ХИРУРГИЧЕСКИЙ БЛОК

Общая хирургия

01. Антисептиками группы окислителей являются: а) хлоргексидина биглюконат; б) калия перманганат; в) перекись водорода; г) диоксидин; д) йодопирон. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) в, г
4) г, д
5) верно все

02. Антисептиками, относящимися к группе галогенов и галоген-содержащих соединений, являются: а) калия перманганат; б) гипохлорит натрия; в) диоксидин; г) повидонйод; д) йодонат. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в
2) б, г
3) в, г, д
4) б, г, д
5) верно все

03. Какие методы относятся к физической антисептике? а) ультразвуковая кавитация раны; б) антибиотико-новокаиновая блокада гнойно-воспалительного очага; в) вакуумная аспирация; г) обработка ран раствором эффективного антисептика; д) использование лазерного излучения. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д
2) а, б, в
3) в, г, д
4) а, в, г
5) а, в, д

04. Пути эндогенной контаминации ран: а) через нестерильный хирургический инструментарий; б) проникновение непосредственно из полого органа; в) через руки медицинского персонала; г) через бактериально контаминированный экссудат брюшной полости; д) с током лимфы или крови из гнойно-воспалительного очага. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) в, г, д
3) а, г, д
4) б, г, д
5) верно все

05. Что из перечисленного относится к методам профилактики контактного пути распространения микрофлоры? а) стерилизация белья; б) стерилизация инструментов; в) стерилизация шовного материала; г) обработка рук хирурга; д) обработка операционного поля. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) а, в, г, д
3) а, б, в, д
4) б, в, г, д
5) а, б, г, д

06. Действие протеолитических ферментов при гнойных процессах заключается в: а) лизисе некротизированных тканей; б) повышении свертываемости крови; в) фибринолизе; г) потенцировании действия антибиотиков; д) антибактериальном действии; е) противовоспалительном действии. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, г
3) б, д, е
4) б, г, е
5) верно все

07. К экзогенным источникам контаминации операционных ран относятся: а) бактериально контаминированный экссудат брюшной полости; б) бактерионосительство среди медицинского персонала; в) несанированные очаги хронической инфекции у больного; г) микробная загрязненность рук хирургов и инструментария; д) микробная загрязненность воздуха операционных залов, палат и перевязочных; е) бактериальная контаминация кишечника. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) г, д, е
3) б, в, е
4) б, г, д
5) а, в, е

08. Организационные мероприятия асептики включают: а) использование одноразового белья, шовного материала, инструментария; б) дезинфекцию рук персонала перед каждым контактом с больным и после него; в) выявление и санацию бактерионосителей в стационаре; г) первичную хирургическую обработку ран; д) применение антибиотиков; е) обработку операционных ран эффективным антисептиком. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) в, г, е
2) а, б, в
3) б, в, г
4) в, г, д
5) а, д, е

09. К эфирным анестетикам относятся: а) лидокаин; б) дикаин; в) кокаин; г) тримекаин; д) меркаин; е) новокаин. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, д, е
2) а, б, г
3) г, д, е
4) в, г, д
5) б, в, е

10. Для амидных анестетиков характерно: а) быстрое гидролитическое разрушение в тканях; б) продолжительность эффективной регионарной анестезии при однократном введении в ткани; в) допустимость повторного введения значительных доз препарата для продления анестезии; г) практически не вызывают аллергических реакций в максимально допустимых дозах; д) выводятся из организма в неизмененном виде или подвергаются частичному разрушению в печени. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д
2) а, г, д
3) а, б, в
4) б, г, д
5) в, г, д

11. Для эфирных анестетиков характерно: а) быстрое гидролитическое разрушение в тканях; б) продолжительность эффективной регионарной анестезии при однократном введении в ткани; в) допустимость повторного введения значительных доз препарата для продления анестезии; г) практически не вызывают аллергических реакций в максимально допустимых дозах; д) выводятся из организма в неизмененном виде или подвергаются частичному разрушению в печени. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в
2) б, г
3) а, б
4) в, г
5) г, д

12. Какие из перечисленных видов местного обезболивания относятся к проводниковой анестезии? а) футлярная анестезия; б) анестезия по Оберсту-Лукашевичу; в) паранефральная блокада; г) блокады нервных сплетений и стволов; д) перидуральная анестезия; е) анестезия по Брауну; ж) терминальная анестезия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, г, д
2) а, б, в
3) б, г, ж
4) в, г, д
5) б, е, ж

13. Какие осложнения возможны при спинномозговой анестезии? а) остановка дыхания; б) жировая эмболия; в) менингит; г) падение артериального давления; д) перфорация полого органа; е) возникновение головной боли, парезов, параличей; ж) кровотечение в брюшную полость; з) воздушная эмболия; и) повреждение спинного мозга. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, г, д, з
2) а, в, е, ж, з, и
3) а, в, г, е, и
4) а, б, в, г, ж
5) верно все

14. Целью премедикации является: а) предупреждение вагусного эффекта; б) повышение тонуса симпатической нервной системы; в) миорелаксация; г) подавление саливации; д) снятие эмоционального напряжения; е) предупреждение рвоты и регургитации. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, д, е
2) г, д, е
3) в, г, е
4) а, б, г, д
5) б, в, г, д

15. При определении группы крови с помощью цоликлонов агглютинация отсутствует с обоими реагентами (анти-А и ан- ти-В). Какой группы исследуемая кровь?

1) 0(I)
2) A(II)
3) B(III)
4) AB(IV)
5) заключение сделать нельзя

16. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:

1) плазмой или сывороткой крови больного и кровью донора
2) плазмой донора и кровью больного
3) форменными элементами крови больного и кровью донора
4) форменными элементами крови донора и кровью больного
5) цельной кровью донора и цельной кровью больного

17. Клинические проявления гемотрансфузионного шока: а) боли в животе; б) тахикардия; в) брадикардия; г) падение артериального давления; д) боли в пояснице. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, г
3) в, г, д
4) б, г, д
5) а, в, г, д

18. Биологическая проба при переливании крови предусматривает кратность и способ введения 10–15 мл крови с последующим пережатием системы: а) однократно; б) двукратно; в) трехкратно; г) четырехкратно; д) пятикратно; е) струйно; ж) капельно. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) в, е
3) г, д
4) д, ж
5) а, в

19. Реинфузию крови можно производить: а) при разрыве селезенки; б) при разрыве селезенки и тонкой кишки; в) при разрыве толстой кишки; г) при разрыве сосудов брыжейки кишки; д) при разрыве тонкой кишки. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) в
2) г, д
3) а, г
4) б, д
5) верно все

20. Источниками крови и ее компонентов для переливания могут быть: а) донорская кровь; б) резервированная аутокровь; в) плазма крови животных; г) аутокровь, излившаяся в плевральную полость; д) аутокровь, излившаяся в брюшную полость при повреждении полого органа; е) аутокровь, излившаяся в брюшную полость при повреждении селезенки. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, е
2) б, г, д, е
3) а, б, в, д
4) а, б, г, е
5) верно все

21. Перед переливанием крови необходимо: а) провести пробу на совместимость сыворотки донора и крови реципиента; б) провести пробы на совместимость сыворотки реципиента и крови донора; в) провести трехкратную биологическую пробу; г) провести однократную биологическую пробу; д) определить группу крови донора; е) провести пробу Манту; ж) определить группу крови реципиента. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г, д
2) а, в, е, ж
3) а, г, д, ж
4) б, в, д, ж
5) б, г, д, е

22. Выберите препараты для парентерального питания: а) полиамин; б) полидез; в) желатиноль; г) интралипид; д) реополиглюкин; е) полиглюкин; ж) 10% р-р глюкозы; з) трисамин. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, г, ж
3) д, е, з
4) е, ж, з
5) б, г, ж

23. Выберите препараты для коррекции водно-солевого обмена и кислотно-основного состояния: а) р-р бикарбоната натрия; б) трисоль; в) гемодез; г) ацесоль; д) р-р Рингера-Локка; е) гидроксиэтилкрахмал; ж) трисамин; з) реополиглюкин. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г, д, ж
2) а, б, в, е, з
3) г, д, ж, з
4) а, б, д, ж, з
5) а, в, г, ж

24. При полном парентеральном питании общий объем инфузии составляет не менее:

1) 500–1000 мл
2) 1500–2000 мл
3) 2500–3000 мл
4) 3500 мл
5) более 3500 мл

25. К исследованиям первичного гемостаза относятся: а) протромбиновый индекс; б) содержание фибриногена; в) количество тромбоцитов; г) время кровотечения по Дьюке; д) ретракция кровяного сгустка; е) продолжительность жизни тромбоцитов; ж) время свертывания крови; з) тромбиновое время. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, ж, з
2) в, г, д, е
3) а, в, г
4) б, г, е, ж
5) верно все

26. К исследованиям вторичного гемостаза относятся: а) протромбиновый индекс; б) тромбиновое время; в) ретракция кровяного сгустка; г) время кровотечения по Дьюке; д) содержание фибриногена; е) продолжительность жизни тромбоцитов; ж) время свертывания крови; з) количество тромбоцитов. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, ж
2) г, д, е, ж
3) а, б, д, ж
4) е, з
5) верно все

27. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови развивается при: а) обширных ожогах; б) сепсисе; в) массивной кровопотере; г) обширных травматических повреждениях; д) злокачественных новообразованиях. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д
2) б, г
3) а, б, в
4) г, д
5) верно все

28. Для профилактики послеоперационных венозных тромбозов используются: а) ранняя активизация больного; б) длительный постельный режим; в) эластическая компрессия нижних конечностей; г) прерывистая пневматическая компрессия; д) гепариновая мазь. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д
2) б, в, г
3) б, в, д
4) а, в, г
5) а, г, д

29. Укажите минимальный уровень тромбоцитов, необходимый для проведения хирургического вмешательства:

1) 50×10^9/л
2) 70×10^9/л
3) 100×10^9/л
4) 150×10^9/л
5) 200×10^9/л

30. Какие обстоятельства могут способствовать вторичному раннему кровотечению из послеоперационной раны? а) соскальзывание лигатуры с сосуда; б) кровотечение из мелких нелигированных сосудов; в) местное применение холода с целью уменьшения болей; г) гипербилирубинемия; д) резкое повышение артериального давления; е) аррозия сосуда вследствие нагноения раны; ж) переливание консервированной крови. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, е
2) в, д, е, ж
3) г, д, е, ж
4) а, б, г, д
5) а, в, е, ж

31. К методам временной остановки кровотечений относятся: а) наложение давящей повязки; б) наложение кровоостанавливающего жгута; в) введение в рану гемостатической губки; г) электрокоагуляция кровоточащего сосуда; д) лигирование сосуда; е) наложение кровоостанавливающего зажима; ж) прошивание сосуда. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, е
2) а, в, д, ж
3) б, г, е
4) в, г, д
5) верно все

32. Какие из перечисленных видов кровотечений относятся к внутренним? а) кровотечения из гастродуоденальных язв; б) кровотечения в брюшную и плевральную полости при проникающих ранениях; в) почечные кровотечения; г) гематомы мягких тканей; д) гемартрозы; е) кишечные кровотечения; ж) маточные кровотечения. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г
2) б, в, д
3) а, д, е
4) а, в, ж
5) б, г, д

33. Причинами вторичного позднего кровотечения являются: а) повышение артериального давления; б) гнойное расплавление тромба; в) ликвидация спазма сосуда; г) аррозия стенки сосуда; д) ранение сосуда; е) соскальзывание лигатуры. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) в, г, е
3) б, в, д
4) б, г
5) а, г, е

34. К методам окончательной остановки кровотечений относятся: а) введение в рану гемостатической губки; б) наложение давящей повязки; в) электрокоагуляция кровоточащего сосуда; г) наложение кровоостанавливающего жгута; д) тампонада раны марлевым тампоном; е) тампонада раны мышечной тканью; ж) лигирование сосуда; з) наложение кровоостанавливающего зажима; и) прошивание сосуда. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, е, ж, и
2) б, г, д, з, и
3) а, в, г, е, з
4) а, д, е, ж
5) верно все

35. Перечислите местные симптомы кровотечений: а) потеря сознания вследствие смещения срединных структур мозга внутричерепной гематомой; б) прогрессивное падение артериального давления; в) тахикардия; г) резкое угнетение сердечной деятельности при гемотампонаде сердечной сумки; д) снижение показателя гематокрита; е) уменьшение гемоглобина в периферической крови; ж) перитонеальная симптоматика при гемоперитонеуме; з) бледность кожных покровов; и) обильная рвота цвета «кофейной гущи» при кровотечениях из гастродуоденальных язв. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) а, г, ж, и
3) б, г, ж, з
4) в, д, е, з
5) б, е, з, и

36. При правильном наложении кровоостанавливающего жгута на конечность: а) венозное кровотечение продолжается некоторое время; б) конечность становится бледной; в) конечность становится синюшной; г) пульс дистальнее жгута не определяется; д) артериальное кровотечение останавливается. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в
2) г
3) а, б, г, д
4) а, в, г
5) в, г, д

37. Отдельное описание в истории болезни местного патологического статуса (st. localis) обязательно при следующих заболеваниях: а) облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей; б) постинъекционном абсцессе ягодичной области; в) варикозном расширении вен нижних конечностей; г) ущемленной паховой грыже; д) язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки; е) остром калькулезном холецистите; ж) остром аппендиците; з) гнойном плеврите; и) опухоли молочной железы. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, и
2) а, б, д, е, з
3) в, г, ж, и
4) д, е, ж, з
5) верно все

38. При гастроскопии можно: а) определить локализацию опухоли; б) оценить поверхность опухоли; в) установить стадию опухолевого процесса; г) оценить состояние регионарных лимфоузлов; д) оценить наличие или отсутствие изъязвлений. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) в, г
3) а, г, д
4) в, д
5) а, б, д

39. Оперативные вмешательства по классификации Altmeier делятся на: а) чистые; б) условно-чистые; в) загрязненные; г) грязные; д) зараженные; е) контаминированные; ж) инфицированные. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) д, е, ж
3) а, б, г
4) а, в
5) а, б, е

40. К общим немикробным этиологическим факторам развития гнойной хирургической инфекции относятся: а) возраст пациента; б) сахарный диабет; в) прием гормональных препаратов; г) неэффективный гемостаз; д) электрокоагуляция и электрохирургия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, б, в
3) в, г, д
4) г, д
5) верно все

41. К местным немикробным этиологическим факторам развития гнойной хирургической инфекции относятся: а) травматичное выполнение оперативного пособия; б) электрокоагуляция и электрохирургия; в) наложение большого количества лигатур; г) использование нерассасывающегося шовного материала; д) неэффективный гемостаз; е) длительность выполнения оперативного пособия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) в, г, д
3) г, д, е
4) а, в, д
5) верно все

42. Основные признаки бактериально-токсического шока: а) высокая температура тела; б) брадикардия; в) ознобы; г) падение артериального давления; д) олигурия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г, д
2) а, б, в, д
3) б, в, г, д
4) а, в, г
5) верно все

43. К формам рожистого воспаления относятся: а) эритематозная; б) буллезная; в) катаральная; г) флегмонозная; д) некротическая; е) гангренозная. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д, е
2) а, б, г, д
3) б, в, г, е
4) в, г, д, е
5) верно все

44. Опасность перехода гнойного процесса на предплечье возникает при панарициях: а) I пальца; б) II пальца; в) III пальца; г) IV пальца; д) V пальца. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в
2) б, в, г
3) а, д
4) б, д
5) верно все

45. Виды панариция: а) кожный; б) гематогенный; в) подкожный; г) сухожильный; д) костный; е) межмышечный; ж) эризепилоид. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г, д
2) а, б, г, д
3) д, е, ж
4) б, в, г, ж
5) верно все

46. Какие структурные элементы поражаются при фурункуле? а) волосяной фолликул; б) сальная железа; в) мышцы; г) потовая железа; д) подкожная клетчатка. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г
2) а, б, д
3) а, г, д
4) а, в, д
5) верно все

47. При остром интрамаммарном мастите в стадии инфильтрации лечение сводится к: а) разрезу; б) предупреждению лактостаза; в) подвешиванию молочной железы косыночной повязкой; г) общей антибактериальной терапии; д) ретромаммарной новокаиновой блокаде с антибиотиками и протеолитическими ферментами. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а
2) а, б, в
3) в, г, д
4) б, в, г, д
5) верно все

48. Каковы основные пути бактериальной контаминации ткани околоушной слюнной железы? а) имплантационный; б) восходящий; в) метастатический; г) лимфогенный; д) контактный; е) гематогенный. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д
2) б, г, е
3) а, б, в
4) г, д, е
5) верно все

49. Какие состояния можно отнести к прямым осложнениям гнойного паротита? а) кровоизлияние в мозг; б) развитие флегмоны шеи; в) развитие галактофорита; г) воспаление и отек жевательных мышц; д) развитие флегмоны височной области; е) парез лицевого нерва; ж) отек мягкого неба и боковой стенки глотки; з) образование гнойных свищей. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, д, е
2) а, б, в, е, ж, з
3) б, г, д, е, ж, з
4) а, б, г, е, з
5) верно все

50. Клиническую картину гидраденита характеризуют следующие признаки: а) образование плотного болезненного узла; б) наличие фолликулярной пустулы; в) выделение сливкообразного гноя; г) наличие некротического центра; д) возникновение плотного инфильтрата. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д
2) б, в, г
3) б, в, д
4) в, г, д
5) а, в, д

51. Лечение распространенного перитонита предусматривает: а) устранение источника перитонита; б) санацию и дренирование брюшной полости; в) коррекцию водно-электролитных нарушений; г) комбинированную антибактериальную терапию; д) дезинтоксикационную терапию. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в
2) в, г, д
3) в, г
4) а, б, в, г
5) верно все

52. Противопоказаниями к экстренной операции по поводу разлитого перитонита являются: а) свежий инфаркт миокарда; б) тяжелый травматический шок при сочетанной травме; в) агональное состояние больного; г) послеоперационный перитонит; д) нет противопоказаний. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) в, г
3) б, в
4) а, в
5) д

53. Симптомами распространенного гнойного перитонита являются: а) частый слабый пульс; б) напряжение мышц брюшной стенки; в) вздутие живота; г) скопление жидкости в отлогих местах живота; д) высокая лихорадка; е) отсутствие кишечных шумов. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) б, г, д
3) а, г, д
4) б, в, г, д
5) верно все

54. Что называется остеомиелитом?

1) гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей
2) специфическое воспаление костной ткани
3) гнойное воспаление суставной сумки
4) гнойное воспаление надкостницы, костной ткани, костного мозга
5) туберкулезное поражение костей

55. Как классифицируют остеомиелит в зависимости от пути инфицирования? а) гематогенный; б) неспецифический; в) негематогенный: травматический, огнестрельный, контактный; г) специфический; д) гематогенный: острый, первичный хронический, вторичный хронический; е) негематогенный: острый, хронический. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, г 2) д, е 3) а, в 4) в, д 5) верно все

56. Какие местные клинические проявления свидетельствуют о запущенных случаях острого гематогенного остеомиелита? а) гиперемия кожи; б) деформация кости; в) появление симптома флюктуации; г) образование участка некроза кожи; д) образование гнойного свища. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д 3) в, г, д 5) а, г, д
2) б, в, д 4) а, в, д

57. Какие хирургические приемы наиболее целесообразны при лечении больного с острым гематогенным остеомиелитом? а) только вскрытие флегмоны; б) вскрытие флегмоны и рассечение надкостницы; в) трепанация на протяжении пораженной кости; г) резекция пораженной кости; д) декомпрессивное дренирование костного канала. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) б, г, д
3) б, в, д
4) а, в, д
5) в, г, д

58. Каков наиболее рациональный объем хирургических манипуляций при лечении хронического остеомиелита? а) иссечение свищей; б) остеоперфорация; в) секвестрэктомия; г) вскрытие флегмоны; д) пластика костной полости; е) длительное активное промывное дренирование. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, г, д
2) а, б, д, е
3) а, в, д, е
4) в, г, д, е
5) а, в, г, е

59. Кардинальными симптомами хронического остеомиелита являются: а) высокая температура; б) рецидивирующий характер заболевания; в) пульсирующая боль; г) наличие секвестральной коробки, секвестра; д) появление свищей. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в 3) а, в, д 5) верно все
2) б, в, д 4) б, г, д

60. Лечение острого гнойного гонартрита начинают с:

1) наложения мазевой повязки
2) физиотерапии
3) иммобилизации конечности
4) эвакуации гнойного экссудата путем пункции или вскрытия
5) резекции пораженного гнойным процессом участка кости

61. Какие методы лечения при сепсисе следует выбрать? а) переливание компонентов крови; б) дезинтоксикационная терапия; в) ранняя активизация больного; г) антибактериальная терапия; д) иммунотерапия; е) отказ от хирургического лечения; ж) зондовое энтеральное питание. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, е 3) в, г, д, ж 5) а, б, г, д
2) б, в, г, д 4) а, г, д, ж

62. Внешний вид раны первичного очага при сепсисе имеет следующие признаки: а) обильное гнойное отделяемое; б) яркая гиперемия тканей в области раны; в) ткани раны грязно-серого цвета; г) резкий отек тканей раны; д) перифокальный отек слабо выражен; е) скудное мутное отделяемое; ж) выраженная кровоточивость гипертрофированных грануляций. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, ж 2) а, в, г, д 3) в, д, е 4) б, е, ж 5) б, г, е

63. К наиболее частым симптомам в фазе манифестации сепсиса относятся: а) тромбоцитопения; б) удлинение протромбинового времени; в) уменьшение протромбинового времени; г) увеличение концентрации фибриногена плазмы; д) уменьшение концентрации фибриногена плазмы; е) гиперазотемия; ж) гипопротеинемия; з) гемоконцентрация; и) лимфоцитоз. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) в, г 2) а, б, д, е, ж 3) в, г, з, и 4) з, и 5) а, б, г

64. Для хирургического сепсиса характерно: а) слабая зависимость от характеристик первичного очага инфекции; б) всегда сопровождается упорной бактериемией; в) высокая частота развития грамотрицательного септического шока; г) высокая частота развития вторичных септикопиемических очагов при грамотрицательном сепсисе; д) слабая зависимость специфичности клинической картины от вида возбудителя; е) высокая частота развития синдрома полиорганной дисфункции. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в 2) г, д, е 3) а, б, г 4) а, б, е 5) в, д, е

65. Септический уровень бактериальной контаминации ран составляет (микробных тел на 1 г ткани):

1) 105–106
2) 106–107
3) 107–108
4) 108–109
5) более 109

66. Выберите правильное определение сепсиса (по материалам Конференции согласия, Атланта, 1992). Сепсис это сочетание:

1) периодической или упорной бактериемии с несанированным очагом инфекции
2) упорной бактериемии с синдромом полиорганной дисфункции
3) системного ответа на воспаление с наличием очага инфекции
4) синдрома системной воспалительной реакции с гнойно-резорбтивной лихорадкой
5) периодической или упорной бактериемии, очага инфекции и синдрома полиорганной дисфункции

67. Ранними симптомами анаэробной инфекции являются: а) высокая температура тела; б) неадекватное поведение больного; в) распирающие боли в ране; г) отечность тканей раны; д) частый слабый пульс. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г, д
3) а, б, в, г
4) а, в, г, д
5) верно все

68. К местным признакам инфекционного раневого процесса, вызванного неклостридиальной анаэробной микрофлорой, относятся: а) ткани раны серого цвета; б) обильное количество грязно-серого, бурого отделяемого; в) отсутствие некрозов; г) обилие некротических тканей; д) наличие ярко-розовых грануляций; е) скопление в мягких тканях газа. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г
2) в, д, е
3) а, б, д
4) а, б, д, е
5) верно все

69. При комплексном лечении газовой гангрены используют: а) иссечение некротизированных тканей; б) максимально широкое рассечение тканей; в) антибактериальную монотерапию; г) дезинтоксикационную инфузионную терапию; д) гипербарическую оксигенацию; е) антибактериальную комбинированную терапию; ж) миорелаксанты + ИВЛ. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г, д
2) д, е, ж
3) в, г, ж
4) б, е, ж
5) верно все

70. Лечение столбняка включает: а) противостолбнячный глобулин; б) столбнячный анатоксин; в) противостолбнячную сыворотку; г) транквилизаторы и барбитураты; д) миорелаксанты; е) ИВЛ. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) в, г, д, е
3) а, в, д
4) б, г, е
5) верно все

71. Необходимым условием для первичного заживления раны является: а) наличие в ране очагов некроза и гематом; б) соприкосновение краев раны; в) сохранение жизнеспособности краев раны; г) небольшая зона повреждения; д) бактериальная обсемененность тканей раны выше критического уровня. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в
2) б, д
3) б, в
4) г, д
5) верно все

72. Для местного лечения гнойных ран в фазе воспаления применяются: а) жирорастворимые мази; б) протеолитические ферменты; в) водорастворимые мази; г) промывание антисептиками; д) иммунизация. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, б, в
3) б, в, г
4) а, д
5) а, г, д

73. В какие сроки надо произвести первичную обработку раны у больного, доставленного в состоянии тяжелого шока?

1) сразу же при поступлении
2) сразу после выведения больного из шока
3) через 2 часа после поступления
4) на следующий день
5) после переливания крови

74. Какие манипуляции производят при первичной хирургической обработке раны? а) иссечение краев раны; б) остановка кровотечения; в) удаление из раны инородных тел; г) промывание раны антибиотиками; д) иссечение дна раны; е) иссечение стенок раны. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г, д
2) а, б, в, д, е
3) б, в, г, д
4) а, б, г, д
5) верно все

75. К общим предрасполагающим немикробным факторам нагноения послеоперационной раны относятся: а) пожилой возраст; б) утомленность хирургов при длительном оперативном вмешательстве; в) прием гормонов и иммунодепрессантов; г) травма краев раны инструментом, бельем; д) кахексия больного. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, г
3) б, д
4) а, в, д
5) б, г, д

76. Критический уровень обсемененности ткани раны составляет (микробных тел на 1 г ткани):

1) 102–103
2) 104–105
3) 107–108
4) 105–106
5) 108–109

77. Огнестрельные раны характеризуются: а) наличием входного отверстия меньшего размера, чем выходное; б) наличием зоны разрушения; в) наличием зоны ушиба и некроза; г) наличием зоны молекулярного сотрясения; д) наличием зоны ожога; е) асептичностью раневого канала. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, д
2) в, г, е
3) а, б, д, е
4) а, б, в, г
5) верно все

78. Различают следующие виды заживления ран: а) путем вторичного рассасывания гематомы; б) путем биологического слипания тканей; в) вторичным натяжением; г) первичным натяжением; д) под повязкой; е) под гипсовой лонгетой; ж) под струпом. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д
2) д, е, ж
3) в, г, ж
4) в, г, д
5) верно все

79. Применение локальной гипотермии в послеоперационном периоде способствует:

1) криодеструкции микробных тел
2) остановке капиллярного кровотечения
3) быстрой адгезии краев раны
4) предупреждению расхождения краев раны
5) предупреждению тромбозов и эмболий

80. На основании каких данных в первые часы после термической травмы можно предположить глубокий ожог? а) болевая чувствительность сохранена; б) болевая чувствительность отсутствует; в) имеется отек непораженных окружающих тканей; г) отек отсутствует; д) при термографии имеется снижение теплоотдачи. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д 2) а, в, д 3) б, в, д 4) б, г, д 5) б, д

81. Ожоговая болезнь развивается: а) при поверхностных ожогах до 10% площади тела; б) при ожогах более 15% площади тела; в) при ожогах не менее 20% площади тела; г) при глубоких ожогах от 5 до 10% площади тела; д) при ожогах 10% площади тела; е) при ожогах не менее 30% площади тела. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г 2) б 3) в 4) д 5) е

82. Какие периоды выделяются в течении ожоговой болезни и какова их последовательность? а) острая ожоговая токсемия; б) фаза дегидратации; в) ожоговый шок; г) септикотоксемия; д) фаза гидратации; е) реконвалесценция. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, б, г 3) в, а, г, е 5) в, г, а, е
2) б, в, д, е 4) а, в, е

83. Наиболее эффективным элементом первой медицинской помощи на месте происшествия при ограниченных по площади (до 10% поверхности тела) ожогах I–II степени тяжести является:

1) смазывание обожженной поверхности вазелиновым маслом
2) наложение сухой асептической повязки
3) наложение повязки с раствором антисептика
4) охлаждение обожженного участка в течение 8–10 минут проточной холодной водой
5) применение жирорастворимой мази

84. Отморожение какой степени характеризуется некротическим повреждением поверхностного слоя кожи без повреждения росткового слоя и восстановлением разрушенных элементов кожи через 1–2 недели?

1) отморожение I степени
2) отморожение II степени
3) отморожение III степени
4) отморожение III–IV степени
5) отморожение IV степени

85. Какие мероприятия необходимо проводить при лечении отморожений в дореактивный период? а) согревание пораженного участка тела в воде; б) согревание переохлажденного участка тела теплым воздухом; в) согревание переохлажденного участка тела растиранием; г) полная изоляция переохлажденного участка тела от внешнего теплового воздействия; д) применение сосудорасширяющих средств; е) введение теплых инфузионных растворов; ж) новокаиновые блокады. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, д, е 2) г, е, ж 3) г, д, е 4) б, д, ж 5) б, д, е

86. Какие патологические процессы имеют значение в развитии трофических язв? а) хронические расстройства крово- и лимфообращения; б) травматические воздействия; в) болезни нервной системы; г) нарушение обмена веществ; д) системные болезни; е) инфекционные болезни; ж) опухоли. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д, е
2) б, г, е, ж
3) в, г, д
4) д, е, ж
5) верно все

87. Образованию пролежней способствуют: а) сдавление тканей гипсовой повязкой; б) длительное нахождение интубационной трубки в трахее; в) длительное пребывание дренажа в брюшной полости; г) сдавление тканей при длительном лежачем положении больного; д) нарушение иннервации при травме спинного мозга; е) длительное давление камня на стенку желчного пузыря. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, г, е
3) в, г, д
4) в, д, е
5) верно все

88. Предоперационная подготовка при экстренном оперативном вмешательстве включает в себя: а) гигиеническую обработку кожи в зоне операции; б) бритье операционного поля; в) санацию ротовой полости; г) проведение инфузионной терапии; д) очистительную клизму; е) спирометрию; ж) выполнение ЭКГ. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) г, д, ж
3) а, б, г, д
4) а, б, в, е
5) в, д, ж

89. Когда следует проводить бритье кожи перед плановой операцией?

