет

д) после 14 лет

026. Удвоение пищеварительной трубки наиболее часто локализуется

а) в пищеводе

б) в желудке

в) в тонкой кишке

г) в толстой кишке

д) в прямой кишке

027. У мальчика в возрасте 5 лет в анамнезе имеют место периодические кишечные кровотечения, во время которых показатели гемоглобина снижаются до 30%. При диагностической лапаротомии обнаружен дивертикул Меккеля. Основание дивертикула - 0. 9 см в диаметре. В данном случае целесобразно

а) клиновидное иссечение

б) резекция кишки

в) удаление под углом 45

г) открытое иссечение

д) криовоздействие

028. У ребенка в возрасте 2 лет имеют место выделения из пупочной ямки. Причиной этого могут быть все перечисленное пороки развития, кроме

а) фунгуса

б) незаращения мочевого протока

в) дивертикула Меккеля

г) незаращения желчного протока

д) кишечного свища

029. У мальчика в возрасте 3 лет обнаружен полный свищ пупка. Ему целесообразны

а) превентивная лапаротомия, ревизия брюшной полости, иссечение свища с пупком

б) иссечение свища, лапаротомия, ревизия брюшной полости

в) простое иссечение свища

г) диагностическая лапаротомия

д) криовоздействие при лапаротомии и ревизии брюшной полости

030. У ребенка в возрасте 1. 5 лет обнаружена пупочная грыжа. Размеры грыжевых ворот - 1¦1 см. Ему необходимы

а) наложение пелота

б) лейкопластырная повязка

в) оперативное вмешательство

г) массаж передней стенки живота, ЛФК

д) динамическое наблюдение

031. У ребенка перфоративный аппендицит. Выпот прозрачный. Около отростка небольшое количество гноя, фибринозные наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика предусматривает

а) одномоментное введение антибиотиков

б) резиновый тампон

в) марлевый тампон

г) промывание брюшной полости

д) тампон Микулица

032. У ребенка аппендикулярный холодный инфильтрат, обнаруженный во время операции. Дальнейшая тактика предусматривает

а) выделение инфильтрата, аппендэктомию

б) марлевый тампон

в) резиновый тампон

г) глухой шов раны, антибиотики и физиотерапию

д) выключение инфильтрата

033. У ребенка перфоративный аппендицит. Выпот в брюшной полости - серозно-гнойный. Давность заболевания - 2 дня. После аппендэктомии операцию следует завершить

а) промыванием брюшной полости 1-2 л фурацилина

б) промыванием брюшной полости 5-6 л фурацилина

в) отсасыванием выпота, введением антибиотиков в брюшную полость

г) микроирригацией

д) "лаважем"

034. У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита (выпот гнойный) случайно обнаружен измененный Меккелев дивертикул. Тактика по отношению к дивертикулу предусматривает

а) удаление дивертикула

б) удаление дивертикула и промывание брюшной полости

в) резекцию кишки

г) дивертикул не удаляется

д) удаление дивертикула и страховой дренаж

035. У девочки 10 лет во время операции по поводу подозрения на острый аппендицит обнаружена перекрученная киста яичника. Червеобразный отросток без изменений. Произведено удаление кисты. Червеобразный отросток

а) не удаляется

б) аппендэктомия инвагинационным способом

в) аппендэктомия кисетным способом

г) аппендэктомия лигатурным способом

036. У ребенка боли в животе отмечаются в течение 6 дней. Живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание учащено. Температура тела - 38 С. Лейкоцитоз - 17. 000. При обнаружении во время осмотра через прямую кишку плотной опухоли тактика по дежурству предусматривает

а) наблюдение, пункцию через прямую кишку в плановом порядке

б) срочную диагностическую пункцию

в) экстренную срединную лапаротомию

г) антибиотики, пункцию через прямую кишку в плановом порядке

д) экстренную лапаротомию в правой подвздошной области

037. У ребенка на вторые сутки после операции по поводу гангренозного аппендицита состояние резко ухудшилось. Рвота, тахикардия, бледность кожных покровов, падение гемоглобина. АД - 110/70 мм рт. ст. В данном случае необходимы

а) срочная срединная лапаротомия

б) срочная лапаротомия в правой подвздошной области

в) лапаротомия в плановом порядке

г) холод на живот, переливание крови, викасол, хлористый кальций; наблюдение

д) лапароцентез

038. На 7-е сутки после аппендэктомии обнаружен плотный тазовый инфильтрат. Живот мягкий, безболезненный. Необходимы

а) дренирование инфильтрата

б) пункция инфильтрата через прямую кишку

в) назначение антибиотиков и лечебных клизм

г) назначение массивных доз антибиотиков

д) наблюдение

039. У больного с послеоперационным тазовым инфильтратом на фоне консервативной терапии отмечаются повышение температуры тела, появление болей в нижних отделах живота, слизистые выделения из прямой кишки. Ему необходимы

а) смена антибиотиков

б) ректальный осмотр, пункция инфильтрата

в) ректороманоскопия

г) операция, лапаротомия

д) фиброколоноскопия

040. У ребенка в возрасте 10 лет на 4-е сутки после операции отмечаются явления ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима

а) срочная операция

б) операция в плановом порядке

в) дача бария, наблюдение

г) дача бария, консервативная терапия

д) наблюдение

041. Продолжительность консервативной терапии при ранней спаечной непроходимости кишечника у детей составляет

а) до 1-3 час

б) 3-6 час

в) 12-24 час

г) 2 суток

д) 3 суток

042. Сроки консервативной терапии при поздней спаечной непроходимости у детей составляют не более

а) 1-3 час

б) 3-6 час

в) 12 час

г) 24 час

д) 48 час

043. Ребенок в возрасте 14 лет заболел внезапно. Отмечались резкие боли в эпигастральной области. Раньше не болел. Положение вынужденное, колени приведены к животу. Дыхание поверхностное. Живот болезнен, напряжен в эпигастральной и подвздошной областях. Печеночная тупость не определяется. Наиболее вероятный диагноз

а) острый аппендицит

б) острый панкреатит

в) перфоративная язва желудка

г) спонтанный пневмоторакс

д) Меккелев дивертикул

044. Ребенок в возрасте 3 лет направлен на госпитализацию с диагнозом острого аппендицита. При осмотре в приемном покое данных за острый аппендицит нет. Ребенка следует

а) отпустить домой

б) госпитализировать

в) отпустить домой, активный вызов педиатра поликлиники

г) отпустить домой, рекомендации повторного осмотра при появлении болей в животе

д) отпустить домой под наблюдение хирурга поликлиники

045. Ребенок в возрасте 5 лет повторно поступил по поводу инвагинации кишечника. При первом поступлении проводилось консервативное расправление инвагината. В данном случае необходимы

а) консервативное расправление

б) срочная операция

в) плановая операция

г) дача бария через рот

д) наблюдение

046. У новорожденного с острой формой болезни Гиршпрунга при неэффективности консервативной терапии необходима

а) колостома

б) операция Свенсона

в) операция Дюамеля

г) операция Соаве

д) энтеростома

047. Оптимальным возрастом больного для оперативного лечения подострой формы болезни Гиршпрунга является

а) 3-5 мес

б) 1 год

в) после 3 лет

г) после 7 лет

д) после 10 лет

048. Оптимальным возрастом больного для оперативного лечения хронической формы болезни Гиршпрунга является

а) 3-6 мес

б) до 1 года

в) до 3 лет

г) до 10 лет

д) до 15 лет

049. Появление запоров у детей с болезнью Гиршпрунга наиболее часто возникают в возрасте

а) до 6 мес

б) после 1 года

в) после 3 лет

г) после 6 лет

д) после перенесенной кишечной инфекции

050. Во время операции по поводу флегмонозного аппендицита в операционной ране случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул. В этом случае целесообразно

а) удаление закрытым способом

б) оставление

в) удаление в плановом порядке

г) резекция кишки

д) удаление открытым способом

051. У ребенка во время операции обнаружен Меккелев дивертикул, флегмонозно-измененный, на широком неизмененном основании. Кровотечения не было. Хирургическая тактика предусматривает

а) закрытый способ удаления на зажиме

б) открытый способ удаления

в) резекцию кишки, анастомоз "конец в конец"

г) лигатурный способ

д) резекцию и анастомоз "бок в бок"

052. У ребенка в возрасте 8 месяцев внезапно появились боли в животе приступообразного характера, однократная рвота. Живот не вздут, мягкий. Пальпируется болезненное, подвижное опухолевидное образование 5¦6 см. Давность заболевания - 12 часов. Стул после клизмы скудный. Наиболее вероятный диагноз

а) острый аппендицит

б) тонкокишечная инвагинация

в) удвоение кишечника

г) мезаденит

д) Меккелев дивертикул

053. У ребенка в возрасте 6 лет диагностирована тонкокишечная инвагинация. Ему необходима

а) срочная операция

б) операция в плановом порядке

в) консервативное расправление

г) наблюдение

д) исследование с бариевой взвесью

054. Проведение консервативного расправления инвагинации кишечника возможно в следующие сроки от начала заболевания

а) до 6 час

б) до 12 час

в) до 18 час

г) до 24 час

д) до 36 час

055. У ребенка в возрасте 2 лет, страдающего запорами, отмечается резкая болезненность во время дефекации. Последняя порция кала окрашена кровью. Наиболее вероятный диагноз

а) инвагинация

б) полип прямой кишки

в) трещина слизистой прямой кишки

г) Меккелев дивертикул

д) язва 12-перстной кишки

056. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является

а) одышка

б) беспокойство

в) рвота

г) судороги

д) цианоз

057. Рвота при пилоростенозе характеризуется

а) скудным срыгиванием

б) обильным срыгиванием

в) рвотой фонтаном

г) рвотой, по объему меньшей, чем ребенок высосал за 1 раз

д) неукротимой рвотой

058. Ведущим диагностическим приемом для выявления пилоростеноза является

а) аускультация брюшной полости

б) рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта с бариевой извесью

в) пальпаторное обнаружение увеличенного привратника

г) гастродуоденоскопия

д) биохимическое исследование крови

059. На почве нарушения нормального вращения кишечника развиваются все перечисленные заболевания, кроме

а) пупочной грыжи

б) заворота средней кишки

в) забрюшинного расположения червеобразного отростка

г) синдрома Ледда

д) внутренних ущемленных грыж

060. Перфорация желудка у новорожденного может быть вызывана любой из перечисленных причин, кроме

а) мембраны пилорического канала

б) язвы желудка

в) пилоростеноза

г) родовой травмы

д) дыхания под постоянным положительным давлением

061. Боковая инвертограмма новорожденного, страдающего атрезией заднего прохода, должна быть сделана через 18 часов для того, чтобы

а) подтвердить диагноз

б) обнаружить уровни в кишечнике

в) определить объем и сроки предоперационной подготовки

г) определить высоту атрезии

д) ничего из сказанного выше

062. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является

а) врожденный изолированный трахеопищеводный свищ

б) аплазия пищевода

в) атрезия пищевода

г) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом

д) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом

063. Все перечисленные диагностические мероприятия для выявления атрезии пищевода верны, кроме

а) рентгенограммы пищевода с йодолиполом

б) эзофагоскопии

в) рентгенограммы пищевода с введеным резиновым катетером

г) трахеобронхоскопии

д) введения в пищевод воздуха через находящийся в нем катетер

064. Перед отправкой ребенка с атрезией пищевода необходимо сделать все перечисленное, кроме

а) назначить викасол

б) ввести антибиотики

в) поместить ребенка в транспортированный кувез

г) получить стул, ввести катетер в верхний сегмент пищевода для аспирации слюны

065. Для атрезии желчных ходов характерно

а) все больные излечиваются оперативным путем при своевременно поставленном диагнозе

б) стул землистого цвета или обесцвеченный с рождения

в) большинство детей рождаются желтушными

г) обязательно возникновение асцита

д) ничего из сказанного выше

066. Выделение мочи из пупка связано

а) с эктопией мочевого пузыря

б) с полным свищем урахуса

в) с эписпадией

г) с клапаном задней уретры

д) с дивертикулом мочевого пузыря

067. К симптомам осложненного гидронефроза относится

а) гематурия

б) пиурия

в) пальпируемая опухоль

г) боль

д) дизурия

068. Наибольшую опасность осложнения апостематозным нефритом обусловливает

а) камень верхней чашечки

б) камень лоханки

в) коралловидный камень почки

г) камень мочеточника

д) камень мочевого пузыря

069. Из пороков развития полным недержанием мочи сопровождается

а) тотальная эписпадия

б) промежностная гипоспадия

в) субсимфизарная эписпадия

г) клапан задней уретры

д) эктопическое уретероцеле

070. Симптом капельного недержания мочи характерен

а) для эктопии устья добавочного мочеточника у девочек

б) для эктопии устья добавочного мочеточника у мальчиков

в) для эктопического уретероцеле

г) для латеральной пузырной эктопии устья

071. Красочная проба является наиболее информативной

а) при уретероцеле добавочного мочеточника

б) при рефлюкс в мочеточник верхней половины удвоенной почки

в) при эктопии устья добавочного мочеточника у мальчиков

г) при эктопии устья добавочного мочеточника у девочек

д) при уретерогидронефрозе одной из половин удвоенной почки

072. Двустороннюю тотальную макрогематурию обуславливают

а) мочекаменная болезнь

б) гидронефроз

в) острый гломерулонефрит

г) опухоль почки

д) парацельвикальная киста почки

073. Фиксировать руку у новорожденного с переломом ключицы и травмой плечевого сплетения можно

а) прибинтовав руку к туловищу

б) наложив повязку Дезо

в) фиксируя руку в положении отведения плеча под углом 90

г) фиксация не обязательна

д) фиксация при запрокидывании руки за спину

074. Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является

а) ограничение отведения бедер

б) симптом Маркса - Ортолани (соскальзывания головки)

в) укорочение ножки

г) асимметрия кожных складок

д) наружная ротация ножки

075. Консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует начинать

а) в период новорожденности

б) в первые полгода жизни

в) до года

г) показано оперативное лечение

д) в возрасте от 1 года до 3 лет

076. Лечение ребенка с врожденной косолапостью следует начинать

а) в первые 3 недели жизни

б) через 3 месяца после рождения

в) в полугодовалом возрасте

г) после года жизни

д) в возрасте от 1 года до 3 лет

077. В проблеме крипторхизма справедливы все перечисленные положения, кроме

а) основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие

б) крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек

в) лечение крипторхизма начинают с 2-летнего возраста

г) аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках

д) лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста

078. У ребенка в возрасте 2 лет обнаружен крипторхизм в форме паховой эктопии. Оперативное лечение следует рекомендовать

а) до 6 лет

б) до 10 лет

в) до 12 лет

г) до 16 лет

д) проводить безотлагательно

079. В проблеме лечения крипторхизма справедливы все перечисленные положения, кроме

а) показания к лечению гормонами возникают редко

б) лечение крипторхизма проводят до 2-летнего возраста

в) двухэтапное оперативное низведение яичка служит методом выбора

г) оперативное низведение яичка производят путем мобилизации элементов семенного канатика

д) ни одно из перечисленных

080. У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой эктопии. В анамнезе - боль в области задержанного яичка. Ему следует рекомендовать

а) динамическое наблюдение

б) гормональную терапию

в) безотлагательное оперативное вмешательство

г) оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией

д) динамическое наблюдение в течение 2 лет

081. У мальчика в возрасте 2 мес обнаружен крипторхизм в форме паховой ретенции в сочетании с клинически выраженной грыжей. Ему необходимы

а) гормональная терапия

б) безотлагательное оперативное вмешательство

в) диспансерное наблюдение

г) оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией

д) активное динамическое наблюдение

082. Дегенеративные процессы в неопущенных яичках отчетливо прослеживаются

а) с периода новорожденности

б) с 2 лет

в) с 6 лет

г) с 12 лет

д) с 16 лет

083. У девочки в возрасте 5 лет обнаружена допубертатная гиперплазия одной из грудных желез. Ей необходима

