

**С п и с о к т е с т о в ы х з а д а н и й п о Ф X в е с е н н и й с е м е с т р**

2	1	Острая артериальная непроходимость I		
1		Для острой ишемии конечности II-Б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, характерны все перечисленные симптомы, кроме:		
		Мышечная контрактура в голеностопном суставе		
		Боли в конечности		
		"Мраморный рисунок" кожных покровов конечности		
		Похолодание конечности		
		Отсутствие активных движений в суставах конечности		
2		Причиной острой окклюзии плечевой артерии может явиться любое заболевание, кроме:		
		Аневризмы брюшного отдела аорты		
		Митрального стеноза		
		Аневризмы сердца		
		Инфаркта миокарда		
		Тромбоэмболии плечевой артерии		
3		Причиной острой окклюзии подключичной артерии может явиться любое заболевание, кроме:		
		Илео-фemorального флеботромбоза		
		Митрального стеноза		

		Аневризмы сердца		
		Инфаркта миокарда		
		Компрессионного сдавления подключичной артерии добавочным шейным ребром		
4		При эмболии артерий нижней конечности, сопровождающейся острой ишемией, операция эмболэктомиа показана во всех случаях, кроме:		
		Тотальной контрактуры суставов пораженной конечности		
		Острого инфаркта миокарда		
		Острого ишемического инсульта		
		Пневмонии		
		Субфасциального отека голени		
5		Больному поставлен следующий диагноз: - «Эмболия бифуркации аорты, отек легких». В данном случае показано выполнение:		
		Экстренная эмболэктомиа из бифуркации аорты параллельно с реанимационными мероприятиями		
		Отсроченная эмболэктомиа из бифуркации аорты после купирования отека лёгких		
		Эмболэктомиа из лёгочных артерий и пликация нижней полой вены		

		Аорто-бедренное шунтирование после купирования отёка лёгких		
		Имплантация кава-фильтра и тромболитическая терапия		
6		При эмболии бедренной артерии, ишемии II-Б степени, правильным методом лечения будет:		
		Экстренная операция – эмболэктомия		
		Тромболитическая терапия стрептазой		
		Чрескожная эндоваскулярная дилатация артерии		
		Антикоагулянтная терапия		
		Первичная ампутация конечности		
7		Больному, страдающему митральным пороком сердца мерцательной аритмией, перенесшему сутки назад эмболэктомию из бедренной артерии, противопоказана:		
		Тромболитическая терапия.		
		Противовоспалительная терапия		
		Антикоагулянтная терапия.		
		Антибактериальная терапия.		
		Дезинтоксикационная терапия.		
8		Для острой ишемии конечности II-Б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, характерны все перечисленные симптомы, кроме:		

		Мышечная контрактура в голеностопном суставе		
		Боли в конечности		
		"Мраморный рисунок" кожных покровов конечности		
		Похолодание конечности		
		Отсутствие активных движений в суставах конечности		
9		У больного 60 лет, ранее перенесшего инфаркт миокарда, за 6 часов до госпитализации внезапно появились боли в левой ноге, наблюдалось ее похолодание, активные движения в голеностопном суставе стали ограничены, пульсация артерий конечности определяется тотчас ниже паховой связки, дистальнее не определяется. Поставьте правильный диагноз.		
		Эмболия левой бедренной артерии, ишемия II-ой степени		
		Эмболия левой подколенной артерии, ишемия I-ой степени		
		Эмболия левой подвздошной артерии, ишемия II-ой степени		
		Острый илио-фemorальный венозный тромбоз		
		Начинающаяся венозная гангрена		
10		Какое из оперативных вмешательств наиболее предпочтительно при эмболии бифуркации бедренной артерии:		
		Экстренная эмболэктомия из бедренной артерии		
		Отсроченная эмболэктомия из бедренной артерии		

		Пликация нижней полой вены		
		Аорто-бедренное шунтирование		
		Бедренно-подколенное шунтирование		
11		При эмболии правой общей подвздошной артерии, сопровождающейся тотальной контрактурой конечности, оптимальным методом лечения будет:		
		Первичная ампутация конечности		
		Тромболитическая терапи		
		Экстренная эмболэктомия с последующей гемосорбцией		
		Антикоагулянтная терапия		
		Введение миорелаксантов		
12		У больного 65 лет, страдающего ИБС и мерцательной аритмией, внезапно появились боли в обеих нижних конечностях. При осмотре отмечается похолодание кожи обеих нижних конечностей. Кожные покровы нижних конечностей бледные, наблюдается мраморный рисунок. Пульсация обеих бедренных артерий не определяется. Поставьте диагноз.		
		Эмболия бифуркации аорты		
		Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз		
		Эмболия правой бедренной артерии		
		Острый тромбоз нижней полой вены		
		Синдром Лериша		

13		Выберите оптимальный доступ для оперативного вмешательства у больного с эмболией бифуркации аорты		
		Двухсторонний бедренный доступ		
		Продольная стернотомия		
		Внебрюшинный доступ по Пирогову		
		Тораколапаротомия		
		Нижнесрединная лапаротомия		
14		У больного 34 лет без сердечно-сосудистого анамнеза диагностировано нарушение кровообращения в правой плечевой артерии, ишемия II степени. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин. По результатам ЭКГ и эхокардиографии патологии не обнаружено. Укажите наиболее вероятную причину острой артериальной непроходимости:		
		Компрессионное сдавление подключичной артерии добавочным шейным ребром		
		Митральный стеноз		
		Неспецифический аортоартериит		
		Острый тромбоз глубоких вен голени		
		Аневризма сердца		
15		При эмболии бедренной артерии, ишемии II-Б степени, правильным методом лечения будет:		

	Экстренная восстановительная операция - эмболтромбэктомия.		
	Тромболитическая терапия стрептазой		
	Антикоагулянтная терапия		
	Первичная ампутация конечности		
	Чрескожная эндоваскулярная дилатация артерии		
16	Условия, способствующие развитию тромбоза сосудов все, кроме:		
	гемофилия		
	замедление тока крови		
	ускорение времени свертываемости крови		
	повреждение интимы сосуда		
	кататеризация сосуда		
17	Причиной ишемической гангрены конечности может быть:		
	артериальный тромбоз		
	геморрагический васкулит		
	острый венозный тромбоз		
	варикотромбофлебит		
	жировая эмболия		

18	Наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних конечностей является:		
	облитерирующий тромбангит		
	облитерирующий атеросклероз		
	пункция и катетеризация артерии		
	экстравазальная компрессия артерии		
	полицитемия		
19	Что из нижеперечисленных методов не оказывает влияния на возникновение тромбоза сосуда?		
	понижение свертываемости крови		
	замедление тока крови		
	повышение свертываемости крови		
	спазм сосуда		
	поражение интимы сосуда		
20	Причиной ишемической гангрены конечности может быть:		
	артериальная эмболия		
	митральный стеноз		
	встрый венозный тромбоз		
	варикотромбофлебит		
	жировая эмболия		



21		Для острой ишемии конечности 2В степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, нехарактерно:		
		мышечная контрактура конечности		
		боль в конечности		
		«мраморный» рисунок кожных покровов		
		похолодание конечности		
		отсутствие активных движений в суставах конечности		
22		Для острой ишемии конечности 1Б степени не характерны:		
		субфасциальный отёк		
		чувство похолодания и анемения в конечности		
		парестезии		
		боли в покое		
		бледность кожи		
23		Для острой ишемии конечности 3 Б степени, развившейся при эмболии бедренной артерии, характерны следующие признаки, кроме:		
		ограничение активных движений в суставах конечности		
		боль в конечности		
		похолодание конечности		

		резкая болезненность при попытке пассивных движений в суставах конечности		
		тотальная мышечная контрактура		
24		Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:		
		мерцательная аритмия		
		атеросклероз дуги аорты		
		тромбоз вен большого круга кровообращения		
		аневризмы аорты		
		аневризма сердца		
25		В дифференциальной диагностике острого артериального тромбоза от эмболии важную роль играет следующий критерий:		
		мерцательная аритмия		
		пол пациента		
		возраст пациента		
		уровень отсутствия пульсации артерий конечности		
		отёк обеих конечностей		
26		Больная 34 лет, страдающая ревматическим митральным стенозом, поступила в хирургический стационар с клинической картиной эмболии правой плечевой артерии		

		(ишемия II-A степени) через 6 часов с момента заболевания. Укажите правильную тактику лечения больной:		
		Экстренная эмболэктомия из плечевой артерии.		
		Экстренная митральная комиссуротомия.		
		Комплексная антитромботическая терапия.		
		Тромболитическая терапия.		
		Митральная комиссуротомия в плановом порядке.		
27		Больная, страдающая ИБС и мерцательной аритмией, жалуется на резкие боли в ногах, выраженную одышку, которые появились 7 часов назад. Состояние больной тяжелое, имеются признаки отека легких, артериальная гипертензия 190/110 мм рт. ст. Обе нижние конечности и ягодицы с выраженным мраморным рисунком, холодные на ощупь. Активные движения отсутствуют, пассивные сохранены. Определяется полная анестезия конечностей. Пульсация бедренных артерий отсутствует. Чем обусловлено данное состояние больной?		
		Острая левожелудочковая недостаточность		
		Тромбоэмболия легочных артерий		
		Эмболия бифуркации аорты		
		Острый тромбоз нижней полой вены		
		Синдром Лериша		

28	Пациентка 34 лет, страдающая ревматическим митральным стенозом, поступила в хирургический стационар с клинической картиной эмболии левой подключичной артерии (ишемия II-Б степени) через 6 часов с момента заболевания. Укажите правильную тактику лечения больной:		
	Экстренная эмболэктомия из подключичной артерии		
	Имплантация кафа-фильтра в нижнюю полую вену		
	Комплексная антитромботическая терапия.		
	Тромболитическая терапия.		
	Экстренная митральная комиссуротомия.		
29	При эмболии бедренной артерии, ишемии 3-Б степени (тотальная контрактура конечности) методом выбора является		
	Экстренная эмболэктомия		
	Тромболитическая терапия		
	Антикоагулянтная терапия		
	Симптоматическая терапия		
	Первичная ампутация конечности		
30	Причиной эмболии плечевой артерии может явиться любое заболевание, кроме:		
	Митрального стеноза		
	Острого инфаркта миокарда		

		Аневризмы сердца		
		Аневризмы брюшного отдела аорты		
		Компрессионного сдавления подключичной артерии добавочным шейным ребром		
31		О жизнеспособности ишемизированной конечности на почве артериальной эмболии можно судить по данным следующего метода:		
		Сфигмографии		
		Реовазографии		
		Сцинтиграфии с Tc99 (технецием)-пирофосфатом		
		Плетизмографии		
		Термографии		
32		Наиболее совершенным инструментом для эмболэктомии из магистральной артерии является:		
		Сосудистое кольцо Вольмара		
		Вакуум-отсос		
		Баллонный катетер Фогарти		
		Корзинка Дормиа		
		Окончатые щипцы		
33		Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:		

		Синдром Лериша		
		Мерцательная аритмия		
		Тромбоз вен большого круга кровообращения		
		Аневризма аорты		
		Рудиментарное шейное ребро		
34		Операция эмболтромбэктомия при острой непроходимости бифуркации аорты и артерий конечности при тяжёлой ишемии (2-Б) показана во всех случаях, кроме:		
		Сопутствующего острого инфаркта миокарда		
		Сопутствующего острого ишемического инсульта		
		Сопутствующей абсцедирующей пневмонии		
		Развития тотальной контрактуры поражённой конечности		
		Развития парастезий конечностей		
35		При эмболэктомии из бифуркации аорты наиболее часто применяется оперативный доступ:		
		Нижнесрединная лапаротомия		
		Забрюшинный по Робу		
		Односторонний бедренный		
		Двусторонний бедренный		
		Торакофренолапаротомия		

36		В топической диагностике острой артериальной непроходимости наиболее информативным методом исследования является:		
		Сфигмография		
		Реовазография		
		Аорто-артериография		
		Плетизмография		
		Термография		
37		При развитии эмболии подколенной артерии, ишемии 2-Б степени, у больного с геморрагическим инсультом необходима:		
		Экстренная эмболтромбэктомия		
		Тромболитическая терапия		
		Антикоагулянтная терапия		
		Симптоматическая терапия		
		Первичная ампутация конечности		
38		Наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних конечностей является:		
		Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены		
		Облитерирующий атеросклероз		
		Пункция и катетеризация артерии		

		Экстравазальная компрессия артерии		
		Полицитемия		
39		Для острой ишемии конечности 2-А степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, не характерно:		
		Боль в конечности		
		Бледность кожных покровов конечности		
		Похолодание конечности		
		Ограничение активных движений в голеностопном суставе		
		Мышечная контрактура в суставах конечности		
40		При эмболии бедренной артерии, ишемии конечности 2-Б степени, методом выбора является:		
		Тромболитическая терапия стрептазой		
		Антикоагулянтная терапия		
		Экстренная эмболтромбэктомия		
		Первичная ампутация конечности		
		Чрескожная интраваскулярная дилатация артерии		
41		При эмболии бедренной артерии и развившейся контрактуры конечности в голеностопном и коленном суставах методом выбора является:		



		Экстренная эмболэктомия с последующей гемосорбцией		
		Тромболитическая терапия		
		Антикоагулянтная терапия		
		Симптоматическая терапия		
		Первичная ампутация конечности		
42		Операция эмбол-или тромбэктомия при острой непроходимости артерий конечности при тяжёлой ишемии показана во всех случаях, кроме:		
		При развитии острого инфаркта миокарда		
		При развитии тотальной контрактуры в суставах поражённой конечности		
		При остром ишемическом инсульте		
		В случае абсцедирующей пневмонии		
		При субфасциальном отёке голени		
43		Больная, 34 лет, страдающая ревматическим митральным стенозом, поступила в хирургический стационар с признаками эмболии правой плечевой артерии через 6 часов с момента заболевания, ишемия конечности 2-А. Какое тактическое решение будет правильным?		
		Комплексная антитромботическая терапия		
		Тромболитическая терапия		
		Экстренная эмболэктомия из плечевой артерии		

		Экстренная митральная комиссуротомия		
		Митральная комиссуротомия в плановом порядке		
44		При эмболии бедренной артерии и развившейся контрактуры конечности в голеностопном и коленном суставах методом выбора является:		
		Экстренная эмболэктомия		
		Тромболитическая терапия		
		Антикоагулянтная терапия		
		Симптоматическая терапия		
		Первичная ампутация конечности		
45		Для острой ишемии конечности 3-Б степени, развившейся при эмболии бедренной артерии, характерен следующий клинический признак, отличающий её от других степеней ишемии:		
		Боль в конечности		
		Похолодание конечности		
		Отсутствие активных движений в суставах конечности		
		Резкая болезненность при попытке пассивных движений в суставах конечности		
		Тотальная мышечная контрактура		

46		Для выполнения операции эмболэктомии из бифуркации аорты оптимальным оперативным доступом будет:		
		Двухсторонний бедренный доступ		
		Нижнесрединная лапаротомия		
		Торакофренолапаротомия		
		Односторонний бедренный доступ		
		Левосторонняя люмботомия.		
2	2	Острая артериальная непроходимость 2		
1		Для острой окклюзии магистральных артерий конечности типично:		
		Бледность конечности		
		Боли в конечности		
		Выраженный отёк конечности		
		Парестезии конечности		
		Исчезновение пульса на дистальных артериях стопы		
2		При отсутствии у больного с эмболией бедренной артерии какого-либо заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить:		
		Аневризму аорты		
		Аневризму подвздошной артерии		
		Атероматоз аорты с пристеночным тромбом		

		Тромбоз верхней брыжеечной вены		
		Добавочное шейное ребро с сдавлением подключичной артерии		
3		Для эмболии поверхностной бедренной артерии характерно:		
		Отсутствие пульсации общей бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой		
		Отсутствие пульсации поверхностной бедренной артерии в Гунтеровом канале		
		Отсутствие пульсации подколенной артерии		
		Усиление (по сравнению с другой конечностью) пульсации общей бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой		
		Усиление пульсации подколенной артерии		
4		При решении вопроса о тактике лечения больного с тяжелой ишемией конечности неизвестного генеза оптимальным является следующее сочетание инструментальных методов исследования:		
		Сфигмография		
		Аортоартериография		
		Термография		
		Ультразвуковая доплерография		
		Окклюзионная плетизмография		

5		Для острой ишемии конечности 1-Б степени, развившейся в результате эмболии бедренной артерии, характерны следующие признаки:		
		Чувство онемения и похолодания конечности		
		Парестезии		
		Боли в покое		
		Ограничение активных движений в суставах конечности		
		Субфасциальный мышечный отёк		
6		В дифференциальной диагностике острого тромбоза бедренной артерии с острым илиофemorальным венозным тромбозом важную роль играют следующие критерии		
		Пол		
		Возраст		
		Наличие резкого отёка бедра и голени		
		Отсутствие пульсации артерий конечности		
		Похолодание конечности		
7		В зоне острой ишемии при эмболии магистральных артерий нижней конечности наблюдаются следующие патологические процессы:		
		Метаболический алкалоз		

		Метаболический ацидоз		
		Деструкция миоцитов		
		Уменьшение вязкости крови		
		Гиперагрегация тромбоцитов.		
8		Для острой ишемии конечности 3-Б степени, развившейся при эмболии бедренной артерии, характерны следующие признаки;		
		Боль в конечности		
		Сохранение активных движений в суставах конечности		
		Отсутствие активных движений в суставах конечности		
		Резкая болезненность при попытке пассивных движений в суставах конечности		
		Тотальная мышечная контрактура		
9		В дифференциальной диагностике острых артериальных тромбозов от эмболии важную роль играют следующие критерии:		
		Пол		
		Масса тела		
		Отсутствие пульсации артерий конечности		
		Мерцательная аритмия		
		Перемежающаяся хромота		

10	При проведении дифференциальной диагностики между острым подвздошно-бедренным венозным тромбозом и тромбоэмболией бедренной артерии необходимо учитывать следующие признаки:		
	Характер отёка		
	Окраску кожи		
	Массу тела		
	Наличие мышечной контрактуры		
	Пульсацию артерий стопы		
11	Инфаркт кишечника вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии обычно возникает у больных:		
	Страдающих митральным стенозом		
	Страдающих ИБС и мерцательной аритмией		
	Перенёсших инфаркт миокарда		
	Страдающих неспецифическим аорто-артериитом		
	Страдающих циррозом печени		
12	При эмболии верхней брыжеечной артерии выполняют следующие виды оперативных вмешательств:		
	«Чистую» эмболэктомию на верхней брыжеечной артерии		
	Эмболэктомию в сочетании с резекцией тонкой кишки		