1) перед поступлением в стационар
2) за сутки до операции
3) вечером накануне операции
4) утром в день операции
5) непосредственно перед началом операции на операционном столе

90. Какие методы профилактики раневой инфекции следует применить перед плановой операцией? а) дыхательная гимнастика; б) активизация больного; в) десенсибилизация организма; г) санация полости рта; д) смена белья больного; е) гигиенический душ; ж) стимуляция диуреза; з) обработка операционного поля. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д, з
2) е, ж, з
3) а, б, ж
4) в, г, з
5) г, д, е, з

91. К задачам предоперационного периода относятся: а) оценка операционно-анестезиологического риска; б) определение срочности выполнения операции; в) установление диагноза; г) определение показаний к операции; д) выявление состояния жизненно важных органов и систем; е) определение характера операции; ж) подготовка больного к операции. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, г, д
2) е, ж
3) а, з
4) в, г
5) верно все

92. Какие заболевания требуют выполнения экстренной операции? а) рак желудка; б) перфоративная язва желудка; в) острый аппендицит; г) злокачественная опухоль легкого; д) ущемленная паховая грыжа; е) липома плеча. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, д
2) а, в, д
3) б, г, е
4) б, в
5) а, г

93. Укажите этапы хирургической операции: а) хирургический доступ; б) помещение больного на операционный стол; в) оперативный прием; г) остановка кровотечения; д) ушивание раны. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в 2) а, в, д 3) а, в, г, д 4) б, в 5) верно все

94. Противопоказаниями к экстренной операции по поводу распространенного перитонита являются: а) свежий инфаркт миокарда; б) тяжелый травматический шок при сочетанной травме; в) агональное состояние больного; г) ранний послеоперационный период; д) нет противопоказаний. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в 2) в, г 3) б, в 4) а, в 5) д

95. Радикальная операция это:

1) операция, претендующая на полное излечение
2) операция, полностью исключающая вероятность возврата основного источника заболевания
3) иссечение опухоли в пределах здоровых тканей
4) удаление пораженного органа и блокада путей метастазирования
5) вмешательство, направленное на полную ликвидацию проявлений заболевания

96. В первые сутки после операции возможны следующие осложнения: а) наружное кровотечение; б) эвентрация; в) образование гематомы в ране; г) нарушение ритма и остановка сердца; д) нагноение раны. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в 2) а, г, д 3) а, в, г 4) б, в, д 5) верно все

97. Катаболическая фаза послеоперационного состояния больного характеризуется: а) активацией симпатико-адреналовой системы; б) увеличением уровня глюкозы крови; в) повышенным распадом жировой ткани; г) увеличением жизненной емкости легких; д) уменьшением диуреза. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в 2) в, д 3) а, в, д 4) а, б, в, д 5) верно все

98. Развитию пневмонии в послеоперационном периоде способствует: а) пожилой возраст; б) гиповентиляция легких во время операции; в) особенности диеты; г) неадекватное обезболивание после операции; д) длительное горизонтальное положение; е) ингаляция кислорода; ж) в/в введение антибиотиков; з) дыхательная гимнастика; и) хроническая сердечная недостаточность. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, д 3) б, ж, з, и 5) а, б, г, е, и
2) б, д, е, ж 4) а, б, г, д, и

99. Профилактика тромбоза глубоких вен после операции включает: а) антибиотикотерапию; б) бинтование конечности; в) длительный постельный режим после операции; г) раннюю активизацию больных после операции; д) применение антикоагулянтов. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б 2) г, д 3) б, в, д 4) б, г, д 5) а, в, д

100. Анаболическая фаза течения послеоперационной болезни характеризуется: а) восстановлением мышечной массы; б) лизисом белков и накоплением продуктов их распада; в) активизацией гормональной системы; г) восстановлением азотистого баланса; д) поступлением экзогенной энергии, превосходящей потребности организма. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д
2) а, б, г
3) б, в, г
4) б, в, д
5) а, б, в

Анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия

01. Операционный стресс – это:

1) биологические процессы защиты в ответ на хирургическую травму
2) биологические процессы защиты на комплекс различных влияний: страх, возбуждение, боль, влияние наркоза, образование ран и травма тканей тела, потеря крови и т.д.
3) биологические процессы защиты только на боль (обезболивание не является фактором стресса)
4) биологические процессы защиты, возникает только в начале операции и заканчивается после ее окончания
5) биологические процессы защиты на травму и кровопотерю

02. Адекватная защита организма больного от операционного стресса возможна при соблюдении компонентности общей анестезии. Выберите правильное сочетание компонентов общей анестезии:

1) глубокий сон с добавлением наркотических анальгетиков
2) выключение сознания, нейровегетативная защита, анальгезия и миорелаксация
3) выключение сознания и миорелаксация
4) состояние нейролепсии и анальгезии
5) наркоз, миорелаксация и нейровегетативная защита

03. Перед плановым и экстренным оперативными вмешательствами пациентам проводится премедикация. Назовите основные цели премедикации:

1) анальгезия и профилактика вагусных реакций
2) нейровегетативная стабилизация, профилактика вагусных рефлексов, устранение страха перед операцией
3) создание фона анальгезии, парасимпатолитическое действие, нейровегетативная защита
4) снятие психоэмоционального напряжения, нейровегетативная стабилизация, анальгезия и потенцирование анестетиков, профилактика вагусных реакций
5) психоэмоциональная стабилизация, подавление секреции бронхиальных желез, профилактика дыхательных нарушений

04. Известно, что целями премедикации являются: седация и нейровегетативное торможение, анальгезия, профилактика и устранение нежелательных рефлекторных реакций. Выберите из представленных ниже комбинаций лекарственных препаратов наиболее эффективное и удачное сочетание, которое обеспечивало бы аналгетический и седативный эффект:

1) диазепам (мидазолам, дормикум), фентанил (промедол)
2) диазепам, дроперидол
3) аминазин, димедрол
4) норфин, барбитураты
5) анальгин, клофелин

05. Какое осложнение является наиболее частым во время вводного наркоза при экстренных хирургических операциях на органах брюшной полости?

1) аспирация желудочного содержимого
2) бронхоспазм
3) кровотечение
4) артериальная гипотензия
5) болевой синдром

06. Укажите, какие из названных препаратов не применяются для внутривенной анестезии?

1) тиопентал натрия, кетамин, диприван
2) метоксифлуран, фторотан
3) морфин, трамадол
4) фентанил, дроперидол
5) диазепам, мидазолам

07. Какой из внутривенных анестетиков лучше использовать в качестве вводного наркоза для выполнения неотложной операции у больного со значительной кровопотерей и сниженным артериальным давлением:

1) гексенал
2) тиопентал натрия
3) оксибутират натрия
4) диприван
5) кетамин

08. Тиопентал натрия оказывает ряд нежелательных эффектов, за исключением:

1) снижает сократительную способность миокарда
2) снижает артериальное давление
3) подавляет спонтанное дыхание
4) способствует возникновению ларинго- и бронхоспазма
5) обеспечивает длительный наркотический сон

09. Больному 59 лет после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки планируется проведение перевязки с удалением тампонов из области промежности. Больной страдает полиаллергией, хроническим бронхитом с астмоидным компонентом. На момент перевязки АД 90/70 мм рт.ст. Выберите наиболее оптимальный анестетик (или сочетание препаратов) для адекватной внутривенной анестезии у данного больного:

1) гексенал с промедолом
2) кетамин с небольшими дозами седуксена
3) тиопентал натрия с ингаляцией закиси азота
4) оксибутират натрия
5) диприван

10. Назовите расчетную дозу холинолитика атропина, применяемого у больного в премедикации внутримышечно перед плановым хирургическим вмешательством (мг/кг массы тела):

1) 0,1
2) 0,3
3) 0,03
4) 0,2
5) 0,01

11. Одной из разновидностей комбинированной анестезии является атаралгезия. Выберите правильную комбинацию препаратов для осуществления данной методики анестезии:

1) тиопентал натрия и фентанил
2) седуксен и фентанил
3) тиопентал натрия и седуксен
4) пропофол и фентанил
5) фентанил и дроперидол

12. Одной из разновидностей комбинированной анестезии является нейролептанальгезия (НЛА). Выберите правильную комбинацию препаратов для осуществления данной методики анестезии:

1) седуксен и фентанил
2) фентанил и дроперидол
3) дроперидол и клофелин
4) диприван и фентанил
5) фентанил и оксибутират натрия

13. Определите группу препаратов, обладающих болеутоляющим действием, относящуюся к нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС):

1) морфин, трамадол, даларгин
2) фентанил, суфентанил, дипидолор
3) ксефокам, кеторолак, кетопрофен
4) тиопентал натрий, диприван, кетамин
5) бупренорфин, трамал, просидол

14. На основании предоперационного обследования больного, выявления всех имеющихся у пациента заболеваний и функциональных нарушений анестезиолог делает общее заключение о состоянии больного с определением физического статуса и степени операционно-анестезиологического риска – 1, 2, 3, 4 и 5 класса. Укажите правильный вариант ответа, соответствующий 5 степени риска:

1) больной с легким системным заболеванием
2) больной с тяжелым системным заболеванием, но без потери трудоспособности
3) больной с инвалидизирующим системным заболеванием и постоянной угрозой для жизни
4) умирающий больной, который может погибнуть в ближайшие 24 часа, независимо от того, будет он оперирован или нет
5) практически здоровый пациент

15. Какими должны быть дыхательный объем (ДО) и частота дыхания (ЧД) при подключении больного к автоматическому респиратору?

1) ДО = 700 мл, ЧД = 12
2) ДО = 1000 мл, ЧД = 16
3) ДО = 1200 мл, ЧД = 20
4) ДО = 500 мл, ЧД = 12
5) ДО = 200 мл, ЧД = 40

16. Какой вид нарушений ритма сердца является типичным при контактном поражении бытовым электрическим током (напряжение 220 в, сила тока 150 мА)?

1) асистолия
2) синдром слабости синусового узла
3) синдром МАС
4) фибрилляция желудочков
5) мерцание предсердий

17. При проведении сердечно-легочной реанимации у взрослого одним реаниматологом рекомендуется следующее соотношение частоты искусственной вентиляции легких и компрессий грудной клетки:

1) 1:5
2) 2:15
3) 3:15
4) 2:5
5) 1:10

18. Где следует располагать ладони для проведения закрытого массажа сердца?

1) в области средней трети грудины
2) в области мечевидного отростка
3) слева от грудины в области 4-го межреберья
4) в области нижней трети грудины на два поперечных пальца выше основания мечевидного отростка
5) на границе верхней и средней трети грудины

19. При фибрилляции желудочков сердца у взрослого человека проводят немедленную дефибрилляцию путем серии быстрых разрядов повышающейся интенсивности. Выберите правильный ответ:

1) 50 Дж, 100 Дж, 150 Дж
2) 100 Дж, 150 Дж, 200 Дж
3) 150 Дж, 200 Дж, 250 Дж
4) 200 Дж, 300 Дж, 400 Дж
5) 200 Дж, 300 Дж, 360 Дж

20. Какое из следующих положений не является показанием к проведению прямого массажа сердца:

1) тампонада сердца
2) проникающие ранения грудной клетки с клинической картиной остановки сердца
3) неэффективность непрямого массажа сердца во время абдоминальных операций
4) деформация грудной клетки, смещение средостения, невозможность эффективного наружного массажа сердца
5) низкое АД и плохо определяемый пульс на сонной артерии после наружного массажа сердца

21. При неэффективности непрямого массажа сердца в условиях операционной нередко по показаниям переходят на прямой массаж сердца. В какой области грудной клетки необходимо провести торакотомию для проведения прямого массажа сердца?

1) по парастернальной линии от II до V ребра слева
2) по срединно-грудинной линии с переходом на VI межреберье слева
3) по парастернальной линии на уровне III и IV ребер с переходом на межреберье слева
4) по V межреберному промежутку слева от грудины до среднеподмышечной линии
5) в области проекции верхушки сердца по передней подмышечной линии

22. Как следует располагать электроды электродефибриллятора?

1) один электрод устанавливают на переднюю поверхность грудной клетки в области проекции сердца, а другой – в области угла левой лопатки
2) электроды дефибриллятора располагаются по среднеподмышечным линиям
3) один электрод устанавливают по правой парастернальной линии ниже ключицы, другой – латерально от верхушки сердца
4) красный электрод электродефибрилятора располагается на уровне II–III межреберья справа по среднеключичной линии, черный электрод ниже левого соска
5) расположение электродов не имеет принципиального значения

23. Назовите максимальную дозу адреналина, которую можно ввести внутривенно при СЛР за небольшой промежуток времени (10–15 мин):

1) 3 мг
2) 5 мг
3) 7 мг
4) 10 мг
5) без ограничений

24. В какой последовательности осуществляется СЛР у пациента, если во время операции и наркоза зарегистрирована остановка сердечной деятельности (асистолия)? Выберите правильный алгоритм действия:

1) прекратить оперативное вмешательство, увеличить глубину наркоза, внутривенно ввести адреналин, начать непрямой массаж сердца
2) прекратить оперативное вмешательство, наложить лигатуры или зажимы на сосуды в ране, прекратить введение анестетиков, больного вентилировать со 100% подачей кислорода в режиме гипервентиляции, начать проведение непрямого массажа сердца, осуществлять постоянный контроль за ИВЛ, ЭКГ и временем СЛР, проводить медикаментозное лечение данного вида остановки сердца
3) продолжить наркоз с увеличением фракционной концентрации кислорода до 100%, по возможности прекратить оперативное вмешательство и вызвать реанимационную бригаду
4) прекратить оперативное вмешательство, начать непрямой массаж сердца, внутривенно ввести адреналин, проводить ингаляцию кислорода без наркотических анестетиков, а затем провести электродефибрилляцию
5) прекратить оперативное вмешательство, прекратить наркоз и подачу газов, перейти на вентиляцию дыхательным мешком, провести электродефибрилляцию и только затем проводить непрямой массаж сердца

25. На какое время прекращаются ИВЛ и массаж сердца, если необходимо провести специальные методы сердечно-легочной реанимации (электродефибрилляция и т.п.)?

1) 5–10 с
2) 15–30 с
3) 40–60 с
4) 60–90 с
5) 2–3 мин

26. Определите варианты нарушений сердечной деятельности, характеризующиеся полным прекращением кровообращения:

1) циркуляторный коллапс с отсутствием пульса на периферических артериях
2) мерцание предсердий
3) желудочковая брадикардия
4) асистолия, фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия без пульса, электромеханическая диссоциация
5) нарушение автоматизма синусового узла, полная атриовентрикулярная блокада

27. Наиболее точный метод определения эффективности легочной вентиляции (до и после операции):

1) анализ газов артериальной крови
2) спирометрия
3) определение pH
4) рентгенография грудной клетки
5) мертвое легочное пространство

28. В палате посленаркозного наблюдения через 30 мин после экстубации больного отмечается усиление постнаркозной седации, нарушился словесный контакт с пациентом. При быстром исследовании газов артериальной крови и кислотно-основного состояния получены следующие результаты: pH 7,0; PaO_2 45 мм рт.ст.; $PaCO_2$ 80 мм рт.ст.; HCO_3 – 27 ммоль/л; BE +2,5 ммоль/л. Выберите правильную интерпретацию показателей:

1) дыхательный ацидоз, артериальная гипоксемия
2) метаболический ацидоз, артериальная гипоксемия
3) дыхательный ацидоз и метаболический алкалоз
4) дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз
5) дыхательный и метаболический ацидоз

29. Какой лекарственный препарат применяется в первую очередь при асистолии?

1) адреналин
2) кальция хлорид
3) допамин
4) атропин
5) бикарбонат натрия

30. В послеоперационной палате находится больной после большой реконструктивной операции на желудочно-кишечном тракте. Кроме основного заболевания (язвенная болезнь желудка с пенетрацией в поджелудочную железу и повторными гастродуоденальными кровотечениями) больной страдает ишемической болезнью сердца и 6 месяцев назад перенес инфаркт миокарда. В настоящее время при кардиомониторном наблюдении отмечаются периодические мультифокальные желудочковые сокращения, сопровождающиеся снижением артериального давления. После серии желудочковых экстрасистол состояние больного резко ухудшилось, он потерял сознание, возникли судороги, исчез пульс на периферических и сонных артериях. На ЭКГ – крупноволновая фибрилляция желудочков. Какой прием, выполненный сразу же после диагностики фибрилляции желудочков, может быстро восстановить эффективный ритм сердца?

1) внутривенное введение бикарбоната натрия
2) искусственная вентиляция легких способом «изо рта в рот», наружный массаж сердца
3) искусственная вентиляция легких кислородом, массаж сердца
4) прекордиальный удар, электродефибрилляция сердца
5) внутривенное введение 1мл 0,1% адреналина

31. В послеоперационной палате при дыхании воздухом пациент стал «серым». При быстром исследовании КОС отмечается: pH – 7,0; $PaCO_2$ – 80 мм рт.ст.; PaO_2 – 45 мм рт.ст.; BE – 0 ммоль/л. Выберите правильную интерпретацию ответов:

1) дыхательный ацидоз, артериальная гипоксемия, обусловленные гиповентиляцией
2) метаболический ацидоз, артериальная гипоксемия
3) дыхательный алкалоз и метаболический ацидоз
4) дыхательный ацидоз и метаболический алкалоз
5) дыхательный алкалоз

32. Определите правильный порядок первичных мероприятий при проведении сердечно-легочной реанимации: а) 2 глубоких вдоха методом «рот в рот» или «рот в нос»; б) прием Сафара, восстановление проходимости дыхательных путей; в) внутривенное введение адреналина; г) ЭКГ-диагностика формы остановки сердца; д) наружный массаж сердца в сочетании с искусственной вентиляцией легких.

1) а, б, г, д, е
2) б, г, е, д, а
3) б, а, е, г, д
4) б, а, г, е, д
5) а, е, г, б, д

33. При полном парентеральном питании суточная потребность человека массой 70 кг в жидкости, натрии, калии, и хлоре составляет:

1) жидкость – 2,5 л, Na^+ – 100 ммоль, K^+ – 80 ммоль, Cl^- – 100 ммоль
2) жидкость – 1,5 л, Na^+ – 60 ммоль, K^+ – 40 ммоль, Cl^- – 60 ммоль
3) жидкость – 3 л, Na^+ – 140 ммоль, K^+ – 140 ммоль, Cl^- – 140 ммоль
4) жидкость – 2 л, Na^+ – 70 ммоль, K^+ – 70 ммоль, Cl^- – 100 ммоль
5) жидкость – 3,5 л, Na^+ – 100 ммоль, K^+ – 100 ммоль, Cl^- – 100 ммоль

34. Во время операции резекции желудка, выполняемой под комбинированным эндотрахеальным наркозом, в момент мобилизации желудка произошла внезапная остановка сердца. На кардиомониторе – прямая линия. Определите наиболее правильный порядок первоначальных реанимационных мероприятий:

1) прекращение операции, искусственная вентиляция легких 100% кислородом, непрямой массаж сердца, введение адреналина 1 мл официнального раствора в центральную вену, при неэффективности СЛР – торакотомия, прямой массаж сердца
2) немедленное прекращение операции, искусственная вентиляция легких 50% кислородом, непрямой массаж сердца (через диафрагму или грудную клетку)
3) прекращение операции, прекращение наркоза, электродефибрилляция сердца
4) искусственная вентиляция легких кислородом с закисью азота в соотношении 1:2, непрямой массаж сердца, внутривенно бикарбонат натрия 4% – 200 мл
5) искусственная вентиляция легких кислородом, торакотомия, прямой массаж сердца

35. В отделение интенсивной терапии поступила больная 45 лет в состоянии комы с дыханием Куссмауля. Со слов доставивших больную родственников известно, что больная страдает инсулинзависимым сахарным диабетом и постоянно принимает инсулин. Ухудшение состояния наступило в результате нарушения диеты и прекращения приема инсулина. Анализы: pH – 6,8; $PaCO_2$ – 10 мм рт.ст.; HCO_3 – 7 ммоль/л, BE = -28 ммоль/л; глюкоза 30 ммоль/л; в крови и моче – ацетон. Назовите вид нарушения, поставьте диагноз:

1) гиперосмолярная кетоацидотическая кома
2) метаболический ацидоз и дыхательный алкалоз
3) дыхательный алкалоз (первичный) и метаболический ацидоз
4) гипергликемия и метаболический ацидоз
5) тяжелые анионные нарушения

36. В результате увеличения концентрации каких осмотически активных веществ может развиваться гиперосмолярный синдром?

1) Na^+, глюкозы, мочевины и других веществ
2) K^+, Mg^{++}, белков плазмы
3) только K^+
4) только Na^+
5) белков плазмы

37. По сравнению с плановой операцией, как меняется степень операционно-анестезиологического риска пациента, оперируемого в экстренном порядке, независимо от тяжести исходного состояния?

1) не увеличивается
2) увеличивается на две единицы
3) увеличивается на одну единицу
4) уменьшается на две единицы
5) уменьшается на одну единицу

38. Какие из инфузионных растворов обладают наиболее выраженным объемозамещающим и противошоковым действием?

1) раствор натрия хлорида 0,9%
2) раствор люкозы 20% г
3) желатиноль
4) декстраны и растворы гидрооксиэтилкрахмала
5) цельная кровь

39. Какой из приведенных ответов соответствует физиологической норме ОЦК у мужчин и женщин среднего возраста:

1) 70 мл/кг, 65 мл/кг
2) 80 мл/кг, 75 мл/кг
3) 90 мл/кг, 85 мл/кг
4) 60 мл/кг, 50 мл/кг
5) 55 мл/кг, 50 мл/кг

40. Выберите параметры центральной гемодинамики, соответствующие нормокинетическому типу кровообращения:

1) СИ 2,5–4 л/мин/м^2, ДЗЛА 5–12 мм рт.ст. ОПСС – 2500 дин·с/(см^5·м^2)
2) СИ 1,5–5 л/мин/м^2, ДЗЛА 3 мм рт.ст., ОПСС – 3000 дин·с/(см^5·м^2)
3) СИ 5 л/мин/м^2, ДЗЛА 18 мм рт.ст., ОПСС – 800 дин·с/(см^5·м^2)
4) СИ 8 л/мин/м^2, ДЗЛА 16 мм рт.ст., ОПСС – 400 дин·с/(см^5·м^2)
5) СИ 2 л/мин/м^2, ДЗЛА 28 мм рт.ст., ОПСС – 5000 дин·с/(см^5·м^2)

41. Больной с массой тела 70 кг подключен к аппарату ИВЛ с регуляцией по объему. Каким должен быть первичный дыхательный объем, чтобы обеспечить достаточный объем вентиляции?

1) 700 мл
2) 250мл
3) 400мл
4) 500 мл
5) 1000 мл

42. Укажите критерии оценки операционно-анестезиологического риска, принятые Московским научным обществом анестезиологов-реаниматологов:

1) тяжесть состояния пациента, объем оперативного вмешательства и метод обезболивания
2) тяжесть состояния пациента и выбор метода обезболивания
3) тяжесть состояния пациента и экстренность оперативного вмешательства
4) тяжесть состояния пациента и объем оперативного вмешательства
5) тяжесть состояния пациента, возраст оперируемого больного и характер оперативного вмешательства

43. Мужчине 60 лет массой тела 70 кг произведена плановая операция – резекция желудка. Интраоперационные потери жидкости полностью возмещены. После операции по назогастральному зонду выделилось 2000 мл жидкости. Какой объем инфузий необходимо назначить пациенту в следующие 24 часа?

1) 2500 мл
2) 3000 мл
3) 4500 мл
4) 5000 мл
5) 7000 мл

44. При каком объеме кровопотери не требуется инфузия компонентов крови (эритроцитной массы, плазмы):

1) до 10% ОЦК
2) до 15% ОЦК
3) до 20% ОЦК
4) до 25% ОЦК
5) до 30% ОЦК

45. Какой препарат не подходит для длительного парентерального питания?

1) жировые эмульсии
2) растворы аминокислот
3) растворы электролитов
4) альбумин
5) растворы глюкозы

46. Определите физиологическую норму объемов жидкости организма: общей ($Ж_{общ.}$), внутриклеточной ($Ж_{внутрикл.}$), интерстициального пространства ($Ж_{ин.}$) и внутрисосудистой жидкости (плазмы) у здорового мужчины по отношению к массе тела:

1) $Ж_{общ.}$ – 60% МТ, $Ж_{внутрикл.}$ – 40% МТ, $Ж_{ин.}$ – 15% МТ, ОЦП – 5% МТ
2) $Ж_{общ.}$ – 70% МТ, $Ж_{внутрикл.}$ – 40% МТ, $Ж_{ин.}$ – 20% МТ, ОЦП – 10% МТ
3) $Ж_{общ.}$ – 80% МТ, $Ж_{внутрикл.}$ – 40% МТ, $Ж_{ин.}$ – 20% МТ, ОЦП – 20% МТ
4) $Ж_{общ.}$ – 50% МТ, $Ж_{внутрикл.}$ – 30% МТ, $Ж_{ин.}$ – 15% МТ, ОЦП – 5% МТ
5) $Ж_{общ.}$ – 45% МТ, $Ж_{внутрикл.}$ – 15% МТ, $Ж_{ин.}$ – 25% МТ, ОЦП – 5% МТ

47. Укажите суточную потребность человека массой 70 кг в эссенциальных питательных факторах при парентеральном питании.

1) вода – 2,5 л, аминокислоты – 0,6–1,0 г/кг, энергия – 30 ккал/кг, натрий – 100 ммоль, калий – 100 ммоль, хлор – 100 ммоль
2) вода – 1,5 л, аминокислоты – 0,4–0,6 г/кг, энергия – 20 ккал/кг, натрий – 60 ммоль, калий – 40 ммоль, хлор – 60 ммоль
3) вода – 1л, аминокислоты – 0,2–0,3 г/кг, энергия – 15 ккал/кг, натрий – 120 ммоль, калий – 100 ммоль, хлор – 80 ммоль
4) вода – 3 л, аминокислоты – 1–1,5 г/кг, энергия – 40 ккал/кг, натрий – 200 ммоль, калий – 200 ммоль, хлор – 200 ммоль
5) вода – 3,5 л, аминокислоты – 2–3 г/кг, энергия – 50 ккал/кг, натрий – 30 ммоль, калий – 30 ммоль, хлор – 40 ммоль

48. Для полного парентерального питания необходимы легко усвояемые вещества – донаторы энергии и белки. Укажите, что является донатором энергии и белкового обеспечения при парентеральном питании?

1) глюкоза, фруктоза, ксилитол, сорбитол, липофундин, интралипид, аминокислоты, гидролизат казеина
2) глюкоза, фруктоза, жировые эмульсии, декстраны, альбумин, протеин, аминокислоты
3) углеводы, жировые эмульсии, желатин, плазма, кровь, альбумин и аминокислоты
4) глюкоза, фруктоза, декстраны, лактасол, плазма, аминокислоты
5) углеводы, жиры, белки, в том числе плазма, протеин, любой белок, вводимый внутривенно

49. Укажите, каким из перечисленных свойств не обладают декстраны?

1) являются истинными плазмозаменителями
2) обладают гемодинамическим противошоковым действием
3) обладают реологическим действием
4) могут усилить кровоточивость тканей
5) являются донаторами энергии, участвуют в обмене веществ

50. На 3-й послеоперационный день состояние больного ухудшилось, появились вялость, заторможенность без каких либо хирургических осложнений. Каким из приведенных показателей в анализах крови можно объяснить ухудшение состояния больного:

1) концентрация белков плазмы – 74 г/л
2) концентрация глюкозы плазмы – 5 ммоль/л
3) концентраци мочевины – 5 ммоль/л
4) концентрация калия – 4 ммоль/л
5) концентрация натрия – 120 ммоль/л

Хирургические болезни (включая онкологию)

Заболевания щитовидной железы

01. Больная 30 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы: расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс – 115 уд./мин. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 3 степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести. Лечебная тактика?

1) срочная субтотальная струмэктомия
2) лечение тиреостатическими препаратами
3) субтотальная резекция щитовидной железы после подготовки антитиреоидами
4) лечение радиоактивным йодом
5) гемиструмэктомия после подготовки

02. У больной 30 лет выявлено плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2×2 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Лечение?

1) резекция части доли щитовидной железы с узлом
2) субтотальная струмэктомия
3) гемиструмэктомия
4) вылущивание опухоли
5) консервативное лечение

03. На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд./мин, температура тела 39,8°С. Диагноз?

1) гиперпаратиреоз
2) гипопаратиреоз
3) тиреотоксический шок
4) гипотиреоз
5) тиреоидит оставшейся части щитовидной железы

04. Больной 35 лет произведена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. На следующий день появились жалобы на слабость, затруднение глотания, распирающие боли в левой половине шеи. Снята повязка. При осмотре обнаружена выраженная припухлость левой половины шеи мягкой консистенции. Из раны небольшое кровянистое отделяемое. Тактика?

