

2374_01_08_1_Модульный контроль

Раздел: **1. Болевой синдром нижних конечностей 1**

Модуль: **1**

Тема: **1. Болевой синдром нижних конечностей**

1. На приеме врача пациент с жалобами на выраженные ощущения дискомфорта в икроножной мышце, возникшие сразу после непривычно высокой мышечной нагрузки. При осмотре мышца выглядит напряженной, отмечается болезненность при ее пальпации, боли усиливаются при движении. Подкожной гематомы нет.

Поставьте правильный диагноз:

- 1) Разрыв икроножной мышцы
- 2) Миозит икроножной мышцы
- 3) Растяжение икроножной мышцы
- 4) Разрыв «ахиллова» сухожилия
- 5) Плантарный фасциит

2. Выберите симптомы, не характерные для разрыва «ахиллова» сухожилия:

- 1) Острая боль в области пятки и по задней поверхности голени
- 2) Кровоизлияние и отек по задней поверхности голени
- 3) В области разрыва промежутки между мышцей и связкой
- 4) Отсутствует подошвенное сгибание стопы
- 5) Смещение коленной чашечки вверх

3. Клинические проявления, не характерные для люмбоишалгии:

- 1) Отечность нижней конечности в течение всего дня
- 2) Боли по ходу пораженных нервов
- 3) Нарушения чувствительности кожи
- 4) Иррадиация болей в бедро, голень и стопу

5) Мраморный рисунок кожных покровов

4. Назовите достоверные признаки перелома костей нижней конечности:

1) боль, которая усиливается при любых движениях

2) наличие припухлости и отека в травмированном месте

3) ограничение подвижности конечности

4) подкожные кровоизлияния

5) патологическая подвижность конечности

5. Для болезни Осгуд - Шляттера не характерно следующее утверждение:

1) Ноющая боль припухлость в области колена

2) Поражение носит двусторонний характер

3) Симптоматика нарастает при физической нагрузке

4) Заболевание регрессирует самостоятельно ко времени полового созревания

5) Не требует хирургической коррекции

6. На приеме врача пациент с жалобами на выраженные ощущения дискомфорта в икроножной мышце, возникшие сразу после непривычно высокой мышечной нагрузки. При осмотре мышца выглядит напряженной, отмечается болезненность при ее пальпации, боли усиливаются при движении. Подкожной гематомы нет.

Поставьте правильный диагноз:

1) Разрыв икроножной мышцы

2) Миозит икроножной мышцы

3) Растяжение икроножной мышцы

4) Разрыв «ахиллова» сухожилия

5) Плантарный фасциит

7. Для хронической артериальной непроходимости артерий нижних конечностей не характерно развитие следующих симптомов:

1) деформация ногтей

2) атрофия кожи

3) атрофия мышц

4) гиперпигментация кожи

5) облысение конечности

8. Наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних конечностей является:

1) полицитемия

2) Облитерирующий тромбангит

3) Облитерирующий атеросклероз

4) пункция и катетеризация артерии

5) экстравазальная компрессия артерии

9. Назовите симптом, наиболее характерный для панникулита:

1) Множественные болезненные узлы в жировой клетчатке с распадом

2) Красная и отечная кожа с множественными высыпаниями

3) Симптомы интоксикации организма

4) Чётко отграниченные участки кожи с неровными границами в виде зубцов ("языки пламени")

5) Бледность и «мраморность» кожного покрова конечности

10. В дифференциальной диагностике острых артериальных тромбозов от эмболии важную роль играет следующий критерий:

- 1) пол
- 2) возраст
- 3) отсутствие пульсации артерий конечности
- 4) мерцательная аритмия
- 5) отёк обеих конечностей

11. Укажите симптом, наиболее характерный для рожистого воспаления кожи:

- 1) Интенсивные «дергающие» боли в конечности
- 2) Красная и отечная кожа с множественными высыпаниями
- 3) Симптомы интоксикации организма
- 4) Чётко отграниченные участки кожи с неровными границами в виде зубцов ("языки пламени")
- 5) Бледность и «мраморность» кожного покрова конечности

12. Укажите наиболее достоверный признак перелома костей нижней конечности:

- 1) Боль при активных движениях
- 2) Подкожные кровоизлияния
- 3) Отсутствие возможности самостоятельных движений
- 4) Патологическая подвижность конечности
- 5) Боль в конечности в покое

13. Укажите симптом, достоверно отличающий варикозную болезнь от посттромбофлебитической болезни нижних конечностей:

- 1) Боль и отечность конечности в течение всего дня
 - 2) Выраженное нарастание симптомов к концу дня, особенно в вертикальном положении и в жаркую погоду
 - 3) Уменьшение симптомов в положении лежа с приподнятыми ногами
 - 4) трофические расстройства кожи конечности
 - 5) Снижение мышечной силы в нижней конечности
-

14. Назовите исход тромбозов магистральных артерий:

- 1) флегмона
 - 2) гангрена
 - 3) трофическая язва
 - 4) Костный остеомиелит
 - 5) артрит
-

15. В диагностике острой артериальной непроходимости наиболее информативным методом исследования является:

- 1) сфигмография
 - 2) реовазография
 - 3) аорто-артериография
 - 4) УЗДГ
 - 5) УЗАС + ЦДК
-

16. Укажите симптом, наиболее характерный для проявления люмбоишалгии:

- 1) Отечность нижней конечности
-

- 2) Боль по задней поверхности бедра с иррадиацией вниз
-
- 3) Нарушения чувствительности кожи
-
- 4) Невозможность активных и пассивных движений конечности
-
- 5) Похолодание кожи нижней конечности
-

17. Заболеванию облитерирующим тромбангиитом подвержены преимущественно:

- 1) Женщины в возрасте до 35 лет
-
- 2) Мужчины в возрасте до 35 лет и женщины старше 45 лет
-
- 3) Мужчины до 40 лет
-
- 4) В равной степени мужчины и женщины старше 40 лет
-
- 5) Мужчины старше 40 лет
-

18. Нехарактерным признаком для синдрома Лериша является:

- 1) Снижение потенции
-
- 2) Нарушение сперматогенеза
-
- 3) Слабость и быстрая утомляемость нижних конечностей
-
- 4) Деформация коленных и голеностопных суставов
-
- 5) Атрофия мышц нижних конечностей
-

19. Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:

- 1) атеросклероз дуги аорты
-
- 2) ишемическая болезнь сердца
-
- 3) тромбоз вен большого круга кровообращения
-

4) аневризмы аорты

5) аневризма сердца

20. Основным фактором, определяющим лечебную тактику врача при острой артериальной недостаточности, является:

1) возраст больного

2) тяжесть общего состояния

3) степень ишемии конечности

4) наличие сопутствующего атеросклеротического стеноза или окклюзии

5) локализация тромбоза или эмболии

21. При решении вопроса о тактике лечение больного с хронической ишемией конечности неизвестного генеза оптимальным является инструментальный метод исследования:

1) Тредмил - тест

2) Капилляроскопия

3) Определение парциального напряжения кислорода на стопе

4) Ультразвуковое ангиосканирование

5) Определение лодыжечно – плечевого индекса

22. Симптом «перемежающейся хромоты» возникает при следующих заболеваниях:

1) Посттромботическая болезнь

2) Облитерирующий эндартериит

3) Острый восходящий тромбофлебит

4) Костный остеомиелит

5) Артрит

23. При эмболии общей подвздошной артерии, осложнившейся контрактурой конечности в коленном и голеностопном суставах, оптимальным методом лечения будет:

1) Первичная ампутация конечности

2) Тромболитическая терапия

3) Экстренная эмболэктомия с последующей гемосорбцией

4) Антикоагулянтная терапия

5) Введение миорелаксантов

24. Выберите оптимальный доступ для оперативного вмешательства у больного с эмболией бифуркации аорты

1) Продольная стернотомия

2) Левосторонний бедренный доступ

3) Тораколапаротомия

4) Двухсторонний бедренный доступ

5) Нижнесрединная лапаротомия

25. Тромбоз развивается в результате всех случаев, кроме:

1) нарушения свёртывания крови

2) изменения внутренней оболочки сосуда

3) массивного кровотечения

4) замедления кровотока и застоя

5) эмболии

26. Условия, способствующие развитию тромбоза сосудов все, кроме:

- 1) замедление тока крови
- 2) ускорение времени свертываемости крови
- 3) повреждение интимы сосуда
- 4) наличие инфекции
- 5) гемофилия

27. Что из нижеперечисленных методов не оказывает влияния на возникновение тромбоза сосуда?

- 1) замедление тока крови
- 2) повышение свертываемости крови
- 3) понижение свертываемости крови
- 4) спазм сосуда
- 5) поражение интимы сосуда

28. Расстройства кровообращения с последующим некрозом возникают в результате всех заболеваний, кроме:

- 1) тромбоза или эмболии
- 2) облитерации сосуда
- 3) сдавление сосуда извне
- 4) длительного спазма сосуда
- 5) флебита

29. Назовите единственно верный и патогенетически обоснованный метод оперативного лечения синдрома Лериша?

- 1) Поясничная симпатэктомия
 - 2) Бедренно-подколенное шунтирование
 - 3) Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
 - 4) Имплантация на голень большого сальника на сосудистой ножке
 - 5) Одностороннее аорто-бедренное шунтирование
-

30. Выберите из указанных патологических состояний то, которое не характерно для синдрома Лериша:

- 1) Атрофии мышц нижних конечностей
 - 2) Мигрирующего тромбофлебита нижних конечностей
 - 3) Импотенции
 - 4) Бледности кожных покровов
 - 5) Боли в мышцах бёдер при ходьбе
-

31. Ранними симптомами облитерирующего эндартериита являются все, кроме:

- 1) Повышенная зябкость ног
 - 2) Некроз пальцев стопы
 - 3) Трофические нарушения ногтей пальцев стоп
 - 4) Полысение волосяного покрова ног
 - 5) Ослабление пульсации на подколенной артерии
-

32. При облитерирующем атеросклерозе в первую очередь поражаются:

- 1) больше берцовые артерии
 - 2) подколенная артерия
-

- 3) бедренная артерия
-
- 4) подвздошные артерии
-
- 5) артерии стопы
-

33. На приеме врача пациент с жалобами на выраженные ощущения дискомфорта в области пяточной кости, возникшие сразу после ходьбы и в вертикальном положении при статической нагрузке. При осмотре кожа в области пяточной кости не изменена, отмечается болезненность при ее пальпации, пальпация плантарного апоневроза также болезненна. Подкожной гематомы нет. Поставьте правильный диагноз:

- 1) Разрыв икроножной мышцы
-
- 2) Миозит икроножной мышцы
-
- 3) Растяжение икроножной мышцы
-
- 4) Разрыв «ахиллова» сухожилия
-
- 5) Плантарный фасциит
-

34. На приеме врача пациент с жалобами на выраженные ощущения дискомфорта в икроножной мышце, возникшие сразу после непривычно высокой мышечной нагрузки. При осмотре мышца выглядит напряженной, отмечается болезненность при ее пальпации, боли усиливаются при движении, формируется подкожная гематома. Поставьте правильный диагноз.

- 1) Разрыв икроножной мышцы
-
- 2) Миозит икроножной мышцы
-
- 3) Растяжение икроножной мышцы
-
- 4) Разрыв «ахиллова» сухожилия
-
- 5) Плантарный фасциит
-

35. Назовите наиболее частую причину развития костного остеомиелита в детском возрасте?

- 1) Ранее перенесенный открытый перелом трубчатых костей
-

- 2) Перенесенные в детстве ангины

- 3) Перенесенный в детстве коклюш

- 4) Инфицирование при прохождении родовых путей

- 5) Генетическая предрасположенность к инфекции

36. Что называют остеомиелитом?

- 1) Гнойное воспаление суставной сумки

- 2) Гнойное воспаление надкостницы, костной ткани, костного мозга

- 3) Гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей

- 4) Специфическое воспаление костной ткани

- 5) Туберкулезное поражение костей

37. Лечение острого гнойного гонартрита начинают с:

- 1) физиотерапии

- 2) наложения маевой повязки

- 3) эвакуации гнойного экссудата путем пункции или вскрытия

- 4) иммобилизации конечности

- 5) резекции пораженного гнойным процессом участка кости

38. Возбудителем рожистого воспаления является:

- 1) Золотистый стафилококк

- 2) Палочка свиной рожи

- 3) Клебсиелла

4) Анаэробы

5) Гемолитический стрептококк

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

1) Лейкемию

2) Злокачественную опухоль, чаще поджелудочной железы

3) Варикозное расширение вен

4) Тромбангиитную окклюзию сосудов

5) Узелковый периартериит

40. У больного, обратившегося на прием к амбулаторному хирургу, был выявлен ряд симптомов. Из указанных проявлений острого восходящего тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей нельзя отнести к данному заболеванию:

1) Боли распирающего характера

2) Дистальные отеки конечности

3) Гиперемию кожи по ходу вены

4) Повышение температуры тела

5) Резкую болезненность при пальпации

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

1) Экзема и дерматит

2) Трофические язвы

3) Хроническая венозная недостаточность

4) «Перебегающая» хромота

5) Тромбофлебит поверхностных вен

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

1) Антикоагулянтов

2) Длительного постельного режима

3) Деагрегантов

4) Лечебной физкультуры

5) Компрессионной терапии нижних конечностей

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

1) Сосудов головного мозга

2) Легочных вен

3) Коронарных артерий

4) Легочной артерии

5) Артерий почек и печени

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

1) Антикоагулянты

2) Деагреганты

- 3) Компрессионную терапию нижних конечностей
-
- 4) Флеботоники
-
- 5) Антибиотики
-

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

- 1) Ожирение
-
- 2) Малоподвижный образ жизни
-
- 3) Варикозную болезнь вен нижних конечностей
-
- 4) Флеботромбоз вен голени и бедра
-
- 5) Язвенную болезнь желудка
-

46. При долечивании в поликлинике компрессионное бинтование нижних конечностей после перенесенной флебэктомии начинают с уровня:

- 1) Подколенной области
-
- 2) Верхней трети бедра
-
- 3) Нижней трети бедра
-
- 4) Стопы
-
- 5) Бинтование конечности не требуется
-

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

- 1) Средняя треть голени
-
- 2) Нижняя треть бедра
-

3) Верхняя треть голени

4) Верхняя треть бедра

5) Средняя треть бедра

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

1) в диафизе кости

2) в эпифизе кости

3) в метафизе кости

4) не имеет значения

5) первичный очаг не выявляется

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

1) нарушение функции конечности

2) лейкоцитоз

3) боль в конечности

4) анемию

5) гипертермию

50. Для рожистого воспаления не характерно:

1) Боли «дергающего» характера в конечности

2) Образование на коже воспалительных эритематозных очагов с нечеткими границами

3) Лимфангиит, лимфаденит

4) Носит рецидивирующий характер

5) Образование на коже резко ограниченных эритематозных очагов

51. Больная 64 лет поступила с жалобами на варикозно расширенные вены на левой ноге, отечность голеностопного сустава, трофические изменения кожи в области медиальной лодыжки. При осмотре: на левой нижней конечности обнаружены варикозно измененные вены, кожа у медиальной лодыжки голени с темнокоричневым оттенком. При УЗАС выявлена полная проходимость глубоких вен голени и бедренной вены, недостаточность остиального клапана большой подкожной вены и клапанов перфорантных вен голени. Этой больной могут быть рекомендованы все методы лечения, кроме:

1) Комбинированная флебэктомия в комбинации со склеротерапией

2) Постоянное ношение компрессионного трикотажа при отказе от операции

3) Операция радиочастотной абляции в сочетании с минифлебэктомией

4) Компрессионная терапия, оперативное лечение в осенне-зимний период

5) Первоначальное выполнение склеротерапии притоков, оперативное лечение через 4–6 месяцев

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

1) антикоагулянтной терапии

2) возвышенного положения конечности в постели

3) дезагрегантов

4) компрессионной терапии

5) спазмолитиков

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

1) Прогрессирование хронической венозной недостаточности

2) Развитие трофической язвы голени

3) Развитие лимфостаза голени

- 4) Развитие эмболии легочной артерии
-
- 5) Развитие посттромбофлебитической болезни
-

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

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

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

- 1) Спазмолитики
-
- 2) Непрямые антикоагулянты
-
- 3) Ранние активные движения
-
- 4) Гемодилюцию
-
- 5) Прямые антикоагулянты
-

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

- 1) Отсутствие пульса на подколенной артерии и артериях стопы
-
- 2) Отек голени и бедра
-
- 3) Распирающие боли
-

4) Гиперемию и цианоз кожи бедра

5) Гипертермия

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

1) Поясничную симпатэктомию

2) Комбинированную флебэктомию

3) Протезирование артерии

4) Ампутацию нижней конечности

5) Консервативное лечение

58. Прогноз при синдроме длительного сдавления определяется:

1) Площадью сдавления

2) Наличием сопутствующих механических повреждений

3) Временем сдавления

4) Всем перечисленным

5) Ничем из перечисленного

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

1) Иммобилизации сустава

2) Наложения согревающего компресса

3) Пункции коленного сустава

4) Анальгетиков

5) Препаратов НПВС

60. Вероятными признаками перелома конечности являются все нижеперечисленные, кроме:

1) Крепитация отломков кости

2) Костные фрагменты в ране

3) Патологическая подвижность конечности

4) Нарушение функции конечности

5) Отечность и кровоизлияние в мягкие ткани

61. К признакам перелома не относится:

1) Патологическая подвижность

2) Боль

3) Пружинящая фиксация

4) Крепитация

5) Нарушение функции

62. К признакам вывиха не относится:

1) Боль

2) Нарушение функции

3) Пружинящая фиксация

4) Крепитация

5) Изменение длины конечности

63. Выделите определяющий клинический признак вывиха в любом суставе:

- 1) Расслабление мышц, окружающих сустав
- 2) Напряжение мышц, окружающих сустав
- 3) «Пружинящее сопротивление» при попытке пассивных движений
- 4) Деформация сустава
- 5) Удлинение или укорочение вывихнутого сегмента

64. Выделите клинические симптомы, абсолютные для перелома кости:

- 1) Деформация конечности
- 2) Отечность и кровоизлияние в мягкие ткани
- 3) Патологическая подвижность и крепитация костных отломков
- 4) Локальная болезненность и нарушение функции
- 5) Гиперемия в области перелома

65. В первую очередь у больного с открытым переломом и кровотечением из поврежденной крупной артерии врачу амбулаторного звена следует осуществить:

- 1) Наложение давящей повязки на рану конечности
- 2) Введение сердечных и сосудосуживающих средств
- 3) Введение наркотиков для обезболивания
- 4) Иммобилизацию конечности
- 5) Наложение жгута на конечность

Раздел: **1. Болевой синдром нижних конечностей 2**

Модуль: **1**

Тема: **1. Болевой синдром нижних конечностей**

1. Выберите клинические проявления, характерные для миозита

- 1) Локальная мышечная боль
- 2) Распространенная боль в мышцах
- 3) Гиперемия кожи над зоной воспаления
- 4) Подкожная гематома
- 5) При прогрессировании заболевания возможна мышечная атрофия

2. Выберите симптомы, характерные для тендинита:

- 1) Боль в конечности при активных движениях
- 2) Безболезненность аналогичных пассивных движений
- 3) Безболезненность при пальпации сухожилия
- 4) Гиперемия и увеличение температуры кожи над областью пораженного сухожилия
- 5) Крепитация при движении сухожилия

3. Укажите вероятные признаки перелома костей нижней конечности:

- 1) Боль при любых движениях
- 2) Подкожные кровоизлияния
- 3) Неестественное положение конечности
- 4) Патологическая подвижность
- 5) Хруст костных отломков

4. Назовите симптомы, характерные для разрыва связок голеностопного сустава:

- 1) Незначительно выраженный болевой синдром в суставе
- 2) Резкое опухание стопы и нижней трети голени
- 3) Отсутствие подкожного кровоизлияния в области сустава
- 4) Треск и хруст в суставе
- 5) Затруднения при ходьбе

5. Назовите клинические проявления, характерные для острого венозного тромбоза:

- 1) «Бледность» кожных покровов
- 2) «Распирающая» боль в конечности
- 3) Отек всей конечности или ее части
- 4) Резкая болезненность при пальпации икроножных мышц
- 5) Снижение температуры кожи на стороне поражения

6. Какие жалобы наиболее характерны для постромбофлебитической болезни?

- 1) Боль и отечность голени в течение всего дня
- 2) Нарастание симптомов к концу дня, особенно в вертикальном положении и в жаркую погоду, регрессируют после сна
- 3) Усиление симптомов в положении лежа с приподнятыми ногами
- 4) Быстро прогрессирующие трофические расстройства кожи
- 5) Снижение мышечной силы в нижней конечности

7. Назовите симптомы, характерные для проявлений панникулита:

- 1) Множественные болезненные узлы в жировой клетчатке с распадом
 - 2) Красная и отечная кожа с множественными высыпаниями
 - 3) Симптомы интоксикации организма
 - 4) Чётко отграниченные участки кожи с неровными границами в виде зубцов ("языки пламени")
 - 5) Бледность и «мраморность» кожного покрова конечности
-

8. Манифестация костного остеомиелита проявляется следующими симптомами:

- 1) Фебрильная температура и озноб
 - 2) Слабость, вялость, адинамия
 - 3) Отеком пораженной конечности
 - 4) Снижение уровня лейкоцитов в общем анализе крови
 - 5) Выделение гнойного отделяемого из свища
-

9. Назовите симптомы, характерные для рожистого воспаления кожи:

- 1) Интенсивные «дергающие» боли в конечности
 - 2) Красная и отечная кожа с множественными высыпаниями
 - 3) Симптомы интоксикации организма
 - 4) Чётко отграниченные участки кожи с неровными границами в виде зубцов ("языки пламени")
 - 5) Бледность и «мраморность» кожного покрова конечности
-

10. Выберите симптомы, характерные для разрыва собственной связки надколенника:

- 1) Острая боль в области верхней трети голени
 - 2) Незначительные ноющие боли в области коленного сустава
-

- 3) Смещение надколенника под кожу нижней трети бедра
-
- 4) Невозможность разгибательных движений в коленном суставе
-
- 5) Смещение коленной чашечки вниз
-

11. Спонтанная мышечная гематома на фоне медикаментозной гипокоагуляции может являться результатом терапии следующих заболеваний:

- 1) Мерцательная аритмия
-
- 2) Аневризма брюшного отдела аорты
-
- 3) Протезирование митрального клапана
-
- 4) Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей
-
- 5) Аорто - коронарное шунтирование
-

12. Клиническая картина остеоартроза коленных суставов характеризуется следующими симптомами:

- 1) Утренняя скованность в суставе
-
- 2) Боли регрессируют при физической нагрузке
-
- 3) Ограничение объема движений в суставе
-
- 4) Свободные активные движения в суставе
-
- 5) Деформация области сустава
-

13. Для варикозной болезни вен нижних конечностей характерно:

- 1) Похолодание кожи нижней конечности
-
- 2) Чувство тяжести и повышенная утомляемость конечности
-
- 3) Ночные судороги в икроножных мышцах
-

4) Сохранение отека в течение всего дня

5) Регресс отека после ночного сна

14. Для атеросклеротической окклюзии подколенной артерии характерно:

1) «Низкая» перемежающаяся хромота

2) Компенсаторная гипертрофия мышц бёдер

3) Атрофия кожи дистальных отделов конечности

4) Усиленная пульсация бедренной артерии на стороне поражения

5) Увеличение волосяного покрова на дистальных отделах поражённой конечности

15. Для хронической артериальной недостаточности нижних конечностей характерно:

1) Деформация ногтей

2) Атрофия кожи

3) Быстрое появление телеангиоэктазий

4) Чувство жара в нижних конечностях

5) Увеличение волосяного покрова конечности

16. Укажите клинические проявления болезни Осгуд - Шляттера:

1) Ноющая боль и припухлость в области крепления собственной связки надколенника

2) Отечность голени

3) Усиление болей в колене при сгибательных движениях

4) Парестезии кожи голени

5) Боли в голеностопном суставе

17. Назовите симптомы, характерные для разрыва связок голеностопного сустава:

- 1) Незначительно выраженный болевой синдром в суставе
- 2) Резкое опухание стопы в области сустава
- 3) Подкожное кровоизлияние в области сустава
- 4) Деформация в области сустава
- 5) Отечность голени

18. Укажите возможные причины развития нарушений водно - электролитного баланса:

- 1) Длительная диарея
- 2) Длительный прием антикоагулянтов
- 3) Обильная рвота
- 4) Кратковременный прием мочегонных препаратов
- 5) Избыточная физическая нагрузка

19. Для эмболии бифуркации бедренной артерии характерны следующие клинические признаки:

- 1) Резкий отек всей нижней конечности
- 2) Отсутствие пульсации бедренной артерии тотчас ниже пупартовой связки
- 3) Отсутствие пульсации бедренной артерии в гунтеровом канале
- 4) Отсутствие пульсации подколенной артерии
- 5) Усиление (по сравнению с контралатеральной конечностью) пульсации бедренной артерии тотчас ниже пупартовой связки

20. Для синдрома Лериша характерно:

- 1) Резкий отек обеих нижних конечностей
 - 2) Отсутствие пульсации на обеих бедренных артериях
 - 3) Отсутствие пульсации только на подколенных артериях
 - 4) Высокая «перемежающая» хромота
 - 5) Импотенция
-

21. Что из перечисленного не характерно для облитерирующего эндартериита:

- 1) Перемежающаяся хромота
 - 2) Ослабление периферической артериальной пульсации
 - 3) Трофические расстройства на пораженной конечности
 - 4) Варикозное расширение вен на пораженной конечности
 - 5) Пожилой возраст больного
-

22. Назовите основные симптомы воспаления коленного мениска:

- 1) Сильная ноющая боль в колене и голени
 - 2) Утренняя скованность в суставе
 - 3) Ограничение двигательной активности конечности
 - 4) Увеличение сустава в объеме
 - 5) «Механический» характер боли
-

23. Назовите условия, способствующие развитию тромбоза сосудов:

- 1) замедление тока крови
 - 2) ускорение времени свертываемости крови
-

3) повреждение интимы сосуда

4) наличие инфекции

24. Для профилактики острых венозных тромбозов у малоподвижных пациентов используются следующие методики:

1) ранняя активизация больного

2) длительный постельный режим

3) эластическая компрессия нижних конечностей

4) прерывистая пневматическая компрессия

5) гепариновая мазь

25. К формам рожистого воспаления относятся. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) эритематозная;

2) катаральная

3) буллезная

4) некротическая

5) геморрагическая

26. Больная поступила с жалобами на варикозно расширенные вены на левой конечности, отечность голеностопного сустава, трофические изменения кожи голени. При УЗАС установлена проходимость глубоких вен голени и бедренной вены, недостаточность остиального клапана большой подкожной вены и клапанов перфорантных вен голени в типичном месте. Этой больной могут быть рекомендованы следующие радикальные методы лечения:

1) Комбинированная флебэктомия в комбинации со склеротерапией притоков

2) Постоянное ношения компрессионного трикотажа

- 3) Операция радиочастотной облитерации в комбинации с минифлебэктомией притоков
-
- 4) Комбинированная флебэктомия в комбинации со минифлебэктомией притоков
-
- 5) Первоначально произвести склеротерапию, оперативное лечение рекомендовано через 4-6 месяцев
-

27. Больная 25 лет поступила в клинику с диагнозом: варикозная болезнь обеих нижних конечностей. Это заболевание появилось в шестнадцатилетнем возрасте. При осмотре отмечено, что имеется резкое варикозное расширение в бассейнах большой и малой подкожных вен, варикозно изменены их ветви. В области голеностопных суставов имеется пастозность тканей. Выявить причину варикозной болезни позволят следующие диагностические исследования, кроме:

- 1) Ультразвуковое ангиосканирование с цветным доплеровским картированием кровотока
-
- 2) Восходящая дистальная функциональная флебография
-
- 3) Радиоиндикация с меченым фибриногеном
-
- 4) Термография конечностей
-
- 5) Аортоартериография
-

28. На амбулаторном приеме вы клинически диагностировали острый илеофemorальный флеботромбоз. С помощью каких специальных инструментальных методов исследования можно точно определить проксимальную и дистальную границы распространения тромбоза?