		Эмболэктомию в сочетании с резекцией левой половины толстой кишки		
		Резекцию участка подвздошной кишки и правой половины ободочной кишки		
		Тотальную резекцию тощей и подвздошной кишки, правой половины ободочной кишки		
13		Для эмболии подколенной артерии характерны клинические признаки:		
		Отсутствие пульсации бедренной артерии		
		Усиление венозного рисунка конечности		
		Отсутствие пульсации артерий на стопе		
		Боли в бедре		
		Боли в голени		
14		Больная, 70 лет, страдающая ИБС и мерцательной аритмией, жалуется на резкие боли в ногах, выраженную одышку, которые появились 7 часов назад. Состояние больной крайне тяжёлое, имеются признаки отёка лёгких; Обе нижние конечности и ягодицы с выраженным мраморным рисунком, холодные на ощупь. Активные движения отсутствуют, пассивные – сохранены. Определяется полная анестезия конечностей. Пульсация бедренных артерий отсутствует. Чем обусловлено данное состояние больной?		
		Тромбоэмболия лёгочных артерий		
		Выраженная интоксикация, циркуляторный шок		



		Острый тромбоз нижней полой вены		
		Синдром Лериша		
		Эмболия бифуркации аорты		
15		При отсутствии у больного с эмболией бедренной артерии какого-либо заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить:		
		Аневризму аорты		
		Аневризму подвздошной артерии		
		Атероматоз аорты с пристеночным тромбозом		
		Тромбоз воротной вены		
		Тромбоз почечной артерии		
16		К современным высокотехнологичным способам реваскуляризации конечностей относятся все, кроме следующих:		
		Операция Опеля		
		Поясничная симпатэктомия		
		Роторная дезоблитерация		
		Баллонная ангиопластика		
		Стентирование артерий		

17	В зоне острой ишемии при эмболии магистральных артерий нижней конечности наблюдаются следующие патологические процессы:		
	Метаболический ацидоз		
	Деструкция миоцитов.		
	Метаболический алкалоз		
	Уменьшение вязкости крови		
	Тромбоцитопения		
18	Для эмболии бифуркации бедренной артерии характерны следующие клинические признаки:		
	Отсутствие пульсации бедренной артерии в гунтеровом канале		
	Отсутствие пульсации подколенной артерии		
	Усиление (по сравнению с контралатеральной конечностью) пульсации бедренной артерии тотчас ниже пупартовой связки		
	Резкий отек всей нижней конечности		
	Отсутствие пульсации бедренной артерии тотчас ниже пупартовой связки		
19	Причинами тромбоза может быть все, кроме:		
	массивного кровотечения		
	дислипидемия		

		повреждение интимы		
		замедления кровотока и застоя		
		нарушения свёртывания крови		
20		При отсутствии у больного с эмболией бедренной артерии какого-либо заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить:		
		Аневризму аорты		
		Аневризму подвздошной артерии		
		Атероматоз аорты с пристеночным тромбом		
		Тромбоз верхней брыжеечной вены		
		Добавочное шейное ребро со сдавленной подключичной артерией		
21		У больной 56 лет, страдающей ИБС и мерцательной аритмией, диагностирована эмболия правой подвздошной артерии. При исследовании системы гемостаза у этой больной можно ожидать следующие нарушения:		
		гиперкоагуляция		
		угнетение фибринолиза		
		гиперагрегация тромбоцитов		
		гипоагрегация тромбоцитов		
		гипокоагуляция		

22		У больного 26 лет диагностирована тромбоз эмболия левой плечевой артерии. При клиническом осмотре обращает на себя внимание сглаживание надключичных ямок, исчезновение пульса на правой лучевой артерии при поднятии и отведении руки в сторону (проба Айлена). Укажите наиболее вероятный источник тромбоз эмболии:		
		Митральный стеноз, тромбоз ушка левого предсердия		
		Добавочное шейное ребро, постстенотическая аневризма подключичной артерии		
		Тромбоз верхней полой вены		
		Аневризма инфраренального отдела аорты		
		Синдром Педжета-Шреттера		
23		Для острой ишемии конечности 2 Б степени характерно:		
		боль в конечности		
		«мраморный» рисунок кожных покровов		
		похолодание конечности		
		отсутствие активных движений в суставах конечности		
		мышечная контрактура		
2	1	Хронические заболевания артерий 1		
1		Назовите единственно верный и патогенетически обоснованный метод оперативного лечения синдрома Лериша?		

		Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование		
		Поясничная симпатэктомия		
		Бедренно-подколенное шунтирование		
		Имплантация на голень большого сальника на сосудистой ножке		
		Одностороннее аорто-бедренное шунтирование		
2		<p>Поставьте правильный диагноз пациенту 74 лет, который предъявляет жалобы на боли в мышцах бедра и ягодицах, которые появляются при ходьбе на расстояние не более 50 м, а также на импотенцию. Болен в течение 6 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы ног бледные, прохладные на ощупь. Незначительное снижение чувствительности на стопах. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей:</p>		
		Синдром Лериша		
		Острая окклюзия нижней полой вены		
		Тромбоз инфраренального отдела аорты		
		Атеросклеротическая окклюзия внутренних подвздошных артерий		
		Эмболия бифуркации аорты		
3		<p>Единственно верным и патогенетически обоснованным методом оперативного лечения пациента с синдромом Лериша и стенозом левой почечной артерии, осложненным вазоренальной гипертензией является следующий:</p>		

		Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии		
		Парциальное илеошунтирование и гипотензивная терапия		
		Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, нефрэктомия		
		Протезирование абдоминального отдела аорты и почечных артерий		
		Поясничная симпатэктомия		
4		Выберете из указанных патологических состояний то, которое не характерно для синдрома Лериша:		
		Мигрирующий тромбофлебит нижних конечностей		
		Атрофия мышц нижних конечностей		
		Импотенция		
		Бледность кожных покровов		
		Боли в мышцах бёдер и ягодиц при ходьбе		
5		Какие ангиографические признаки не выявляются при облитерирующем тромбангите?		
		Равномерное сужения артерий		
		Конической формы обрыв контрастирования артерии		
		Множественные мелкие, извитые, суженные коллатеральные артериальные ветви		

		Диффузный характер окклюзии		
		Изъеденность контура магистральных артерий		
6		При ангиографии у пациента 75 лет, страдающего облитерирующим атеросклерозом сосудов выявлена окклюзия левой бедренной артерии в Гунтеровом канале протяженностью 25 см. Общая, частично поверхностная и глубокая артерии бедра проходимы. Через коллатерали контрастируются не измененная подколенная и артерии голени. Для восстановления кровотока в конечности следует произвести:		
		Бедренно-подколенное шунтирование		
		Пластику глубокой артерии бедра		
		Профундопластику и периаартериальную симпатэктомию		
		Оперативное лечение не показано, следует проводить консервативное лечение		
		Эндовазальную ангиопластику левой бедренной артерии		
7		Наиболее обоснованным типом вмешательств при сегментарной окклюзии артерий конечности является:		
		Шунтирование		
		Пересадка большого сальника		
		Поясничная симпатэктомия		
		Баллонная ангиопластика		
		Реваскуляризирующая остеотрепанация		

8		При протяженной атеросклеротической окклюзии поверхностной бедренной артерии в Гунтеровом канале методом выбора является:		
		Бедренно-подколенное шунтирование		
		Прямая эндартерэктомия из поверхностной бедренной артерии		
		Тромбэктомия катетером Фогарти с непрямой эндартерэктомией		
		Эндоваскулярная ангиопластика		
		Поясничная симпатэктомия		
9		В случае влажной гангрены стопы у больного с облитерирующим атеросклерозом необходимо:		
		Срочно произвести ампутацию нижней конечности на уровне средней трети бедра		
		Выполнить широкие лампасные разрезы на стопе в пределах здоровых тканей		
		В экстренном порядке выполнить реконструктивную сосудистую операцию		
		Начать тромболитическую и массивную антибактериальную терапию		
		Попытаться перевести «влажную» гангрену в «сухую»		



10	Заболеванию облитерирующим тромбангиитом подвержены преимущественно:		
	Мужчины до 40 лет		
	Женщины в возрасте до 35 лет		
	Мужчины в возрасте до 50 лет и женщины старше 45 лет		
	В равной степени мужчины и женщины старше 40 лет		
	Мужчины старше 60 лет		
11	У больного 83 лет диагностирована атеросклеротическая окклюзия магистральных артерий (бедренной, подколенной, артерий голени) правой нижней конечности, начинающаяся гангрена стопы. Выберите оптимальный метод лечения:		
	Первичная ампутация конечности на уровне верхней трети бедра		
	Консервативное лечение		
	Поясничная симпатэктомия и ампутация стопы		
	Первичная ампутация конечности в нижней трети голени		
	Реконструктивная сосудистая операция		
12	Больной 52 лет жалуется на снижение половой потенции и боли в мышцах бёдер при ходьбе. Для какого заболевания характерны эти симптомы?		
	Синдрома Лериша		
	Хроническая окклюзия нижней полой вены		

		Коарктация аорты		
		Аневризма брюшного отдела аорты		
		Хроническая постэмболическая окклюзия внутренних подвздошных артерий		
13		Нехарактерным признаком для синдрома Лериша является:		
		Деформация коленных и голеностопных суставов		
		Снижение потенции		
		Нарушение сперматогенеза		
		Слабость и быстрая утомляемость нижних конечностей		
		Атрофия мышц нижних конечностей		
14		При обследовании больного 57 лет, страдающего облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, выявлены ограниченные сегментарные стенозы левых наружной подвздошной и поверхностной бедренной артерий. Какой метод лечения будет предпочтителен в данном случае?		
		Эндоваскулярная баллонная ангиопластика		
		Консервативное лечение, направленное на расширение коллатерального русла		
		Боковая аутовенозная пластика наружной подвздошной и поверхностной бедренной артерий		
		Поясничная симпатэктомия		

		Левостороннее подвздошно-бедренное шунтирование		
15		К патоморфологическим признакам облитерирующего тромбангиита относятся все, кроме:		
		Поражаются аорта и ее крупные ветви		
		Морфологические изменения развиваются в интима артерий		
		Поражаются сосуды дистального русла, включая микроциркуляторное звено		
		Тождественные изменения наблюдаются в венах нижних конечностей		
		Изменения артерий носят облитерирующий характер		
16		Оптимальной операцией при хирургическом лечении синдрома Лериша является:		
		Бифуркационное аорто - бедренное шунтирование		
		Поясничная симпатэктомия		
		Бедренно - подколенное шунтирование		
		Одностороннее подвздошно-бедренное шунтирование		
		Имплантиция на голень большого сальника на сосудистой ножке		
17		Оптимальным методом лечения облитерирующего тромбангиита с окклюзией всех магистральных артерий		

		голени и хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей II-А стадии будет:		
		Консервативная терапия.		
		Первичная ампутация голени.		
		Бедренно-подколенное шунтирование.		
		Баллонная ангиопластика подколенной артерии		
		Резекция задних большеберцовых вен.		
18		Пациент 57 лет жалуется на снижение половой потенции и боли, возникающие при ходьбе в мышцах бедра и ягодицах. Болен в течение 10 лет. Может пройти без остановки не более 70 метров. Состояние больного удовлетворительное. Пульсация бедренных артерий не определяется на обеих нижних конечностях. Укажите заболевание, которым обусловлена указанная клиническая картина:		
		Синдром Лериша		
		Атеросклеротическая окклюзия внутренних подвздошных артерий		
		Аневризма брюшного отдела аорты		
		Коарктация грудного отдела аорты		
		Атеросклеротическая окклюзия бедренных артерий обеих нижних конечностей		
19		У больного с облитерирующим атеросклерозом при ангиографии выявлена окклюзия левой бедренной		

		артерии в Гунтеровом канале протяженностью 15 см. Общая, частично поверхностная и глубокая артерии бедра проходимы. Через коллатерали контрастируются не измененная подколенная и артерии голени. Для восстановления кровотока в конечности следует произвести:		
		Бедренно-подколенное шунтирование с использованием аутовены		
		Пластику глубокой артерии бедра		
		Профундопластику и периаартериальную симпатэктомию		
		Эндовазальную ангиопластику левой бедренной артерии		
		Оперативное лечение не показано, следует проводить консервативное лечение		
20		У больного 65 лет, поступившего в клинику с жалобами на пульсирующее образование в брюшной полости, при ангиографическом исследовании обнаружено аневризматическое расширение инфраренального отдела аорты, распространяющееся на обе подвздошные артерии. Магистральные артерии нижних конечностей проходимы. Оптимальным методом лечения в этой клинической ситуации будет:		
		Плановая операция – резекция аневризмы аорты, двухстороннее аорто-бедренное протезирование		
		Гипотензивная терапия		
		Операция только в случае разрыва аневризмы		
		Экстренная операция - резекция аневризмы, двухстороннее аорто-бедренное шунтирование		

		Плановая операция - резекция инфраренального отдела аорты		
21		У больного 56 лет диагностирован забрюшинный разрыв аневризмы инфраренального отдела аорты. АД 110/70 мм рт.ст. Ему показано:		
		Экстренная операция независимо от срока заболевания		
		Гемотранфузия, нормализация показателей гемоглобина и мочевины крови, после чего - операция		
		Консервативная терапия для перевода заболевания в хроническую форму		
		При длительности заболевания не более 2-х часов - операция		
		Проведение управляемой гипотензии в реанимационном отделении и динамическое наблюдение		
22		Ранними симптомами облитерирующего эндартериита являются все, кроме:		
		Некроз пальцев стопы		
		Трофические нарушения ногтей пальцев стоп		
		Ослабление волосяного покрова ног		
		Ослабление пульсации на подколенной артерии		
		Повышенная зябкость ног		
23		Какой симптом не типичен для синдрома Лериша?		

		Нарушение сексуальной функции с исчезновением способности к эрекции и эякуляции		
		Нарушение сперматогенеза		
		Слабость и быстрая утомляемость нижних конечностей		
		Атрофия мышц нижних конечностей		
		Синяя пятнистая окраска подошвенных поверхностей		
24		Чего нельзя ожидать при артериальной аневризме?		
		Разрыва		
		Сдавления соседних органов		
		Болей при остром разрыве		
		Артериальной тромбоэмболии		
		Спонтанного излечения		
25		При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы на почве облитерирующего атеросклероза необходимо:		
		Произвести множественные разрезы кожи стопы		
		Срочно произвести ампутацию нижней конечности на уровне нижней трети бедра		
		Произвести шунтирование артерий		
		Продолжить мероприятия, направленные на перевод влажной гангрены в сухую		
		Проводить массивную антибиотикотерапию и тромболитическую терапию		

26		Для облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей характерно:		
		Летучие боли в суставах конечности		
		Перемежающаяся хромота		
		Молниеносный некроз стопы		
		Возникновение трофических язв в области коленных суставов		
		Сопутствующий тромбофлебит глубоких вен		
27		Синдром Лериша – это:		
		Брахиоцефальный неспецифический артериит		
		Атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты		
		Капилляропатия дистальных отделов конечности		
		Окклюзия нижней полой вены		
		Мигрирующий тромбангиит		
28		Для синдрома Лериша характерно все, кроме:		
		Похолодания нижних конечностей		
		Бледности кожных покровов		
		Мигрирующего тромбофлебита нижних конечностей		
		Болей в ягодицах при сидении		



		Импотенции		
29		Для синдрома Такаясу не характерно:		
		Исчезновение пульса на верхних конечностях		
		Исчезновение пульса на нижних конечностях		
		«Писчий спазм»		
		Головокружение и головные боли		
		Ухудшение зрения вплоть до полной слепоты		
30		При хирургическом лечении синдрома Лериша лучшим методом будет:		
		Поясничная симпатэктомия		
		Периартериальная симпатэктомия		
		Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование		
		Одностороннее аорто-бедренное шунтирование		
		Тромбэктомия катетером Фогарти		
31		При лечении больного со стенозом общей подвздошной артерии на протяжении 2 см, суживающим сосуд на 2/3 просвета, методом выбора является:		
		Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование		
		Одностороннее подвздошно-бедренное шунтирование		
		Одностороннее бедренно-подколенное шунтирование		

		Чрезкожная интраваскулярная дилатация (ангиопластика катетером Грюнцига)		
		Поясничная симпатэктомия		
32		При облитерирующем тромбангите с окклюзией всех магистральных артерий голени, но при хороших компенсаторных возможностях коллатералей, методом выбора будет:		
		Консервативная терапия		
		Первичная ампутация голени		
		Операция бедренно-подколенного шунтирования		
		Операция бедренно-тибиального шунтирования		
		Операция артериоэктомия		
33		При обследовании больного 70 лет, страдающего облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, выявлены стенозы левой наружной подвздошной поверхностной бедренной артерий. Какой метод лечения будет предпочтителен в данном случае?		
		Консервативное лечение		
		Эндоваскулярная катетерная ангиопластика		
		Боковая аутовенозная пластика наружной подвздошной и поверхностной бедренной артерии		
		Левостороннее подвздошно-бедренное шунтирование		
		Поясничная симпатэктомия		

34		У больного 48 лет с синдромом Лериша и стенозом почечной артерии с вазоренальной гипертензией, методом лечения будет:		
		Консервативная терапия		
		Операция – бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, нефрэктомия		
		Операция – бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии		
		Операция – бифуркационное аорто-подвздошное шунтирование		
		Двусторонняя периаортальная симпатэктомия		
35		Заболеванию облитерирующим тромбангиитом подвержены преимущественно:		
		Женщины в возрасте 18-35 лет		
		Мужчины в возрасте 18-35 лет		
		В равной степени мужчины и женщины в возрасте до 40 лет		
		В равной степени мужчины и женщины в возрасте старше 40 лет		
		Мужчины старше 40 лет		
36		Больным, перенёсшим операцию на аорте и артериях конечностей, в случае развития через год реокклюзии,		

		для решения вопроса о возможности повторной операции, в первую очередь необходимо произвести:		
		Осциллографию		
		Реовазографию		
		Артериографию		
		Термографию		
		Капилляроскопию		
37		При сегментарной атеросклеротической окклюзии бедренной артерии, хронической ишемии конечности II Б стадии, методом выбора является:		
		Консервативное лечение		
		Поясничная симпатэктомия		
		Реконструктивная сосудистая операция		
		Тромбозектомия катетером Фогарти		
		Первичная ампутация конечности		
2	2	Хронические заболевания артерий 2		
1		Перечислите патологические процессы в артериях, которые встречаются при облитерирующем тромбангиите:		
		Нарушение местной нейро-рефлекторной регуляции		
		Ишемия артериальной стенки		

		Пролиферация соединительнотканых элементов стенки артерии		
		Тромбоз с облитерацией просвет артерии		
		Расслоение стенки артерии		
2		Основными симптомами болезни Винивартера-Бюргера являются:		
		Острое начало		
		Ноющие боли по ходу подкожных вен		
		Мигрирующий тромбофлебит		
		Постепенное начало		
		Признаки дилатационной кардиомиопатии		
3		Для решения вопроса о возможности оперативного вмешательства у больного с облитерирующим атеросклерозом артерий конечностей нужно произвести:		
		Ультразвуковое ангиосканирование		
		Аортоартериографию		
		Реовазографию нижних конечностей		
		Тредмил-тест		
		Термометрию		
4		Для облитерирующего тромбангиита характерно:		

		Наличие «штопорообразных» коллатералей, выявляемых при ангиографии		
		Равномерное сужение просвета артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании		
		Признаки «расслоения» сосудистой стенки артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании		
		Сочетанное поражение артерий голени и аорты		
		Наличие кальцинированных бляшек в различных отделах магистральных артерий конечностей		
5		Какие исследования следует экстренно провести для уточнения диагноза “Забрюшинный разрыв аневризмы брюшного отдела аорты” и решения вопроса о характере лечения?		
		Ультразвуковое сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства		
		Ангиографию брюшного отдела аорты и висцеральных ветвей		
		Гастродуоденоскопию		
		Колоноскопию		
		Обзорную рентгеноскопию брюшной полости		
6		Для болезни Бюргера не характерно:		
		Острое начало		
		Ноющие боли по ходу подкожных вен		

		Мигрирующий тромбофлебит		
		Постепенное начало		
		Признаки дилатационной кардиомиопатии		
7		Для синдрома Лериша характерно:		
		Отсутствие пульсации на обеих бедренных артериях		
		Высокая «перемежающая» хромота		
		Импотенция		
		Резкий отек обеих нижних конечностей		
		Контрактура нижней конечности		
8		Для атеросклеротической окклюзии подколенной артерии характерно:		
		«Низкая» перемежающаяся хромота		
		Атрофия кожи дистальных отделов конечности		
		Усиленная пульсация бедренной артерии на стороне поражения		
		Увеличение волосяного покрова на дистальных отделах пораженной конечности		
		Компенсаторная гипертрофия мышц бёдер		
9		При обследовании больного Вы заподозрили неосложненную аневризму брюшного отдела аорты.		