1) пункция, отсасывание отделяемого
2) снять швы, удалить сгустки, остановить кровотечение
3) гемостатическая терапия
4) холод на левую половину шеи
5) антибиотикотерапия

05. У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции отмечаются парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение «мурашек». Затем появился симптом «руки акушера», боли в мышцах предплечий. Какое осложнение можно предположить у больной?

1) гипотиреоидная реакция
2) гипертиреоидная реакция
2) паратиреоидная недостаточность
3) гиперпаратиреоидоз
4) повреждение n.vagus

06. Больная 60 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. Отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающами тканями, смещающийся при глотании. Диагноз?

1) узловой токсический зоб
2) рак щитовидной железы
3) киста щитовидной железы
4) абсцесс щитовидной железы
5) холодная аденома щитовидной железы

07. Больная 25 лет при поступлении в отделение жалуется на общую слабость, быстрые смены настроения, раздражительность, плаксивость, утомляемость. Беспокоит также опухолевидное образование на передней поверхности шеи. При осмотре: увеличение обеих долей щитовидной железы 3 ст., положительные глазные симптомы. Тахикардия 120 уд./мин. При пальпации щитовидная железа эластичной консистенции, диффузно увеличены обе доли. Диагноз?

1) токсическая аденома
2) диффузный токсический зоб
3) рак щитовидной железы
4) струмит
5) тиреоидит

08. Больная 30 лет поступила с жалобами на боли при глотании и увеличение левой доли щитовидной железы. Из анамнеза известно, что недавно больная перенесла фолликулярную ангину. При осмотре: температура 38°С, левая доля щитовидной железы увеличена, уплотнена, болезненна. Пульс – 100 уд./мин. В анализе крови: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ 30 мм/час. Основной обмен 25%. Диагноз?

1) тиреотоксический зоб
2) эутиреоидный зоб
3) острый тиреоидит
4) шейный лимфаденит
5) абсцесс щитовидной железы

09. Больной 45 лет был прооперирован по поводу гипертиреоидного зоба. Сразу же после операции появилась осиплость голоса, больной стал поперхиваться. Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного?

1) повреждение трахеи
2) повреждение возвратного гортанного нерва
3) инородное тело гортани
4) гематома
5) тиреотоксический криз

10. Больная 30 лет поступила с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, которое появилось 5 лет назад и с тех пор медленно увеличивалось. В левой доле щитовидной железы при пальпации определяется плотное образование с гладкой поверхностью размерами 8×5 см, безболезненное. Пульс 78 уд./мин. Основной обмен 10%. Какое лечение показано этой больной?

1) субтотальная резекция щитовидной железы
2) энуклеация узла
3) резекция левой доли железы
4) струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов
5) паратиреоаденомэктомия

11. У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 5×3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, появились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные. Диагноз?

1) острый тиреоидит
2) тиреотоксический узловой зоб
3) эутиреоидный узловой зоб
4) малигнизация зоба
5) паратиреоаденома

12. Больной 40 лет заболел остро: озноб, слабость, затруднение глотания, боли в области шеи с иррадиацией в уши, голову, усиливающиеся при поворотах, температура 38°С. Больного беспокоит потливость. При пальпации щитовидная железа увеличена, болезненна, не спаяна с окружающими тканями, уплотнена, флюктуирующих участков нет. Подчелюстные, шейные лимфоузлы не увеличены. В анализе крови: СОЭ до 21 мм/ч, относительный лимфоцитоз. При исследовании накопления йода щитовидной железой на сканограмме участки просветления, накопление понижено. Диагноз?

1) флегмона шеи
2) кровоизлияние в узловой зоб
3) острый тиреоидит
4) инфицированная киста шеи
5) диффузный токсический зоб

13. Больная поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен – 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5×5 см с четкими границами. Какое дополнительное исследование необходимо для уточнения диагноза?

1) пункционная биопсия
2) сканирование щитовидной железы
3) анализ крови (эозинофилия) для исключения эхинококковой кисты
4) в/кожная проба с эхинококковым диагностикумом
5) медиастиноскопия

14. Какой метод диагностики следует избрать как наиболее исчерпывающий при подозрении на малигнизацию узлового зоба?

1) пункционная биопсия
2) радиоизотопное исследование функции железы
3) сцинтиграфия железы
4) УЗИ щитовидной железы
5) компьютерния томография железы

15. У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3×4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные. Как радикально лечить больную?

1) энуклеация узла
2) субтотальная струмэктомия
3) лучевая терапия
4) гемиструмэктомия справа
5) струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов

16. Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен +30%. При рентгеноскопии в переднем средостении образование округлой формы 5×5 см с четкими контурами. Легочная ткань прозрачна. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

1) рентгенография грудной клетки и пищевода
2) пневмомедиастиноскопия
3) радиоизотопное сканирование щитовидной железы
4) ультразвуковое сканирование щитовидной железы
5) все перечисленное

17. При биохимическом исследовании крови выявлены: гиперкальциемия, гипофосфатемия. При рентгенологическом исследовании обнаружен остеопороз костей. Стернальная пункция без особенностей. Диагноз?

1) миеломная болезнь
2) остеопороз костей таза
3) фиброзная дисплазия
4) гиперпаратиреоз
5) болезнь Педжета

18. При выявлении солитарного узла в щитовидной железе показано: а) сканирование щитовидной железы; б) рентгенологическое исследование грудной клетки и трахеи; в) определение гормонов щитовидной железы; г) определение антител щитовидной железы; д) ультразвуковое исследование щитовидной железы; е) диагностическая пункция. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) г, д, е
3) все методы исследования показаны
4) б, в, д, е
5) а

19. У больной 46 лет с жалобами на чувство тяжести за грудиной и непостоянную одышку при физической нагрузке при рентгенологическом исследовании грудной клетки за рукояткой грудины выявлена опухоль с четкими контурами, 8 см в диаметре, смещающая трахею вправо. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкой консистенции. Ваш диагноз?

1) загрудинный зоб
2) тимома
3) тератома
4) дермоидная киста
5) лимфома

20. У больной 35 лет через двое суток после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба появились онемение кончиков пальцев рук, скованность в конечностях, подрагивание мышц лиц. Диагноз?

1) повреждение верхнего гортанного нерва во время операции
2) гипотиреоз
3) гипопаратиреоз вследствие операционной травмы паратиреоидных желез
4) гиперпаратиреоз
5) тиреотоксический шок

Заболевания молочной железы

01. Назовите самую частую врожденную аномалию молочной железы:
1) инверсия соска
2) ателия
3) амастия
4) полителия и полимастия
5) дистопия млечных ходов

02. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска?
1) внутрипротоковая папиллома
2) болезнь Педжета
3) узловая мастопатия
4) киста
5) фиброаденома

03. Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы?
1) умбиликация
2) лимонная корка
3) втяжение соска
4) гиперпигментация соска и ареолы
5) изъязвление

04. Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего?
1) овариоэктомия
2) химиотерапия
3) гормонотерапия
4) лучевая терапия
5) пангистрэктомия

05. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска– выделения желтоватого цвета. Подмышечные лимфоузлы слегка увеличены, болезненные. Болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца. Какой предположительный диагноз можно поставить?
1) внутрипротоковая папиллома
2) узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии
3) фиброаденома
4) диффузный рак
5) узловой рак

06. Больная 39 лет обратилась с жалобами на боли и деформацию правой молочной железы. При осмотре железа резко увеличена и деформирована, кожа инфильтрирована, представляет собой толстый, бугристый пласт, на ее поверхности имеются участки кровоизлияний и изъязвлений. Сосок деформирован, втянут. Справа пальпируются увеличенные, плотные подмышечные лимфоузлы. Со стороны внутренних половых органов патологии не обнаружено. Диагноз?

1) диффузная мастопатия
2) рак Педжета
3) маститоподобный рак
4) панцирный рак
5) коллоидный рак

07. При осмотре больной 50 лет в области соска правой молочной железы видна язва, покрытая вялыми грануляциями. Язва имеет подрытые края, серовато-гнойное не свертывающееся в корки отделяемое. Вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи. Диагноз?

1) экзема соска
2) первичный шанкр
3) аденома соска
4) туберкулез молочной железы в стадии язвы
5) рак Педжета

08. Больная 60 лет жалуется на кровянистые выделения из соска, незначительную болезненность в период, когда выделений нет. Внешне железа не изменена, при пальпации выявить что-либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются. Диагноз?

1) рак
2) саркома
3) внутрипротоковая аденома
4) туберкулез
5) мастопатия

09. Больная 35 лет жалуется на покраснение соска и его утолщение. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутье в области соска. При слущивании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен, плотный на ощупь. Диагноз?

1) актиномикоз молочной железы;
2) болезнь Педжета
3) экзема соска
4) скирр молочной железы
5) маститоподобный рак

10. Больная 19 лет обратилась с жалобами на умеренные боли в молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. Обе молочные железы правильной конфигурации, симметричны. Соски и кожный покров не изменены. Пальпаторно в железе определяются бугристые образования, на фоне которых выявляется плотная, с четкими границами опухоль диаметром до 6 см, которая легко смещается в тканях, не связана с кожей и соском. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Диагноз?

1) фиброаденома на фоне фиброзно-кистозной мастопатии
2) рак молочной железы
3) абсцесс молочной железы
4) липома
5) саркома молочной железы

11. У больной в верхне-наружном квадранте молочной железы определяется одиночный безболезненный узел диаметром 5 см плотной консистенции, хорошо отграниченный от окружающих тканей. Сосок не изменен, выделений нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз?

1) фиброаденома молочной железы
2) рак молочной железы
3) мастит
4) узловая форма мастопатии
5) фиброзно-кистозная форма мастопатии

12. У больной 28 лет в обеих молочных железах диффузно, нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения, которые в предменструальный период становятся болезненными и более плотными. Кожа молочной железы не изменена. Соски правильной формы, выделений нет. Лимфатические узлы − не увеличены. Диагноз?

1) диффузная двусторонняя фибрознокистозная мастопатия
2) фиброаденома молочной железы
3) инфильтративно-отечная форма рака
4) диффузный двусторонний мастит
5) маститоподобный рак молочной железы

13. Больная 22 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до 39°С, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета. Пальпаторно – боль, диффузный инфильтрат. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Диагноз?

1) острый мастит
2) мастопатия диффузная
3) хронический мастит
4) рожеподобный рак
5) узловая мастопатия

14. У больной 43 лет диагностирован рак молочной железы 2б стадии. Тактика?

1) радикальная мастэктомия с пред- и послеоперационной лучевой терапией
2) облучение молочной железы и зон регионарного метастазирования (3500–4500 рад)
3) радикальная мастэктомия, двусторонняя овариоэктомия, облучение зон, гормонотерапия
4) радикальная мастэктомия, длительная гормонотерапия
5) лучевая терапия, гормонотерапия

15. У больной с подозрением на фиброаденому молочной железы при микроскопии отделяемого из соска и при исследовании пунктата из опухоли атипичных клеток не обнаружили. Как поступить с больной?

1) выписать под амбулаторное наблюдение
2) назначить гормональную терапию метилтестостероном
3) назначить антибиотикотерапию
4) выполнить секторальную резекцию со срочным гистологическим исследованием
5) провести простую мастэктомию

16. Что является основой профилактических мероприятий острого мастита?

1) повышение сопротивляемости организма беременной женщины
2) санация эндогенных очагов инфекции
3) обучение женщин правилам кормления ребенка грудью
4) тщательное сцеживание молока после кормления
5) все вышеперечисленное

17. Женщина 28 лет. Жалобы на опухолевидное образование в левой подмышечной области (в течение нескольких лет), которое набухает перед менструацией, увеличивается в размерах, становится болезненным. При осмотре: образование до 4 см в диаметре, мягкоэластичной консистенции, имеет дольчатое строение. Ваш диагноз?

1) одиночный метастаз медленно растущей опухоли
2) липома подмышечной области
3) фиброма подмышечной области
4) добавочная молочная железа
5) гидроаденит

18. Женщина 20 лет обратилась к онкологу с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе. При осмотре в верхнем квадранте плотная опухоль 2 см в диаметре, симптом «площадки», периферические лимфоузлы не увеличены. Укажите наиболее достоверный метод исследования?

1) дуктография
2) маммография
3) пункционная биопсия
4) медиастиноскопия
5) УЗИ

19. Больная 50 лет случайно обнаружила у себя уплотнение в молочной железе. Объективно: железа не увеличена, не изменена окраска кожных покровов. При пальпации опухоль с неровной поверхностью, бугристая, хрящевой плотности. Также отмечается увеличение подключичных лимфоузлов. Диагноз?

1) мастит
2) фиброаденома
3) рак
4) фиброзно-кистозная мастопатия
5) актиномикоз

20. Больная 25 лет обратилась к хирургу с жалобами на болезненность и уплотнение молочных желез в предменструальный период. При осмотре в обеих молочных железах нечетко пальпируются диффузные мелкие очаги уплотнения. Соски и ареолы правильной формы, выделений из них нет. Кожа молочных желез не изменена. Подмышечные лифоузлы не увеличены. Ваш диагноз?

1) двусторонний маститоподобный рак
2) плазмоцитарный мастит
3) диффузная двусторонняя фиброзно-кистозная мастопатия
4) двусторонние интрадуктальные папилломы
5) двусторонняя мастоплазия

21. В женской консультации при обследовании беременной женщины 30 лет в молочной железе обнаружен опухолевой узел 3 см в поперечнике. Срок беременности 12 недель. После консультации и обследования у онколога выявлен рак молочной железы. Тактика?

1) срочное прерывание беременности, радикальная мастэктомия по Халстеду
2) сохранение беременности, радикальная мастэктомия по Халстеду
3) сохранение беременности, радикальная мастэктомия по Патею
4) прерывание беременности, химиотерапия цитостатиками, гормонотерапия
5) срочное прерывание беременности, радикальная мастэктомия по Халстеду, послеоперационная лучевая терапия

22. На прием к онкологу обратилась больная 30 лет. Жалобы на болезненные ощущения в обеих молочных железах и очаги уплотнения, которые становятся более плотными за неделю до менструации. При осмотре: кожа молочных желез не изменена, соски правильной формы, выделений нет. Нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения. Подмышечные лифоузлы не увеличены. Онкологом поставлен диагноз: диффузная двусторонняя фиброзно-кистозная мастопатия. Тактика?

1) термография и эхография
2) бесконтрастная маммография
3) флюорография молочных желез
4) дуктография
5) диспансерное наблюдение хирурга и гинеколога-эндокринолога

23. У больной 70 лет в молочной железе выявлены большая опухоль с изъязвлением кожи, втягиванием и деформацией соска, множественные увеличенные лифоузлы в подмышечной области. На рентгенограммах позвоночника отмечена деструкция IV–V поясничных позвонков. Каков диагноз и стадия болезни?

1) 4 стадия рака молочной железы
2) 1 стадия рака молочной железы
3) 2б стадия рака
4) 3 стадия рака
5) рак Педжета

24. У больной 71 года при обследовании в поликлинике обнаружено узловое образование в верхне-наружном квадранте молочной железы. Произведена маммография: опухоль до 1 см в диаметре с тяжами, идущими радиарно, и микрокальцинатами до 3 мм в диаметре. Произведено цитологическое исследование пунктата. Заключение – мастопатия. Через месяц при повторном исследовании – тождественные результаты. План обследования и лечение?

1) секторальная резекция со срочной биопсией и дальнейшим решением вопроса о лечении, исходя из результатов
2) радикальная мастэктомия
3) радикальная мастэктомия с предоперационной регионарной артериальной химиотерапией
4) простая мастэктомия с послеоперационным лучевым лечением
5) предоперационная лучевая терапия с последующим хирургическим лечением радикальной мастэктомией

25. У больной 71 года при обследовании в поликлинике обнаружено узловое образование в верхне-наружном квадранте молочной железы. Произведена маммография: опухоль до 1 см в диаметре с тяжами, идущими радиарно, и микрокальцинатами до 3 мм в диаметре. Произведено цитологическое исследование пунктата. Заключение – мастопатия. Через месяц при повторном исследовании – тождественные результаты. Что делать, если у этой больной при срочной биопсии на секторальной резекции рак не подтвердился?

1) настойчиво исследовать гистологический материал в поисках злокачественной опухоли, попутно готовя больную к радикальному лечению
2) выписать больную под наблюдение онколога
3) выполнить радикальную мастэктомию
4) в плановом порядке дообследовать с использованием всех методов для выявления злокачественной опухоли или ее метастазов (УЗИ, аксиллограммы, изотопный метод, лимфограммы)
5) выполнить простую мастэктомию

26. В поликлинику обратилась женщина с жалобами на наличие плотного узла в верхне-наружном квадранте правой молочной железы. Какое из перечисленных исследований Вы бы назначили для диагностики заболевания?

1) дуктография
2) маммография
3) пункционная биопсия
4) лимфография
5) термография молочной железы

27. Во время диспансерного осмотра у девушки 22 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы обнаружен узел плотной консистенции с гладкой поверхностью размером 2×2 см, легко смещаемый, отграниченный от окружающей ткани. Симптом Кенига положительный. Какое заболевание можно предположить, если периферические лимфоузлы пальпаторно не изменены?

1) липома;
2) фиброаденома
3) узловая мастопатия
4) саркома молочной железы
5) рак молочной железы

28. При обследовании больной выявлена опухоль 1,5×2 см, располагающаяся в верхне-наружном квадранте правой молочной железы. При пальпации определяются плотные, спаянные между собой лимфоузлы в правой подмышечной области. В левой подмышечной области пальпируются плотные, подвижные лимфоузлы К какой стадии можно отнести это заболевание по международной классификации?

1) $T_1N_2M_+$
2) $T_2N_2M_+$
3) $T_1N_1M_0$
4) $T_2N_1M_0$
5) $T_1N_1M_1$

29. Женщина 24 лет с детства отмечала опухолевидное образование на коже передней стенки грудной клетки, которое в последнее время несколько увеличилось и стало мешать при ношении одежды. Объективно: по среднеключичной линии на расстоянии 5 см от правой субмаммарной складки на коже имеется мягкой консистенции, сферической формы, коричневатого цвета опухолевидное образование 0,5×0,5×0,5 см с небольшим ободком коричневатого цвета у основания. Молочные железы нормально развиты, без особенностей. Подмышечные лимфатические узлы не пальпируются. Ваш диагноз:

1) мягкая папиллома
2) меланома
3) полителия
4) полимастия
5) добавочная молочная железа

30. При маммографии признаком мастопатии является:

1) тени узловой формы
2) усиление рисунка и удвоение контуров протоков
3) перидуктальный фиброз
4) микро- и макрокальцинаты
5) все вышеуказанное

Заболевания сердца и сосудов

01. В клинику для оперативного лечения поступила больная 36 лет с сочетанным ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, осложненного мерцательной аритмией. Какие характерные осложнения могут возникнуть у больной в дооперационном периоде? а) тромбоэмболия легочных артерий; б) отек легких; в) гемоперикард; г) синдром Бадда-Киари; д) эмболия сосудов большого круга кровообращения. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) все верно
2) а, б, в
3) а, б, г
4) б, г, д
5) б, д

02. В клинику поступила больная 42 лет с ревматическим сочетанным митральным пороком сердца. С целью уточнения диагноза ей проведено рентгенологическое исследование. Укажите рентгеноскопические и рентгенографические признаки, характерные для митрального стеноза, в отличие от недостаточности митрального клапана: а) отклонение контрастированного пищевода по дуге малого радиуса; б) отсутствие симптома «коромысла»; в) резкое увеличение левого желудочка; г) отклонение пищевода по дуге большого радиуса; д) отсутствие увеличения левого желудочка. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) б, г, д
4) а, б, д
5) в, г

03. У больной 45 лет при проведении эхокардиографии выявлено, что диаметр левого атриовентрикулярного отверстия составляет 2,0 см. На свободных краях створок митрального клапана имеются единичные участки кальциноза. Полость левого предсердия умеренно увеличена. Ваше заключение о состоянии митрального клапана: а) митральный клапан не изменен; б) резкий стеноз; в) значительный стеноз; г) умеренный стеноз. Степень кальциноза: д) I; е) II; ж) III. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а
2) б, д
3) в, е
4) г, д
5) б, ж

04. При обследовании больной 35 лет диагностирован митральный стеноз. С помощью каких методов исследования можно выявить кальциноз митрального клапана и оценить его выраженность? а) рентгенографии сердца; б) эхокардиографии; в) электрокардиографии; г) фонокардиографии; д) сцинтиграфии миокарда. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) все верно 3) б, в, г 5) а, б
2) а, в, д 4) б, д

05. Больной 31 года клинически поставлен диагноз ревматического сочетанного митрального порока сердца. С помощью какого метода исследования можно точно определить степень сопутствующей недостаточности митрального клапана?

1) зондирования правых отделов сердца
2) зондирования левых отделов сердца
3) рентгеноконтрастной левой вентрикулографии
4) рентгенографии сердца
5) грудной аортографии

06. У больной 28 лет диагностирован ревматический «чистый» митральный стеноз без грубых изменений клапанных структур. Диаметр митрального отверстия-0,6 см. Кальциноза створок клапана нет. III функциональный класс заболевания. Какие оперативные вмешательства могут быть показаны в данном случае? а) закрытая чрезжелудочковая митральная инструментальная комиссуротомия; б) реконструктивная операция на митральном клапане в условиях искусственного кровообращения; в) протезирование митрального клапана; г) рентгеноэндоваскулярная баллонная дилатация митрального отверстия; д) открытая митральная комиссуротомия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) все ответы верны 3) а, г, д 5) а, г
2) а, б, д 4) б, д

07. В клинику поступила больная 42 лет с митральным стенозом. При эхокардиографическом и рентгеноскопическом обследовании выявлено выраженное ограничение подвижности створок митрального клапана и кальциноз III степени. Диаметр митрального отверстия – 0,5 см. III функциональный класс заболевания. Укажите разновидности оперативных вмешательств, показанных в этом конкретном случае: а) открытая митральная комиссуротомия; б) протезирование митрального клапана механическим протезом; в) замещение митрального клапана биологическим протезом; г) закрытая чрезжелудочковая митральная инструментальная комиссуротомия; д) рентгеноэндоваскулярная баллонная дилатация левого митрального отверстия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) г 2) г, д 3) д 4) а 5) б, в

08. В клинику поступила больная 48 лет с митральным стенозом. При обследовании выявлен сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности, тромбоз левого предсердия. Грубых изменений створок, хорд и сосочковых мышц нет. III функциональный класс заболевания. Ваша хирургическая тактика:

1) следует отказаться от оперативного лечения и проводить консервативную терапию
2) выполнить протезирование митрального клапана
3) произвести тромбэктомию из левого предсердия и реконструктивную операцию на митральном клапане
4) начать тромболитическую терапию
5) прибегнуть к удалению тромба из левого предсердия с помощью баллонного катетера Фогарти

09. Укажите, какие из перечисленных симптомов наблюдаются при сдавливающем перикардите: а) отсутствие верхушечного толчка; б) наличие шумов в сердце; в) увеличение печени; г) появление асцита; д) спленомегалия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) б, г, д
3) а, г, д
4) б, в, г
5) а, б, в

10. Укажите, какие из приведенных данных специальных методов исследования являются характерными для сдавливающего перикардита: а) повышение артериального давления; б) гипопротеинемия; в) высокие цифры венозного давления; г) резкое снижение вольтажа всех зубцов на ЭКГ; д) лейкопения. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, г
3) б, в, д
4) б, в, г
5) а, в, д

11. Выберите, какое из приведенных мероприятий показано при лечении выпотного перикардита при угрозе тампонады сердца:

1) назначение сердечных препаратов
2) назначение диуретиков
3) назначение антикоагулянтов
4) пункция перикарда
5) субтотальная перикардэктомия

12. Больной дважды лечился в хирургическом отделении по поводу гнойного перикардита. В последнее время преобладают признаки нарастания сердечной недостаточности. Выраженный цианоз, отеки на ногах, асцит. Печень увеличена, плотная. При осмотре заметно систолическое втягивание межреберного пространства в области верхушки сердца, характерна несмещаемость сердца при перемене положения больного. Шумов над областью сердца нет. Проводимые консервативные мероприятия успеха не имеют. Диагноз?

1) ИБС, хроническая сердечно-легочная недостаточность
2) сухой перикардит
3) цирроз печени
4) слипчивый перикардит
5) экссудативный перикардит

13. Больной 40 лет поступил с выраженным асцитом, отеками на нижних конечностях, расширением подкожных вен на передней поверхности грудной клетки, шее. Из расспросов больного выявить причину заболевания не удается, нельзя исключить сдавливающий перикардит, цирроз печени с портальной гипертензией. Укажите, какие методы исследования необходимы для исключения или подтверждения одного из предполагаемых диагнозов: а) рентгенологические исследования грудной клетки в прямой и боковой проекциях; б) рентгенокимография, электрокимография; в) спленопортография; г) термография. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, в
3) а, г
4) б, в
5) б, г

14. Какие осложнения возможны при аневризме сердца: а) гипоксия мозга; б) гипоксия миокарда; в) тромбоэмболия в артериальную систему; г) сердечная недостаточность; д) цирроз печени. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д
2) б, в
3) б, в, г
4) б, г
5) а, д

15. У больного стенокардия покоя в течение 3-х месяцев. Принимает по 50 таблеток нитроглицерина. Ваша тактика?

1) выполнить компьютерную томографию
2) госпитализировать в блок интенсивной терапии и произвести коронарографию
3) усилить медикаментозную терапию
4) направить на санаторное лечение
5) выполнить велоэргометрию

16. Больной 53 лет страдает стенокардией напряжения. На коронарограммах сегментарный стеноз (около 70% просвета) передней межжелудочковой артерии. Больной может работать, но 2–3 раза в день возникают боли в сердце. Ваша тактика?

1) настаивать на изменении характера работы
2) усиливать медикаментозную терапию
3) рекомендовать санаторное лечение
4) рекомендовать незамедлительное оперативное лечение
5) рекомендовать оперативное лечение после стационарного терапевтического лечения

17. Перечислите противопоказания к хирургической коррекции ИБС: а) возраст больного старше 70 лет; б) постоянное АД выше 180/100 мм рт. ст., в) избыточная масса тела; г) тяжелые заболевания легких, печени, почек; д) поражение дистальных отделов коронарных артерий; е) диаметр венечных артерий менее 1,5 мм. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, г, д, е
2) а, б, в
3) в, г, е
4) а, в, е
5) б, в

18. Перечислите показания к хирургическому лечению ИБС: а) толерантность к физической нагрузке менее 400 кг мм/мин; б) поражение коронарного русла с сужением артерии на 75% и более; в) сужение ствола левой коронарной артерии на 70%; г) поражение 3 венечных артерий; д) замещение миокарда в зоне артерии обширным трансмуральным рубцом. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) а, д
3) г, д
4) д
5) все ответы правильные

19. Какие изменения происходят в организме при «синих» пороках сердца: а) гипоксия всех органов; б) гиперволемия и гипертензия в системе легочной артерии; в) хронический катар верхних дыхательных путей; г) задержка развития; д) гиповолемия малого круга кровообращения. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) а, в, г
3) б, в, г, д
4) а, в, г, д
5) в, г, д

20. Клиническую картину открытого артериального протока характеризуют: а) одышка и утомляемость при физической нагрузке; б) яркий румянец; в) АД с большим пульсовым колебанием за счет низкого диастолического давления; г) систолодиастолический шум во II–III межреберье слева от грудины; д) диастолический шум в III межреберье справа от грудины. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г
2) б, д
3) б, в, д
4) а, д
5) все ответы правильные

21. При клиническом обследовании больного 15 лет установлено: смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены вверх и влево, сердечная талия сглажена. При аускультации: на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум. Акцент II тона над легочным стволом. При R-графии: увеличение левых отделов сердца. Ваш диагноз?

1) сужение левого атриовентрикулярного отверстия
2) недостаточность митрального клапана
3) подострый затяжной эндокардит
4) недостаточность клапана аорты
5) стеноз устья аорты

22. Больная 16 лет поступила в клинику с жалобами на боли в области сердца по типу стенокардических, головокружения, обмороки. При пальпации области сердца над аортой выявляется систолическое дрожание, верхушечный толчок смещен влево. Аускультативно над верхушкой сердца отмечено ослабление I тона, над аортой II тон ослаблен. Грубый систолический шум над аортой. Какой тип порока следует диагностировать?