- 1) Ретроградная илеокаваграфия
-
- 2) Антеградная тазовая флебография
-
- 3) Восходящая дистальная флебография
-
- 4) Ультразвуковое ангиосканирование
-
- 5) Допплерография
-

29. Для варикозной болезни нижних конечностей характерны следующие клинические признаки: Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе
 - 2) постоянный отек всей конечности
 - 3) трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки
 - 4) отек стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня
 - 5) судороги икроножных мышц голени в покое
-

30. С какими факторами связано развитие трофических расстройств кожи при варикозной болезни нижних конечностей? Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) окклюзия артерий голени
 - 2) недостаточность перфорантных вен
 - 3) недостаточность клапанов ствола большой подкожной вены
 - 4) острый тромбоз глубоких вен голени
 - 5) дерматит и лимфостаз
-

31. У больного, обратившегося на прием к амбулаторному хирургу, был выявлен ряд симптомов. Из указанных проявлений локального тромбофлебита поверхностной вены нельзя отнести к данному заболеванию:

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

32. В амбулатории хирургом у больного был заподозрена посттромбофлебитическая болезнь. Укажите признаки, характерные для данного заболевания?

- 1) Застойный дерматоз и склеродермия
 - 2) Гиперпигментация кожи
 - 3) Бледная «мраморная» кожа
 - 4) Образование трофических язв
 - 5) Отсутствие артериальной пульсации на стопах
-

33. Что характерно для острого венозного тромбоза?

- 1) перемежающаяся хромота
 - 2) Отсутствие пульса на артериях стопы
 - 3) Резкий отек и гиперемия нижней конечности
 - 4) Боли в конечности «распирающего» характера
 - 5) Повышение температуры кожи на стороне поражения
-

34. Укажите основные жалобы больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника:

- 1) Ограничение движений в позвоночнике
 - 2) Боли в поясничном отделе позвоночника – люмбалгия
 - 3) Боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся в положении лежа
 - 4) Резкие «прострелы» в нижние конечности (ишалгия)
 - 5) Боли, иррадиирующие в область сердца
-

35. Какие проявления не характерны для острого венозного тромбоза?

- 1) Отсутствие пульса на артериях стопы
 - 2) Аритмия
-

3) Резкий отек и гиперемия нижней конечности

4) Перемежающаяся хромота

5) Нарушение стула

Раздел: **2. Отечный синдром нижних конечностей 1**

Модуль: **1**

Тема: **2. Отечный синдром нижних конечностей**

1. Патофизиологически отек это...

- 1) Увеличение объема интерстициальной жидкости
- 2) Увеличение объема циркулирующей крови
- 3) Увеличение мышечной массы
- 4) Увеличение объема лимфы
- 5) Подкожная гематома

2. Какое из перечисленных патологических состояний не связано с отеком?

- 1) Липэдема
- 2) Лимфедема
- 3) Целлюлит
- 4) Компартмент-синдром
- 5) Синдром беспокойных ног

3. Укажите симптом, характерный для тромбоза глубоких вен голени

- 1) Симптом Хоманса
- 2) Симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) Симптом Бабинского
- 4) Симптом «выдвижного ящика»
- 5) Симптом Пастернацкого.

4. Выберите симптом, характерный для лимфедемы

- 1) Отек стопы и пальцев
- 2) Плотный отек бедра
- 3) Острый отек обеих нижних конечностей
- 4) Усиление подкожного венозного рисунка
- 5) Варикозные вены

5. Что является наиболее частой причиной периферического отека у взрослых?

- 1) Микседема
- 2) Хроническая сердечная недостаточность
- 3) Побочный эффект лекарственных препаратов
- 4) Хроническая венозная недостаточность
- 5) Цирроз печени

6. Дефицит какого витамина может привести к появлению периферического отека?

- 1) Витамин В12 (цианокобаламин)
- 2) Витамин С (аскорбиновая кислота)
- 3) Витамин В1 (тиамин)
- 4) Витамин В2 (рибофлавин)
- 5) Витамин А (рибофлавин)

7. Какой лекарственный препарат применяется для лечения идиопатического отека?

- 1) Пентоксифиллин

2) Фуросемид

3) Варфарин

4) Спинолактон

5) Панангин

8. Для какого заболевания характерно развитие претибиальной микседемы?

1) Диффузный токсический зоб

2) Эндемический зоб

3) Рак щитовидной железы

4) Острый бактериальный тиреоидит

5) Гипотиреоз

9. Укажите симптом, не характерный для отека при варикозной болезни нижних конечностей.

1) Резкая боль при ходьбе

2) Наличие варикозных вен

3) Синюшный цвет кожи голени

4) Суточная динамика отека

5) Уменьшение отека при ходьбе

10. Липедема-это...

1) Тяжелая форма лимфедемы

2) Врожденное увеличение объема подкожно-жировой клетчатки конечностей

3) Венозная гангрена

- 4) Одна из стадий острого венозного тромбоза
-
- 5) Синоним хронической венозной недостаточности
-

11. Для лечения хронического высокобелкового отека можно использовать все, кроме...

- 1) Диуретики
-
- 2) Компрессионная терапия
-
- 3) Физиотерапия
-
- 4) Массаж
-
- 5) Флеботропные препараты
-

12. Отек всей нижней конечности при остром восходящем тромбофлебите является признаком....

- 1) Перехода тромбоза на общую бедренную вену
-
- 2) Присоединения лимфатической недостаточности
-
- 3) Такого вообще не бывает
-
- 4) Присоединения вторичной инфекции
-

13. При остром и плотом отеке голени с багрово-синюшным цветом кожи в первую очередь следует заподозрить...

- 1) Острый тромбоз глубоких вен
-
- 2) Острый лимфангоит
-
- 3) Рожистое воспаление
-
- 4) Острый остеоартрит
-
- 5) Острый миозит
-

14. Что собой представляет отек?

-
- 1) Увеличение объема крови
-
- 2) Увеличение объема лимфы
-
- 3) Увеличение объема интерстициальной жидкости
-
- 4) Увеличение массы тела
-

15. Какое заболевание является локальной причиной отека?

-
- 1) Цирроз печени
-
- 2) Тромбоз глубоких вен
-
- 3) Синдром ночного апноэ
-
- 4) Сердечная недостаточность
-
- 5) Почечная недостаточность
-

Раздел: **2. Отечный синдром нижних конечностей 2**

Модуль: **1**

Тема: **2. Отечный синдром нижних конечностей**

1. Признаками отека при хронической сердечной недостаточности служат

- 1) Признаки декомпенсации основного заболевания
- 2) Локализация на лице, передней брюшной стенке и обеих нижних конечностях
- 3) Наличие варикозных вен
- 4) Отсутствие суточной динамики
- 5) Одышка в покое, усиливающаяся при ходьбе

2. Какие жалобы характерны для постромбофлебитической болезни?

- 1) Отек голени в течение всего дня
- 2) Нарастание симптомов к концу дня
- 3) Уменьшение симптомов в положении лежа с приподнятыми ногами
- 4) Быстро прогрессирующие трофические расстройства кожи
- 5) Похолодание нижней конечности

3. Наиболее частыми причинами лимфатического отека нижних конечностей у россиян являются....

- 1) Рожистое воспаление
- 2) Филяриоз
- 3) Лучевая терапия
- 4) Лимфаденэктомия
- 5) Укусы змей

4. Для диагностики причины отека нижних конечностей используют

- 1) Ультразвуковое исследование
- 2) КТ и МРТ
- 3) Флебографию
- 4) Лимфографию
- 5) Пульмонографию

5. Определить величину отека конечностей можно с помощью....

- 1) Измерительной ленты
- 2) Водно-иммерсионного волюметра
- 3) Ультразвукового исследования
- 4) Рентгенографии
- 5) Эхо-КГ

6. К высокобелковым отекам относят...

- 1) Хронический венозный отек
- 2) Хронический лимфатический отек
- 3) Хронический почечный отек
- 4) Хронический сердечный отек
- 5) Хронический печеночный отек

7. Какие клинические проявления, не характерные для острого венозного тромбоза.

- 1) Бледность кожных покровов нижней конечности

- 2) Распирающая боль в конечности
 - 3) Отек всей конечности или ее части
 - 4) Резкая болезненность при пальпации икроножных мышц
 - 5) Снижение температуры кожи на стороне поражения
-

8. Острый отек при рожистом воспалении сопровождается...

- 1) Гектической температурой
 - 2) Покраснением кожи в виде «языков пламени»
 - 3) Увеличением регионарных лимфатических узлов
 - 4) Одышкой
 - 5) Расширением яремных вен
-

9. Для профилактики хронического венозного отека применяют...

- 1) Компрессионный трикотаж
 - 2) Флеботропные препараты
 - 3) Обильное питье
 - 4) Постуральный дренаж
 - 5) Согревающие компрессы
-

10. Что не характерно для отека при посттромботической болезни?

- 1) Появление отека после длительного наличия варикозных вен
 - 2) Варикозное расширение вен по боковым поверхностям живота
 - 3) Трофические нарушения кожи голени
-

- 4) Треск и хруст в голеностопном суставе
-

11. Для отека при варикозной болезни характерно...

- 1) Длительный анамнез заболевания
- 2) Отек дистальной части голени и лодыжек
- 3) Отек бедра
- 4) Отек пальцев стопы
- 5) Уменьшение отека после сна
-

12. Отек нижних конечностей могут вызвать

- 1) Варикозная болезнь
- 2) Лимфедема
- 3) Острый тромбоз глубоких вен
- 4) Аневризма брюшной аорты
- 5) Стеноз бедренной артерии
-

13. Патогенетическими причинами хронического венозного отека являются

- 1) Увеличение давления в венозных капиллярах
- 2) Увеличение проницаемости стенки венозных капилляров
- 3) Увеличение онкотического давления в интерстиции
- 4) Увеличение скорости тока венозной крови
- 5) Увеличение частоты сердечных сокращений
-

14. Блокаторы медленных кальциевых каналов вызывают отек вследствие

- 1) Расслабления прекапиллярного сфинктера
- 2) Увеличения гидравлического давления в артериальных капиллярах
- 3) Снижения онкотического давления крови
- 4) Увеличения онкотического давления интерстиция
- 5) Снижения артериального давления

15. Для отека при посттромботической болезни характерно

- 1) Развитие до появления варикозных вен
- 2) Слабо выраженная суточная динамика
- 3) Локализация на голени и бедре
- 4) Положительный симптом Хоманса
- 5) Положительная кашлевая проба

16. Отек при венозном тромбозе характеризуется

- 1) Острым началом
- 2) Багрово-синюшным цветом кожи
- 3) Варикозным расширением поверхностных вен
- 4) Трофическими нарушениями кожи голени
- 5) Отсутствием пульсации на артериях стопы

17. Отек при слоновости (элефантиазе) характеризуется

- 1) Отсутствием суточной динамики

- 2) Наличием варикозных вен
 - 3) Высокой температурой тела
 - 4) Положительным признаком Stemмера
 - 5) Выраженной индурацией кожи и подкожной клетчатки голени
-

18. Лечение хронического венозного отека включает в себя все, кроме...

- 1) Компрессионный бандаж
 - 2) Согревающие компрессы
 - 3) Прием флеботропных препаратов
 - 4) Переменную пневматическую компрессию
 - 5) Прием антибиотиков
-

19. Длительный прием каких медикаментов может вызвать отек нижних конечностей?

- 1) Гормональные контрацептивы
 - 2) Блокаторы медленных кальциевых каналов
 - 3) Нестероидные противовоспалительные препараты
 - 4) Диуретики
 - 5) Антибиотики
-

20. Хронический венозный отек усиливается

- 1) После плавания
 - 2) После приема горячей ванны
 - 3) После посещения бани/сауны
-

- 4) После ходьбы и бега
-
- 5) После злоупотребления алкоголем
-

21. Для хронического венозного отека не характерно...

- 1) Увеличение к концу дня
-
- 2) Уменьшение после сна
-
- 3) Увеличение после сна
-
- 4) Уменьшение к концу дня
-
- 5) Отсутствие суточной динамики
-

22. Для отека при сердечной недостаточности характерно...

- 1) Отсутствие суточной динамики
-
- 2) Наличие одышки
-
- 3) Уменьшение во время ходьбы
-
- 4) Увеличение во время ходьбы
-
- 5) Боль в ногах во время ходьбы
-

23. Отек при почечной недостаточности является

- 1) Высокобелковым
-
- 2) Низкобелковым
-
- 3) Электролитным
-
- 4) Токсико-аллергическим
-
- 5) Онкотическим
-

24. Хронический венозный отек усиливается

- 1) В жаркое время года
- 2) В холодное время года
- 3) После длительного пребывания в положении стоя
- 4) После длительного пребывания в положении лежа
- 5) В утренние часы

25. Признаками отека при костно-суставной патологии служат...

- 1) Локализация в области пораженного сустава
- 2) Сильные боли при движении в суставе
- 3) Признаки хронических изменений в суставах
- 4) Положительный симптом Хоманса
- 5) Положительный симптом Ласега

26. Какой механизм лежит в основе формирования хронической венозной недостаточности?

- 1) Увеличение гидростатического давления плазмы крови
- 2) Снижение онкотического давления плазмы крови
- 3) Повышение проницаемости стенок капилляров
- 4) Снижение дренажных способностей лимфатической системы
- 5) Повышение системного артериального давления

27. Для лечения хронического отека, вызванного варикозной болезнью, используют все кроме...

- 1) Компрессия

2) Флеботропные препараты

3) Постуральный дренаж

4) Горячие компрессы

5) Диуретики

28. Венозному тромбообразованию в послеоперационном периоде способствуют все перечисленные факторы, кроме:

1) Длительного постельного режима

2) Пожилого возраста больного

3) Наличия онкологического заболевания

4) Сопутствующей сердечно-сосудистой патологии

5) Послеоперационной пролонгированной аналгезии

29. Для тромбоза подключичной вены (синдрома Педжета-Шреттера) характерными симптомами являются все перечисленные, кроме:

1) Болей в руке

2) Отека верхней конечности

3) Резкого побледнения кожных покровов пораженной конечности

4) Исчезновения болевой чувствительности

5) Усиления поверхностного венозного рисунка

30. Какой патологический процесс не приводит к развитию посттромбофлебитического синдрома?

1) Рожистое воспаление

2) Острый тромбофлебит подкожных вен

3) Артерио-венозные свищи

4) Тромбоз глубоких вен голени

5) Подвздошно-бедренный тромбоз

31. В какой ситуации может возникнуть отек обеих нижних конечностей?

1) Острый тромбоз нижней полой вены

2) Хроническая окклюзия нижней полой вены

3) Атеросклероз аорты

4) Коарктация аорты

5) Атеросклероз артерий нижних конечностей

32. Какие симптомы не относятся к острому венозному тромбозу?

1) Щеткина-Блюмберга

2) Хоманса

3) Мозеса

4) Пастернацкого

5) «Выдвижного ящика»

6) Мюссе

33. Какие симптомы встречаются при тромбозе глубоких вен?

1) Мозеса

2) Хоманса

3) Ловенберга

- 4) Ласега
-
- 5) Бабицкого
-

34. Какие пробы помогают в диагностике варикозной болезни?

- 1) Кашлевая
-
- 2) Трехжгутовая
-
- 3) Дельбе-Пертеса
-
- 4) Мозеса
-
- 5) Хоманса
-

35. Для диагностики места окклюзии магистральных вен нижних конечностей наиболее информативным исследованием является:

- 1) УЗИ
-
- 2) Флебография
-
- 3) Реовазография
-
- 4) Тромбоэластография
-
- 5) Сфигмография
-

36. Характерными симптомами варикозной болезни вен нижних конечностей являются все перечисленные, кроме:

- 1) Чувства распирания в ногах
-
- 2) Отека голени к концу дня
-
- 3) Судорог в икроножных мышцах
-
- 4) Быстрой утомляемости при ходьбе
-

5) Перемежающейся хромоты

37. Характерными симптомами посттромботической болезни вен нижних конечностей являются все перечисленные, кроме:

1) Чувства распирания в икрах

2) Отека голени

3) Судорог в икроножных мышцах

4) Перемежающейся хромоты

5) Ночных болей в мышцах голени

38. Для медикаментозного отека нижних конечностей не характерны....

1) Боли в ногах

2) Перемежающаяся хромота

3) Варикозные вены

4) Отек обеих нижних конечностей

5) Цианоз кожи нижних конечностей

39. Для лимфатического отека нижних конечностей не характерны

1) Наличие варикозных вен

2) Сильная боль в покое

3) Перемежающаяся хромота

4) Отек стопы и пальцев

5) Сохранение отека в покое

40. Для отека при посттромботической болезни не характерно...

- 1) Бледность кожных покровов
- 2) Отек лица
- 3) Тромбоз глубоких вен в анамнезе
- 4) Отек голени
- 5) Наличие трофических нарушений кожи голени

41. Отек при рожистом воспалении сочетается...

- 1) С гектической температурой
- 2) Синдромом интоксикации
- 3) Краснотой кожных покровов по типу «языков пламени».
- 4) Одышкой
- 5) Нарушением функции почек

42. Хронический отек нижних конечностей характерен для

- 1) Облитерирующего атеросклероза
- 2) Ишемической болезни сердца
- 3) Хронической венозной недостаточности
- 4) Гипертонической болезни
- 5) Хронической лимфатической недостаточности

43. Причинами отека нижних конечностей может быть все, кроме

- 1) Варикозная болезнь

- 2) Посттромботическая болезнь
-
- 3) Хроническая лимфатическая недостаточность
-
- 4) Тромбоз глубоких вен
-
- 5) Атеросклероз аорты
-

44. Идиопатический отек проявляется...

- 1) Отеком нижних конечностей
-
- 2) Увеличением общей массы тела к концу дня
-
- 3) Возникновением только у женщин
-
- 4) Обязательным наличием варикозных вен
-
- 5) Трофическими нарушениями кожи голеней
-

45. Для лечения хронического венозного отека не используют...

- 1) Компрессионную терапию
-
- 2) Флеботропную терапию
-
- 3) Тепловые процедуры
-
- 4) Инфузионную терапию
-
- 5) Постуральный дренаж
-

46. При отеке, связанном с гипопротемией пациенту следует назначить...

- 1) Внутривенное введение гидролизата белка
-
- 2) Высокобелковое питание
-
- 3) Инфузии физиологического раствора
-

4) Обильное питье

5) Флеботропные препараты

47. При гипопроteinемическом отеке не следует назначать

1) Внутривенное введение гидролизата белка

2) Высокобелковое питание

3) Мочегонные препараты

4) Инфузии физиологического раствора

5) Инфузии 5% глюкозы

48. Для лечения хронического отека при лимфедеме используют

1) Компрессионную терапию

2) Лимфодренирующий массаж

3) Спортивный массаж

4) Физиотерапию

5) Внутривенные инфузии белковых препаратов

49. При остром отеке нижних конечностей, вызванном тромбозом глубоких вен, пациенту назначают...

1) Компрессионную терапию

2) Антикоагулянты

3) Диуретики

4) Массаж пораженной конечности

5) Тромболитическую терапию

50. При хроническом венозном отеке пациенту назначают

- 1) Строгий постельный режим
- 2) Компрессионную терапию
- 3) Диуретики
- 4) Переменную пневмокомпрессию
- 5) Флеботропные препараты

51. Для хронического венозного отека неправильными утверждениями являются...

- 1) Хронический венозный отек - это увеличение объема интерстициальной жидкости.
- 2) Хронический венозный отек- это застой крови в варикозных венах
- 3) Хронический венозный отек- это увеличение объема циркулирующей крови
- 4) Хронический венозный отек-это следствие артериальной гипертонии
- 5) Хронический венозный отек-это следствие почечной недостаточности

52. Для хронического венозного отека правильными утверждениями являются...

- 1) Хронический венозный отек-это увеличение объема интерстициальной жидкости
- 2) Хронический венозный отек-это следствие хронической венозной недостаточности
- 3) Хронический венозный отек-это следствие артериальной гипертонии
- 4) Хронический венозный отек-это следствие патологии в системах верхней и нижней полой вен
- 5) Хронический венозный отек связан с застоем крови в венозном отделе микроциркуляторного русла

53. Для хронического венозного отека не характерна...

- 1) Связь с приемом гипотензивных препаратов

- 2) Связь с менструальным циклом
 - 3) Связь с обильным питьем
 - 4) Связь с холодным временем года
 - 5) Связь с постельным режимом
-

54. Для лимфатического отека характерно

- 1) Отек пальцев пораженной конечности
 - 2) Отсутствие выраженной суточной динамики отека
 - 3) Обязательное наличие варикозных вен
 - 4) Утолщение и уплотнение кожи и подкожной клетчатки
 - 5) Снижение пульсации бедренной артерии
-

55. Для лимфатического отека не характерно...

- 1) Обязательное наличие варикозных вен
 - 2) Отек пальцев пораженной конечности
 - 3) Выраженная суточная динамика отека
 - 4) Отсутствие выраженной суточной динамики отека
 - 5) Связь с менструальным циклом у женщин
-

56. Какие утверждения не характерны для кожных покровов при отеке, вызванном острым венозным тромбозом?

- 1) Кожные покровы бледные
 - 2) Кожные покровы багрово-синюшны
-

- 3) Кожные покровы холодные
-
- 4) Кожные покровы горячие
-
- 5) Кожные покровы ярко красного цвета
-

57. Какие признаки могут указывать на хронический венозный отек?

- 1) Обувь к концу дня начинает жать
-
- 2) На голени остаются глубокие борозды от носков
-
- 3) К концу дня стопы начинают болеть
-
- 4) К концу дня ощущается распирание в икрах
-
- 5) К концу дня возникает сильная боль в икрах
-

58. Что не характерно для хронического венозного отека?

- 1) Усиление к концу дня
-
- 2) Уменьшение к концу дня
-
- 3) Усиление после приема большого количества жидкости
-
- 4) Уменьшение после приема большого количества жидкости
-
- 5) Усиление после ночного отдыха
-

59. Для лечения хронического лимфатического отека обычно назначают...

- 1) Компрессию
-
- 2) Пневматическую компрессию
-
- 3) Обильное питье
-
- 4) Диуретики
-

5) Лимфодренирующий массаж

60. Для лечения хронического лимфатического отека не назначают

1) Диуретики

2) Обильное питье

3) Инфузии физиологического раствора

4) Лимфодренирующий массаж

5) Компрессию

61. Острый лимфатический отек при рожистом воспалении связан...

1) С острым тромбозом глубоких вен

2) С острым тромбофлебитом поверхностных вен

3) С острым лимфостазом

4) С острым воспалением

5) С острым лимфангоитом

62. Для дифференциальной диагностики причины отека используют

1) Ультразвуковое исследование

2) Компьютерную томографию

3) Флебографию

4) Магнитно-резонансную томографию

5) Лимфографию

63. Основными причинами лимфедемы нижних конечностей служат...

- 1) Врожденные аномалии развития лимфатических коллекторов
- 2) Рецидивирующее рожистое воспаление
- 3) Лимфаденэктомия и радиотерапия по поводу опухолей малого таза
- 4) Перенесенный острый венозный тромбоз
- 5) Хроническая венозная недостаточность

64. Для хирургического лечения лимфедемы нижних конечностей используют...

- 1) Создание лимфо-венозных анастомозов
- 2) Создание нодуло-венозных анастомозов
- 3) Трансплантацию лимфатических коллекторов
- 4) Флебэктомия
- 5) Стентирование глубоких вен

65. Дифференциальную диагностику хронического венозного отека нижних конечностей следует проводить с...

- 1) Острым тромбозом глубоких вен
- 2) Лимфедемой
- 3) Инфарктом миокарда
- 4) Тромбоэмболией легочной артерии
- 5) Хронической почечной недостаточностью

66. Для дифференциальной диагностики причин отека нижних конечностей наиболее важное значение имеют...