	Какие диагностические методы могут дать наиболее полную информацию о характере заболевания?		
	Ультразвуковое сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства		
	Аортография		
	Обзорная рентгеноскопия брюшной полости		
	Ретроградная илиокавография		
	Лапароскопия		
10	Для хронической артериальной недостаточности нижних конечностей характерно:		
	Деформация ногтей		
	Атрофия кожи		
	Уменьшение волосяного покрова конечности		
	Быстрое появление телеангиоэктазий		
	Чувство жара в нижних конечностях		
11	Что из перечисленного не характерно для облитерирующего эндартериита:		
	Варикозное расширение вен на пораженной конечности		
	Пожилой возраст больного		
	Ослабление периферической артериальной пульсации		
	Трофические расстройства на пораженной конечности		



		Перебегающая хромота		
12		Ангиографическими признаками облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей является все перечисленное, кроме:		
		Равномерного конического сужения магистральной артерии с ровными контурами и ее обрыва с плохо развитыми коллатералиями		
		Мелких, штопорообразных, плохо развитых коллатералей		
		Изъеденности контура артерии		
		Неравномерного сужения магистральных сосудов		
		Кальциноза артерии		
13		Для решения вопроса о тактике лечения больного с тяжелой ишемией конечности неизвестного генеза оптимальным является следующее сочетание инструментальных методов исследования:		
		Сфигмография		
		Аорто-артериография		
		Термография		
		Ультразвуковая доплерография		
		Окклюзионная плетизмография		

14	Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей проявляется:		
	Уменьшением волосяного покрова конечности		
	Деформацией ногтей		
	Атрофией кожи		
	Пигментацией кожи		
	Резистентностью к холоду		
15	Для выбора оптимального метода лечения хронической окклюзии аорты и артерий нижних конечностей абсолютно необходима информация, полученная при:		
	Сфигмографии		
	Осциллографии		
	Кожной термометрии		
	Аорто-артериографии		
	Ультразвуковой доплерографии		
16	В отличие от синдрома Лериша, для атеросклеротической окклюзии подколенной артерии не характерны:		
	«Высокая» перемежающаяся хромота		
	Снижение кожной температуры конечности		
	Атрофия кожи дистальных отделов конечности		
	Импотенция		

17		При проведении дифференциальной диагностики между облитерирующим атеросклерозом и тромбангиитом решающую роль играют:		
		Биохимический анализ крови		
		Данные реовазографии		
		Данные аорто-артериографии		
		Данные радионуклидного исследования с технецием пирофосфатом		
		Проба Гаккенбруха		
18		Для синдрома Лериша характерны следующие клинические признаки:		
		Резкий отёк обеих нижних конечностей		
		Отсутствие пульсации на обеих бедренных артериях		
		Окклюзия висцеральных ветвей аорты		
		«Высокая» перемежающаяся хромота		
		Импотенция		
19		При облитерирующем тромбангите отмечаются следующие патологические изменения в артериях:		
		Нарушение местной нейро-рефлекторной регуляции		
		Спазм артерии		
		Истончение артериальной стенки		

		Пролиферация соединительнотканых элементов стенки сосуда		
		Тромбоз с облитерацией просвета сопутствующей вены		
20		В дифференциальной диагностике хронических артериальных окклюзий с хронической венозной недостаточностью важную роль играют следующие критерии:		
		Пол		
		Возраст		
		Наличие отёка конечности		
		Ослабление или отсутствие пульсации артерий конечности		
		Перемежающаяся хромота		
21		Наиболее информативными скрининг-методами диагностики патологии артерий нижних конечностей являются		
		Аорто-артериография нижних конечностей		
		Ультразвуковая доплерография		
		Реовазография		
		Ультразвуковое ангиосканирование		
		Термография		

22		У больного 32 лет, страдающего облитерирующим тромбангиитом с явлениями хронической артериальной ишемии правой нижней конечности, при осмотре можно выявить следующие клинические признаки:		
		Жалобы на «низкую» перемежающуюся хромоту		
		Отсутствие пульса на артериях стопы		
		Снижение тактильной чувствительности на стопе		
		Усиление пульсации подколенной артерии по сравнению со здоровой конечностью		
		Исчезновение волосяного покрова голени		
2	1	<b>Острое нарушение мезентериального кровообращения 1</b>		
1		У больной 42 лет, страдающей митральным стенозом и мерцательной аритмией, 6 часов назад появились сильные боли в животе, была двухкратная рвота, жидкий стул. При осмотре состояние больной средней тяжести. Язык суховат. Живот мягкий во всех отделах, определяется выраженная болезненность в мезогастррии. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика кишечника ослаблена. Лейкоциты крови – $19 \times 10^9/\text{л}$ . Какому заболеванию соответствует данная клиническая картина?		
		Острое нарушение мезентериального кровообращения		
		Острая странгуляционная кишечная непроходимость		
		Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты		
		Болезнь Бадда-Киари		
		Геморрагический панкреонекроз.		

2		При эмболии устья верхней брыжеечной артерии обычно подвергаются ишемии:		
		Тонкая кишка и правая половина ободочной кишки		
		Двенадцатиперстная и тонкая кишка		
		Терминальный отдел тонкой кишки и все отделы ободочной кишки		
		Желудок и двенадцатиперстная кишка		
		Все отделы тонкой и ободочной кишки до сигмовидной		
3		При обследовании больного с острым нарушением мезентериального кровообращения можно выявить следующие клинические симптомы:		
		Симптом Блинова (повышение АД на 60 – 80 мм рт. ст.)		
		Симптом Бартомье-Михельсона		
		Симптом Ровзинга		
		Симптом Курвуазье		
		Симптом Куленкампа		
4		При подозрении на острый венозный мезентериальный тромбоз самым информативным методом диагностики будет являться:		
		Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости с в/в болюсным усилением		

		Ирригоскопия;		
		Рентгенологический контроль за пассажем рентгеноконтрастного препарата по кишечнику		
		УЗИ органов брюшной полости		
		Рентгеноскопия органов брюшной полости		
5		Сегментарный некроз подвздошной кишки может развиваться при тромботической или эмболической окклюзии:		
		III Сегмента верхней брыжеечной артерии		
		II сегмента верхней брыжеечной артерии		
		I сегмента верхней брыжеечной артерии		
		Нижней брыжеечной артерии		
		Чревного ствола		
6		Операцией выбора при остром эмболическом поражении верхней брыжеечной артерии является:		
		Эмболэктомия из верхней брыжеечной артерии при помощи катетера Фогарти		
		Аортomezентериальное шунтирование		
		Реимплантация устья артерии в аорту		
		Чрезаортальная эндартерэктомия из устья верхней брыжеечной артерии		

		Эндартерэктомия из верхней брыжеечной артерии с аутовенозной пластикой		
7		При изолированной острой венозной интестинальной ишемии, при отсутствии гангрены кишки и перитонита, в обязательном порядке должно быть выполнено		
		Назначение антикоагулянтов		
		Оперативное лечение с резекцией кишки		
		Селективный тромболизис		
		Аортомезентерикография		
		Открытая тромбэктомия		
8		При наличии гангрены кишки и выявлении окклюзии одного из сегментов ствола верхней брыжеечной артерии целесообразно вначале выполнить		
		Резекцию кишки		
		Сосудистое вмешательство		
		Аортомезентерикографию		
		Стентирование верхней брыжеечной артерии		
		Селективный тромболизис		
9		Назовите неокклюзионные виды нарушений мезентериального кровообращения:		
		Длительный ангиоспазм сосудов брыжейки тонкой кишки		



		вследствие применения адренергических препаратов		
		Эмболия верхней или нижней брыжеечных артерий		
		Тромбоз брыжеечных или воротной вен		
		Расслоение аневризмы брюшного отдела аорты с вовлечением устья верхней брыжеечной артерии		
		Травматическое повреждение устья верхней брыжеечной артерии		
10		<p>Больной 56 лет поступил через 2 часа от начала заболевания. Из анамнеза известно, что заболел остро, когда внезапно отметил появление интенсивных болей в эпигастрии. Была однократная рвота, однократный жидкий стул. Страдает ревматическим митральным пороком сердца, мерцательной аритмией, язвенной болезнью желудка. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Беспокоен, садится в постели, меняет положение тела. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс – 102 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в мезогастррии. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Печёночная тупость сохранена. Перистальтика кишечника ослаблена. «Шум плеска» не определяется. Лейкоциты крови – <math>24,2 \times 10^9/\text{л}</math>. Ваш клинический диагноз?</p>		
		Острое нарушение мезентериального кровообращения		
		Геморрагический панкреонекроз		
		Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки		

		Острая странгуляционная кишечная непроходимость		
		Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты		
11		Заподозрить у больного острое нарушение мезентериального кровообращения, обусловленное эмболией брыжеечных артерий, позволяет наличие в анамнезе:		
		Постинфарктной аневризмы левого желудочка.		
		Гипертонической болезни		
		Тромбоза глубоких вен н/конечностей		
		Спаечной болезни брюшной полости		
		Стеноза трикуспидального клапана		
12		При переходе острого нарушения мезентериального кровотока в субкомпенсированное течение могут наблюдаться следующие варианты развития заболевания		
		Брюшная жаба (angina abdominalis)		
		Некроз кишки		
		Перитонит		
		Болезнь Крона		
		Болезнь Гиршпрунга		
13		От каких факторов не зависит тактика лечения острого нарушения мезентериального кровообращения:		

		Пол пациента		
		Наличие гангрены кишечника		
		Распространенность некроза кишечника		
		Наличие и выраженность перитонита		
		Поражение артериального или венозного сосудистого русла		
14		Инфаркт кишечника не может развиваться вследствие:		
		Тромбоза нижней поллой вены		
		Эмболии верхней брыжеечной артерии		
		Тромбоза верхней брыжеечной артерии		
		Тромбоза верхней брыжеечной и портальной вен		
		Длительного ангиоспазма артериального русла брыжейки тонкой кишки		
15		При подозрении на инфаркт кишечника лучшими методами диагностики будут		
		Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости с в/в болюсным усилением		
		УЗИ органов брюшной полости		
		Колоноскопия		
		Обзорная рентгенография брюшной полости		
		Ирригоскопия		

16		Наиболее частой причиной окклюзионного нарушения мезентериального кровообращения является:		
		эмболия верхней или нижней брыжеечной артерии		
		тромбоз верхней или нижней брыжеечной артерии		
		окклюзия устья брыжеечной артерии в результате расслоения аорты		
		сдавление (прорастание) сосудов опухолью		
		перевязка верхней или нижней брыжеечной артерии		
17		Для эмболической или тромботической окклюзии 1 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие:		
		некроза всего тонкого кишечника и правой половины толстой кишки		
		сегментарного некроза тонкого кишечника		
		тотального некроза тонкой и толстой кишки		
		некроза левой половины толстой кишки		
		некроза начального отдела тонкой кишки		
18		Для эмболической или тромботической окклюзии 2 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие:		
		субтотального некроза тонкой кишки с сохранением жизнеспособности толстой кишкой		

		сегментарного некроза тонкого кишечника		
		тотального некроза тонкой и толстой кишок		
		некроза левой половины толстой кишки		
		некроза начального отдела тонкой кишки		
19		Для эмболической или тромботической окклюзии 3 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие:		
		сегментарного некроза тонкой кишки		
		тотального некроза тонкой кишки		
		некроза толстой кишки		
		некроза левой половины толстой кишки		
		субтотального некроза тонкой кишки		
20		Для эмболической или тромботической окклюзии нижней брыжеечной артерии характерно развитие:		
		тромбоза левой половины толстой кишки		
		сегментарного некроза тонкой кишки		
		некроза всей толстой кишки		
		некроза начального отдела тонкой кишки		
		тотального некроза тонкой и толстой кишки		

21	Для тромботической и эмболической окклюзии верхней и нижней брыжеечной артерии характерно развитие:		
	тотального некроза тонкой и толстой кишки		
	некроза тонкого кишечника и правой половины толстой кишки		
	некроза толстой кишки		
	сегментарного некроза тонкой кишки		
	некроза левой половины толстой кишки		
22	Методом выбора инструментальной диагностики нарушения мезентериального кровотока является:		
	КТ- ангиография брюшной полости		
	ультразвуковое исследование брюшной полости		
	обзорная рентгенография брюшной полости		
	МРТ брюшной полости		
	лапароскопия		
23	Характерным неспецифическим лабораторным признаком мезентериального нарушения кровообращения является:		
	выраженный лейкоцитоз в общем анализе крови		
	тромбоцитопения		
	анемии		
	повышение уровня гематокрита		

		тромбоцитоз		
24		Инструментальным признаком окклюзивного нарушения мезентериального кровообращения при КТ-ангиографии брюшной полости является:		
		симптом “обрыва” артериального сосуда и наличие пустого сосуда дистальнее		
		выраженный пневматоз кишечника		
		наличие свободной жидкости в брюшной полости		
		уменьшение диаметра магистральных сосудов брюшной полости		
		утолщение стенок кишки		
25		Инструментальны признаком неокклюзионного нарушения мезентериального кровообращения при КТ-ангиографии является:		
		отсутствие симптома “обрыва” артериального сосуда, спазм висцеральных артерий брюшной полости		
		выраженный пневматоз кишечника		
		наличие свободной жидкости в брюшной полости		
		утолщение стенок тонкой кишки		
		наличие пузырьков газа в венозной системе (верхней брыжеечной вены, вены порта)		

26		Инструментальным признаком венозного нарушения мезентериального кровообращения является:		
		утолщение стенок кишки и наличие пузырьков газа в венозной системе		
		наличие свободной жидкости в брюшной полости		
		симптом “обрыва” артериального сосуда		
		выраженный пневматоз кишечника		
		признаки спазма висцеральных сосудов		
27		Методом выбора в лечение пациентов с окклюзивным нарушением артериального мезентериального кровообращения является:		
		хирургическая операция		
		антикоагулянтная терапия при отсутствии признаков перитонита		
		динамическое наблюдение		
		активно-выжидательная тактика		
		использование миниинвазивных вмешательств		
28		Методом выбора в лечение пациентов с венозным нарушением мезентериального кровообращения является:		
		антикоагулянтная терапия при отсутствии признаков перитонита		



		хирургическая операция		
		динамическое наблюдение		
		использование миниинвазивных вмешательств		
		активно-выжидательная тактика		
29		Профилактикой развития неокклюзивного нарушения мезентериального кровообращения является:		
		проведение интенсивной адекватной инфузионной терапии		
		проведение антиагрегантной, антикоагулянтной терапии		
		проведение терапии вазопрессорными препаратами (норадреналин, адреналин)		
		проведение адекватного обезболивания		
		проведение антибактериальной терапии		
2	2	Острое нарушение мезентериального кровообращения 2		
1		Для субкомпенсации мезентериального кровообращения характерно развитие:		
		перфорации, стеноза или флегмоны кишечника		
		брюшной жабы, язвенных этеритов и колитов		
		инфаркта кишечника		
		полного восстановления кровотока без каких-либо последствий		
		хирургический сепсис		

2		Для декомпенсации мезентерального кровообращения характерно:		
		развитие инфаркта кишечника		
		развитие хирургического сепсиса		
		развитие стенозов кишечника		
		полное восстановление кровотока без каких-либо последствий		
		развитие язвенных энтеритов и колитов		
3		Факторами риска эмболии верхней или нижней брыжеечной артерии являются:		
		аневризма левого желудочка		
		Нарушение сердечного ритма (фибрилляция предсердий или желудочков)		
		опухоли брюшной полости		
		распространенный атеросклероз		
		тромбофилия		
4		Факторами риска тромбоза верхней или нижней брыжеечной артерии являются:		
		синдром абдоминальной стенокардии		
		распространенный атеросклероз		
		наличие портальной гипертензии		

		пороки сердца (стеноз или недостаточность митрального клапана)		
		эндокардит		
5		Факторами риска венозного нарушения мезентериального кровообращения являются:		
		опухоль брюшной полости		
		наличие портальной гипертензии		
		аневризма желудочка		
		распространенный атеросклероз		
		эндокардит		
6		Факторами риска неокклюзионного нарушения мезентериального кровообращения являются:		
		сердечная недостаточность		
		шоковые состояния		
		портальная гипертензия		
		тромбофилия		
		атеросклероз		
7		Особенностью патогенеза артериального нарушения мезентериального кровообращения является:		

		развитие перитонита через 12-24 часов с момента заболевания		
		развитие некроза кишки через 6-12 часов с момента заболевания		
		развитие некроза кишки через 24 часа с момента заболевания		
		развитие геморрагического пропитывания и массивного отека кишечника		
		развитие перитонита через 3 суток		
8		Особенностью патогенеза венозного мезентериального нарушения кровообращения:		
		развитие выраженного геморрагического пропитывания и массивного отека кишки		
		развитие инфаркта кишечника через 24 часа и более с момента заболевания		
		развитие инфаркта кишечника через 6-12 часов с момента заболевания		
		развитие перитонита через 12-24 часа с момента заболевания		
		выраженная гипоксия кишечника		
9		Особенностями клинической картины артериальной эмболии брыжеечных сосудов являются:		
		наличие факторов риска артериальной эмболии		

		внезапное развитие интенсивных болей в животе		
		постепенное нарастание интенсивности болей в животе		
		беспричинное прогрессирование полиорганной недостаточности		
		частое сочетание с тромбозом чревного ствола		
10		Особенностями клинической картины артериального тромбоза брыжеечных сосудов являются:		
		наличие факторов риска артериального тромбоза		
		постепенное нарастание интенсивных болей в животе		
		беспричинное прогрессирование полиорганной недостаточности		
		внезапное развитие интенсивных болей в животе		
		наличие факторов риска артериальной эмболии		
11		Особенностями неокклюзионного нарушения мезентериального кровообращения являются:		
		появление и прогрессирование необъяснимой полиорганной недостаточности		
		облитерирующие заболевания артерий в анамнезе		
		внезапное начало интенсивных болей в животе		
		постепенное развитие интенсивных болей в животе		
		несоответствие жалоб данным объективного осмотра		