1) недостаточность трехстворчатого клапана
2) сочетанный митральный порок
3) стеноз устья аорты
4) недостаточность аортального клапана
5) сужение левого атриовентрикулярного отверстия

23. Методами диагностики врожденных пороков сердца являются: а) R-графия органов грудной клетки; б) ангиокардиография; в) фонокардиография; г) ЭКГ; д) катетеризация полостей сердца; е) УЗИ. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, г, д
3) а, г, д
4) все ответы правильные
5) все ответы неправильные

24. В клинику поступила больная 69 лет, ранее перенесшая инфаркт миокарда и страдающая мерцательной аритмией, у которой при обследовании диагностирована эмболия бедренной артерии, ишемия IIIб степени (тотальная контрактура конечности). Оптимальным методом лечения в данном случае будет:

1) экстренная эмболэктомия
2) тромболитическая терапия
3) только антикоагулянтная терапия
4) только симптоматическая терапия
5) первичная ампутация конечности

25. У больного 34 лет без сердечно-сосудистого анамнеза диагностировано нарушение кровообращения в правой плечевой артерии, ишемия IIб степени. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин. По результатам ЭКГ и эхокардиографии патологии не обнаружено. Укажите наиболее вероятную причину острой артериальной непроходимости:

1) митральный стеноз
2) неспецифический аортоартериит
3) компрессионное сдавление подключичной артерии добавочным шейным ребром
4) острый тромбоз глубоких вен голени
5) аневризма сердца

26. Больной 49 лет заболел остро сутки назад, когда появились сильные боли в левой ноге, похолодание и онемение ее; отметил ограничения движений в суставах пальцев стопы. Шесть месяцев назад перенес острый инфаркт миокарда. Состояние больного средней тяжести, пульс 80 уд./мин., аритмичный. Кожные покровы левой нижней конечности бледные, холодные на ощупь, имеется умеренный отек голени, пальпаторно определяется болезненность икроножных мышц и снижение глубокой чувствительности. При пальпации определяется усиленная пульсация бедренной артерии на уровне пупартовой связки, ниже пульсация артерий отсутствует на всем протяжении конечности. Правая нижняя конечность не изменена. Выберите оптимальный метод лечения данного больного:

1) показана экстренная изолированная эмболэктомия из бедренной артерии
2) показана экстренная эмболэктомия из бедренной артерии в сочетании с фасциотомией
3) показана установка кава-фильтра
4) в первую очередь произвести илеокаваграфию и в зависимости от ее результатов выбрать метод лечения
5) показана антикоагулянтная и неспецифическая противовоспалительная терапия

27. У больной 56 лет, страдающей ИБС и мерцательной аритмией, диагностирована эмболия правой подвздошной артерии. При исследовании системы гемостаза у этой больной можно ожидать следующие нарушения: а) гипокоагуляция; б) гиперкоагуляция; в) угнетение фибринолиза; г) гиперагрегация тромбоцитов; д) гипоагрегация тромбоцитов. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г
2) б, в, г
3) а, в, г
4) а, д
5) б, г

28. У больной 54 лет, страдающей ревматическим митральным пороком сердца, подозревается эмболия левой подколенной артерии. При исследовании левой нижней конечности можно выявить следующие признаки вышеуказанной локализации эмболической окклюзии: а) отсутствие пульсации бедренной артерии; б) отсутствие пульсации подколенной артерии; в) отсутствие пульсации артерий на стопе; г) усиление пульсации подколенной артерии по сравнению с контрлатеральной; д) ослабление пульсации подколенной артерии. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в
2) а, д
3) в, г
4) а, б, в
5) все неверно

29. У больного 40 лет внезапно появились сильные боли в левой нижней конечности, чувство онемения и похолодание в ней. Ранее отмечал боль в поясничной области с иррадиацией в левую нижнюю конечность. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 80 уд./мин, ритмичный. Кожные покровы левой нижней конечности бледные, холодные на ощупь, глубокая чувствительность до средней трети голени резко снижена. Активные движения пальцев стопы и в голеностопном суставе отсутствуют, пальпаторно определяется пульсация бедренной артерии только на уровне пупартовой связки, в дистальных отделах конечности – отсутствует. Правая нижняя конечность не изменена. Для постановки диагноза и правильного выбора метода лечения наиболее полную информацию о характере заболевания можно получить с помощью следующих методов исследования: а) сфигмографии; б) контрастной аортоартериографии; в) термографии; г) ультразвуковой допплерографии; д) окклюзионной плетизмографии. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в 2) а, в, д 3) б, г 4) г, д 5) б, в

30. Больной 57 лет, страдающей ИБС и постинфарктным кардиосклерозом, произведена эмболэктомия из правой общей бедренной артерии с полным восстановлением кровотока в конечности. Через 12 часов после операции у больной отмечено нарастание одышки (до 30 в минуту), болезненности передней группы мышц правой голени и отек ее. С момента операции выделила 150 мл мочи. Укажите наиболее вероятную причину появления вышеописанной клинической симптоматики:

1) острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз
2) массивная эмболия легочных артерий
3) повторный инфаркт миокарда
4) постишемический синдром
5) ишемический полиневрит

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

1) ишемическая болезнь сердца
2) атеросклероз дуги аорты
3) аневризма аорты
4) артерио-венозные свищи
5) тромбоз вен системы нижней полой вены

32. Больной 40 лет жалуется на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел три дня назад, когда развился отек конечности до паховой складки и появились умеренные распирающие боли в ней. В течение последних суток состояние значительно ухудшилось. Беспокоят сильные боли в конечности, общая слабость, гипертермия до 38°С. При осмотре состояние больного тяжелое, пульс 100–110 ударов в минуту, сухой язык. Правая нижняя конечность резко отечная, прохладная на ощупь в дистальных отделах, кожа напряжена. Цианоз кожных покровов конечности распространяется на правую ягодичную область. На голени и бедре имеются багрово-цианотичные пятна и пузыри, заполненные геморрагической жидкостью. На стопе кожная чувствительность снижена, на голени и бедре определяется гиперестезия. Пульсация артерий стопы и подколенной артерии пальпаторно не определяется. Укажите заболевание, которому соответствует эта клиническая картина:

1) тромбоз бедренной артерии с развитием субфасциального отека
2) острая стадия болезни Бюргера (тромбангиит в сочетании с флебитом)
3) острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз, венозная гангрена конечности
4) белая флегмазия
5) краш-синдром

33. В клинику поступила больная 26 лет с беременностью 17–18 недель и подозрением на илеофеморальный венозный тромбоз, тромбоэмболию легочной артерии. В случае применения каких диагностических исследований в последующем потребуется обязательное искусственное прерывание беременности? а) дуплексное ультразвуковое ангиосканирование; б) реопульмонография; в) ретроградная илеокаваграфия; г) перфузионное сканирование легких; д) флебосцинтиграфия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г
2) б, в, д
3) б, г
4) в, г, д
5) все ответы неправильные

34. У больной 23 лет – илеофеморальный венозный тромбоз, беременность 39 недель. При ретроградной илеокаваграфии обнаружен флотирующий (эмболоопасный) тромбоз общей подвздошной вены. Из-за сдавления нижней полой вены маткой имплантация противоэмболического кава-фильтра в инфраренальный отдел технически невыполнима. Определите объем и последовательность необходимых лечебных мероприятий:

1) родоразрешение естественным путем, имплантация фильтра в ближайшем послеродовом периоде
2) имплантация фильтра в супраренальный отдел, родоразрешение естественным путем
3) кесарево сечение, имплантация фильтра в послеоперационном периоде
4) лапаротомия, кесарево сечение, пликация нижней полой вены механическим швом
5) катетерная тромбэктомия из подвздошной вены бедренным доступом, родоразрешение естественным путем

35. Больной 26 лет поступил в клинику с жалобами на отек, боли и чувство тяжести в правой руке. При осмотре определяется отек правой верхней конечности, разница периметров на плече составила 5 см, на предплечье – 2 см. Кисть и предплечье синюшного цвета, цианоз значительно усиливается при опускании руки. Поверхностные вены плеча и редплечья усиленно контурируются, напряжены. Артериальная пульсация на всем протяжении конечности отчетливая. Укажите лечебные мероприятия, которые могут выполняться при данной патологии: а) антикоагулянтная терапия; б) тромболитическая терапия; в) тромбэктомия из подключичной вены; г) имплантация противоэмболического фильтра в верхнюю полую вену; д) пликация подключичной вены механическим швом. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, г
3) б, г, д
4) в, г, д
5) все ответы верны

36. У больной 32 лет на пятые сутки после кесарева сечения внезапно появились боли за грудиной, удушье, потеря сознания, кратковременная асистолия. После эффективных реанимационных мероприятий состояние больной крайне тяжелое. Определяется цианоз лица и верхней половины туловища, набухание шейных вен. Одышка – до 30 в мин. В легких – дыхание проводится с обеих сторон. Отмечается отек правой нижней конечности до паховой складки, усиление венозного сосудистого рисунка на бедре. При ангиопульмонографии в легочном стволе и устье правой легочной артерии обнаружены дефекты контрастирования. Легочно-артериальное давление достигает 60 мм рт. ст. Выполнение какого хирургического вмешательства считается оптимальным в подобной ситуации?

1) эмболэктомия из легочной артерии в условиях искусственного кровообращения, перевязка внутренних подвздошных вен
2) эмболэктомия из легочной артерии в условиях ИК, чреспредсердная имплантация кава-фильтра
3) эмболэктомия в условиях временной окклюзии полых вен, пликация нижней полой вены механическим швом
4) эмболэктомия в условиях временной окклюзии полых вен, ампутация матки с придатками
5) отсроченная эмболэктомия из легочной артерии в случае неэффективности тромболитической терапии

37. В хирургическое отделение поступил больной 70 лет с жалобами на отек левой нижней конечности, боли в голени и бедре. За неделю до поступления отметил появление боли и покраснение подкожных вен на голени, затем по внутренней поверхности бедра. Лечился амбулаторно. В связи с внезапно появившимся отеком всей нижней конечности был госпитализирован. При осмотре левая нижняя конечность отечна до паховой складки, пальпаторно по медиальной поверхности бедра определяется болезненный тяж. Разница периметров на бедре составляет 5 см. Выполнение каких исследований позволит установить топический диагноз и определить дальнейшую тактику лечения? а) артериография по Сельдингеру; б) ультразвуковое ангиосканирование; в) радиоиндикация с фибриногеном Тс99; г) ретроградная илеокаваграфия; д) флеботометрия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д
2) а, в, г
3) г, д
4) б, г
5) б, в, г

38. У больного 29 лет, готовящегося к операции по поводу облитерирующего тромбангиита, для предоперационной подготовки могут применяться следующие препараты: а) антиагреганты; б) кортикостероиды; в) витамины группы В; г) ненаркотические анальгетики; д) седативные препараты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) а, б, в
3) а, г, д
4) все верно
5) г, д

39. Больной 24 лет последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки лишь 50–60 м. Кожные покровы левой стопы и голени до средней трети – бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в суставах – в полном объеме, гипостезия на стопе. Пульсация бедренной и подколенной артерий четкая, на артериях стопы не определяется. О каком заболевании можно думать?

1) ранний облитерирующий атеросклероз магистральных артерий нижних конечностей
2) облитерирующий тромбангиит
3) неспецифический аортоартериит
4) посттромбофлебитический синдром
5) синяя флегмазия левой нижней конечности

40. Больной 26 лет последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки лишь 50–60 м. Объективно: кожные покровы левой стопы и голени до средней трети – бледные, прохладные на ощупь, гипостезия на стопе. Пульсация бедренной и подколенной артерий четкая, на артериях стопы не определяется. Отмечается ослабление пульсации артерий на правой стопе. Для уточнения диагноза и определения тактики лечения в обязательном порядке следует произвести следующие исследования: а) допплерографию сосудов нижних конечностей; б) аортоскопию; в) ультразвуковое ангиосканирование сосудов нижних конечностей; г) радиоизотопную аортографию; д) артериографию нижних конечностей. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) б, г, д
4) а, в, д
5) а, б, д

41. У больного 32 лет, страдающего облитерирующим тромбангиитом с явлениями хронической артериальной ишемии правой нижней конечности, при осмотре можно выявить следующие характерные клинические признаки: а) жалобы на низкую перемежающуюся хромоту; б) отсутствие пульса на артериях стоп; в) снижение тактильной чувствительности стоп; г) усиление пульсации подколенной артерии по сравнению со здоровой конечностью; д) исчезновение волосяного покрова на голени пораженной конечности. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, д
3) б, в
4) б, в, г, д
5) а, б, в, д

42. Для проведения дифференциальной диагностики между облитерирующим тромбангиитом и ранним атеросклерозом у больного 36 лет с явлениями хронической артериальной ишемии 2б степени необходимо произвести следующие исследования: а) определить кислотно-щелочное состояние крови; б) изучить липидный обмен; в) провести ультразвуковое ангиосканирование нижних конечностей; г) изучить состояние иммунной системы; д) произвести контрастную аорто-артериографию. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в, г
3) г, д
4) а, в, д
5) б, в, г, д

43. При осмотре пациента 30 лет обнаружены явления хронической артериальной ишемии правой нижней конечности неясной этиологии. Известно, что больной в раннем возрасте перенес аппендэктомию, тонзилэктомию, страдает холодовой аллергией, много курит, подвергается большим эмоциональным нагрузкам, однако справляется с ними хорошо. На учете у эндокринолога не состоит. Артериальная пульсация на бедренной и подколенной артериях пораженной конечности отчетливая, на артериях стопы–не определяется. Поставьте предварительный диагноз:

1) облитерирующий тромбангиит
2) диабетическая ангиопатия
3) неспецифический аортоартериит
4) облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей
5) болезнь Рейно

44. Больного 60 лет в течение 10 лет беспокоят боли в левой нижней конечности при ходьбе, может пройти без остановки 50 м. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, на подколенной артерии и артериях стопы – не определяется. При ангиографии получено изображение бедренной артерии до уровня средней трети бедра. Контуры ее неровные, в стенке артерии определяются кальцинаты. Подколенная артерия заполняется через хорошо выраженные коллатерали. Укажите правильный диагноз:

1) неспецифический аортоартериит
2) синдром Лериша
3) постэмболическая окклюзия
4) облитерирующий эндартериит
5) атеросклеротическая окклюзия левой бедренной артерии

45. У больного 49 лет в течение 6 лет отмечаются высокая перемежающаяся хромота, артериальная гипертензия, снижение потенции, боли в мезогастрии, усиливающиеся после еды. Гипотензивная терапия эффекта не дала. Артериальное давление – 260/160 мм рт. ст. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация артерий на всем протяжении нижних конечностей не определяется. Выберите правильный диагноз:

1) болезнь Рейно
2) неспецифический аортоартериит
3) атеросклеротическая окклюзия аорты с поражением висцеральных ветвей
4) облитерирующий тромбангиит
5) эмболия бифуркации аорты

46. Больного 45 лет в течение года беспокоят боли в левой нижней конечности, возникающие при прохождении 120–150 метров. На артериограммах выявлены единичные стенозы поверхностной бедренной артерии, сегментарная окклюзия в гунтеровом канале протяженностью около 2 см. Подколенная артерия и артерии голени–проходимы. Выберите правильную лечебную тактику:

1) лечение дезагрегантами
2) бедренно-подколенное шунтирование аутовеной
3) бедренно-подколенное шунтирование синтетическим протезом
4) имплантация большого сальника на голень
5) эндовазальная реканализация методом ангиопластики

47. У больного 48 лет с синдромом Лериша и стенозом почечной артерии с вазоренальной гипертензией правильным методом лечения будет:

1) консервативная терапия
2) эндоскопическая поясничная симпатэктомия – нефрэктомия
3) нефрэктомия, бифуркационное аорто-бедренное протезирование
4) бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии
5) эндовазальная баллонная дилатация устья почечной артерии

48. При атеросклеротической окклюзии бедренной, подколенной и большеберцовых артерий у больного 83 лет с хронической ишемией 4 стадии, гангреной стопы правильным выбором лечебной тактики является:

1) только консервативное лечение
2) поясничная симпатэктомия
3) реконструктивная сосудистая операция
4) первичная ампутация нижней конечности
5) микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень

49. У больной 45 лет, длительное время страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, неделю назад появились боли и уплотнения по ходу поверхностных вен левой голени. При осмотре установлено, что состояние больной удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней ее поверхности по ходу варикозно расширенных вен пальпируется болезненный тяж и определяется гиперемия кожи над ним до средней трети бедра. Артериальная пульсация на всем протяжении конечности сохранена. Поставлен диагноз: тромбофлебит поверхностных вен голени. Исходя из характера описанного заболевания, больной показано следующее лечение: а) назначение аспирина и бутадиона; б) регионарная тромболитическая терапия; в) операция − перевязка большой подкожной вены у устья; г) иссечение варикозных вен с субфасциальной перевязкой перфорантных вен; д) гирудотерапия и эластическая компрессия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, в
3) б, г
4) а, б, в
5) г, д

50. Вы осматриваете больную 27 лет, у которой около года назад появились умеренно расширенные поверхностные вены на левой голени. Трофических расстройств кожи нет. Проба Троянова-Тренделенбурга – положительная. При радионуклидной флебографии установлена несостоятельность перфорантных вен в средней и нижней третях голени. Этой больной нужно рекомендовать:

1) консервативное лечение в виде ношения эластичных бинтов
2) операцию Троянова-Тренделенбурга при осложнении течения заболевания восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены бедра
3) склерозирование вен
4) радикальную флебэктомию с перевязкой перфорантных вен
5) операцию в объеме перевязки большой подкожной вены у устья и перевязки несостоятельных перфорантных вен

51. Больной 37 лет поступил с жалобами на отек левой ноги, варикозное расширение вен на бедре и в нижней части живота, часто рецидивирующую трофическую язву на внутренней поверхности левой голени. Вышеуказанные жалобы появились 3 года назад после операции аппендэктомии, когда развился отек и цианоз левой нижней конечности. При контрастной дистальной восходящей и тазовой флебографии установлено, что глубокие вены голени и бедренная вена реканализованы, имеется окклюзия левой подвздошной вены и перфорантный сброс крови из глубоких вен в поверхностные вены нижней трети голени. Выберите правильный диагноз:

1) варикозная болезнь левой нижней конечности в стадии декомпенсации
2) варикозная болезнь левой нижней конечности в стадии субкомпенсации
3) посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств
4) острый восходящий тромбофлебит большой подкожной вены бедра
5) острый тромбоз глубоких вен левой нижней конечности

52. При отсутствии у больного с эмболией подвздошной артерии какого-либо заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить: а) аневризму аорты; б) аневризму почечной артерии; в) атероматоз аорты с пристеночным тромбом; г) тромбоз воротной вены; д) добавочное шейное ребро со сдавлением подключичной артерии. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) в, г, д
3) а, б, д
4) а, в
5) все верно

53. Больная 64 лет поступила с жалобами на варикозно расширенные вены на левой ноге, отечность голеностопного сустава. При осмотре: на левой нижней конечности обнаружены варикозно измененные вены; кожа у медиальной лодыжки голени с темно-коричневым оттенком. При ультразвуковом ангиосканировании 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 все методы лечения, кроме:

1) хирургического лечения в комбинации со склеротерапией
2) радикальной операции иссечения варикозных вен
3) постоянного ношения эластических бинтов
4) эластического бинтования конечностей, оперативного лечения в осенне-зимний период
5) первоначально произвести склеротерапию, оперативное лечение рекомендовано через 4–6 месяцев

54. Больная 22 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. Выяснить у этой больной причину варикозной болезни позволят следующие диагностические исследования: а) ультразвуковая допплерография; б) восходящая дистальная функциональная флебография; в) радиоиндикация с меченным фибриногеном; г) термография конечностей; д) аортоартериография. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б;
2) а, б, г;
3) б, в, г;
4) в, г, д;
5) все верно.

55. Больная 60 лет поступила с жалобами на кровотечение из венозного узла правой голени. Страдает варикозным расширением вен правой нижней конечности в течение 20 лет. Объективно: в нижней трети правой голени на фоне гиперпигментации и индурации кожи имеется трофическая язва размерами 3×4 см. В зоне язвы имеется венозный узел, из которого поступает кровь. На голени и бедре выраженные варикозные изменения по ходу ствола большой подкожной вены. Для остановки кровотечения из венозного узла следует: а) прижать бедренную артерию; б) придать конечности возвышенное положение; в) наложить давящую повязку; г) ввести внутривенно дицинон; д) внутривенно перелить стрептокиназу. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в; 3) а, б, г; 5) все верно.
2) б, в, д; 4) б, в, г;

56. У молодой женщины на фоне нормально протекающей беременности появились варикозно расширенные вены на правой ноге. Хирургом установлено, что глубокие вены правой голени проходимы, имеется недостаточность перфорантных вен в нижней ее трети. При пальпации вены мягкие, безболезненные, кожа над ними не изменена. Исходя из данной клинической ситуации, больной необходимо рекомендовать:

1) плановое оперативное лечение до родов
2) ношение эластических бинтов, радикальную флебэктомию в послеродовом периоде
3) сеансы склеротерапии до и после родов
4) операцию Троянова-Тренделенбурга до родов, радикальную флебэктомию после родов
5) лечение неспецифическими противовоспалительными препаратами (бутадион, троксевазин, эскузан)

57. При эмболии подколенной артерии, ишемии 3б степени (контрактура конечности) методом выбора является:

1) экстренная эмболэктомия
2) тромболитическая терапия
3) первичная ампутация конечности
4) симптоматическая терапия
5) антикоагулянтная терапия

58. Для острой ишемии конечности 1б степени, развившейся на почве острого тромбоза бедренной артерии, характерны признаки: а) боли в покое; б) ограничение активных движений в суставах конечности; в) парестезии; г) чувство онемения и похолодания конечности; д) субфасциальный мышечный отек. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) а, б, в
3) в, г, д
4) г
5) все верно

59. Операция эмболтромбэктомии при острой окклюзии бифуркации аорты при тяжелой ишемии конечностей показана во всех случаях, кроме:

1) случая развития острого инфаркта миокарда
2) случая острого ишемического инсульта
3) случая развития тотальной контрактуры нижних конечностей
4) случая абсцедирующей пневмонии
5) все неверно

60. При эмболэктомии из бифуркации аорты наиболее часто применяется оперативный доступ:

1) нижнесрединная лапаротомия
2) двусторонний бедренный
3) односторонний бедренный
4) забрюшинный по Робу
5) торакофренолапаротомия

61. При эмболии бедренной артерии и ишемии конечности 3а степени методом выбора является:

1) тромболитическая терапия стрептазой
2) антикоагулянтная терапия
3) экстренная восстановительная операция в сочетании с фасциотомией
4) первичная ампутация конечности
5) чрескожная интраваскулярная дилатация артерии, фасциотомия

62. Вы клинически диагностировали острый подвздошно-бедренный тромбоз. С помощью каких специальных инструментальных методов исследования можно точно определить проксимальную и дистальную границы распространения тромбоза? а) ретроградная илеокаваграфия; б) антеградная тазовая флебография; в) восходящая дистальная флебография; г) ультразвуковое ангиосканирование; д) допплерография. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, в, г
3) б, в, д
4) д
5) все ответы правильные

63. Как надежно предотвратить развитие эмболии легочной артерии у больного молодого возраста, не страдающего сопутствующими заболеваниями, с флотирующим тромбозом супраренального отдела нижней полой вены? а) назначить клексан; б) имплантировать кава-фильтр; в) произвести прямую парциальную окклюзию нижней полой вены; г) выполнить тромбэктомию и пликацию нижней полой вены механическим швом; д) наложить артерио-венозную фистулу. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а
2) а, б, д
3) а, г
4) в, д
5) а, в, д

64. Укажите основные клинические симптомы массивной тромбоэмболии легочных артерий: а) боли за грудиной; б) коллапс; в) цианоз лица и верхней половины туловища; г) набухание и пульсация яремных вен; д) гидроторакс. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, г
3) а, б, д
4) все ответы правильные

65. Какими способами можно остановить кровотечение из варикозно расширенных вен нижней конечности? а) положением Тренделенбурга; б) введением зонда Блэкмора; в) сдавлением бедренной вены; г) чрескожным лигированием вен по Шеде-Кохеру; д) тугим эластическим бинтованием. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б 2) а, в 3) в, г 4) г, д 5) а, в, г, д

66. Больной 50 лет, страдающий варикозной болезнью вен нижних конечностей, жалуется на боли, покраснение и уплотнение по ходу поверхностных вен на левом бедре, гипертермию, которые появились 5 дней назад. Состояние больного удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней поверхности левого бедра по ходу варикозно расширенных вен определяется гиперемия и пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. Ваша тактика?

1) выполнить ангиографическое исследование
2) перевязать бедренную вену
3) произвести операцию Троянова-Тренделенбурга
4) произвести перевязку варикозных вен в средней трети бедра
5) предписать строгий постельный режим

67. Для варикозной болезни нижних конечностей характерны следующие клинические признаки: а) боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе; б) постоянный отек всей конечности; в) трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; г) отек стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня; д) судороги икроножных мышц голени в покое. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, д 3) в, г, д 5) все ответы правильные
2) а, б, д 4) а, в, д

68. С какими факторами связано развитие трофических расстройств кожи при варикозной болезни нижних конечностей? а) окклюзия артерий голени; б) недостаточность перфорантных вен; в) недостаточность клапанов ствола большой подкожной вены; г) острый тромбоз глубоких вен голени; д) дерматит и лимфостаз. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в 2) б, д 3) в, г 4) а, б, в 5) а, в, д

Заболевания легких и плевры

01. Основная причина спонтанного пневмоторакса:

1) буллезные изменения альвеол и кисты легкого
2) парапневмонический абсцесс легкого
3) рак легкого
4) бронхоэктазы
5) туберкулез легких

02. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:

1) трахеостомии
2) пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости
3) блокады межреберных нервов
4) обездвижения грудной клетки
5) блокады диафрагмального нерва

03. Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре: выраженная болезненность при пальпации V–VII ребер справа от переднеподмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации – ослабление дыхания справа. При перкуссии – тимпанит. Состояние больного – относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. Ваш предварительный диагноз?

1) посттравматическая пневмония справа
2) перелом V–VII ребер справа
3) контузия правого легкого
4) перелом V–VII ребер справа, травматический пневмоторакс
5) гематома грудной стенки в области V–VII ребер

04. Клинико-рентгенологически установлен диагноз острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Какие из перечисленных методов лечения следует последовательно применять? а) курс санационной бронхоскопии; б) плевральные пункции с промыванием полости плевры и введением антибиотиков; в) дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого; г) дезинтоксикационная и антибиотикотерапия; д) срочная операция–плеврэктомия с декортикацией легкого. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) б, в, д
3) в, г, д
4) б, в, г
5) а, в, д

05. Какие методы применяются при исследовании аспирированной из плевры геморрагической жидкости у больного с заболеванием легких? а) определение форменных элементов крови; б) цитологическое исследование; в) определение белка в жидкости; г) определение гемоглобина; д) посев на чувствительность к антибиотикам. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д
2) б, в, г
3) а, б, в, г
4) а, в, д
5) б, г, д

06. Мужчина 40 лет в алкогольном опьянении 4–5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем − повышение температуры до 39°С. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом. Ваш предварительный диагноз?

1) бронхоэктатическая болезнь
2) острый абсцесс легкого
3) плеврит
4) обострение хронического бронхита
5) рак легкого с развитием пневмонита

07. У больного 55 лет около 2 месяцев назад клинически и при рентгенологическом исследовании была диагностирована крупозная пневмония. В связи с непереносимостью антибиотиков лечился в основном физиотерапевтическими процедурами. Через три недели возобновилась гипертермия с проливными потами, похуданием, болью в грудной клетке при глубоком дыхании. 2 дня назад появился приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась. Диагноз?

1) хроническая неспецифическая пневмония
2) абсцесс легкого
3) туберкулез легких
4) эмпиема плевры
5) бронхогенный рак легкого

08. У больной с абсцессом правого легкого появились резкие боли в грудной клетке, одышка. Рентгенологически выявлено колабирование правого легкого, широкий горизонтальный уровень жидкости, резкое смещение тени средостения влево. Диагноз?

1) эмпиема плевры
2) бронхолегочная секвестрация
3) тромбоэмболия правой главной ветви легочной артерии
4) напряженный спонтанный пневмоторакс
5) пиопневмоторакс

09. У больного с абсцессом легкого развилась клиническая картина пиопневмоторакса. Ваши действия в первые сутки с момента диагностики этого осложнения?

1) массивная антибиотикотерапия
2) лечебная бронхоскопия
3) дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия
4) торакотомия и санация плевральной полости
5) резекция доли, несущей полость абсцесса

10. Какова должна быть лечебная тактика у больного с острым абсцессом легкого в стадии формирования, без прорыва в бронх?

1) оперативное лечение – резекция легкого
2) оперативное лечение – пневмотомия
3) пункция плевральной полости
4) оперативное лечение – торакопластика
5) консервативные методы лечения, антибиотики, детоксикация

11. Укажите три наиболее частых осложнения острого абсцесса легкого: а) эмпиема плевры; б) пиопневмоторакс; в) флегмона грудной клетки; г) амилоидоз; д) абсцесс головного мозга; е) легочное кровотечение. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, е
2) а, б, г
3) б, в, д
4) в, г, е
5) б, д, е

12. У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром до 10 см, расположенным вблизи грудной стенки, имеются признаки тяжелой интоксикации. Какому методу лечения следует отдать предпочтение?

1) пункция и дренирование плевральной полости
2) торакотомия с тампонадой полости абсцесса
3) торакотомия с лобэктомией
г) пункционное дренирование абсцесса через грудную клетку под контролем УЗИ с промыванием полости антисептиками и антибиотиками
5) общая антибиотикотерапия

13. Укажите наиболее часто применяемую операцию при хроническом абсцессе легкого, занимающем 1–2 сегмента:

1) сегментарная резекция легкого
2) дренирование полости абсцесса
3) пульмонэктомия
4) иссечение полости абсцесса
5) лобэктомия

14. У больного 57 лет с жалобами на кашель с гнойной мокротой, перенесшего год назад тяжелую пневмонию, при рентгенографии обнаружено округлое образование в нижней доле легкого, содержащее жидкость и газ. Ваш предположительный диагноз?

1) кавернозный туберкулез
2) паразитарная киста легкого
3) бронхоэктатическая болезнь
4) рак легкого
5) хронический абсцесс легкого

15. Бронхоэктазы развиваются вследствие: а) врожденных причин; б) хронической пневмонии; в) туберкулеза легких; г) нарушения проходимости бронхиального дерева; д) курения. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д
2) б, г, д
3) а, б, г
4) а, в, г, д
5) в, г, д

16. Больной 36 лет поступил в больницу с подозрением на бронхоэктатическую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Небольшой цианоз губ, эмфизематозно расширена грудная клетка, изменение пальцев рук по типу «барабанных палочек», коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы. Для подтверждения диагноза какому методу отдадите предпочтение?