а) пункция

б) расширенная биопсия

в) биопсия

г) динамическое наблюдение

д) мастэктомия

084. У девочки в возрасте 5 лет обнаружено образование в области левой грудной железы. Образование плотной консистенции, болезненное, размером 0. 5х0. 5 см, связанное с грудным соском. Наиболее вероятный предварительный диагноз

а) доброкачественная опухоль грудной железы (ангиома, лимфангиома и т. д. )

б) злокачественная опухоль грудной железы

в) остеома ребра

г) допубертатная гиперплазия грудной железы

д) мастит

085. Больной 5 лет поступил с диагнозом "правосторонний орхит". В анамнезе заболевание началось накануне внезапно - почувствовал резкую боль в правой половине мошонки, через 1 час появились отек и гиперемия мошонки. За 10 дней до этого перенес паротит. При осмотре - отек и гиперемия мошонки резко выражены, яичко болезненное, увеличено в размерах и подтянуто к корню мошонки. Наиболее вероятный диагноз

а) правосторонний паротитный орхит

б) перекрут яичка

в) перекрут гидатиды

г) аллергический отек мошонки

д) флегмона мошонки

**16. ХИРУРГИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

001. Вес щитовидной железы в норме составляет

а) около 10 г

б) 10-15 г

в) 20-25 г

г) 30-35 г

д) 40 г

002. Между собственной капсулой щитовидной железы и ее влагалищем расположены все перечисленные анатомические образования, кроме

а) артерий

б) вен

в) нервов

г) паращитовидных желез

д) пищевода

003. Верхняя щитовидная артерия отходит

а) от наружной сонной артерии

б) от внутренней сонной артерии

в) от подключичной артерии

г) от дуги аорты

д) от щито-шейного ствола

004. Нижняя щитовидная артерия отходит

а) от наружной сонной артерии

б) от внутренней сонной артерии

в) от подключичной артерии

г) от общей сонной артерии

д) от щито-шейного ствола

005. При диффузном токсическом зобе на первый план выступают все следующие симптомы, кроме

а) слабости

б) похудания

в) раздражительности

г) сердцебиения

д) одышки

006. К объективным признакам диффузного токсического зоба относятся все перечисленные, кроме

а) экзофтальма

б) похудания

в) дрожания рук

г) цианоза кожных покровов лица и шеи

д) опухолевидного образования на передней поверхности шеи, участвующего в акте глотания

007. Различают следующие степени увеличения щитовидной железы

а) 0 степень - щитовидная железа не пальпируется, и она незаметна при глотании

б) II степень - четко пальпируются обе доли, железа видна при глотании

в) III степень - железа видна без глотания и пальпации

г) IV степень - увеличенная железа резко меняет конфигурацию шеи, V степень - зоб больших размеров, чаще всего узловой, иногда висячий

д) все перечисленные степени

008. Эндемический зоб по функциональному состоянию может иметь все перечисленные формы, кроме

а) эутиреоидного с признаками экзофтальма

б) гипертиреоидного

в) гипотиреоидного

г) гипотиреоидного с признаками кретинизма

009. Среди воспалительных заболеваний щитовидной железы различают все перечисленные формы, кроме

а) острых тиреоидитов (негнойных и гнойных)

б) хронического тиреоидита (зоб Риделя)

в) подострого тиреоидита (тиреоидит де Кервен - Крайля)

г) лимфоматозного тиреоидита (зоб Хашимото)

д) редких воспалительных (туберкулез, сифилис) , грибковых и паразитарных заболеваний (актиномикоз, эхинококк)

010. Основное внимание при пальпации щитовидной железы должно уделяться определению всего перечисленного, кроме

а) формы щитовидной железы

б) размеров

в) консистенции

г) температуры

д) подвижности

011. При рентгенологическом и рентгеноскопическом исследовании области щитовидной железы можно определить все перечисленное, исключая

а) тень зоба

б) оссификацию

в) смещение трахеи

г) смещение пищевода

д) смещение тимуса

012. Больные, которым планируется исследование щитовидной железы с помощью радиоактивного изотопа йода-131 не должны применять йодистые и тиреостатические препараты в течение

а) 10 дней

б) 20 дней

в) 30 дней

г) 40 дней

д) 50 дней

013. Накопление йода-131 в щитовидной железе в норме за 2 часа, составляет

а) около 5%

б) около 10%

в) около 20%

г) около 30%

д) около 40%

014. Накопление йода-131 в щитовидной железе в норме за 4 часа, составляет

а) около 5%

б) около 10%

в) около 20%

г) около 30%

д) около 40%

015. Накопление йода-131 в щитовидной железе в норме за 24 часа, составляет

а) около 10%

б) около 20%

в) около 30%

г) около 40%

д) около 50%

016. Количество йода, связанного с белком в плазме (СПБ) в норме, составляет

а) около 4 мкг%

б) около 8 мкг%

в) около 12 мкг%

г) около 16 мкг%

д) около 20 мкг%

017. О гипертиреозе можно думать тогда, когда количество йода-131, связанного с белком (СПБ-131) в плазме, составляет

а) выше 1 мкг%

б) выше 2 мкг%

в) выше 4 мкг%

г) выше 6 мкг%

д) выше 8 мкг%

018. О гипертиреозе можно думать тогда, когда количество йода-131, связанного с белком (СПБ-131) в плазме, составляет

а) ниже 1 мкг%

б) ниже 2 мкг%

в) ниже 4 мкг%

г) ниже 6 мкг%

д) ниже 8 мкг%

019. С помощью скенирования щитовидной железы можно определить все перечисленное, исключая

а) форму железы

б) наличие "горячих узлов"

в) наличие "холодных узлов"

г) наличие гипертиреоза

д) подвижность железы

020. Пункционную биопсию щитовидной железы целесообразно производить для всего перечисленного, кроме

а) для дифференциальной диагностики различных заболеваний щитовидной железы

б) при отказе больного от операции при узловом и смешанном зобе

в) для определения характера патологического процесса

г) для определения локализации и распространенности патологического процесса

д) для установления длительности заболевания

021. Легкая степень тиреотоксикоза характеризуется всем перечисленным, кроме

а) повышенной возбудимости

б) сердцебиения

в) выраженного дермографизма

г) сжимающих болей в области сердца

д) сонливости

022. Тиретоксикоз средней тяжести характеризуется всем перечисленным, кроме

а) общей слабости

б) раздражительности

в) сердцебиения

г) похудания

д) частого мочеиспускания

023. Тиреотоксикоз тяжелой степени характеризуется всем перечисленным, кроме

а) повышенного аппетита и усиленной жажды

б) резкой общей и мышечной слабости

в) резкого истощения

г) выраженных явлений интоксикации

д) быстрого засыпания

024. В клиническом течении токсической аденомы щитовидной железы отсутствует

а) плаксивость

б) повышенная утомляемость и слабость

в) тремор рук

г) потливость и бессонница

д) выпадение волос

025. Нарушение сна при токсическом зобе наблюдается

а) у 20-30% больных

б) у 40-50% больных

в) у 60-70% больных

г) у 80-90% больных

д) более, чем у 90% больных

026. При консервативном лечении больных тиреотоксикозом следует применять все следующие препараты, кроме

а) успокаивающего действия на центральную нервную систему

б) йодосодержащих препаратов

в) тиреостатических препаратов

г) радиоактивного йода

д) антикоагулянтов

027. В зависимости от тяжести нарушения сердечной деятельности у больных тиреотоксикозом не следует назначать

а) кордиамин

б) кортиококк или строфантин

в) камфору

г) валериану

д) антикоагулянты

028. К наиболее частому виду обезболивания, применяемого при операции на щитовидной железе, относится

а) местная инфильтрационная анестезия

б) местная инфильтрационная анестезия с умеренной нейроплегией

в) местная инфильтрационная анестезия с нейролептанальгезией

г) эндотрахеальный наркоз

д) спинномозговая анестезия

029. При хирургическом лечении больных тиреотоксикозом могут возникать все следующие осложнения, кроме

а) тиреотоксического криза

б) пареза голосовых связок

в) послеоперационного тиреотоксикоза

г) кровотечения

д) ухудшения слуха и зрения

030. При развитии тяжелого послеоперационного тиреотоксического криза наблюдается все перечисленное, за исключением

а) психического возбуждения

б) беспокойства

в) повышения температуры тела и учащения пульса

г) появления холодного пота

д) нарастания экзофтальма

031. При развитии послеоперационного тиреотоксического криза необходимо применять все перечисленное, кроме

а) кортикостероидов

б) сердечных средств

в) жаропонижающих

г) внутривенного введения глюкозо-новокаиновой смеси

д) антикоагулянтов

032. При оперативном вмешательстве по поводу диффузного токсического зоба могут возникнуть все следующие осложнения, кроме

а) ранения ветвей возвратного нерва

б) кровотечения во время операции и в ближайшие часы после оперативного вмешательства

в) гипопаратиреоза

г) ларингоспазма, ранения трахеи

д) ранения подключичной артерии

033. Повреждение нижнего гортанного нерва при операциях на щитовидной железе встречается

а) в 3-5% всех случаев

б) в 6-10% всех случаев

в) в 11-15% всех случаев

г) в 16-20% всех случаев

д) более, чем в 20% всех случаев

034. Паратиреоидная тетания при операциях по поводу токсического зоба развивается

а) у 3-5% больных

б) у 6-10% больных

в) у 11-15% больных

г) у 16-20% больных

д) более, чем у 20% больных

035. При острой паратиреоидной тетании приступы судорог могут развиваться в ближайшие

а) 2 часа

б) 4 часа

в) 6 часов

г) 8 часов

д) 12 часов

036. Кровотечение в послеоперационном периоде у больных тиреотоксикозом встречается

а) у 1% больных

б) у 3-5% больных

в) у 6-8% больных

г) у 9-10% больных

д) более, чем у 10% больных

037. Послеоперационная летальность при диффузном токсическом зобе не превышает

а) 2%

б) 3-5%

в) 6-10%

г) 11-15%

д) 16-20%

038. Противопоказаниями к лечению I-131 больных тиреотоксикозом являются все перечисленные, кроме

а) беременности и периода лактации

б) лейкопении

в) токсического зоба, локализующегося в загрудинном пространстве и позади пищевода

г) узловых и смешанных форм токсического зоба

д) пожилого возраста

039. Показаниями к применению у больных тиреотоксикозом I-131 в лечебных целях являются все перечисленные, за исключением

а) отказа больных от операции

б) наличия декомпенсации сердца у больных с токсическим зобом

в) рецидивов тиреотоксикоза после субтотальной резекции щитовидной железы

г) отсутствия эффекта от консервативного лечения больных с тяжелым и средней тяжести диффузного токсического зоба

д) аллергии к тиреоидину

040. У больных после субтотальной резекции щитовидной железы, произведенной по поводу диффузного токсического зоба, трудоспособность восстанавливается

а) до 2 недель

б) за 1-2 месяца

в) за 2-3 месяца

г) за 3-6 месяцев

д) за 1 год

041. Нормальным количеством околощитовидных желез у человека принято считать

а) одну пару желез

б) две пары желез

в) три пары желез

г) четыре пары желез

д) пять пар желез

042. Типичными местами расположения околощитовидных желез являются

а) передняя поверхность верхних полюсов обеих долей

б) передняя поверхность средних отделов обеих долей

в) передняя поверхность нижних полюсов обеих долей

г) задняя поверхность верхних и нижних полюсов обеих долей

д) загрудинное пространство

043. Верхние околощитовидные железы занимают типичную позицию

а) в 20-30% случаев

б) в 40-50% случаев

в) в 50-60% случаев

г) в 60-70% случаев

д) в 70-80% случаев

044. Нижние околощитовидные железы занимают типичную позицию

а) в 20-30% случаев

б) в 40-50% случаев

в) в 50-60% случаев

г) в 60-70% случаев

д) в 70-80% случаев

045. Нормальный размер околощитовидной железы составляет около

а) 2 х 1 х 0. 5 мм

б) 3 х 2 х 1. 5 мм

в) 4 х 2. 5 х 2 мм

г) 6 х 3 х 1. 5 мм

д) 7. 5 х 5 х 3 мм

046. Нормальная околощитовидная железа имеет

а) серповидную форму

б) шарообразную форму

в) цилиндрическую форму

г) конусообразную форму

д) дискообразную форму

047. Нормальная околощитовидная железа имеет

а) коричневую окраску

б) оранжевую окраску

в) желтую окраску

г) серую окраску

д) вишневую окраску

048. Околощитовидные железы регулируют

а) водно-электролитный обмен

б) жировой обмен

в) белковый обмен

г) углеводный обмен

д) фосфорно-кальциевый обмен

049. В твердой части костей содержится около

а) 50-60% кальция

б) 60-70% кальция

в) 70-80% кальция

г) 80-90% кальция

д) более 90% кальция

050. Гиперкальциемией принято считать уровень кальция в крови, превышающий

а) 11 мг%

б) 12 мг%

в) 13 мг%

г) 14 мг%

д) 15 мг%

051. Нормальное количество кальция в суточной моче составляет

а) около 100 мг

б) около 200 мг

в) около 300 мг

г) около 400 мг

д) около 500 мг

052. Если надо удалить околощитовидные железы, то кальций сохранится на уровне

а) 1 мг%

б) 3 мг%

в) 6 мг%

г) 8 мг%

д) 10 мг%

053. Проба с нагрузкой кальцием противопоказана

а) при хроническом холецистите

б) при почечной и сердечной недостаточности

в) при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

г) при пневмосклерозе

д) при дивертикулезе ободочной кишки

054. При развитии гиперкальциемического криза следует применить все перечисленное, кроме

а) сернокислой магнезии

б) 5% раствора глюкозы

в) сердечных средств

г) кислорода

д) парагормона

055. Гиперкальциемия может проявляться всем перечисленным, кроме

а) неприятных тянущих мышечных болей, носящих локальный или диффузный характер

б) болей в костях и суставах, чаще мигрирующего характера

в) жажды и тошноты

г) головной боли, головокружения и сердцебиения

д) зевоты и икоты

056. Уровень кальция в крови у больных при остром течении (гиперкальциемический криз) первичного гиперпаратиреоза может достигать

а) 10 мг%

б) 15 мг%

в) 20 мг%

г) 25 мг%

д) 30 мг%

057. Нормальным содержанием неорганического фосфора в сыворотке крови считается

а) от 0. 7 до 1. 7 мг%

б) от 2. 7 до 3. 7 мг%

в) от 4. 7 до 5. 7 мг%

г) от 6. 7 до 7. 7 мг%

д) от 8. 7 до 9. 7 мг%

058. Нормальное содержание фосфора в суточной моче составляет

а) около 3 г

б) около 5 г

в) около 7 г

г) около 9 г

д) около 11 г

059. Максимум действия парагормона после введения его в организм наступает через

а) 20 минут

б) 30 минут

в) 40 минут

г) 50 минут

д) 60 минут

060. Гиперпаратиреоз наиболее часто появляется в возрасте

а) до 20 лет

б) от 20 до 50 лет

в) от 60 до 65 лет

г) от 70 до 75 лет

д) от 80 до 85 лет

061. Женщины болеют гиперпаратиреозом

а) в 2 раза чаще, чем мужчины

б) в 2. 5 раза чаще, чем мужчины

в) в 3 раза чаще, чем мужчины

г) в 3. 5 раза чаще, чем мужчины

д) в 4 раза чаще, чем мужчины

062. К наиболее ранним симптомам гиперпаратиреоза относятся все перечисленные, кроме

а) общей мышечной слабости

б) быстрой утомляемости

в) снижения нервномышечной возбудимости и развития гипотонии в отдельных группах мышц