12		Эмболия верхней брыжеечной артерии с последующим инфарктом кишечника развивается у больных:		
		Аневризмой левого желудочка		
		Перенесших инфаркт миокарда		
		Страдающих мерцательной аритмией		
		С незаращенным боталловым протоком		
		Страдающих стенозом легочной артерии		
13		У больного с эмболией верхней брыжеечной артерии в стадии инфаркта кишечника может быть выполнена следующая операция:		
		Эмболэктомия и резекция кишки		
		Резекция тонкой кишки		
		Изолированная эмболэктомия		
		Периартериальная симпатэктомия		
		Тотальная колэктомия с илиоректоанастомозом		
14		Инфаркт кишечника вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии обычно возникает у больных:		
		Страдающих ИБС и мерцательной аритмией		
		Перенесших инфаркт миокарда		
		Страдающих аневризмой левого желудочка		

		Страдающих тромбозом глубоких вен нижних конечностей		
		Страдающих болезнью Крона		
15		При эмболии верхней брыжеечной артерии выполняют следующие виды оперативных вмешательств:		
		«Чистая» эмболэктомия из верхней брыжеечной артерии		
		Эмболэктомия в сочетании с резекцией тонкой кишки		
		Резекция подвздошной кишки, правой половины ободочной кишки и эмболэктомия из артерии		
		Эмболэктомия в сочетании с резекцией левой половины толстой кишки		
		Тотальная колэктомия		
16		Различают следующие стадии развития острого нарушения мезентериального кровообращения:		
		Ишемия		
		Некроз		
		Перитонит		
		Гипоксия		
		Венозное полнокровие		

17		При эмболической или тромботической окклюзии I сегмента верхнебрыжеечной артерии обычно ишемизируется:		
		Тощая и подвздошная кишка		
		Слепая кишка		
		Восходящая ободочная кишка		
		Желудок и двенадцатиперстная кишка		
		Сигмовидная кишка		
18		Пациенту по поводу эмболии 2 сегмента верхней брыжеечной артерии выполнена катетерная эмболэктомия из верхней брыжеечной артерии. Пораженный участок тонкой кишки будет жизнеспособным при наличии следующих признаков:		
		Розовый цвет кишки		
		Сохраненная пассивная и стимулированная перистальтика кишки		
		Определение пульсации сосудов брыжейки		
		Отсутствие перистальтики		
		Темно-синий цвет кишки		
19		При аортомезентерикографии, проводимой по поводу острого нарушения мезентериального кровообращения, представляется возможность разрешения окклюзионной ишемии путем:		



		Катетерной аспирации тромба		
		Баллонной дилатации верхней брыжеечной артерии		
		Селективного тромболитика		
		Стентирования артерии		
		Периартериальной симпатэктомии		
20		Оперативное вмешательство по поводу острого нарушения мезентериального кровообращения должно решать следующие задачи:		
		Восстановление мезентериального кровотока		
		Удаление участков кишечника, подвергшихся некрозу		
		Борьба с перитонитом		
		Наложение обходных межкишечных анастомозов при некрозе кишки		
		Отказ от этапного хирургического лечения		
21		К основным клиническим симптомам острого нарушения мезентериального кровообращения относятся:		
		Артериальная гипертензия – повышение АД на 60-80 мм рт. ст. (симптом Блинова)		
		Ослабленная перистальтика		
		Выделения из прямой кишки по типу «малинового желе»		
		Симптом «шума плеска»		
		Примесь алой крови в стуле		

22		Ведущими клиническими проявлениями острого нарушения артериального мезентериального кровообращения на стадии ишемии будут следующие:		
		Выраженный болевой синдром		
		Артериальная гипертензия – повышение АД на 60-80 мм рт. ст. (симптом Блинова)		
		Симптом Щёткина-Блюмберга		
		Дегидратация		
		Анемия		
23		Гангрена тонкой кишки в результате острой окклюзии верхней брыжеечной артерии может развиваться у больных:		
		Страдающих врожденным пороком сердца		
		С постинфарктной аневризмой сердца		
		Страдающих бактериальным эндокардитом		
		С циррозом печени		
		С коарктацией дуги аорты.		
24		Хирургическое лечение острого нарушения мезентериального кровообращения в стадии инфаркта кишки включает следующие варианты:		
		Резекция кишки + операции на сосудах		

		Программные релапаротомии		
		Баллонная дилатация и стентирование верхней брыжеечной артерии + резекция кишки		
		Наложение обходного анастомоза		
		Формирование первичного межкишечного анастомоза		
25		При подозрении на инфаркт кишечника лучшими методами диагностики будут:		
		Лапароскопия		
		Абдоминальная аортоартериография		
		Обзорная рентгенография брюшной полости		
		Ирригоскопия		
		Рентгенологическое наблюдение за пассажем рентгеноконтрастного вещества по кишечнику		
2	1	Острые венозные тромбозы 1		
1		При осмотре на дому больной 20 лет с беременностью 38 недель Вы диагностировали илиофemorальный венозный тромбоз. Что следует предпринять в этой ситуации?		
		Госпитализировать больную в хирургический стационар и произвести ультразвуковое ангиосканирование для решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике		
		Наблюдать больную дома и проводить антикоагулянтную терапию		

		Назначить больной строгий постельный режим и спиртовые согревающие компрессы на бедро		
		Госпитализировать больную в хирургический стационар и провести интратромбозный катетерный тромболизис		
		Госпитализировать в родильный дом для оперативного родоразрешения. После выписки рекомендовать консультацию в Региональном сосудистом Центре для выбора оптимальной тактики лечения венозного тромбоза		
2		Укажите наиболее опасное осложнение острого варикотромбофлебита:		
		Постромбофлебитическая болезнь		
		Варикозная болезнь нижних конечностей		
		Тромбоз вен голени		
		Тромбоэмболия лёгочных артерий		
		Окклюзия бедренной вены		
3		У больной 50 лет, в течение длительного времени страдающей варикозной болезнью правой нижней конечности, 3 дня назад появились боли в правом бедре. Состояние удовлетворительное. По медиальной поверхности бедра от коленного сустава до средней его трети имеется полоса гиперемии и пальпируется плотный, болезненный, шнуровидный тяж. Конечность не отёчна. Симптомы Хоманса и Мозеса – отрицательные. При ультразвуковом ангиосканировании		

		глубокие вены нижних конечностей проходимы, сафено-фemorальное соустье справа без признаков тромбоза. Укажите Вашу лечебную тактику:		
		Строгий постельный режим, дезагрегантная терапия		
		Согревающие компрессы с мазью Вишневского		
		Экстренная операция Троянова-Тренделенбурга		
		Имплантация кава-фильтра		
		Экстренная операция Линтона		
4		У больного 60 лет, страдающего ИБС и мерцательной аритмией, внезапно появились боли в правой нижней конечности. При осмотре отмечается выраженный отёк правой голени и бедра. Кожные покровы конечности цианотичны, наблюдается усиление подкожного венозного рисунка. Пальпация зоны сосудистого пучка бедра болезненна. Симптом Хоманса положительный. Пульсация на артериях стопы отчётливая. Поставьте диагноз:		
		Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз		
		Острый тромбоз бедренной артерии		
		Острый тромбофлебит большой подкожной вены		
		Тромбоэмболия бедренной артерии		
		Синдром Лериша		
5		Для клинической симптоматики тромбоза подключичной вены характерно всё, кроме:		

		Усиления венозного рисунка на плече		
		Отсутствия пульсации на артериях предплечья		
		Цианоза кожных покровов предплечья и плеча		
		Умеренных распирающих болей в конечности		
		Отёка руки		
6		Посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей развивается вследствие:		
		Тромбоза поверхностных вен		
		Варикозного расширения поверхностных вен		
		Тромбоза глубоких вен		
		Облитерирующего атеросклероза		
		Клапанной недостаточности коммуникантных вен		
7		Укажите инструментальный метод исследования, имеющий наибольшую диагностическую значимость у больного с подозрением на острый варикотромбофлебит:		
		Ультразвуковая доплерография		
		Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование		
		Флебосцинтиграфия		
		Легометрия		
		Ретроградная илиокавография		

8	У больной 42 лет диагностирован флотирующий тромб левой общей подвздошной вены. От имплантации кава-фильтра больная категорически отказалась. Больной проводится консервативное лечение. С каким из назначений Вы не согласны?		
	Режим – строго постельный		
	Подкожное введение низкомолекулярного гепарина		
	Эластическое бинтование нижних конечностей		
	Спиртовые согревающие компрессы		
	Возвышенное положение левой нижней конечности		
9	На основании клинических признаков у больной 20 лет с беременностью 18 недель заподозрен острый тромбоз глубоких вен голени. Для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего лечения оптимальным будет следующий метод исследования:		
	Мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением		
	Ультразвуковое ангиосканирование		
	Ретроградная илиокавография		
	Допплерография		
	Радиоизотопная флебосцинтиграфия		
10	Один из клинических симптомов острого подвздошно-бедренного венозного тромбоза указан неверно. Отметьте его:		

		Отёк всей нижней конечности		
		Цианоз кожных покровов конечности, усиление венозного рисунка		
		Систолический шум на бедренной вене		
		Распирающие боли в голени и бедре		
		Болезненность при пальпации паховой области и зоны проекции сосудисто-нервного пучка на бедре		
11		Укажите наиболее опасное осложнение сафено-фemorального тромбоза:		
		Тромбоэмболия лёгочных артерий		
		Переход тромбоза на вены мошонки		
		Окклюзивный тромбоз бедренной вены		
		Нисходящий тромбоз бедренной вены		
		Венозная гангрена		
12		Определите тактику лечения окклюзивного тромбоза общей бедренной вены:		
		Перевязка подвздошной вены		
		Перевязка нижней полой вены		
		Операция Трянова-Тренделенбурга		
		Антикоагулянтная терапия, ультразвуковое ангиосканирование в динамике		



		Антибактериальная терапия, ультразвуковое ангиосканирование в динамике		
13		У больной 25 лет, страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, трое суток назад появился плотный, болезненный тяж по медиальной поверхности с/3 левого бедра и голени с гиперемией кожи над ним. Отёка конечности нет. Укажите правильный диагноз:		
		Острый варикотромбофлебит малой подкожной вены		
		Острый варикотромбофлебит большой подкожной вены		
		Болезнь Педжета-Шреттера		
		Флотирующий тромб подколенной вены		
		Левосторонний илиофemorальный флеботромбоз		
14		Больной 50 лет, страдающий варикозной болезнью вен нижних конечностей, жалуется на боли, покраснение и уплотнение по ходу поверхностных вен на левом бедре, которые появились 5 дней назад. Состояние больного удовлетворительное. Отёка и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней поверхности левого бедра по ходу варикозно расширенных вен определяется гиперемия и пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. При ангиосканировании сафено-фemorальное соустье свободно от тромбов, патологии глубоких вен нет. Ваша тактика?		
		Строгий постельный режим и антикоагулянтная терапия		
		Имплантация кава-фильтра		

		Перевязка и пересечение поверхностной бедренной вены тотчас дистальнее места впадения глубокой вены бедра		
		Перевязка и пересечение большой подкожной вены тотчас у места впадения в общую бедренную вену		
		Наложить спиртовой компресс и повторно выполнить ангиосканирование через 3-5 суток		
15		В приёмное отделение поступила женщина 38 лет с отягощённым акушерским анамнезом и беременностью 40 недель. Вы диагностировали илиофemorальный венозный тромбоз. Что следует предпринять в этой ситуации?		
		Госпитализировать больную в родильный дом для выполнения кесарева сечения и последующего совместного наблюдения акушера и хирурга		
		Наблюдать больную дома и проводить антикоагулянтную терапию до развития родовой деятельности		
		Госпитализировать больную в хирургический стационар		
		Назначить больной строгий постельный режим и согревающие компрессы на бедро, лечение проводить амбулаторно		
		Госпитализировать больную в реанимационное отделение и в экстренном порядке провести тромболизис		
16		Укажите наиболее опасное осложнение левостороннего илиофemorального флеботромбоза:		

		Клапанная недостаточность перфорантных вен с формированием трофической язвы		
		Варикозная трансформация подкожных вен		
		Распространение тромбоза на вены матки		
		Тромбоэмболия лёгочных артерий		
		Тромбоз вен левой почки		
17		Укажите наиболее опасное осложнение восходящего варикотромбофлебита:		
		Венозная гангрена		
		Тромбоэмболия лёгочных артерий		
		Переход тромбоза на перфорантные вены голени		
		Окклюзивный тромбоз бедренной вены		
		Пристеночный тромбоз подколенной вены		
18		Основным методом инструментальной диагностики острого венозного тромбоза является		
		Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование		
		Биохимический анализ крови		
		МРТ нижних конечностей		
		Реовазография		
		Рентгенография		

19	Наиболее информативным в лабораторной диагностике тромбоза глубоких вен будет являться		
	Определение уровня D-димера в крови		
	Тромбоэластография		
	Уровень протромбина		
	Уровень печеночных ферментов		
	Биохимический анализ крови		
20	Длительность лечения антикоагулянтами после впервые возникшего тромбоза глубоких вен		
	От 3 до 6 месяцев		
	3 недели		
	4 недели		
	Пожизненно		
	Как получится		
21	Флотирующий тромб это...		
	Тромб с подвижной верхушкой		
	Тромб, полностью перекрывающий просвет вены		
	Тромб в поверхностных венах		
	Пристеночный тромб		
	Тромб в глубоких венах голени		

22		Синдром Труссо это..		
		Мигрирующие венозные тромбозы при онкологических заболеваниях		
		Мигрирующие венозные тромбозы при хроническом гепатите		
		Мигрирующие венозные тромбозы при ВИЧ		
		Мигрирующие венозные тромбозы при аутоиммунных заболеваниях		
		Мигрирующие венозные тромбозы неизвестного генеза		
23		При окклюзивном подвздошно-бедренном венозном тромбозе отекает...		
		Вся нижняя конечность		
		Голень		
		Стопа		
		Ягодицы		
		Только бедро		
24		Типичным осложнением тромбоза глубоких вен является:		
		Тромбоэмболия легочной артерии		
		Острое нарушение мозгового кровообращения		
		Анемия		

		Инфаркт миокарда		
		Инфаркт кишечника		
25		Тромбоэмболия легочной артерии это...		
		Вариант осложнения тромбоза глубоких вен		
		Исход тромбоза глубоких вен		
		Причина тромбоза глубоких вен		
		Предвестник тромбоза глубоких вен		
		Этап течения тромбоза глубоких вен		
26		Симптом Ловенберга это...		
		Боль в голени при компрессии ее пневматической манжеткой до 150 мм.рт.ст и более		
		Боль в голени при тыльном сгибании стопы		
		Боль в голени при мануальной компрессии икроножных мышц		
		Усиление подкожного венозного рисунка на голени		
		Вторичное варикозное расширение вен голени		
27		Синдром Педжета-Шреттера – это:		
		Тромбоз подключичной вены		
		Тромбоз подвздошной вены		

		Тромбоз глубоких вен голени		
		Тромбоз нижней полой вены		
		Тромбоз вен передней брюшной стенки		
28		Симптом Хоманса – это:		
		боль в икре при тыльном сгибании стопы		
		боль при компрессии голени пневматической манжеткой		
		боль при давлении на большеберцовую кость		
		усиление подкожного венозного рисунка на голени		
		усиление боли при пальпации мышц голени		
29		Симптом Мозеса – это:		
		Боль при мануальной компрессии мышц голени		
		боль при компрессии голени пневматической манжеткой		
		боли при тыльном сгибании стопы		
		боль в голеностопном суставе		
		усиление подкожного венозного рисунка		
2	2	Острые венозные тромбозы 2		
1		Для острого венозного тромбоза глубоких вен голени характерно:		
		распирающая боль в голени		

		отек голени и стопы		
		варикозное расширение вен голени		
		исчезновение пульса на артериях стопы		
		контрактура голеностопного сустава		
2		Причиной тромбоза глубоких вен служит:		
		Повреждение стенки вены		
		Замедление кровотока по вене		
		Увеличение свертывания крови		
		Наличие варикозной болезни		
		Наличие атеросклероза		
3		Острый тромбоз глубоких вен проявляется:		
		Отеком		
		Изменением цвета кожи		
		Распирающей болью		
		Гектической температурой и ознобом		
		Повышенным потоотделением		
4		Консервативное лечение острого тромбоза глубоких вен включает в себя:		
		Антикоагулянтные препараты		



		Компрессионный бандаж		
		Антибактериальная терапия		
		Строгий постельный режим		
		Миорелаксанты		
5		Осложнениями тромбоза глубоких вен могут быть:		
		Тромбоэмболия легочной артерии		
		Абсцесс легкого		
		Синяя флегмазия		
		Инфаркт миокарда		
		Тромбоз подколенной артерии		
6		Для лечения тромбоза глубоких вен используют		
		Антикоагулянты		
		Эластичные бинты		
		Активаторы фибринолиза		
		Мануальную терапию		
		Гирудотерапию		
7		Показаниями в имплантации кава-фильтра являются:		
		Эмболоопасный тромбоз		
		Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии		

		Острый тромбоз		
		Острый тромбоз		
		Острый тромбоз		
8		Тромбоз глубоких вен конечностей могут провоцировать следующие заболевания:		
		Переломы и травмы конечностей		
		Длительные хирургические вмешательства		
		Парезы и параличи		
		Регулярные занятия спортом		
		Вегетарианство		
9		Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз может осложниться:		
		Тромбоэмболией легочной артерии		
		Венозной гангреной конечности		
		Тромбозом воротной вены		
		Флегмоной бедра		
		Инфарктом миокарда		
10		К средствам специфической терапии тромбозов относят		
		Антикоагулянты		

	Активаторы эндогенного фибринолиза		
	Иммунодепрессанты		
	Цитостатики		
	Антибактериальные препараты		
11	Предрасполагающим фактором тромбоза является		
	Застой крови		
	Угнетение эндогенного фибринолиза		
	Тромбоцитопения		
	Лейкопения		
	Эритропения		
12	Неблагоприятным исходом острого тромбоза глубоких вен считают		
	Тромбоэмболию легочной артерии		
	Венозную гангрену		
	Лизис тромба		
	Инфаркт миокарда		
	Острое нарушение мозгового кровообращения		
13	Благоприятным исходом острого венозного тромбоза является		

		Лизис тромба		
		Полное восстановление просвета вены		
		Формирование коллатералей из поверхностных вен		
		Посттромботическая болезнь		
		Образование флеболита		
14		Пусковым фактором развития тромбоза является		
		Повреждения сосудистой стенки		
		Стаз крови		
		Тромбоцитопения		
		Анемия		
		Активация фибринолиза		
15		Противопоказаниям в применению антикоагулянтной терапии при тромбозе глубоких вен являются:		
		Исходная гипокоагуляция		
		Открытая язва желудка или 12-ти перстной кишки		
		Инфаркт миокарда		
		Старческий возраст		
		Беременность		