1) бронхоскопия
2) спирометрия
3) бронхография
4) томография
5) рентгеноскопия грудной клетки

17. Для санации бронхиального дерева у больных с бронхоэктатической болезнью наиболее эффективен метод:

1) дыхательной гимнастики
2) внутримышечной антибиотикотерапии канамицином
3) лечебной бронхоскопии
4) ингаляции с тетрациклином
5) массажа грудной клетки

18. У больной 55 лет в нижней доле правого легкого – выраженное проявление бронхоэктатической болезни со значительным количеством гнойной мокроты, иногда с кровотечением. Консервативная терапия не эффективна. Больная госпитализирована для оперативного лечения. Определите лечебную тактику:

1) удаление нижней доли
2) пульмонэктомия
3) лечебный пневмоторакс
4) отказаться от операции
5) удаление верхней доли

19. Перечислите заболевания, с которыми следует дифференцировать периферические доброкачественные опухоли легких: а) периферический рак; б) туберкулома; в) киста; г) буллезная эмфизема; д) междолевой плеврит. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, г
3) б, в, г
4) в, г, д
5) б, в, д

20. При рентгенологическом исследовании грудной клетки у больного 32 лет, который обратился к врачу в связи с упорным кашлем, дисфагией, одышкой, обнаружено округлое затемнение, расположенное в области трахеи и несколько смещающее главный бронх. Два года назад уже была подобная клиническая картина, однако тогда она самостоятельно устранилась после кашля с обильным отхождением слизистой мокроты с прожилками крови. Ваш диагноз?

1) бронхоэктатическая болезнь
2) бронхогенный рак
3) бронхогенная киста
4) хронический медиастинит
5) эхинококкоз легкого

21. Больная 42 лет предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохаркание. Больна в течение 8 лет. На томограммах в просвете правого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2 см с четкими контурами. Ваш диагноз?

1) доброкачественная опухоль (аденома)
2) рак
3) бронхостеноз
4) дивертикул бронха
5) инородное тело

22. У больного в нижней доле правого легкого обнаружена периферическая эхинококковая киста диаметром 4 см. Какая операция необходима?

1) пульмонэктомия
2) сегментэктомия
3) эхинококкотомия, наружное дренирование кисты
4) эхинококкотомия, обработка полости 5% р-ром формалина
5) лобэктомия

23. У больного 65 лет на рентгенограмме легких выявлена округлая периферическая тень. Что необходимо для верификации диагноза?

1) чрескожная пункция легких с биопсией под контролем УЗИ
2) бронхография
3) томография
4) бронхоскопия с биопсией
5) динамическое наблюдение с контролем через два месяца

24. При профилактическом рентгенологическом исследовании у больного 60 лет в верхней доле справа выявлено округлое «шаровидное» образование диаметром 2 см, расположенное субплеврально. Окружающая легочная ткань не изменена. Жалоб больной не предъявляет. Какова должна быть лечебная тактика врача поликлиники?

1) рекомендовать повторное обращение в поликлинику через 4–6 месяцев
2) рекомендовать повторно обратиться в поликлинику только после возникновения жалоб (боли, кашель, кровохарканье, повышение температуры тела)
3) срочно направить в специализированное лечебное учреждение
4) провести курс антибиотикотерапии с повторным рентгенологическим исследованием в поликлинике
5) рекомендовать повторное обращение в поликлинику через год

25. Больной 50 лет жалуется на постоянный сухой кашель. Отмечает похудание, появилась одышка. При осмотре – состояние средней тяжести. Шея и лицо одутловаты. Пульс – 120 уд./мин, АД – 170/100 мм рт. ст. Над ключицей слева пальпируются плотные лимфоузлы диаметром 2–2,5 см. Ваш предварительный диагноз?

1) хронический медиастинит с обструкцией верхней полой вены
2) рак легкого с метастазами
3) хроническая пневмония
4) туберкулез легких
5) слипчивый перикардит

26. Комплексная диагностика периферического рака легкого осуществляется следующими методами: а) бронхоскопия с биопсией; б) катетеризационная биопсия; в) медиастиноскопия; г) трансторакальная пункция легких и опухоли; д) цитологическое исследование мокроты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, г, д
2) а, б, в
3) б, в, г
4) б, в, д
5) а, г, д

27. Укажите начальные симптомы, характерные для периферического рака легкого: а) кашель с гнойной мокротой и примесью крови; б) рентгенологически – гиповентиляция или ателектаз легкого или доли легкого; в) наличие округлой тени в легком; г) бессимптомное течение при наличии округлой тени в легком, с последующим присоединением кашля. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, в
3) б, в
4) в, г
5) б, г

28. Основными методами диагностики центрального рака легкого являются: а) бронхоскопия с биопсией; б) ангиография легочной артерии; в) медиастиноскопия; г) цитологическое исследование мокроты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г 2) а, в 3) а, б 4) б, г 5) б, в

29. Основным методом для постановки диагноза центрального рака легкого является:

1) рентгенологическое исследование легких
2) томография легких
3) компьютерная томография
4) радиоизотопное исследование легких
5) трахеобронхоскопия и биопсия

30. Перечислите ранние признаки центрального рака легкого при рентгенологическом исследовании: а) признаки гиповентиляции сегментов или долей; б) наличие инфильтративных тканей в области корня легкого; в) локальная эмфизема сегментов или долей легкого; г) тень опухоли; д) деформация бифуркации трахеи. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, д
2) в, г
3) а, в
4) а, б
5) б, г

31. Боль в плече, атрофия мышц руки и синдром Горнера (объединяемые в синдром Пенкоста) характерны для:

1) центрального рака нижней доли легкого
2) центрального рака средней доли легкого
3) периферического рака верхней доли легкого
4) периферического рака средней доли легкого
5) центрального рака верхней доли легкого

32. У больного 35 лет с центральным раком легкого определяются осиплость голоса, расширение вен на лице, шее и верхней половине грудной клетки. При спирографии – дыхательная функция компенсирована. Ваши рекомендации по дальнейшему?

1) симптоматическое лечение
2) лобэктомия
3) пульмонэктомия
4) пульмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи
5) рентгенотерапия

33. При рентгеноскопии легких у больного 55 лет выявлена инфильтрация средней и нижней долей правого легкого, на фоне которой отмечены множественные участки разрежения ткани с горизонтальными уровнями и тенями секвестров. Какому заболеванию соответствует данная картина?

1) бронхоэктатическая болезнь
2) эмпиема плевры
3) бронхопневмония
4) абсцесс легкого
5) гангрена легкого

34. У больного 46 лет диагностирована острая тотальная эмпиема плевры. Какое лечение показано больному?

1) бронхоскопия с катетеризацией бронхов
2) пункция плевральной полости
3) торакоцентез, дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией содержимого
4) торакотомия, санация полости плевры
5) торакопластика

35. Больной 44 лет в течение года отмечает постоянный кашель. Весной и осенью находился на стационарном лечении по поводу воспаления легких. Объективно: гнойная мокрота до полулитра в сутки. В правой нижней доле легкого – влажные, незвучные, крупно- и среднепузырчатые хрипы. Легкий цианоз губ, пальцы в виде «барабанных палочек». Каков предварительный диагноз?

1) перибронхиальный рак
2) бронхоэктатическая болезнь
3) туберкулезная пневмония
4) хронический бронхит
5) хронический абсцесс легкого

36. У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром 5 см, расположенным ближе к грудной стенке, сохраняется тяжелая гнойная интоксикация. Какой метод лечения предпочтителен?

1) бронхоскопия с катетеризацией полости абсцесса
2) торакотомия, дренирование и тампонада абсцесса
3) торакотомия, лобэктомия
4) эндолимфатическая антибиотикотерапия
5) дренирование абсцесса под контролем УЗИ или КТ

37. Больной 45 лет госпитализирован в тяжелом состоянии. Беспокоят боли в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха, кашель с большим количеством мокроты, имеющей вид мясных помоев. При обследовании выявлена значительная зона притупления перкуторного звука слева, аускультативно – множество влажных хрипов. На рентгенограмме обширное затемнение левого легкого, в котором определяются неправильной формы полости и тени секвестров. Какой диагноз наиболее вероятен?

1) тромбоэмболия легочной артерии
2) гнойный плеврит
3) пиопневмоторакс
4) гангрена левого легкого
5) актиномикоз

38. Признаками неоперабельности при диагностированном раке легкого являются: а) синдром верхней полой вены; б) пищеводно-трахеальные свищи; в) метастазы в надключичные лимфоузлы; г) паралич возвратного нерва; д) синдром Горнера. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) в, г
2) г, д
3) все перечисленное
4) а, б
5) б, в

39. Перечислите показания к хирургическому лечению хронического абсцесса легких: а) отхождение большого количества гнойной мокроты; б) обнаружение «сухой полости» при рентгенологическом исследовании; в) обширная деструкция легочной ткани при неудовлетворительном дренировании; г) размеры полости абсцесса более 6 см; д) интоксикация, сохраняющаяся на фоне консервативной терапии. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) а, б, д
3) б, в, г
4) в, г, д
5) все ответы правильные

40. В каких случаях при абсцессе легкого показана экстренная резекция легкого? а) развитие пиопневмоторакса; б) обнаружение гнойного перикардита; в) аррозивное кровотечение из полости абсцесса; г) повторное кровохарканье; д) сепсис. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в 2) а, в, д 3) а, б 4) в, г 5) б, г, д

41. Мужчина 70 лет считает, что заболел около 2 месяцев назад, когда появились постоянная боль в левой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой и иногда с прожилками крови, одышка при незначительной физической нагрузке. При осмотре: больной резко истощен, справа − перкуторный коробочный звук, слева (в нижних отделах) резко притуплен. Справа − дыхание везикулярное с единичными сухими хрипами, слева дыхание не выслушивается. Ваш диагноз?

1) левосторонняя пневмония
2) туберкулез
3) плеврит
4) центральный рак с ателектазом левого легкого
5) абсцесс

42. Мужчина 57 лет считает себя больным около 4 месяцев (появились сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки, одышка, слабость, периодические подъемы температуры до 38°С). В течение 3 недель больного в больнице лечили консервативно, состояние улучшилось, однако в последний месяц вновь стала подниматься температура, усилились боли, в мокроте появились прожилки крови, усилилась одышка. При осмотре: в нижних отделах правого легкого − притупление перкуторного звука и ослабление дыхания, слева − дыхание везикулярное во всех отделах. Ваш диагноз?

1) правосторонняя нижнедолевая пневмония
2) абсцесс
3) периферический рак
4) туберкулез
5) правосторонний плеврит

43. Мужчина 46 лет заболел остро 2 месяца назад, когда поднялась температура до 38°С, появились сухой кашель, одышка, слабость, потливость. Проводилось амбулаторное лечение «таблетками» в течение 3 недель, состояние улучшилось. Рентгенологически: в нижних отделах правого легкого определяется гиповентиляция, правый корень расширен, правое легкое уменьшено в объеме. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

1) плевральную пункцию
2) торакоскопию
3) бронхоскопию
4) посев мокроты
5) медиастиноскопию

44. Мужчина 63 лет болен в течение 2 месяцев (при флюорографии в верхней доле правого легкого было выявлено округлое уплотнение легочной ткани диаметром около 3,5 см). Обследован в туберкулезном диспансере. Диагноз туберкулеза отвергнут, заподозрен периферический рак правого легкого, больной направлен к онкологу. При компьютерной томографии грудной клетки помимо вышеописанных изменений в верхней доле правого легкого выявлено увеличение лимфоузлов бифуркационных и паратрахеальных групп в виде конгломерата до 4 см в диаметре. Какое исследование необходимо провести для уточнения стадии заболевания?

1) торакоскопию
2) анализ мокроты на атипические клетки
3) поднаркозную бронхоскопию с чрезбронхиальной пункцией лимфоузлов средостения
4) плевральную пункцию
5) диагностическую торакотомию

45. Мужчина 65 лет болен в течение 8 месяцев (появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки), в последние 3 недели стала нарастать слабость, появилась одышка в покое, похудел на 5 кг, стала подниматься температура – до 38° С. При осмотре отмечается тупой перкуторный звук справа над всей поверхностью, дыхание над правым легким выслушивается только над верхушкой, слева дыхание везикулярное. Рентгенологически в правой плевральной полости определяется жидкость, достигающая III ребра. Какое диагностическое исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?

1) бронхоскопию
2) анализ мокроты на атипические клетки
3) компьютерную томографию грудной полости
4) плевральную пункцию справа с лабораторным исследованием содержимого
5) торакоскопию

46. У больного периферический рак нижней доли левого легкого с прорастанием париетальной плевры. Морфологически – плоскоклеточный рак. Интраоперационно в лимфоузлах корня легкого метастазов не выявлено. Какое лечение необходимо провести больному? а) пневмонэктомию; б) нижнюю лобэктомию с резекцией париетальной плевры; в) лучевую терапию; г) химиотерапию; д) пробную торакотомию. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) б, в
3) в, г
4) а, г
5) а, д

47. Женщина 60 лет больна около 6 месяцев (сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, подъем температуры до 38°С). Проводилось лечение в стационаре по поводу верхнедолевой пневмонии слева (с эффектом). Однако 1,5 месяца назад состояние ухудшилось, усилился кашель, появилась одышка, вновь отмечены подъемы температуры. В последние 2 недели появилась обильная гнойная мокрота. Рентгенологически в верхней доле левого легкого выявлено округлое образование до 5 см в диаметре с уровнем жидкости, левый корень уплотнен и расширен, на томограммах отмечено прорастание грудной стенки в области IV ребра по среднеаксилярной линии. Какое диагностическое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

1) бронхоскопию
2) торакоскопию
3) диагностическую торакотомию
4) плевральную пункцию
5) парастернальную медиастинотомию

48. Мужчина 60 лет болен в течение 4 месяцев (кашель, температура до 38 °С, одышка). Лечился в стационаре по поводу правосторонней пневмонии с временным эффектом. В последние 1,5 месяца состояние ухудшилось, усилились кашель, одышка, в мокроте появились прожилки крови. При обследовании: рентгенологически отмечается гиповентиляция в средней и нижней долях, правый корень расширен, уплотнен. При бронхоскопии отмечается обтурация среднедолевого бронха с шероховатостью и повышенной кровоточивостью по передней стенке нижнедолевого бронха. При морфологическом исследовании биоптата – плоскоклеточный рак. При торакотомии определяется ателектаз средней доли, в лимфоузлах корня – гиперплазия. Диагноз: центральный рак среднедолевого бронха с распространением на нижнедолевой бронх. Какую операцию необходимо выполнить?

1) пневмонэктомию
2) среднюю лобэктомию
3) среднюю лобэктомию с клиновидной резекцией нижнедолевого бронха
4) нижнюю билобэктомию
5) пробную торакотомию

49. Больная 57 лет в течение 5 месяцев отмечает сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, повышение температуры до 38°С. Лечилась в стационаре по поводу верхнедолевой пневмонии (с эффектом), однако в последние 2 месяца состояние ухудшилось, усилились кашель, одышка. Консультирована фтизиатром, туберкулез отвергнут. При обследовании рентгенологически отмечена гиповентиляция верхней доли слева, при бронхоскопии выявлено сужение устья верхнедолевого бронха слева. Опухоль распространяется на главный бронх, при морфологическом исследовании биоптата обнаружена аденокарцинома. Диагноз: центральный рак верхнедолевого бронха слева. При торакотомии в бифуркационных лимфоузлах – гиперплазия. Какую операцию необходимо выполнить?

1) пневмонэктомию
2) клиновидную резекцию верхней доли
3) верхнюю лобэктомию
4) верхнюю лобэктомию с циркулярной резекцией главного бронха
5) пробную торакотомию

50. У больной периферический рак верхней доли правого легкого. Морфологически – мелкоклеточный рак. Интраоперационно опухоль не прорастает висцеральную плевру, метастазов в лимфоузлах грудной полости не обнаружено. Какое лечение необходимо провести больной? а) пневмонэктомию; б) верхнюю лобэктомию справа; в) пробную торакотомию; г) лучевую терапию; д) химиотерапию. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д
2) б, г, д
3) в, г, д
4) г, д
5) б, д

Грыжи диафрагмы и брюшной стенки

01. Больной поступил в клинику с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, усиливающуюся после приема пищи и при физической нагрузке, а также в положении лежа, тошноту и периодически рвоту, приносящую облегчение. В анамнезе обнаружен автотравма 10 дней назад. При рентгенографии грудной клетки над диафрагмой – газовый пузырь с уровнем жидкости. Ваш диагноз?

1) левосторонняя абсцедирующая пневмония
2) стенокардия
3) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
4) гемоторакс слева
5) травматическая грыжа диафрагмы слева

02. Больная 54 лет. Жалоб нет. При диспансерном рентгенологическом обследовании желудка обнаружено округлое просветление с уровнем жидкости в заднем средостении, а после приема контраста выявлено расположение кардии выше диафрагмы. Какое заболевание можно заподозрить у больной?

1) рак кардиального отдела желудка
2) релаксация диафрагмы
3) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
4) ретростернальная грыжа Лоррея
5) фиксированная параэзофагеальная грыжа

03. Больного 40 лет беспокоят боли за грудиной в области мечевидного отростка, иррадиирующие в лопатку, отрыжка, изжога. Симптомы усиливались при наклоне туловища вперед. У больного заподозрена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Какие из перечисленных методов диагностики необходимы для подтверждения и уточнения диагноза? а) эзофагогастроскопия; б) рентгеновское исследование желудка в положении Тренделенбурга; в) ретроградная панкреатикохолангиография; г) пищеводная иономанометрия; д) внутрижелудочная pH-метрия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д
2) а, б, г, д
3) б, в, г, д
4) а, б, в, д
5) б, в, г

04. Осложнением какого из перечисленных заболеваний является эрозивно-язвенный эзофагит?

1) рака желудка
2) язвенной болезни 12-перстной кишки
3) кардиоспазма
4) скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
5) хронического гастрита

05. Какие из перечисленных факторов являются показаниями для хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы? а) неэффективность консервативного лечения; б) развитие воспалительных стриктур пищевода; в) частые кровотечения из пищевода; г) скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений; д) врожденный короткий пищевод. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) б, в
3) а, б, в
4) г, д
5) а, б, в, д

06. У больного 78 лет при обследовании обнаружена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. При pH-метрии выявлен кислый гастро-эзофагеальный рефлюкс, с которым связана клиническая симптоматика. Какие из перечисленных методов лечения следует рекомендовать больному? а) частый прием пищи небольшими порциями; б) возвышенное положение головы во время сна; в) прием антацидов; г) прием препаратов, стимулирующих секрецию желудка; д) вертикальное положение тела после еды. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д
2) б, в, г
3) в, г, д
4) а, в, г
5) а, б, в, д

07. При каких условиях рентгенологически выявляются скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

1) в положении стоя
2) в полусидячем положении
3) в положении Тренделенбурга
4) искусственной гипотонии 12-перстной кишки
5) в положении на боку

08. Какой метод исследования является наименее информативным в диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

1) УЗИ
2) внутрипищеводная pH-метрия
3) эзофагоманометрия
4) рентгеноскопия пищевода и желудка в положении Тренделенбурга
5) эзофагогастродуоденоскопия

09. Укажите симптомы, чаще всего встречающиеся при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы: а) изжога; б) боль за грудиной; в) мелена; г) кишечная непроходимость; д) рвота. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) в, г
4) г, д
5) а, д

10. У больной 50 лет внезапно возникла острая дисфагия, сопровождающаяся резкой болью за грудиной. Какова возможная причина?

1) межреберная невралгия
2) стенокардия
3) ущемленная параэзофагеальная грыжа
4) рефлюкс-эзофагит; д) грыжа Лоррея

11. У больной отмечаются изжога и жгучие боли за грудиной, боли в левом подреберье, иррадирующие в области сердца и в левую лопатку. Чаще они возникают при наклоне вперед после еды. При рентгенологическом исследовании: пищевод не расширен, укорочен, выпрямлен, барий из него поступает в полушаровидный газовый пузырь с тонкими стенками, расположенный над диафрагмой, а затем заполняет вытянутый желудок с грубыми складками. Ваше заключение?

1) ахалазия пищевода
2) диафрагмальная грыжа Богдалека
3) рак пищевода с переходом в желудок
4) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
5) параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия

12. Больная 36 лет отмечает появление загрудинных болей, которые иррадиируют в левую половину грудной клетки и сопровождаются затрудненным прохождением пищи по пищеводу. ЭКГ: снижение зубца Т, незначительные диффузные изменения миокарда, ритм синусовый. При рентгенологическом исследовании: пищевод и кардия желудка без особенностей, газовый пузырь желудка в виде «песочных часов», часть его располагается над уровнем диафрагмы. Каков Ваш диагноз?

1) диафрагмальная грыжа Лоррея-Морганьи
2) диафрагмальная грыжа Богдалека
3) параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
4) субтотальная скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
5) релаксация левого купола диафрагмы

13. У больного отмечаются изжоги и постоянные боли за грудиной. При наклоне после приема пищи возникает срыгивание. По данным рентгенологического исследования: скользящая кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с расположением кардии и дна желудка на 8 см выше диафрагмы и укорочением пищевода. При эзофагоскопии выявлены признаки рефлюкс-эзофагита. Какую лечебную тактику Вы изберете для этого больного?

1) консервативное лечение в поликлинике по местужительства
2) консервативное лечение в терапевтическом стационаре
3) консервативное лечение в хирургическом стационаре
4) операция в хирургическом стационаре
5) стационарно-курортное лечение в сочетании с длительным употреблением минеральной воды «Джермук»

14. Больная 43 лет жалуется на боли за грудиной и чувство жжения, которые усиливаются после обильной еды, употребления газированной воды и в положении лежа. В положении стоя боли и жжение уменьшаются. При анализе крови обнаружена умеренная гипохромная анемия. О каком заболевании может идти речь?

1) хронический гастрит
2) дуоденальная язва
3) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями рефлюкс-эзофагита
4) рак желудка
5) эпифренальный дивертикул пищевода

15. Оперативное лечение необходимо при: а) скользящей грыже пищеводного отверстия диафргамы; б) большой параэзофагеальной грыже; в) рефлюкс-эзофагите; г) недостаточности кардиального жома; д) укороченном пищеводе. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) в, г
4) г, д
5) б, д

16. Какие рекомендации Вы дадите больному с рефлюкс-эзофагитом на почве грыжи пищеводного отверстия диафрагмы? а) дробный прием пищи небольшими порциями; б) высокое положение головного конца тела в постели во время сна; в) прием антацидов; г) прием церукала; д) не ложиться после еды. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, г
2) а, б, д
3) в, г, д
4) а, в, д
5) все правильно

17. Какие из перечисленных органов могут быть стенкой грыжевого мешка при скользящей паховой грыже справа? а) тонкая кишка; б) правая почка; в) мочевой пузырь; г) слепая кишка; д) левый яичник с маточной трубой. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, д
3) в, г
4) д, г
5) все ответы правильные

18. Больная 60 лет поступила через 24 часа с момента заболевания с болями в верхней трети правого бедра и пальпируемым там опухолевидным образованием, температурой до 38°С. Диагностирована ущемленная бедренная грыжа. С какими заболеваниями следует дифференцировать ущемленную бедренную грыжу? а) кистой правого яичника; б) бедренным лимфаденитом; в) аневризмой бедренной артерии; г) метастазами рака желудка; д) тромбофлебитом варикозного узла большой подкожной вены бедра. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) в, г, д
4) б, д
5) а, г, д

19. Укажите ранние клинические проявления ущемления тонкой кишки при внутренних грыжах:

1) диарея
2) коллапс
3) схваткообразные боли в животе, задержка отхождения газов
4) симптомы раздражения брюшины
5) дегидратация

20. Какой вид острой кишечной непроходимости вызывает ретроградное ущемление тонкой кишки?

1) спаечная
2) функциональная
3) обтурационная
4) странгуляционная
5) смешанная (обтурация + странгуляция)

21. Какие из перечисленных признаков характерны для ущемленной паховой грыжи в ранние сроки заболевания? а) свободный газ в брюшной полости; б) внезапная боль в области грыжевого выпячивания; в) невправимость грыжи; г) флегмона грыжевого мешка; д) положительный симптом «кашлевого толчка». Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, д
3) б, г, д
4) б, в
5) в, г, д

22. Больной 70 лет с ущемленной паховой грыжей вызвал терапевта на дом. Давность ущемления – 10 часов. Имеются признаки кишечной непроходимости, гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием. Действия врача:

1) вправление грыжи
2) вправление грыжи после инъекции наркотиков
3) холод на область грыжи, анальгетики, антибиотики
4) экстренная госпитализация в хирургический стационар
5) направление на консультацию к хирургу

23. Что рекомендовать больному 80 лет без грубой соматической патологии при частых ущемлениях пахово-мошоночной грыжи?

1) консервативное лечение, направленное на регуляцию стула
2) экстренная операция – грыжесечение
3) плановая операция после амбулаторного обследования
4) госпитализация, наблюдение в хирургическом отделении
5) ношение бандажа

24. Больной с ущемленной пахово-мошоночной грыжей поступил на 3 сутки от начала заболевания. Температура до 39°С, гиперемия, инфильтрация и отек мошонки. Какое осложнение наблюдается у больного?

1) некроз яичка
2) фуникулит
3) флегмона грыжевого мешка
4) острый орхит
5) водянка яичка

25. Для чего пожилым больным с грыжами белой линии живота и пупочными грыжами перед операцией следует обследовать желудок?

1) для определения характера органа в грыжевом мешке
2) для выявления размеров грыжевых ворот
3) для диагностики внутрибрюшной гипертензии
4) для исключения опухоли желудка или язвенной болезни
5) для исключения гастростаза

26. Какие из перечисленных ниже факторов способствуют возникновению брюшных грыж? а) курение; б) внезапное похудание; в) особенности анатомического строения передней брюшной стенки; г) заболевания, повышающие внутрибрюшное давление; д) тяжелая физическая работа. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, г, д
3) б, в, г, д
4) а, г, д
5) а, б

27. У больного 70 лет – левосторонняя косая паховая грыжа со склонностью к ущемлению. Имеется аденома предстательной железы с нарушением мочеиспускания. Ваши рекомендации:

1) постоянное ношение бандажа
2) экстренная операция при очередном ущемлении
3) оперативное лечение при быстром увеличении размеров грыжи
4) плановая операция после осмотра уролога и коррекции нарушений мочеиспускания
5) грыжесечение и удаление аденомы

28. У больного 40 лет через год после операции по поводу правосторонней паховой грыжи вновь появилось грыжевое выпячивание. Ваши действия?

1) наблюдение, операция при ущемлении грыжи
2) операция при прогрессирующем увеличении грыжи
3) наблюдение, исключение тяжелой физической нагрузки
4) плановая операция до развития осложнений или увеличения грыжи
5) рекомендация ношения бандажа

29. Больной 55 лет обратился с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, боли за грудиной. Изжога усиливается после еды и в положении лежа. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза и дифференциального диагноза с язвенной болезнью?

1) УЗИ брюшной полости
2) компьютерная томография брюшной полости
3) обычная рентгеноскопия желудка
4) рентгеноскопия желудка в положении Тренделенбурга и эзофагогастроскопия
5) лапароскопия

30. У кого чаще наблюдаются бедренные грыжи?

1) у мужчин
2) у женщин
3) в детском возрасте
4) у подростков
5) в пожилом возрасте у мужчин

31. При каких грыжах грыжевой мешок чаще бывает многокамерным с дополнительными перегородками, карманами, кистами?

1) паховых
2) бедренных
3) пупочных
4) белой линии
5) послеоперационных вентральных

32. Укажите характерные симптомы ущемления в грыже мочевого пузыря:

1) боли в области грыжевого выпячивания
2) тенезмы
3) задержка стула и газов
4) дизурия, гематурия
5) диспепсия

33. Какие осложнения грыжи могут наблюдаются у больного 80 лет с левосторонней пахово-мошоночной грыжей при постоянном ношении бандажа? а) превращение вправляемой грыжи в невправляемую; б) ущемление грыжи; в) трофические язвы на коже; г) травматизация и атрофия тканей передней брюшной стенки; д) лимфостаз нижних конечностей. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г, д
2) а, б, в, г
3) б, в, г, д
4) а, б, в, д
5) а, б, в, д

34. Укажите формы грыж, которые не имеют грыжевого мешка: а) прямые паховые; б) бедренные; в) эмбриональные пупочные; г) скользящие; д) ложные травматические. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, г
3) б, в, г
4) в, г, д
5) а, г, д

35. Выберите ведущие признаки, отличающие косую паховую грыжу от прямой: а) грыжевой мешок находится в элементах семенного канатика; б) грыжевой мешок располагается отдельно от элементов семенного канатика; в) грыжевой мешок может быть врожденным; г) грыжевой мешок может быть приобретенным; д) грыжевой мешок выходит через глубокое паховое кольцо. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, г, д
3) а, б, г, д
4) б, г, д
5) в, г, д

36. Перечислите методы дополнительного обследования перед плановой операцией у больных пожилого возраста при грыжах белой линии живота: а) УЗИ брюшной полости; б) рентгенография легких; в) ЭГДС; г) электроэнцефалография; д) внутривенная урография. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, г
3) б, в, г
4) в, г, д
5) а, г, д

37. Какие из перечисленных видов грыж относят к внутренним? а) грыжи белой линии живота; б) диафрагмальные грыжи; в) спигелевой линии г) грыжи Трейтца; д) илеоцекальные грыжи. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, г, д 3) а, б, в 5) а, г, д
2) а, б, г 4) в, г, д

38. Что такое рихтеровское ущемление грыжи?

1) ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка
2) ущемление перекрученной сигмовидной кишки
3) ущемление желудка в диафрагмальной грыже
4) любое пристеночное ущемление кишки
5) ущемление меккелева дивертикула в паховой грыже

39. Больная с избыточным питанием и гиперстеническим телосложением поступила для планового оперативного лечения по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Грыжа 25×30 см, вправимая. Укажите методы предоперационного обследования и подготовки больной:

1) стандартное обследование (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, группа крови и Rh-фактор, сахар крови)
2) стандартное обследование + спирометрия
3) никаких дополнительно методов обследования не требуется
4) рентгеноскопия желудка + спирометрия + стандартное обследование
5) рентгеноскопия желудка + спирометрия + стандартное обследование + ношение бандажа при вправленной грыже

40. Какой из факторов определяет абсолютные показания к операции при самопроизвольно вправившейся ущемленной грыже?

1) наличие симптомов перитонита
2) сроки с момента ущемления
3) сопутствующие заболевания
4) пол и возраст больного
5) неполноценное обследование больного

41. Какова клиническая картина при Рихтеровском ущемлении?

1) стертость клинической картины с минимальными изменениями в области грыжевого мешка
2) быстрое развитие клиники тонкокишечной непроходимости
3) возникает клиника толстокишечной непроходимости
4) возникает дизурия
5) появляются симптомы внутрибрюшного кровотечения

42. У пожилой больной с ущемленной паховой грыжей на обзорной рентгенограмме брюшной полости пневматизированные петли тонкой кишки, чаши Клойбера. Какой орган ущемлен?

1) сигмовидная кишка
2) желудок
3) сальник
4) тонкая кишка
5) придатки матки

43. Для грыжи Литтре характерно ущемление:

1) желудка
2) тонкой кишки
3) придатков матки
4) меккелева дивертикула
5) мочевого пузыря

44. Каков объем резекции в проксимальном и дистальном направлениях некротизированной на протяжении 10 см петли тонкой кишки?

1) проксимально – 10 см, дистально – 10 см
2) проксимально – 20 см, дистально – 10 см
3) проксимально – 30 см, дистально – 10 см
4) проксимально – 50 см, дистально – 20 см
5) проксимально – 60 см, дистально – 30 см

45. У больной 60 лет с длительно существующей вправимой пупочной грыжей небольших размеров внезапно увеличилось в объеме грыжевое выпячивание, изменился характер болей, грыжа перестала полностью вправляться в брюшную полость. Укажите причину появившейся клинической симптоматики:

1) ущемление органа в грыжевом мешке
2) невправимая пупочная грыжа
3) метастаз рака желудка в пупок
4) умбилицит
5) асцит

46. У больной с ожирением IV степени внезапно появились тянущие боли внизу живота справа с иррадиацией в правое бедро, тошнота, однократная рвота, пальпируется опухолевидное образование ниже паховой складки. О каком заболевании идет речь?

1) почечная колика справа
2) острый аппендицит
3) киста круглой связки матки
4) ущемленная бедренная грыжа
5) паховый лимфаденит

47. Укажите признаки нежизнеспособности тонкой кишки при ущемленной паховой грыже: а) гиперемия стенки кишки; б) мутный выпот с неприятным запахом в грыжевом мешке; в) сегмент кишки между странгуляционными бороздами черного цвета с фибрином; г) пульсация сосудов брыжейки ущемленной кишки сохранена; д) после введения в брыжейку раствора новокаина пульсации сосудов не наблюдается. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г
2) а, в, д
3) б, в, д
4) в, г, д
5) б, в, г

48. Во время операции по поводу ущемленной паховой грыжи содержимого в грыжевом мешке не обнаружено. Стенки мешка гиперемированы, из брюшной полости поступает серозно-гнойный выпот. Действия хирурга?

1) типичное грыжесечение с пластикой пахового канала
2) дренирование брюшной полости через грыжевой мешок без пластики грыжевых ворот
3) грыжесечение с пластикой + микроирригатор через отдельный прокол брюшной стенки
4) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости
5) расширить доступ через грыжевой мешок для ревизии брюшной полости

Заболевания пищевода

01. Какие клинические признаки встречаются при доброкачественных новообразованиях пищевода? а) дисфагия; б) потеря в весе; в) ощущение инородного тела в пищеводе; г) изжога; д) ноющая боль в подложечной области; е) гнилостный запах изо рта; ж) икота. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, ж
2) г, д, е
3) а, б, е
4) а, в
5) г, е

02. Какие осложнения возможны при рубцовой послеожоговой стриктуре пищевода в отдаленном периоде: а) эзофагит хронический; б) кровотечение; в) рак пищевода; г) полипоз пищевода; д) перфорация пищевода; е) регургитация. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а
2) в
3) б, д
4) а, е
5) б, г

03. Какой метод исследования показан для выявления дивертикула пищевода?

1) рентгенологическое исследование
2) медиастиноскопия
3) электрокимография
4) эзофагоманометрия
5) УЗИ

04. Какие методы исследования наиболее информативны для диагностики доброкачественных новообразований пищевода? а) рентгенологическое исследование; б) эзофагоманометрия; в) эхография; г) эзофаго-ионометрия; д) эзофагоскопия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) в, д
4) а, д
5) б, г, д

05. Какие исследования надо назначить при подозрении на рак пищевода? а) эзофагоманометрию; б) эзофагоскопию с биопсией; в) рентгенологическое исследование пищевода и желудка; г) электрокимографическое исследование пищевода; д) компьютерную томографию. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г
2) б, в
3) в, г, д
4) б, д
5) в, д

06. Какой метод применяется для лечения доброкачественных новообразований пищевода: а) экстирпация пищевода; б) энуклеация опухоли пищевода; в) резекция сегмента пищевода; г) лучевая терапия; д) химиотерапия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) в, г
4) г, д
5) а, д

07. Показанием к операции по поводу дивертикула пищевода следует считать: а) дивертикулы с задержкой контрастной взвеси менее 2 мин. (при рентгенологическом исследовании); б) выраженная клиническая картина (дисфагия, срыгивания, боли за грудиной, в спине); в) осложненные дивертикулы эзофаго-трахеальные, эзофаго-бронхиальные свищи; г) дивертикулы диаметром менее 2 см; д) подозрение на малигнизацию. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) в, г
4) г, д
5) а, д

08. Какие из перечисленных клинических признаков характерны для кардиоспазма? а) обильная рвота желудочным содержимым; б) срыгивание во время еды; в) избирательная дисфагия для некоторых продуктов, жидкостей (яблоки, апельсины, газированная вода); г) парадоксальная дисфагия; д) чередование анорексии с булимией. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) в, г, д
4) а, б, д
5) а, в, д

09. Больная 20 лет по ошибке приняла раствор каустической соды около 3 месяцев назад. В настоящее время развилась быстро прогрессирующая дисфагия. Рентгенологически определяется рубцовая стриктура средней трети пищевода. Диаметр его не превышает 2–3 мм. Показано лечение:

1) резекция суженного участка пищевода
2) бужирование пищевода
3) экстирпация пищевода
4) пластика пищевода (тонкой или толстой кишкой, желудком)
5) гастростомия

10. Какой из перечисленных методов лечения кардиоспазма следует применить при стойком и длительном течении заболевания?

1) медикаментозный
2) гипносуггестивный
3) кардиодилатация
4) оперативный
5) эндопротезирование пищевода

11. У больного 58 лет на фоне постоянных интенсивных болей за грудиной возникают мучительная изжога, срыгивание съеденной пищей. Боли нередко иррадиируют в межлопаточное пространство и левое плечо. На ЭКГ незначительные изменения миокарда. Какое исследование Вы предпочтете?

1) фонокардиография
2) рентгенологическое исследование желудка
3) лапароскопия
4) исследование КЩС
5) УЗИ грудной клетки

12. Больной предъявляет жалобы на повышенную саливацию, чувство царапанья в горле, неловкость при глотании, кашель. Периодически после начала еды появляется дисфагия и припухлость на шее. Иногда, чтобы проглотить пищу, приходится принимать вынужденные положения, при этом слышны булькающие звуки, а припухлость исчезает. Ваш диагноз:

1) инородное тело верхней трети пищевода
2) опухоль верхней трети пищевода
3) киста шеи
4) глоточно-пищеводный дивертикул
5) пищеводно-бронхиальный свищ

13. Больная 47 лет эмоционально лабильна, удовлетворительного питания, жалуется на дисфагию, изжогу и загрудинные боли, при эмоциональном стрессе более выраженные. Загрудинная боль продолжается от нескольких минут до часа, иррадирует в челюсть, спину, возникают боли ночью, при ходьбе навстречу холодному ветру. Нитроглицерин уменьшает боль, после отрыжки или после приема соды боль также уменьшается. На ЭКГ патологии нет. Рентгеноскопия пищевода также без патологии. Ваш диагноз:

1) дивертикул пищевода
2) ахалазия кардии
3) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
4) стенокардия
5) диффузный эзофагоспазм

14. Больной 55 лет, страдающий циррозом печени, поступил в хирургическое отделение с кровотечением средней тяжести из варикозно расширенных вен пишевода. Hb – 85 г/л, АД – 110/60 мм рт. ст. Тактика:

1) зонд Блэкмора, питуитрин 20 ед. в 200 мл глюкозы, гемостатическая и заместительная терапия
2) срочная операция
3) зонд Блэкмора, ε-аминокапроновая кислота, гемотрансфузия
4) гемостатическая терапия, переливание крови, плазмы, затем питуитрин на глюкозе
5) предоперационная подготовка (гемостатическая терапия и заместительная терапия), затем операция

15. Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1–2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ крови в пределах нормы. Диагноз:

1) рак пищевода
2) ахалазия пищевода
3) рубцовая стриктура пищевода
4) эзофагит
5) дивертикул

16. При каких типах кардиоспазма показано хирургическое лечение?

1) кардиоспазм с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
2) после кардиодилатации эффект в течение 2 лет
3) сужение кардии с S-образным удлинением пищевода
4) длительное течение, осложненное эзофагитом
5) длительное течение без потери веса, небольшое расширение пищевода

17. В течение нескольких лет больной лечился по поводу ИБС. Медикаментозное лечение не давало эффекта. На ЭКГ убедительных данных, подтверждающих ИБС, не было. Болевые приступы возникали чаще всего после еды в области шеи, затем за грудиной. После рвоты и многократных срыгиваний наступало облегчение. Диагноз:

1) ИБС
2) кардиоспазм
3) опухоль пищевода
4) дивертикул
5) загрудинный зоб

18. Больной предъявляет жалобы на дисфагию, которая появилась 6 месяцев назад. Объективно: больной умеренного питания, бледность кожи, пульс – 72 удара в минуту, сердечные тоны глухие, аритмия. ЭКГ: диффузные изменения миокарда. Рентгеноскопия пищевода: имеется сужение пищевода на уровне средней трети на протяжении 5 см. В месте сужения контуры пищевода ровные, рельеф слизистой оболочки сохранен, пассаж бария замедлен. Диагноз:

1) рак пищевода
2) дивертикул пищевода
3) опухоль средостения
4) лейомиома пищевода
5) эзофагоспазм

19. У больной 30 лет, жалующейся на дисфагию (тупые боли после еды за грудиной, иногда регургитация), рентгенологически выявлены признаки ахалазии кардии 2 степени. Ваш выбор лечения:

1) кардиодилатация
2) операция Геллера (эзофаго-кардиомиотомия)
3) проксимальная резекция желудка и нижней трети пищевода
4) операция Петровского (эзофаго-кардиомиотомия с пластикой диафрагмой на ножке)
5) операция Суворовой (эзофаго-кардиомиотомия с пластикой передней стенкой желудка)

20. Выбрать метод лечения у больного 50 лет с раком шейного отдела пищевода III степени с явлениями дисфагии:

1) консервативная терапия (лучевое лечение, химиотерапия)
2) наложение гастростомы
3) резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза
4) операция (резекция пищевода в 2 этапа по Тореку-Добромыслову)
5) наложение еюностомы

21. Бужирование пищевода после острого ожога следует начинать:

1) на 1–2 сутки
2) через месяц
3) на 8–9 сутки
4) при возникновении стойкой дисфагии
5) в первые часы

22. Показаниями к операции при кардиоспазме являются: а) отсутствие стойкого эффекта от кардиодилатации (при повторных курсах лечения); б) разрыв пищевода при кардиодилатации; в) невозможность провести кардиодилататор в кардию; г) эзофагит − сегментарный спазм пищевода; д) стойкий психогенный фон. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) в, г, д
4) а, б, д
5) а, в, д

23. Какие операции применяются при дивертикулах пищевода?

1) резекция сегмента пищевода
2) дивертикулоэктомия
3) операция Добромыслова-Торека
4) инвагинация дивертикула
5) резекция нижней трети пищевода и кардии

24. У больного 78 лет при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, метастазы в печень. При глотании с трудом проходит жидкость. Ваша тактика:

1) бужирование опухоли
2) эндоскопическая реканализация опухоли
3) эзофагостома
4) гастростома
5) еюностома

25. У больного 60 лет, жалующегося на дисфагию, значительное похудание, появившееся 4 месяца назад, внезапно появились боли за грудиной при приеме жидкости и пищи, кашель, цианоз. Ваш диагноз:

1) кардиоспазм
2) дивертикул пищевода
3) стенокардия
4) полип пищевода
5) рак пищевода с образованием эзофаго-трахеального свища

26. У больного 50 лет обнаружен рак среднегрудного отдела пищевода. Рентгенологически: протяженность участка поражения до 8 см, смещаемость его по отношению к телам позвонков при глотании, перемене положения тела ограничена. По данным компьютерной томографии, имеются единичные регионарные метастазы, отдаленных нет. Заключение гистологического исследования: плоскоклеточный рак. Общее состояние относительно удовлетворительное. Астеничен, за время болезни похудел на 15 кг. Сопутствующих заболеваний не выявлено. Ваша лечебная тактика:

1) лучевая терапия, операция не показана
2) наложение гастростомы, через 3–6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишкой
3) операция Добромыслова-Торека, через 3–6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишкой
4) операция Льюиса (резекция пищевода с одномоментным эзофагогастроанастомозом)
5) бужирование опухоли с последующим эндопротезированием

27. Больного 40 лет в течение года беспокоят затруднение глотания при приеме твердой пищи, боли за грудиной и кашель при глотании, в связи с чем принимал только жидкую пищу. 2 месяца назад отметил однократное неожиданное облегчение глотания, пища проходила полностью, мог съесть обед. Однако после непродолжительного улучшения состояние вновь ухудшилось. Жалобы носили выраженный и упорный характер. Присоединились слабость, недомогание потеря в весе. Ваш предположительный диагноз:

1) язвенная болезнь желудка
2) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная эзофагитом
3) рак пищевода
4) острый гастрит
5) ахалазия кардии

28. Метастазирование злокачественных опухолей пищевода осуществляется преимущественно лимфогенным путем. В чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней особенность лимфогенного метастазирования?

1) близкое расположение грудного лимфатического протока
2) продольная ориентация внутриорганных лимфатических сосудов
3) наличие лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистой основе и мышечной оболочке
4) наличие портокавальных связей
5) тесная связь лимфатической системы пищевода и желудка

29. У больного 50 лет с дисфагией при ретгенологическом исследовании брюшного отдела пищевода выявлено локальное асимметричное сужение. Контуры сужения зазубренные, нечеткие, стенка пищевода в области сужения утолщена, ригидна, перистальтика отсутствует, складки слизистой оболочки сглажены. Над сужением – асимметричное супрастенотичное расширение пищевода. Пораженный участок не смещается при глотании и перемене положения тела. Абдоминальный сегмент пищевода удлинен, газовый пузырь желудка сохранен. Ацетилхолиновый и карбохолиновый тесты отрицательны. О каком заболевании пищевода можно думать?

1) ахалазия кардии
2) рак пищевода
3) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
4) дивертикул пищевода
5) доброкачественная опухоль пищевода

30. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:

1) гастростомия
2) зондовое питание
3) удаление дивертикула с миоэзофаготомией
4) эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода
5) ничего из перечисленного

31. С помощью каких методов исследования можно диагностировать рефлюксную болезнь пищевода? а) эзофагоскопия; б) эзофагоманометрия; в) внутрипищеводная pH-метрия; г) определение пассажа бария по пищеводу в положении Тренделенбурга; д) УЗИ пищевода. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) в, г, д
3) б, в, г, д
4) а, б, в, г
5) все правильно

32. Самые частые осложнения дивертикула пищевода: а) дивертикулит; б) перфорация; в) кровотечение; г) озлокачествление; д) стриктура пищевода. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) а, г, д
4) а, в, д
5) б, г, д

33. Синдром Меллори-Вейса это:

1) стеноз привратника
2) наличие «целующихся язв»
3) пенетрирующая в печень язва
4) трещина слизистой оболочки кардиального отдела желудка
5) стойкий спазм кардиального сфинктера

34. 48-летний больной доставлен в клинику с жалобами на сильные боли за грудиной и между лопатками, возникшие в момент массивной рвоты. Больной в шоке, температура 39,5°С, лейкоцитоз – 20×10^9/л. Рентгенологически – скопление воздуха и жидкости в левой плевральной полости и средостении. Ваш предварительный диагноз:

1) острая пневмония с парапневмонической эмпиемой плевры
2) перфорация пищевода
3) прободная язва желудка
4) инфаркт миокарда
5) поддиафрагмальный абсцесс

35. К ранним симптомам рака пищевода следует отнести:

1) дисфагию
2) боли за грудиной и в спине
3) кашель при приеме пищи
4) усиленное слюноотделение
5) похудание

36. Если консервативное лечение фибринозно-язвенного рефлюкс-эзофагита не приносит успеха, к какой операции следует прибегнуть?

1) резекция желудка по Бильрот I
2) фундопликация
3) СПВ
4) стволовая ваготомия
5) фундопексия

37. Какие мероприятия показаны больному с химическим ожогом пищевода в острой фазе? а) промывание ротовой полости, пищевода, желудка питьевой водой; б) назначение препаратов морфия и седативных средств; в) питье молока; г) полное парентеральное питание; д) введение постоянного желудочного зонда. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) в, г, д
4) а, в, д
5) б, г

38. Какой из методов бужирования пищевода является наиболее безопасным?

1) ортоградное бужирование вслепую
2) бужирование под контролем эзофагоскопа
3) ретроградное бужирование за нитку
4) ортоградное бужирование по струне полыми рентгеноконтрастными бужами
5) ортоградное бужирование по нитке-направителю

39. Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить?

1) ценкеровский дивертикул пищевода
2) хронический гастрит
3) хронический панкреатит
4) рефлюкс-эзофагит
5) рак пищевода

40. Мужчина 58 лет заболел 6 месяцев назад, когда отметил затруднение при глотании твердой пищи. 3 месяца спустя появились боли в межлопаточной области, слабость, стала проходить только полужидкая пища, похудел на 6 кг. При рентгенологическом исследовании пищевода отмечено сужение его просвета в средней трети за счет дефекта наполнения на протяжении 6 см. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

1) бронхоскопию
2) УЗИ грудной полости
3) эзофагоскопию с биопсией
4) компьютерную томографию грудной полости
5) лапароскопию

41. Мужчина 47 лет заболел 3 месяца назад, когда впервые отметил затруднение при глотании твердой пищи; постепенно дисфагия нарастала, похудел на 5 кг. При рентгенологическом исследовании пищевода в среднегрудном отделе имеется циркулярное сужение просвета пищевода на протяжении 3,5 см. При эзофагоскопии на растоянии 31 см от резцов – циркулярное сужение его просвета до 0,5 см, при биопсии – картина плоскоклеточного рака пищевода без ороговения. Метастазов в отдаленных органах не выявлено. Диагноз: рак средней трети пищевода, преимущественно инфильтративная форма роста, II стадия. Какой метод лечения показан больному?

1) химиотерапия
2) лучевая терапия
3) бужирование пищевода
4) субтотальная резекция и пластика пищевода
5) пробная торакотомия

42. Женщина 57 лет заболела 7 месяцев назад, когда впервые отметила затруднение при глотании твердой пищи, в последующем дисфагия нарастала. 2 недели назад появились боли в межлопаточной области, слабость, подъем температуры до 38° С. При рентгенографии пищевода выявлено сужение его просвета на протяжении 8 см, по правой стенке выявлен выход контраста за пределы органа. При эзофагоскопии на расстоянии 32 см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5 см. Морфологически – плоскоклеточный рак. Диагноз: рак средней и нижней третей пищевода, пищеводно-медиастинальный свищ. Какой метод лечения показан больной?

1) химиотерапия
2) лучевая терапия
3) субтотальная резекция пищевода
4) гастростомия
5) пробная торакотомия

43. У мужчины 65 лет 4 месяца назад появилось поперхивание при глотании твердой пищи, постепенно дисфагия нарастала, появились боли в области шеи. При осмотре в левой надключичной области выявлен увеличенный до 2 см лимфоузел, при пункции – цитологическая картина метастаза плоскоклеточного рака. При рентгенографии пищевода в верхнегрудном отделе определяется сужение его просвета на протяжении 6 см, при эзофагоскопии – опухоль на растоянии 23 см от резцов. Морфологическая картина: в биоптате плоскоклеточный рак. При трахеоскопии патологии не выявлено. Какой метод лечения показан больному?

1) экстирпация пищевода
2) химиотерапия
3) лучевая терапия с облучением пищевода и шейно-надключичных зон
4) пробная торакотомия
5) гастростомия

44. Мужчина 43 лет заболел 3 месяца назад, когда появились боли в эпигастральной области при глотании твердой пищи, изжога, периодическая рвота, похудел на 4 кг. Рентгенологически в нижней трети пищевода определяется сужение его просвета за счет дефекта наполнения на протяжении 7 см с изъязвлением, при эзофагоскопии на расстоянии 34 см от резцов – сужение просвета за счет экзофитной опухоли с изъязвлением, морфологически – плоскоклеточный рак. Метастазов в отдаленных органах не выявлено. Какое лечение показано больному?

1) предоперационное облучение и радикальная операция
2) послеоперационная лучевая терапия
3) радикальная операция и послеоперационная терапия
4) гастростомия
5) химиотерапия

45. Женщина 35 лет заболела около 1 года назад, когда впервые обратила внимание на некоторые затруднения при глотании твердой пищи. При обследовании рентгенологически в нижней трети пищевода выявлен дефект наполнения на протяжении 3 см, суживающий его просвет. Эзофагоскопия изменений со стороны слизистой оболочки пищевода не выявила. Рекомендовано контрольное обследование через 6 месяцев. К врачу обратилась только через год, состояние за этот период не изменилось. Рентгенологически: отмечено увеличение дефекта наполнения до 3,5 см, однако при эзофагоскопии попрежнему изменений со стороны слизистой пищевода не выявлено. Дисфагия не нарастает. Ваш диагноз:

1) рефлюкс-эзофагит
2) рубцовая стриктура пищевода
3) рак нижней трети пищевода
4) лейомиома пищевода
5) дивертикул пищевода

46. Больной 80 лет жалуется на боли при глотании твердой пищи, слабость, похудание. Болен в течение 6 месяцев. Похудел на 6 кг. В анамнезе: 7 лет назад перенес нарушение мозгового кровообращения, 3 года назад – инфаркт миокарда. При рентгенографии в верхнегрудном отделе пищевода выявлена экзофитная опухоль на протяжении 3 см, суживающая просвет, при эзофагоскопии на расстоянии 23 см от резцов – экзофитная опухоль по задней правой стенке, кровоточащая при взятии биопсии. Морфологическая картина плоскоклеточного рака. Учитывая сопутствующие заболевания, какой метод лечения показан больному?

1) экстирпация пищевода
2) лучевая терапия
3) эндоскопическая электротермокоагуляция опухоли
4) гастростомия
5) химиотерапия

47. У больного рак средней трети пищевода, преимущественно инфильтративная форма роста. Интраоперационно выявлено прорастание опухоли в аорту, протяженность поражения около 8 см, просвет сужен до 0,5 см, отмечено глубокое изъязвление опухоли. Какое лечение необходимо провести больному? а) пробная торакотомия; б) гастростомия; в) лучевая терапия; г) химиотерапия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) а, в, г
4) а, б
5) а, г

48. У больной 56 лет выявлен рак нижней трети пищевода с метастазами в забрюшинные лимфоузлы, протяженность поражения около 6 см с глубоким изъязвлением. Выберите правильное сочетание методов лечения: а) пробная торакотомия; б) лучевая терапия; в) гастростомия; г) химиотерапия.

1) а, в, г
2) б, в, г
3) б, в
4) в, г
5) б, г

49. У больного 40 лет рак нижней трети пищевода с распространением на желудок, протяженность поражения около 7 см. При компьютерной томографии грудной полости возникло подозрение на интимное спаивание опухоли с перикардом, а при исследовании брюшной полости высказано предположение об увеличенных лимфоузлах паракардиальной области. Какие диагностические методы позволят уточнить распространенность процесса? а) лапароскопия; б) УЗИ брюшной полости; в) диагностическая лапаротомия; г) диагностическая торакотомия; д) торакоскопия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д
2) б, в, г
3) в, г
4) а, б
5) б, д

50. Доброкачественными образованиями пищевода могут быть все перечисленные, кроме:

1) лейомиомы
2) папилломы
3) фибромы
4) меланомы
5) ангиомы

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки

01. Какое вещество вырабатывают G-клетки?

1) пепсин
2) гастрин
3) пепсиноген
4) соляная кислота
5) глюкагон

02. Какой из перечисленных гормонов и гуморальных факторов не имеет отношения к регуляции кислотопродукции?

1) холецистокинин
2) гастрин
3) ацетилхолин
4) глюкагон
5) секретин

03. Какой признак наиболее точно характеризует так называемое «нарушение дуоденальной проходимости», обусловленное синдромом верхней брыжеечной артерии? а) встречается у молодых неполных женщин; б) состоит в сдавлении двенадцатиперстной кишки верхней брыжеечной артерией; в) типичными проявлениями являются тошнота, рвота и боль в эпигастральной области после еды; г) облегчение наступает по мере увеличения массы тел. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) все ответы правильные
4) б, г
5) в, г

04. Какие из приведенных утверждений лучше всего характеризуют желудочно-пищеводный рефлюкс? а) он всегда имеет место при хиатальной грыже; б) является следствием пониженного тонуса нижнего пищеводного сфинктера; в) встречается при повышенной секреции гастрина; г) диагноз ставится по данным манометрии и 24-часового мониторинга pH; д) диагноз ставится по данным эндоскопического исследования. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) а, г
4) б, д
5) в, д

05. Какой из нижеперечисленных факторов не является фактором агрессии в патогенезе язвенной болезни?

1) соляная кислота
2) пепсин
3) хеликобактер пилори
4) нестероидные протововоспалительные средства
5) бикарбонаты

06. Изолированная селективная проксимальная ваготомия не показана при следующих состояниях: а) препилорической язве желудка; б) медиогастральной язве желудка; в) хронической дуоденальной язве; г) язве двенадцатиперстной кишки, осложненной компенсированным стенозом; д) язве двенадцатиперстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, г, д
3) б, в, г, д
4) в, д
5) б, в, г

07. Какие методики определения желудочной секреции соляной кислоты следует использовать перед планированием операции с ваготомией? а) аспирация желудочного содержимого тонким зондом с использованием раздражителей (капуста, кофеин); б) аспирация желудочного содержимого толстым зондом и использование тех же раздражителей; в) внутрижелудочная суточная pH-метрия; г) pH-метрия; д) аспирация желудочного содержимого тонким зондом с использованием парентеральных раздражителей. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б 3) б, г 5) б, д
2) в, д 4) г, д

08. После тщательного клинического обследования больному поставлен диагноз: синдром Золлингера-Эллиссона. Какое из утверждений можно считать верным в отношении этого синдрома?

1) данный синдром является послеоперационным осложнением хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни и приводит к устойчивым рвотам после приема пищи
2) данный синдром известен также как синдром верхней брыжеечной артерии
3) данный синдром состоит в нарушении проходимости дистальных отделов желудка, обусловленном язвенной деформацией
4) это форма тяжелого течения язвенной болезни, вызванной гастринпродуцирующей опухолью поджелудочной железы
5) встречается в психиатрической практике у больных, часто глотающих инородные тела

09. У больного 48 лет с гигантской язвой желудка с рецидивирующим течением (язвенной болезнью страдает на протяжении 11 лет) выявлена гистаминорефрактерная ахлоргидрия. Какова лечебная тактика?

1) стационарное консервативное лечение в течение 8 недель и выписка больного
2) стационарное лечение до заживления язвы и выписка больного
3) консервативное лечение в стационаре и последующее санаторно-курортное лечение
4) противоязвенная терапия перед плановой операцией в рамках предоперационной подготовки
5) экстренная операция

10. Основными стимуляторами секреции кислоты в желудке являются: а) ацетилхолин; б) гистамин; в) гастрин; г) адреналин; д) простагландины. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, д
2) б, в, г
3) в, г, д
4) а, в, д
5) а, б, в

11. У больного 48 лет сочетанная форма язвенной болезни (выраженная рубцовоязвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки с субкомпенсированным пилоробульбарным стенозом и хроническая язва угла желудка). Какая операция показана больному?