г) появления болей в стопах

д) переломов костей

063. В результате развития гиперпаратиреоза у больных может наблюдаться все перечисленное, за исключением

а) истощения

б) грубой, сухой, шероховатой кожи

в) искривления позвоночника

г) колоколообразной грудной клетки

д) увеличенного в объеме живота из-за скопления в нем жидкости

064. Основной жалобой больных в развитой стадии костной и смешанной форм гиперпаратиреоза является

а) боли в костях

б) головная боль

в) бессонница

г) плохой аппетит

д) похудание

065. Поражение костей у больных гиперпаратиреозом может выявляться с помощью рентгенологического исследования лишь при потере костного вещества не менее

а) 10%

б) 15%

в) 20%

г) 25%

д) 30%

066. Частота сочетания гиперпаратиреоза с панкреатитом составляет

а) менее 3%

б) от 3 до 5%

в) от 6 до 10%

г) от 11 до 15%

д) свыше 15%

067. Частота сочетаний пептической язвы желудка и холецистопатии с гиперпаратиреозом составляет около

а) 5%

б) 10%

в) 15%

г) 20%

д) 25%

068. Частота сочетаний гиперпаратиреоза с диффузным или узловым нетоксическим зобом составляет

а) менее 5%

б) 6-10%

в) 11-15%

г) 16-20%

д) свыше 20%

069. Рак аденомы околощитовидной железы составляет около

а) 2%

б) 6%

в) 10%

г) 12%

д) 15%

070. При первичном гиперпаратиреозе выделение фосфора с мочой при пробе с паратиреоидином увеличивается приблизительно

а) на 10%

б) на 15%

в) на 20%

г) на 25%

д) на 30%

071. Снижение концентрированной способности почек у больных с первичным гиперпаратиреозом наблюдается

а) у 10-20% больных

б) у 20-30% больных

в) у 30-40% больных

г) у 40-50% больных

д) более, чем у 50% больных

072. Уровень лимонной кислоты в крови при почечной форме первичного гиперпаратиреоза может повышаться

а) на 20-30%

б) на 40-50%

в) на 60-70%

г) на 70-80%

д) более, чем на 80%

073. В начальной стадии почечной формы первичного гиперпаратиреоза могут наблюдаться все перечисленные симптомы, за исключением

а) колющих болей в области почек

б) схваткообразных болей в поясничной области то справа, то слева

в) дизурии вследствие отхождения большого количества кристаллов солей преимущественно фосфатов и оксалатов кальция

г) лейкоцитурии и несколько повышенного количества эритроцитов

д) предельно высокого удельного веса мочи

074. Гиперпаратиреоз является причиной развития мочекаменной болезни приблизительно

а) у 2-6% больных

б) у 8-10% больных

в) у 10-15% больных

г) у 20% больных

д) более, чем у 20% больных

075. Почечной форме гиперпаратиреоза присуще все перечисленное, кроме

а) двустороннего камнеобразования

б) рецидивного камнеобразования

в) камневыделения

г) клинических проявлений гиперкальциемии

д) отсутствия гиперкальциемических кризов

076. Длительное применение витамина D может привести к поражению

а) сердца

б) печени

в) почек

г) костей скелета

д) желудочно-кишечного тракта

077. Для гиперкальциемического криза характерны все перечисленные симптомы, кроме

а) неукротимой рвоты

б) постоянной тошноты

в) частой икоты

г) тахикардии

д) сердцебиения

078. При лечении гиперкальциемического криза, вызванного передозировкой витамина D, эффективным может оказаться применение

а) концентрированного раствора глюкозы

б) раствора бикарбоната натрия

в) сернокислой магнезии

г) кортикостероидов

д) гликозидов

079. Вторичный гиперпаратиреоз может иметь место при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) рахита

б) множественной миеломы

в) саркоидоза костей и метастаз рака в кости

г) острой и хронической почечной недостаточности

д) диффузного токсического зоба

080. При вторичной гиперплазии увеличенными могут оказаться

а) одна околощитовидная железа

б) две околощитовидных железы

в) три околощитовидных железы

г) четыре околощитовидных железы

д) все имеющиеся

081. Ведущим симптомом при вторичном гиперпаратиреозе является

а) гиперкальциемия

б) гиперфосфатемия

в) гиперкалиемия

г) гипернатриемия

д) гиперхлоремия

082. После удаления аденомы околощитовидной железы нормальный диурез восстанавливается к исходу

а) первой недели

б) второй недели

в) третьей недели

г) четвертой недели

д) пятой недели

083. Об эффективности лечения первичного гиперпаратиреоза может свидетельствовать

а) исчезновение жажды

б) прекращение тошноты и рвоты

в) нормализация фосфорно-кальциевого обмена

г) исчезновение боли в костях

д) прибавка в весе

084. Противопоказанием к паратиреоидэктомии при почечной форме гиперпаратиреоза является

а) высокое артериальное давление

б) низкое артериальное давление

в) выраженная эмфизема легких

г) хроническая почечная недостаточность

д) митральный порок сердца

085. У больных гиперпаратиреозом могут проводиться все следующие вспомогательные диагностические исследования, кроме определения

а) концентрационной способности почек

б) щелочной фосфатазы крови

в) уровня сахара в крови

г) теста лишения фосфатов

д) концентрации калия в сыворотке крови

086. У лиц с подозрением на гиперпаратиреоз с диагностической целью могут применяться все следующие пробы, кроме пробы

а) с нагрузкой кальцием

б) с паратиреоидином

в) с нагрузкой фосфором

г) Зимницкого

д) с нагрузкой глюкозой

087. Для кист, возникающих в костях больных гиперпаратиреозом, характерным является все перечисленное, кроме того, что кисты

а) всегда однокамерные

б) могут быть одиночные

в) могут быть множественные

г) располагаются чаще всего в области костно-мозгового канала

д) имеют разные размеры

088. Поражение костной системы при гиперпаратиреозе проявляется всем перечисленным, за исключением

а) болей в костях

б) длительного заживления переломов

в) болезненности переломов

г) деформации костей вследствие неровного сращения перелома

д) множественных вывихов костей

089. Удельный вес мочи у больных с почечной формой гиперпаратиреоза колеблется в пределах

а) 1002-1009

б) 1010-1012

в) 1014-1016

г) 1017-1020

д) 1024-1028

090. При гиперпаратиреозе наиболее часто наблюдаются все следующие почечные симптомы, кроме

а) снижения концентрационной способности почек

б) оксалатурии

в) жажды и полиурии

г) уратурии

д) фосфатурии

091. При гиперпаратиреозе больные могут предъявлять все следующие жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, кроме

а) тошноты

б) рвоты

в) снижения аппетита

г) запоров

д) желудочно-кишечного кровотечений

092. Фосфор в сыворотке крови при гиперпаратиреозе может снижаться до уровня

а) 0. 4 мг%

б) 0. 7 мг%

в) 0. 9 мг%

г) 1. 5 мг%

д) 2. 2 мг%

093. У больных гиперпаратиреозом может обнаружиться все перечисленное, кроме

а) нормохромной анемии

б) лейкопении

в) эозинопении

г) лимфоцитоза

д) выраженного моноцитоза

094. Для паратиреоидного криза характерны все следующие симптомы, кроме

а) быстрого подъема кальция сыворотки крови

б) повышения температуры

в) желудочно-кишечных расстройств (запоры, тошнота, рвота, боли в животе)

г) потери памяти, сонливости

д) выраженной гиперкалиемии

095. При остром гиперпаратиреозе летальные исходы могут наступать в результате всех перечисленных причин, кроме

а) тромбоза мелких сосудов брыжейки

б) появления тромбов в венах миокарда

в) появления тромбов в венах и артериях легких

г) появления тромбов на митральном клапане

д) появления тромбов в пупочной вене

096. При внешнем осмотре больных гиперпаратиреозом можно обнаружить все перечисленное, за исключением

а) переломов или деформаций конечностей и позвоночника

б) эпулидов верхней и нижней челюсти

в) серо-землистого цвета кожных покровов

г) несоответствия веса больного росто-весовым нормам

д) наличия очагов кровоизлияний в мягких тканях шеи

097. У больного с гиперпаратиреозом на рентгенограммах костной системы обнаруживаются все следующие изменения, кроме

а) наличия системного остеопороза

б) наличия изъеденности концевых фаланг пальцев, субпериостальной резорбции основных и средних фаланг пальцев

в) наличия мелконоздреватой структуры черепа

г) истончения кортикального слоя длинных трубчатых костей, переломы их, наличие кист и "бурых опухолей"

д) склеротических изменений костей с уменьшением их размеров

098. При исследовании мочи у больных гиперпаратиреозом обнаруживаются

а) щелочная реакция мочи

б) повышенное выделение оксалатов

в) повышенное выделение фосфатов

г) повышенное выделение уратов

д) низкий удельный вес мочи

099. Наиболее ценными тестами в диагностике гиперпаратиреоза являются все перечисленные, за исключением установления

а) гиперкальциемии в сочетании с гиперфосфатемией

б) гиперкальцинурии, гипоизостенурии на фоне полиурии

в) повышенной активности щелочной фосфатазы

г) характерной рентгенологической картины со стороны костной системы

д) высокого уровня 17 КС и 17 ОКС

100. Характерными для фиброзной дисплазии являются все следующие рентгенологические признаки, кроме

а) наличия очагов фиброзной дисплазии

б) отсутствия системного остеопороза

в) наличия зон склероза в различных частях скелета

г) отсутствия мелконоздреватого остеопороза костей свода черепа

д) наличия выраженных поражений суставных концов костей верхних и нижних конечностей

101. Наиболее часто при болезни Педжета поражаются все следующие кости, кроме

а) большеберцовых

б) бедренных

в) костей черепа

г) плечевых костей и поясничного отдела позвоночника

д) костей стоп и кистей

102. При установлении диагноза болезни Педжета необходимо учитывать все перечисленное, за исключением

а) отсутствия системного остеопороза и утолщения костей

б) наличия неизмененного фосфорного обмена

в) наличия резко сниженной концентрационной способности почек

г) начала заболевания в пожилом возрасте

д) высоких цифр активности щелочной фосфатазы

103. В анализах крови при миеломной болезни обнаруживается все следующее, кроме

а) ускорения СОЭ

б) образования эритроцитарных "монетных" столбиков

в) наличия иногда миеломных клеток в периферической крови

г) прогрессирующей анемии

д) выраженного лейкоцитоза

104. При миеломной болезни наблюдаются все следующие изменения со стороны электролитного обмена, кроме

а) гиперкальциемии

б) гиперкальциурии

в) гиперфосфатурии

г) нормального содержания фосфора в сыворотке крови

д) гиперкалиемии

105. Диагноз миеломной болезни подтверждает все перечисленное, кроме

а) результатов стернальной пункции

б) результатов трепанобиопсии подвздошной кости

в) наличия стойкой протеинурии

г) положительной реакции термопреципитации на белки Бенс - Джонса

д) отсутствия болей в костях

106. Для гормональной спондилопатии наиболее характерными являются все следующие клинические признаки и биохимические показатели крови, кроме

а) жажды и выраженной полиурии

б) уровня кальция сыворотки крови, иногда превышающего 14 мг%

в) повышения выделения кальция с мочой

г) нормального уровня фосфора в крови

д) нормальной активности щелочной фосфатазы

107. При гормональной спондилопатии чаще всего поражаются

а) кости черепа

б) кости нижних конечностей

в) кости верхних конечностей

г) поясничные и грудные позвонки

д) ребра

108. При саркоидозе характерны все следующие биохимические показатели, за исключением

а) повышения содержания кальция в крови

б) понижения содержания кальция в крови

в) повышения содержания фосфора в крови

г) периодического повышения активности щелочной фосфатазы

д) повышения содержания сахара в крови

109. Аденома околощитовидной железы располагается в ткани щитовидной железы приблизительно

а) в 4-6% случаев

б) в 8-10% случаев

в) в 12-15% случаев

г) в 15-20% случаев

д) более, чем в 20% случаев

110. Аденома околощитовидной железы может располагаться в загрудинном пространстве приблизительно

а) в 1% наблюдений

б) в 5% наблюдений

в) в 10% наблюдений

г) в 20% наблюдений

д) в 25% наблюдений

111. Множественные аденомы околощитовидных желез наблюдаются приблизительно

а) в единичных случаях

б) в 4-6% случаев

в) в 8-10% случаев

г) в 10-15% случаев

д) более, чем в 15% случаев

112. Гиперплазия околощитовидных желез наблюдается приблизительно

а) в 2-4% случаев

б) в 6-8% случаев

в) в 10-12% случаев

г) в 15-20% случаев

д) в 20-30% случаев

113. Самый малый вес аденомы околощитовидной железы составляет приблизительно

а) 0. 2 г

б) 0. 4 г

в) 0. 6 г

г) 0. 8 г

д) 1. 0 г

114. Самый большой вес аденомы околощитовидной железы составляет около

а) 60 г

б) 80 г

в) 100 г

г) 120 г

д) 140 г

115. Наибольший размер аденомы околощитовидной железы составляет около

а) 4 см в диаметре

б) 8 см в диаметре

в) 10 см в диаметре

г) 12 см в диаметре

д) 15 см в диаметре

116. Для топической диагностики аденомы околощитовидной железы применяются все следующие исследования, кроме

а) сканирования

б) ультразвукового исследования

в) артериографии

г) обзорной рентгенографии шеи

д) пневмомедиастино- и пневмотиреографии

117. Гипокальциемия может проявляться всеми следующими симптомами, кроме

а) ощущения онемения в руках и ногах

б) ощущения онемения кончика носа и вокруг рта

в) ощущения паутины на лице

г) развития тетанических судорог со сведением ног и образованием "руки акушера"

д) ощущения увеличения в объеме языка

118. Предоперационная подготовка больных с аденомой околощитовидной железы включает все перечисленное, кроме

а) снятия болей в костях

б) устранения обезвоживания

в) устранения интоксикации

г) устранения анемии

д) восполнения отрицательного баланса фосфорно-кальциевого обмена

119. Послеоперационная летальность при удалении аденом околощитовидных желез составляет

а) менее 5%

б) около 5%

в) около 10%

г) около 15%

д) около 20%

**17. ОНКОЛОГИЯ**

001. Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием

а) в малых дозах

б) в больших дозах

в) не обладают канцерогенным действием

г) не доказано

002. С воздействием вируса не связывают возникновение

а) рака шейки матки

б) рака печени

в) рака желудка

г) рака носоглотки

д) лейкозов

003. Основная сущность канцерогенеза злокачественных опухолей заключается

а) в нарушении биохимических процессов в цитоплазме

б) в нарушении взаимодействия структур ядра и цитоплазмы

в) в повреждении генетического аппарата клетки

г) правильно а) и б)

д) правильного ответа нет

004. Из перечисленных опухолей мягких тканей может быть отнесена к радиочувствительным

а) фибросаркома

б) веретеноклеточная саркома

в) синовиальная саркома

г) правильно а) и б)

д) правильного ответа нет

005. При лечении злокачественных опухолей мягких тканей применение лучевой терапии наиболее целесообразно

а) как самостоятельный метод лечения

б) в предоперационном периоде

в) в послеоперационном периоде

г) правильно а) и б)

д) правильно б) и в)

006. Доброкачественным опухолям присущи

а) инфильтративный рост

б) экспансивный рост

в) нарушение дифференцировки клеток

г) правильно б) и в)

д) все ответы правильны

007. К облигатному предраку относится

а) неспецифичечкий язвенный колит

б) болезнь Крона

в) гиперпластический полип

г) диффузный семейный полипоз

д) все перечисленное

008. Возникновению опухолей чаще всего способствует

а) снижение показателей клеточного иммунитета

б) снижение показателей гуморального иммунитета

в) состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей

г) влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно

д) все перечисленное

009. Соблюдение принципа зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено

а) на обеспечение антибластики

б) на обеспечение абластики

в) на снижение риска хирургических вмешательств

г) на максимальное сохранение функции органа

д) все ответы верны

010. Главной целью симптоматической операции является

а) удаление пораженного опухолью органа

б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли

в) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти

г) все ответы верны

д) верно а) и б)

011. Недостатками метода электрокоагуляции опухоли являются

а) пригорание фрагментов опухоли к электроду

б) опасность глубокого поражения стенки органа

в) отторжение коагулированных тканей в течение нескольких дней

г) все перечисленное

д) правильно а) и б)

012. Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, являются

а) длительная катетеризация крупных вен

б) операции на органах малого таза и нижних конечностей

в) длительное неподвижное положение в постели

г) посттромботический синдром

д) все перечисленное

013. К расширенной операции следует относить

а) удаление опухоли в пределах здоровой ткани

б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером

в) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции

г) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевой процесс

д) правильного ответа нет

014. К комбинированной операции следует относить

а) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером

б) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции

в) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс

г) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания

д) все перечисленное

015. Термину "операбельность" больше всего соответсвует

а) состояние больного, позволяющее выполнить операцию

б) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию

в) выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию

г) правильного ответа нет

д) все ответы правильны

016. На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние

а) тип роста опухоли

б) гистологическая структура опухоли

в) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах

г) наличие отдаленных метастазов

д) возраст больного

017. На частоту развития несостоятельности швов могут оказывать влияние -(1) гипопротеинемия -(2) анемия -(3) погрешности хирургической техники -(4) наличие опухолевых клеток по линии резекции -(5) натяжение сшиваемых органов

а) правильно все перечисленное

б) правильно 2, 3 и 4

в) правильно 1, 3 и 5

г) правильно 2, 3, 4 и 5

д) правильно 1, 3, 4 и 5

018. Радикальные операции при раке молочной железы дают лучший результат при локализации опухоли

а) в верхне-внутреннем квадранте

б) в верхне-наружном квадранте

в) в нижне-внутреннем квадранте

г) в нижне-наружном квадранте

019. Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы обычно соответствует

а) I стадии

б) II стадии

в) II стадии

г) III и IV стадиям

д) любой из перечисленных стадий

020. Показанием для паллиативной мастэктомии может быть

а) наличие изъязвленной опухоли

б) тяжелые сопутствующие заболевания

в) преклонный возраст больного

г) все перечисленное

д) ни одно из перечисленных

021. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется как

а) самостоятельный метод

б) в комбинации с хирургическим методом

в) в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)

г) все ответы правильны

д) правильно а) и б)

022. Основная цель радикальной лучевой терапии

а) подведение максимально возможной дозы излучения

б) снижение биологической активности опухолевых клеток

в) вызвать гибель наиболее чувствительных опухолевых клеток

г) достижение частичной регрессии опухоли

д) достижение полной эрадикации опухолевых клеток

023. Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются

а) повысить операбельность

б) повысить резектабельность

в) достигнуть значительного уменьшения опухоли

г) получить полную регрессию опухоли

д) понизить жизнеспособность опухолевых клеток

024. К радиочувствительным могут быть отнесены опухоли (верно все, кроме одного)

а) лимфогрануломатоз

б) лимфосаркома

в) семинома

г) аденокарцинома желудка

д) мелкоклеточный рак легкого

025. Из перечисленных наиболее радиорезистентной опухолью является

а) плоскоклеточный неороговевающий рак

б) семинома

в) опухоль Юинга

г) остеогенная саркома

д) все перечисленные опухоли

026. На радиочувствительность опухоли влияют

а) напряжение кислорода в опухоли

б) дифференцировка опухолевых клеток

в) форма роста опухоли

г) правильны первые два фактора

д) все перечисленные факторы

027. Расщепленный курс лучевой терапии применяют для

а) повышения радиочувствительности опухоли

б) защиты нормальных тканей

в) снижения числа рецидивов

г) повышения дозы излучения

028. Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является

а) пожилой возраст

б) молодой возраст

в) активный туберкулез

г) все перечисленные факторы

д) ни один из перечисленных факторов

029. Сочетанная лучевая терапия означает

а) применение двух способов облучения или двух видов излучения

б) расщепление курса лучевой терапии

в) облучение с радиомодификаторами

г) облучение в сочетании с химиотерапией

д) правильного ответа нет

030. Единицей измерения экспозиционной дозы излучения является

а) Грей

б) Рад

в) Кюри

г) Рентген

031. Единицей измерения поглощенной дозы излучения является

а) Грей

б) Кюри

в) Рентген

г) все ответы правильны

д) правильного ответа нет

032. К лучевой реакции относится

а) фиброз

б) лучевая язва

в) эритема кожи

г) лучевой рак

033. Для профилактики и лечения общих лучевых реакций применяют

а) антигистаминные препараты

б) витамины

в) седативные средства

г) правильно а) и б)

д) все ответы правильны

034. Механизмы действия противоопухолевых антибиотиков заключаются

а) в реакции алкилирования молекул ДНК

б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы

г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек

д) в образовании сшивок молекул ДНК

035. Механизм действия антиметаболитов заключается

а) в реакции алкилирования молекул ДНК

б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы

г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек

д) в образовании сшивок молекул ДНК

036. Механизм действия препаратов растительного происхождения заключается

а) в реакции алкилирования молекул ДНК

б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы

г) в денатурации тубулина-белка микротрубочек

д) в образовании сшивок молекул ДНК

037. Лекарственная терапия может считаться самостоятельным методом при лечении

а) рака почки

б) мелкоклеточного рака легкого

в) рака мочевого пузыря

г) рака желудка

д) рака яичников

038. Эффективная предоперационная химиотерапия может привести

а) к уменьшению объема опухоли

б) к переводу больного в операбельное состояние

в) к возможному сокращению объема оперативного вмешательства

г) правильно все перечисленное

д) верных ответов нет

039. При лечении опухолевых плевритов и асцитов наиболее эффективны

а) системная химиотерапия

б) регионарная химиотерапия

в) локальная химиотерапия (внутриполостное введение)

г) все методы одинаково эффективны

040. Андрогены применяются

а) при раке мочевого пузыря

б) при раке молочной железы

в) при злокачественных опухолях яичника

г) при раке предстательной железы

д) верно в) и г)

041. Эстрогены применяются

а) при раке предстательной железы

б) при злокачественной опухоли яичка

в) при раке яичников

г) при всех перечисленных опухолях

д) только а) и б)

042. Термин "симптоматическая терапия" означает

а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии

б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей

в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов

г) ни одно из перечисленных

043. К достоинствам метода ультразвуковой томографии относятся -(1) неинвазивный характер исследования -(2) безвредность -(3) практическое отсутствие противопоказаний -(4) возможность выявления мелких (до 1 см в диаметре) новообразований в легких -(5) высокая информативность при исследовании желудка и толстой кишки

а) правильно все перечисленное

б) правильно 4 и 5

в) правильно 3, 4 и 5

г) правильно 2, 3 и 4

д) правильно 1, 2 и 3

044. Термографический метод наиболее инфонрмативен при обследовании больных с опухолями

а) легких

б) органов брюшной полости

в) молочной железы

г) щитовидной железы

д) правильно в) и г)

045. Компьютерная томография может помочь клиницисту выставить

а) морфологический диагноз

б) топический диагноз

в) клинический диагноз

г) все ответы верны

д) верно а) и б)

046. При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается

а) гипокоагуляция

б) нормокоагуляция

в) гиперкоагуляция

г) все варианты встречаются с одинаковой частотой

047. Для рака желудка характерна

а) повышенная кислотность желудочного сока

б) сниженная кислотность

в) повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока

г) правильного ответа нет

048. Для рака молочной железы I ст. характерны

а) анемия

б) лейкоцитоз

в) повышенная СОЭ

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

049. Ретроградная панкреатохолангиография наиболее информативна при локализации опухоли

а) в головке поджелудочной железы

б) в теле железы

в) в хвосте железы

г) при всех локализациях информативность метода одинакова

д) правильного ответа нет

050. Ангиография обладает наименьшей информативностью в диагностике

а) опухолей печени

б) опухолей почек

в) забрюшинных неорганных опухолей

г) опухолей желудочно-кишечного тракта

д) опухолей матки и ее придатков

051. Из перечисленных наиболее информативным методом диагностики метастатического поражения печения является

а) лапароскопия

б) ангиография

в) биохимическое исследование крови

г) скенирование печени

д) все перечисленные методы одинаково информативны

052. Ангиография является наиболее информативным методом в диагностике

а) хемодектомы шеи

б) метастазов в лимфоузлы шеи

в) рака слюнных желез

г) всего перечисленного

д) ничего из перечисленного

053. Внутрипротоковые папилломы могут быть выявлены

а) при бесконтрастной маммографии

б) при дуктографии

в) при крупнокадровой флюорографии

г) выявлены рентгенологически быть не могут

054. Диагностика опухолевых образований молочных желез возможна

а) при ультразвуковом исследовании

б) при маммографии

в) при термографии

г) при использовании всех перечисленных методов

д) ни при одном из перечисленных методов

055. Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются

а) для выявления первичных опухолей

б) для определения распространенности злокачественного процесса

в) для оценки функионального состояния некоторых внутренних органов

г) правильно а) и б)

д) все перечисленное верно

056. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей

а) поджелудочной железы

б) желудка

в) щитовидной железы

г) всего перечисленного

д) ничего из перечисленного

057. Радиоактивный йод может быть применен для выявления

а) только первичной опухоли щитовидной железы

б) метастазов рака щитовидной железы в легкие, печень

в) метастазов рака щитовидной железы в кости

г) правильно а) и б)

д) всего перечисленного

058. Повышения уровня кальцитонина, определяемое радиоиммунологическим методом, характерно для рака щитовидной железы

а) папиллярного

б) фолликулярного

в) недифференцированного

г) медуллярного

д) любого из перечисленных

059. Экстренная эзофагоскопия показана -(1) для подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования в пищеводе -(2) для уточнения распространенности опухолевого процесса -(3) при подозрении на повреждение или перфорацию пищевода -(3) при пищеводно-желудочном кровотечении -(5) для оценки эффективности противоопухолевого лечения

а) правильно все перечисленное

б) правильно 1 и 2

в) правильно 3 и 4

г) правильно 4 и 5

д) правильно 1 и 5

060. Паренхиму новообразования составляют

а) собственно опухолевые клетки

б) соединительная ткань

в) кровеносные и лимфатические сосуды

г) нервы и клеточные элементы стромы

д) все перечисленное верно

061. Вновь образованные сосуды злокачественных опухолей

а) редко приближаются по строению к нормальным венам и артериям

б) могут быть представлены в виде каналов, выстланных эндотелием

в) на уровне капилляров могут быть выстланы самими опухолевыми клетками

г) все ответы правильны

д) правильно а) и в)

062. Хемодектомы шеи по гистологической принадлежности относятся

а) к нейрогенным

б) к мезенхиальным

в) к дисэмбриональным

г) к неклассифицируемым

д) к эпителиальным

063. К предраку шейки матки относится

а) дисплазия

б) лейкоплакия с атипией

в) интраэпителиальный рак

г) правильно а) и б)

д) все ответы правильны

064. Из перечисленных к опухолеподобным процессам относятся

а) гиперпластический полип

б) аденоматозный полип

в) адено-папилломатозный полип

г) папилломатозный полип

д) правильного ответа нет

065. Экзофитный тип роста опухоли характеризуется -(1) ростом опухоли в виде узла -(2) ограниченной инфильтрации стенки органа -(3) ростом опухоли преимущественно в просвет органа -(4) относительно низкой частотой регионарного метастазирования -(5) обязательным изъязвлением опухоли

а) правильно 1, 2, 3 и 4

б) правильно 1, 2, 3 и 5

в) правильно 2, 3, 4 и 5

г) правильно 1, 3, 4 и 5

д) правильно 1, 2, 4 и 5

066. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта преимущественно обладают

а) инфильтративным ростом

б) экзофитным ростом

в) смешанным ростом

г) ростом опухоли в виде узла

д) все перечисленные типы роста встречаются с одинаковой частотой

067. К доброкачественным опухолям молочных желез относятся

а) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия

б) узловая фиброзно-кистозная мастопатия

в) фиброаденома

г) правильно а) и б)

д) все ответы верны

068. Для папилломы мочевого пузыря характерно

а) наклонность к рецидивам

б) множественность поражений

в) частое озлокачествление

г) правильны все ответы

д) правильно а) и б)

069. К опухолям АПУД-системы не относится

а) гастринома

б) инсулома

в) хемодектома

г) карциноид

д) мелкоклеточный рак легкого

е) рак поджелудочной железы

070. Рак почки наиболее часто метастазирует

а) в кости и печень

б) в кости и легкие

в) в легкие и головной мозг

г) в легкие и печень

д) в забрюшинные лимофузлы и печень

071. При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах первым этапом метастазирования будут

а) подмышечные лимфоузлы

б) парастернальные лимфоузлы

в) паховые лимфоузлы

г) подлопаточные лимфоузлы

д) все ответы верны

072. Плоскоклеточный рак преимущественно встречается в следующих отделах желудочно-кишечного тракта

а) пищеводе и анальном канале прямой кишки

б) желудке и тонкой кишке

в) тонкой и ободочной кишке

г) желудке и ободочной кишке

д) правильного ответа нет

073. При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато следующее лечение

а) хирургическое

б) химиотерапевтическое

в) лучевое

г) иммунологическое

074. Наиболее часто встречаются следующие морфологические формы рака щитовидной железы

а) папиллярная аденокарцинома

б) фолликулярная аденокарцинома

в) медуллярный рак

г) недифференцированный рак

д) верно б) и в)

075. Медулярный рак щитовидной железы развивается

а) из A-клеток

б) из B-клеток

в) из C-клеток

г) из любой вышеуказанной

д) ни из одной из вышеуказанных

076. Под понятием "скрытый" рак щитовидной железы подразумевается

а) наличие малых размеров опухоли в ткани щитовидной железы, без клинических ее проявлений

б) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков, первичной опухоли

в) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи

г) опухоль, не прорастающая капсулу щитовидной железы

д) все ответы правильны

077. Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет

а) 10-20%

б) 25-35%

в) 40-50%

г) 60-80%

д) более 80%

078. Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются

а) лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены

б) надключичные

в) паратрахеальные

г) претрахиальные

д) загрудинные

079. Для медулярного рака щитовидной железы характерно

а) наличие плотных "каменистых" узлов в щитовидной железе

б) диарея

в) синдром Сиппла

г) все перечисленное

д) все перечисленное неверно

080. Минимальный объем хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать

а) энуклиацию узла

б) резекцию доли

в) гемитиреоидэктомию

г) гемитиреоидэктомию с перешейком

д) субтотальную резекцию щитовидной железы

081. У больной 55 лет модулярный рак щитовидной железы Т3N1М0. Ей следует

а) выполнить тиреоидэктомию с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи

б) провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией

в) провести комбинированне лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом

г) провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

082. У больной 50 лет папиллярный рак щитовидной железы Т2N0М0 с локализацией в правой доле. Ей следует

а) выполнить субтотальную резекцию

б) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией

в) провести комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией

г) провести самостоятельную лучевую терапию

083. Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы являются

а) неоперабельная недифференцированная форма рака

б) быстрорастущая рецидивная опухоль

в) метастазы в отдаленные органы

г) верно все перечисленное

д) верно б) и в)