16	Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз в первые дни заболевания может осложниться:		
	Тромбоэмболией лёгочных артерий		
	Кровотечением из варикозно трансформированных подкожных вен		
	Посттромбофлебитической болезнью		
	Флегмоной бедра		
	Венозной гангреной конечности		
17	Укажите лечебные мероприятия, способствующие прекращению распространения тромбоза в магистральных венах нижних конечностей:		
	Согревающие компрессы		
	Антибиотики широкого спектра действия		
	Строгий постельный режим при всех формах тромбоза		
	Антикоагулянтная терапия		
	Эластическое бинтование н/конечностей		
18	При консервативном лечении тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей эффективны следующие средства:		
	Антикоагулянты		
	Антибиотики		
	Нестероидные противовоспалительные средства		

		Тромболитики		
		Свежезамороженная плазма		
19		Назовите основные клинические признаки острого тромбоза подключичной вены:		
		Распирающие боли в руке		
		Отёчность лица, шеи и верхней половины туловища		
		Цианоз лица и шеи		
		Отёк руки		
		Цианоз кожных покровов руки, усиление венозного рисунка		
20		Предотвратить тромбоэмболию лёгочных артерий при флотирующем тромбе инфраренального отдела нижней полой вены позволяют такие операции, как:		
		Протезирование трикуспидального клапана		
		Пликация нижней полой вены		
		Перевязка подвздошных вен		
		Имплантация кава-фильтра		
		Наложение порто-кавального анастомоза		
21		Укажите симптомы, характерные для острого тромбоза глубоких вен голени:		
		Отёк всей нижней конечности		

		Умеренные постоянные боли в икроножных мышцах		
		Небольшой отёк стопы и нижней трети голени		
		Положительный симптом Хоманса		
		Положительный симптом «перемежающейся хромоты»		
22		Какие осложнения илиофemorального тромбоза у больной 32 лет с ожирением, беременностью 26 недель и врождённой тромбофилией вероятны в первую неделю заболевания?		
		Пиелонефрит		
		Посттромботическая болезнь		
		Венозная гангрена		
		Острая задержка мочи		
		Тромбоэмболия лёгочных артерий		
23		Какие мероприятия позволяют предотвратить тромбоз глубоких вен после операции по поводу рака почки?		
		Ранняя активизация больного		
		Активизация больного через 7-10 дней		
		Введение антикоагулянтов в профилактических дозах		
		Введение тромболитиков в лечебных дозах		
		Назначение мочегонных		

24		Больному с окклюзивным тромбозом общей бедренной вены и выраженным отёком правой н/конечности показано:		
		Выполнение операции Троянова-Тренделенбурга		
		Антикоагулянты в профилактических дозах		
		Антикоагулянты в лечебных дозах		
		Мочегонные		
		Возвышенное положение правой н/конечности		
25		У больного с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены операция Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомия) позволяет:		
		Предотвратить переход тромбоза на бедренную вену		
		Предотвратить переход тромбоза на перфорантные вены		
		Предотвратить переход тромбоза на малую подкожную вену		
		Предотвратить переход тромбоза на верхнюю полую вену		
		Предотвратить тромбоэмболию лёгочных артерий		
		Предотвратить тромбоэмболию бифуркации аорты		
26		Клиническими признаками острого подвздошно-бедренного венозного тромбоза являются:		
		Распирающие боли в ноге		



		«Перебегающая хромота»		
		Цианоз кожных покровов конечности, усиление кожного венозного рисунка		
		Отсутствие пульса на бедренной артерии		
		Отёк всей нижней конечности		
27		Острый тромбоз инфраренального отдела нижней полой вены в течение ближайшей недели заболевания может осложниться:		
		Распространением тромбоза на супраренальный отдел нижней полой вены		
		Распространением тромбоза на верхнюю полую вену		
		Распространением тромбоза на воротную вену		
		Распространением тромбоза на яремную вену		
		Тромбоэмболией лёгочных артерий		
		Тромбоэмболией бифуркации аорты		
28		По поводу острого илиофemorального флеботромбоза пациентке 42 лет с давностью заболевания 2 суток проводится консервативное лечение. С какими назначениями Вы согласны ?		
		Низкомолекулярный гепарин подкожно		
		Нефракционированный гепарин внутримышечно		
		Токи Бернара на воротниковую зону		

		Антибиотики широкого спектра действия		
		Эластическое бинтование нижних конечностей		
29		Назовите основные клинические признаки тромбоза верхней полой вены:		
		Отёчность лица, шеи и верхней половины туловища		
		Цианоз лица и шеи		
		Бледность лица и шеи		
		Онемение и похолодание верхних конечностей		
		Систолический шум на лёгочном стволе		
30		У больного с тромбозом левой подключичной вены в первую очередь необходимо исключить следующие его возможные причины:		
		Рак желудка		
		Рак почки		
		Рак лёгкого		
		Рак предстательной железы		
		Рак левой половины ободочной кишки		
31		Больному 72 лет по поводу рака почки предполагается оперативное вмешательство. Какие меры позволяют предотвратить послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения?		

		Эластическая компрессия нижних конечностей		
		Подкожное введение низкомолекулярных гепаринов		
		Назначение мочегонных		
		Назначение наркотических анальгетиков		
		Постельный режим не менее 10 суток		
32		Больному по поводу флотирующего тромба нижней полой вены выполнена имплантация кава-фильтра. С какими назначениями Вы согласны?		
		Антикоагулянты в лечебной дозировке		
		Антикоагулянты в профилактической дозировке		
		Тромболитики		
		Мочегонные		
		Возвышенное положение н/конечностей		
33		Укажите возможные методы хирургической профилактики лёгочной эмболии при наличии флотирующего тромба в левой общей подвздошной вене:		
		Пликация нижней полой вены		
		Протезирование трикуспидального клапана		
		Протезирование нижней полой вены		
		Имплантация кава-фильтра		
		Наложение порто-кавального анастомоза		

2	1	Хроническая венозная недостаточность 1		
1		Какова основная причина хронической венозной недостаточности нижних конечностей?		
		Нарушение венозного возврата из нижних конечностей		
		Левожелудочковая недостаточность		
		Артериальная гипертония		
		Сахарный диабет		
		Хроническая легочная недостаточность		
2		Факторы, способствующие улучшению кровотока по венам нижних конечностей все, кроме:		
		Длительный и строгий постельный режим		
		Возвышенное положение конечностей		
		Занятия подвижными видами спорта		
		Плавание		
		Пешие прогулки		
3		Для диагностики клапанной недостаточности большой подкожной вены используют ...		
		Ультразвуковое доплеровское ангиосканирование		
		Аорто-коронарографию		
		Велоэргометрию		

		Электромиографию		
		Пневмогастрографию		
4		Для диагностики проходимости глубоких вен используют...		
		Ультразвуковое доплеровское ангиосканирование		
		Аорто-коронарографию		
		Велоэргометрию		
		Электромиографию		
		Пневмогастрографию		
5		Для обнаружения недостаточных перфорантных вен используют...		
		Ультразвуковое доплеровское ангиосканирование		
		Аорто-коронарографию		
		Велоэргометрию		
		Электромиографию		
		Пневмогастрографию		
6		Где обычно находится место слияния большой подкожной вены с общей бедренной?		
		На уровне паховой складки		
		Выше паховой складки		

		На 10 см ниже паховой складки		
		В средней трети бедра		
		В нижней трети бедра		
7		Трофические нарушения тканей при варикозной болезни нижних конечностей характеризуются:		
		Бурой индурацией кожи, сухой и влажной экземой, трофическими язвами		
		Гипертрофией и удлинением пораженной конечности, гипертрихозом		
		Похолоданием, трофическими нарушениями на нижних конечностях		
		Наличием сосудисто-пигментных пятен на коже нижних конечностей		
		Гангреной пальцев стопы		
8		Флебосклерозирующая терапия варикозных вен это		
		Введение в просвет вены веществ, вызывающих асептическое воспаление с последующей облитерацией их просвета		
		Электрокоагуляция варикозных вен		
		Лазерная коагуляция варикозных вен		
		Механическое разрушение варикозных вен		
		Замораживание варикозных вен жидким азотом		

9		Операция Троянова-Тренделенбурга это:		
		Перевязка большой подкожной вены в месте слияния с общей бедренной веной		
		Удаление большой подкожной вены с помощью зонда		
		Удаление варикозных притоков большой подкожной вены		
		Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантов		
		Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантов		
10		Операция Линтона это:		
		Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен в зоне трофических нарушений		
		Удаление большой подкожной вены с помощью зонда		
		Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен		
		Удаление варикозных притоков большой подкожной вены		
		Высокая перевязка большой подкожной вены		
11		Операция Нарата это:		
		Удаление варикозных притоков из отдельных разрезов с туннелированием между ними		
		Перевязка большой подкожной вены у устья		

		Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен		
		Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен под трофической язвой		
		Восстановление клапанов глубоких вен		
12		Операция Бебкокка это:		
		Удаление ствола большой подкожной вены на зонде		
		Перевязка большой подкожной вены у устья		
		Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен		
		Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен под трофической язвой		
		Восстановление клапанов глубоких вен		
13		Посттромботическая болезнь нижних конечностей характеризуется:		
		Разрушением клапанного аппарата глубоких вен		
		Разрушением клапанного аппарата поверхностных вен		
		Переменяющейся хромотой		
		Окклюзией артерий нижних конечностей		
		Гипертрофией нижней конечности		
14		Симптом Гаккенбруха-Сикара – это:		



		Ощущение толчка во время кашля при пальпации сафено-фemorального соустья		
		Появление болей в нижней конечности при длительной ходьбе		
		Уменьшение в размерах варикозных вен после поднятия нижней конечности		
		Болезненность при пальпации икроножных мышц		
		Отсутствие пульсации брюшной аорты		
15		Оптимальным методом диагностики посттромботической болезни служит:		
		Ультразвуковое ангиосканирование		
		Ретроградная илиокавография		
		Чрезбедренная флебография		
		Плетизмография		
		Ультразвуковая доплерография		
16		Для посттромботической окклюзии подвздошных вен характерно:		
		Варикозные вены в надлобковой области и на передней брюшной стенке		
		Телеангиоэктазии на голени и бедре		
		Гипертрофия нижней конечности		
		Симптом Мозеса		

		Отсутствие пульсации на бедренной артерии		
17		Для посттромботической болезни вен нижних конечностей НЕ характерно:		
		Отсутствие отёка нижней конечности		
		Окклюзия глубоких вен нижних конечностей		
		Реканализация глубоких вен нижних конечностей		
		Циркулярный характер трофических изменений на голени		
		Расширение подкожных вен передней брюшной стенки		
18		Рентгеноконтрастная флебография при посттромботической болезни показана в случае:		
		Планирования реконструктивной операции на венах		
		Наличия венозной трофической язвы		
		Наличия отека нижней конечности		
		Реканализации глубоких вен нижних конечностей		
		Клапанной недостаточности малой подкожной вены		
19		Ультразвуковым признаком реканализации глубоких вен нижних конечностей служит:		
		«Мозаичность» кровотока по сосуду		
		Клапанная недостаточность большой подкожной вены		

		Лодыжечно-плечевой индекс менее 0,8		
		Ретроградный кровоток по общей подвздошной вене		
		Антеградный кровоток по перфорантным венам		
20		Показанием к хирургическому лечению посттромботической болезни служит		
		Прогрессирование симптомов хронической венозной недостаточности на фоне адекватного консервативного лечения		
		Окклюзия поверхностной бедренной вены		
		Наличие варикозных вен на передней брюшной стенке		
		Тромбоэмболия лёгочных артерии в анамнезе		
		Тотальная окклюзия глубоких вен		
21		Противопоказанием к хирургическому лечению посттромботической болезни служит		
		Тотальная окклюзия глубоких вен		
		Реканализация глубоких вен		
		Сегментарная окклюзия подвздошной вены		
		Рецидивирующая трофическая язва		
		Циркулярный характер трофических изменений тканей голени		

22	Основным методом лечения пациентов с посттромботической болезнью служит:		
	Флеботропная и компрессионная терапия		
	Хирургическое вмешательство		
	Физиотерапия		
	Тромболитическая терапия		
	Имплантация кава-фильтра		
23	Одной из основных задач консервативного лечения больных посттромботической болезнью служит:		
	Предупреждение прогрессирования хронической венозной недостаточности		
	Восстановление проходимости глубоких вен		
	Восстановление функционирования клапанного аппарата глубоких вен		
	Ликвидация варикозного синдрома		
	Создание гипокоагуляционного состояния системы гемостаза		
24	Оптимальным методом компрессионного лечения посттромботической болезни служит:		
	Лечебный компрессионный трикотаж		
	Эластические бинты		
	Многослойный компрессионный бандаж		

		Переменная пневмокомпрессия		
		Мануальный лимфодренаж		
25		Флеботропное лечение оказывает положительное воздействие на венозный отток из нижних конечностей благодаря:		
		Повышению тонуса венозной стенки		
		Увеличению притока артериальной крови		
		Стабилизации эндотелиального гликокаликса		
		Снижению тромбогенного потенциала крови		
		Восстановлению нормального функционирования клапанного аппарата глубоких вен		
26		Антикоагулянтные препараты используют в лечении больных посттромботической болезнью в случае:		
		Обнаружения врожденной тромбофилии высокого риска		
		Хронической окклюзии подвздошных вен		
		Клапанной недостаточности глубоких вен		
		Наличия венозной трофической язвы		
		Сопутствующего атеросклероза артерий нижних конечностей		

27	Оптимальным методом восстановления проходимости сегментарного стеноза подвздошных вен при посттромботической болезни служит:		
	Эндоваскулярное стентирование		
	Операция Пальма-Д'Эсперона		
	Операция Уоррена-Тайра		
	Операция Коккета		
	Тромболитическая терапия		
28	Операция Пальма-Д'Эсперона предполагает выполнение:		
	Бедренно-бедренного перекрёстного шунтирования		
	Тромбэктомии из подвздошных вен		
	Резекции задних большеберцовых вен		
	Бедренно-подколенного шунтирования		
	Открытой вальвулопластики		
29	Для выполнения операции Пальма-Д'Эсперона оптимальным материалом для шунта служит:		
	Аутовена		
	Армированный синтетический протез		
	Синтетический протез с антипролиферативным покрытием		
	Саморасширяющийся стент		

		Внутренняя грудная артерия		
30		Обязательным компонентом операции стентирования подвздошных вен при посттромботической болезни служит:		
		Бужирование хронической окклюзии		
		Наложение артерио-венозной фистулы		
		Введение баллонного окклюдера в нижнюю полую вену		
		Проведение тромболитика		
		Имплантация кава-фильтра		
31		Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен при посттромботической болезни показана в случае:		
		Прогрессирования трофических изменений тканей голени		
		Окклюзии подколенной вены		
		Клапанной недостаточности большой подкожной вены		
		Окклюзии подвздошных вен		
		Клапанной недостаточности поверхностной бедренной вены		
32		В лечении посттромботической болезни используют все оперативные вмешательства, кроме:		

		Пликация нижней полой вены		
		Операции Пальма-Д'Эсперона		
		Транспозиция поверхностной бедренной вены		
		Открытой вальвулопластики		
		Субфасциальной эндоскопической диссекции перфорантных вен		
33		Какой метод наиболее, широко используется в диагностике варикозной болезни вен нижних конечностей		
		Ретроградная флебография		
		Дистальная восходящая флебография		
		Ультразвуковое ангиосканирование		
		Радиоиндикация с меченым фибриногеном		
		Сфигмография		
34		В чем заключается гемодинамическая сущность операции кроссэктомии		
		Снижение гипертензии в глубоких венах нижней конечности		
		Нормализация транскапиллярного обмена		
		Ликвидация ретроградного кровотока через сафено-феморальное соустье		
		Коррекция ретроградного кровотока по бедренной вене		



		Артериолизация венозной системы		
35		Для 3 класса по классификации CEAP при варикозной болезни вен нижних конечностей характерно наличие одного из признаков		
		Гиперпигментация кожи и варикозная экзема		
		Зажившая трофическая язва		
		Отек на голени в конце дня		
		Телеангиоэктазии		
		Открытая трофическая язва		
36		Для 1 класса по классификации CEAP при варикозной болезни вен нижних конечностей характерно наличие одного из признаков		
		Гиперпигментации кожи и варикозной экземы		
		Варикозных вен		
		Отека на голени в конце дня		
		Телеангиоэктазий и ретикулярных вен		
		Открытой трофической язвы		
37		Для 2 класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие одного из признаков		
		Трофических расстройств		

		Варикозных вен		
		Отека на голени в конце дня		
		Телеангиоэктазий и ретикулярных вен		
		Зажившей трофической язвы		
38		Для 4 класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно появление		
		Липодерматосклероза и гиперпигментации кожи у медиальной лодыжки		
		Признаков варикотромбофлебита		
		Стойкого отека конечности		
		Телеангиоэктазий и ретикулярных вен		
		Открытой венозной язвы		
39		Для 5 класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно обнаружение		
		Липодерматосклероза и гиперпигментация у медиальной лодыжки		
		Варикозных вен		
		Отека на голени в конце дня		
		Телеангиоэктазий и ретикулярных вен		
		Открытой венозной язвы		
		Закрытой трофической язвы		

40		Для 6 класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие		
		Липодерматосклероз и гиперпигментация у медиальной лодыжки		
		Варикозных вен		
		Отека на голени в конце дня		
		Телеангиоэктазий и ретикулярных вен		
		Открытой венозной язвы		
		Закрытой трофической язвы		
41		I класс компрессионного трикотажа создает давление на уровне лодыжке в пределе		
		10-14 мм рт.ст.		
		15-21 мм рт.ст.		
		23-32 мм рт.ст.		
		34-46 мм рт.ст.		
		>49 мм рт.ст.		
42		II класс компрессионного трикотажа создает давление на уровне лодыжке в пределе		
		10-14 мм рт. ст.		
		15-21 мм рт. ст.		