1) резекция желудка
2) селективная проксимальная ваготомия
3) стволовая ваготомия с пилоропластикой
4) гастроэнтеростомия
5) ваготомия с гемигастрэктомией

12. Какие из перечисленных симптомов характерны для кровоточащей гастродуоденальной язвы? а) усиление болей в животе; б) отсутствие болевого синдрома в этот период; в) кал по типу «малинового желе»; г) рвота «кофейной гущей»; д) мелена. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) б, г, д
4) а, г, д
5) в, г, д

13. Определите основные показатели, характеризующие кровотечение тяжелой степени: а) частота пульса больше 120 ударов в минуту; б) систолическое АД ниже 80 мм рт.ст.; в) Hb ниже 80 г/л; г) дефицит ОЦК больше 20%; д) дефицит ГО больше 30%. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) все ответы правильные
4) в, г, д
5) все ответы неправильные

14. У практически здорового пациента, злоупотребляющего алкоголем, после многократной рвоты без примеси крови началось массивное кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Указания на язвенную болезнь в анамнезе отсутствуют. Что, скорее всего, послужило причиной кровотечения?

1) хиатальная грыжа
2) рак желудка
3) язва двенадцатиперстной кишки
4) синдром Меллори-Вейсса
5) гастрит

15. Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является:

1) желудочная язва
2) дуоденальная язва
3) рак желудка
4) синдром Меллори-Вейсса
5) геморрагический гастрит

16. Какой из методов наиболее достоверен в определении точной локализации источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ?

1) энтерография
2) компьютерная томография
3) эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия
4) артериография
5) радионуклидное сканирование

17. Какие 2 метода хирургического лечения могут быть применены при синдроме Меллори-Вейса? а) атрансторакальная перевязка варикозных вен; б) эндоскопический метод остановки кровотечения; в) лапаротомия, гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда; г) лапаротомия и резекция желудочно-пищеводного перехода; д) антибиотики и наблюдение. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) в, г
4) г, д
5) а, д

18. У больного 44 лет, поступившего в стационар через 6 часов после начала массивного ЖКК, проявившегося рвотой алой кровью и коллапсом, произведена ЭГДС. Установлен источник кровотечения – дуоденальная язва – и выполнена эндоскопическая коагуляция сосудов в дне язвы, после чего кровотечение остановилось. В ходе интенсивной терапии в отделении реанимации через 8 часов после ЭГДС наступил рецидив кровотечения. Что из нижеперечисленного показано данному больному?

1) экстренная лапаротомия
2) внутривенное введение вазопрессина
3) повторное эндоскопическое исследование
4) введение назогастрального зонда и промывание желудка ледяной водой
5) наблюдение и продолжение консервативных мероприятий

19. Обязательными методами клинического обследования больных язвенной болезнью являются: а) рентгенологический; б) ЭГДФС; в) исследование желудочной секреции; г) иономанометрия; д) УЗИ; е) КТ; ж) исследование на хеликобактер пилори. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, ж
2) а, б, в
3) б, в, г
4) в, г, д
5) д, е, ж

20. Триада Мондора при перфоративной язве включает в себя: а) язвенный анамнез; б) свободный газ на обзорном рентгенологическом снимке; в) »доскообразный» живот; г) исчезновение печеночной тупости при перкуссии; д) »кинжальные» боли. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, д
3) в, г, д
4) б, г, д
5) б, в, г

21. Молодой мужчина поступил в приемное отделение с жалобами на сильнейшие боли в животе. Страдает язвенной болезнью несколько лет. АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 100 ударов в 1 мин, анурия. Пальпаторно: передняя брюшная стенка резко напряжена. Диагноз, скорее всего, будет поставлен на основании:

1) подсчета лейкоцитов в периферической крови
2) обзорной рентгенографии брюшной полости в положении стоя
3) уровня СОЭ
4) контрастной рентгенографии желудка
5) контрастного рентгенологического исследования толстой кишки

22. Молодой мужчина поступил в приемное отделение с жалобами на сильнейшие боли в животе. Страдает язвенной болезнью несколько лет. АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 100 ударов в 1 мин, анурия. Пальпаторно: передняя брюшная стенка резко напряжена. Показания к неотложной операции у этого больного менее всего будут зависеть от следующего фактора:

1) общего состояния больного
2) срока от начала заболевания
3) степени распространенности перитонита
4) длительности язвенного анамнеза
5) цифр артериального давления

23. Назовите классические клинические признаки перфоративной гастродуоденальной язвы в первые часы после начала заболевания: а) предшествующий прием алкоголя или чрезмерное физическое напряжение; б) резкая, «кинжальная» боль в эпигастрии; в) доскообразное напряжение мышц живота; г) »вагусный» замедленный пульс; д) наличие язвенного анамнеза. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) все правильно
3) а, г, д
4) б, в, г
5) б, в, г, д

24. Что из перечисленного является наиболее предпочтительным для больного молодого возраста с перфоративной дуоденальной язвой при отсутствии предшествующего язвенного анамнеза и других осложнений, присущих язвенной болезни?

1) метод Вангенстина-Тейлора
2) ваготомия с дренирующей желудок операцией
3) резекция желудка
4) лапароскопическое ушивание перфоративной язвы
5) традиционное ушивание перфоративной язвы

25. Женщина 75 лет поступила с картиной разлитого перитонита 3-суточной давности. Длительный язвенный анамнез. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен «свободный газ». Данной больной показана:

1) эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия
2) рентгеноскопия желудка с барием
3) неотложная лапаротомия
4) наблюдение
5) УЗИ

26. Мужчина 55 лет поступил в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Длительный язвенный анамнез. В последние полтора года – частые рвоты съеденной накануне пищей. Похудание на 20 кг. Гематокрит-55%. Какое лечение нецелесообразно?

1) выполнение эзофагогастродуоденоскопии с проведением зонда в тонкую кишку для энтерального питания
2) регулярное промывание желудка
3) катетеризация центральной вены
4) назначение метоклопрамида для стимуляции эвакуаторной функции желудка
5) назначение H_2-блокаторов внутривенно

27. Мужчина 55 лет поступил в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Кожные покровы и слизистые оболочки сухие. Гематокрит–55%. В анамнезе отмечен постоянный болевой синдром, сменяющийся в последнее время чувством тяжести в эпигастральной области. Ранее не обследовался. При рентгеноскопии желудка выявлен значительно увеличенный желудок. Укажите патологическое состояние, чаще других встречающееся при наличии указанных симптомов:

1) гипертензия
2) водно-электролитные нарушения
3) лихорадка
4) нарушение функции печени
5) гипергликемия

28. В каких случаях необходимо исследовать уровень гастрина у больных с пептической язвой? а) при множественных язвах; б) при рецидиве язвы после хирургического лечения; в) при базальной гипохлоргидрии; г) при длительно незаживающей язве; д) при базальной гиперхлоргидрии. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, г
3) б, в, г
4) а, б, д
5) б, г, д

29. У больного –декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В среднетяжелом состоянии он поступил с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость. Истощен. Какой симптом является патогномоничным для данной категории больных?

1) симптом «падающей капли» и вздутия живота
2) »кинжальная боль» в эпигастральной области и ригидность брюшной стенки
3) симптом «шума плеска»
4) отсутствие перистальтики, стул в виде «малинового желе»
5) локальная болезненность при пальпации в правом подреберье и высокий лейкоцитоз

30. У больного –декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В среднетяжелом состоянии он поступил с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость. Истощен. Какое метаболическое нарушение является причиной состояния этого больного при поступлении?

1) ни одно из перечисленных ниже нарушений
2) дыхательный ацидоз
3) метаболический ацидоз
4) дыхательный алкалоз
5) метаболический алкалоз

31. У больного –декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В среднетяжелом состоянии он поступил с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость. Истощен. После стабилизации метаболических показателей и общего состояния больной дал согласие на оперативное лечение. При дообследовании выявлено, что больной- гипосекретор, имеются эндоскопические признаки выраженного гастрита во всех отделах желудка. Выберите метод операции:

1) селективная проксимальная ваготомия
2) ваготомия с дренирующей желудок операцией
3) резекция желудка по Бильрот II
4) наложение гастростомы по Витцелю
5) фундопликация по Ниссену

32. Выберите наиболее частую причину рецидива язвы после органосохраняющей операции с ваготомией при адекватном снижении кислотопродукции после операции:

1) синдром Золлингера-Эллисона
2) неполная ваготомия
3) дуоденогастральный рефлюкс желчи
4) гастрит оперированного желудка
5) чрезмерное употребление алкоголя

33. У больного, перенесшего резецирующую операцию по поводу язвенной болезни, возник рецидив (по данным ЭГДС). Какова причина рецидива? а) синдром Золлингера-Эллисона; б) неполная ваготомия; в) оставленная при резекции часть антрума; г) экономная резекция желудка; д) нарушение диеты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) в, г, д
3) б, в, г
4) а, в, г
5) б, в, д

34. У больного, перенесшего субтотальную резекцию желудка по поводу язвенной болезни, развился демпинг-синдром. Что из нижеперечисленного можно узнать при анализе жалоб этого больного, что точно характеризовало бы данный синдром? а) он вызывает чувство полноты в эпигастральной области и рвоту; б) вызывает тошноту, головокружение и сердцебиение; в) начинается в силу быстрого опорожнения желудка, приводящего к перерастяжению тощей кишки накапливающейся жидкостью; г) может быть купирован соблюдением соответствующей диеты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) все ответы правильные
2) а, б
3) б, в
4) в, г
5) г

35. Какие утверждения в отношении синдрома приводящей петли можно считать верными? а) проявлением его являются тошнота, чувство тяжести и боли в эпигастральной области, разрешающиеся после рвоты с желчью без примеси пищи; б) часто встречается у больных, перенесших резекцию желудка по типу Бильрот I; в) лечение состоит в достижении адекватного дренирования приводящей петли, обычно путем реконструкции гастроеюностомы в анастомоз по Ру; г) синдром с трудом поддается лечению и нередко рецидивирует после оперативной реконструкции. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) в, г
4) а, в
5) б, г

36. На 9 сутки у больного после ваготомии с пилоропластикой по Финнею проконтролировали адекватность моторной и эвакуаторной функций желудка. В результате диагностирована задержка эвакуации желудочного содержимого. Какой рутинный метод из нижеперечисленных мог натолкнуть на предположение о данном осложнении до рентгенологического исследования?

1) зондовые пробы
2) развернутый клинический анализ крови
3) эндоскопическая гастродуоденоскопия
4) ирригоскопия
5) ЯМР-томография верхнего этажа брюшной полости

37. К предраковым заболеваниям желудка относятся следующие нозологии: а) хроническая язва желудка; б) синдром Меллори-Вейсса; в) полипоз желудка; г) хронический гастрит с дисплазией слизистой оболочки. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, г
3) б, в, г
4) а, б, г
5) все ответы правильные

38. Выберите три правильных утверждения, касающихся эпидемиологических аспектов рака желудка: а) заболеваемость раком желудка в некоторых развивающихся странах Восточной Европы и Японии снижается; б) встречаемость рака желудка среди мужчин вдвое выше, чем среди женщин; в) уровень 5-летней выживаемости после лечения больных с ранним раком желудка составляет около 40%; г) встречаемость рака желудка среди старших возрастных групп выше, чем у молодых; д) заболеваемость раком желудка и ободочной кишки, по статистическим данным, одинакова. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, г
2) а, б, в
3) б, в, д
4) а, г, д
5) в, г, д

39. Каковы дооперационные критерии раннего рака желудка? а) низкая степень морфологической дифференцировки опухоли; б) глубина инвазии, ограниченная слизистой оболочкой и подслизистой основой; в) опухоли размером менее 2 см (по эндоскопическим данным); г) опухоли без признаков раковой интоксикации; д) опухоли без метастазов Вирхова и Крукенберга. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в
2) а, б
3) а, г
4) б, г
5) г, д

40. Больному после перенесенного ушивания малигнизированной перфоративной язвы желудка показано:

1) наблюдение без противоязвенной терапии
2) наблюдение с проведением противоязвенной и антихеликобактерной терапии
3) ваготомия с дренирующей желудок операцией через 2–3 месяца
4) резекция желудка через 2–3 месяца
5) гастрэктомия после обследоввания

41. Прямыми рентгенологическими признаками язвенной болезни желудка являются: а) »ниша»; б) воспалительный вал; в) конвергенция складок слизистой оболочки; г) нарушение моторики желудка; д) изменение рельефа слизистой оболочки. Выберите правильную комбинацию ответов.

1) а, б, в
2) б, в, г
3) в, г, д
4) а, г, д
5) а, б, д

42. Больной 69 лет обратился с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, нарастающую слабость, резкое снижение аппетита, работоспособности. Кожные покровы бледно-розовой окраски. В легких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько болезненный в эпигастрии. Врач заподозрил рак желудка, назначил ряд исследований. Какие находки позволяют подтвердить IV стадию заболевания? а) метастаз в область пупка; б) асцит; в) метастаз Вирхова; г) метастаз Шницлера; д) метастазы в печень. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) все ответы правильные
2) а, б
3) б, в
4) в, г
5) г, д

43. Органы, в которые неметастазирует аденокарцинома желудка:

1) яичники
2) печень
3) надключичные лимфоузлы
4) трубчатые кости бедра
5) дугласово пространство

44. У больного 70 лет опухоль с тотальным поражением желудка, полностью стенозирующая выход из желудка. Диагноз установлен с помощью ЭГДС. При поступлении взята биопсия. При УЗИ – метастазы в печени, асцит. Какой метод хирургического лечения наиболее обоснован у данного больного?

1) субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией
2) наложение гастростомы
3) гастроэнтероанастомоз
4) наложение илеостомы
5) гастродуоденоанастомоз

Заболевания кишечника

01. Основными клиническими проявлениями рака ректосигмоидного отдела прямой кишки являются: а) клиническая картина кишечной непроходимости; б) кровотечения; в) тенезмы; г) потеря в весе; д) боли во время дефекации. Выберите нужную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) в, г, д
3) б, в, г
4) а, г, д
5) б, г, д

02. К осложнениям дивертикулеза не относится:

1) дивертикулит
2) кровотечение
3) перфорация
4) свищ
5) малигнизация

03. Для болезни Гиршпрунга характерны следующие симптомы: а) запоры; б) отставание в физическом развитии; в) кишечные кровотечения; г) жидкий стул со слизью; д) расширение кишки выше аганглионарной зоны. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, г
3) б, в, д
4) а, б, д
5) все правильно

04. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать со следующими заболеваниями: а) дизентерия; б) рак прямой кишки; в) простатит; г) болезнь Крона. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в
3) в, г
4) а, в, г
5) а, б, г

05. Перечислите основные средства лечения дивертикулеза, осложненного дивертикулитом: а) прием сульфосалицилатов; б) использование гидрокортизона; в) резекция сегмента толстой кишки с дивертикулами; г) теплые микроклизмы с антисептиками; д) сифонные клизмы; е) антибиотики. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) а, г, е
4) в, г, д
5) в, д, е

06. Укажите клинические формы рака ободочной кишки: а) энтероколитическая; б) диспепсическая; в) обтурационная; г) псевдовоспалительная; д) анемическая. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в 3) а, б, в, д 5) все ответы правильные
2) а, в, г 4) б, в, г, д

07. Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки зависит от: а) локализации опухоли; б) наличия или отсутствия осложнений; в) общего состояния больного; г) наличия метастазов; д) гистологического строения опухоли. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г 3) б, в, г, д 5) все ответы правильные
2) а, б, в, г 4) а, б, г, д

08. На плановой операции по поводу рака сигмовидной кишки у больного 57 лет обнаружен одиночный метастаз в левой доле печени. Состояние больного удовлетворительное. Тактика хирурга:

1) наличие метастаза указывает, что опухоль неоперабельна, поэтому следует ограничиться наложением двуствольной сигмостомы
2) произвести обструктивную резекцию сигмы
3) произвести резекцию сигмы с наложением анастомоза и резекцию левой доли печени
4) наложить трансверзостому
5) произвести левостороннюю гемиколэктомию

09. Больной 76 лет 3 часа назад внезапно отметил острые боли в нижних отделах живота, холодный пот, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет он страдает запорами, иногда в кале бывает темная кровь и слизь. В последние полгода увеличилась продолжительность запоров, больной стал периодически ощущать вздутие живота. В течение последних 4 дней стула не было, перестали отходить газы. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 уд./мин. При перкуссии живота – тимпанит, живот умеренно вздут, значительно болезненен и напряжен в нижних отделах, больше слева, там же – положительные симптомы раздражения брюшины. Предположительный диагноз:

1) дивертикулез сигмовидной кишки с подозрением на микроперфорацию
2) рак сигмовидной кишки, обтурирующей ее просвет, перфорация, перитонит
3) заворот сигмовидной кишки
4) обтурационная толстокишечная непроходимость
5) неспецифический язвенный колит

10. В комплекс консервативных мероприятий в остром периоде неспецифического язвенного колита входят все препараты, кроме:

1) антибиотиков
2) прокинетиков
3) витаминов
4) гормональных препаратов
5) иммуностимуляторов

11. Больной 30 лет поступил с жалобами на умеренные боли по всему животу, жидкий стул до 4-х раз в сутки с кровью, гноем, слизью. Анемия, температура 38,0 °С, СОЭ – 40 мм/час. Живот умеренно вздут, болезненен по ходу толстой кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании: безболезненные геморроидальные узлы без признаков воспаления. На перчатке темная кровь. Предварительный диагноз:

1) острая дизентерия
2) рак толстой кишки
3) хронический геморрой с кровотечением
4) неспецифический язвенный колит
5) болезнь Крона

12. Больная 67 лет в течение 6 месяцев отмечает слабость, снижение аппетита, периодические боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, похудание, чередование частого стула и запоров. При анализе крови выявлена анемия. В кале иногда появляется кровь. При ирригоскопии в слепой кишке обнаружен дефект наполнения 2×3 см с неровными, бугристыми контурами. Ваш диагноз:

1) дивертикул
2) актиномикоз
3) опухоль слепой кишки
4) туберкулез
5) неспецифический язвенный колит

13. У больного 55 лет появился частый стул − до 20–30 раз в сутки, с примесью крови и слизи, температура 38,0°С, боли в левой подвздошной области, которые усиливаются при позывах к дефекации, тонус сфинктера снижен. Бактериологическое исследование кала: дизентерийных бактерий, амеб не выявлено. Ректороманоскопия – слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, имеются поверхностные, разных размеров кровоточащие язвы. При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение кишки, циркулярные спастические сокращения. Ваш диагноз:

1) дизентерия
2) болезнь Крона
3) неспецифический язвенный колит, тяжелое течение
4) амебиаз
5) дивертикулез

14. Больной 40 лет резко истощен, поступил с температурой 38°С, с жалобами на кровотечение из ануса, задержку стула в течение 5 дней, неотхождение газов. При осмотре: печень на 7–8 см ниже края реберной дуги, бугристая; при пальцевом исследовании прямой кишки на 4 см от ануса определяется плотная бугристая опухоль, контактно кровоточащая, полностью перекрывающая просвет кишки. Паховые лимфоузлы увеличены. Поставлен диагноз – рак прямой кишки с метастазами в печень и паховые лимфоузлы, с явлениями непроходимости. Предположительный объем операции:

1) пробная лапаротомия
2) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
3) левосторонняя гемиколэктомия
4) двуствольная сигмостомия
5) передняя резекция прямой кишки

15. У больной 40 лет, страдающей дивертикулезом ободочной кишки, возникли боли в левой подвздошной области, поднялась температура до 39°С, отмечалась задержка газов и стула. За медицинской помощью обратилась через 3 суток. При осмотре: в левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование без четких границ, плотное, болезненное, малоподвижное; в анализе крови – лейкоцитоз. При УЗИ: тень неоднородная по строению, с высокой акустической плотностью, в центре которой гомогенная тень с ровными контурами. Ваш диагноз:

1) перекрут кисты левого яичника
2) перфорация дивертикула с образованием абсцесса
3) левосторонний аднексит
4) рак ободочной кишки с перфорацией
5) заворот сигмовидной кишки с ее некрозом

16. В клинику поступил больной 62 лет с жалобами на выделение крови из ануса, сильное похудание, периодические запоры. Какой метод исследования можно применить для уточнения диагноза в первую очередь?

1) ирригоскопия
2) ректороманоскопия
3) колоноскопия
4) пальцевое исследование прямой кишки
5) антеградный пассаж бария по кишечнику

17. У больного 46 лет появились жалобы на жидкий стул с примесью слизи и крови, общую слабость, повышение температуры. При ректороманоскопии: на фоне отека слизистой оболочки и отсутствия сосудистого рисунка определяется контактная кровоточивость, поверхность слизистой оболочки шероховатая, видны сливающиеся эрозии и язвы. При рентгенологическом исследовании с бариевой клизмой отмечается сужение просвета, сглаживание гаустрации, нечеткость контуров, образование спикулообразных выпячиваний. Ваш диагноз:

1) полип кишки
2) неспецифический язвенный колит
3) доброкачественная опухоль
4) дивертикулез
5) хронический спастический колит

18. Больной 50 лет жалуется на недомогание, повышение температуры до субфебрильной, поносы. При физикальном исследовании: пальпируется инфильтрат в правой половине живота. При колоноскопии выявлены глубокие язвы в виде продольных щелей, слизистая оболочка между ними выглядит как «булыжная мостовая» с очагами гранулемного воспаления. В анализе крови: анемия, диспротеинемия, нарушение электролитного баланса. Ваш диагноз:

1) болезнь Крона
2) аппендикулярный инфильтрат
3) дивертикулез
4) неспецифический язвенный колит
5) полипы ободочной кишки

19. Больной 72 лет оперирован в плановом порядке по поводу опухоли слепой кишки, периодически вызывающей приступы кишечной непроходимости. При ревизии: опухоль размером 15×10 см прорастает в перитонеальную брюшину. Отмечается множество метастазов в лимфоузлах брыжейки тонкой кишки, сальника. Как хирург должен закончить операцию?

1) опухоль неоперабельна, следует произвести эксплоративную лапаротомию
2) наложить илеотрансверзоанастомоз
3) наложить цекостому
4) наложить илеостому
5) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

20. Отметьте основной рентгенологический признак рака ободочной кишки:

1) отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
2) ригидность кишечной стенки на определенном участке
3) нарушение эвакуаторной функции
4) дефект наполнения или плоская «ниша» в пределах контуров кишечной стенки
5) усиленная перистальтика кишечника

21. Выберите наиболее информативный метод рентгенологического исследования при раке ободочной кишки:

1) обзорная рентгенография брюшной полости
2) исследование пассажа по кишечнику
3) ирригоскопия
4) пневмоперитонеум и ретроперитонеум
5) селективная ангиография

22. Какие из указанных методов наиболее информативны в диагностике рака ободочной кишки? а) лапароскопия; б) селективная ангиография; в) ректороманоскопия; г) колоноскопия; д) сканирование печени. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, в, г
3) а, г, д
4) в, г
5) в, г, д

23. У больной 34 лет за два часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившийся больной. Состояние больной тяжелое, она беспокойна, мечется в постели. Выражение лица страдальческое, определяется цианоз губ. Дыхание учащено, пульс–112 уд./мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, асимметричный. В мезогастрии пальпируется эластическое болезненное образование овальной формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная резонирующая перистальтика. Определяется «шум плеска». Укажите правильный клинический диагноз:

1) опухоль нисходящей ободочной кишки, острая обтурационная кишечная непроходимость
2) разрыв аневризмы брюшного отдела аорты
3) гангренозный холецистит, возможно с перфорацией
4) заворот тонкой кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость
5) геморрагический панкреонекроз

24. Больной в течение последних трех месяцев отмечает умеренные ноющие боли в правой подвздошной области, вздутие живота, усиленное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. Около месяца беспокоят запоры, сменяющиеся жидким стулом со слизью и следами темной крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние больного тяжелое, пульс – 94 уд./мин. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется малоподвижный плотный инфильтрат. Перистальтика резонирующая. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера. Укажите правильный клинический диагноз:

1) опухоль слепой кишки, осложнившаяся обтурационной кишечной непроходимостью
2) периаппендикулярный абсцесс с прорывом в брюшную полость
3) илеоцекальная форма инвагинации
4) тромбоз верхней брыжеечной артерии
5) острая токсическая дилатация толстой кишки

25. Больной 56 лет оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. Первые признаки непроходимости появились трое суток назад. На операции выявлена опухоль в средней трети сигмовидной кишки, полностью обтурирующая просвет. Проксимальнее опухоли ободочная и подвздошная кишка резко раздуты, переполнены жидким содержимым и газами. Дистальнее опухоли – сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов не выявлено. Больному следует произвести оперативное вмешательство в следующем объеме: а) мезосигмопликация по Гаген-Торну; б) обструктивная резекция сигмовидной кишки, одноствольная колостомия (операция Гартмана); в) обходной илеосигмоанастомоз «бок в бок»; г) наложение сигмостомы; д) субтотальная колэктомия, энтеростомия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г
2) а, в
3) б, г
4) б, д
5) в, г

26. Больной 38 лет оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, разлитого серозно-фибринозного перитонита. Было выполнено ушивание перфорации, дренирование брюшной полости. На третьи сутки после операции появились вздутие живота, тошнота, была однократная рвота. Стула не было, газы не отходили. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Пульс – 88 уд./мин. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в области операции. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика вялая, единичными волнами. «Шум плеска» не определяется. По дренажам из брюшной полости отделяемого нет. При рентгенографии брюшной полости определяется пневматоз петель тонкой кишки. Укажите осложнение послеоперационного периода, развившееся у больного:

1) острое расширение желудка
2) острая спаечная кишечная непроходимость
3) послеоперационный парез кишечника
4) тромбоз мезентериальных сосудов
5) геморрагический панкреонекроз

27. Больного 67 лет в течение полугода беспокоят запоры по 3–4 дня, появление слизи и следов темной крови в кале. За двое суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула. Состояние больного средней тяжести. Живот вздут, видна перистальтика кишечника. При пальпации: живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Выслушиваются усиленные кишечные шумы. При ректальном исследовании определяется атония сфинктера, на высоте пальца патологии не выявлено. Во время выполнения сифонной клизмы в прямую кишку удается ввести не более 500,0 мл воды. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявляются множественные тонко- и толстокишечные уровни жидкости с газом над ними. Укажите правильный клинический диагноз:

1) заворот сигмовидной кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость
2) опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки, острая обтурационная кишечная непроходимость
3) неспецифический язвенный колит, токсическая дилатация толстой кишки
4) спастическая кишечная непроходимость
5) илеоцекальная инвагинация

28. Больной оперируется по поводу острой кишечной непроходимости через 12 часов с момента заболевания. На операции обнаружен заворот около 1,5 м тонкой кишки на 360°. Петля кишки с пятнами цианоза, не перистальтирует, пульсация терминальных артерий брыжейки не определяется. Укажите оптимальный вариант хирургической тактики:

1) наложить обходной анастомоз между приводящей и отводящей петлями кишки
2) выполнить новокаиновую блокаду брыжейки, ликвидировать заворот и оценить жизнеспособность кишки
3) резекция кишки до ликвидации заворота с наложением анастомоза
4) резекция кишки до ликвидации заворота с выведением еюностомы
5) новокаиновая блокада брыжейки кишки, ликвидация заворота, назоинтестинальная интубация тонкой кишки без ее резекции

29. Больная 62 лет поступила в отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. В анамнезе – аппендэктомия. Боли появились после приема растительной пищи. Состояние больной средней тяжести. Пульс–92 уд./мин. Живот умеренно вздут, отмечается западение правой подвздошной области. В проекции восходящей ободочной кишки пальпируется мягкоэластическое опухолевидное образование овальной формы. Перистальтика усилена, с резонирующим оттенком. При ректальном исследовании выявлены кровянистые выделения из прямой кишки. Выполнена ирригоскопия, определяется симптом «двузубца». Укажите правильный клинический диагноз:

1) опухоль слепой кишки, обтурационная кишечная непроходимость
2) абсцесс правой подвздошной области
3) сдавление толстой кишки кистомой яичника с развитием обтурационной кишечной непроходимости
4) илеоцекальная форма инвагинации
5) токсическая дилатация толстой кишки

30. Появление «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:

1) наличием выпота в брюшной полости
2) скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
3) скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
4) наличием свободного газа в брюшной полости
5) все перечисленное неверно

31. Больной экстренно оперирован по поводу толстокишечной непроходимости через 3 часа после начала заболевания. В анамнезе: неоднократно лечился консервативно по поводу заворота сигмовидной кишки на фоне долихосигмы. На операции выявлен заворот сигмовидной кишки на 360°. Поперечно-ободочная и нисходящая кишка раздуты, содержат жидкость и газ; подвздошная кишка – обычного диаметра. Выполнены расправление заворота, блокада брыжейки раствором новокаина, согревание кишки. Сигмовидная кишка признана жизнеспособной. Оптимальным вариантом завершения операции является: а) резекция сигмовидной кишки; б) наложение обходного илеосигмоанастомоза; в) трансанальная интубация левой половины толстой кишки; г) интестинопликация по Ноблю; д) мезосигмопликация по Гаген-Торну. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) в, г
3) а, д
4) б, д
5) в, д

32. Больная 74 лет экстренно оперирована по поводу обтурационной кишечной непроходимости. На операции в брюшной полости обнаружено около 1,5 л светло-желтого выпота. При ревизии выявлена опухоль слепой кишки с переходом на восходящую ободочную размерами 10,0×12,0 см, плотная, бугристая, неподвижная, полностью обтурирующая просвет кишки. Подвздошная кишка резко раздута жидким содержимым и газом, толстая кишка – в спавшемся состоянии. В брыжейке тонкой кишки и толстой кишки определяются увеличенные плотные лимфоузлы. В печени пальпируются очаговые образования размерами от 1,0 до 3,5 см. Больной необходимо выполнить оперативное вмешательство следующего объема: а) резекция слепой кишки; б) ограничиться ревизией брюшной полости; в) назоинтестинальная интубация; г) правосторонняя гемиколэктомия; д) обходной илеотрансверзоанастомоз. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) в, г
2) в, д
3) а, в
4) б, в
5) а, д

33. Больной 41 года шесть суток назад оперирован по поводу гангренозного аппендицита, диффузного серозно-фибринозного перитонита. Сегодня появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Консервативное лечение было неэффективным, и больной через 6 часов после болей повторно оперирован. На операции выявлено, что на расстоянии 3,0 м от связки Трейтца тонкая кишка деформирована спайками по типу «двустволки». Проксимальные отделы кишки раздуты, содержат жидкость и газ, дистальные – в спавшемся состоянии. Какой объем оперативного вмешательства необходимо выполнить? а) рассечение спаек; б) интестинопликация по Чайлдс-Филлипсу; в) интестинопликация по Ноблю; г) обходной энтеро-энтероанастомоз; д) назоинтестинальная интубация. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, д
3) а, в
4) г, д
5) в, г

34. Наиболее информативным методом инструментальной диагностики острой спаечной кишечной непроходимости является:

1) обзорная рентгенография брюшной полости
2) лапароскопия
3) ангиография
4) гастроскопия
5) колоноскопия

35. Выберите правильную тактику в начальной стадии обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости:

1) только консервативное лечение
2) экстренная операция
3) плановая операция
4) оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий
5) назогастральная интубация

36. Для заворота сигмовидной кишки характерны следующие симптомы, кроме:

1) схваткообразных болей
2) асимметрии живота
3) «шума плеска»
4) симптома Цеге фон Мантейфеля
5) диареи

37. Консервативное лечение обтурационной кишечной непроходимости заключается в следующем: а) декомпрессия желудка; б) сифонная клизма; в) коррекция водно-электролитных нарушений; г) введение промедола; д) введение препаратов, усиливающих моторику кишечника Выберите правильное сочетание ответов:

1) а, б, в
2) б, в, г
3) а, в, д
4) а, б, г
5) б, в, д

38. При осмотре больного 53 лет, предъявляющего жалобы на боль в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры тела, Вы обнаружили положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Воскресенского. О каком заболевании можно думать?