- 1) Данные анамнеза
 - 2) Результаты клинического обследования
 - 3) Результаты инструментального обследования
 - 4) Пол пациента
 - 5) Гражданство пациента
-

67. Для лимфедемы нижних конечностей не характерны...

- 1) Суточная динамика отека
 - 2) Багрово-синюшный цвет кожи
 - 3) Сильная боль в стопе
 - 4) Отек стопы и основной фаланги пальцев
 - 5) Индурация кожи
-

68. Для хронического венозного отека нижних конечностей не характерны

- 1) Бледность кожных покровов
 - 2) Обеднение поверхностного венозного рисунка
 - 3) Сильная боль при ходьбе
 - 4) Наличие варикозных вен
 - 5) Усиление поверхностного венозного рисунка
-

69. Причинами анасарки могут быть...

- 1) Заболевания печени
 - 2) Нефротический синдром
-

3) Онкологические заболевания

4) Варикозная болезнь

5) Лимфедема

70. Хронический отек нижних конечностей усиливает...

1) Водно-солевая нагрузка

2) Длительные статические нагрузки

3) Прием гормональных контрацептивов

4) Компрессионный трикотаж

5) Длительное пребывание в клиностазе

72. Хронический отек нижних конечностей уменьшает

1) Компрессия

2) Длительное пребывание в клиностазе

3) Прием флеботропных препаратов

4) Длительное пребывание в ортостазе

5) Прием гормональных контрацептивов

73. Осложнениями хронического лимфатического отека нижних конечностей могут быть...

1) Рожистое воспаление

2) Слоновость

3) Лимфангоит

4) Острый венозный тромбоз

5) Гангрена

74. Осложнениями хронического венозного отека могут быть

1) Гиперпигментация кожи голени

2) Индурация кожи голени

3) Трофическая язва

4) Острый венозный тромбоз

5) Острый тромбофлебит

75. Острый отек при рожистом воспалении обусловлен...

1) Блокадой лимфатических коллекторов

2) Лимфангоитом

3) Острым лимфостазом

4) Острым венозным тромбозом

5) Острым тромбофлебитом

76. Наиболее вероятными причинами хронического двустороннего отека нижних конечностей могут быть...

1) Хроническая сердечная недостаточность

2) Хроническая почечная недостаточность

3) Хроническая печеночная недостаточность

4) Острый венозный тромбоз

5) Острый лимфостаз

77. Наиболее вероятными причинами хронического одностороннего отека нижних конечностей могут быть

- 1) Варикозная болезнь
- 2) Посттромботическая болезнь
- 3) Лимфедема
- 4) Хроническая сердечная недостаточность
- 5) Нефротический синдром

78. Наиболее вероятными причинами острого отека одной нижней конечности могут быть

- 1) Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз
- 2) Острый лимфостаз
- 3) Острый бедрено-подколенный венозный тромбоз
- 4) Варикозная болезнь
- 5) Рожистое воспаление

79. Какие инструментальные обследования целесообразно выполнить при хроническом двустороннем отеке нижних конечностей?

- 1) Рентгенографию легких
- 2) УЗИ сосудов нижних конечностей
- 3) УЗИ органов брюшной полости
- 4) ЭХО-КГ
- 5) КТ органов брюшной полости

80. Какие лабораторные анализы целесообразно выполнить при хроническом двустороннем отеке нижних конечностей

- 1) Биохимический анализ крови
 - 2) Общий анализ мочи
 - 3) Анализ мочи по Нечипоренко
 - 4) Общий анализ крови
 - 5) Анализ крови на Д-димер
-

81. Для каких заболеваний не характерен острый отек конечностей?

- 1) Варикозная болезнь
 - 2) Нефротический синдром
 - 3) Сердечная недостаточность
 - 4) Лимфедема
 - 5) Рожистое воспаление
-

82. Для каких заболеваний характерен острый отек конечностей?

- 1) Синдром Педжета-Шреттера
 - 2) Рожистое воспаление
 - 3) Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз
 - 4) Острый тромбоз нижней полой вены
 - 5) Лимфедема
-

83. Для отека, связанного с патологией суставов конечности характерны...

- 1) Локализация отека в области пораженного сустава
 - 2) Резкая боль при движении
-

- 3) Признаки дегенеративных изменений в других суставах
-
- 4) Повышенная температура кожи над пораженным суставом
-
- 5) Бледность кожных покровов над пораженным суставом
-

84. Длительный прием каких из перечисленных препаратов может вызвать отек нижних конечностей?

- 1) Препараты женских половых гормонов
-
- 2) Нестероидные противовоспалительные препараты
-
- 3) Блокаторы медленных кальциевых каналов
-
- 4) Диуретики
-
- 5) Холестерин снижающие препараты
-

85. Для каких заболеваний не характерен отек пальцев конечностей?

- 1) Лимфедема
-
- 2) Варикозная болезнь
-
- 3) Посттромботическая болезнь
-
- 4) Острый венозный тромбоз
-
- 5) Хроническая артериальная недостаточность
-

Раздел: **3. Трофические расстройства мягких тканей нижних конечностей 1**

Модуль: **1**

Тема: **3. Трофические расстройства мягких тканей нижних конечностей**

1. Кожа нижних конечностей является дериватом

- 1) Мезодермы
 - 2) Эктодермы
 - 3) Эндодермы
 - 4) Трофобласта
 - 5) Синцитиотрофобласта
-

2. Вены нижних конечностей является дериватом

- 1) Мезодермы
 - 2) Эктодермы
 - 3) Эндодермы
 - 4) Трофобласта
 - 5) Синцитиотрофобласта
-

3. Клапаны вен нижних конечностей является дериватом

- 1) Мезодермы
 - 2) Эктодермы
 - 3) Эндодермы
 - 4) Трофобласта
 - 5) Синцитиотрофобласта
-

4. Кожа нижних конечностей содержит

- 1) Коллаген 1 типа
 - 2) Коллаген 2 типа
 - 3) Коллаген 3 типа
 - 4) Коллаген 4 типа
 - 5) Коллаген 5 типа
-

5. Вены нижних конечностей содержат

- 1) Коллаген 1 типа
 - 2) Коллаген 2 типа
 - 3) Коллаген 3 типа
 - 4) Коллаген 4 типа
 - 5) Коллаген 5 типа
-

6. Клапаны вен нижних конечностей содержат

- 1) Коллаген 1 типа
 - 2) Коллаген 2 типа
 - 3) Коллаген 3 типа
 - 4) Коллаген 4 типа
 - 5) Коллаген 5 типа
-

7. Наиболее частой причиной развития трофических язв нижних конечностей являются:

- 1) Венозные заболевания
-

- 2) Артериальные заболевания

- 3) Сахарный диабет

- 4) Синдром Марторелла

- 5) Системные заболевания соединительной ткани.

8. Наиболее частой причиной развития венозных язв нижних конечностей являются:

- 1) Варикозная болезнь

- 2) Посттромботическая болезнь

- 3) Сахарный диабет

- 4) Синдром Марторелла

- 5) Тромбоз глубоких вен.

9. Наиболее частой причиной развития артериальных язв нижних конечностей являются:

- 1) Облитерирующий тромбангиит

- 2) Неспецифический аортоартериит

- 3) Сахарный диабет

- 4) Облитерирующий атеросклероз

- 5) Системные заболевания соединительной ткани.

10. Причиной развития трофических язв нижних конечностей не является:

- 1) Венозные заболевания

- 2) Артериальные заболевания

- 3) Сахарный диабет

4) Синдром Портера

5) Системные заболевания соединительной ткани.

11. Типичной зоной локализации венозных трофических язв является:

1) Стопа

2) Бедро

3) Нижняя треть голени по медиальной поверхности

4) Ягодичная область

5) Не имеют типичной локализации

12. Типичной зоной локализации артериальных трофических язв является:

1) Стопа

2) Бедро

3) Нижняя треть голени по медиальной поверхности

4) Ягодичная область

5) Не имеют типичной локализации

13. Типичной зоной локализации диабетических трофических язв является:

1) Стопа

2) Бедро

3) Нижняя треть голени по медиальной поверхности

4) Ягодичная область

5) Не имеют типичной локализации

14. Типичной зоной локализации трофических язв при системных воспалительных заболеваниях является:

- 1) Стопа
- 2) Бедро
- 3) Нижняя треть голени по медиальной поверхности
- 4) Ягодичная область
- 5) Не имеют типичной локализации

15. Типичной зоной локализации трофических язв при Синдроме Марторелла заболеваний является:

- 1) Стопа
- 2) Бедро
- 3) Передняя поверхность голени
- 4) Ягодичная область
- 5) Не имеют типичной локализации

16. Типичной зоной локализации нейротрофических язв при является:

- 1) Стопа
- 2) Бедро
- 3) Передняя поверхность голени
- 4) Ягодичная область
- 5) Не имеют типичной локализации

17. Типичной зоной локализации пиогенных язв при является:

- 1) Стопа

- 2) Бедро
 - 3) Передняя поверхность голени
 - 4) Ягодичная область
 - 5) Не имеют типичной локализации
-

18. Наибольшее значение среди инструментальных методов обследования при венозных трофических язвах имеет:

- 1) Ангиография артерий нижних конечностей
 - 2) Рентгенография стоп
 - 3) Лазерная доплеровская флоуметрия
 - 4) Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей
 - 5) Транскутанная оксигенометрия
-

19. Наибольшую информативность среди инструментальных методов обследования при артериальных трофических язвах имеет:

- 1) Ангиография артерий нижних конечностей
 - 2) Рентгенография стоп
 - 3) Лазерная доплеровская флоуметрия
 - 4) Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей
 - 5) Транскутанная оксигенометрия
-

20. Наибольшую информативность среди инструментальных методов обследования при нейротрофических язвах имеет:

- 1) Ангиография артерий нижних конечностей
-

- 2) Электромиография нижних конечностей
-
- 3) Лазерная доплеровская флоуметрия
-
- 4) Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей
-
- 5) Транскутанная оксигенометрия
-

21. Наибольшую информативность среди методов обследования при пиогенных язвах имеет:

- 1) Ангиография артерий нижних конечностей
-
- 2) Электромиография нижних конечностей
-
- 3) Лазерная доплеровская флоуметрия
-
- 4) Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей
-
- 5) Бактериальный посев отделяемого
-

22. Наибольшую информативность среди методов обследования при язвах на фоне системных заболеваний соединительной ткани имеет:

- 1) Ангиография артерий нижних конечностей
-
- 2) Электромиография нижних конечностей
-
- 3) Исследование на антинейтрофильные и антиядерные антитела, ревматоидный фактор
-
- 4) Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей
-
- 5) Бактериальный посев отделяемого
-

23. Наибольшую информативность среди методов обследования при язве Марторелла имеет:

- 1) Ангиография артерий нижних конечностей
-
- 2) Электромиография нижних конечностей
-

- 3) Лазерная доплеровская флоуметрия
-
- 4) Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей
-
- 5) Суточное АД мониторинг
-

24. Симптом «перемежающейся хромоты», как правило, сопутствует трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии
-
- 2) Артериальной этиологии
-
- 3) Пиогенным язвам
-
- 4) При синдроме Марторелла
-
- 5) При диабетической стопе
-

25. Постуральные отеки, как правило, сопутствуют трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии
-
- 2) Артериальной этиологии
-
- 3) Пиогенным язвам
-
- 4) При синдроме Марторелла
-
- 5) При диабетической стопе
-

26. Повышение АД, как правило, сопутствует трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии
-
- 2) Артериальной этиологии
-
- 3) Пиогенным язвам
-
- 4) При синдроме Марторелла
-

5) При диабетической стопе

27. Повышение HbA1c, как правило, сопутствует трофическим язвам:

1) Венозной этиологии

2) Артериальной этиологии

3) Пиогенным язвам

4) При синдроме Марторелла

5) При диабетической стопе

28. Повышение АНФ, как правило, сопутствует трофическим язвам:

1) Венозной этиологии

2) Артериальной этиологии

3) Пиогенным язвам

4) При СКВ

5) При диабетической стопе

29. Периферический неврологический дефицит, как правило, сопутствует трофическим язвам:

1) Венозной этиологии

2) Артериальной этиологии

3) Нейротрофическим язвам

4) При СКВ

5) При диабетической стопе

30. Асимметрия пульсации на артериях стопы, как правило, сопутствует трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии
- 2) Артериальной этиологии
- 3) Пиогенным язвам
- 4) При СКВ
- 5) При диабетической стопе

31. Расширение поверхностных вен нижних конечностей, как правило, сопутствует трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии
- 2) Артериальной этиологии
- 3) Пиогенным язвам
- 4) При СКВ
- 5) При диабетической стопе

32. Асоциальный образ жизни, как правило, сопутствует трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии
- 2) Артериальной этиологии
- 3) Пиогенным язвам
- 4) При СКВ
- 5) При диабетической стопе

33. Поражение почек и сетчатки глаза, как правило, сопутствует трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии

- 2) Артериальной этиологии
 - 3) Пиогенным язвам
 - 4) При СКВ
 - 5) При диабетической стопе
-

34. Для диабетических трофических язв типичным является:

- 1) Выраженный болевой синдром
 - 2) Сниженный болевой синдром, не соответствующий тяжести поражения мягких тканей
 - 3) Не сопровождаются явлениями полинейропатии
 - 4) Локализация на передней поверхности голени
 - 5) Связаны с гипертонической болезнью
-

35. Для Синдрома Марторелла не типично:

- 1) Выраженный болевой синдром
 - 2) Сниженный болевой синдром, не соответствующий тяжести поражения мягких тканей
 - 3) Не сопровождаются явлениями полинейропатии
 - 4) Локализация на передней поверхности голени
 - 5) Связаны с гипертонической болезнью
-

36. Поражение артерий бедра и голени, как правило, сопутствует трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии
 - 2) Артериальной этиологии
 - 3) Пиогенным язвам
-

4) При СКВ

5) При диабетической стопе

37. Клапанная дисфункция поверхностных вен, как правило, сопутствует трофическим язвам:

1) Венозной этиологии

2) Артериальной этиологии

3) Пиогенным язвам

4) При СКВ

5) При диабетической стопе

38. Явления геми или тетрапареза, как правило, сопутствует трофическим язвам:

1) Венозной этиологии

2) Артериальной этиологии

3) Пиогенным язвам

4) При СКВ

5) При диабетической стопе

39. Мужской пол, курение, дислипидемия, как правило, сопутствуют трофическим язвам:

1) Венозной этиологии

2) Артериальной этиологии

3) Пиогенным язвам

4) При СКВ

5) При диабетической стопе

40. Женский пол, стоячая работа, как правило, сопутствуют трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии
- 2) Артериальной этиологии
- 3) Пиогенным язвам
- 4) При СКВ
- 5) При диабетической стопе

41. Женский пол, АГ кризового типа, симметричное поражение, как правило, сопутствуют трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии
- 2) Артериальной этиологии
- 3) Пиогенным язвам
- 4) Синдрому Марторелла
- 5) При диабетической стопе

42. Женский пол, АГ кризового типа, симметричное поражение, как правило, сопутствуют трофическим язвам:

- 1) Венозной этиологии
- 2) Артериальной этиологии
- 3) Пиогенным язвам
- 4) Синдрому Марторелла
- 5) При диабетической стопе

43. При синдроме Марторелла наблюдается:

- 1) Возникают на фоне выраженной гиперпигментации
 - 2) Локализованы, как правило, на стопе
 - 3) Сопровождаются выраженным болевым синдромом
 - 4) Связаны с нарушением магистрального кровотока по артериям конечности
 - 5) Вызывают нарушения опорной функции стопы
-

44. При диабетической стопе не наблюдается:

- 1) Возникают на фоне выраженной гиперпигментации
 - 2) Локализованы, как правило, на стопе
 - 3) Сопровождаются выраженным болевым синдромом
 - 4) Связаны с нарушением магистрального кровотока по артериям конечности
 - 5) Вызывают нарушения опорной функции стопы
-

45. При венозных язвах наблюдается:

- 1) Возникают на фоне выраженной гиперпигментации
 - 2) Локализованы, как правило, на стопе
 - 3) Сопровождаются некупируемым болевым синдромом
 - 4) Связаны с нарушением магистрального кровотока по артериям конечности
 - 5) Вызывают нарушения опорной функции стопы
-

46. При венозных язвах наблюдается:

- 1) Возникают на неизменной коже
 - 2) Локализованы, как правило, на медиальной поверхности голени
-

- 3) Сопровождаются некупируемым болевым синдромом

- 4) Связаны с нарушением магистрального кровотока по артериям конечности

- 5) Вызывают нарушения опорной функции стопы

47. При венозных язвах наблюдается:

- 1) Возникают на неизменной коже

- 2) Локализованы, как правило, на стопе

- 3) Сопровождаются некупируемым болевым синдромом

- 4) Связаны с нарушением венозного оттока от пораженной конечности

- 5) Вызывают нарушения опорной функции стопы

48. При венозных язвах наблюдается:

- 1) Возникают на неизменной коже

- 2) Локализованы, как правило, на стопе

- 3) Сопровождаются некупируемым болевым синдромом

- 4) Сопровождаются расширением поверхностных вен

- 5) Вызывают нарушения опорной функции стопы

49. При венозных язвах наблюдается:

- 1) Возникают на неизменной коже

- 2) Локализованы, как правило, на стопе

- 3) Сопровождаются некупируемым болевым синдромом

- 4) Локализованы в поверхностных слоях мягких тканей

5) Вызывают нарушения опорной функции стопы

50. При венозных язвах наблюдается:

1) Возникают на неизменной коже

2) Локализованы, как правило, на стопе

3) Сопровождаются некупируемым болевым синдромом

4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант

5) Вызывают нарушения опорной функции стопы

51. При артериальных язвах наблюдается:

1) Возникают на фоне выраженной гиперпигментации

2) Локализованы, как правило, на медиальной поверхности голени

3) Связаны с нарушением венозного оттока от пораженной конечности

4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант

5) Вызывают нарушения опорной функции стопы

52. При артериальных язвах наблюдается:

1) Возникают на фоне неизменной кожи

2) Локализованы, как правило, на медиальной поверхности голени

3) Связаны с нарушением венозного оттока от пораженной конечности

4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант

5) Не вызывают нарушения опорной функции стопы

53. При артериальных язвах наблюдается:

- 1) Возникают на фоне неизменной кожи
- 2) Локализованы, как правило, на медиальной поверхности голени
- 3) Связаны с нарушением венозного оттока от пораженной конечности
- 4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант
- 5) Не вызывают нарушения опорной функции стопы

54. При артериальных язвах наблюдается:

- 1) Возникают на фоне трофически измененной кожи
- 2) Локализованы, как правило, на медиальной поверхности голени
- 3) Связаны с нарушением артериального притока к пораженной конечности
- 4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант
- 5) Не вызывают нарушения опорной функции стопы

55. При артериальных язвах наблюдается:

- 1) Возникают на фоне трофически измененной кожи
- 2) Локализованы, как правило, на медиальной поверхности голени
- 3) Связаны с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей.
- 4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант
- 5) Не вызывают нарушения опорной функции стопы

56. При артериальных язвах наблюдается:

- 1) Возникают на фоне трофически измененной кожи

- 2) Локализованы, как правило, на медиальной поверхности голени
-
- 3) Могут возникать на фоне курения и нарушений липидного обмена.
-
- 4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант
-
- 5) Не вызывают нарушения опорной функции стопы
-

57. При диабетической язве наблюдается:

- 1) Возникают на фоне трофически измененной кожи
-
- 2) Локализована, как правило, на стопе
-
- 3) Могут возникать на фоне курения и нарушений липидного обмена.
-
- 4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант
-
- 5) Не вызывают нарушения опорной функции стопы
-

58. При диабетической язве наблюдается:

- 1) Возникают на фоне декомпенсированного сахарного диабета
-
- 2) Локализована, как правило, на голени
-
- 3) Могут возникать на фоне курения и нарушений липидного обмена.
-
- 4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант
-
- 5) Не вызывают нарушения опорной функции стопы
-

59. При диабетической язве наблюдается:

- 1) Не сопровождаются выраженным болевым синдромом
-
- 2) Локализована, как правило, на голени
-
- 3) Могут возникать на фоне курения и нарушений липидного обмена.
-

4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант

5) Не вызывают нарушения опорной функции стопы

60. При диабетической язве наблюдается:

1) Глубокое поражение мягких тканей с вовлечением мышечно-апоневротических структур

2) Локализована, как правило, на голени

3) Могут возникать на фоне курения и нарушений липидного обмена.

4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант

5) Не вызывают нарушения опорной функции стопы

61. При артериальной язве наблюдается:

1) Глубокое поражение мягких тканей с вовлечением мышечно-апоневротических структур

2) Локализована, как правило, на голени

3) Могут возникать на фоне курения и нарушений венозного оттока.

4) Как правило под язвой имеется несостоятельный перфорант

5) Не вызывают нарушения опорной функции стопы

62. При лечении артериальной язвы наиболее важно:

1) Нормализовать венозный отток от конечности

2) Нормализовать артериальный кровоток в пораженной конечности

3) Местное применение антибиотиков.

4) Контроль гликемии

5) Контроль АД

63. При лечении артериальной язвы наиболее важно:

- 1) Нормализовать венозный отток от конечности
- 2) Восстановить магистральный артериальный кровоток
- 3) Местное применение антибиотиков.
- 4) Контроль гликемии
- 5) Контроль АД

64. При лечении артериальной язвы наиболее важно:

- 1) Нормализовать венозный отток от конечности
- 2) Местное применение антибиотиков
- 3) Провести адекватную реконструкцию пораженного артериального сегмента
- 4) Контроль гликемии
- 5) Контроль АД

65. При лечении венозной язвы наиболее важно:

- 1) Нормализовать венозный отток от конечности
- 2) Местное применение антибиотиков.
- 3) Провести адекватную реконструкцию пораженного артериального сегмента
- 4) Контроль гликемии
- 5) Контроль АД

66. При лечении венозной язвы наиболее важно:

- 1) Нормализовать артериальный кровоток в пораженной конечности

- 2) Провести хирургическую коррекцию венозного рефлюкса по поверхностным венам
 - 3) Местное применение антибиотиков.
 - 4) Контроль гликемии
 - 5) Контроль АД
-

67. При лечении венозной язвы наиболее важно:

- 1) Нормализовать артериальный кровоток в пораженной конечности
 - 2) Местное применение антибиотиков.
 - 3) Провести хирургическую коррекцию венозного рефлюкса по поверхностным венам
 - 4) Контроль гликемии
 - 5) Контроль АД
-

68. При лечении венозной язвы наиболее важно:

- 1) Нормализовать артериальный кровоток в пораженной конечности
 - 2) Местное применение антибиотиков.
 - 3) Провести хирургическую коррекцию перфорантного сброса в зоне язвы
 - 4) Контроль гликемии
 - 5) Контроль АД
-

69. При лечении диабетической язвы наиболее важно:

- 1) Нормализовать артериальный кровоток в пораженной конечности
 - 2) Местное применение антибиотиков.
 - 3) Провести хирургическую коррекцию перфорантного сброса в зоне язвы
-

4) Контроль гликемии

5) Контроль АД

70. При лечении диабетической язвы наиболее важно:

1) Нормализовать артериальный кровоток в пораженной конечности

2) Местное применение антибиотиков.

3) Провести хирургическую коррекцию перфорантного сброса в зоне язвы

4) Контроль гликемии

5) Контроль АД

71. При лечении диабетической язвы наиболее важно:

1) Нормализовать артериальный кровоток в пораженной конечности

2) Контроль гликемии, интенсивное местное и системное лечение.

3) Провести хирургическую коррекцию перфорантного сброса в зоне язвы

4) Нормализовать венозный отток

5) Контроль АД

72. При лечении гипертензивной язвы наиболее важно:

1) Нормализовать артериальный кровоток в пораженной конечности

2) Контроль гликемии, местное и системное применение антибиотиков.

3) Провести хирургическую коррекцию перфорантного сброса в зоне язвы

4) Нормализовать венозный отток

5) Контроль АД

73. При лечении пиогенной язвы наиболее важно:

- 1) Нормализовать артериальный кровоток в пораженной конечности
- 2) Местное и системное применение антибиотиков.
- 3) Провести хирургическую коррекцию перфорантного сброса в зоне язвы
- 4) Контроль гликемии
- 5) Контроль АД

74. В местном лечении трофических язв в стадии экссудации основное значение имеют:

- 1) Кремы и мази, усиливающие репарацию эпителия
- 2) Раневые повязки на основе марли
- 3) Мазь Вишневского
- 4) Активно впитывающие экссудат раневые покрытия с антибактериальным компонентом
- 5) Бриллиантовый зеленый

75. В местном лечении трофических язв в стадии грануляции основное значение имеют:

- 1) Кремы и мази, усиливающие репарацию эпителия
- 2) Раневые повязки на основе марли
- 3) Мазь Вишневского
- 4) Раневые покрытия поддерживающие влажную среду в области язвы
- 5) Бриллиантовый зеленый

76. В местном лечении трофических язв в стадии эпителизации основное значение имеют:

- 1) Кремы и мази, усиливающие репарацию эпителия

- 2) Раневые повязки на основе марли

- 3) Мазь Вишневского

- 4) Раневые покрытия поддерживающие влажную среду в области язвы

- 5) Бриллиантовый зеленый

77. В местном лечении венозных язв основное значение имеют:

- 1) Кремы и мази, усиливающие репарацию эпителия

- 2) Раневые повязки на основе марли

- 3) Мазь Вишневского

- 4) Активно впитывающие экссудат раневые покрытия с антибактериальным компонентом

- 5) Бриллиантовый зеленый

78. В местном лечении пиогенных язв основное значение имеют:

- 1) Кремы и мази, усиливающие репарацию эпителия

- 2) Раневые повязки на основе марли

- 3) Мазь Вишневского

- 4) Антибактериальные мази и гели

- 5) Бриллиантовый зеленый

79. В лечении гипертензивных язв основное значение имеет:

- 1) Кремы и мази, усиливающие репарацию эпителия

- 2) Раневые повязки на основе марли

- 3) Мазь Вишневского

4) Аутодермотрансплантация

5) Бриллиантовый зеленый

80. В системной терапии венозных трофических язв могут использоваться следующие препараты, кроме:

1) Флеботонические препараты

2) Деагреганты

3) Декстраны

4) Антибиотики

5) Антигипертензивные препараты.