		23-32 мм рт. ст.		
		34-46 мм рт. т.		
		> 49 мм рт. ст.		
43		Синдром Мея-Тернера развивается в результате:		
		Сдавления левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией		
		Сдавления левой общей подвздошной вены левой общей подвздошной артерией		
		Рефлюкса по гонадным венам		
		Сдавления левой почечной вены верхней брыжеечной артерией		
		Аплазии нижней полой вены		
44		К поверхностным венам относят:		
		Большую и малую подкожные вены		
		Общую бедренную вену		
		Поверхностную бедренную вена=y		
		Суральные вены		
		Подколенную вену		
45		Оптимальным способом инструментальной диагностики варикозной болезни нижних конечностей служит		

		Ультразвуковое ангиосканирование		
		Ультразвуковая доплерография		
		Рентгеноконтрастная флебография		
		Компьютерная томография		
		Воздушная плетизмография		
46		Основной задачей инструментальной диагностики варикозной болезни нижних конечностей служит		
		Оценка клапанного аппарата глубоких и поверхностных вен		
		Исследование системы микроциркуляции		
		Определение лодыжечно-плечевого индекса		
		Диагностика отечного синдрома		
		Исследование объема циркулирующей крови		
		Измерение давления в венах на уровне бедра и лодыжки		
47		Оптимальным способом компрессионного лечения варикозной болезни вен таза является		
		Ношение бандажа на нижних отделах живота		
		Эластическое бинтование нижних конечностей		
		Переменная пневмокомпрессия		
		Многослойный эластический бандаж		
		Использование компрессионных гольф		

48		Варикозные притоки большой подкожной вены удаляют с помощью		
		Мини-флебэктомии		
		Кроссэктомии		
		Операции Бебкокка		
		Субфасциальная перевязка перфорантных вен (операции Линтона)		
		Надфасциальная перевязка перфорантных вен (операции Коккета)		
49		Какая операция на венозном русле способна предотвратить рецидив трофической язвы при варикозной болезни		
		Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен		
		Пластика клапанов бедренной вены		
		Эндоваскулярная реканализация подвздошных вен		
		Мини-флебэктомия		
		Склерооблитерация притоков большой подкожной вены		
50		Варикозная болезнь вен таза сопровождается расширением		
		Внутритазовых венозных сплетений и гонадных вен		

		Общих подвздошных вен		
		Нижней полой вены		
		Порто-кавальных анастомозов		
		Внутренних подвздошных вен		
51		Компрессионный трикотаж какого класса следует назначать при варикозной болезни второго клиническая класса (С 2)		
		Второго (давление на уровне лодыжки 23-32 мм рт. ст.)		
		Профилактического (давление на уровне лодыжки 10-14 мм рт. ст.)		
		Третьего (давление на уровне лодыжки 34-46 мм рт. ст.)		
		Первого (давление на уровне лодыжки 15-21 мм рт. ст.)		
		Четвертого (давление на уровне лодыжки > 49 мм рт. ст.)		
2	2	Хроническая венозная недостаточность 2		
1		Какие операции входят в понятие «комбинированная флебэктомия»:		
		Операция Троянова-Тренделенбурга		
		Операция Нарата		
		Операция Бебкокка		
		Операция Коккетта		
		Операция Гартмана		

2		Современными эндоваскулярными методами лечения варикозной болезни являются		
		Эндовазальная лазерная коагуляция		
		Эндовазальная радиочастотная коагуляция		
		Эмболизация цианкрилатным клеем		
		Стентирование большой подкожной вены саморасширяющимся стентом		
		Удаление ствола большой подкожно вены на зонде Бебкокка		
3		Для консервативного лечения варикозной болезни используют		
		Медицинский компрессионный трикотаж		
		Компрессионные бинты		
		Венотонизирующие препараты		
		Прогревание		
		Массаж		
4		Для посттромботической болезни характерны:		
		Варикозные вены на передней брюшной стенке и над лоном		
		Циркулярные трофические расстройства голени		



		Пульсация варикозно расширенных вен на бедре и голени		
		Удлинение пораженной конечности		
		Сосудисто-пигментные пятна на бедре		
5		Осложнениями варикозной болезни вен нижних конечностей являются:		
		Тромбофлебит		
		Кровотечение из варикозных вен		
		Трофические нарушения кожи		
		Тромбоэмболия легочной артерии		
		Венозная гангрена		
6		Для варикозной болезни вен нижних конечностей характерны:		
		Варикозное расширение поверхностных вен голени		
		Варикозное расширение поверхностных вен бедра и голени		
		Увеличение и уплотнение паховых лимфоузлов		
		Варикозное расширение вен семенного канатика и яичек		
		Варикозное расширение поверхностных вен передней брюшной стенки		
7		Варикозная болезнь часто сочетается с		

		Хроническим геморроем		
		Плоскостопием		
		Грыжами передней брюшной стенки		
		Облитерирующим атеросклерозом		
		Хроническим холециститом		
8		Остановку кровотечения из варикозной вены можно осуществить с помощью:		
		Тугого эластического бинтования конечности		
		Придания конечности возвышенного положения		
		Прошивания кровотокащей варикозной вены		
		Наложение жгута выше кровотокащей вены		
		Наложение артериального жгута		
9		При варикозной болезни применяют следующие операции		
		Троянова-Тренделенбурга		
		Нарата		
		Коккета		
		Беккокка		
		Лериша		

10	Варикозная болезнь вен нижних конечностей может проявляться ...		
	Расширением поверхностных вен		
	Отеком голени		
	Чувством тяжести в икрах		
	Ночными судорогами в икрах		
	Синдромом перемежающейся хромоты		
11	Для лечения острого восходящего тромбоза большой подкожной вены используют:		
	Эластическое бинтование		
	Активаторы фибринолиза		
	Локальную гипотермию		
	Нестероидные противовоспалительные препараты		
	Диуретики		
12	Симптомами острого тромбоза являются		
	Уплотнение вены		
	Покраснение кожи над веной		
	Локальная боль		
	Локальный отек		
	Гектическая температура		

13		При каких заболеваниях чаще всего развивается варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей:		
		Варикозная болезнь		
		Врожденные артерио-венозные свищи		
		Посттромботическая болезнь		
		Аневризма аорты		
		Варикоцеле		
14		Какие цели преследует оперативное вмешательство при варикозной болезни нижних конечностей?		
		Устранение патологического сброса крови из глубоких вен в поверхностные		
		Удаление варикозных вен		
		Восстановление артериального кровотока		
		Восстановление проходимости глубоких вен		
		Восстановление проходимости артерий		
15		Развитие трофических расстройств кожи при варикозной болезни нижних конечностей связано с		
		Недостаточностью клапанов перфорантных вен		
		несостоятельностью клапанов ствола большой подкожной вены		

		окклюзией артерий голени		
		острым тромбозом глубоких вен голени		
		лимфостазом		
16		Осложнениями варикозной болезни не являются:		
		Тромбофлебит поверхностных вен		
		Кровотечения из поверхностных варикозных вен		
		Трофические нарушения и язвы		
		Тромбоз глубоких вен		
		Тромбоэмболия легочной артерии		
17		Для посттромботической болезни характерны следующие симптомы:		
		Наличие варикозных вен в надлобковой области и на передней брюшной стенке		
		Циркулярный характер трофических изменений на голени		
		Стойкий отек нижней конечности		
		Положительный симптом «перебегающей хромоты»		
		Симптом Мозеса		
18		Появление варикозных вен на передней брюшной стенке при посттромботической болезни обусловлено:		

		Хронической окклюзией подвздошных вен		
		Хронической окклюзией нижней полой вены		
		Клапанной недостаточностью бедренной вены		
		Аневризмой брюшной аорты		
		Окклюзией большой подкожной вены		
19		Посттромботическую болезнь следует дифференцировать со следующими заболеваниями:		
		Варикозная болезнь нижних конечностей		
		Тромбоз глубоких вен нижних конечностей		
		Ангиовенозная дисплазия		
		Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей		
		Болезнь Такаясу		
20		Какие инструментальные исследования позволяют верифицировать диагноз посттромботической болезни?		
		Ультразвуковое ангиосканирование		
		Рентгеноконтрастная флебография		
		Ультразвуковая доплерография		
		Импедансная плетизмография		
		Мезентерикография		

21	Ультразвуковыми признаками посттромботической болезни служат:		
	Визуализация внутрипросветных гиперэхогенных образований		
	Утолщение венозной стенки		
	«Мозаичность» кровотока		
	Клапанная недостаточность большой подкожной вены		
	Клапанная недостаточность перфорантных вен		
22	Радионуклидная флебография при посттромботической болезни позволяет:		
	Оценить эвакуаторную функцию мышечно-венозной помпы голени		
	Выявить и точно локализовать несостоятельные перфорантные вены		
	Обнаружить окклюзию глубоких вен и её протяженность		
	Визуализировать венозные клапаны		
	Оценить состояние венозной стенки		
23	Выполнение рентгеноконтрастной флебографии преследует следующие диагностические цели:		
	Уточнить локализацию и протяжённость окклюзии глубоких вен		
	Оценить степень реканализации вен		

		Визуализировать коллатеральные пути венозного оттока		
		Изучить состояние мышечно-венозной помпы голени		
		Выявить клапанную недостаточность перфорантных вен		
24		К шунтирующим операциям при посттромботической болезни относят:		
		Операцию Пальма-Д'Эсперона		
		Операцию Уоррена-Тайра		
		Операцию Коккета		
		Операцию Линтона		
		Операцию Троянова-Тренделенбурга		
25		Гемодинамической сущностью операции Пальма-Д'Эперона служат:		
		Перераспределение кровотока из вен пораженной нижней конечности на вены контрлатеральной нижней конечности		
		Улучшение оттока крови из вен поражённой нижней конечности		
		Восстановление просвета окклюзированных вен		
		Устранение ретроградного кровотока по перфорантным венам		
		Устранение ретроградного кровотока через сафено-феморальное соустье		



26		Гемодинамической сущностью операции транспозиции поверхностной бедренной вены служат:		
		Перемещение кровотока «под защиту» клапанов глубокой вены бедра		
		Уменьшение выраженности ретроградного кровотока по поверхностной бедренной вене		
		Формирование нового венозного клапана и устранение рефлюкса крови по бедренной вене		
		Устранение окклюзии общей бедренной вены		
		Создание обходного пути оттока при окклюзии поверхностной бедренной вены		
27		Необходимыми условиями успешного выполнения эндоваскулярного стентирования подвздошных вен рассматривают:		
		Проходимость глубоких вен нижней конечности		
		Отсутствие посттромботической окклюзии нижней полой вены		
		Протяжённость окклюзии подвздошных вен не ниже паховой складки		
		Сохранённая проходимость внутренней подвздошной вены		
		Состоятельность клапанного аппарата большой подкожной вены		

28	К осложнениям эндоваскулярного стентирования подвздошных вен относят:		
	Повреждение стенки вены		
	Забрюшинную гематому		
	Дислокацию стента		
	Тромбоз стента		
	Миграцию стента в бедренную вену		
29	Эндоваскулярное стентирование возможно сочетать со следующими операциями:		
	Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен		
	Эндофлебэктомия из общей бедренной вены		
	Удаление большой подкожной вены		
	Удаление малой подкожной вены		
	Имплантация кава-фильтра		
30	Флебосклерозирующее лечение при посттромботической болезни целесообразно использовать в случаях:		
	Кровотечение из варикозной вены		
	Комбинированное нехирургическое лечение венозной язвы		
	Развитие варикотромбофлебита		
	Клапанная недостаточность большой подкожной вены		

		Выраженный отёк нижней конечности		
31		Оптимальными способами консервативного лечения посттромботической болезни служат:		
		Компрессионная терапия		
		Использование веноактивных препаратов		
		Физиотерапия		
		Тромболитическая терапия		
		Гирудотерапия		
32		Применение антикоагулянтных препаратов в лечении пациентов с посттромботической болезнью обосновано в случаях:		
		Повторные тромбозы глубоких вен нижних конечностей		
		Подтвержденная лабораторными методами врождённая тромбофилия высокого риска		
		Выраженный отек нижней конечности		
		Венозная язва		
		Хроническая окклюзия подвздошных вен		
33		При обнаружении у пациента с посттромботической болезнью ретромбоза глубоких вен окклюзивного характера оптимальными лечебными мероприятиями будут:		

		Антикоагулянтная терапия		
		Компрессионное лечение		
		Имплантация кава-фильтра		
		Пликация нижней полой вены		
		Эндоваскулярная катетерная тромбэктомия		
34		Показаниями к выполнению субфасциальной эндоскопической диссекции перфорантных вен при реканализованной форме посттромботической болезни служат:		
		Прогрессирование трофических изменений		
		Рецидивирующая трофическая язва		
		Клапанная недостаточность перфорантных вен		
		Клапанная недостаточность большой подкожной вены		
		Указания на наличие врождённой тромбофилии		
35		Показаниями к эндоваскулярному стентированию при хронической посттромботической окклюзии подвздошных вен служат:		
		Выраженный отёк нижней конечности		
		Развитие трофических нарушений кожи голени		
		Венозная хромота		
		Клапанная недостаточность бедренной вены		
		Клапанная недостаточность большой подкожной вены		

36		При формировании у пациента с посттромботической болезнью трофической язвы оптимальными методами лечения служат:		
		Флеботропная терапия		
		Эластическая компрессия		
		Местное лечение в зависимости от фазы воспаления в язве		
		Комбинированная флебэктомия		
		Операция Пальма-Д'Эсперона		
37		Больному 47 лет 4 года назад выполнена комбинированная флебэктомия на левой нижней конечности. Через 2 года после операции вновь отметил появление варикозных вен на левой ноге, последние полгода возник участок гиперпигментации в нижней трети медиальной поверхности левой голени. При осмотре больного имеются варикозные вены по переднелатеральной поверхности левого бедра, в средней и верхней трети медиальной поверхности левой голени, гиперпигментация и индурация тканей в нижней трети медиальной поверхности левой голени. При ультразвуковом ангиосканировании обнаружена культя большой подкожной вены бедра, длиной 8 см с двумя приустьевыми притоками, клапанная недостаточность перфорантных вен в зоне Коккета. Для лечения рецидива варикозной болезни у этого больного необходимо выполнить следующее хирургическое вмешательство:		
		Кроссэктомию малой подкожной вены		

		Надфасциальную перевязку перфорантных вен (операцию Коккета)		
		Удаление культи большой подкожной вены бедра		
		Субфасциальную перевязку перфорантных вен (операцию Линтона)		
		Мини-флебэктомию		
38		Расширение поверхностных вен при варикозной болезни является следствием:		
		Окклюзии глубоких вен		
		Клапанной недостаточности большой подкожной вены		
		Аплазии глубоких вен		
		Клапанной недостаточности перфорантных вен		
		Острого тромбофлебита большой подкожной вены		
39		Укажите производящие факторы развития варикозной болезни нижних конечностей:		
		Беременность		
		Сброс крови из глубоких вен в поверхностные через перфорантные вены		
		Длительные статические нагрузки		
		Системная артериальная гипертензия		
		Тяжёлый физический труд		

40	Для варикозной болезни нижних конечностей характерны следующие клинические признаки:		
	Резкие боли в конечности		
	Постоянный отёк всей конечности		
	Трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки		
	Трофические расстройства кожи I пальца стопы		
	Отёк стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня		
	Расширение поверхностных вен на голени и бедре		
41	К осложнениям варикозной болезни следует отнести:		
	Острый поверхностный тромбофлебит		
	Кровотечение из венозного узла		
	Трофическую язву голени		
	Эмболию лёгочных артерий		
	Слоновость		
42	Рентгеноконтрастная флебография при хронической венозной недостаточности выполняется в следующих случаях:		
	Подозрение на ангиовенозную дисплазию		
	Наличие трофических расстройств		
	Планирование хирургической коррекции клапанов глубоких вен		

		Выраженный отёк нижних конечностей		
		Симптом «перемежающейся хромоты»		
43		Варикозную болезнь нижних конечностей необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:		
		Посттромботической болезнью нижних конечностей		
		Пороками развития глубоких вен		
		Острой артериальной непроходимостью		
		Врожденными артериовенозными свищами		
		Острым илюфemorальным венозным тромбозом		
44		Оперативное вмешательство при варикозной болезни нижних конечностей позволяет:		
		Устранить патологический рефлюкс крови из глубоких вен в поверхностные		
		Удалить варикозно расширенные вены		
		Восстановить проходимость глубоких вен		
		Устранить несостоятельность клапанов глубоких вен голени		
		Предотвратить развитие трофических расстройств		
45		Для варикозной болезни нижних конечностей не характерны:		
		Трофические язвы голени		



		Снижение температуры конечности		
		Интенсивные боли в нижней конечности		
		Постоянный отёк голени и бедра		
		Утомляемость конечности при длительной статической нагрузке		
46		Инструментальные методы исследования, используемые для диагностики рецидива варикозной болезни нижних конечностей:		
		Ультразвуковое ангиосканирование		
		Ретроградная илиокавография		
		Радионуклидная флебосцинтиграфия		
		Восходящая дистальная флебография		
		Плетизмография		
47		Функциональная венозная недостаточность (флебопатия) встречается при:		
		Анатомически полноценной венозной системе		
		Длительных статических нагрузках		
		Беременности		
		Запорах		
		Системная артериальная гипертензия		
		Тяжёлом физическом труде		

48		Венозные дисплазии характеризуются:		
		Клинические проявления односторонние, возникают с младенчества		
		Варикозные вены преимущественно по латеральной поверхности нижней конечности		
		Варикозные вены преимущественно по медиальной поверхности нижней конечности		
		Гиперпигментация по ходу варикозных вен		
		Диаметр пораженной конечности больше на 2-5 см		
49		II класс компрессии назначается при:		
		Ретикулярном варикозе, телеангиэктазиях		
		Варикозной болезни C2, C3		
		Периоде после флебэктомии, склеротерапии		
		Посттромботической болезни		
		Флебодисплазиях		
50		III класс компрессии назначается при:		
		Ретикулярном варикозе, телеангиэктазиях		
		Варикозной болезни C4-C6		
		Периоде после флебэктомии, склеротерапии		
		Посттромботической болезни		

		Флебодисплазиях		
51		К осложнениям после склеротерапии относятся:		
		Некроз кожи		
		Тромбофлебит		
		Аллергические реакции		
		Флегмона нижней конечности		
		Эмболия артериального русла		
52		К вмешательствам, основанных на удалении стволов большой или малой подкожных вен при лечении варикозной болезни нижних конечностей относятся:		
		Операция Бэбкокка		
		Лазерная облитерация		
		Радиочастотная облитерация		
		RIN-стриппинг		
		Криофлебэктомии		
53		К термическим вмешательствам на стволы подкожных вен относятся		
		Операция Бэбкокка		
		Лазерная облитерация		
		Радиочастотная облитерация		

		PIN-стриппинг		
		Склерооблитерация		
54		Устранение видимых варикозных вен на нижних конечностях возможно следующим методами		
		Мини-флебэктомия		
		Лазерная облитерация		
		Радиочастотная облитерация		
		PIN-стриппинг		
		Склерооблитерация		
55		Характерными жалобами для варикозной болезни вен таза являются:		
		Диспареуния		
		Тазовая боль, возникающая при длительных статических или физических нагрузках		
		Вульварный варикоз		
		Невынашивания беременности		
		Запоры		
56		Основными методами оперативного лечения варикозной болезни вен таза являются:		
		Внебрюшинная резекция гонадных вен		

		Эмболизация гонадных вен		
		Эндоскопическая резекция гонадных вен		
		Кроссэктомия		
		Лигирование нижней полой вены		
57		Какие из указанных мероприятий способствуют купированию явлений хронической венозной недостаточности нижних конечностей		
		Ограничение статических нагрузок		
		Эластическая компрессия нижних конечностей		
		Приём препаратов диосмина		
		Приём оральных антикоагулянтов		
		Гепаринотерапия		
2	1	Перитонит 1		
1		Выберите клинический признак, не характерный для перитонита.		
		Симптом Куленкампа		
		Тахикардия		
		Напряжение мышц брюшной стенки		
		Положительный симптом Щеткина-Блюмберга		
		Отсутствие перистальтики кишечника		