084. Наиболее эффективным препаратом при раке щитовидной железы является

а) адриамицин

б) циклофосфан

в) блеомицин

г) метотрексат

д) Тио-ТЭФ

085. Эффективность адриамицина при раке щитовидной железы составляет

а) 5-10%

б) 25-30%

в) 55-60%

г) 70-75%

д) 90-95%

086. Химиотерапия наиболее эффективна

а) при папиллярном раке щитовидной железы

б) при фолликулярном раке щитовидной железы

в) при низкодифференцированном раке щитовидной железы

г) эффективность не зависит от морфологической структуры

д) верно а) и б)

087. К дисэмбриональным опухолям шеи следует относить

а) хемодектому

б) хордому

в) бронхиогенный рак

г) менингиому

д) правильно б) и в)

088. При субтотальной резекции желудка по поводу рака, желудочно-поджелудочная связка

а) должна удаляться обязательно

б) удаляется частично

в) никогда не удаляется

г) может быть удалена, но не обязательно

д) правильного ответа нет

089. Наиболее часто малигнизируются следующие типы желудочных полипов

а) гиперпластические

б) аденоматозные

в) аденопапилломатозные

г) папиллярные

д) все, независимо от их гистологического строения, обладают одинаковым индексом малигнизации

090. Определение границ опухоли при гастроскопии основано

а) на визуальных признаках

б) на инструментальной пальпации

в) на морфологическом исследовании биопсийного материала

г) на сочетании всех перечисленных признаков

д) правильного ответа нет

091. Эндоскопическая полипэктомия без предварительного морфологического исследования биопсийного материала из полипа допустима

а) во всех случаях

б) при одиночном полипе на ножке независимо от его размеров

в) при одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров

г) при одиночном мелком полипе на ножке

д) при множественных мелких полипах

092. Гастроэктомию из комбинированного доступа (абдомино-торокального) целесообразно выполнять

а) при тотальном поражении желудка

б) при экзофитной опухоли проксимального отдела желудка

в) при инфильтративной опухоли любой локализации

г) при распространении опухоли на пищевод независимо от типа ее роста

д) при любом типе роста опухоли, располагающейся в дистальной трети желудка, с метастазами в кардиальные, правые и левые желудочно-сальниковые, селезеночные, левые желудочные и поджелудочные лимфоузлы

093. Субтотальная проксимальная резекция желудка должна выполняться

а) при инфильтративной опухоли кардиального отдела желудка

б) при экзофитной опухоли кардиального отдела желудка

в) при опухоли кардиального отдела желудка независимо от типа ее роста

г) при экзофитной опухоли субкардиального отдела желудка

094. При проксимальной субтотальной резекции желудка с резекцией пищевода наиболее целесообразно использовать

а) абдоминальный доступ

б) торакальный доступ

в) комбинированный доступ

г) абдоминальный доступ, дополненный сагиттальной диафрагмотомией

д) ни один из перечисленных способов не имеет преимущества перед остальными

095. Паллиативная дистальная резекция желудка при злокачественных опухолях желудка может быть выполнена при

а) декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка

б) желудочном кровотечении

в) относительно удовлетворительном состоянии больного

г) отсутствии технических осложнений операции

д) во всех перечисленных случаях

096. При дистальной субтотальной резецкии желудка по поводу рака следует отдать предпочтение

а) формированию желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-I

б) формированию впередиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом

в) формированию позадиободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле

г) ни один из перечисленных анастомозов не имеет преимущества перед остальными

д) правильного ответа нет

097. При раннем раке желудка

а) специфические симптомы отсутствуют

б) имеются специфические симптомы заболевания

в) симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка

г) "синдром малых признаков" является ранним клиническим проявлением рака желудка

098. На выбор объема операции при раке желудка наименьшее влияние из перечисленных факторов оказывает

а) локализация опухоли

б) тип роста опухоли

в) гистологическая структура опухоли

г) возраст больного

д) все перечисленные факторы оказывают одинаковое влияние на выбор объема операции

099. По гистологическому строению рак желудка чаще всего является

а) железистым раком

б) плоскоклеточным раком

в) смешанным железисто-плоскоклеточным раком

г) все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой

д) правильного ответа нет

100. Позволяют заподозрить малигнизацию язвы желудка следующие из перечисленных признаков

а) размеры язвенной ниши более 2 см в диаметре

б) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей

в) снижение кислотности желудочного сока

г) все ответы правильные

д) правильные только первые два ответа

101. Чаще малигнизируются язвы

а) выходного отдела желудка

б) малой кривизны желудка

в) большой кривизны желудка

г) тела желудка

д) кардиального отдела желудка

102. Наиболее труден для диагностики

а) рак кардиального отдела желудка

б) рак дна желудка

в) рак тела желудка

г) рак выходного отдела желудка

д) диагностика рака желудка одинаково трудна при всех перечисленных локализациях

103. Для рака желудка наиболее характерно метастазирование

а) лимфогенным путем

б) гематогенным путем

в) имплантационным путем

г) правильно а) и б)

д) правильно б) и в)

104. Метастазы рака желудка в печени следует расценивать как

а) имплатационные метастазы

б) ортоградные метастазы лимфогенные

в) ретроградные метастазы лимфогенные

г) гематогенные метастазы

д) правильно а) и г)

105. Метастаз Крукенберга следует расценивать как

а) гематогенный

б) имплантационный

в) ортоградный лимфогенный

г) ретроградный лимфогенный

д) правильно б) и г)

106. При определении распространенности опухолевого процесса рака проксимального отдела желудка наибольшую диагностическую ценность имеет

а) гастроскопия

б) эзофагоскопия

в) лапароскопия

г) медиастиноскопия

д) правильно в) и г)

107. Рак желудка наиболее часто развивается в возрасте

а) до 20 лет

б) от 21 до 50 лет

в) от 51 до 70 лет

г) старше 70 лет

д) рак желудка с одинаковой частотой развивается во всех возрастных группах

108. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае

а) старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации

б) полипа "на ножке" и при гистологическом исследовании ножки полипа признаком малигнизации в ней не обнаружено

в) возможности динамического контроля (эндоскопического) за больными

г) только сочетания всех вышеперечисленных ситуаций

д) эндоскопическая полипэктомия недопустима при всех вышеперечисленных вариантах

109. При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана

а) эндоскопическая полипэктомия

б) хирургическое иссечение полипа

в) клиновидная резекция желудка

г) экономная резекция желудка

д) субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов

110. Под термином "метастаз Вирхова" подразумевается

а) метастаз в клетчатке малого таза

б) метастаз в яичники

в) метастаз в пупок

г) метастаз в надключичный лимфоузел

д) метастаз в легкие

111. Вирховский метастаз при раке желудка следует расценивать как

а) отдаленный гематогенный метастаз

б) отдаленный ретроградный лимфогенный метастаз

в) отдаленный ортоградный лимфогенный метастаз

г) регионарный лимфогенный метастаз

д) имплантационный метастаз

112. Определяющая роль в возрастании заболеваемости населения раком легких принадлежит

а) генетическому фактору

б) профессиональным вредностям

в) курению

г) загрязнению атмосферы

д) хроническим воспалительным заболеваниям

113. Рак легкого

а) всегда возникает на фоне хронического бронхита

б) всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений

в) всегда возникает в очаге ограниченного пневмосклероза

г) может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких

д) все ответы верны

114. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легких, относятся

а) длительно и много курящие

б) больные хроническим бронихтом

в) имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)

г) все ответы верны

д) правильного ответа нет

115. К центральному раку легкого относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи -(1) главные -(2) долевые -(3) сегментарные -(4) субсегментарные -(5) V порядка

а) правильно 1 и 2

б) правильно 2 и 3

в) правильно 1, 2 и 3

г) правильно 1, 2, 3 и 4

д) все ответы правильны

116. Понятие "централизация" обозначает, что периферический рак легкого прорастает стенку -(1) главного бронха -(2) долевого -(3) сегментарного бронха -(4) субсегментарного бронха -(5) бронха у порядка

а) правильно 1 и 2

б) правильно 2 и 3

в) правильно 1, 2 и 3

г) правильно 1, 2, 3 и 4

д) все ответы правильны

117. Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы

а) эндобронхиального экзофитного рака легкого

б) перибронхиального узлового рака

в) разветвленного рака

г) пневмониеподобного рака

д) рака верхушки легкого (Пэнкоста)

118. Объемное уменьшение легочной ткани при нарушении бронхиальной проходимости вследствие роста опухоли в наибольшей степени выражено

а) при гиповентиляции

б) при ателектазе

в) при обтурационной пневмонии

г) при клапанной эмфиземе

119. Пневмониеподобный рак, как правило

а) центральный рак

б) периферический рак

в) железистый рак

г) плоскоклеточный рак

д) правильно б) и в)

120. У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает

а) плоскоклеточный рак

б) железистый рак

в) мелкоклеточный рак

г) крупноклеточный рак

121. Наличие метастатического плеврита при раке легкого соответствует символу

а) T1

б) T2

в) T3

г) T4

122. Символу Т3 в соответствии с международной классификацией по системе ТNМ соответствует рак легкого любых размеров, врастающий

а) в диафрагму

б) в грудную клетку

в) в медистальную плевру

г) в пищевод

д) правильны все ответы, кроме Г

123. Ателектаз или обструктивный пульмонит всего легкого по классификации ТNМ соответствует символу

а) Т1

б) Т2

в) Т3

г) Т4

124. По классификации ТNМ рака легкого символом N2 обозначаются

а) бифуркационные лимфатические узлы

б) медиастинальные лимфатические узлы одноименной стороны

в) бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны

г) все ответы верны

д) правильно а) и б)

125. Символом N1 в соответствии с классификацией рака легкого по системе TNM обозначаются

а) бронхопульмональные лимфоузлы с одноименной стороны

б) бифуркационные лимфатические узлы

в) лимфатические узлы одноименного корня легкого

г) правильно а) и в)

д) все ответы верны

126. Метастазы в надключичные лимфатические узлы при раке легкого в соответствии с классификацией ТNM обозначаются символом

а) N3

б) M1

в) T4

г) P2

127. Если плеврит у больного раком легкого не связан с метастазированием по плевре, то первичная опухоль легкого может быть обозначена символом (символами)

а) T1

б) T2

в) T3

г) T4

д) все ответы верны

128. Периферический рак легкого диаметром в 4 см, не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхопульмональных лимфатических узлах, соответствует

а) I стадии заболевания

б) IIА стадии

в) IIБ стадии

г) IIIА стадии

д) IIIБ стадии

129. Рак сегментарного бронха менее 3 см в диаметре без метастазов в регионарные лимфатические узлы относится

а) к I стадии

б) к IIA стадии

в) к IIБ стадии

г) к IIIA стадии

д) к IIIБ стадии

130. Рак легкого, врастающий в верхнюю полую вену, с единичными метастазами в бронхиальных узлах, относится

а) к IIIA стадии

б) к IIIБ стадии

в) к IVА стадии

г) к IVБ стадии

131. Рак, не выходящий проксимально за пределы долевого бронха, диаметром 4 см без метастазов в регионарные лимфатические узлы, соответствует

а) I стадии

б) IIА стадии

в) IIБ стадии

г) IIIA стадии

132. При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов

а) внутригрудные

б) подмышечные

в) забрюшинные

г) паховые

133. Рак легкого метастазирует преимущественно

а) в печень

б) в кости

в) в головной мозг

г) все ответы верны

д) нет правильного ответа

134. К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме

а) кашля

б) кровохаркания

в) боли в груди

г) повышения температуры тела

135. Трансторакальную пункцию с целью морфологической верификации диагноза при периферическом раке легкого целесообразно выполнять

а) после обзорной рентгенографии грудной клетки

б) после 5-кратного цитологического исследования мокроты

в) при отрицательных результатах бронхологического исследования и цитологического анализа мокроты

г) нет правильного ответа

136. Наиболее часто трансторакальная пункция новообразования в легком сопровождается осложнением в виде

а) пневмоторакса

б) гемоторакса

в) кровохаркания

г) имплантационного метастазирования

137. Диагностическая торакотомия у больных с округлыми образованиями в легком, генез которого неясен

а) является завершающим методом обследования больного

б) предусматривает морфологическую верификацию диагноза в момент операции

в) обеспечивает выполнение операции при раке легкого у большинства пациентов в I и II стадиях заболевания

г) все ответы верны

д) правильные ответы а) и б)

138. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить

а) с доброкачественными опухолями легкого

б) с метастазами

в) с эхинококковой кистой

г) с туберкулезом

д) все ответы верны

139. Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются

а) пневмонэктомия

б) лоб(билоб) эктомия

в) сегментэктомия

г) клиновидная или краевая резекция легкого

д) правильно а) и б)

140. Основными условиями радикализма операции при раке легкого являются

а) удаление пораженного участка легкого (минимум доли)

б) удаление регионарных лимфатических узлов с окружающей жировой клетчаткой

в) отсутствие линии пересечения бронха от видимого края опухоли на 1. 5-2 см

г) отсутствие опухолевых клеток в краях пересеченного бронха, сосудов, органов при микроскопическом исследовании

д) все ответы верны

141. С целью профилактики рецидива и метастазов при раке легкого могут применяться

а) предоперационная лучевая терапия

б) послеоперационная лучевая терапия

в) предоперационная химиотерапия

г) послеоперационная химиотерапия

д) все перечисленное

142. При хирургическом лечении рака легкого применяются следующие типы (тип) пульмонэктомий

а) типичная

б) расширенная

в) комбинированная

г) все перечисленные

143. Термин "расширенная пневмонэктомия" подразумевает удаление легкого

а) с удалением корневых, бифуркационных, верхних трахеобронхиальных лимфатических узлов

б) с удалением лимфатических узлов переднего и заднего средостения, включая паратрахеальные, параэзофагиальные и вышеперечисленные группы

в) с трансприкардиальной обработкой сосудов легкого

г) с резекцией перикарда или грудной стенки

144. Риск возникновения бронхиального свища вследствие несостоятельности швов в наибольшей степени выражен при выполнении

а) типичной пневмонэктомии

б) расширенной пневмонэктомии

в) пневмонэктомии с резекцией перикарда или грудной стенки

г) пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи

д) лобэктомии

145. Наиболее частой причиной смерти больных после частичных резекций легкого по поводу рака является

а) бронхиальный свищ и эмпиема плевры

б) пневмония

в) сердечно-сосудистая недостаточность

г) тромбоэмболия легочной артерии

146. Основными биологическими факторами, определяющими прогноз после радикальной операции по поводу рака легкого, являются

а) размер первичной опухоли

б) состояние внутригрудных лимфатических узлов

в) гистологическая структура опухоли

г) степень дифференцировки опухолевых клеток

д) все перечисленное

147. Хирургический метод лечения мелкоклеточного рака

а) не применяется

б) применяется у абсолютного большинства больных в качестве самостоятельного метода

в) применяется, как правило, в комбинации с химиотерапией

148. Применение комбинированного лечения (предоперационная лучевая терапия + операция) плоскоклеточного рака легкого наиболее обосновано у больных

а) с I стадией заболевания

б) с IIA стадией заболевания

в) с IIБ стадией заболевания

г) сIIIA стадией заболевания

д) правильно в) и г)

149. При высокодифференцированной аденокарциноме легкого III стадии методом выбора является

а) чисто хирургическое лечение

б) комбинированное лечение (предоперационная или послеоперационная лучевая терапия + операция)

в) лучевое лечение

г) химиотерапия

150. Наиболее резистентными к химиотерапии являются метастазы рака легкого

а) в костный мозг

б) в лимфоузлы

в) в печень

г) в мягкие ткани

д) верно а) и б)

151. При мелкоклеточном раке легкого используются следующие методы лечения

а) химиотерапия

б) иммунотерапия

в) гормонотерапия

г) верно а) и б)

д) верно все перечисленное

152. При лечении мезотелиомы плевры наиболее эффективно

а) внутриплевральное введение препаратов

б) внутривенное введение химиопрепаратов

в) внутрилимфатическое введение

г) верно а) и б)