81. В системной терапии венозных трофических язв наиболее эффективны:

1) Флеботонические препараты

2) Глиниды, бигуаниды, сульфанилмочевина

3) Декстраны

4) Антибиотики

5) Антигипертензивные препараты.

82. В системной терапии диабетических трофических язв наиболее эффективны:

1) Флеботонические препараты

2) Глиниды, бигуаниды, сульфанилмочевина

3) Декстраны

4) Антибиотики

5) Антигипертензивные препараты.

83. В системной терапии гипертензивных трофических язв наиболее эффективны:

- 1) Флеботонические препараты
- 2) Глиниды, бигуаниды, сульфанилмочевина
- 3) Декстраны
- 4) Антибиотики
- 5) Антигипертензивные препараты.

84. В системной терапии артериальных трофических язв наиболее эффективны:

- 1) Флеботонические препараты
- 2) Глиниды, бигуаниды, сульфанилмочевина
- 3) Антиагреганты
- 4) Антибиотики
- 5) Антигипертензивные препараты.

85. В системной терапии пиогенных трофических язв наиболее эффективны:

- 1) Флеботонические препараты
- 2) Глиниды, бигуаниды, сульфанилмочевина
- 3) Антиагреганты
- 4) Антибиотики
- 5) Антигипертензивные препараты.

86. В системной терапии артериальных трофических язв могут использоваться следующие препараты, кроме:

1) Флеботонические препараты

2) Деагреганты

3) Декстраны

4) Антибиотики

5) Антигипертензивные препараты.

87. Среди физиотерапевтических методик, связанных с местным лечением трофических язв нижних конечностей можно перечислить все, кроме:

1) Фотодинамической терапии

2) Вакуумной терапии

3) Озонотерапии

4) NO-терапии

5) Ударно-волновой терапии

88. Среди возможных причин развития трофических язв можно назвать все, кроме:

1) Варикозная болезнь нижних конечностей

2) Сахарный диабет

3) Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

4) Артериальная гипертензия

5) Мерцательная аритмия

89. Среди возможных причин развития венозных трофических язв можно назвать все, кроме:

1) Варикозная болезнь нижних конечностей

- 2) Посттромботическая болезнь
-
- 3) Наличие несостоятельных перфорантных вен голени
-
- 4) Наличие множественных телеангиоэктазий
-
- 5) Наличие венозных дисплазий
-

90. Среди возможных методов коррекции венозного сброса при венозных трофических язвах можно назвать все, кроме:

- 1) Комбинированная флебэктомия
-
- 2) РЧА БПВ
-
- 3) ЭВЛК БПВ
-
- 4) Механохимическая абляция БПВ
-
- 5) Криосклеротерапия ТАЭ
-

Раздел: **3. Трофические расстройства мягких тканей нижних конечностей 2**

Модуль: **1**

Тема: **3. Трофические расстройства мягких тканей нижних конечностей**

1. Для язв Марторелла типичным является:

- 1) Выраженный болевой синдром
- 2) Сниженный болевой синдром, не соответствующий тяжести поражения мягких тканей
- 3) Не сопровождаются явлениями полинейропатии
- 4) Локализация на передней поверхности голени
- 5) Связаны с гипертонической болезнью

2. Для венозных язв типичным является:

- 1) Активная экссудация
- 2) Сниженный болевой синдром, не соответствующий тяжести поражения мягких тканей
- 3) Не сопровождаются явлениями полинейропатии
- 4) Локализация на медиальной поверхности голени
- 5) Связаны с гипертонической болезнью

3. Для венозных язв характерно:

- 1) Возникают в зоне гиперпигментации
- 2) Связаны с нарушениями венозного оттока
- 3) Расположены поверхностно
- 4) Локализация на медиальной поверхности голени
- 5) Связаны с облитерирующим поражением артерий

4. Для артериальных язв характерно:

- 1) Глубокое поражение мягких тканей
- 2) Связаны с нарушениями венозного оттока
- 3) Сопровождаются явлениями полинейропатии
- 4) Локализация на стопе
- 5) Связаны с облитерирующим поражением артерий

5. Для диабетических язв характерно:

- 1) Глубокое поражение мягких тканей
- 2) Связаны с нарушениями венозного оттока
- 3) Сопровождаются явлениями полинейропатии
- 4) Локализация на стопе
- 5) Связаны с артериальной гипертензией

6. Среди физиотерапевтических методик, связанных с местным лечением трофических язв нижних конечностей можно назвать:

- 1) Фотодинамическую терапию
- 2) Вакуумную терапию
- 3) Озонотерапию
- 4) NO-терапию
- 5) Кинезиотерапию

7. К методам коррекции венозного сброса при венозных трофических язвах можно назвать:

1) Комбинированную флебэктомию

2) РЧА БПВ

3) Криосклеротерапию ТАЭ

4) Механохимическую абляцию БПВ

5) ЭВЛК БПВ

8. В системной терапии венозных трофических язв могут применяться:

1) Флеботонические препараты

2) Глиниды, бигуаниды, сульфаниламочевина

3) Декстраны

4) Антагреганты

5) Антигипертензивные препараты.

9. В системной терапии артериальных трофических язв могут применяться:

1) Флеботонические препараты

2) Глиниды, бигуаниды, сульфаниламочевина

3) Декстраны

4) Антагреганты

5) Антикоагулянты.

10. В местном лечении венозных язв применяются:

1) Кремы и мази, усиливающие репарацию эпителия

2) Раневые повязки на основе марли

3) Мазь Вишневского

4) Активно впитывающие экссудат раневые покрытия с антибактериальным компонентом

5) Бриллиантовый зеленый

Раздел: **4. Желудочно-кишечная диспепсия 1**

Модуль: **1**

Тема: **4. Желудочно-кишечная диспепсия**

1. Диспепсия — это синдром, включающий в себя следующие симптомы, кроме:

- 1) Боли в животе
- 2) Чувство жжения в эпигастрии
- 3) Чувство переполнения в эпигастрии после еды
- 4) Головные боли и головокружения
- 5) Раннее насыщение

2. Формы диспепсии:

- 1) Функциональная диспепсия
- 2) Эмоциональная диспепсия
- 3) Кардио-рефлекторная диспепсия
- 4) Кардио-моторная диспепсия
- 5) Эмоционально- рефлекторная диспепсия

3. Симптомы желудочной диспепсии все, кроме:

- 1) Тошнота
- 2) Изжога
- 3) Чувство переполнения в желудке
- 4) Рвота, приносящая кратковременное облегчение
- 5) Метеоризм

4. Формы диспепсии:

- 1) Органическая диспепсия
- 2) Кардио-рефлекторная диспепсия
- 3) Кардио-моторная диспепсия
- 4) Эмоционально-рефлекторная диспепсия
- 5) Эмоциональная диспепсия

5. Симптомы желудочной диспепсии, все кроме:

- 1) Тошнота
- 2) Чувство жжения в эпигастрии
- 3) Чувство переполнения в эпигастрии после еды
- 4) Головные боли и головокружения
- 5) Отрыжка (пищей и воздухом).

6. Симптомы кишечной диспепсии, все кроме:

- 1) Метеоризм
- 2) Окрашенный жидкий пенистый стул с кислым запахом
- 3) «Урчание» в кишечнике
- 4) Отрыжка (пищей и воздухом).
- 5) Выделение большого количества кишечных газов

7. Варианты течения желудочного диспептического синдрома:

- 1) Язвенноподобный вариант

2) Метеоризмоподобный вариант

3) Дизурический вариант

4) Диарейный вариант

5) Конституциональный вариант

8. Варианты течения желудочного диспептического синдрома:

1) Дискинетический вариант

2) Метеоризмоподобный вариант

3) Дизурический вариант

4) Диарейный вариант

5) Конституциональный вариант

9. Варианты течения желудочного диспептического синдрома:

1) Неспецифический вариант

2) Дизурический вариант

3) Диарейный вариант

4) Метеоризмоподобный вариант

5) Конституциональный вариант

10. Причины развития функциональной желудочной диспепсии:

1) Злокачественная опухоль желудка

2) Повышение секреции соляной кислоты (гиперхлоргидрия)

3) Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

4) Язвенная болезнь желудка

5) Язвенная болезнь 12 п. кишки

11. Причины развития функциональной желудочной диспепсии:

1) Расстройства гастродуоденальной моторики

2) Злокачественная опухоль желудка

3) Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

4) Язвенная болезнь желудка

5) Язвенная болезнь 12 п. кишки

12. Причины развития функциональной желудочной диспепсии:

1) Злокачественная опухоль желудка

2) Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

3) Язвенная болезнь желудка

4) Изменение висцеральной чувствительности

5) Язвенная болезнь 12 п. кишки

13. Желудочные дисритмии, все кроме:

1) Тахигастрия

2) Брадикастрия

3) Эссенциальная гастропатия

4) Антральная фибрилляция

5) Дуоденогастральный рефлюкс

14. Варианты функциональной алиментарной кишечной диспепсии:

- 1) Бродильная диспепсия
- 2) Диарейная
- 3) Спастическая
- 4) Атоническая
- 5) Газообразующая

15. Варианты функциональной алиментарной кишечной диспепсии:

- 1) Диарейная
- 2) Гнилостная диспепсия
- 3) Спастическая
- 4) Атоническая
- 5) Газообразующая

16. Варианты функциональной алиментарной кишечной диспепсии:

- 1) Диарейная
- 2) Гнилостная диспепсия
- 3) Спастическая
- 4) Атоническая
- 5) Жировая (мыльная) диспепсия

17. Варианты функциональной гипосекреторной кишечной диспепсии, все кроме:

- 1) Гастрогенная

2) Панкреатогенная

3) Печеночная

4) Энтерогенная

5) Гепатогенная

18. Причины развития органическая желудочной диспепсия, все кроме:

1) Рак желудка

2) Язвенная болезнь желудка и/или 12. п. кишки

3) Психоэмоциональный стресс

4) Рубцово-язвенный стеноз

5) Диафрагмальная грыжа

19. Причины развития органическая кишечной диспепсия, все кроме:

1) Опухоли, спайки кишечника и брюшной полости

2) ГИСТ

3) Спайки

4) НЯК

5) Психоэмоциональный стресс

20. Причины развития органическая кишечной диспепсия, все кроме:

1) Гельминтозы

2) Хроническая ишемическая болезнь кишечника

3) Болезнь Крона

4) Психоэмоциональный стресс

5) Болезнь Гиршпрунга

21. Формы диспепсии по локализации

1) Желудочная

2) Печеночная

3) Желчепузырная

4) Панкреатическая

5) Пищеводная

22. Формы диспепсии по локализации

1) Печеночная

2) Пищеводная

3) Желчепузырная

4) Кишечная

5) Панкреатическая

23. Причины развития функциональной желудочной диспепсии

1) Повышение секреции гастрина

2) Повышение секреции пепсина

3) Дуодено-гастральный рефлюкс

4) Изменение висцеральной чувствительности

5) Повышение секреции муцина

24. Медленные миоэлектрические волны желудка выполняют следующие функции:

- 1) Регулируют секрецию пепсина
- 2) Регулируют секрецию соляной кислоты
- 3) Регулируют число сокращений в желудке за минуту
- 4) Регулируют секрецию гастрина
- 5) Регулируют секрецию муцина

25. Медленные миоэлектрические волны желудка выполняют следующие функции:

- 1) Управляют скоростью распространения перистальтических сокращений
- 2) Регулируют секрецию пепсина
- 3) Регулируют секрецию соляной кислоты
- 4) Регулируют секрецию гастрина
- 5) Регулируют секрецию муцина

26. Медленные миоэлектрические волны желудка выполняют следующие функции

- 1) Регулируют секрецию пепсина
- 2) Вызывают начало сокращения циркулярной мышцы.
- 3) Регулируют секрецию соляной кислоты
- 4) Регулируют секрецию гастрина
- 5) Регулируют секрецию муцина

27. В норме частота медленных волн желудка составляет

- 1) 30,4 - 40,6 циклов/мин

- 2) 20,4 - 30,6 циклов/мин
-
- 3) 10,4 - 20,6 циклов/мин
-
- 4) 2,4 - 3,6 циклов/мин
-
- 5) 40,4 - 40,6 циклов/мин
-

28. В норме при поступлении пищевого комка в желудок происходит:

- 1) релаксация его проксимальных отделов
-
- 2) релаксация тела желудка
-
- 3) релаксация антрального отдела желудка
-
- 4) релаксация пилорического отдела желудка
-
- 5) релаксация всего желудка
-

29. В обеспечении нормальной эвакуаторной функции желудка важную роль играет:

- 1) Фундокорпоральная координация синхронизации перистальтики
-
- 2) Корпороантральная координация синхронизации перистальтики
-
- 3) Антродуоденальная координация синхронизации перистальтики
-
- 4) Зияние привратника
-
- 5) Дуодено-гастральный рефлюкс
-

30. Нормальная миоэлектрическая активность желудка состоит из:

- 1) Быстрых волн и спайк-потенциалов.
-
- 2) Медленных волн и спайк-потенциалов.
-
- 3) Только спайк-потенциалов
-

4) Только быстрых волн

5) Только медленных волн

31. В каком отделе ЖКТ производится первичная механическая и ферментативная обработка пищи?

1) Ротовая полость

2) Пишeвод

3) Желудок

4) Тонкая кишка

5) Толстая кишка

32. В каком отделе ЖКТ производится эмульгирование жиров желчью?

1) Ротовая полость

2) Пишeвод

3) Желудок

4) Тонкая кишка

5) Толстая кишка

33. В каком отделе ЖКТ производится обработка пищевого комка пищеварительными ферментами поджелудочной железы?

1) Ротовая полость

2) Пишeвод

3) Желудок

4) Тонкая кишка

34. В каком отделе ЖКТ производится формирование каловых масс?

- 1) Ротовая полость
- 2) Пишeвод
- 3) Желудок
- 4) Тонкая кишка
- 5) Толстая кишка

35. В каком отделе ЖКТ производится пристеночное пищеварение?

- 1) Ротовая полость
- 2) Пишeвод
- 3) Желудок
- 4) Тонкая кишка
- 5) Толстая кишка

36. В каком отделе ЖКТ производится внутриполостное пищеварение?

- 1) Ротовая полость
- 2) Пишeвод
- 3) Желудок
- 4) Тонкая кишка
- 5) Толстая кишка

37. В каком отделе ЖКТ находятся микробы, участвующие во внутриполостном пищеварении?

- 1) Ротовая полость

2) Пишeвод

3) Желудок

4) Тонкая кишка

5) Толстая кишка

38. В каком отделе ЖКТ в нормальных условиях находятся микробы, участвующие в процессах брожения остатков химуса для формирования каловых масс?

1) Ротовая полость

2) Пишeвод

3) Желудок

4) Тонкая кишка

5) Толстая кишка

39. В каком отделе ЖКТ находится водители ритма перистальтики желудка?

1) Ротовая полость

2) Пишeвод

3) Желудок

4) Тонкая кишка

5) Толстая кишка

40. В каком отделе ЖКТ находится водители ритма перистальтики кишечника?

1) Ротовая полость

2) Пишeвод

- 3) Желудок
-
- 4) Тонкая кишка
-
- 5) Толстая кишка
-

41. Какая основная функция баугиниевой заслонки?

- 1) Улучшает рефлюкс содержимого толстой кишки в тонкую
-
- 2) Предотвращает рефлюкс содержимого толстой кишки в тонкую
-
- 3) Фильтрует канцерогены и предотвращает их попадание в слепую кишку из подвздошной
-
- 4) Функции нет. Является рудиментом
-
- 5) Предотвращает инвагинацию подвздошной кишки в слепую
-

42. Где располагается баугиниевая заслонка?

- 1) На границе перехода пищевода в желудок
-
- 2) На границе перехода терминального отдела подвздошной кишки в слепую
-
- 3) В области БДС. Предотвращает рефлюкс дуоденального содержимого в холедох и вирсунгов проток
-
- 4) На границе перехода терминального отдела тощей кишки в подвздошную кишку
-
- 5) В нижнеампулярном отделе прямой кишки. Наряду с анальным сфинктером участвует в регуляции акта дефикации
-

43. Отметьте гликолитические ферменты поджелудочной железы:

- 1) Амилаза
-
- 2) Фосфолипаза
-
- 3) Липаза
-

4) Эластаза

5) Трипсин

44. Влияние гельминтов, располагающихся в тонкой кишке на формирование кишечной диспепсии. Все кроме:

1) Усиливают перистальтику

2) Потребляют их химуса значительный объем витаминов, питательных веществ, воды, приводя пациента к анемизации

3) Улучшают всасывание липидов, что приводит к ожирению

4) Формируют интоксикационный синдром, выделяя в просвет кишки продукты своей жизнедеятельности

5) Клубок гельминтов может вызвать нарушение пассажа химуса по тонкой кишке

45. Какое влияние на развитие желудочной диспепсии оказывает ЖКБ в период обострения заболевания. Все кроме:

1) Может вызывать тошноту и рефлекторную рвоту

2) Может формироваться дуоденостаз с дальнейшим рефлюксов содержимого из 12 п. кишки в холедох, что приводит к появлению симптомов желудочной диспепсии

3) Может формироваться дуоденостаз с дальнейшим рефлюксов содержимого из 12 п. кишки в вирсунгов проток, что приводит к появлению симптомов желудочной диспепсии

4) Вызывает усиленную перистальтику 12 перстной кишки, что ускоряет эвакуация химуса из нее

5) ЖКБ не оказывает влияние на развитие желудочной диспепсии

46. Какое влияние на развитие желудочной диспепсии оказывает рак кардиального отдела желудка?

1) Нарушает пассаж пищевого комка из пищевода в желудок

2) Является основной причиной формирования рефлюкс-эзофагита

- 3) Нарушает пассаж пищевого комка из желудка в 12 п. кишку
-
- 4) Нарушает ферментативную обработку пищевого комка ферментами слюны
-
- 5) Приводит к нарушению акта глотания
-

47. Какое влияние на развитие желудочной диспепсии оказывает рак тела желудка?

- 1) Нарушает пассаж пищевого комка из пищевода в желудок
-
- 2) Является основной причиной формирования рефлюкс-эзофагита
-
- 3) Нарушает пассаж пищевого комка из желудка в 12 п. кишку
-
- 4) Нарушает ферментативную обработку пищевого комка ферментами слюны
-
- 5) Длительное время проявляется симптомами перифокального гастрита
-

48. Какое влияние на развитие желудочной диспепсии оказывает рак пилорического отдела желудка?

- 1) Нарушает пассаж пищевого комка из пищевода в желудок
-
- 2) Является основной причиной формирования рефлюкс-эзофагита
-
- 3) Нарушает пассаж пищевого комка из желудка в 12 п. кишку
-
- 4) Нарушает ферментативную обработку пищевого комка ферментами слюны
-
- 5) Длительное время проявляется симптомами перифокального гастрита
-

49. Какое влияние на развитие желудочной диспепсии оказывает диафрагмальная грыжа?

- 1) Нарушает пассаж пищевого комка из пищевода в желудок
-
- 2) Является основной причиной формирования рефлюкс-эзофагита
-
- 3) Нарушает пассаж пищевого комка из желудка в 12 п. кишку
-
- 4) Нарушает ферментативную обработку пищевого комка ферментами слюны
-

5) Длительное время проявляется симптомами перифокального гастрита

50. Какое влияние на развитие желудочной диспепсии оказывает рубцово-язвенный стеноз выходного отдела желудка?

1) Нарушает пассаж пищевого комка из пищевода в желудок

2) Является основной причиной формирования рефлюкс-эзофагита

3) Нарушает пассаж пищевого комка из желудка в 12 п. кишку

4) Нарушает ферментативную обработку пищевого комка ферментами слюны

5) Является причиной развития быстрой дегидратации и водно-электролитных расстройств

51. Что такое лечебная диета?

1) Ограничение приема жирной, жареной и острой пищи

2) Увеличение объема принимаемой пищи

3) Уменьшение объема принимаемой пищи

4) Сбалансированная пища по белкам, жирам и углеводам

5) Лечебное воздействие, заключающееся в ограничении объема, запрете или увеличении объема и в дополнении к рациону различных продуктов питания.

52. Кто назначает пациенту лечебную диету?

1) Лечащий врач, при необходимости возможна консультация врача-диетолога

2) Диет. сестра

3) Постовая мед. сестра

4) Буфетчица

5) Пациент сам выбирает для себя полезные продукты

53. Сроки назначения лечебной диеты?

- 1) Только на период лечения до выздоровления или достижения стойкой ремиссии
- 2) Пожизненно
- 3) Пациент сам определяет сроки диеты
- 4) На период стационарного лечения
- 5) На месяц

54. В каких отделах ЖКТ при патологии может появляться газ?

- 1) В ротовой полости
- 2) В желудке
- 3) В 12 п. кишке
- 4) В тонкой кишке
- 5) В толстой кишке

55. Основная причина развития гастрогенной функциональной кишечной диспепсии?

- 1) Нарушение обработки пищевого комка химотрипсином и соляной кислотой
- 2) Нарушение обработки пищевого комка пищеварительными ферментами поджелудочной железы
- 3) Нарушение обработки пищевого комка ферментами микробиоты тонкой кишки
- 4) Нарушение первичной механической и ферментативной обработки пищевого комка
- 5) Нарушение пассажа химуса по тонкой и толстой кишке

56. Основная причина развития панкреатогенной функциональной кишечной диспепсии?

- 1) Нарушение обработки пищевого комка химотрипсином и соляной кислотой

- 2) Нарушение обработки пищевого комка пищеварительными ферментами поджелудочной железы
-
- 3) Нарушение обработки пищевого комка ферментами микробиоты тонкой кишки
-
- 4) Нарушение первичной механической и ферментативной обработки пищевого комка
-
- 5) Нарушение пассажа химуса по тонкой и толстой кишке
-

57. Основная причина развития энтерогенной функциональной кишечной диспепсии?

- 1) Нарушение обработки пищевого комка химотрипсином и соляной кислотой в желудке
-
- 2) Нарушение обработки пищевого комка пищеварительными ферментами поджелудочной железы
-
- 3) Нарушение обработки пищевого комка ферментами микробиоты тонкой и ободочной кишки, а также нарушение пассажа химуса по тонкой и толстой кишке
-
- 4) Нарушение первичной механической и ферментативной обработки пищевого комка
-
- 5) Опухоль ободочной кишки
-

58. Основная причина развития гепатогенной функциональной кишечной диспепсии?

- 1) Нарушение обработки пищевого комка химотрипсином и соляной кислотой
-
- 2) Нарушение обработки пищевого комка пищеварительными ферментами поджелудочной железы
-
- 3) Нарушение обработки пищевого комка ферментами микробиоты тонкой кишки
-
- 4) Нарушение первичной механической и ферментативной обработки пищевого комка
-
- 5) Нарушение обработки пищевого комка желчью
-

59. В каких отделах ЖКТ в норме отсутствует газ?

- 1) В ротовой полости
-
- 2) В желудке
-

- 3) В 12 п. кишке
-
- 4) В тонкой кишке
-
- 5) В толстой кишке
-

60. Желтуха - это:

- 1) это состояние, при котором нормальная окраска кожного покрова и слизистых оболочек изменяется на желтушное
-
- 2) это состояние, при котором нормальная окраска кожного покрова изменяется на желтушное
-
- 3) это состояние, при котором нормальная окраска слизистых оболочек изменяется на желтушное
-
- 4) это состояние, при котором нормальная окраска волосяного покрова тела изменяется на желтушное
-
- 5) признак нарушения синтетической функции печени
-

61. Желтуха может быть следующего вида:

- 1) ложная
-
- 2) эстрогенная
-
- 3) расовая
-
- 4) нейрогенная
-
- 5) биологическая
-

62. Желтуха может быть следующего видов:

- 1) истинная
-
- 2) эстрогенная
-
- 3) расовая
-

4) нейрогенная

5) андрогенная

63. Ложная желтуха - это:

1) следствие повышения концентрации общего билирубина (ОБ) в плазме крови

2) желтушное окрашивание только кожи, но не слизистых оболочек

3) желтушное окрашивание только слизистых оболочек, но не кожи

4) желтушное окрашивание слизистых оболочек и кожи

5) Признак гемолиза

64. Происхождение билирубина:

1) синтезируется из гема разрушившихся эритроцитов в клетках РЭС

2) синтезируется из глобина разрушившихся эритроцитов в клетках РЭС

3) синтезируется из содержимого пулов хранения разрушившихся тромбоцитов в клетках РЭС

4) продукт синтеза тканевых макрофагов

5) натуральный пигмент, поступающий с пищей

65. Билирубин - это:

1) пигмент (желто-коричневого цвета), который образуется из гемоглобина при распаде эритроцитов (гемолизе)

2) синтетический аналог пигмента - меланина

3) биологический аналог пигмента - каротина

4) пигмент (желто-коричневого цвета), который образуется из гемоглобина при распаде тромбоцитов (гемолизе)

- 5) пигмент (желто-коричневого цвета), который образуется из гемоглобина при распаде лейкоцитов(гемолизе)
-
-

66. Повышение концентрации общего билирубина в плазме крови выше физиологической нормы - 20 мкмоль/л свидетельствует о ...

- 1) нарушении пигментного обмена в результате болезни
- 2) транзиторном повышении уровня данного пигмента
- 3) нарушении всасывания уробилиногена в тонкой кишке
- 4) нарушении связывания стеркобилина
- 5) нарушении гемопозза
-
-

67. Желтуха (желтушное окрашивание) кожи и иктеричность (желтая пигментация) склер заметны глазу только при концентрации ОБ в плазме крови ...