2		Положительный симптом Щетина - Блюмберга это:		
		Усиление болей при отдергивании руки от живота		
		Усиление болей при глубокой пальпации в точке МакБурнея		
		Появление болей при перкуссии живота в отлогих местах		
		Появление болезненности при поверхностной пальпации в правом подреберье		
		Появление болей в животе при кашле		
3		Какая из представленных форм перитонита не требует оперативного лечения:		
		Панкреатогенный ферментативный		
		Местный фибринозно-гнойный		
		Диффузный фибринозно-гнойный		
		Желчный		
		Каловый		
4		Боль в животе в первые часы после перфорации язвы двенадцатиперстной кишки часто характеризуется следующим выражением:		
		Кинжальная		
		Илеусный крик		
		Спастическая		
		Схваткообразная		

		Возникает при перемене положения тела		
5		Из представленных заболеваний одно в качестве причины перитонита указано неверно:		
		Гнойный холангит		
		Мезентериальный тромбоз		
		Деструктивный аппендицит		
		Деструктивный холецистит		
		Странгуляционная кишечная непроходимость		
6		Оптимальной тактикой лечения плотного аппендикулярного инфильтрата со сроком заболевания свыше 7 дней является:		
		Консервативное лечение, динамическое наблюдение		
		Срочное оперативное лечение после подготовки		
		Экстренное оперативное лечение		
		Проведение диагностической лапароскопии		
		Пункция инфильтрата под КТ наведением с целью исключения абсцедирования		
7		К классификации перитонита по распространенности не относится:		
		Тазовый перитонит		
		Местный перитонит		

		Распространенный перитонит		
		Диффузный перитонит		
		Разлитой перитонит		
8		Выберите из перечисленных методов тот, который не позволяет диагностировать абсцессы брюшной полости:		
		Ректосигмоскопия		
		Лапароскопия		
		Компьютерная томография без контрастного усиления		
		Ультразвуковое исследование		
		Компьютерная томография с контрастным усилением		
9		К вторичному перитониту не относят		
		Туберкулезный перитонит		
		Перитонит вследствие перфорации полого органа		
		Перитонит вследствие тупой травмы живота		
		Послеоперационный перитонит		
		Перитонит, обусловленный панкреонекрозом		
10		К вероятным признакам перитонита, выявляемым при лучевых методах обследования, не относится:		
		Утолщение и слоистость стенки желчного пузыря		



		Свободная жидкость в брюшной полости		
		Отсутствие перистальтики кишечника		
		Свободный газ под правым куполом диафрагмы		
		Свободный газ под левым куполом диафрагмы		
11		Какое из следующих утверждений относительно Мангеймского индекса перитонита (МИП) не верное?		
		МИП позволяет оценить тяжесть состояния пациента до операции по поводу перитонита и определить возможность лапароскопического вмешательства		
		МИП подразделяет тяжесть перитонита на 3 степени		
		МИП является шкалой оценки тяжести и распространенности перитонита		
		МИП позволяет прогнозировать уровень летальности		
		МИП позволяет определить показания к формированию лапаростомы		
12		Показанием к проведению тактики «релапаротомия по программе» при разлитом перитоните не является:		
		Наличие геморрагического выпота с бляшками стеатонекрозов		
		Наличие выраженной дилатации петель тонкой кишки с плотным не снимаемым фибрином		
		Распространенный каловый перитонит		

		Выполненная обструктивная резекция тонкой кишки с при мезентериальном тромбозе		
		Невозможность одномоментного устранения источника перитонита		
13		Оперативное вмешательство (лапаротомия) при разлитом аппендикулярном перитоните, завершённая аппендэктомией, санацией, дренированием брюшной полости и ушиваем послеоперационной раны послойно будет относиться к следующему тактическому подходу:		
		Релапаротомия «по требованию»		
		Релапаротомия «по программе»		
		Лапаростомия		
		Программированная релапаротомия		
14		Оптимальным вмешательством при перфорации острой язвы двенадцатиперстной кишки у молодого пациента с местным перитонитом является:		
		Ушивание перфоративной язвы		
		Пилоропластика по Финнею		
		Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу		
		Субтотальная резекция желудка		
		Резекция 2/3 желудка		

15	Оптимальным вмешательством при перфорации острой язвы двенадцатиперстной кишки у пациента средних лет без язвенного анамнеза с диффузным перитонитом является:		
	Ушивание перфоративной язвы		
	Пилоропластика по Финнею		
	Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу		
	Субтотальная резекция желудка		
	Дистальная резекция 2/3 желудка		
16	Операцией выбора при некрозе участка тонкой кишки с перфорацией и разлитым фибринозно-гнойным перитонитом при нестабильном состоянии больного является		
	Обструктивная резекция тонкой кишки		
	Резекция тонкой кишки с формированием еюностомы		
	Резекция тонкой кишки с формированием первичного анастомоза		
	Ушивание перфорации тонкой кишки в виду тяжести состояния		
17	К основным принципам хирургического лечения перитонита не относится:		
	Разобщение висцеропариетальных сращений		
	Санация брюшной полости		

		Дренирование брюшной полости		
		Устранение источника перитонита		
18		К классификационной характеристике перитонита по степени распространенности не относится:		
		Субтотальный перитонит		
		Диффузный перитонит		
		Распространенный перитонит		
		Разлитой перитонит		
		Местный перитонит		
19		Пациенту, перенесшему лапаротомию по поводу некроза сигмовидной кишки с перфорацией и разлитым каловым перитонитом, планируется повторное вмешательство через сутки от первичной операции. Данная хирургическая тактика соответствует следующему тактическому подходу.		
		Релапаротомия «по программе»		
		Релапаротомия «по требованию»		
		Вынужденная релапаротомия		
		Лапаростомия		
20		Послеоперационным перитонитом называют:		

		Перитонит, возникший после операций, выполненных не по поводу перитонита		
		Перитонит после операций, выполненных по поводу перитонита и потребовавших повторного вмешательства		
		Продолжающийся перитонит, выявленный при этапной санации брюшной полости		
		Перитонит, продолжающийся более 48 часов при устраненном источнике перитонита		
2	2	Перитонит 2		
1		Какие из представленных заболеваний не могут являться причиной перитонита:		
		Гнойный холангит		
		Подкапсульная гематома селезенки		
		Мезентериальный тромбоз		
		Деструктивный холецистит		
		Перфорация дивертикула Меккеля		
2		При разлитых формах фибринозно-гнойного перитонита наиболее точными характеристиками микрофлоры перитонеального экссудата являются:		
		Полимикробный рост бактерий		
		Превалирование бактерий грамотрицательного спектра		
		Наличие бактериоидной микрофлоры		

		Мономикробный рост бактерий		
		Превалирование бактерий грамположительного спектра		
3		Проводя дифференциальную диагностику между внутрибрюшным кровотечением и перитонитом, выберите из нижеперечисленных правильное сочетание клинических симптомов, патогномоничных только для перитонита:		
		Симптом Щёткина-Блюмберга		
		Аускультативный симптом «гробовой тишины».		
		Симптом «Ваньки-встаньки»		
		Симптом Куленкампа		
		Усиление болей в положении лежа		
4		К вариантам временного закрытия лапаростомы относятся:		
		Узловые швы через все слои брюшной стенки		
		Кожные швы		
		Использование вакуум-ассистированной лапаростомы		
		Послойное ушивание операционной раны		
		Использование сетчатого протеза		
5		К критериям окончания этапного хирургического лечения перитонита относятся:		

		Наличие перистальтики тонкой кишки		
		Ликвидация источника перитонита		
		Прозрачный серозный экссудат		
		Гнойно-некротическое поражение операционной раны передней брюшной стенки		
		Внутрибрюшное давление выше 12 мм рт. ст.		
6		Какие из перечисленных осложнений относятся к группе интраабдоминальных:		
		Поддиафрагмальный абсцесс		
		Кишечный свищ		
		Флегмона передней брюшной стенки		
		Нагноение операционной раны		
		Тромбоэмболия легочных артерий		
7		Какие из перечисленных осложнений относятся к группе раневой инфекции:		
		Нагноение операционной раны		
		Флегмона передней брюшной стенки		
		Кишечный свищ		
		Межкишечный абсцесс		
		Паретическая кишечная непроходимость		

8	Основными факторами, определяющими исход заболевания при перитоните, являются:		
	Длительность заболевания		
	Распространенность поражения брюшины		
	Возраст больного		
	Уровень трансаминаз		
	Наличие в анамнезе перенесенных операций на брюшной полости		
9	Показанием к этапной ревизии и санации брюшной полости в абдоминальной хирургии являются:		
	Распространенный каловый перитонит		
	Невозможность одномоментного устранения источника перитонита		
	Нестабильная гемодинамика в момент проведения оперативного вмешательства		
	Инфицированный панкреонекроз		
	Местный фибринозно-гнойный перитонит		
10	К синдрому системной воспалительной реакции при перитоните относятся:		
	Температура тела выше 38°C		
	Количество лейкоцитов в периферической крови более $12 \times 10^9/\text{л}$		



		Количество лейкоцитов в периферической крови менее $4 \times 10^9/\text{л}$		
		Распространенный характер перитонита		
		Каловый характер перитонита		
11		В чём заключается предоперационная подготовка при перитоните пациента, поступившего в хирургический стационар в состоянии крайней тяжести (значение АРАСНЕ-II выше 12 баллов):		
		Катетеризация центральной вены, мочевого пузыря и желудка		
		Внутривенное введение полиионных кристаллоидных растворов в объёме 1000 – 1500 мл		
		Внутривенное применение антибиотиков широкого спектра действия		
		Введение диуретиков		
		Переливание крови		
12		К основным принципам лечения перитонита относится:		
		Санация брюшной полости		
		Устранение источника перитонита		
		Дренирование брюшной полости		
		Наложение кишечных стом		
		Тампонада брюшной полости		

13		Оперативное вмешательство при разлитом каловом перитоните на фоне выраженного пареза кишечника должно включать		
		Устранение источника перитонита		
		Санацию брюшной полости		
		Назоинтестинальную интубацию		
		Наложение илеостомы		
		Мероприятия по предотвращению послеоперационной вентральной грыжи		
14		Тактика «релапаротомия по требованию» в лечении перитонита характеризуется следующими признаками:		
		Лапаротомия, выполненная по поводу перитонита с послойным ушиванием раны брюшной стенки		
		Повторная операция при ухудшении состояния		
		Повторная операция в течение 24-48 часов		
		Повторная операция в течение 48-72 часов		
		Формирование лапаростомии с помощью вакуум-системы		
15		Тактика «релапаротомия по программе» при перитоните характеризуется следующими признаками:		
		Повторная операция в течение 24-48 часов		

		Временное закрытие раны брюшной стенки		
		Возможность отсроченного наложения анастомоза после резекции кишки		
		Повторная операция при ухудшении состояния		
		Обязателен реконструктивный этап операции во время первичного вмешательства		
16		Лапароскопическое вмешательство при перитоните абсолютно не противопоказано в следующих случаях		
		Аппендикулярный перитонит		
		Перитонит на фоне деструктивного холецистита		
		Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки		
		Фибринозно-гнойный перитонит с признаками септического шока		
		Фибринозно-гнойный перитонит с признаками выраженного пареза тонкой кишки		
17		Лапаротомия при перитоните не показана в следующих случаях		
		Перитонит после перитонеального диализа		
		Панкреатогенный ферментативный перитонит		
		Перитонит гонококковой природы		
		Перитонит на фоне перфорации дивертикула сигмовидной кишки		

		Аппендикулярный перитонит у пожилого пациента с сопутствующей патологией		
18		Противопоказанием к началу операции с лапароскопии при перитоните являются:		
		Необходимость вазопрессорной поддержки гемодинамики		
		Абдоминальный компартмент синдром		
		Клинические признаки перитонита с синдромом системной воспалительной реакции		
		Перитонит на фоне гангренозного холецистита		
		Перитонит на фоне гангренозного аппендицита		
19		К воспалительным маркерам лабораторного мониторинга при распространенном перитоните относятся:		
		Уровень лейкоцитов в крови		
		С-реактивный белок		
		Прокальцитонин		
		pH крови		
		Уровень тромбоцитов крови		
20		Абсолютными показаниями к интестинальной интубации являются:		
		Выраженный парез кишечника		

		Обструктивная резекция кишки без формирования стомы		
		Сформированная одноствольная колостома при операции Гартмана		
		Крайняя тяжесть состояния		
		Перфорация тонкой кишки		
2	1	Рак желудка 1		
1		Проведение лапароскопии при раке желудка нецелесообразно в следующем случае:		
		При характере опухолевого процесса in situ		
		При субтотальном поражении желудка опухолью		
		При локализации опухоли в кардиальном отделе желудка с переходом на пищевод		
		При локализации опухоли в теле желудка и подозрении на метастазы в левой доли печени		
		При инфильтративной форме роста опухоли		
2		Больному 64 лет, с жалобами на снижение аппетита, нарастание слабости и умеренными болями в эпигастральной области, не связанными с приёмом пищи, выполнена эзофагогастроскопия, при которой в субкардиальном отделе обнаружено образование диаметром около 5 см, с резко возвышающимся, чётко ограниченными краями и небольшим углублением в центре его. Ваш диагноз?		
		Блюцеобразная форма рака		

		Пенетрирующая язва желудка		
		Хроническая язва субкардиального отдела желудка		
		Индуративная форма рака		
		Наиболее вероятно ограниченная форма болезни Менetrie		
3		К метастазам лимфогенного происхождения при раке желудка относятся все вышеперечисленные, кроме:		
		Метастазы в лёгких		
		Метастаз Вирхова – в лимфатические узлы левой надключичной области		
		Метастаз Марии Джозеф – в пупок		
		Метастаз Шницлера – в параректальную клетчатку		
		Метастаз Крукенберга – в яичники у женщин		
4		Операцией выбора при раке антрального отдела желудка небольших размеров является:		
		Субтотальная дистальная резекция желудка с удалением большого и малого сальника, лимфодесекция		
		Антрумэктомия		
		Классическая резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстерера без удаления большого сальника		
		Резекция 1/2 желудка в сочетании с лимфодесекцией		
		Гастрозэктомия в сочетании с лимфодесекцией		

5		У больного 67 лет рак выходного отдела желудка и признаки декомпенсированного стеноза. На операции установлено, что опухоль прорастает в поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку; имеются увеличенные парааортальные лимфоузлы. Метастазы в печени и канцероматоз брюшины не выявлены. Выберите оптимальный вариант оперативного вмешательства в данной ситуации:		
		Наложить передний гастроэнтероастомоз и межкишечный анастомоз по Брауну		
		Выполнить субтотальную резекцию желудка с созданием гастроэнтероанастомоза		
		Произвести гастрэктомию и сформировать эзофагогастроанастомоз		
		Оптимальным вариантом является наложение энтеростомы для постоянного кормления		
		Оптимальным вариантом следует считать гастростомию		
6		Операцией выбора при операбельном раке дистального отдела желудка и небольших размерах опухоли является:		
		Дистальная субтотальная резекция желудка с большим и малым сальником		
		Гастрэктомия		
		Антрумэктомия		
		Краевая резекция поражённого участка желудка		
		Эзофагоэнтеростомия		

7		Укажите локализацию рака желудка, сопровождающуюся наименьшей клинической симптоматикой:		
		Рак тела желудка		
		Рак кардии с переходом на пищевод		
		Рак средней трети малой кривизны		
		Рак пилорического канала		
		Рак антрального отдела		
8		Что из перечисленного НЕправильно в отношении рака желудка?		
		Рано диагностируется определением содержания альфа-фетопротеина		
		Чаще возникает у мужчин, чем у женщин		
		Развивается на фоне хронического атрофического гастрита		
		Может развиваться из полипа		
		Может локализоваться на большой кривизне желудка		
9		Операция гастростомия показана:		
		При раке тела желудка III стадии		
		При раке дистального отдела желудка IV стадии с множественными метастазами в печень		



		При раке проксимального отдела желудка и канцероматозе брюшины		
		При кардиоспазме		
		При язвенном стенозе привратника		
10		При раке антрального отдела желудка, IV стадии заболевания, выполняется одна из перечисленных операций:		
		Передний гастроэнтероанастомоз		
		Пилоропластика		
		Эзофагоэнтероанастомоз		
		Гастростомия		
		Задний гастроэнтероанастомоз		
11		К метастазу Вирхова относится:		
		Метастаз в лимфоузел надключичной области слева		
		Метастаз в печень		
		Метастаз в яичник		
		Метастаз в большой сальник		
		Метастаз в забрюшинное пространство		
12		Ранняя диагностика рака желудка возможна с помощью одного из перечисленных методов:		

		Обзорная эзофагогастроскопия		
		Компьютерный анализ выраженности синдрома «малых признаков»		
		Анализ кала на скрытую кровь		
		Рентгеноскопия желудка		
		Дуоденальное зондирование		
13		У больного 38 лет, с раком антрального отдела желудка, по вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество асцитической жидкости и увеличение лимфоузлов по ходу аорты. Прорастания опухоли в соседние органы не выявлено. Ваша тактика:		
		Паллиативная дистальная субтотальная резекция желудка		
		Гастрэктомия		
		Ограничится эсплоративной лапаротомией		
		Гастростомия		
		Гастроэнтеростомия		
14		Больной 57 лет, с гипертонической болезнью, ожирением III степени, дислипидемией, жалуется на общее недомогание, слабость, снижение аппетита, отрыжку, похудание. При обследовании в левой надключичной области выявлен плотный округлой формы узел диаметром до 2 см. Ваш предварительный диагноз:		
		Рак желудка		

		Рудиментарное шейное ребро		
		Тромбированная аневризма подключичной артерии		
		Язвенная болезнь желудка		
		Полипоз желудка		
15		Больному с раком антрального отдела желудка IV стадии показана:		
		Передняя гастроэнтеростомия		
		Задняя гастроэнтеростомия		
		Гастрэктомия		
		Превентивная гастростомия		
		Стентирование пилорического канала		
16		Оперируя больного 50 лет по поводу рака тела желудка, вы обнаружили прорастание опухоли в левую долю печени. Отдалённых метастазов нет. Укажите оптимальный объём операции:		
		Гастрэктомия в сочетании с резекцией левой доли печени		
		Резекция 2/3 желудка		
		Проксимальная субтотальная резекция желудка		
		Дистальная субтотальная резекция желудка		
		Эксплоративная лапаротомия		

17		Имплантационным метастазом рака желудка является:		
		Метастаз Шницлера		
		Метастаз в лёгкие		
		Метастаз в селезёнку		
		Метастаз в ворота печени		
		Метастаз в лимфоузел большого сальника		
18		У больного, оперируемого по поводу рака выходного отдела желудка, метастазов опухоли в брюшной полости не обнаружено. Укажите оптимальный объем вмешательства:		
		Дистальная субтотальная резекция желудка, удаление малого и большого сальников		
		Антрумэктомия		
		Резекция 2/3 желудка с оставлением части малого и большого сальников		
		Гастростомия		
		Илеостомия		
19		Оперируя больного 50 лет по поводу рака тела желудка, Вы обнаружили метастаз опухоли в нижнем полюсе селезенки. Других метастазов нет. Ваша тактика:		
		Произвести гастрэктомию и спленэктомию		
		Признать случай неоперабельным и на этом закончить операцию		