д) все способы введения эффективны

153. Наибольшая радиочувствительность характерна для

а) аденокарциномы легкого

б) эпидермоидного рака

в) мелкоклеточного рака легкого

г) бронхиоло-альвеолярного рака

154. При радикальной лучевой терапии рака легкого не рекомендуется применение

а) крупных фракций

б) динамического режима фракционирования дозы

в) мультифрационирования

г) расщепленного курса лучевой терапии

д) правильного ответа нет

155. Оптимальным вариантом хирургического вмешательства по поводу лейкомиомы пищевода яляется

а) эндоскопическое удаление

б) энуклеация опухоли с сохранением слизистой оболочки

в) сегментарная резекция пищевода

г) субтотальная резекция пищевода

156. Раком пищевода чаще болеют

а) мужчины

б) женщины

в) в возрасте 40-50 лет

г) в возрасте 60-70 лет

д) правильно а) и г)

157. К предопухолевым заболеваниям с повышенным риском возникновения на фоне рака пищевода относятся -(1) рубцовая стриктура -(2) ахалазия -(3) синдром Пламмера - Винсона -(4) пищевод Барретта -(5) кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 1

в) все перечисленное, кроме 1 и 2

г) все перечисленное, кроме 1, 2 и 3

д) все перечисленное, кроме 1, 2, 3 и 4

158. Рак пищевода чаще всего поражает

а) верхнюю треть

б) среднюю треть

в) нижнюю треть

г) правильно б) и в)

159. Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно

а) у 20% больных

б) у 40% больных

в) у 60% больных

г) у 90% больных

160. Гематогенные метастазы при раке пищевода могут наблюдаться

а) в печени

б) в легких

в) в почках

г) в костях

д) во всех перечисленных органах

161. При раке пищевода встречаются следующие анатомические типы роста опухоли

а) язвенный

б) узловой (бородавчато-папилломатозный)

в) инфильтративный (скиррозный)

г) все ответы верны

162. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является

а) повышенное слюноотделение

б) тошнота

в) дисфагия

г) рвота

д) боли за грудиной

163. Дисфагия при раке пищевода может иметь

а) рефлекторный характер

б) стойкий характер, обусловленный обтурацией опухолью

в) смешанный-рефлекторный и механический характер

г) все ответы верны

164. Боли при раке пищевода могут локализироваться в области

а) шеи

б) грудной клетки

в) эпигастрия

г) все ответы верны

д) верны ответы б) и в)

165. Клиническими проявлениями рака пищевода могут быть

а) охриплость голоса

б) кашель

в) эмпиема плевры

г) медиастинит

д) все перечисленное

166. К рентгенологическим признакам рака пищевода относятся

а) нарушение акта глотания

б) изменение эластичности стенки пищевода

в) неровность контура пищевода

г) деформации рельефа слизистой

д) правильно б) и г)

167. С целью уточнения распространенности опухолевого процесса при раке пищевода могут применяться

а) прескаленная биопсия

б) медиастиноскопия

в) лапароскопия

г) лапаротомия

д) все перечисленное

168. Дифференциальный диагноз рака пищевода в ряде случаев приходится проводить -(1) с кардиоспазмом -(2) с пептическими язвами -(3) с рубцовой стриктурой -(4) с доброкачественными опухолями -(5) с дивертикулами

а) все перечисленное верно

б) все перечисленное верно, кроме 1

в) все перечисленное верно, кроме 1 и 2

г) все перечисленное верно, кроме 1, 2 и 3

д) все перечисленное верно, кроме 1, 2, 3 и 4

169. Хирургический метод лечения применяется в основном при лечении рака

а) шейного отдела пищевода

б) верхнегрудного отдела пищевода

в) нижнегрудного отдела пищевода

г) абдоминального отдела пищевода

д) всех перечисленных локализациях

170. С целью эзофагопластики после операции Добромыслова - Торека применяют в настоящее время

а) пластику тонкой кишкой

б) пластику толстой кишкой

в) пластику желудком

г) пластику анти- и изоперистальтическими стеблями из большой кривизны желудка

д) все перечисленные способы

171. При резекции или экстирпации пищевода по поводу рака нижнегрудного отдела пищевода с ним должны быть удалены лимфатические узлы -(1) бифуркационные -(2) околопищеводные -(3) паракардиальные -(4) левые желудочные -(5) передние средостенные

а) все перечисленное

б) все перечисленное, кроме 5

в) все перечисленное, кроме 4 и 5

г) все перечисленное, кроме 3, 4 и 5

д) все перечисленное, кроме 2, 3, 4 и 5

172. Предоперационная лучевая терапия при комбинированном лечении рака может быть проведена по методике

а) укрупненного фракционирования дозы (по 4 Гр 5 раз в неделю)

б) классического фракционирования дозы (2 Гр 5 раз в неделю)

в) динамического фракционирования дозы

г) применяются все указанные методики

д) правильные ответы а) и б)

173. Наиболее частым послеоперационным осложнением, сопровождающим одномоментные операции при раке пищевода и приводящим больных к смерти, является

а) послеоперационная пневмония

б) тромбоэмболия легочной артерии

в) недостаточность швов пищеводного соустья и гнойные осложнения (эмпиема и медиастинит)

г) некроз стенки желудка

д) верно а) и б)

174. Наиболее часто лучевая терапия рака пищевода в качестве самостоятельного метода применяется при локализации опухоли

а) в шейном отделе пищевода

б) в верхнегрудном отделе пищевода

в) в среднегрудном отделе пищевода

г) в нижнегрудном отделе пищевода

д) правильно а) и б)

175. У больного 70 лет рак среднегрудного отдела пищевода III стадии. Предпочтительным методом лечения является

а) оперативное лечение

б) комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией

в) комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией

г) самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

д) курс химиотерапии

176. У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного отдела, протяженностью 4 см с начальными проявлениями дисфагии. Неадекватным методом лечения можно считать

а) самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

б) оперативное лечение

в) комбинированное лечение с интенсивным курсом предоперационной лучевой терапией

г) комбинированное лечение с пролонгированным курсом лучевой терапии

177. Интенсивный короткий курс предоперационной лучевой терапии целесообразен

а) при локализации опухоли в среднегрудном или нижнегрудном отделе пищевода

б) при локализации опухоли в верхнегрудном отделе пищевода

в) протяженностью поражения менее 5 см

г) протяженностью поражения более 5 см

д) правильно а) и в)

178. У больного 56 лет через год после лучевой терапии рака средне-грудного отдела пищевода в СОД 60 Гр возник рецидив на границе верхне- и среднегрудного отдела, протяженностью 3 см. Ваша тактика

а) лучевая терапия противопоказана

б) лучевая терапия возможна, но нецелесообразна

в) лучевая терапия показана в радикальном варианте

г) попытка операции

179. Химиотерапия при раке пищевода

а) обладает высокой эффективностью

б) может использоваться с таким же успехом, как и лучевая терапия

в) малоэффективна

г) не применяется

д) не эффективна

180. К группам риска развития первичного рака печени из перечисленных следует относить

а) носителей вируса гепатита В

б) наличие цирроза печени

в) употребление в пищу продуктов, пораженных афлатоксином

г) поражение описторхозом

д) все вышеперечисленное

181. На фоне описторхзоза чаще развивается

а) холангиоцеллюлярный рак печени

б) гепетоцеллюлярный рак печени

в) обе формы первичного рака печени встречаются с одинаковой частотой

г) описторхоз не оказывает влияния на развитие первичного рака печени

182. Положительная реакция на a-фетопротеин чаще бывает при

а) первичном раке печени

б) метастатическом раке печени

в) доброкачественных опухолях печени

г) правильные ответы а) и б)

д) не характерна для опухолевых поражений печени

183. Первичный рак печени метастазирует

а) гематогенно

б) лимфогенно

в) внутриорганно

г) встречаются все перечисленные виды метастазирования

184. При первичном раке печени отдаленные метастазы чаще встречаются

а) в костях

б) в забрюшинных лимфоузлах

в) в легких

г) в головном мозге

д) в лимфоузлах

185. Из перечисленных симптомов при первичном раке печени наиболее часто встречаются

а) бледность кожных покровов

б) желтушность кожных покровов

в) симптомы портальной гипертензии

г) гепатомегалия

д) симптом Курвуазье

186. Наиболее достоверным методом, позволяющим диагностировать опухолевые поражения печени, является

а) ультразвуковое исследование

б) рентгеновская компьютерная томография

в) ангиография

г) лапароскопия

д) все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью

187. Для первичного рака печени из перечисленных биохимических тестов наиболее характерным является повышение активности

а) щелочной фосфатазы

б) аланиновой и аспарагиновой трансаминаз

в) лактатдегидрогеназы

г) g-глютаминтранспептидазы

д) всех перечисленных ферментов

188. Опухоли печени небольших размеров чаще диагностируются

а) при ультразвуковом исследовании

б) при рентгеновской компьютерной томографии

в) при ангиографическом исследовании

г) при радиоизотопном исследовании

д) размеры опухоли не влияют на точность перечисленных методов

189. Наиболее эффективным методом лечения первичного рака печени является

а) хирургический метод

б) системная химиотерапия

в) регионарная химиотерапия

г) лучевое лечение

д) верно б) и в)

190. Паллиативные (симптоматические) операции при первичном раке печени целесообразно выполнять в случаях

а) обтурации опухолью полных органов (желчные протоки, кишечник, мочеточник и т. д. ) с целью их декомпрессии

б) распада опухоли с внутрибрюшным кровотечением или развитием перитонита

в) планирования в послеоперационном периоде проведения химиотерапевтического лечения с целью уменьшения объема опухоли

г) во всех перечисленных случаях

191. Метастатическое поражение печени часто наблюдается при локализации первичной опухоли

а) в органах желудочно-кишечного тракта

б) в легких

в) в молочной железе

г) в женских половых органах

д) при всех перечисленных локализациях первичной опухоли

192. Наиболее ранней и частой жалобой больных с метастатическим поражением печени из перечисленных являются

а) боли в правом подреберье и эпигастральной области

б) кожный зуд

в) наличие желтухи

г) наличие асцита

д) наличие спленомегалии

193. Наиболее частым симптомом рака почки является

а) боль

б) пальпируемая опухоль

в) гематурия

г) слабость

д) ускоренная СОЭ

194. Для диагностики рака почки наибольшей информативностью обладают

а) скенирование почки

б) ангиография

в) термография

г) ретроградная пиелография

195. При дифференциальной диагностике кисты почки и рака почки наиболее информативны

а) обзорная урография

б) ультразвуковое исследование

в) скенирование

г) общий анализ крови и мочи

д) термография

196. После радикальной нефрэктомии при отсутствии отдаленных метастазов необходимы

а) профилактическая химиотерапия

б) профилактическая лучевая терапия

в) профилактическая гормонотерапия

г) профилактическая иммунотерапия

д) лечения не требуется

197. Лучевая терапия рака почки не используется

а) как радикальный метод лечения

б) в качестве предоперационного метода

в) в качестве послеоперационно метода

г) как паллиативный метод лечения

д) правильно б) и в)

198. У больного 59 лет через год после комбинированного лечения рака почки выявлен солитарный метастаз в верхней доле правого легкого. Ему следует

а) выполнить резекцию легкого

б) провести крупнопольное облучение правого легкого

в) провести локальную лучевую терапию на область метастаза

г) провести крупнопольное облучение легкого с дополнительной локальной лучевой терапией на область метастаза

199. У больного 68 лет через два года после нефрэктомии выявлен метастаз в верхней части правого плеча. Ему следует

а) провести лучевую терапию при укрупненном фракционировании дозы (4-5 Гр)

б) провести лучевую терапию обычными фракциями (2 Гр)

в) произвести ампутацию правого плеча

г) правильно а) и в)

200. В лечении диссеминированного рака почки применяются

а) химиотерапия

б) иммунотерапия

в) гормонотерапия

г) все перечисленное

д) только а) и б)

201. В лечении диссеминированного рака почки применяются

а) антиэстрогены

б) эстрогены

в) антиандрогены

г) гормонотерапия не применяется

д) кортикостероиды

202. У больного 45 лет рак почки, метастазы в легкие, кости. Нефрэктомия не произведена из-за тяжести состояния больного. Его лечение должно включать

а) лучевую терапию на метастазы в кости

б) химиотерапию

в) иммунотерапию

г) гормонотерапию

д) симптоматическую терапию

203. Клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей в первую очередь обусловлены

а) гистологической структурой опухоли

б) размерами опухоли

в) локализацией опухоли

г) размерами и локализацией опухоли

д) гистологической структурой и размерами опухоли

204. При забрюшинных неорганных опухолях чаще встречаются

а) прорастание различных органов опухолью

б) сдавление или смещение органов опухолью

в) с одинаковой частотой встречается как прорастание, так и сдавление или смещение органов опухолью

г) правильного ответа нет

205. Клиническое течение неорганных забрюшинных опухолей характеризуется всем перечисленным, кроме

а) длительного бессимптомного периода

б) частого рецидирования

в) раннего и частого метастазирования

г) нарастания признаков злокачественности опухоли по мере рецидивирования

206. Наиболее часто дифференциальный диагноз при забрюшинных неорганных опухолях необходимо проводить с патологией

а) почек

б) надпочечников

в) опухолями кишечника

г) поражением забрюшинных лимфоузлов

д) все перечисленное верно

207. Операбельность при забрюшинных неорганных опухолях в первую очередь зависит

а) от локализации опухоли

б) от гистологической структуры опухоли

в) от размеров опухоли

г) правильно а) и в)

д) правильно б) и в)

208. Во время операции из чресбрюшинного доступа по поводу забрюшинной неорганной опухоли, локализующейся в латеральных отделах забрюшинного пространства, заднюю брюшину целесообразно рассекать

а) кнаружи от восходящего или нисходящего отделов ободочной кишки

б) внутри от восходящего или нисходящего отделов ободочной кишки

в) оба варианта обладают одинаковыми преимуществами

г) правильного ответа нет

209. Наиболее часто в лечении больных с неорганными заболеваниями забрюшинными опухолями используется

а) хирургический метод лечения

б) химиотерапевтическое лечение

в) лучевая терапия

г) комбинированные методы лечения

д) с одинаковой частотой используются все перечисленные методы лечения

210. К показаниям для проведения лучевой терапии при неорганных забрюшинных опухолях относятся

а) местная распространенность опухолевого процесса, не позволяющая выполнить оперативное вмешательство

б) наличие тяжелой сопутствующей патологии, крайне увеличивающей риск операции

в) отказ больного от операции

г) правильно б) и в)

д) все перечисленное

211. При лимфогранулематозе отмечается

а) лимфогенное метастазирование

б) гематогенное метастазирование

в) оба вида метастазирования

212. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение

а) шейно-надключичных лимфоузлов

б) медиастальных лимфоузлов

в) забрюшинных лимфоузлов

г) паховых лимфоузлов

д) всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой

213. Для начальных проявлений лимфогранулематоза наиболее характерно поражение

а) лимфоузлов выше диафрагмы

б) лимфоузлов ниже диафрагмы

в) частота поражения лимфоузлов выше и ниже диафрагмы одинакова

214. Первое проявление лимфогранулематоза в виде поражения паховых лимфоузлов встречается с частотой

а) до 10%

б) от 20 до 50%

в) от 50 до 70%

г) более 70%

215. Частота вовлечения лимфатического аппарата кольца Пирогова - Вальдейера при лимфогранулематозе составляет

а) ниже 10%

б) 20-30%

в) 30-50%

г) 50%

216. При поражении лимфоузлов выше диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе должна быть поставлена

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IV стадия

217. Поражение аксиллярных лимфоузлов с двух сторон при лимфогранулематозе трактуется как