- 1) более 5 мкмоль/л
- 2) более 50 мкмоль/л
- 3) более 500 мкмоль/л
- 4) более 1000 мкмоль/л
- 5) более 5000 мкмоль/л
-
-

68. В норме фракция связанного билирубина (СБ) составляет от общего (ОБ):

- 1) менее 15 %
- 2) более 15 %
- 3) более 30 %
- 4) более 50 %
-
-

5) более 90 %

69. Концентрация общего билирубина (ОБ) в крови определяется взаимоотношением концентраций связанного (СБ) и несвязанного (НБ) билирубинов как:

1) $ОБ = НБ + СБ$

2) $ОБ = НБ - СБ$

3) $ОБ = СБ - НБ$

4) $ОБ = НБ / СБ$

5) $ОБ = НБ * СБ$

70. Относительная печеночная недостаточность развивается при быстром (патологическом) распаде эритроцитов (гемолизе) и определяется:

1) быстрым ростом концентрации несвязанного билирубина (НБ)

2) быстрым ростом концентрации связанного билирубина (СБ)

3) быстрым ростом концентрации связанного билирубина (СБ) и несвязанного билирубина (НБ)

4) быстрым ростом концентрации связанного билирубина (СБ) и несвязанного билирубина (НБ)

5) быстрым снижением концентрации связанного билирубина (СБ) и несвязанного билирубина (НБ)

71. При желтухе окрашивается:

1) Слезы

2) Слюна

3) Желудочный сок

4) Спинномозговая жидкость

5) Молоко кормящих женщин

72. Надпеченочная желтуха...

- 1) паренхиматозная
- 2) механическая
- 3) ятрогенная
- 4) алиментарная
- 5) гемолитическая

73. Печеночная желтуха...

- 1) паренхиматозная
- 2) механическая
- 3) ятрогенная
- 4) алиментарная
- 5) гемолитическая

74. Подпеченочная желтуха...

- 1) паренхиматозная
- 2) механическая
- 3) ятрогенная
- 4) алиментарная
- 5) гемолитическая

75. Физиологическая желтуха новорожденных - это:

- 1) повышение уровня билирубина в сыворотке крови у детей первых 3 суток жизни

- 2) снижение уровня билирубина в сыворотке крови у детей первых 3 суток жизни

- 3) интенсивное колебание уровня билирубина в сыворотке крови у детей в период 3 - 10 суток жизни

- 4) повышение уровня билирубина в сыворотке крови у детей первых 30 суток жизни

- 5) снижение уровня билирубина в сыворотке крови у детей первых 30 суток жизни

76. Лечение гемолитической желтухи новорожденных проводится методом:

- 1) фототерапии

- 2) диадинамотерапии

- 3) дорсонвализации

- 4) хромотерапии

- 5) франклинизации

77. Лечение гемолитической желтухи новорожденных заключается в использовании:

- 1) ультрафиолетового облучения кожи новорожденного

- 2) воздействия на организм новорожденного ультразвукового излучения

- 3) воздействия на организм новорожденного электромагнитных волн высокой частоты

- 4) воздействия на организм новорожденного инфракрасного излучения

- 5) воздействия на организм новорожденного током низкой силы и высокого напряжения

78. Опасность желтухи у новорожденных заключается в возможности развития у ребенка:

- 1) билирубиновой энцефалопатии (ядерной желтухи)

- 2) тотального гемолиза

- 3) стойкого желтушного окрашивания кожи

4) стойкого желтушного окрашивания склер

5) стресс-повреждения ЖКТ

79. Виды желтух:

1) Истинная желтуха

2) Средиземноморская желтуха

3) Геморрагическая желтуха

4) Папулезная желтуха

5) Желтуха «грязных рук»

80. Билирубин это:

1) пигмент, который образуется из гемоглобина

2) пигмент, который образуется из биливердина

3) пигмент, который образуется из гемосидерина

4) пигмент, который образуется из меланина

5) пигмент, который образуется из холестерина

81. Нормальные показатели концентрации общего билирубина в сыворотке крови колеблются от:

1) от 20-40 мкмоль/л.

2) от 0 до 100,0 мкмоль/л.

3) от 3,4 до 20,5 мкмоль/л.

4) от 40 до 60 мкмоль/л.

5) от 60 до 80 мкмоль/л.

82. Желтуха тяжелой степени считается при уровне концентрации общего билирубина:

- 1) выше 170 мкмоль/л.
- 2) выше 300 мкмоль/л.
- 3) выше 120 мкмоль/л.
- 4) выше 99 мкмоль/л.
- 5) выше 85 мкмоль/л.

83. Несвязанный билирубин является:

- 1) токсичным, нерастворимым в воде
- 2) нетоксичным, растворимым в воде
- 3) фильтруется почками, окрашивает мочу в темный цвет («цвет пива»)
- 4) окрашивает кал в коричневый цвет
- 5) всасывается в тонкой кишке и возвращается в печень по венам системы воротной вены

84. В гепатоците в норме происходят следующие процессы пигментного обмена, кроме:

- 1) экскреция связанного билирубина в желчные капилляры
- 2) захват несвязанного билирубина из крови гепатоцитами
- 3) связывание билирубина с глюкуроновой кислотой
- 4) экскреция связанного билирубина в кровеносные капилляры
- 5) отщепление молекулы Альбумина от несвязанного билирубина и экскреция ее в кровеносные капилляры

85. Формы печеночной желтухи:

1) Печеночно-клеточная

2) Корпускулярная

3) Пернициозная

4) Механическая

5) Гемолитическая

86. Печеночные желтухи инфекционного генеза все, кроме:

1) цирроз печени

2) вирусные гепатиты А, В, С.

3) инфекционный мононуклеоз

4) Сап

5) Желтая лихорадка

87. Инструментальные методы исследования при диагностике механической желтухи все, кроме:

1) Пульмоноскнтиграфия

2) УЗИ

3) КТ

4) ЭРХПГ

5) МРТ

88. Причины развития подпеченочной желтухи все, кроме:

1) Лептоспироз

2) Конкременты терминального отдела холедоха

3) Опухоль головки поджелудочной железы

4) Опухоль холедоха

5) Рубцовая стриктура холедоха

89. Характерные лабораторные признаки механической желтухи все, кроме:

1) Повышение концентрации общего билирубина в плазме крови за счет непрямой фракции

2) Возможно повышение уровня активности АСТ в плазме крови

3) Возможно повышение уровня активности АЛТ в плазме крови

4) Повышение уровня щелочной фосфатазы в плазме крови

5) Повышение концентрации общего билирубина в плазме крови за счет прямой фракции

Раздел: **4. Желудочно-кишечная диспепсия 2**

Модуль: **1**

Тема: **4. Желудочно-кишечная диспепсия**

1. Отметьте ферменты липолиза поджелудочной железы:

1) Амилаза

2) Фосфолипаза

3) Липаза

4) Эластаза

5) Трипсин

2. Отметьте протеолитические ферменты поджелудочной железы:

1) Амилаза

2) Фосфолипаза

3) Липаза

4) Эластаза

5) Трипсин

3. Назовите основные причины диспепсии, развившейся в результате хронического панкреатита:

1) Уменьшение объема секреции пищеварительных ферментов

2) Увеличение объема секреции пищеварительных ферментов

3) Нарушение процессов выделения пищеварительных ферментов в 12 п. кишку

4) Замещение экзокринной железистой ткани соединительной тканью

5) Поражение островкового аппарата поджелудочной железы некротическим процессом

4. Какие клинические признаки характерны для кишечной диспепсии, развившейся в результате кишечной непроходимости?

- 1) Метеоризм
- 2) Боли схваткообразного характера по всему животу
- 3) Звуки «урчания» кишечника
- 4) Задержка стула
- 5) Повышенное отхождение кишечных газов

5. Какие клинические признаки характерны для кишечной диспепсии, развившейся в результате гельминтной инвазии?

- 1) Метеоризм
- 2) Боли схваткообразного характера по всему животу, особенно после приема молочной пищи
- 3) Звуки «урчания» кишечника
- 4) Прогрессирующее похудание и анемизация
- 5) Повышенное отхождение кишечных газов

6. Какие клинические признаки характерны для кишечной диспепсии, развившейся в результате болезни Крона?

- 1) Метеоризм
- 2) Боли схваткообразного характера по всему животу
- 3) Неустойчивый стул
- 4) Появление в каловых массах примеси измененной крови
- 5) Гиперсаливация

7. Какие клинические признаки характерны для кишечной диспепсии, развившейся в результате НЯК?

- 1) Метеоризм
- 2) Боли схваткообразного по ходу ободочной кишки
- 3) Неустойчивый стул
- 4) Появление в каловых массах примеси крови
- 5) Гиперсаливация

8. Какие клинические признаки характерны для кишечной диспепсии, развившейся в результате хронической ишемической болезни кишечника?

- 1) Гиперсаливация
- 2) Боли в животе, появляющиеся или усиливающиеся через 30 минут после приема любой пищи
- 3) Отказ пациента от приема пищи из-за болей в животе
- 4) Появление в каловых массах примеси крови
- 5) Диарея

9. В каких отделах ЖКТ в норме имеется газ?

- 1) В ротовой полости
- 2) В желудке
- 3) В 12 п. кишке
- 4) В тонкой кишке
- 5) В толстой кишке

10. Причина появления газа в тонкой кишке при патологии?

- 1) Перфорация язвы желудка

- 2) Появление патологической микрофлоры при кишечном отравлении

- 3) Появление патологической микрофлоры при кишечной непроходимости (толстокишечная контаминация)

- 4) Распространение газа из толстой кишки в тонкую при кишечной непроходимости

- 5) Прием большого объема газированных напитков

11. Причины развития синдрома мальабсорбции:

- 1) Шигеллезная инфекция

- 2) Сальмонеллез

- 3) Кишечная непроходимость

- 4) Нарушение процессов внутриполостного пищеварения

- 5) Психоэмоциональный стресс

12. Причины развития интоксикационной функциональной кишечной диспепсии:

- 1) Острая хирургическая патология органов брюшной полости

- 2) Интоксикации ядовитыми веществами.

- 3) Ранние сроки беременности

- 4) Рак ободочной кишки

- 5) Психоэмоциональный стресс

13. Диспепсия — это синдром, включающий в себя следующие симптомы:

- 1) Боли в животе

- 2) Чувство жжения в эпигастрии

- 3) Чувство переполнения в эпигастрии после еды

- 4) Боль при дефекации

- 5) Раннее насыщение

14. Функциональная алиментарная кишечная диспепсия может быть следующих видов:

- 1) Бройдильная диспепсия

- 2) Гнилостная диспепсия

- 3) Жировая (мыльная) диспепсия

- 4) Атоническая

- 5) Газообразующая

15. К функциональной гипосекреторной кишечной диспепсии относятся:

- 1) Гастрогенная

- 2) Панкреатогенная

- 3) Ишемическая

- 4) Энтерогенная

- 5) Гепатогенная

16. Причинами развития органической желудочной диспепсии бывают:

- 1) Рак желудка

- 2) Язвенная болезнь желудка и/или 12. п. кишки

- 3) Психоэмоциональный стресс

4) Рубцово-язвенный стеноз

5) Диафрагмальная грыжа

17. Причинами развития органической кишечной диспепсии могут быть:

1) Опухоли, спайки кишечника и брюшной полости

2) ГИСТ

3) Спайки

4) НЯК

5) Эмоциональная нестабильность

18. Причинами развития органической кишечной диспепсии могут стать:

1) Гельминтозы

2) Хроническая ишемическая болезнь кишечника

3) Болезнь Крона

4) Нарушение биомеханики опорно-двигательного аппарата

5) Болезнь Гиршпрунга

19. Нормальная миоэлектрическая активность желудка состоит из:

1) Быстрых волн

2) Медленных волн

3) Спайк-потенциалов

4) Быстрых волн

5) Коротких волн

20. В каких отделах ЖКТ производится механическая обработка пищи?

- 1) Ротовая полость
- 2) Пишeвод
- 3) Желудок
- 4) Тонкая кишка
- 5) Толстая кишка

21. Какие функции не свойственны баугиниевой заслонке?

- 1) Обеспечение рефлюкс содержимого толстой кишки в тонкую
- 2) Предотвращает рефлюкс содержимого толстой кишки в тонкую
- 3) Фильтрация канцерогенов в слепой кишке
- 4) Функция «клапана газов»
- 5) Функция «насоса», обеспечивающего сброс содержимого подвздошной кишки в слепую

22. В каких отделах ЖКТ находятся микроорганизмы?

- 1) Ротовая полость
- 2) Пишeвод
- 3) Желудок
- 4) Тонкая кишка
- 5) Толстая кишка

23. Желтуха - это:

- 1) следствие повышения концентрации общего билирубина (ОБ) в плазме крови

- 2) это состояние, при котором нормальная окраска кожного покрова изменяется на желтушное
-
- 3) это состояние, при котором нормальная окраска слизистых оболочек изменяется на желтушное
-
- 4) это состояние, при котором нормальная окраска волосяного покрова тела изменяется на желтушное
-
- 5) признак нарушения синтетической функции печени
-

24. Желтуха может быть следующего видов:

- 1) истинная
-
- 2) ложная
-
- 3) расовая
-
- 4) нейрогенная
-
- 5) андрогенная
-

25. Синонимами понятия - ложная желтуха являются:

- 1) псевдожелтуха
-
- 2) каротиновая желтуха
-
- 3) аскорбиновая желтуха
-
- 4) желтуха новорожденных
-
- 5) гемолитическая желтуха
-

26. Причины развития ложной желтухи:

- 1) накопление в коже каротинов при обильном употреблении в пищу моркови, свеклы, апельсинов, тыквы
-
- 2) возникает при приёме внутрь акрихина, пикриновой кислоты и некоторых других препаратов (в следствии нарушения техники безопасности на вредных химических производствах).
-

- 3) следствие повышения концентрации общего билирубина (ОБ) в плазме крови
-
- 4) следствие снижения концентрации общего билирубина (ОБ) в плазме крови
-
- 5) возникает при избытке пектина в пище
-

27. В лаборатории определяют следующие виды билирубина:

- 1) прямой (связанный) билирубин
-
- 2) непрямой (несвязанный) билирубин
-
- 3) общий билирубин
-
- 4) конкретный билирубин
-
- 5) простой билирубин
-

28. Непрямой (несвязанный) билирубин является:

- 1) токсичным
-
- 2) жирорастворимым
-
- 3) нетоксичным
-
- 4) водорастворимым
-
- 5) не растворим в жире и воде
-

29. Прямой (связанный) билирубин является:

- 1) токсичным
-
- 2) жирорастворимым
-
- 3) нетоксичным
-
- 4) водорастворимым
-

5) не растворим в жире и воде

30. В тонкой кишке связанный билирубин под влиянием бактериальных ферментов превращается в:

1) стеркобилиноген

2) уробилиноген

3) плазминоген

4) копробилиноген

5) эндоген

31. Стеркобилиноген...

1) превращается в стеркобилин

2) окрашивает кал в коричневый цвет

3) выводится из организма

4) всасывается в тонкой кишке

5) вновь захватывается гепатоцитами и секретируется с желчью

32. Уробилиноген ...

1) превращается в стеркобилин

2) окрашивает кал в коричневый цвет

3) частично выводится из организма с мочой

4) всасывается в тонкой кишке

5) вновь захватывается гепатоцитами и секретируется с желчью

33. Прямой билирубин...

- 1) растворимый
- 2) связанный с глюкуроновой кислотой
- 3) нетоксичный
- 4) нерастворимый
- 5) токсичный

34. Непрямой билирубин...

- 1) растворимый
- 2) несвязанный с глюкуроновой кислотой
- 3) нетоксичный
- 4) нерастворимый
- 5) токсичный

35. При желтухе билирубином окрашиваются:

- 1) молоко кормящих женщин
- 2) плевральный выпот
- 3) перикардиальный выпот
- 4) асцитическая жидкость
- 5) сперма

36. При желтухе не окрашиваются:

- 1) слезы

- 2) слюна

 - 3) желудочный сок

 - 4) спинномозговая жидкость

 - 5) сперма
-

37. Классификация истинных желтух по этиологии:

- 1) надпеченочная желтуха (гемолитическая)

 - 2) печеночная желтуха (паренхиматозная)

 - 3) подпеченочная желтуха (механическая)

 - 4) запеченочная (ятрогенная)

 - 5) предпеченочная (алиментарная)
-

38. При надпеченочной (гемолитической) желтухе...

- 1) большая часть несвязанного билирубина остается в плазме крови и его концентрация возрастает

 - 2) концентрация в желчи связанного билирубина, образованного в результате усиления конъюгирующей функции печени, также возрастает

 - 3) большая часть несвязанного билирубина остается в плазме крови и его концентрация снижается

 - 4) концентрация в желчи связанного билирубина, образованного в результате усиления конъюгирующей функции печени, также снижается

 - 5) концентрация несвязанного билирубина не меняется
-

39. При надпеченочной (гемолитической) желтухе...

- 1) цвет кала в результате большой концентрации в нем стеркобилиногена становится темно-коричневой окраски
-

- 2) концентрация уробилиногена в венозной крови тонкой кишки, а затем и в системе воротной вены значительно возрастает

- 3) гепатоциты не могут захватить даже весь несвязанный билирубин, он проникает в печеночные вены, а затем в мочу и окрашивает ее в цвет «темного пива»

- 4) в биохимическом анализе крови отмечается повышение концентрации общего билирубина за счет обеих фракций, но преимущественно несвязанного билирубина

- 5) в клиническом анализе крови отмечается хроническая анемия за счет ускорения гемолиза и развившейся относительной (или абсолютной) недостаточности функции системы гемопоеза

40. Физиологическая желтуха новорожденных - это:

- 1) повышение уровня билирубина в сыворотке крови у детей первых 3 суток жизни

- 2) является «пограничным состоянием»

- 3) не требует лечения

- 4) является тяжелым патологическим состоянием

- 5) требует специального лечения

41. Для физиологической желтухи новорожденных характерно:

- 1) удовлетворительное состояние ребенка

- 2) нормальные размеры печени и отсутствие признаков увеличения селезенки

- 3) появление желтой окраски кожи после 24 часов жизни ребенка

- 4) нормальная, соответственно возрасту окраска стула

- 5) быстрое уменьшение интенсивности и распространенности желтухи после 4х суток жизни, угасание к 8-10 дню

42. Механизм воздействия ультрафиолетового излучения на организм при гемолитической желтухе новорожденных заключается в следующем:

- 1) под влиянием света непрямой билирубин из жирорастворимого, токсичного для головного мозга вещества, превращается в нетоксичную водорастворимую форму - люмирубин

 - 2) люмирубин быстро выводится из организма через желчь и мочу

 - 3) под воздействие УФ запускается синтез мелатонина, который является антагонистом непрямого билирубина

 - 4) под воздействие УФ запускается непрямой билирубин трансформируется в прямой, который выводится с мочой

 - 5) под воздействие УФ уменьшается скорость гемолиза эритроцитов
-

43. Опасность билирубиновой энцефалопатии (ядерной желтухи) у новорожденных заключается в возможности развития:

- 1) умственной отсталости

 - 2) детского церебрального паралича (ДЦП)

 - 3) стойкого желтушного окрашивания кожи

 - 4) диареи

 - 5) стресс-повреждения ЖКТ
-

44. Типы гемолитической желтухи у взрослых:

- 1) корпускулярная

 - 2) экстракорпускулярная

 - 3) гемолиз в обширных гематомах

 - 4) экстракорпоральная

 - 5) суборбитальная
-

45. Корпускулярная гемолитическая желтуха у взрослых может быть обусловлена:

1) биохимическими дефектами эритроцитов

2) гемоглобинопатиями

3) дефектами оболочек эритроцитов

4) аллергической реакцией

5) эндотелиальной дисфункцией

46. Экстракорпускулярная желтуха у взрослых может быть обусловлена:

1) переливанием неоднотипной крови

2) воздействие гемолитических ядов

3) гиперинсулиемией

4) переутомлением

5) инсулинотерапией

47. Лабораторными признаками и симптомами надпеченочной желтухи являются:

1) повышение ОБ за счет НБ

2) плейохромия (повышенное содержание желчных пигментов в желчи)

3) анемия

4) увеличение количества ретикулоцитов (незрелых эритроцитов)

5) отсутствие ахолии, наоборот характерна темная окраска кала и мочи (повышенное содержание стеркобилиногена и уробилиногена)

48. Алгоритм действия врача первичного звена при надпеченочной желтухе

1) клинический анализ крови (Hb, ретикулоциты)

- 2) общий анализ мочи (уробилин)

 - 3) анализ кала на стеркобилин

 - 4) биохимический анализ крови (исследование ОБ, СБ, НБ, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, Общий белок, Белковые фракции. Альфа-амилаза)

 - 5) консультация врача-инфекциониста
-

49. Алгоритм действия врача первичного звена при надпеченочной желтухе

- 1) исследование крови на наличие в ней антител к вирусам гепатита А, В и С.

 - 2) УЗИ органов брюшной полости.

 - 3) КТ- органов брюшной полости

 - 4) консультация врача гематолога, при необходимости госпитализация пациента в гематологическое или терапевтическое отделение

 - 5) консультация гастро-энтеролога
-

50. Формы печеночной желтухи:

- 1) Печеночно-клеточная

 - 2) Холестатическая

 - 3) Энзимопатичная

 - 4) Гематогенная

 - 5) Алиментарная
-

51. Основные неинфекционные причины развития печеночной желтухи:

- 1) токсический гепатит

 - 2) цирроз печени
-

- 3) желчнокаменная болезнь

- 4) хронический калькулезный холецистит

- 5) индуративный панкреатит

52. Лабораторные признаки и симптомы печеночной желтухи

- 1) повышение концентрации ОБ за счет повышения концентрации обеих фракций, преимущественно за счет НБ

- 2) отсутствие билирубина в составе желчи

- 3) отсутствие стеркобилиногена и уробилиногена.

- 4) ахоличный кал (цвет «белой глины»)

- 5) моча цвета «темного пива»

53. Алгоритм действия врача первичного звена при печеночной желтухе

- 1) клинический анализ крови

- 2) общий анализ мочи

- 3) биохимический анализ крови (исследование ОБ, СБ, НБ, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, Общий белок, Белковые фракции. Альфа-амилаза)

- 4) анализ кала на стеркобин

- 5) КТ органов брюшной полости

54. Алгоритм действия врача первичного звена при печеночной желтухе

- 1) исследование крови на наличие в ней антител к вирусам гепатита А, В и С.

- 2) УЗИ органов брюшной полости.

- 3) при подозрении на инфекционный генез желтухи - срочная консультация врача-инфекциониста

4) при неинфекционной желтухе – консультация терапевта или гепатолога

5) консультация гематолога

55. Препятствия, вызывающие механическую желтуху

1) конкременты внутри- и внепеченочных желчных протоков

2) сдавление внепеченочных желчных протоков извне

3) рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков

4) опухоль головки поджелудочной железы

5) опухоль холедоха и БДС.

56. Лабораторные признаки и симптомы подпеченочной (механической) желтухи

1) повышение концентрации ОБ за счет повышения концентрации связанного билирубина.

2) резкое повышение концентрации ОБ за счет повышения концентрации несвязанного билирубина.

3) отсутствие стеркобилиногена и уробилиногена.

4) ахоличный кал (цвет «белой глины»)

5) моча цвета «темного пива»

57. Алгоритм обследования пациента с подпеченочной желтухой врачом первичного звена

1) клинический анализ крови

2) общий анализ мочи на уробилин

3) анализ кала на стеркобилин

4) биохимический анализ крови (исследование ОБ, СБ, НБ, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, Общий белок, Белковые фракции. Альфа-амилаза)

- 5) исследование крови на наличие в ней антител к вирусам гепатита А, В и С.
-

58. Алгоритм обследования пациента с подпеченочной желтухой врачом первичного звена

- 1) УЗИ органов брюшной полости.
-

- 2) КТ- органов брюшной полости
-

- 3) МРТ в «холангио» режиме
-

- 4) ЭРХПГ
-

- 5) консультация хирургом
-

Раздел: **5. Абдоминальный болевой синдром 1**

Модуль: **1**

Тема: **5. Абдоминальный болевой синдром**

1. Болевые импульсы при висцеральной боли в животе передаются:

- 1) По нервным волокнам автономной (вегетативной) нервной системы.
- 2) По спиноталамическим трактам.
- 3) На участки тела, имеющие общую корешковую иннервацию с пораженным органом.
- 4) Вследствие недостаточности моноаминергических механизмов.
- 5) По волокнам вегетативной нервной системы и спиноталамическим трактам.

2. Возникновение болей в животе связано с раздражением ноцицепторов (болевых рецепторов), расположенных:

- 1) В мышечной стенке полых органов.
- 2) В слизистой оболочке полых органов.
- 3) В сальнике.
- 4) В висцеральной плевре.
- 5) В эндотелиальной выстилке сосудов.

3. Болевые импульсы при париетальных болях в животе передаются:

- 1) По спиноталамическим трактам.
- 2) По волокнам вегетативной нервной системы.
- 3) По спиноталамическим трактам и по вегетативным нервным волокнам.
- 4) По сегментарным нервным стволам.
- 5) По волокнам парасимпатической нервной системы.

4. Ноцицепторы (болевые рецепторы) отсутствуют:

- 1) В слизистой оболочке полых органов.
- 2) В адвентиции сосудов.
- 3) В капсуле паренхиматозных органов.
- 4) В мышечной стенке полых органов.
- 5) В париетальной брюшине.

5. Для висцеральных болей в животе характерно:

- 1) Диффузное распространение болей в брюшной полости.
- 2) Локализованный характер.
- 3) Напряжение мышц передней стенки живота.
- 4) Усиление болей при кашле, изменение положения тела.
- 5) Сочетание болей в животе с цефалгией или болями в других участках тела.