		Произвести гастрэктомия и резекцию селезенки		
		Произвести субтотальную дистальную резекцию желудка и спленэктомию		
		Наложить передний гастроэнтероанастомоз с Брауновским межкишечным анастомозом		
20		Метастаз Шницлера локализуется:		
		В прямокишечно-пузырной складке		
		В печени		
		В яичниках		
		Между ножками кивательной мышцы		
		В области пупка		
21		Наиболее часто встречающаяся форма роста рака желудка		
		Экзофитная		
		Язвенная		
		Эндофитная		
		Блюдцеобразная		
		Язвенно-инфильтративная		
22		Основным видом метастазирования рака желудка является:		

		Лимфогенный		
		Импантационный		
		Контактный		
		Гематогенный		
		Все виды метастазирования являются основными		
23		Назовите наиболее ранний симптом рака кардиального отдела желудка:		
		дисфагия		
		боль в эпигастральной области		
		тошнота и рвота		
		боль за грудиной		
		изжога		
24		У больного с 4 стадией рака кардиального отдела желудка на фоне выраженной дисфагии появились признаки улучшения прохождения пищи. Какое осложнение заболевания наступило?		
		распад опухоли		
		дилатация кардиального жома		
		кровотечение из опухоли		
		перфорация опухоли		
		острое расширение пищевода		

25		Метастаз Крукенберга при раке желудка локализуется в:		
		в яичнике		
		в пупке		
		в Дугласовом пространстве		
		в надключичном лимфатическом узле		
		в надпочечнике		
26		Признаками неоперабельности рака желудка являются:		
		множественные метастазы в печень		
		размер опухоли более 10 см		
		метастазы в большой сальник		
		множественные уплотненные лимфоузлы большого и малого сальника		
		проращение всех слоев стенки желудка		
27		Выберите основные методы верификации рака желудка:		
		Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией		
		УЗИ		
		Компьютерная томография		
		термография		
		лапароскопия		

28		Наиболее часто рак желудка метастазирует в:		
		Печень		
		Легкие		
		Яичники		
		Щитовидную железу		
		Кости		
29		Радикальной операцией при раке выходного отдела желудка II стадии является:		
		Дистальная субтотальная резекция желудка вместе с большим и малым сальниками		
		Резекция $2/3$ желудка без удаления большого и малого сальников		
		Гастрэктомия		
		Антрумэктомия		
		Наложение заднего гастроэнтероанастомоза		
30		Какой из симптомов может быть одним из самых ранних при подозрении на рак желудка?		
		Немотивированная потеря аппетита		
		Нарушение функции кишечника		
		Метеоризм		



		Похудание		
		Тахикардия		
31		При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана:		
		Дистальная субтотальная дистальная резекция желудка		
		Гастродуоденостомия		
		Гастроэнтеростомия		
		Пилоропластика		
		Гастростомия		
32		При раке тела желудка радикальной операцией считается:		
		Гастрэктомия		
		Резекция 2/3 желудка		
		Проксимальная субтотальная резекция		
		Дистальная субтотальная резекция		
		Гастроэнтеростомия		
33		Метастаз Вирхова при раке желудка это:		
		в надключичный лимфоузел		
		в Дугласово пространство		

		в пупок		
		в яичники		
		в надпочечники		
34		Наиболее частой гистологической формой рака желудка является:		
		Аденокарцинома		
		Недифференцированный рак		
		Плоскоклеточный рак		
		Аденоакансома		
		Низкодифференцированный рак		
35		Какая локализация рака желудка клинически проявляется наиболее поздно?		
		Тело желудка		
		Антральный отдел		
		Субкардиальный отдел		
		Кардиальный отдел		
		Пилорический канал		
36		С целью радикального лечения операбельного рака антрального отдела желудка выполняется следующий вид операции:		

		Дистальная субтотальная резекция желудка с удалением большого и малого сальника		
		Резекция $2/3$ желудка по Гофмейстеру-Финстереру без удаления большого и малого сальника.		
		Антрэктомия с удалением большого сальника		
		Резекция желудка в пределах макроскопически неизменённых тканей		
		Гастрэктомия		
37		Метастаз сестры Джозеф локализуется:		
		В области пупка		
		В яичниках		
		В прямокишечно-пузырной складке В печени		
		Между ножками кивательной мышцы		
2	2	Рак желудка 2		
1		Назовите операции, применяемые для радикального лечения рака желудка:		
		Дистальная субтотальная резекция желудка		
		Проксимальная резекция желудка		
		Гастрэктомия		
		Гастростомия		
		Антрэктомия		

2		Основными клиническими признаками рака кардиального отдела желудка являются:		
		Боли за грудиной		
		Затруднение при глотании твёрдой пищи		
		Гиперсаливация		
		Симптом «шума плеска»		
		Полиурия		
3		Пациент предъявляет жалобы на ежедневную рвоту в течение двух недель. При гастроскопии выявлена опухоль выходного отдела желудка. У больного необходимо в первую очередь исследовать:		
		Электролитный состав плазмы		
		Объём циркулирующей крови		
		Измерить диурез		
		Желудочный pH		
		Провести дуоденальное зондирование		
4		При язвенной болезни желудка, осложнённой малигнизацией, могут быть выполнены следующие оперативные вмешательства:		
		Дистальная субтотальная резекция желудка		
		Гастрэктомия		

		Резекция 2/3 желудка		
		Иссечение язвы		
		Антрумэктомия, ваготомия		
5		Виды паллиативных операций, выполняемых при раке антрального отдела желудка IV стадии:		
		Дистальная резекция 2/3 желудка		
		Передняя гастроэнтеростомия с брауновским межкишечным анастомозом		
		Гастростомия		
		Гастрэктомия		
		Паллиативная проксимальная резекция желудка		
6		Наиболее часто предраковым заболеванием желудка в зависимости от морфологической картины является:		
		Гиперпластический гастрит		
		Атрофический гастрит		
		Гипертрофический гастрит		
		Поверхностный гастрит		
		Эрозивный гастрит		
7		К предраковым заболеваниям желудка относятся следующие:		

		Хронический атрофический гастрит		
		Болезнь Менетри		
		Полипоз желудка		
		Синдром Маллори-Вейса		
		Эрозивный гастрит		
8		К синдрому “малых признаков” рака желудка относятся следующие симптомы:		
		Немотивированная слабость		
		Прогрессирующее похудение		
		Стойкое снижения аппетита		
		Гиперсаливация		
		Метеоризм		
9		Больному 65 лет, проведена эзофагогастродуоденоскопия, при которой выявлена опухоль проксимального отдела желудка. С целью уточнения характера и стадии заболевания ему необходимо произвести:		
		Ультразвуковое исследование брюшной полости		
		Определить в крови содержание онкомаркёров – РЭА, СА – 72-4		
		Гастроскопическое исследование завершить забором биоматериала для гистологического исследования		

		В план обследования включить КТ брюшной полости с в/в усилением		
		Выполнить ультразвуковое исследование шейно-надключичных областей		
10		Наименьшая клиническая симптоматика и поздняя диагностика рака желудка при локализации опухоли:		
		На задней стенке желудка		
		На большой кривизне тела желудка		
		На малой кривизне желудка		
		В кардиальном отделе желудка с переходом на пищевод		
		В антральном отделе желудка		
11		Выявить рак желудка и установить факт генерализации опухолевого процесса позволяет следующие методы исследования:		
		Эзофагогастроскопия в сочетании с забором биоматериала для гистологического исследования		
		Компьютерная томографии с внутривенным контрастным усилением грудной и брюшной полости		
		Ультразвуковое исследование брюшной полости и шейно-подключичных областей		
		Лапароскопия в сочетании с забором смыва с париетальной брюшины		
		Эндоскопическое УЗИ		

		Обзорная рентгенография брюшной полости		
12		При раке желудка различают следующие типы макроскопической (макроморфологической) картины опухоли:		
		Грибовидный или клиновидный		
		Диффузно-инфильтративный		
		Язвенный с чётко ограниченными краями (блюдецобразный)		
		Язвенно-инфильтративный		
		Гигантский гиперпластический тип		
		Подслизистый тип		
13		В план обследования больного с подозрением на рак желудка необходимо включить следующие методы исследования:		
		Полипозиторные рентгенконтрастные исследования желудка		
		Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и 12-перстной в сочетании с биопсией подозрительных на злокачественные участки слизистой оболочки		
		Компьютерную томографию брюшной полости с в/в контрастным усилением		
		Исследование крови на содержание уровня онкомаркёров: РЭА, СА 72-4, СА 19,9		



		Чрезкожную пункцию желудка под контролем УЗИ для взятия биоматериала на гистологическое исследование		
14		К предраковым заболеваниям желудка относят:		
		Болезнь Менетрие		
		Полипы желудка		
		Хроническая длительно не заживающая язва малой кривизны желудка.		
		Синдром Меллори-Вейса		
		Синдром Золингера-Эллисона		
15		При раке желудка диагностировать метастазы в печени позволяют:		
		Мультиспиральная КТ органов брюшной полости с в/в контрастированием		
		Ультразвуковое исследование брюшной полости		
		Лапароскопия с биопсией печени		
		Клинический анализ крови		
		Биохимический анализ крови		
16		Укажите варианты локализации рака желудка с поздно проявляющимися клиническими симптомами:		
		Тело желудка		
		Субкардиальный отдел		

		Кардиальный отдел без перехода на пищевод		
		Антральный отдел		
		Пилорический канал		
17		Паллиативными операциями при раке выходного отдела желудка могут быть:		
		Передний гастроэнтероанастомоз с Брауновским межкишечным анастомозом		
		Дистальная резекция желудка		
		Антрэктомия, ваготомия		
		Пилоропластика по Финнею		
		Гастрэктомия		
18		Абсолютными признаками неоперабельности рака желудка являются:		
		Множественные метастазы в печень		
		Асцит		
		Метастатическое поражение селезенки		
		Метастазы в большой сальник		
		Большие размеры опухоли		
19		Типичными клиническими проявлениями рака выходного отдела желудка являются:		

		Повторная рвота		
		«Шум плеска» натошак		
		Дисфагия		
		Полиурия		
		Гиперсаливация		
20		Выберите признаки, НЕ характерные для рака тела желудка:		
		Дисфагия		
		Неукротимая рвота		
		Гиперсаливация		
		Анемия		
		Похудание		
21		Онкологически обоснованными операциями при раке кардиального отдела желудка (операбельном) являются:		
		Гастрэктомия		
		Проксимальная субтотальная резекция желудка с большим и малым сальником		
		Резекция кардии с эзофагогастроанастомозом		
		Резекция 2/3 желудка по Бильрот II		
		Гастростомия		

22	Больному с раком кардиального отдела желудка может быть выполнена:		
	Гастрэктомия		
	Проксимальная субтотальная резекция желудка		
	Гастростомия		
	Дистальная резекция желудка		
	Наложение гастроэнтероанастомоза		
23	Отдалёнными метастазами рака желудка являются:		
	Метастаз Шнитцлера		
	Метастазы в печень		
	Метастаз Крукенберга		
	Метастазы в пупок		
	Метастаз Вирхова		
24	В план обследования больного с раком выходного отдела желудка с явлениями стеноза необходимо включить следующие исследования:		
	Определения объёма циркулирующей крови		
	Определение электролитного состава плазмы		
	Измерение диуреза		
	РН-метрию желудка		
	Дуоденальное зондирование		

25		Для рака тела желудка характерны следующие симптомы:		
		Анемия		
		Желудочный дискомфорт		
		Похудание		
		Дисфагия		
		Гиперсаливация		
26		К признакам малигнизации хронической язвы желудка относят:		
		Снижение аппетита		
		Появление постоянных болей в эпигастрии		
		Появление ахилии		
		Развитие анемии		
		Уменьшение скорости оседания эритроцитов		
27		У больного 56 лет подозревается рак желудка. Укажите исследования, позволяющие уточнить диагноз:		
		Гастродуоденоскопия		
		Рентгеноскопия желудка		
		Исследование печёночных ферментов		
		Цитологическое исследование промывных вод желудка		

		Исследование желудочного сока		
28		Операция гастрэктомия обычно производится при:		
		При раке тела желудка		
		При раке кардии с переходом на тело желудка		
		При раке дистального отдела желудка, не прорастающего серозу и с единичными метастазами в лимфоузлы большого сальника		
		При тотальном атрофическом гастрите		
		При полипе желудка, локализуемом вблизи кардиального жома		
2	1	Тромбоэмболия легочной артерии 1		
1		Оптимальным способом хирургической профилактики тромбоэмболии легочных артерий при наличии тромба в левой общей подвздошной вене будет:		
		Имплантация кава-фильтра		
		Регионарный тромболитис		
		Имплантация фильтра в левую общую подвздошную вену		
		Кроссэктомия		
		Тромбэктомия из левой общей подвздошной вены и ее пликация		

2		У больного, 42 лет, перенесшего операцию резекцию желудка, на 5 сутки после операции развился правосторонний илиофemorальный венозный тромбоз. При ретроградной илиокавографии выявлен флотирующий тромб инфраренального отдела нижней полой вены. Какой метод профилактики ТЭЛА наиболее целесообразен в данном случае:		
		Имплантация кава-фильтра		
		Пликация нижней полой вены		
		Перевязка нижней полой вены		
		Тромболитическая терапия		
		Пожизненная антикоагулянтная терапия		
3		Источником массивной тромбоэмболии легочной артерии чаще всего является:		
		Илиокавальный венозный сегмент		
		Глубокие вены голени		
		Поверхностные вены нижних конечностей		
		Места переломов трубчатых костей		
		Краш-синдром		
4		Укажите способ хирургической профилактики тромбоэмболии лёгочных артерий, показанный при		

		флотирующем тромбе размерами 10×2×2 см супраренального отдела нижней полой вены:		
		Имплантация кава-фильтра в тромботические массы для их фиксации		
		Тромбэктомия из супраренального отдела нижней полой вены и её пликация под устьями почечных вен		
		Наложение порто-кавального анастомоза проксимальнее верхушки тромба		
		Проведение тромболитической терапия, от операции следует воздержаться		
		Перевязка нижней полой вены проксимальнее тромба		
5		Наиболее информативным, неинвазивным инструментальным методом диагностики тромбоэмболии легочной артерии является:		
		ЭКГ		
		Эхокардиография		
		Обзорная рентгенография грудной клетки		
		Перфузионное сканирование легких		
		Ангиопульмонография		
6		При тромбоэмболии легочных артерий на ЭКГ отмечается перегрузка:		
		Левых отделов сердца		
		Только левого желудочка		



		Правых отделов сердца		
		Только правого желудочка		
		Левого и правого предсердий		
7		Для деобструкции легочного сосудистого русла при тромбоэмболии легочных артерий применяются:		
		Сердечные гликозиды		
		Аналгетики		
		Активаторы фибринолиза		
		Бронхолитики		
		Кровоостанавливающие препараты		
8		Наиболее частым источником тромбоэмболии легочных артерий является:		
		Система верхней полой вены		
		Система нижней полой вены		
		Правый желудочек		
		Левое предсердие		
		Легочные вены		
9		Наиболее точным методом диагностики тромбоэмболии лёгочных артерий является:		
		Обзорная рентгенография грудной клетки		

		Радиокардиография		
		Мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением и 3D-реконструкцией изображения		
		Ангиопульмонография		
		Изотопное перфузионное сканирование лёгких		
10		Какой из клинических симптомов массивной тромбоэмболии лёгочных артерий указан неверно?		
		Боли за грудиной		
		Коллапс Удушье		
		Цианоз верхней половины туловища		
		Цианоз нижней половины туловища		
2	2	Тромбоэмболия легочной артерии 2		
1		Основными классическими клиническими симптомами массивной тромбоэмболии лёгочных артерий считаются:		
		Цианоз		
		Коллапс		
		Одышка		
		Отёк лица и верхней половины туловища		
		Набухание яремных вен		

2	Основными задачами лечения при тромбоэмболии легочных артерий являются:		
	Нормализация гемодинамики		
	Обезболивание		
	Восстановление проходимости легочных артерий		
	Трахеостомия		
	Предотвращение рецидива тромбоэмболии легочных артерий		
3	Наиболее характерными признаками тромбоэмболии легочной артерии при ангиопульмонографии будут:		
	Затемнение легочной паренхимы на стороне поражения		
	Дефекты наполнения в сосудистом русле		
	Усиление контрастирования легочного сосудистого рисунка		
	Обеднение контрастирования легочного сосудистого рисунка		
	Обрыв («ампутация») контрастирования ветвей легочной артерии		
4	К наиболее частым клиническим симптомам ТЭЛА относят:		
	Внезапно возникшую одышку, удушье		
	Боли в грудной клетке		

		Брадикардию		
		Повышение АД		
		Тахикардию, сердцебиение		
5		Из перечисленных методов диагностики ТЭЛА выберите наиболее информативные:		
		Ангиопульмонография		
		ЭКГ		
		Перфузионная сцинтиграфия легких		
		Мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением		
		Обзорная рентгенография грудной клетки		
6		Предотвратить тромбоэмболию лёгочных артерий при флотирующем тромбе инфраренального отдела нижней полой вены позволяют такие операции, как:		
		Протезирование трикуспидального клапана		
		Пликация нижней полой вены		
		Перевязка подвздошных вен		
		Имплантация кава-фильтра		
		Наложение порто-кавального анастомоза		
7		Укажите препараты применяемые для тромболитической терапии:		

		Гепарин		
		Стрептаза		
		Непрямые антикоагулянты		
		Урокиназа		
		Тканевые активаторы плазминогена		
8		Для массивной ТЭЛА характерными клиническими формами являются:		
		Циркуляторная		
		Печеночная		
		Респираторная		
		Почечная		
		Метаболическая		
9		К осложнениям тромбоэмболии легочных артерий относят:		
		Инфаркт легкого		
		Инфаркт миокарда		
		Абсцесс легкого		
		Хроническую постэмболическую легочную гипертензию		

10	Среди указанных методов обследования наиболее полную информацию об источнике эмболизации легочных артерий дают:		
	Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование		
	Флебоденометрия		
	Реовазография		
	Рентгенография		
	Сцинтиграфия легких		
11	Среди методов хирургической профилактики ТЭЛА наиболее часто используют:		
	Пликацию нижней полой вены		
	Операцию Беккокка		
	Чрезкожную имплантацию проволочных кава-фильтров		
	Перевязку нижней полой вены		
	Илиокавальное венозное шунтирование		
12	Для лечения массивной тромбоэмболии лёгочных артерий применяют следующие методы:		
	Эмболэктомия из лёгочных артерий в условиях искусственного кровообращения		
	Тромболизис		
	Гирудинотерапию		
	Пулumonэктомия		

	Внутриартериальное введение антибиотиков широкого спектра действия		
--	--	--	--