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IV стадия

218. Поражение шейных лимфоузлов справа, медиастинальных лимфоузлов и аксиллярных лимфоузлов слева означает при лимфогранулематозе

а) I стадию

б) II стадию

в) III стадию

г) IV стадию

219. Поражение шейных лимфоузлов слева, медиастинальных, паховых лимфоузлов и селезенки при лимфогранулематозе трактуется как

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IV стадия

220. Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы при лимфогранулематозе означает

а) I стадию

б) II стадию

в) III стадию

г) IV стадию

221. При лимфогранулематозе вовлечение селезенки и пахово-подвздошных лимфоузлов трактуется как

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IV стадия

222. Поражение при лимфогранулематозе паховых лимфоузлов трактуется как

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IV стадия

223. Изолированное поражение при лимфогранулематозе селезенки означает

а) I стадию

б) II стадию

в) III стадию

г) IV стадию

224. Поражение легочной ткани и забрюшинных лимофузлов при лимфогранулематозе трактуется как

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IV стадия

225. К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся

а) потеря веса, гипертермия до 38 C

б) потеря веса, профузная потливость

в) потеря веса, гипертермия до 38 C, профузная потливость

г) кожный зуд, потеря веса, профузная потливость, гипертермия до 38 C

226. Наиболее прогностически благоприятными морфологическими вариантами лимфогранулематоза является

а) лимфоидное преобладание, лимфоидное истощение

б) лимфоидное преобладание, нодулярный склероз

в) нодулярный склероз, смешанноклеточный вариант

г) смешанноклеточный вариант, лимфоидное истощение

227. Наименее благоприятными прогностическими вариантами лимфогранулематоза являются

а) лимфоидное преобладание, смешанноклеточный вариант

б) нодулярный склероз, лимфоидное истощение

в) смешанноклеточный вариант, лимфоидное истощение

г) лимфоидное преобладание, нодулярный склероз

228. У больного лимфогранулематозом увеличение шейных лимфоузлов с обеих сторон и профузная потливость. Это соответствует

а) IА стадии

б) IIА стадии

в) IIБ стадии

г) IIIА стадии

д) IIIБ стадии

229. При наличии у больного лимфогранулематозом поражения шейных узлов с одной стороны и медиастинальных лимфоузлов следует говорить о распространенности, соответствующей

а) IА стадии

б) IIА стадии

в) IIIА стадии

г) IIIБ стадии

д) IIБ стадии

230. Поражение аксиллярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки до 38 С при лимфогранулематозе расценивается как

а) IIА стадия

б) IIБ стадия

в) IIIА стадия

г) IIIБ стадия

д) IV стадия

231. Поражение при лимфогранулематозе всех групп периферических лимфоузлов в сочетании с профузной потливостью означает наличие

а) IIА стадии

б) IIБ стадии

в) IIIА стадии

г) IIIБ стадии

д) IV стадии

232. При лимфогранулематозе поражение печени и медиастинальных лимфоузлов с симптомами интоксикации означает наличие

а) IIБ стадии

б) IIIА стадии

в) IIIБ стадии

г) IVА стадии

д) IVБ стадии

**18. ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

001. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты

а) все ликвидаторы аварии

б) ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии

в) ликвидаторы 1987-1990 гг.

г) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г.

002. В 1986 г. наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов

а) дошкольники

б) школьники

в) подростки

г) взрослое население

д) ликвидаторы

003. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе

а) центральной нервной системе

б) сердечно-сосудистой системе

в) системе органов кроветворения

г) пищеварительной системе

д) иммунной системе

004. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является

а) тошнота и рвота

б) лейкопения

в) эритема кожи

г) выпадение волос

д) жидкий стул

005. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет

а) 0. 5 Гр

б) 1 Гр

в) 2 Гр

г) 3 Гр

д) 4 Гр

006. Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов

а) эритроцитов

б) лейкоцитов

в) нейтрофилов

г) лимфоцитов

д) тромбоцитов

007. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет

а) 1. 5 Гр

б) 1 Гр

в) 0. 5 Гр

г) 0. 1 Гр

д) любая

008. Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет

а) 0. 25 Гр

б) 0. 5 Гр

в) 1 Гр

г) 1. 5 Гр

д) 2 Гр

009. Единица активности

а) Рентген

б) Грей

в) Беккерель

г) Рад

д) Зиверт

010. Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано

а) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ku/км2

б) лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности

в) детям, проживающим на загрязненных территориях

г) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях

011. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов

а) детей

б) подростков

в) взрослых

г) пенсионеров

д) беременных женщин

012. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается

а) йод

б) цезий

в) стронций

г) плутоний

д) радий

013. "Малыми" принято называть дозы

а) не вызывающие лучевой болезни

б) не вызывающие хромосомных повреждений

в) не вызывающие генных поломок

г) не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы

д) меньшие, чем допустимые дозы облучения

014. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются

а) нарушение половой импотенции

б) гипоспермия

в) водянка яичка

г) наследственные болезни у детей

д) снижение в крови тестостерона

015. Единица поглощенной дозы

а) Грей

б) Зиверт

в) Рентген

г) Кюри

д) Бэр

016. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена

а) локальным внешним облучением конечности

б) поступлением внутрь радионуклидов

в) внешним облучением туловища в дозе менее 0. 5 Гр

г) внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр

д) заболеванием, не связанным с облучением

017. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является

а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла

б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла

в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста

г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

018. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае

а) при поглощенной дозе на плод более 0. 10 Гр

б) при поглощенной дозе на плод более 0. 50 Гр

в) при поглощенной дозе на плод более 1. 0 Гр

г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности

019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет

а) несколько десятков

б) несколько сотен

в) несколько тысяч

г) несколько миллионов

020. Опасность, которую может представлять больной после внешнего g-облучения для медицинского персонала

а) от тела больного исходит g-излучение

б) больной выделяет с мочой радионуклиды

в) никакую

021. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, - это

а) дезактивация кожи

б) прием радиопротектора

в) реанимационные мероприятия

г) гемосорбция

д) купирование рвоты

022. Степень тяжести лучевого поражения определяется

а) содержанием радионуклидов на месте облучения

б) количеством "горячих" частиц в легких

в) количеством радионуклидов в организме

г) степенью угнетения кроветворения

023. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови

а) менее 3 000в мкл

б) менее 100в мкл

в) менее нормы

г) менее 500в мкл

024. Кровоточивость возникает при следующем содержании тромбоцитов в крови

а) менее 150 тыс в мкл

б) менее 100 тыс в мкл

в) менее 50 тыс в мкл

г) менее 40 тыс в мкл

д) менее 10 тыс в мкл

025. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет

а) до 10 случаев в год

б) нисколько

в) менее 100 случаев в год

г) менее 1000 случаев в год

д) 20-30 случаев в год

026. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу

а) на костный мозг

б) на печень

в) на легкие

г) на желудок

д) на щитовидную железу

027. Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются

а) родители больного

б) родные братья или сестры

в) дети больного

г) другие члены семьи

028. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают

а) сердечно-сосудистые заболевания

б) онкологические заболевания

в) травмы и отравления

029. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают

а) сердечно-сосудистые заболевания

б) онкологические заболевания

в) травмы и отравления

030. Нижеперечисленные злокачественные новообразования, наиболее вероятны для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС

а) рак желудка

б) рак легкого

в) лейкозы

г) рак щитовидной железы

д) рак молочной железы

031. Наибольший вклад в риск (вероятность) развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, вносят

а) сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты

б) употребление алкоголя

в) курение

г) употребление продуктов местного производства

д) пребывание в лесах в зоне радиационного контроля

032. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано

а) при дозах облучения менее 3 Гр

б) больным, у которых не было первичной реакции

в) больным с легкой степенью болезни

г) больным, получившим летальные дозы облучения

033. Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов и населения, проживающего в зонах аварии, -

а) направление в санатории, специализирующиеся на лечении лучевой патологии

б) направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями

в) не направлять в санаторий в летний период

г) не направлять в санаторий, если полученная доза превышает допустимые уровни

034. Особенности клинического течения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах

а) никаких

б) утяжеление клинического течения

в) большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию

г) переход острых форм в хронические

д) устойчивость к обычной терапии

**ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Тема: 1) Социальная гигиена и организация здравоохранения**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 003-А | 004-Б | 005-Б | 006-А | 007-А | 009-В |
| 012-В | 015-В | 016-Б | 017-В | 020-Б | 021-Д | 023-А |
| 026-Б | 028-А | 029-А | 030-Б | 031-Б | 032-Г | 033-Е |
| 034-А | 035-Д | 036-Е | 037-Г | 043-Д | 044-Д | 045-В |
| 047-Д | 048-Г | 049-Д |  |  |  |  |

**Тема: 2) Клиническая анатомия и оперативная хирургия**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-В | 003-Б | 004-Д | 005-А | 006-В | 007-Д |
| 008-Д | 009-В | 010-Г | 011-Г | 012-В | 013-В | 014-Г |
| 015-Г | 016-Б | 017-Б | 018-В | 019-Б | 020-В | 021-Г |
| 022-Б | 023-А | 024-А | 025-В | 026-Г | 027-Б | 028-А |
| 029-Б | 030-Г | 031-Д | 032-Г | 033-В | 034-Д | 035-Г |
| 036-Б | 037-Б | 038-Г | 039-В | 040-Б | 041-В | 042-В |
| 043-Б | 044-А | 045-А | 046-Б | 047-Б | 048-А | 049-В |
| 050-Б | 051-В | 052-А | 053-А | 054-Г | 055-Д | 056-Г |
| 057-В | 058-А | 059-Б | 060-Д | 061-В | 062-В | 063-В |
| 064-Г | 065-А | 066-Б | 067-В | 068-А | 069-Б | 070-Б |
| 071-Б | 072-А | 073-А | 074-Б |  |  |  |

**Тема: 3) Общие и функциональные методы обследования в хирургии**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 002-В | 003-Д | 004-Б | 005-В | 006-А | 007-В |
| 008-В | 009-Г | 010-В | 011-Г | 012-Г | 013-Г | 014-Д |
| 015-Д | 016-В | 017-Д | 018-Д | 019-А | 020-В | 021-В |
| 022-Б | 023-Б | 024-Г | 025-Д | 026-Г | 027-Д | 028-А |
| 029-Г | 030-В | 031-Д | 032-Б | 033-В | 034-Г | 035-В |
| 036-Г | 037-Д |  |  |  |  |  |

**Тема: 4) Общие принципы и методы лечения в хирургии**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 002-В | 003-А | 004-Г | 005-Б | 006-В | 007-Б |
| 008-Д | 009-В | 010-А | 011-Б | 012-Г | 013-Б | 014-А |
| 015-Д | 016-В | 017-А | 018-Г | 019-А | 020-В | 021-В |
| 022-В | 023-Д | 024-Б | 025-Б | 026-В | 027-А | 028-Г |
| 029-Д | 030-Г | 031-Д | 032-Б |  |  |  |

**Тема: 5) Обезболивание и интенсивная терапия**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Г | 002-А | 003-В | 004-А | 005-В | 006-А | 007-В |
| 008-Г | 009-Д | 010-Г | 011-В | 012-Б | 013-В | 014-Г |
| 015-Д | 016-А | 017-Г | 018-Г | 019-Г | 020-Д | 021-А |
| 022-Б | 023-Б | 024-В | 025-В | 026-В | 027-В | 028-А |
| 029-Д | 030-В | 031-А | 032-А | 033-Г | 034-А | 035-Г |
| 036-А | 037-Г | 038-А | 039-Д | 040-Д | 041-Б | 042-Г |
| 043-А | 044-А | 045-Б |  |  |  |  |

**Тема: 6) Нейрохирургия, челюстно-лицевая хирургия**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Г | 002-Г | 003-Д | 004-Б | 005-Г | 006-Д | 007-Д |
| 008-Г | 009-Г | 010-В | 011-В | 012-В | 013-Б | 014-В |
| 015-В | 016-А | 017-В | 018-А | 019-Г | 020-В | 021-Г |
| 022-Г | 023-А | 024-В | 025-Д | 026-Г | 027-Д | 028-В |
| 029-А | 030-Б | 031-А | 032-В | 033-Г | 034-Г | 035-Г |
| 036-Г | 037-В | 039-Б | 040-Д | 041-А | 042-Г | 043-В |
| 044-Г | 045-В | 046-Г | 047-В | 048-Г | 049-В | 050-В |
| 051-Г | 052-В | 053-Б | 054-Б | 055-А | 056-Б | 057-Г |
| 058-Д | 059-В | 060-В | 061-А | 062-Б | 063-А | 064-Б |
| 065-Г | 066-Б | 067-В | 068-В | 069-Б | 070-Г | 071-Г |

**Тема: 7) Грудная хирургия**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-В | 003-Д | 004-А | 005-В | 006-Б | 007-В |
| 008.1-Г | 008.2-Б | 009.1-Г | 009.2-Г | 010-Д | 011-Г | 012-Б |
| 013-Б | 014-В | 015-Г | 016-А | 017-Д | 018.1-В | 018.2-А |
| 019-Г | 020-Г | 021-Б | 022-Г | 023-Д | 024-Г | 025-В |
| 026-Д | 027-Д | 028-Г | 029-Б | 030-Д | 031-Д | 032-Б |
| 033-Д | 034-Д | 035-Б | 036-А | 037-А | 038-Д | 039-Б |
| 040-Д | 041-Б | 042-В | 043-Д | 044-Д | 045-А | 046-Г |
| 047-Д | 048-Г | 049-Г | 050-Б | 051-А | 052-Г | 053-Г |
| 054-Г | 055-Д | 056-Г | 057-Г | 058-Д | 059-Д | 060.1-Д |
| 060.2-Д | 060.3-Б | 061-Д | 062-Д | 063-Г | 064-Д | 065-А |
| 066-Д | 067-Д | 068-Д | 069-В | 070-Д | 071-В | 072-В |
| 073-В | 074-В | 075-В | 076-В | 077-Д | 078-В | 079-Д |
| 080-Г | 081-В | 082-Г | 083-Д | 084-Б | 085-А | 086-Б |
| 087-Б | 088-В | 089-А | 090-А | 091-Б | 092-Д | 093-Б |
| 094-Г | 095-Д | 097-Д | 098-Б | 099-В | 100-Д | 101-Б |
| 102-Г | 103-Д |  |  |  |  |  |

**Тема: 8) Хирургия сосудов**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-Б | 003-Г | 004-Б | 005-В | 006-А | 007-Г |
| 008-В | 009-Д | 010-Б | 011-Г | 012-А | 013-Д | 014-А |
| 015-Б | 016-В | 017-Г | 018-Д | 019-Г | 020-Б | 021-А |
| 022-Б | 023-В | 024-Д | 025-Г | 026-А | 027-А | 028-Б |
| 029-А | 030-Г | 031-Г | 032-Д | 033-Б | 034-В | 035-А |
| 036-Д | 037-Д | 038-Б | 039-В | 040-В | 041-Д | 042-Г |
| 043-В | 044-А | 045-В | 046-В | 047-В | 048-Г | 049-Д |
| 050-А | 051-В | 052-В | 053-Г | 054-Д | 055-Г | 056-Д |
| 057-Д | 058-Д | 059-Г | 060-А | 061-Б | 062-Д |  |