6. Психогенная боль в животе возникает вследствие:

- 1) Недостаточности моноаминергических механизмов.
- 2) Раздражения рецепторов в мышечной стенке полых органов.
- 3) Раздражения рецепторов в слизистой оболочке полых органов.
- 4) Раздражения рецепторов в капсуле паренхиматозных органов.
- 5) Раздражения рецепторов в адвентиции сосудов.

7. Для париетальной боли в животе характерно:

- 1) Локализованный характер в животе, и усиление болей при кашле, изменение положение тела.

- 2) Диффузный характер в животе.

- 3) Сочетание болей в животе с другими вегетативными реакциями – повышенной потливостью, эмоциональной лабильностью, рвотой и др.

- 4) Иррадиация болей в другие участки тела.

- 5) Сочетание болей с цефалгией или болями в других участках тела.

8. Для психогенной боли в животе характерно:

- 1) Длительность, монотонность, диффузный характер, сочетание с цефалгией или болью в других участках тела.

- 2) Локализованный характер.

- 3) Диффузный характер в сочетании с иррадиацией болей в другие участки тела.

- 4) Сочетание болей в животе с другими проявлениями вегетативной нервной системы (брадикардия, тахикардия, эмоциональная лабильность и др.).

- 5) Усиление болей в животе при изменении положения тела, кашле, движениях.

9. К интраабдоминальным причинам развития болей в животе относят:

- 1) Воспаление полых и паренхиматозных органов брюшной полости.

- 2) Метаболические нарушения, вследствие декомпенсации эндокринных заболеваний (сахарный диабет, тиретоксикоз).

- 3) Заболевания органов грудной клетки.

- 4) Заболевания органов забрюшинного пространства.

- 5) Воспаление полых органов брюшной полости.

10. Для острого аппендицита характерно:

- 1) Возникновение болей в животе среди полного благополучия.

- 2) Иррадиация болей в другие участки тела.
 - 3) Сочетание болей в животе с выраженными проявлениями вегетативной нервной системы.
 - 4) Связь болевого синдрома с погрешностью в диете (употребление жирной, жареной или острой пищи).
 - 5) Связь болевого синдрома с длительным голоданием.
-

11. Для острого аппендицита у беременных характерно:

- 1) Смещение локализации болей в животе с увеличением срока беременности.
 - 2) Боль в правой подвздошной области.
 - 3) Боль в правой подвздошной области в сочетании с напряжением мышц передней стенки живота.
 - 4) Положительный симптом Яуре-Розанова.
 - 5) Положительный симптом Образцова.
-

12. Симптом Яуре-Розанова характерен для острого аппендицита:

- 1) При расположении червеобразного отростка в забрюшинном пространстве.
 - 2) При ретроцекальном расположении червеобразного отростка.
 - 3) При медиальном расположении червеобразного отростка.
 - 4) При медиальном расположении червеобразного отростка.
 - 5) При типичном расположении червеобразного отростка.
-

13. Для острого аппендицита у пожилых людей характерно:

- 1) Наличие болей в правой подвздошной области в сочетании с незначительным напряжением мышц передней стенки живота.
 - 2) Наличие болей в правой подвздошной области в сочетании с выраженным напряжением мышц передней стенки живота.
-

3) Наличие высокой температуры тела.

4) Высокий лейкоцитоз в крови.

5) Наличие четкой клинической картины.

14. Для острого аппендицита у детей характерно:

1) Отсутствие четкой динамики развития болевого синдрома в животе характерного для воспаления червеобразного отростка.

2) Наличие скудной и стертой клинической картины.

3) Умеренный лейкоцитоз.

4) Субфебрильная лихорадка.

5) Наличие четкой динамики развития болевого синдрома в животе характерного для воспаления червеобразного отростка.

15. Для болей в животе при остром холецистите характерно:

1) Возникновение болей в правом подреберье после погрешностях в диете (употребление жирной и жареной пищи).

2) Возникновение болей в животе среди полного благополучия.

3) Локализация болей в верхней части живота, с опоясывающей иррадиацией.

4) Сочетание болей в животе с выраженной изнуряющей рвотой.

5) Триада Шарко.

16. Для острого холецистита, осложненного холедохолитиазом и холангитом характерно:

1) Наличие выраженных болей в правом подреберье.

2) Наличие болей в правом подреберье с фебрильной или гектической лихорадкой.

- 3) Триада Шарко.
-
- 4) Наличие выраженных болей в правом подреберье в сочетании с механической желтухой.
-
- 5) Пентада Рейнольдса.
-

17. Для острого панкреатита характерно:

- 1) Возникновение болей в животе среди полного благополучия.
-
- 2) Триада Мондора.
-
- 3) Боли в верхней части живота с иррадиацией в левом надплечье.
-
- 4) Боли в верхней части живота с рвотой застойного характера.
-
- 5) Диффузные боли в животе, с изнуряющей, не приносящей никакого облегчения рвотой.
-

18. Для наружного ущемления грыжи передней стенки живота характерно:

- 1) Диффузная боль в животе схваткообразного характера.
-
- 2) Четкая локализованная боль в области грыжевого выпячивания.
-
- 3) Сочетание болевого синдрома в животе с выраженной рвотой, не приносящей никакого облегчения.
-
- 4) Иррадиация болей в спину.
-
- 5) Диффузная боль в животе, задержка стула и газов.
-

19. Для перфорации язвы желудка или 12ой кишки характерно:

- 1) Острые боли в верхней части живота.
-
- 2) Боли в верхней части живота с иррадиацией в спину.
-
- 3) Кинжальная боль в животе с выраженным доскообразным напряжением мышц передней брюшной стенки.
-

- 4) Боли в верхней части живота опоясывающего характера.
-
- 5) Боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку.
-

20. Для кишечной непроходимости характерно:

- 1) Наличие схваткообразных болей в животе без четкой локализации.
-
- 2) Наличие схваткообразных локализованных болей в животе.
-
- 3) Наличие болей в верхней части живота в сочетании с изнуряющей рвотой, не приносящей никакого облегчения.
-
- 4) Наличие схваткообразных болей в животе, с задержкой стула и газов.
-
- 5) Локализованные боли в правом подреберье, с иррадиацией в правое плечо или лопатку.
-

21. Для абдоминальной формы инфаркта миокарда характерно:

- 1) Наличие болей в эпигастральной области с иррадиацией в спину
-
- 2) Наличие болей в эпигастральной области давящего характера с иррадиацией в нижнюю челюсть
-
- 3) Наличие болей в эпигастральной области в сочетании с выраженной изжогой
-
- 4) Наличие болей в эпигастральной области опоясывающего характера
-
- 5) Наличие болей в эпигастральной области с напряжением мышц передней стенки живота
-

22. Характерной особенностью ложного острого живота при базальной плевропневмонии является:

- 1) Наличие болей в верхней части живота усиливающихся при движениях, кашле.
-
- 2) Наличие болей в верхней части живота – на стороне поражения легкого, не усиливающихся при движениях, кашле, изменение положения тела.
-
- 3) Наличие болей в верхней части живота, вздутие живота, тошнота, рвота.
-
- 4) Наличие выраженных болей в верхней части живота на стороне поражения легкого, напряжение

передней стенки живота.

- 5) Наличие острых болей в верхней части живота на стороне поражения легкого с иррадиацией в спину, лопатку, надключичную область.

23. Для расслоения аневризмы брюшного отдела аорты характерно:

- 1) Возникновение острой боли в животе без четкой локализации, с признаками острой кровопотери – бледность кожных покровов, гипотония, тахикардия.
- 2) Возникновение локализованной острой боли в животе, без признаков острой кровопотери.
- 3) Возникновение острой боли в центральных отделах живота с иррадиацией в поясницу и признаками внутрибрюшного кровотечения.
- 4) Возникновение острой боли в центральных отделах живота, наличие ишемической диареи.
- 5) Возникновение острой боли в верхней части живота через 30 минут после приема пищи, купирующаяся приемом нитроглицерина.

24. Отличительной особенностью острого живота при остром мезентериальном нарушении кровообращения является:

- 1) Возникновение острой боли в животе без четкой локализации.
- 2) Возникновение локализованной острой боли в верхней части живота по срединной линии.
- 3) Интенсивность болей в животе не соответствует данным объективного осмотра (пальпации, аускультации и перкуссии) живота.
- 4) Возникновение острой боли в центральных отделах живота, в области пульсирующего образования.
- 5) Возникновение острой боли в верхней части живота после приема пищи.

25. Для абдоминального болевого синдрома при хронической мезентериальной ишемии характерно:

- 1) Возникновение острых болей в верхней части живота через 30 минут после приема пищи, купирующихся самостоятельно.

- 2) Возникновение острых болей в верхней части живота после приема пищи, опоясывающего характера.
-
- 3) Возникновение острых болей в верхней части живота, через 30 минут после приема пищи, купирующихся приемом нитроглицерина в таблетках.
-
- 4) Возникновение острой боли в центральных отделах живота, защитное напряжение мышц передней стенки живота.
-
- 5) Возникновение схваткообразной боли в животе без четкой локализации, задержка газов и стула.
-

26. Положительный симптом Коупа при остром аппендиците говорит:

- 1) О тазовом расположении воспаленного червеобразного отростка.
-
- 2) О медиальном расположении воспаленного червеобразного отростка.
-
- 3) О типичном расположении воспаленного червеобразного отростка.
-
- 4) О подпеченочном расположении воспаленного червеобразного отростка.
-
- 5) О забрюшинном расположении воспаленного червеобразного отростка.
-

27. Для почечной колики болевой синдром имеет следующие характеристики:

- 1) Боли возникают в поясничной области, иррадиируют по ходу мочеточника вниз, сопровождаются болезненным и частым мочеиспусканием.
-
- 2) Боли возникают в проекции почек, не иррадиируют, сопровождаются гипертермией.
-
- 3) Боли возникают в проекции почек, сопровождаются частым и болезненным мочеиспусканием, без иррадиации.
-
- 4) Боли возникают в поясничной области, усиливаются при сгибаниях тела, и пальпации паравертебральных точек.
-
- 5) Боли возникают в поясничной области, сопровождаются гипертермией, положительный симптом Яуре-Розанова.
-

28. Для острой задержки мочи характерно:

- 1) Боль в нижних отделах живота, частое болезненное мочеиспускание.
 - 2) Распирающая боль над лоном, позывы к мочеиспусканию.
 - 3) Распирающая боль над лоном, где пальпируется образование с ровными контурами, плотноэластической консистенции, отсутствие мочи, ложные позывы к мочеиспусканию.
 - 4) Боль над лоном с иррадиацией в промежность, болезненное мочеиспускание.
 - 5) Боль над лоном, повышение температуры тела до 38, тенезмы.
-

29. Для острого пиелонефрита характерно:

- 1) Тупые боли в поясничной области, повышение температуры тела до 38, частое мочеиспускание.
 - 2) Резкие боли в поясничной области, иррадиирующие вниз по ходу мочеточника, дизурия.
 - 3) Резкие боли в поясничной области иррадиирующие в живот, усиливающиеся при сгибаниях туловища, пальпации паравертебральных точек.
 - 4) Тупые острые боли в пояснице и подреберье справа, иррадиирующие в лопатку справа.
 - 5) Тупые острые боли в пояснице и подреберье справа, иррадиирующие в лопатку справа, повышение температуры тела до 38.
-

30. Болевой синдром при остром гастрите имеет следующую отличительную особенность:

- 1) Боли локализуются в эпигастрии, имеют интенсивный жгучий характер, не иррадируют, уменьшаются или полностью купируются после приема антацидов.
 - 2) Боли локализуются в эпигастрии, имеют жгучий характер, иррадируют в проекции сердца.
 - 3) Боли локализуются в эпигастрии и правом подреберье, иррадируют в правую лопатку.
 - 4) Боли локализуются в эпигастрии, иррадируют в правое надплечье, сопровождаются выраженным напряжением мышц передней стенки живота.
 - 5) Боли локализуются в верхней части живота, иррадируют в спину, сопровождаются рвотой не приносящего облегчения.
-

31. Для острого неинфекционного гастроэнтерита характерно:

- 1) Боли в животе не связаны с приемом пищи, имеют схваткообразный или коликообразный характер, сопровождаются рвотой, напряжение мышц передней стенки живота отсутствует.
- 2) Боли в животе связаны с приемом пищи, локализованы в правом подреберье, иррадируют в лопатку, сопровождаются рвотой желчью.
- 3) Боли в животе связаны с приемом пищи, имеют схваткообразный или коликообразный характер, без четкой локализации, сопровождаются рвотой или нарушением стула, без напряжения мышц передней стенки живота.
- 4) Боли в животе не локализованы, имеют преимущественно спастический характер, сопровождаются вздутием живота, и нарушением стула.
- 5) Боли в животе локализованы в верхних отделах, имеют опоясывающий характер, сопровождаются рвотой не приносящего облегчения.

32. Для острого мезентериального лимфаденита характерно:

- 1) Боли в животе развиваются чаще у пациентов молодого возраста. Локализуются чаще в правой подвздошной области и вблизи пупка. Симптом Штернберга положительный. Напряжение мышц передней стенки живота отсутствует.
- 2) Боли в животе локализуются в правой подвздошной области, где определяется мышечный дефанс. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского положительные.
- 3) Боли в животе локализуются в околопупочной области, носят коликообразный характер, сопровождаются рвотой и послаблением стула.
- 4) Боли в животе схваткообразного характера, не имеют четкую локализацию, сопровождаются вздутием живота, задержкой стула и газов.
- 5) Боли в животе локализуются над лоном, имеют распирающий характер, сопровождаются задержкой мочи.

33. Для абдоминального синдрома при Болезни Крона характерно:

- 1) Боли в животе диффузного характера, сопровождаются поносом со зловонным запахом, рвотой не приносящего облегчения.

- 2) Боли в животе локализованы в центральных отделах живота, сопровождаются субфебрильной температурой тела, вздутием живота, задержкой стула и газов.
-
- 3) Боли в животе имеют схваткообразный или коликообразный характер, могут быть локализованы в правой подвздошной области или могут быть диффузными, сопровождаются субфебрильной температурой и поносом с примесью крови. Имеется отягощенный анамнез заболевания.
-
- 4) Боли в животе локализованы в нижних его отделах, иррадируют в промежность и крестей, сопровождаются фебрильной лихорадкой.
-
- 5) Боли в животе локализуются в эпигастрии, имеют жгущий характер, сопровождаются однократной или двукратной рефлекторной рвотой.
-

34. Абдоминальный болевой синдром при остром лейкозе имеет следующие отличительные особенности:

- 1) Острые боли распирающего характера локализуются в левом подреберье, где пальпируется увеличенная болезненная селезенка, сопровождаются повышением температуры тела и локальным напряжением мышц.
-
- 2) Острые боли в животе без четкой локализации, сопровождаются урчанием кишечника на расстоянии, поносом и рвотой.
-
- 3) Острые боли в левом подреберье, сопровождающиеся клиникой внутрибрюшного кровотечения.
-
- 4) Острые боли в верхних отделах живота, опоясывающего характера, сопровождающиеся мучительной рвотой.
-
- 5) Острые боли в левом подреберье и поясничной области, иррадирующие в паху, сопровождающиеся болезненным и частым мочеиспусканием.
-

35. Для абдоминального болевого синдрома при серповидно-клеточной болезни характерно:

- 1) Боли возникают внезапно, локализуются в правом подреберье, сопровождаются пожелтением кожных покровов, ознобами и гипербилирубинемией.
-
- 2) Боли в животе возникают внезапно, не имеют четкую локализацию, сопровождаются пожелтением кожных покровов, лихорадкой и анемией.
-
- 3) Боли локализуются в правом подреберье, сопровождаются увеличением печени, желтухой и повышением АЛТ и АСТ.
-

- 4) Боли в животе не имеют четкую локализацию, определяется напряжение мышц передней стенки живота, лихорадка и желтуха.
-
- 5) Боли в животе локализованы в верхней части живота, опоясывающего характера, сопровождаются мучительной рвотой и желтухой.
-

36. Симптом Образцова при остром аппендиците это:

- 1) Болезненность в правой подвздошной области при пальпации живота, усиливающаяся при поднятии правой нижней конечности.
-
- 2) Болезненность в правой подвздошной области, усиливающаяся при положении пациента на левом боку.
-
- 3) Болезненность в правой подвздошной области, усиливающаяся при сгибании правой нижней конечности в коленном суставе под 90 градусов и ротации ее наружу.
-
- 4) Болезненность в правой подвздошной области, усиливающаяся при толчкообразных движениях в левой подвздошной области.
-
- 5) Болезненность в правой подвздошной области, усиливающаяся при сукусии по передней стенке живота.
-

37. Симптом Образцова характерен для:

- 1) Острого аппендицита - медиальное расположение.
-
- 2) Острого аппендицита - подпеченочное расположение.
-
- 3) Острого аппендицита - ретроцекальное расположение.
-
- 4) Острого аппендицита - тазовое расположение.
-
- 5) Острого аппендицита - классическое расположение в правой подвздошной области.
-

38. Симптом Коупа характерен для:

- 1) Острого аппендицита - тазовое расположение.
-
- 2) Острого аппендицита - подпеченочное расположение.
-

- 3) Острого аппендицита - медиальное расположение.
-
- 4) Острого аппендицита - ретроцекальное расположение.
-
- 5) Острого аппендицита - классическое расположение в правой подвздошной области.
-

39. Симптом Мерфи-Образцова это:

- 1) Усиление болей в правом подреберье при постукивании ладонью по реберной дуге.
-
- 2) Усиление болей в правом подреберье при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
-
- 3) Усиление болей в правом подреберье при глубокой пальпации на высоте вдоха.
-
- 4) Усиление болей в правом подреберье при постукивании по передней стенке живота.
-
- 5) Усиление болей в правом подреберье при толчкообразных движениях в левом подреберье.
-

40. Симптом Грея-Тернера при остром панкреатите это:

- 1) Цианоз кожи в околопупочной области.
-
- 2) Участки цианоза кожи в области боковых стенок живота.
-
- 3) Участки цианоза кожи в области передней стенки живота.
-
- 4) Участки цианоза кожи в поясничной области.
-
- 5) Цианоз кожи лица.
-

41. Симптом Кулена при остром панкреатите это:

- 1) Цианоз кожи лица.
-
- 2) Участки цианоза кожи на боковых стенках живота.
-
- 3) Цианоз кожи в околопупочной области.
-

- 4) Цианоз кожи поясничной области.
-
- 5) Участки цианоза кожи на передней стенке живота.
-

42. Для абдоминальных болей висцерального типа характерно:

- 1) Вовлечение в патологический процесс листков брюшины.
-
- 2) Локализованный характер.
-
- 3) Диффузный характер.
-
- 4) Усиление болей в животе при движениях.
-
- 5) Напряжение мышц передней стенки живота.
-

43. Для болей в животе при остром аппендиците у взрослых характерно:

- 1) Внезапное начало болевого синдрома
-
- 2) Симптом Кохера.
-
- 3) Склонность к иррадиации болей в животе.
-
- 4) Тесная связь болей в животе с погрешностью в диете.
-
- 5) Внезапное начало болей в животе в сочетании с выраженным мышечным напряжением передней стенки живота.
-

44. Для париетальной абдоминальной боли характерно:

- 1) Передача болевых импульсов по вегетативным нервным волокнам.
-
- 2) Диффузный характер в животе.
-
- 3) Локализованный характер в животе, усиление при кашле, изменение положения тела и движениях.
-
- 4) Рефлекторные вегетативные реакции (повышенная потливость, эмоциональная лабильность).
-

- 5) Уменьшение или полное купирование болей в животе после приема лекарственных препаратов, влияющих на моторику желудочно-кишечного тракта.
-

45. Для болей в животе при остром холецистите характерно:

- 1) Тесная связь возникновения болей в животе с погрешностью в диете.
- 2) Тесная связь возникновения болей в животе с физической нагрузкой.
- 3) Тесная связь возникновения болей в животе с психоэмоциональным стрессом.
- 4) Внезапное начало болей в животе на фоне полного благополучия.
- 5) Возникновение болей в животе после приема спиртных напитков.
-

46. Для абдоминальных болей, психогенного типа характерно:

- 1) Длительность, непрерывно-рецидивирующее течение.
- 2) Острое внезапное начало.
- 3) Локализованный характер в животе.
- 4) Склонность к иррадиации.
- 5) Выраженное защитное напряжение мышц передней стенки живота.
-

47. Для абдоминальных болей с молниеносным началом характерно:

- 1) Отсутствие продромального периода и быстрое развитие критического состояния у больного.
- 2) Наличие продромального периода.
- 3) Медленное развитие критического состояния у больного.
- 4) Наличие продромального периода и медленное развитие критического состояния у больного.
- 5) Ничего не характерно из вышеперечисленного.
-

48. Для острого аппендицита расположенного ретроперитонеально и ретроцекально характерно:

- 1) Локальное защитное напряжение мышц в правой подвздошной области.
- 2) Положительный симптом Образцова.
- 3) Положительный симптом Яуре-Розанова.
- 4) Положительные симптомы Яуре-Розанова и Образцова.
- 5) Положительный симптом Коупа.

49. Для абдоминального болевого синдрома при острой кишечной непроходимости характерно:

- 1) Волнообразный (схваткообразный) характер течения.
- 2) Связь с погрешностью в диете.
- 3) Внезапное начало с доскообразным напряжением мышц живота.
- 4) Острая пульсирующая боль в центральной части живота с иррадиацией в спину.
- 5) Острая давящая боль в эпигастрии с иррадиацией в проекции сердца, левого плеча, лопатки.

50. Положительный Симптом Спигарского при прободной язве желудка или двенадцатиперстной кишки это:

- 1) Притупление при перкуссии в отлогих местах живота.
- 2) Исчезновение печеночной тупости и выраженный тимпанит в проекции печени при перкуссии живота.
- 3) Усиление болей в животе при сукуссии передней стенки живота.
- 4) Тимпанит при перкуссии в левом подреберье в проекции селезенки.
- 5) Исчезновение печеночной тупости и тимпанит в проекции печени при перкуссии живота у больного с острыми болями в животе.

Раздел: **5. Абдоминальный болевой синдром 2**

Модуль: **1**

Тема: **5. Абдоминальный болевой синдром**

1. Для перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки характерно:

- 1) Наличие язвенной болезни в анамнезе у пациента.
- 2) Внезапное появление острых кинжальных болей в верхних отделах живота, сопровождающихся выраженным напряжением мышц живота.
- 3) Положительный симптом Спигарского.
- 4) Острые боли в правом подреберье, иррадиирующие в лопатку и плечо справа.
- 5) Положительный симптом Мюси-Георгиевского.

2. Для острого холецистита с холедохолитиазом характерно:

- 1) Острые боли в правом подреберье, иррадиирующие в лопатку справа.
- 2) Триада Шарко.
- 3) Пентада Рейнольдса.
- 4) Боли в правом подреберье и эпигастрии, сопровождающиеся рвотой не приносящего облегчения.
- 5) Боли в эпигастрии, жгущего характера, без иррадиации, сопровождающиеся выраженной изжогой.

3. Для абдоминального болевого синдрома при почечной колике характерно:

- 1) Боли возникают внезапно в поясничной области.
- 2) Иррадиируют вниз по ходу мочеточника в пах, мошонку.
- 3) Сопровождаются болезненным и частым мочеиспусканием.
- 4) Сопровождаются гематурией.
- 5) Сопровождаются поносом.

4. Для абдоминального болевого синдрома при острой кишечной непроходимости характерно:

- 1) Боли в животе возникают внезапно, имеют схваткообразный характер, без четкой локализации.
- 2) Боли в животе сопровождаются задержкой стула и газов.
- 3) Субфебрильная или фебрильная лихорадка.
- 4) Боли в животе сопровождаются рвотой и поносом.
- 5) Боли в животе сопровождаются застойной рвотой, в запущенных случаях – фекалоидной.

5. Для абдоминального болевого синдрома при остром панкреатите характерно:

- 1) Боли в животе возникают после злоупотребление спиртными напитками.
- 2) Боли локализуются в верхних отделах живота, имеют опоясывающий характер.
- 3) Боли в животе сопровождаются рвотой не приносящего облегчения.
- 4) Боли в животе сопровождаются вздутием живота, задержкой стула и газов.
- 5) Боли в животе сопровождаются вздутием живота, поносом и рвотой.

6. Для абдоминального болевого синдрома при остром инфаркте миокарда характерно:

- 1) Возникновению болей в животе предшествует психоэмоциональный стресс или тяжелая физическая работа.
- 2) Боли локализуются в эпигастрии и иррадируют в левое плечо, надплечье, нижнюю челюсть.
- 3) Боли носят стенокардитический характер.
- 4) Боли локализуются в левом подреберье, и иррадируют в спину.
- 5) Боли локализуются в эпигастрии, носят жгучий характер, могут сопровождаться однократной рвотой, изжогой.

7. Для абдоминального болевого синдрома при периостите лонной кости характерно:

- 1) Боли определяются в нижних отделах живота, с преимущественной локализацией над лонным бугорком справа или слева.

 - 2) Возникают боли, как правило, в отдаленном послеоперационном периоде после грыжесечения паховой грыжи.

 - 3) Боли локализуются над лоном, сопровождаются частым и болезненным мочеиспусканием.

 - 4) Боли локализуются в подвздошно-паховой области справа или слева, иррадируют в яичко.

 - 5) Боли локализуются в подвздошно-паховой области справа или слева, положительный симптом «парящей руки».
-

8. Для абдоминального болевого синдрома при опоясывающем лишае характерно:

- 1) Боли носят жгучий характер, распространяются со спины по направлению к срединной линии живота.

 - 2) Боли никогда не переходят за пределы срединной линии живота на противоположную сторону.

 - 3) Болевой синдром сочетается с характерной сыпью на коже герпетического характера.

 - 4) Болевой синдром локализуется в области межреберья, усиливается при движениях и сгибаниях туловища.