**Тема: 9) Хирургия органов брюшной полости**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-Г | 003-Д | 004-Б | 005-А | 006-Д | 007-Д |
| 008-А | 009-Г | 010-Д | 011-А | 012-А | 013-Д | 014-В |
| 015-В | 016-А | 017-Б | 018-Д | 019-Д | 020-Г | 021-В |
| 022-В | 023-Г | 024-А | 025-В | 026-В | 027-Г | 028-А |
| 029-А | 030-Б | 031-Г | 032-Д | 033-Б | 034-В | 035-А |
| 036-Б | 037-А | 038-Б | 039-Д | 040-Д | 041-Г | 042-Д |
| 043-Д | 044-Д | 045-Д | 046-Г | 047-В | 048-В | 049-Г |
| 050-В | 051-Д | 052-Г | 053-В | 054-Д | 055-Г | 056-Д |
| 057-Г | 058-Г | 059-В | 060-Д | 061-В | 062-Б | 063-Д |
| 064-Д | 065-Д | 066-Б | 067-Г | 068-Б | 069-Д | 070-Б |
| 071-А | 072-Б | 073-А | 074-Д | 075-Д | 076-А | 077-Б |
| 078-Д | 079-Б | 080-В | 081-Б | 082-А | 083-Г | 084-Д |
| 085-Г | 086-Д | 087-Д | 088-Д | 089-А | 090-А | 091-Д |
| 092-Б | 093-А | 094-В | 095-Г | 096-Д | 097-Д | 098-Д |
| 099-Д | 100-Д | 101-Д | 102-Д | 103-В | 104-Д | 105-В |
| 106-В | 107-Б | 108-В | 109-В | 110-Д | 111-В | 112-Д |
| 113-В | 114-Д | 115-Д | 116-Г | 117-Г | 118-А | 119-Д |
| 120-А | 121-В | 122-Д | 123-Г | 124-Д | 125-Д | 126-Г |
| 127-Д | 128-Г | 129-В | 130-Г | 131-Г | 132-В | 133-Б |
| 134-Д | 135-Д | 136-В | 137-Г | 138-Г | 139-В | 140-А |
| 141-В | 142-Д | 143-Д | 144-Б | 145-Д | 146-А | 147-Б |
| 148-В | 149-А | 150-Д | 151-Д | 152-В | 153-А | 154-А |
| 155-В | 156-А | 157-Д | 158-Д | 159-Д | 160-Д | 161-Д |
| 162-Д | 163-Д | 164-Г | 165-Д | 166-Д | 167-Д | 168-Д |
| 169-Д | 170-А | 171-А | 172-Б | 173-Д | 174-Д | 175-Д |
| 176-В | 177-В | 178-В | 179-Г | 180-В | 181-Г | 182-Д |
| 183-В | 184-В | 185-Д | 186-Г | 187-Д | 188-В | 189-В |
| 190-Д | 191-В | 192-Д | 193-Д | 194-Д | 195-В | 196-Д |
| 197-Г | 198-Г | 199-А | 200-Г | 201-Д | 202-В | 203-В |
| 204-Д | 205-Д | 206-В | 207-Д | 208-Г | 209-Г | 210-Д |
| 211-Д | 212-Д | 213-Д | 214-Д | 215-Д | 216-Д |  |

**Тема: 10) Травматология и ортопедия**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 002-А | 003-Б | 004-Б | 005-А | 006-Б | 007-В |
| 008-А | 009-Д | 010-Б | 011-А | 012-Д | 013-Д | 014-А |
| 015-Д | 016-А | 017-Д | 018-Г | 019-Б | 020-Г | 021-Д |
| 022-В | 023-Д | 024-В | 025-А | 026-Д | 027-Д | 028-Б |
| 029-Г | 030-Д | 031-В | 032-В | 033-Б | 034-В | 035-В |
| 036-Г | 037-В | 038-Г | 039-В | 040-В | 041-Д | 042-В |
| 043-В | 044-Б | 045-Б | 046-В | 047-В | 048-В | 049-Б |
| 050-Б | 051-В | 052-В | 053-Г | 054-Д | 055-Д | 056-Г |
| 057-Д | 058-Г | 059-Г | 060-Д | 061-Д | 062-Б | 063-В |
| 064-Б | 065-Д | 066-А | 067-Д | 068-Б | 069-В | 070-Г |
| 071-А | 072-Г | 073-Д | 074-Д | 075-Б | 076-Б | 077-Б |
| 078-В | 079-В | 080-Г | 081-А | 082-А | 083-А | 084-Д |
| 085-Д | 086-Г | 087-Г | 088-Г | 089-Г | 090-Г | 091-В |
| 092-В | 093-Б | 094-Д | 095-Б |  |  |  |

**Тема: 11) Термические повреждения (ожоги, отморожения)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-Д | 003-Д | 004-Д | 005-В | 006-В | 007-А |
| 008-Д | 009-Д | 010-Д | 011-В | 012-В | 013-В | 014-Г |
| 015-В | 016-Д | 017-Д | 018-В | 019-Б | 020-Д | 021-Б |
| 022-Б | 023-В | 024-Г | 025-А | 026-В | 027-В | 028-Б |
| 029-В | 030-Д | 031-В | 032-Г | 033-Б | 034-А | 035-В |
| 036-Д | 037-Д | 038-Б | 039-Б | 040-Д | 041-Г | 042-Б |
| 043-А | 044-Д | 045-Б | 046-Б |  |  |  |

**Тема: 12) Проктология**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 002-А | 003-Д | 004-А | 005-В | 006-Д | 007-А |
| 008-Д | 009-А | 010-А | 011-В | 012.1-Г | 012.2-В | 012.3-Г |
| 013-Г | 014-В | 015-А | 016-Г | 017-Г | 018-В | 019-Г |
| 020-В | 021-В | 022-Б | 023-Г | 024-В | 025-А | 026-Г |
| 027-Д | 028-Д | 029-В | 030-Б | 031-Д | 032-В | 033-А |
| 034-В | 035-В | 036-В | 037-Б | 038-Б | 039-В | 040-В |
| 041-В | 042-В |  |  |  |  |  |

**Тема: 13) Урология**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 002-В | 003-В | 004-Г | 005-Д | 006-Г | 007-А |
| 008-Д | 009-Г | 010-Г | 011-Д | 012-Д | 013-Г | 014-В |
| 015-Б | 016-Д | 017-Г | 018-Д | 019-Г | 020-Г | 021-Д |
| 022-Д | 023-А | 024-А | 025-В | 026-Г | 027-В | 028-Б |
| 029-Д | 030-Д | 031-В | 032-В | 033-Б | 034-В | 035-Б |
| 036-Д | 037-А | 038-Д | 039-Д | 040-Б | 041-Г | 042-В |
| 043-В | 044-В | 045-В | 046-Д | 047-А | 048-А | 049-Д |
| 050-А | 051-Д | 052-В | 053-А | 054-А | 055-В | 056-Г |
| 057-Г | 058-В | 059-Б | 060-Д | 061-Б | 062-В | 063-Г |
| 064-Б | 065-Б | 066-Д | 067-Б | 068-В | 069-Г | 070-В |
| 071-А | 072-Б | 073-В | 074-Д | 075-В | 076-В | 077-В |
| 078-Д | 079-В | 080-Д | 081-Г | 082-Д | 083-Д | 084-Б |
| 085-Г | 086-Г | 087-В | 088-Д | 089-Б | 090-В | 091-Д |
| 092-Б | 093-Д | 094-Д | 095-Д | 096-Б | 097-В | 098-Б |
| 099-В | 100-Б | 101-Д |  |  |  |  |

**Тема: 14) Гнойная хирургия**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 002-Д | 003-Б | 004-Б | 005-А | 006-В | 007-Д |
| 008-Б | 009-В | 010-Д | 011-А | 012-Д | 013-Д | 014-Д |
| 015-В | 016-В | 017-Г | 018-Д | 019-В | 020-Д | 021-Г |
| 022-В | 023-Г | 024-В | 025-Г | 026-В | 027-Г | 028-Г |
| 029-В | 030-Д | 031-Г | 032-Г | 033-А | 034-Г | 035-А |
| 036-Г | 037-В | 038-Б | 039-А | 040-Б | 041-Б | 042-А |
| 043-Г | 044-В | 045-Д | 046-Г | 047-Д | 048-Д | 049-Б |
| 050-В | 051-Б | 052-Д | 053-Г | 054-Г | 055-Г | 056-А |
| 057-Г | 058-В | 059-Г | 060-В | 061-А | 062-А | 063-В |
| 064-Г | 065-Г | 066-Б | 067-В | 068-Г | 069-Г | 070-В |
| 071-Г | 072-Д | 073-В | 074-А | 075-Д | 076-В | 077-Г |
| 078-В | 079-В | 080-Д | 081-А | 082-Б | 083-Д | 084-Д |
| 085-Д | 086-Г | 087-А | 088-В | 089-Д | 090-В | 091-Г |
| 092-Д | 093-Г | 094-А | 095-А | 096-Г | 097-Б | 098-Г |
| 099-А | 100-Г | 101-Д | 102-Б | 103-Д | 104-В | 105-Г |
| 106-Б | 107-В | 108-В | 109-Б | 110-Г | 111-Д | 112-В |
| 113-А | 114-Б | 115-Д | 116-Г | 117-Б | 118-А | 119-Б |
| 120-Б | 121-В |  |  |  |  |  |

**Тема: 15)Детская хирургия**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-В | 002-Б | 003-Г | 004-В | 005-А | 006-В | 007-Г |
| 008-Г | 009-Б | 010-А | 011-Г | 012-А | 013-Б | 014-В |
| 015-Г | 016-Б | 017-В | 018-В | 019-А | 020-В | 021-В |
| 022-А | 023-А | 024-В | 025-А | 026-В | 027-Г | 028-В |
| 029-А | 030-В | 031-Г | 032-Г | 033-В | 034-Г | 035-В |
| 036-Г | 037-Б | 038-В | 039-Б | 040-Г | 041-В | 042-Б |
| 043-В | 044-Б | 045-Б | 046-А | 047-Б | 048-В | 049-А |
| 050-В | 051-А | 052-Б | 053-А | 054-В | 055-В | 056-В |
| 057-В | 058-В | 059-А | 060-В | 061-Г | 062-Г | 063-Г |
| 064-Г | 065-Д | 066-Б | 067-Б | 068-Г | 069-А | 070-А |
| 071-Г | 072-В | 073-В | 074-Б | 075-А | 076-А | 077-В |
| 078-Д | 079-Г | 080-В | 081-Б | 082-Б | 083-Г | 084-Г |
| 085-Г |  |  |  |  |  |  |

**Тема: 16) Хирургия эндокринной системы**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Г | 002-Д | 003-А | 004-Д | 005-Д | 006-Г | 007-Д |
| 008-А | 009-В | 010-Г | 011-Д | 012-В | 013-Б | 014-В |
| 015-В | 016-Б | 017-Д | 018-А | 019-Д | 020-Д | 021-Д |
| 022-Д | 023-Д | 024-Д | 025-Г | 026-Д | 027-Д | 028-А |
| 029-Д | 030-Д | 031-Д | 032-Д | 033-А | 034-А | 035-В |
| 036-А | 037-А | 038-Д | 039-Д | 040-В | 041-Б | 042-Г |
| 043-Д | 044-В | 045-Г | 046-Д | 047-В | 048-Д | 049-Д |
| 050-А | 051-Б | 052-В | 053-Б | 054-Д | 055-Д | 056-Г |
| 057-Б | 058-Б | 059-Д | 060-Б | 061-В | 062-Д | 063-Д |
| 064-А | 065-В | 066-А | 067-В | 068-В | 069-А | 070-В |
| 071-Г | 072-Г | 073-Д | 074-Б | 075-Д | 076-В | 077-В |
| 078-В | 079-Д | 080-Д | 081-Б | 082-Б | 083-В | 084-Г |
| 085-Д | 086-Д | 087-А | 088-Д | 089-А | 090-Г | 091-Д |
| 092-В | 093-Д | 094-Д | 095-Д | 096-Д | 097-Д | 098-Г |
| 099-Д | 100-Д | 101-Д | 102-В | 103-Д | 104-Д | 105-Д |
| 106-А | 107-Г | 108-Д | 109-А | 110-А | 111-Б | 112-В |
| 113-Б | 114-Г | 115-В | 116-Г | 117-Д | 118-Д | 119-В |

**Тема: 17) Онкология**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 002-В | 003-В | 004-Д | 005-Д | 006-Б | 007-Г |
| 008-А | 009-Б | 010-В | 011-Г | 012-Д | 013-В | 014-В |
| 015-А | 016-Д | 017-А | 018-Б | 019-Г | 020-Г | 021-Г |
| 022-Д | 023-Д | 024-Г | 025-Г | 026-Д | 027-Б | 028-В |
| 029-А | 030-Г | 031-А | 032-В | 033-Д | 034-В | 035-Б |
| 036-Г | 037-Б | 038-Г | 039-В | 040-Б | 041-А | 042-А |
| 043-Д | 044-Д | 045-Б | 046-В | 047-Б | 048-Д | 049-А |
| 050-Г | 051-Б | 052-А | 053-Б | 054-Г | 055-Д | 056-В |
| 057-Г | 058-Г | 059-В | 060-А | 061-Г | 062-А | 063-Г |
| 064-А | 065-А | 066-А | 067-В | 068-Г | 069-Е | 070-Б |
| 071-Б | 072-А | 073-А | 074-А | 075-В | 076-Б | 077-Г |
| 078-А | 079-Б | 080-А | 081-Б | 082-В | 083-Г | 084-А |
| 085-Б | 086-В | 087-Д | 088-А | 089-Г | 090-Г | 091-Г |
| 092-Г | 093-Б | 094-В | 095-Д | 096-Б | 097-В | 098-Г |
| 099-А | 100-Г | 101-В | 102-Б | 103-А | 104-Г | 105-Д |
| 106-В | 107-В | 108-Г | 109-Д | 110-Г | 111-В | 112-В |
| 113-Г | 114-Г | 115-В | 116-В | 117-А | 118-Б | 119-Д |
| 120-А | 121-Г | 122-Д | 123-В | 124-Д | 125-Г | 126-А |
| 127-Д | 128-В | 129-А | 130-Г | 131-Б | 132-А | 133-Г |
| 134-Г | 135-В | 136-А | 137-Г | 138-Д | 139-Д | 140-Д |
| 141-Д | 142-Г | 143-Б | 144-Г | 145-Б | 146-Д | 147-В |
| 148-Д | 149-Б | 150-В | 151-Г | 152-Г | 153-В | 154-А |
| 155-Б | 156-Д | 157-А | 158-Г | 159-Г | 160-Д | 161-Г |
| 162-В | 163-Г | 164-Г | 165-Д | 166-Д | 167-Д | 168-А |
| 169-Д | 170-Д | 171-Б | 172-Г | 173-В | 174-Д | 175-Г |
| 176-А | 177-Д | 178-Г | 179-В | 180-Д | 181-А | 182-А |
| 183-Г | 184-В | 185-Г | 186-В | 187-Д | 188-В | 189-А |
| 190-Г | 191-Д | 192-А | 193-В | 194-Б | 195-Б | 196-Д |
| 197-А | 198-А | 199-Г | 200-Г | 201-А | 202-Д | 203-Г |
| 204-Б | 205-В | 206-Д | 207-Г | 208-А | 209-А | 210-Д |
| 211-В | 212-А | 213-А | 214-А | 215-А | 216-В | 217-Б |
| 218-Б | 219-В | 220-В | 221-Б | 222-А | 223-А | 224-Г |
| 225-В | 226-Б | 227-В | 228-В | 229-Б | 230-Г | 231-Г |
| 232-Д |  |  |  |  |  |  |

**Тема: 18) Основы радиационной медицины**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-А | 003-В | 004-А | 005-Б | 006-Г | 007-А |
| 008-Г | 009-В | 010-Б | 011-Б | 012-А | 013-Г | 014-Б |
| 015-А | 016-Г | 017-А | 018-А | 019-Б | 020-В | 021-В |
| 022-Г | 023-Г | 024-Г | 025-А | 026-В | 027-Б | 028-В |
| 029-А | 030-Г | 031-В | 032-В | 033-Б | 034-А |  |