 - 5) Болевой синдром определяется в поясничной области с иррадиацией в живот, усиливаются при сгибаниях тела, положительный симптом Кернига.
-

9. Для абдоминального болевого синдрома при грыжах позвоночника характерно:

- 1) Острая боль в области позвоночника, усиливающаяся при сгибаниях и повороте тела.

 - 2) Иррадиация болей в нижние конечности.

 - 3) Сочетание болевого синдрома с явлениями парестезии в нижних конечностях.

 - 4) Сочетание болевого синдрома с частым и болезненным мочеиспусканием.

 - 5) Боли в крестцовой области, задержка стула и газов.
-

10. Для ложного острого живота при декомпенсации сахарного диабета характерно:

- 1) Боли в верхних отделах или центральных отделах живота.
- 2) Выраженный запах ацетона из-за рта.
- 3) Болевой синдром сопровождается тошнотой, рвотой.
- 4) Болевой синдром сопровождается дизурическими явлениями.
- 5) Диффузная схваткообразная боль в животе, задержка стула и газов.

11. Отличительными особенностями отравления свинцом являются:

- 1) Наличие спастических болей в животе без четкой локализации.
- 2) Признаки «свинцового» стоматита.
- 3) Сочетание болевого синдрома с неврологическими нарушениями (симптом «висячей кисти»).
- 4) Боли в животе сочетаются тошнотой, рвотой.
- 5) Боли в животе сочетаются вздутием живота, задержкой стула и газов.

12. Для абдоминального болевого синдрома при остром гепатите характерно:

- 1) Боли локализуются в правом подреберье.
- 2) Увеличение размеров печени и болезненный ее край при пальпации.
- 3) Субэктеричность склер и желтушность кожных покровов.
- 4) Локализованная боль в правом подреберье, иррадиирующая в лопатку, желтуха и озноб.
- 5) Локализованная боль в правом подреберье, где пальпируется край бугристой печени, асцит.

13. Для абдоминального болевого синдрома при лимфоме распространенной формы, характерно:

- 1) Схваткообразная боль в животе без четкой локализации, вздутие живота, задержка стула и газов.

- 2) Боли в животе сопровождаются ночными проливными потами.
-
- 3) В паховых областях определяются увеличенные плотные пакеты лимфатических узлов.
-
- 4) Боли в животе сопровождаются рвотой и поносом.
-
- 5) Боли в животе без четкой локализации, напряжение мышц передней стенки живота, тошнота, рвота.
-

14. Для мезентериального лимфаденита характерно:

- 1) Боли в животе носят умеренный характер, локализуются чаще в правой подвздошной области и вокруг пупка.
-
- 2) Положительный симптом Штернберга.
-
- 3) Лимфоцитоз в общем анализе крови.
-
- 4) Боли локализуются в околопупочной области и иррадируют в спину.
-
- 5) Боли в животе диффузного характера, тошнота, рвота.
-

15. Для абдоминального болевого синдрома при остром пиелонефрите характерно:

- 1) Боли в животе и поясничной области возникают после повышения температуры тела и озноба.
-
- 2) Боли в животе сопровождаются болезненным и частым мочеиспусканием.
-
- 3) Положительный симптом поколачивания с обеих сторон.
-
- 4) Боли в поясничной области с иррадиацией в нижние отделы живота, паху, мошонку.
-
- 5) Боли в нижних отделах живота с иррадиацией в крестец.
-

16. Для хронической мезентериальной ишемии характерно:

- 1) Возникновение интенсивных болей в верхних отделах живота после приема пищи через 30-40 минут.
-
- 2) Выслушивание аускультативно над верхней брыжеечной артерии систолического шума.
-

- 3) Купирование болей в животе после приема препаратов нитроглицеринного ряда.
-
- 4) Боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошнота, и неукротимая рвота.
-
- 5) Диффузные боли в животе, без иррадиации, стул с примесью крови.
-

17. Для острой мезентериальной ишемии характерно:

- 1) Боли в животе без четкой локализации, урчание кишечника на расстоянии, тошнота, рвота.
-
- 2) Выраженные боли в животе, и доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки живота.
-
- 3) Внезапно возникновение интенсивных болей в животе, без четкой локализации.
-
- 4) Пульсирующая боль в центральных отделах живота, систолический шум над аортой.
-
- 5) Несоответствие между жалобами пациента и данными объективного осмотра живота.
-

18. Для абдоминального болевого синдрома при расслоении аневризмы брюшного отдела аорты характерно:

- 1) Внезапное возникновение интенсивных болей в центральные отделы живота, с иррадиацией в спину.
-
- 2) Выявление при пальпации живота пульсирующего образования в проекции аорты.
-
- 3) Выраженный систолический шум при аускультации аорты.
-
- 4) Боли в животе сочетаются признаками внутрибрюшного кровотечения.
-
- 5) Боли в животе сопровождаются отеком нижних конечностей и нижней части передней стенки живота.
-

19. Для абдоминального болевого синдрома при наружном ущемлении грыжи характерно:

- 1) Интенсивная локализованная боль в области грыжевого выпячивания.
-
- 2) Интенсивная локализованная боль в области грыжевого выпячивания, в сочетании со схваткообразной болью в животе без четкой локализации.
-
- 3) Схваткообразная боль в животе без четкой локализации, тошнота, рвота.
-

- 4) Интенсивная боль в центральные отделы живота, опоясывающего характера, тошнота, рвота.
-
- 5) Интенсивная боль в центральные отделы живота, с иррадиацией в спину, стул с примесью крови.
-

20. Для острой кишечной непроходимости характерно:

- 1) Схваткообразная боль в животе диффузного характера.
-
- 2) Задержка стула и газов.
-
- 3) Положительные симптомы Склярова, Валя, Обуховской больницы.
-
- 4) Наличие локализованных болей схваткообразного характера в правой подвздошной области, тошнота, рвота.
-
- 5) Диффузные распирающие боли в животе, задержка стула и газов.
-

21. Для висцеральной боли в животе характерно:

- 1) Болевые импульсы передаются по спиноталамическим трактам.
-
- 2) Боли в животе возникают в результате растяжения капсулы паренхиматозных органов или увеличения давления в полых органах.
-
- 3) Рефлекторные вегетативные реакции (рвота, тахикардия).
-
- 4) Клинически боли имеют локализованный характер в животе.
-
- 5) Уменьшение или полное купирование болей в результате применения лекарственных препаратов влияющих на моторику желудочно-кишечного тракта.
-

22. Для соматической боли в животе характерно:

- 1) Болевые импульсы передаются по волокнам вегетативной нервной системы.
-
- 2) Боли в животе возникают в результате трансмурального воспаления стенки органа и вовлечения в воспаление париетального листка брюшины.
-
- 3) Боли имеют локализованный характер в животе.
-

4) Боли в животе усиливаются при движениях, изменение положения тела, кашле.

5) Боли купируются приемом спазмолитиков.

23. Характерными чертами психогенной боли в животе являются:

1) Длительность, непрерывно-рецидивирующее течение.

2) Обострение болей в животе в результате стрессовых ситуациях.

3) Передача импульсов по волокнам вегетативной нервной системы.

4) Уменьшение или полностью купирование болевого синдрома после приема транквилизаторов или успокоительных препаратов.

5) Сочетание болей в животе с болями в других участках тела, чаще всего головной болью.

24. Наибольшую ценность в диагностике острой хирургической патологии имеют следующие характеристики болевого синдрома в животе:

1) Динамика развития болей в животе.

2) Интенсивность болевого синдрома.

3) Иррадиация болей.

4) Характер болей в животе.

5) Устойчивость болей в животе.

25. Для абдоминального болевого синдрома при остром нарушении мезентериального кровообращения характерно:

1) Острая интенсивная боль в животе без четкой локализации.

2) Интенсивные боли в животе на фоне выраженного мышечного напряжения передней стенки живота.

3) Острая интенсивная боль в животе на фоне абсолютно мягкой стенки живота при пальпации.

4) Интенсивные боли в животе, задержка стула и газов.

5) Интенсивные боли в животе, диарея с примесью крови.

26. Для абдоминального болевого синдрома при прободной язве желудка или двенадцатиперстной кишки характерно:

1) Внезапное начало, отсутствие продромального периода.

2) Острая кинжальная боль в верхней части живота.

3) Частая многократная рвота, не приносящего облегчения.

4) Ладьевидно втянутый доскообразный живот.

5) Задержка стула и газов.

27. Для абдоминального болевого синдрома при аскаридозе характерно:

1) Коликообразные или спастические боли в животе.

2) Иррадиация болей в спину.

3) Сочетание болей в животе с аллергической сыпью на каком-либо участке тела.

4) Боли в животе в виде колик без четкой локализации.

5) Тошнота, рвота и задержка стула и газов.

28. Для абдоминального болевого синдрома при тиреотоксикозе характерно:

1) Сочетание болей в животе с выраженным напряжением передней абдоминальной стенки.

2) Отсутствие четкой локализации болей в животе.

3) Боли в животе четко локализованы.

4) Интенсивные боли в животе на фоне мягкой передней абдоминальной стенки при пальпации.

- 5) Боли в животе без четкой локализации, длительные запоры.
-

29. Для абдоминального болевого синдрома при остром инфаркте миокарда характерно:

- 1) Развитие болей в животе связано с психоэмоциональным стрессом или физической нагрузкой.
- 2) Боли в животе возникают спонтанно.
- 3) Боли в животе носят давящий, сжимающий характер.
- 4) Боли локализованы в верхней части живота и иррадируют в проекции сердца, левую лопатку, плечо, нижнюю челюсть.
- 5) Боли в животе сопровождаются многократной рвотой.
-

30. Для абдоминального болевого синдрома при острой задержки мочи характерно:

- 1) Боли локализуются в нижней части живота (над лонном).
- 2) Боли локализуются в нижней части живота и иррадируют в промежность, наружные половые органы.
- 3) Боли носят распирающий характер.
- 4) Болевой синдром сопровождается позывами к мочеиспусканию.
- 5) Боли локализуются в нижней части живота и сопровождаются задержкой стула и газов.
-

31. Для абдоминального болевого синдрома при классической картине острого аппендицита характерно:

- 1) Боли в животе возникают спонтанно, среди полного благополучия.
- 2) Боли в животе сопровождаются иррадиацией в другие участки тела.
- 3) Болевой синдром имеет четкую динамику развития.
- 4) Болевому синдрому предшествует короткий продромальный период.
- 5) Боли в животе возникают после приема острой пищи.
-

32. Для абдоминального болевого синдрома при остром аппендиците у беременных характерно:

- 1) Боли в животе имеют стертый характер.
- 2) Боли в животе возникают после приема пищи.
- 3) Локализация болей в животе имеет четкую зависимость от срока беременности. С увеличением срока беременности боли в животе смещаются вверх.
- 4) Отсутствие выраженного локального дефанса мышц передней стенки живота.
- 5) Хорошо выражены симптомы Образцова и Брендо-Михельсона.

33. Для абдоминального болевого синдрома при остром аппендиците у детей характерно:

- 1) Отсутствие четкой динамики развития болей в животе.
- 2) Наличие четкой динамики развития болей в животе.
- 3) Локальная гиперестезия и выраженное пассивное напряжение мышц в правой подвздошной области.
- 4) Сочетание болей в животе с фебрильной лихорадкой с самого начала заболевания.
- 5) Боли в животе, субфебрильная лихорадка.

34. Для абдоминального болевого синдрома при остром аппендиците у пожилых характерно:

- 1) Наличие четкой динамики развития болевого синдрома.
- 2) Боли в животе имеют умеренную интенсивность.
- 3) Напряжение мышц в правой подвздошной области умеренное.
- 4) Напряжение мышц в правой подвздошной области выраженное.
- 5) Боли в животе сопровождаются локальным вздутием купола слепой кишки.

35. Триада Мондора включает в себя следующие признаки:

- 1) Боли в центральных отделах живота, тошноту, задержку стула и газов.
 - 2) Боли в верхней части живота.
 - 3) Вздутие живота в верхних его отделах.
 - 4) Боли в животе, многократную рвоту не приносящего облегчения.
 - 5) Многократную рвоту, не приносящего облегчения.
-

36. Для абдоминального болевого синдрома при ущемлении диафрагмальной грыжи характерно:

- 1) Боли в животе возникают после физической работы или кашле.
 - 2) Боли в животе возникают в результате изменения положения тела.
 - 3) Боли носят интенсивный характер, локализуются в верхней части живота.
 - 4) Боли в животе сопровождаются икотой и интенсивными позывами на рвоту.
 - 5) Боли в животе сопровождаются икотой и многократной рвотой не приносящего облегчения.
-

37. Для абдоминального болевого синдрома при остром лейкозе характерно:

- 1) Боли распирающего характера в левом подреберье.
 - 2) Выявление при пальпации живота увеличенной и болезненной селезенки.
 - 3) Боли в животе без четкой локализации, тошнота, рвота.
 - 4) Боли в левом подреберье, защитное напряжение мышц, повышение температуры тела.
 - 5) Сочетание абдоминального болевого синдрома с явлениями язвенного стоматита.
-

38. Для абдоминального болевого синдрома при серповидно-клеточной болезни характерно:

- 1) Боли возникают внезапно, имеют диффузный характер.
 - 2) Боли возникают внезапно, имеют локализованный характер.
-

- 3) Боли в животе сопровождаются ознобами и желтушным окрашиванием кожного покрова.
-
- 4) Боли в животе сопровождаются признаками перитонизма.
-
- 5) Боли в животе имеют диффузный схваткообразный характер.
-

39. Для абдоминального болевого синдрома при укусах насекомых характерно:

- 1) Боли в животе диффузного характера.
-
- 2) Боли в животе диффузного характера, в сочетании с локальным мышечным подергиванием передней стенки живота.
-
- 3) Напряжение мышц передней стенки живота.
-
- 4) Выраженный парез кишечника.
-
- 5) Боли в животе локализованного характера в виде колик.
-

40. Для абдоминального болевого синдрома при синдроме ущемления нервов характерно:

- 1) Боли стреляющего или жгучего характера в области послеоперационного рубца.
-
- 2) Боли в животе режущего характера.
-
- 3) Наличие локальных сокращений мышц в области иннервации ущемленного нерва.
-
- 4) Боли в животе диффузного характера, иррадиирующие в спину.
-
- 5) Положительный симптом «Парящей руки».
-

41. Для абдоминального болевого синдрома при острой надпочечниковой недостаточности характерно:

- 1) Боли в животе возникают после резкой отмены приема кортикостероидных препаратов.
-
- 2) Боли в животе носят диффузный, интенсивный и перемежающийся характер.
-
- 3) Боли в животе сопровождаются тошнотой и рвотой.
-

4) Не характерно напряжение мышц передней стенки живота.

5) Характерно напряжение мышц передней стенки живота.

42. Для абдоминального болевого синдрома при малярии характерно:

1) Боли коликообразного характера в центральных отделах живота.

2) Характерно напряжение мышц передней стенки живота.

3) При пальпации определяется увеличенная селезенка.

4) Мягкий живот при пальпации, не характерно напряжение мышц передней стенки живота.

5) Боли в животе сопровождаются ознобами, высокой лихорадкой.

43. Для абдоминального болевого синдрома при туберкулезном перитоните характерно:

1) Боли в животе носят диффузный характер, умеренной степени интенсивности.

2) Боли в животе локализованного характера.

3) Живот при пальпации «тестообразный».

4) Боли в животе локализованного характера, напряжение мышц передней стенки живота.

5) При перкуссии живота на фоне диффузных болей выявляются признаки свободной жидкости.

44. Возникновение болей в животе связано с раздражением ноцицепторов (болевых рецепторов), расположенных:

1) В мышечной стенке полых органов.

2) В капсуле паренхиматозных органов.

3) В сальнике.

4) В адвентиции сосудов.

5) В слизистой оболочке полых органов.

45. Болевые рецепторы отсутствуют:

1) В сальнике.

2) В капсуле паренхиматозных органов.

3) В слизистой оболочке полых органов.

4) В адвентиции сосудов.

5) В висцеральной плевре.

46. Внезапное начало абдоминального болевого синдрома характеризуется:

1) Отсутствием продромального периода.

2) Наличием продромального периода.

3) Быстрым развитием критического состояния у больного.

4) Медленным развитием критического состояния у больного.

5) Наличием продромального периода, медленным развитием критического состояния у больного.

47. Для острых воспалительных заболеваний внутренних женских половых органов характерно:

1) Боли локализуются в нижней части живота, над лонном.

2) Иррадиация нехарактерна для болевого синдрома.

3) Характерна иррадиация болей в промежность, крестец, наружные половые органы.

4) Частое болезненное мочеиспускание.

5) Положительные симптомы Промптова, Коупа.

48. Для абдоминального болевого синдрома при травме паренхиматозных органов характерно:

- 1) Боли в животе имеют локализованный вначале, позже диффузный характер.
- 2) Абдоминальный болевой синдром сопровождается признаками внутрибрюшного кровотечения.
- 3) Положительные симптомы Куленкампа, Розанова.
- 4) Боли в животе сопровождаются выраженным напряжением мышц передней стенки живота.
- 5) Боли в животе сопровождаются вздутием живота, задержкой газов и стула.

49. Для абдоминального болевого синдрома при перфорации или ранение полых органов характерно:

- 1) Острые интенсивные боли в животе, вначале локализованные, позже диффузного характера.
- 2) Отсутствие напряжения мышц передней стенки живота.
- 3) Напряжение мышц передней стенки живота.
- 4) Усиление болей в животе при движениях, изменение положения тела, кашле.
- 5) Усиление болей в животе при дыхании.

50. Для абдоминального болевого синдрома психогенного типа характерно:

- 1) Боли в животе имеют прямую связь со стрессовыми ситуациями.
- 2) Боли в животе тупые, диффузные, длительные и часто имеют непрерывно-рецидивирующее течение.
- 3) Боли в животе полностью купируются психотропными лекарственными препаратами.
- 4) Боли в животе прекращаются или значительно уменьшаются в условиях психического покоя.
- 5) Боли в животе купируются спазмолитиками.

Раздел: **6. Реабилитация хирургических больных 1**

Модуль: **1**

Тема: **6. Реабилитация хирургических больных**

1. Поздний послеоперационный период - это

- 1) период после снятия кожных швов до полного выздоровления.
- 2) период после снятия кожных швов до выписки из стационара.
- 3) период от момента выписки из больницы до полного выздоровления.
- 4) период от 5 суток послеоперационного периода до выписки из стационара.
- 5) период от момента операции до формирования послеоперационного рубца.

2. Реабилитация - это комплекс мероприятий по...

- 1) уходу за пациентом после операции.
- 2) организации пребывания пациента в стационаре.
- 3) ликвидации общих и местных расстройств, вызванных, как самим заболеванием, так и операцией.
- 4) профилактике осложнений со стороны операционной раны.
- 5) ускорению выписки пациента из стационара.

3. Задача профилактики осложнений дыхательной системы:

- 1) улучшение эффективности дыхания до снятия кожных швов.
- 2) обеспечение адекватной вентиляции легких.
- 3) правильная дыхательная гимнастика.
- 4) удаление мокроты.
- 5) адекватная активизация пациента

4. Пассивная тактика лечения постпункционного синдрома предполагает следующий комплекс мероприятий:

- 1) максимально скорая активизация пациента, симптоматическая и седативная терапия.
- 2) постельный режим, обильное питье, назначение НПВС, анальгетиков и препаратов кофеина.
- 3) адекватная эластическая компрессия нижних конечностей, назначение кофеина и анальгетиков.
- 4) инфузионная терапия, щадящий двигательный режим, использование поясничного бандажа.
- 5) применение в послеоперационном периоде не прямых антикоагулянтов назначение НПВС и кофеина.

5. Лечебно-охранительный режим - это ...

- 1) комплекс лечебных и профилактических мероприятий, направленных обеспечение скорейшего восстановление здоровья пациента.
- 2) способ ухода за пациентом в позднем послеоперационном периоде.
- 3) режим лечебного питания пациента в позднем послеоперационном периоде.
- 4) комплекс факторов, определяющих длительность пребывания пациента в стационаре.
- 5) комплекс факторов, определяющих продолжительность нетрудоспособности пациента.

6. Лечебное питание - это:

- 1) питание пациентов с учащенным интервалом и увеличенной калорийностью продуктов.
- 2) использование для питания обогащенных витаминами продуктов.
- 3) применение специальных рационов и режимов питания.
- 4) режим питания в раннем послеоперационном периоде.
- 5) использование в рационе протертых и вареных блюд.

7. Лекарственный электрофорез - это:

- 1) метод лечения непрерывным и импульсным электрическим полем ультравысокой частоты.

- 2) метод сочетанного действия на организм высокочастотных звуковых волн и вводимых с их помощью лекарственных веществ.

- 3) метод сочетанного действия на организм постоянного тока и вводимых с его помощью лекарственных веществ.

- 4) метод ведения в организм лекарственных препаратов с использованием переменного тока.

- 5) лечебное применение синусоидального тока высокого напряжения и малой силы.

8. Фонофорез - это ...

- 1) применение с лечебно-профилактическими целями участков видимого излучения (760-400 нм).

- 2) лечебное применение низкочастотного переменного синусоидального тока высокого напряжения и малой силы.

- 3) применение с лечебно-профилактической целью механических колебаний ультравысокой частоты (800-3000 кГц).

- 4) введение в организм лекарственных веществ с помощью ультразвука.

- 5) метод лечения непрерывным и импульсным электрическим полем ультравысокой частоты

9. УВЧ - терапия - это

- 1) применение с лечебно-профилактической целью механических колебаний ультравысокой частоты (800-3000 кГц).

- 2) метод лечения непрерывным и импульсным электрическим полем ультравысокой частоты.

- 3) лечебное бесконтактное воздействие на отдельные участки тела пациента импульсным переменным током низкой частоты (110 кГц), высокого напряжения (25-30 кВт) и слабой силы (до 0,02 мА).

- 4) лечебное применение низкочастотного переменного синусоидального тока высокого напряжения и малой силы.

- 5) применение с лечебно-профилактическими целями участков видимого излучения (760-400 нм).

10. Д'Арсанвализация - это...

- 1) лечебное применение низкочастотного переменного синусоидального тока высокого напряжения и малой силы.
 - 2) метод физиотерапии, в основе которого лежит действие на организм магнитными полями различных параметров.
 - 3) лечебное бесконтактное воздействие на отдельные участки тела пациента импульсным переменным током низкой частоты (110 кГц), высокого напряжения (25-30 кВт) и слабой силы (до 0,02 мА).
 - 4) метод лечения непрерывным и импульсным электрическим полем ультравысокой частоты.
 - 5) метод сочетанного воздействия на организм постоянного тока и вводимых с его помощью лекарственных веществ
-

11. Магнитотерапия - это ...

- 1) применение с лечебно-профилактической целью механических колебаний ультравысокой частоты (800-3000 кГц).
 - 2) метод физиотерапии, в основе которого лежит действие на организм магнитными полями различных параметров.
 - 3) лечебное бесконтактное воздействие на отдельные участки тела пациента импульсным переменным током низкой частоты (110 кГц), высокого напряжения (25-30 кВт) и слабой силы (до 0,02 мА).
 - 4) лечебное применение низкочастотного переменного синусоидального тока высокого напряжения и малой силы.
 - 5) применение с лечебно-профилактическими целями участков видимого излучения (760-400 нм).
-

12. Лазеротерапия - это...

- 1) метод лечения непрерывным и импульсным электрическим полем ультравысокой частоты.
 - 2) лечебное бесконтактное воздействие на отдельные участки тела пациента импульсным переменным током низкой частоты (110 кГц), высокого напряжения (25-30 кВт) и слабой силы (до 0,02 мА).
 - 3) лечебное применение низкочастотного переменного синусоидального тока высокого напряжения и малой силы.
-

- 4) применение с лечебно-профилактической целью механических колебаний ультравысокой частоты (800-3000 кГц).
-
- 5) терапевтическое использование концентрированного светового потока фиксированной длины волны.
-

13. ЛФК или кинезиотерапия это:

- 1) метод неспецифической терапии, использующий средства физической культуры для восстановления здоровья и трудоспособности больного, предупреждения последствий патологического процесса
-
- 2) двигательный режим пациента в позднем послеоперационном периоде
-
- 3) режим поддержания тренированности и долголетия
-
- 4) комплекс факторов, определяющих продолжительность нетрудоспособности пациента
-
- 5) метод физиотерапии
-

14. Остеопатия это:

- 1) система альтернативной медицины, рассматривающая в качестве первичной причины болезни нарушение структурно-анатомических отношений между различными органами и частями тела — «остеопатическую дисфункцию».
-
- 2) метод физиотерапии
-
- 3) двигательный режим пациента в позднем послеоперационном периоде
-
- 4) период от 5 суток послеоперационного периода до выписки из стационара
-
- 5) режим реабилитации пациента в позднем послеоперационном периоде
-

15. Кинезиотейпирование это:

- 1) это совокупность навыков и приемов для выполнения специально разработанным эластическим пластырем накожных покровов аппликации, которые способны оказывать предсказуемое влияние на различные моторные стереотипы
-
- 2) метод неспецифической терапии, использующий средства физической культуры для восстановления

здоровья и трудоспособности больного, предупреждения последствий патологического процесса

- 3) двигательный режим пациента в позднем послеоперационном периоде
- 4) совокупность приёмов механического и рефлекторного воздействия на ткани и органы путем давления, растирания и т.п.
- 5) двигательный режим

16. Кинезиотейп это:

- 1) эластичная лента из хлопка на клейкой основе, используемая в спортивной медицине и реабилитации
- 2) метод физиотерапии
- 3) двигательный режим пациента в позднем послеоперационном периоде
- 4) двигательный режим общей физической подготовки
- 5) лечебное применение синусоидального тока высокого напряжения и малой силы

17. Массаж это:

- 1) совокупность приёмов механического и рефлекторного воздействия на ткани и органы путем давления, растирания и т.п.
- 2) процесс восстановления здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями
- 3) метод неспецифической терапии, использующий средства физической культуры для восстановления здоровья и трудоспособности
- 4) режим реабилитации пациента в позднем послеоперационном периоде
- 5) способ ухода за пациентом в раннем послеоперационном периоде.

18. ЛФК это:

- 1) щадящий (режим лечебной физкультуры) двигательный режим
 - 2) оздоровительно-восстановительный двигательный режим
 - 3) двигательный режим общей физической подготовки
 - 4) тренировочный двигательный режим
 - 5) двигательный режим поддержания тренированности и долголетия
-

19. Логическим продолжением щадящего двигательного режима является:

- 1) щадящий (режим лечебной физкультуры).
 - 2) оздоровительно-восстановительный
 - 3) общей физической подготовки
 - 4) тренировочный
 - 5) режим поддержания тренированности и долголетия
-

20. Реабилитация это:

- 1) процесс восстановления здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами
 - 2) метод неспецифической терапии, использующий средства физической культуры для восстановления здоровья и трудоспособности
 - 3) режим лечебного питания пациента в позднем послеоперационном периоде
 - 4) режим поддержания тренированности и долголетия
 - 5) комплекс факторов, определяющих продолжительность нетрудоспособности пациента
-

21. Физиотерапия это ...

- 1) наука, изучающая воздействие на организм человека естественных и искусственных физических

факторов с лечебной и профилактической целью

- 2) процесс восстановления здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами
- 3) метод неспецифической терапии, использующий средства физической культуры для восстановления здоровья и трудоспособности
- 4) совокупность приёмов механического и рефлекторного воздействия на ткани и органы путем давления, растирания и т.п.
- 5) процесс восстановления здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями

22. Каково количество групп инвалидности по ВТЭК?

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5

23. I группа инвалидности устанавливается лицам ...

- 1) полностью утратившим трудоспособность и требующим постоянного ухода
 - 2) больным, способным к самообслуживанию, но не способным к труду в обычных производственных условиях
 - 3) устанавливается способным работать в облегченных условиях
 - 4) устанавливается людям, достигшим 70-ти летнего возраста
 - 5) устанавливается по желанию пациента
-

24. II группа инвалидности устанавливается лицам ...

- 1) полностью утратившим трудоспособность и требующим постоянного ухода
- 2) больным, способным к самообслуживанию, но не способным к труду в обычных производственных условиях
- 3) устанавливается способным работать в облегченных условиях
- 4) устанавливается людям, достигшим 70-ти летнего возраста
- 5) устанавливается по желанию пациента

25. III группа инвалидности устанавливается лицам ...

- 1) полностью утратившим трудоспособность и требующим постоянного ухода
- 2) больным, способным к самообслуживанию, но не способным к труду в обычных производственных условиях
- 3) устанавливается способным работать в облегченных условиях
- 4) устанавливается людям, достигшим 70-ти летнего возраста
- 5) устанавливается по желанию пациента

26. Использование эластичных бинтов требует...

- 1) обязательного врачебного участия и контроля
- 2) силы и ловкости
- 3) ежедневного контроля качества компрессии
- 4) посторонней помощи при формировании компрессионного биндажа
- 5) отдельной компрессии для стопы

27. Использование эластичного бинта для создания компрессии возможно у пациентов...

- 1) с кратковременным ограничением подвижности
 - 2) со стойким ограничением подвижности
 - 3) с избытком массы тела
 - 4) с дефицитом массы тела
 - 5) у людей преклонного возраста
-

28. Компрессионный трикотаж требует...

- 1) индивидуального подбора как по степени компрессии, так и по размеру
 - 2) Ежедневной стирки
 - 3) ежедневного контроля качества компрессии
 - 4) обязательного врачебного участия и контроля
 - 5) посторонней помощи при формировании компрессионного бандажа
-

29. Компрессионный трикотаж I класса компрессии наиболее целесообразен для использования у пациентов...

- 1) не ограниченных в подвижности и не имеющих избытка массы тела
 - 2) с ограниченной подвижностью и(или) значительным (ИМТ более 30) избытком массы тела
 - 3) с тяжелыми формами нарушения венозной гемодинамики
 - 4) для людей младше 70 лет
 - 5) для людей старше 70 лет
-

30. Компрессионный трикотаж II класса компрессии наиболее целесообразен для использования у пациентов...

- 1) не ограниченных в подвижности и не имеющих избытка массы тела
-

- 2) с ограниченной подвижностью и(или) значительным (ИМТ более 30) избытком массы тела
-
- 3) с тяжелыми формами нарушения венозной гемодинамики
-
- 4) для людей младше 70 лет
-
- 5) для людей старше 70 лет
-

31. Компрессионный трикотаж III класса компрессии наиболее целесообразен для использования у пациентов...

- 1) не ограниченных в подвижности и не имеющих избытка массы тела
-
- 2) с ограниченной подвижностью и(или) значительным (ИМТ более 30) избытком массы тела
-
- 3) с тяжелыми формами нарушения венозной гемодинамики
-
- 4) для людей младше 70 лет
-
- 5) для людей старше 70 лет
-

32. Задачей эластической компрессии нижних конечностей у хирургических пациентов является:

- 1) профилактика тромбоэмболических осложнений.
-
- 2) профилактика варикозной болезни
-
- 3) профилактика острой артериальной ишемии
-
- 4) потенцирование работы мышечно-венозной помпы нижних конечностей
-
- 5) потенцирование действия антикоагулянтов
-

33. Ударно-волновая терапия, сокращённо УВТ - это:

- 1) метод экстракорпорального кратковременного воздействия на костную и соединительную ткани акустическими импульсами значительной амплитуды низкой частоты (16—25 Гц в спектре инфразвука)
-
- 2) наука, изучающая воздействие на организм человека естественных и искусственных физических

факторов с лечебной и профилактической целью

- 3) процесс восстановления здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами
- 4) применение с лечебно-профилактической целью механических колебаний ультравысокой частоты (800-3000 кГц).
- 5) терапевтическое использование концентрированного светового потока фиксированной длины волны.

34. Ультразвуковая терапия - это:

- 1) применение с лечебно-профилактической целью механических колебаний ультравысокой частоты (800-3000 кГц), называемых ультразвуком
- 2) метод лечения непрерывным и импульсным электрическим полем ультравысокой частоты.
- 3) лечебное бесконтактное воздействие на отдельные участки тела пациента импульсным переменным током низкой частоты (110 кГц), высокого напряжения (25-30 кВт) и слабой силы (до 0,02 мА).
- 4) лечебное применение низкочастотного переменного синусоидального тока высокого напряжения и малой силы.
- 5) терапевтическое использование концентрированного светового потока фиксированной длины волны.

35. Цель реабилитации пациентов:

- 1) максимально быстрое восстановление здоровья пациента
- 2) минимальная травматичность манипуляций
- 3) минимизация финансовых издержек на лечение пациента
- 4) оптимизация лечебного процесса
- 5) усиление терапевтического эффекта лекарственной терапии

36. Здоровье - это:

- 1) состояние полного физического, психического и социального благополучия
 - 2) состояние организма, выраженное в оптимальной физической форме
 - 3) состояние организма, выраженное в нарушении его нормальной жизнедеятельности
 - 4) состояние полного физического и психического благополучия
 - 5) форма медитации
-

37. Щадящий двигательный режим имеет следующий синоним:

- 1) Режим ЛФК
 - 2) оздоровительно-восстановительный режим
 - 3) тренировочный режим
 - 4) режим общей физической подготовки
 - 5) режим поддержания тренированности и долголетия
-

38. Стол №1 по М.И. Певзнеру применяется при ...

- 1) заболеваниях желудка и 12-ти перстной кишки связанных с повышенной кислотность.
 - 2) острых заболеваний кишечника и обострения в период продолжающегося поноса
 - 3) хронических панкреатитах
 - 4) сахарном диабете средней и легкой тяжести
 - 5) туберкулезе легких
-

39. Показанием для применения Стола №2 по М.И. Певзнеру является:

- 1) хронические гастриты с пониженной кислотностью или при ее отсутствии, хронические колиты (вне обострения)
-

- 2) колиты с преобладанием процессов брожения

- 3) заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей вне стадии обострения

- 4) затихание острого воспалительного процесса в почках

- 5) острые инфекционные заболевания

40. Показанием для применения Стола №3 по М.И. Певзнеру является:

- 1) атонические колиты со склонностью к запорам подагра, моче-каменная болезнь с отхождением камней, состоящих преимущественно из уратов

- 2) функциональные заболевания нервной системы

- 3) туберкулез

- 4) сахарный диабет

41. Показанием для применения комплекса Столов №4 по М.И. Певзнеру является:

- 1) различные острые и хронические заболевания кишечника

- 2) хронический панкреатит

- 3) сахарный диабет средней и легкой тяжести

- 4) туберкулез

- 5) острые инфекционные заболевания

42. Показанием для применения Стола №5 по М.И. Певзнеру является:

- 1) заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей вне стадии обострения

- 2) затихание острого воспалительного процесса в почках

- 3) острые инфекционные заболевания

4) острые заболевания кишечника и обострения в период продолжающегося поноса

5) функциональные заболевания нервной системы

43. Показанием для применения Стола №5а по М.И. Певзнеру является:

1) хронический панкреатит

2) функциональные заболевания нервной системы

3) туберкулез

4) сахарный диабет

5) затихание острого воспалительного процесса в почках

44. Показанием для применения Стола №6 по М.И. Певзнеру является:

1) подагра, моче-каменная болезнь с отхождением камней, состоящих преимущественно из уратов

2) заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей вне стадии обострения

3) функциональные заболевания нервной системы

4) острые инфекционные заболевания

5) сахарный диабет

45. Показанием для применения Стола №8 по М.И. Певзнеру является:

1) ожирение как основное заболевание или сопутствующие при других болезнях, не требующие специальных диет

2) хронический панкреатит

3) функциональные заболевания нервной системы

4) мочекаменная болезнь (фосфатурия)

5) хронический простатит

46. Показанием для применения Стола №9 по М.И. Певзнеру является:

1) сахарный диабет средней и легкой степени

2) функциональные заболевания нервной системы

3) туберкулез

4) заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей вне стадии обострения

5) хронический панкреатит

47. Показанием для применения Стола №10 по М.И. Певзнеру является:

1) заболевания сердечно-сердечно системы с недостаточностью кровообращения степени I-IIA

2) сахарный диабет средней и легкой степени

3) хронический панкреатит

4) острые инфекционные заболевания

5) ожирение

48. Показанием для применения Стола №11 по М.И. Певзнеру является:

1) туберкулез легких, костей, лимфатических узлов, суставов при нерезком обострении или затухании, истощение после болезней, операций, травм

2) заболевания сердечно-сердечно системы с недостаточностью кровообращения степени I-IIA

3) сахарный диабет средней и легкой степени

4) мочекаменная болезнь (фосфатурия)

5) острые инфекционные заболевания

49. Показанием для применения Стола №12 по М.И. Певзнеру является:

- 1) функциональные заболевания нервной системы
- 2) туберкулез легких, костей, лимфатических узлов, суставов при нерезком обострении или затухании, истощение после болезней, операций, травм
- 3) хронический панкреатит
- 4) сахарный диабет средней и легкой степени
- 5) хронический простатит

50. Показанием для применения Стола №13 по М.И. Певзнеру является:

- 1) острые инфекционные заболевания
- 2) сахарный диабет средней и легкой степени
- 3) хронический простатит
- 4) ожирение
- 5) заболевания сердечно-сердечно системы с недостаточностью кровообращения степени I-IIA

51. Показанием для применения Стола №14 по М.И. Певзнеру является:

- 1) мочекаменная болезнь (фосфатурия)
- 2) острые инфекционные заболевания
- 3) сахарный диабет средней и легкой степени
- 4) туберкулез легких
- 5) заболевания сердечно-сердечно системы с недостаточностью кровообращения степени I-IIA

52. Показанием для применения Стола №15 по М.И. Певзнеру является:

- 1) различные заболевания, не требующие специальных лечебных диет

- 2) хронические заболевания почек с отсутствием явлений хронической почечной недостаточности

- 3) хронический панкреатит

- 4) функциональные заболевания нервной системы

- 5) острые инфекционные заболевания

Раздел: **6. Реабилитация хирургических больных 2**

Модуль: **1**

Тема: **6. Реабилитация хирургических больных**

1. Способы профилактики тромбофлебитов в послеоперационном периоде:

- 1) соблюдение правил пункции и катетеризации периферических вен
- 2) применение в раннем послеоперационном периоде дезагрегантов
- 3) адекватная эластическая компрессия нижних конечностей
- 4) своевременная и адекватная активизация пациента
- 5) применение в раннем послеоперационном периоде непрямых антикоагулянтов

2. Методы физической реабилитации:

- 1) диетотерапия
- 2) двигательный режим (ЛФК, кинезиотерапия)
- 3) массаж
- 4) эластическая компрессия
- 5) физиотерапия

3. Факторы, ограничивающие использование массажа:

- 1) тромбозы
- 2) коагулопатии
- 3) постоянная форма мерцательной аритмии
- 4) интоксикации
- 5) хронические обструктивные заболевания легких

4. Правильный подход к проведению эластической компрессии предполагает, что:

- 1) использование эластичных бинтов требует врачебного участия и контроля
- 2) компрессионный бинт обеспечивает лучшее чем компрессионный чулок распределение компрессии
- 3) пациента следует в обязательном порядке обучить проведению бинтования конечностей
- 4) компрессионный бинт целесообразно применять у пожилых пациентов
- 5) правильно подобранный и одетый компрессионный трикотаж обеспечивает оптимальный уровень компрессии и комфорта пациенту

5. Принципы ведения пациентов с неосложненным послеоперационным течением в позднем послеоперационном периоде:

- 1) санитарно-просветительская работа
- 2) организация режима питания
- 3) организация двигательного режима
- 4) уход за операционной раной
- 5) физиотерапевтическое воздействие с целью формирования правильного операционного рубца

6. Какие осложнения со стороны операционной раны возможны в послеоперационном периоде

- 1) кровотечение
- 2) формирование гематомы
- 3) формирование воспалительного инфильтрата
- 4) нагноение
- 5) формирование гипертрофического или атрофического послеоперационного рубца

7. Факторы, определяющие выбор методов реабилитации хирургических пациентов:

- 1) возраст пациента
 - 2) вес пациента
 - 3) общее состояние пациента
 - 4) особенности течения заболевания и послеоперационного периода
 - 5) технические трудности при выполнении операции
-

8. Задачами физиотерапии являются...

- 1) ускорение ликвидации воспаления и отека оперированных тканей
 - 2) уменьшение болевого синдрома
 - 3) активизация иммунитета и подавление инфекции
 - 4) восстановление крово- и лимфоток в области операции
 - 5) профилактика гнойно-септических осложнений
-

9. В массовой физической культуре выделяют следующие двигательные режимы:

- 1) щадящий (режим лечебной физкультуры)
 - 2) оздоровительно-восстановительный
 - 3) общей физической подготовки
 - 4) тренировочный
 - 5) режим поддержания тренированности и долголетия
-

10. Задачи реабилитации:

- 1) обеспечение адекватной функциональной активности пациента
- 2) предупреждение и лечение осложнений (со стороны внутренних органов и операционной раны) в

послеоперационном периоде

- 3) омоложение
 - 4) адаптация кинезиологического профиля
 - 5) формирование двигательных стереотипов
-

11. Средства физической реабилитации можно подразделить на:

- 1) активные
 - 2) пассивные
 - 3) психорегулирующие
 - 4) иррациональные
 - 5) адаптивные
-

12. К активным средствам физической реабилитации относятся:

- 1) физические упражнения
 - 2) работа на тренажерах
 - 3) элементы спортивной подготовки
 - 4) хореотерапия
 - 5) трудотерапия
-

13. К пассивным средствам реабилитации относятся:

- 1) массаж
 - 2) мануальная терапия, остеопатия, кинезиотейпирование
 - 3) физиотерапия
-

4) естественные и преформированные природные факторы

5) кинезиотерапия

14. К психорегулирующим средствам реабилитации относятся:

1) аутогенная тренировка

2) депривация сна

3) мышечная релаксация

4) терапия первичного крика

5) инсулинокоматозная терапия

15. Кинезиотейпирование позволяет ...

1) предсказуемо влиять на различные моторные стереотипы посредством воздействия непосредственно на покровные ткани тела и их рецепторный аппарат

2) оптимизировать течение локального воспалительного процесса за счет снижения внутритканевого давления

3) обеспечить адекватный обстоятельствам уровень микроциркуляции и лимфодренажа

4) обеспечить жесткую фиксацию суставов

5) уменьшить венозную емкость кожи и подкожной клетчатки в области аппликации

16. Наиболее часто используемые виды лечебной физкультуры:

1) динамические и статические общеразвивающие упражнения

2) динамические и статические дыхательные упражнения

3) упражнения на координацию движений

4) упражнения, корригирующие походку и осанку

- 5) специальные упражнения
-

17. Задачи массажа:

- 1) стимулировать крово- и лимфообращение
- 2) восстановить силу и выносливость мышц
- 3) увеличить объём активных и пассивных движений в суставах
- 4) повысить смещаемость кожно-фасциального покрова
- 5) сформировать новый двигательный стереотип
-

18. Виды массажа

- 1) спортивный
- 2) лечебный
- 3) гигиенический
- 4) косметический
- 5) теоретический
-

19. Формы массажа

- 1) общий массаж
- 2) локальный массаж
- 3) самомассаж
- 4) мегамассаж
- 5) вибромассаж
-

20. Методы массажа

- 1) ручной массаж
 - 2) аппаратный массаж (вибромассаж, пневмомассаж)
 - 3) комбинированный массаж
 - 4) гигиенический массаж
 - 5) самомассаж
-

21. Современные основные принципы остеопатии:

- 1) организм — единое целое. Единство ума, тела и духа (Триединство человека по Э.Т. Стиллу);
 - 2) организм обладает механизмами саморегуляции, врожденной способностью к защите, репарации и ремоделируемости;
 - 3) взаимосвязь структуры и функции;
 - 4) рациональная терапия основана на понимании первых трех принципов.
 - 5) своевременная и адекватная активизация пациента
-

22. Основные задачи общей физиотерапии:

- 1) изучение лечебных свойств естественных и искусственных физических факторов
 - 2) изучение механизма действия физических факторов на организм
 - 3) разработка способов и изучение безопасности их применения
 - 4) разработка методик применения физических факторов
 - 5) популяризация методики воздействия на организм физическими факторами
-

23. Классификация физиотерапевтических факторов осуществляется

- 1) по происхождению

- 2) по механизму действия

- 3) по площади действия

- 4) по месту преимущественного воздействия физиотерапевтического фактора

- 5) по экономической целесообразности

24. По происхождению физиотерапевтические факторы бывают:

- 1) естественные

- 2) преформированные

- 3) традиционные

- 4) противоестественные

- 5) альтернативные

25. Воздействие физиотерапевтических факторов вызывает:

- 1) общие адаптационные реакции при участии вегетативного и эндокринного аппаратов

- 2) рефлекторно-сегментарные реакции

- 3) местное воздействие на обмен веществ

- 4) изменение физико-химических свойств внутренней среды организма

- 5) формирование новых двигательных стереотипов

26. По площади воздействия физиотерапевтические факторы бывают:

- 1) общие

- 2) локальные

3) смешанные

4) точечные

5) тотальные

27. Места преимущественного воздействия физиотерапевтических факторов это:

1) покровы тела: слизистые

2) мышцы

3) опорно-двигательный аппарат

4) внутренние органы

5) кожа и подкожная клетчатка

28. Определите физико-химические реакции в организме, возникающие под воздействием физических факторов

1) изменения ионного состава (K^+ , Na^+ , Mg^{2+} , Ca^{2+})

2) явления электрической поляризации

3) абсорбция ионов белковыми и другими структурами

4) процессы гидратации и дегидратации

5) изменение проницаемости клеточных мембран

29. Какие биологические реакции возникают в организме при воздействии физических факторов?

1) регуляция функций центральной и периферической НС

2) анальгезия и противовоспалительное действие

3) трофическое действие

4) десенсибилизирующее действие

5) повышение иммунитета

30. Основные принципы современной физиотерапии это...

1) принцип первичности - единство нервного и гуморального путей воздействия

2) патогенетический принцип использования природных и преформированных физических факторов

3) принцип использование преимущественно малых доз энергии физических факторов

4) использование физических факторов на ранних стадиях заболевания

5) комплексное использование физических, фармакологических и других методов воздействия на патологический процесс

31. Общими противопоказаниями к назначению физиотерапии являются:

1) состояние резкого истощения

2) склонность к кровотечению

3) злокачественные новообразования

4) острая фаза заболевания, высокая лихорадка

5) старческий возраст пациента

32. Общими противопоказаниями к назначению физиотерапии являются:

1) острые психические и инфекционные заболевания

2) резко выраженные симптомы системной и органной патологии

3) индивидуальная непереносимость лечения

4) нарушение болевой и температурной чувствительности

5) беременность

33. К методам электролечения относятся:

1) гальванический ток

2) лекарственный электрофорез

3) импульсные ток, электродиагностика и электростимуляция

4) магнитотерапия

5) диадинамические токи

34. К методам электролечения относятся:

1) электросон

2) амплипульстерапия

3) переменные токи и электрические поля высокой частоты: дарсонвализация, диатермия, индуктотермия, электрическое поле УВЧ

4) фонофорез

5) лазеротерапия

35. К методам электролечения относятся:

1) микроволновая терапия (СВЧ-терапия)

2) франклинизация

3) хромотерапия

4) ультразвуковая терапия

5) баротерапия

36. Методы ультразвуковой терапии:

- 1) фонофорез
- 2) ударно-волновая терапия
- 3) ультразвуковая терапия
- 4) хромотерапия
- 5) франклинизация

37. Определение реабилитационного потенциала пациента требует решения следующих задач:

- 1) выяснения характера двигательных нарушений и степени ограничения двигательной функции
- 2) определения возможности полного или частичного морфологического и функционального восстановления у больного поврежденного звена ОДА либо нарушенной функции поврежденного органа или системы
- 3) прогнозирования развития адаптационных и компенсаторных возможностей организма пациента при данном заболевании
- 4) оценки физической работоспособности организма в целом и функциональной способности отдельных органов и систем с учетом определения переносимости различных по характеру, объему и интенсивности физических нагрузок в процессе реабилитации
- 5) оценки финансовой целесообразности реабилитации пациента

38. К основным принципам реабилитации относятся:

- 1) раннее начало проведения реабилитационных мероприятий (РМ)
- 2) комплексность использования всех доступных и необходимых РМ
- 3) индивидуализация программы реабилитации
- 4) использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации
- 5) принцип первичности - единство нервного и гуморального путей воздействия

39. К основным принципам реабилитации относятся:

- 1) индивидуализация программы реабилитации
- 2) этапность реабилитации
- 3) непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации
- 4) социальная направленность РМ
- 5) принцип триединства ума, тела и духа человека

40. Для полноценной реабилитационной программы необходимо:

- 1) партнерство врача, реабилитолога и пациента
- 2) определение реабилитационного потенциала больного, особенно его двигательных возможностей
- 3) разносторонность воздействий, т.е. учет всех сторон реабилитации для каждого больного
- 4) комплексность лечебно-восстановительных мероприятий
- 5) ступенчатость (переходность) проводимых воздействий (позаэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного)

41. Определение реабилитационного потенциала больного требует решения нескольких основных задач:

- 1) выяснение характера двигательных нарушений и степени ограничения двигательной функции
- 2) определение возможности полного или частичного морфологического и функционального восстановления у больного поврежденного звена опорно-двигательного аппарата либо нарушенной функции поврежденного органа или системы
- 3) прогноз развития адаптационных и компенсаторных возможностей организма больного при данном заболевании
- 4) определение методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации
- 5) оценка финансовой целесообразности реабилитации пациента

42. Степень восстановления может быть оценена по четырехбалльной шкале:

- 1) полное восстановление
- 2) частичное восстановление
- 3) без изменения от исходного уровня
- 4) ухудшение
- 5) временное восстановление

43. Различают следующие виды инвалидности:

- 1) врожденная
- 2) приобретенная
- 3) наследственная
- 4) обременительная
- 5) фиктивная

44. Противопоказаниями к применению эластической компрессии являются:

- 1) облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей с клиническими проявлениями ХАНК
- 2) острая сердечная и артериальная недостаточность
- 3) декомпенсированная хроническая сердечная недостаточность
- 4) плантарный фасциит
- 5) наличие открытой трофической язвы голени

45. Для ультрафонофореза в основном используют:

- 1) глюкокортикоидные гормоны

- 2) анальгетики

- 3) антибиотики

- 4) спазмолитики

- 5) препараты фибринолитического и сосудорегулирующего действия

46. Ультразвуковая терапия оказывает на ткани...

- 1) механическое воздействие

- 2) тепловое воздействие

- 3) физико-химическое воздействие

- 4) релаксирующее воздействие

- 5) стимулирующее воздействие

47. Противопоказания для УВЧ терапии это:

- 1) злокачественные новообразования

- 2) заболевания крови

- 3) беременность

- 4) наличие в тканях области воздействия инородных металлических предметов, в том числе кардиостимуляторов

- 5) возраст пациента более 70 лет

48. Противопоказания для электромиостимуляции - это:

- 1) спастические состояния мышц

- 2) желчно-каменная болезнь

- 3) камни почек и мочеточников
 - 4) флеботромбоз в области воздействия
 - 5) вывихи
-

49. Общие противопоказания к назначению физиотерапии - это:

- 1) Кахексия
 - 2) Коагулопатии
 - 3) Онкологический процесс
 - 4) Острая фаза заболевания, высокая лихорадка
 - 5) Энтезопатия
-

50. Общие противопоказания к назначению физиотерапии - это:

- 1) Острые психические и инфекционные заболевания
 - 2) Индивидуальная непереносимость лечения
 - 3) Нарушение болевой и температурной чувствительности
 - 4) Нарушение цветоощущения
 - 5) Люмбалгия
-