1) остром холецистите
2) остром панкреатите
3) почечной колике
4) остром аппендиците
5) кишечной непроходимости

39. Какие симптомы наиболее характерны для острого деструктивного аппендицита с местным перитонитом? а) »доскообразный» живот; б) симптом «токсических ножниц»; в) внезапное усиление болей в эпигастральной области; г) положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области; д) исчезновение печеночной тупости. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д
2) б, г
3) в, г
4) а, д
5) в, д

40. Больной 46 лет предъявляет жалобы на боли в животе, тошноту, повышение температуры тела до 37,8°С. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс – 96 уд./мин, удовлетворительный. Живот при пальпации болезненный, напряжен в правой подвздошной области. Здесь же определяется симптом Щеткина-Блюмберга, положительные симптомы Ровзинга, Ситковского. Лейкоциты крови $10,8 \cdot 10^9$/л. Укажите правильный диагноз:

1) острый аппендицит
2) острый холецистит
3) почечная колика справа
4) острый панкреатит
5) пилефлебит

41. При осмотре больного Вы поставили диагноз: острый аппендицит без явлений перитонита. Для выполнения аппендэктомии оптимальным доступом будет:

1) доступ по Кохеру
2) доступ по Пфаненштилю
3) нижнесрединная лапаротомия
4) доступ Волковича-Дьяконова
5) доступ по Пирогову

42. У больного 80 лет, находящегося в терапевтическом отделении по поводу повторного инфаркта миокарда, Вы диагностировали острый флегмонозный аппендицит. Выберите правильную хирургическую тактику:

1) консервативное лечение, антибактериальная терапия
2) аппендэктомия в экстренном порядке доступом Волковича-Дьяконова
3) необходимо произвести лапароскопию, при подтверждении диагноза установить дренаж для введения антибиотиков
4) выполнить операцию из нижнесреднего доступа
5) оперативное лечение следует предпринять только в случае прогрессирования перитонита

43. Больной 28 лет жалуется на боли в правой подвздошной области, которые начались 12 часов тому назад в эпигастрии и в последующем сместились в правую подвздошную и мезогастральную область. Общее состояние больного – удовлетворительное. Температура – 37,7°С, пульс – 96 уд./мин, ритмичный, удовлетворительный. Язык влажный, обложен по краям. Живот – мягкий. Небольшая болезненность в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Болезненность в области треугольника Пти, здесь же определяется ригидность мышц. Симптомы Пастернацкого, Образцова (псоас-симптом) – положительные. Анализ крови: лейкоциты – 11,8 10^9/л, палочкоядерный сдвиг 9%. Анализ мочи: удельный вес – 1016, свежие эритроциты 3–4 в поле зрения. Выберите наиболее вероятный диагноз:

1) острый аппендицит с ретроцекальным расположением червеобразного отростка
2) правосторонняя почечная колика
3) острый гастродуоденит
4) правосторонний пиелонефрит
5) опухоль правой половины ободочной кишки

44. При проведении дифференциального диагноза между острым холециститом и острым аппендицитом с высоким расположением червеобразного отростка наиболее информативными будут следующие инструментальные методы обследования: а) обзорная рентгенография органов брюшной полости; б) УЗИ органов брюшной полости; в) пероральная холецистография; г) лапароцентез; д) лапароскопия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, б, в
3) б, д
4) б, в, г, д
5) г, д

45. Вы оперируете больного 31 года по поводу острого аппендицита. При вскрытии брюшной полости установлено, что имеется острый флегмонозный аппендицит, купол слепой кишки не изменен. Выберите наиболее рациональный способ обработки культи червеобразного отростка после выполнения аппендэктомии:

1) перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи в кисетный шов
2) перевязка кетгутовой лигатурой с последующим погружением культи в кисетный шов
3) обработка культи отсеченного отростка коагулятором без погружения в купол слепой кишки
4) погружение культи червеобразного отростка в кисетный шов без предварительной перевязки
5) погружение неперевязанной культи отростка отдельными узловыми шелковыми швами

46. У больного 30 лет, оперированного по поводу острого аппендицита, по вскрытии брюшной полости разрезом по Волковичу-Дьяконову обнаружено, что червеобразный отросток не изменен. Подвздошная кишка на протяжении 60 см от илеоцекального угла резко отечна, гиперемирована, в брыжейке ее определяются точечные кровоизлияния и увеличенные лимфоузлы. Диагностирована болезнь Крона. Определите дальнейшие действия хирурга: а) произвести аппендэктомию, ушить операционную рану наглухо; б) выполнить резекцию пораженного участка тонкой кишки и аппендэктомию; в) воздержаться от аппендэктомии, осуществить блокаду брыжейки тонкой кишки новокаином с добавлением антибиотиков; г) ввести в брюшную полость через контрапертуру микроирригатор для дальнейшего введения антибиотиков; д) произвести срединную лапаротомию для детальной оценки состояния кишечника. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, д
3) в, г
4) а, в, г
5) а, б, г

47. Вы оперируете больную 25 лет с предположительным диагнозом: острый флегмонозный аппендицит. На операции выявлено, что в правой подвздошной ямке и в малом тазу имеется серозный выпот без запаха. Червеобразный отросток длиной около 10 см – утолщен, гиперемирован, без налета фибрина. Ваши действия и их последовательность:

1) выполнить аппендэктомию
2) осуществить ревизию органов малого таза и терминального отдела подвздошной кишки
3) произвести ревизию терминального отдела подвздошной кишки, органов малого таза и при отсутствии патологии со стороны других органов – аппендэктомию
4) учитывая невыраженность воспалительных изменений в червеобразном отростке, ограничиться оставлением микроирригатора для введения антибиотиков
5) произвести аппендэктомию и дренирование малого таза

48. Вы оперируете больного 25 лет по поводу острого флегмонозного аппендицита из доступа по Волковичу-Дьяконову. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что в правой подвздошной ямке имеется незначительное количество выпота соломенного цвета. В рану удалось вывести купол слепой кишки с основанием червеобразного отростка. Последний утолщен, гиперемирован, с налетом фибрина. Однако верхушка червеобразного отростка не выводится. Ваши дальнейшие действия:

1) необходимо рассечь париетальную брюшину правого латерального канала и выделить червеобразный отросток
2) произвести ретроградную аппендэктомию
3) осуществить дренирование брюшной полости
4) выполнить срединную лапаротомию с последующей аппендэктомией
5) поставить тампоны к предполагаемому месту расположения верхушки отростка

49. При проведении дифференциального диагноза у больной 26 лет между острым аппендицитом (тазовое расположение) и прервавшейся внематочной беременностью следует принимать во внимание следующие моменты: а) жалобы и данные анамнеза; б) показатели гемоглобина; в) результаты пункции заднего свода влагалища; г) наличие симптома Кулленкампфа; д) результаты влагалищного и ректального исследования. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, б, в
3) а, б, в, г
4) а, б, в, д
5) все ответы правильные

50. Больная 24 лет жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью около 5 часов. В течение последнего получаса боли переместились в правую подвздошную область, температура тела – 37,6°С. Какой диагноз наиболее вероятен?

1) острый пиелонефрит
2) острый правосторонний аднексит
3) острый аппендицит
4) разрыв овариальной кисты
5) нарушенная внематочная беременность

51. При проведении дифференциального диагноза между острым аппендицитом и прикрытой перфорацией 12-перстной кишки необходимо применить следующие методы обследования: а) гастродуоденоскопию; б) обзорную рентгеноскопию брюшной полости; в) УЗИ брюшной полости; г) лапароскопию; д) ирригоскопию. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, д
3) а, б, г
4) б, д
5) все ответы правильные

52. У больного пять дней назад появились боли в эпигастральной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Больной принимал тетрациклин и анальгин, обратился к врачу на пятый день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больного – удовлетворительное. Температура – 37,4°С, пульс – 88 уд./мин. В правой подвздошной области пальпируется образование 12 8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Лейкоциты крови 11,0 10^9/л. О каком заболевании можно думать?

1) опухоль слепой кишки
2) терминальный илеит
3) аппендикулярный инфильтрат
4) туберкулез
5) ущемленная правосторонняя паховая грыжа

53. Больной 26 лет оперирован по поводу острого аппендицита через 17 часов после начала заболевания доступом в правой подвздошной области. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота. Укажите дальнейшие действия хирурга:

1) нижне-срединная лапаротомия, санация брюшной полости, дренирование обоих латеральных каналов и полости малого таза
2) аппендэктомия, осушение брюшной полости, дренирование правой подвздошной ямки через рану
3) аппендэктомию не производить, тампонада и дренирование правой подвздошной ямки
4) аппендэктомия, ушить наглухо операционную рану
5) аппендэктомия, лапаротомия

54. Больной 27 лет оперирован по поводу острого аппендицита. На операции: флегмонозно измененный отросток и мутный выпот в правой подвздошной области. Хирург ограничился только удалением червеобразного отростка. На 6 день после операции у больного появились умеренные боли в прямой кишке, болезненное мочеиспускание. При ректальном исследованиии выявлено выбухание передней стенки прямой кишки, гомогенное, плотное, умеренно болезненное. Температура тела 37,2 °С, лейкоциты крови 9,1 $\times 10^9$/л. О каком осложнении можно думать?

1) разлитом перитоните
2) пиелоцистите
3) абсцессе правой подвздошной ямки
4) поддиафрагмальном абсцессе
5) воспалительном инфильтрате в дугласовом пространстве

55. У больной 34 лет на 7 день после операции по поводу флегмонозно-гангренозного аппендицита появились ознобы, боли в прямой кишке, тенезмы. При ректальном исследовании обнаружен инфильтрат в малом тазу. Через 3 дня после проведенного лечения, включавшего теплые ромашковые клизмы и антибиотики, состояние больной не улучшилось. При ректальном исследовании отмечено размягчение инфильтрата. Температура приняла гектический характер. Ваш диагноз:

1) пиелонефрит
2) тубоовариальный абсцесс
3) абсцесс дугласова пространства
4) перитонит
5) пилефлебит

56. У больной 30 лет на 7 день после операции по поводу острого гангренозного аппендицита с тазовым расположением отростка типичным доступом диагностирован тазовый абсцесс. Ваша лечебная тактика:

1) лапаротомия, санация брюшной полости
2) дренирование абсцесса через послеоперационную рану в подвздошной области
3) дренирование абсцесса через задний свод влагалища
4) консервативная терапия, включая антибиотики
5) пункция абсцесса через переднюю брюшную стенку под контролем ультразвука

57. У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки абсцедирования инфильтрата. Укажите наиболее эффективный способ дренирования гнойника:

1) вскрыть абсцесс доступом в правой подвздошной области, тампонада и дренирование полости абсцесса, аппендэктомию производить не следует
2) произвести аппендэктомию из доступа в правой подвздошной области и установить микроирригатор в брюшную полость для инфузии антибиотиков
3) лапаротомия, аппендэктомия, дренирование брюшной полости
4) дренировать абсцесс под контролем УЗИ
5) вскрыть абсцесс через задний свод влагалища

58. У больного, оперированного по поводу перфоративного аппендицита с местным перитонитом, на 7 сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, ознобы. При рентгеноскопии обнаружен выпот в правом плевральном синусе, высокое стояние правого купола диафрагмы и ограничение его подвижности. При ультразвуковом исследовании в поддиафрагмальном пространстве выявлено объемное образование, содержащее жидкость. О каком заболевании можно думать?

1) правосторонняя пневмония
2) поддиафрагмальный абсцесс
3) острый холецистит
4) острый панкреатит
5) киста печени

59. У больного 59 лет трое суток назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли в животе стихли. На следующий день боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Пульс − 128 уд./мин. Язык сухой. Живот болезненный и напряженный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга − положительный по всему животу. Лейкоцитоз – 18,6 10^9/л. О каком заболевании можно думать?

1) острый перфоративный аппендицит, разлитой перитонит
2) пилефлебит
3) перфоративная язва желудка
4) пищевая токсикоинфекция
5) деструктивный холецистит

60. Больная 56 лет оперирована по поводу острого аппендицита через 72 часа после начала заболевания. На операции: в правой подвздошной ямке имеется воспалительный конгломерат, состоящий из слепой кишки, петель тонкого кишечника и большого сальника. Хирург попытался разделить конгломерат, но червеобразный отросток не нашел. Ваша дальнейшая тактика:

1) продолжить разделение тупым и острым путем воспалительного инфильтрата для поиска отростка
2) установить дренаж в малый таз, аппендэктомию не производить, ушить операционную рану наглухо
3) ограничиться диагностической ревизией
4) произвести резекцию слепой кишки с отростком и припаянными петлями тонкой кишки
5) ввести в брюшную полость через рану отграничивающие тампоны и дренаж, аппендэктомия в плановом порядке через 4–6 месяцев

61. У больного на третьи сутки после операции аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита развилась картина гнойной интоксикации, гипертермия. При осмотре живота имеет место метеоризм, болезненность его правой половины без перитонеальных симптомов. На 8 сутки у больного развилась желтуха, отмечены гепатомегалия, явления почечной недостаточности, высокая температура с ознобами. Ваш диагноз:

1) холедохолитиаз
2) пилефлебит
3) пиелонефрит
4) абсцесс брюшной полости
5) энтероколит

62. Развитие пилефлебита наиболее вероятно при одной из следующих форм острого аппендицита:

1) катаральном
2) флегмонозном
3) флегмонозно-язвенном
4) гангренозном с переходом некротического процесса на брыжейку отростка
5) аппендикулярном инфильтрате

63. Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме:

1) перфорации дивертикула Меккеля
2) деструктивного аппендицита
3) стеноза большого дуоденального соска
4) рихтеровского ущемления грыжи
5) острой кишечной непроходимости

64. Для поздней стадии перитонита характерно все перечисленное, кроме:

1) вздутия живота
2) гиповолемии
3) исчезновения кишечных шумов
4) гипопротеинемии
5) усиленной перистальтики

65. Как устанавливается диагноз общего перитонита до операции?

1) рентгенологически
2) анамнестически
3) лабораторным определением признаков воспалительной реакции
4) по клиническим признакам
5) по ультразвуковым данным

66. К осложнениям острого перитонита относятся шок, сепсис, шоковое легкое, пневмония, а также:

1) печеночно-почечная недостаточность
2) гиперкоагуляция
3) диспротеинемия
4) острое расширение желудка
5) тромбоэмболия легочной артерии

67. Какие фазы развития перитонита Вы знаете? а) реактивная; б) функциональная недостаточность паренхиматозных органов; в) терминальная; г) токсическая; д) необратимых изменений. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г
2) б, в, г, д
3) а, в, г
4) б, в, г
5) б, в, д

68. Укажите дополнительный метод лечения острого гнойного перитонита, часто применяемый в послеоперационном периоде:

1) дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией
2) гемосорбция
3) санационная релапаротомия
4) эндолимфатическое введение антибиотиков
5) локальная внутрижелудочная гипотермия

69. У больного 70 лет с недостаточностью кровообращения II–III степени имеется картина разлитого перитонита 5-суточной давности. Какова лечебная тактика?

1) срочная операция после 24-часовой подготовки
2) экстренная операция после введения сердечных средств
3) экстренная операция после кратковременной 2–3-часовой предоперационной подготовки
4) операция после полной ликвидации дефицита компонентов ОЦК, электролитов, белка
5) экстренная операция сразу после установления диагноза

70. Оптимальный путь введения антибиотиков у больных с разлитым перитонитом в послеоперационном периоде: а) подкожно; б) внутримышечно; в) внутривенно; г) внутриартериально; д) внутрибрюшинно. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) б, в, г
3) а, в, г, д
4) а, г, д
5) в, г, д

Заболевания прямой кишки

01. Клиническими симптомами рака прямой кишки являются: а) выделения из заднего прохода слизи и гноя; б) тенезмы; в) ректальные кровотечения; г) запоры; д) похудание; е) схваткобразные боли внизу живота. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) а, б, д
3) в, д, е
4) д, г, е
5) а, в, д

02. Наиболее частой гистологической формой ампулярного рака прямой кишки является:

1) недифференцированный
2) плоскоклеточный
3) слизистый
4) аденокарцинома
5) солидный

03. Наиболее частой локализацией рака прямой кишки является:

1) анальный отдел
2) нижнеампулярный
3) среднеампулярный
4) верхнеампулярный
5) ректосигмоидный

04. Какой клинический признак исключает возможность радикального оперативного вмешательства при раке прямой кишки?

1) асцит
2) острая толстокишечная непроходимость
3) пальпируемая опухоль
4) анемия
5) кровотечение из прямой кишки

05. Среди факторов, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита, самым частым является:

1) геморрой
2) повреждение слизистой оболочки прямой кишки при медицинских манипуляциях
3) микротравмы слизистой оболочки прямой кишки
4) огнестрельные ранения прямой кишки
5) воспалительные заболевания соседних с прямой кишкой органов.

06. Какие методы лечения следует применять при остром парапроктите? а) массивная антибактериальная терапия; б) физиотерапевтическое лечение; в) экстренная операция; г) плановая операция. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, г
3) а, б, г
4) б, в
5) а, в

07. С какими заболеваниями следует дифференцировать острый парапроктит: а) карбункул ягодицы; б) флегмона ягодицы; в) абсцесс предстательной железы; г) нагноение копчиковых кист; д) бартолинит. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) в, д
3) г
4) все неправильно
5) все правильно

08. При лечении острого парапроктита необходимо придерживаться следующих принципов: а) ранняя операция; б) адекватное вскрытие и санация гнойного очага; в) иссечение внутреннего отверстия; г) адекватное дренирование. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, б, г
3) а, в
4) б, г
5) все ответы правильные

09. Какие из перечисленных мероприятий используют для профилактики острого парапроктита? а) очистительные клизмы; б) лекарственные клизмы; в) солевые слабительные; г) лечение сопутствующих проктологических и желудочно-кишечных заболеваний; д) отказ от пользования после дефекации бумагой в пользу обмывания промежности. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, в, г
3) б, в, д
4) б, г, д
5) все ответы правильные

10. Для хронического парапроктита наиболее характерным признаком является:

1) гематурия
2) наличие свищевого отверстия на коже промежности
3) выделение алой крови в конце акта дефекации
4) боли внизу живота
5) диарея

11. Для исследования свищей прямой кишки применяется:

1) наружный осмотр и пальпация
2) пальцевое исследование прямой кишки
3) прокрашивание свищевого хода и зондирование
4) фистулография
5) все перечисленное

12. Для геморроя типичны следующие симптомы:

1) частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела;
2) сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры
3) неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа «овечьего»
4) постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острых блюд, зуд анальной области
5) выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов

13. Для трещины прямой кишки характерен следующий симптомокомплекс:

1) умеренная боль в анальной области, усиливающаяся в момент дефекации, провоцируемая приемом алкоголя и острых блюд, зуд анальной области, обильное кровотечение после актадефекации
2) чувство неполного опорожнения при акте дефекации, ленточный кал, окрашенный кровью, тенезмы, неустойчивый стул, выделение слизи, нередко – однократной порции темной крови
3) неустойчивый стул, чувство тяжести в тазовой области, кал обычной конфигурации, с темной или алой кровью, кал «овечьего» типа, вздутый живот
4) частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, иногда профузные поносы, возможна температурная реакция
5) сильнейшая боль после акта дефекации, кровотечение в виде 2–3 капель крови после акта дефекации, стулобоязнь, хронические запоры

14. Наиболее распространенным методом лечения хронического геморроя является:

1) хирургический – геморроидэктомия
2) консервативный – диета, свечи, микроклизмы
3) склерозирующая терапия
4) лигирование латексом, шелком
5) физиотерапия

15. Укажите часто встречающуюся клинико-анатомическую форму парапроктита:

1) подкожный парапроктит
2) подслизистый парапроктит
3) седалищно-прямокишечный
4) тазово-прямокишечный
5) межмышечный парапроктит

16. Операцию по поводу острого парапроктита лучше всего проводить

1) под внутривенным наркозом
2) под местной анестезией
3) с применением сакральной анестезии
4) под перидуральной анестезией
5) с использованием любого вида обезболивания, кроме местной анестезии.

17. В случае лечения по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях, рациональнее всего:

1) назначить слабительные (сернокислую магнезию), свинцовые примочки, внутрь эскузан или аспирин, свечи с красавкой
2) сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы
3) назначить анальгетики, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, диету
4) удалить тромбированные узлы
5) применить склерозирующую терапию

18. Эпителиальный копчиковый ход:

1) связан с крестцом
2) связан с копчиком
3) оканчивается слепо в подкожной клетчатке межягодичной области
4) расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца
5) сообщается с просветом прямой кишки

19. Консервативная терапия при острой анальной трещине предусматривает:

1) нормализацию стула
2) лечебные клизмы
3) снятие спазма сфинктера
4) местное применение средств, способствующих заживлению раневой поверхности
5) все перечисленное

20. Наличие инородного тела в прямой кишке может проявляться:

1) кишечной непроходимостью
2) кровотечением
3) болями в прямой кишке и чувством распирания
4) повышением температуры и развитием воспалительного процесса в параректальной клетчатке
5) всеми перечисленными симптомами

21. У больной предполагается рак ампулярного отдела прямой кишки. При пальцевом исследовании опухоли достигнуть не удается. Какую диагностическую манипуляцию следует применить?

1) колоноскопию
2) ирригоскопию
3) ректороманоскопию
4) лапароскопию
5) УЗИ брюшной полости

22. Определите зону наиболее частого метастазирования анального рака прямой кишки:

1) печень
2) легкие
3) кости позвоночника
4) паховые лимфоузлы
5) лимфоузлы по ходу аорты

23. У больного 40 лет диагностирован рак прямой кишки на расстоянии 10 см от ануса, обтурирующий просвет и метастазы в правой доле печени. Какова тактика лечения?

1) эндоскопическая «реканализация» опухоли
2) паллиативная передняя резекция прямой кишки
3) двуствольная сигмостомия
4) брюшно-анальная экстирпация прямой кишки и резекция доли печени
5) лучевая и симптоматическая терапия

24. У больной 87 лет – рак нижнеампулярного отдела прямой кишки с признаками обтурационной непроходимости. Опухоль операбельная. Отдаленных метастазов нет. Какова лечебная тактика?

1) брюшнопромежностная экстирпация
2) лучевая терапия
3) двуствольная сигмостомия
4) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмы
5) промежностная ампутация прямой кишки

25. Для выявления отдаленных метастазов при раке прямой кишки применяются методы исследования: а) лапароскопия; б) УЗИ брюшной полости; в) рентгенография грудной клетки; г) компьютерная томография; д) рентгенография позвоночника. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, г
3) б, г, д
4) а, г, д
5) все ответы правильные

Заболевания желчных путей и печени

01. Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита:

1) растворение конкрементов литолитическими препаратами
2) микрохолецистостомия
3) дистанционная волновая литотрипсия
4) холецистэктомия
5) комплексная консервативная терапия

02. Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадиирующими в лопатку. В анамнезе: хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. Ваш диагноз:

1) эмпиема желчного пузыря
2) рак головки поджелудочной железы
3) водянка желчного пузыря
4) острый перфоративный холецистит
5) эхинококкоз печени

03. Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

1) выраженный диспепсический синдром
5) длительный анамнез
3) сопутствующие изменения печени
4) наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита
5) наличие конкрементов в желчном пузыре

04. Больной 76 лет поступил в клинику на седьмые сутки после начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повторную рвоту, повышение температуры тела до 38°С. При осмотре: общее состояние средней тяжести, бледен. Пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, в правом подреберье отмечается напряжение мышц брюшной стенки. Больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Какой метод лечения предпочтителен?

1) экстренная холецистэктомия
2) срочная холецистэктомия
3) срочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопии как окончательный этап
4) дистанционная литотрипсия
5) срочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопии с последующей отсроченной холецистэктомией

05. Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

1) рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
2) холедохолитиаз
3) рак головки поджелудочной железы
4) эхинококкоз печени
5) метастазы в печень опухолей различной локализации

06. Больная 56 лет, длительное время страдающая желчнокаменной болезнью, поступила на 3-и сутки от начала обострения заболевания. Проведение комплексной консервативной терапии не привело к улучшению состояния больной. В процессе наблюдения отмечены: значительное вздутие живота, схваткообразный характер болей, повторная рвота с примесью желчи. При аускультации выявлена усиленная перистальтика. При рентгенографии брюшной полости пневматоз тонкой кишки, аэрохолия. Диагноз:

1) острый деструктивный панкреатит
2) острый деструктивный холецистопанкреатит
3) динамическая непроходимость кишечника
4) желчнокаменная кишечная непроходимость
5) острый гнойный холангит

07. Какое сочетание клинических симптомов соответствует синдрому Курвуазье?

1) увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой
2) увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки
3) желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перитонеальные явления
4) отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости
5) выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия

08. Какова хирургическая тактика при установленном диагнозе желчнокаменной непроходимости кишечника?

1) комплексная консервативная терапия в условиях реанимационного отделения
2) терапия в сочетании с эндоскопической декомпрессией тонкой кишки
3) срочное хирургическое вмешательство: холецистэктомия с разделением билиодигестивного свища, энтеротомия, удаление конкремента
4) срочное хирургическое вмешательство: энтеротомия, удаление желчного конкремента
5) паранефральная блокада в сочетании с сифонной клизмой

09. Больной 70 лет оперирован в плановом порядке по поводу калькулезного холецистита. При интраоперационной холангиографии патологии не выявлено. На 3-и сутки после операции отмечено появление желтухи, боли в области операции. Диагноз:

1) нагноение послеоперационной раны
2) острый послеоперационный панкреатит
3) интраоперационная травма желчных протоков
4) рубцовая стриктура холедоха
5) внутрибрюшное кровотечение

10. Больной 70 лет страдает частыми приступами калькулезного холецистита с выраженным болевым синдромом. В анамнезе: два инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь IIIБ стадии. Два месяца назад перенес расстройство мозгового кровообращения. В настоящее время поступил с клиникой острого холецистита. Какой метод лечения следует предпочесть?

1) отказаться от хирургического лечения, проводить консервативную терапию
2) холецистэктомия под интубационным наркозом
3) холецистэктомия под перидуральной анестезией
4) хирургическая холецистостомия
5) дистанционная волновая литотрипсия

11. Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным и безопасным при интенсивной длительной желтухе?

1) внутривенная инфузионная холангиография
2) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
3) чрескожная чреспеченочная холангиография
4) УЗИ
5) пероральная холецистохолангиография

12. Больная 62 лет оперирована по поводу хронического калькулезного холецистита. Произведена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. В течение первых суток после операции отмечено снижение артериального давления, уровня гемоглобина, бледность кожных покровов, тахикардия. Какое послеоперационное осложнение следует заподозрить?

1) инфаркт миокарда
2) тромбоэмболия легочной артерии
3) острый послеоперационный панкреатит
4) динамическая кишечная непроходимость
5) внутрибрюшное кровотечение

13. Больная 55 лет, перенесшая 2 года назад холецистэктомию, поступила с клинической картиной механической желтухи. При ретроградной панкреатохолангиографии выявлен холедохолитиаз. Какой метод лечения предпочтителен?

1) эндоскопическая папиллосфинктеротомия
2) комплексная консервативная терапия
3) трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
4) холедохотомия с наружным дренированием холедоха
5) экстракорпоральная литотрипсия

14. Больной 67 лет поступил в клинику с картиной механической желтухи, которая длится в течение 1 месяца. При обследовании выявлен рак головки поджелудочной железы без отдаленных метастазов. Больной страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. Какой вид лечения предпочтителен?

1) холецистостомия под контролем УЗИ
2) панкреатодуоденальная резекция в один этап
3) наложение билиодигестивного анастомоза
4) декомпрессия желчных путей, после разрешения желтухи – панкреатодуоденальная резекция
5) симптоматическая консервативная терапия

15. У больной, перенесшей эндоскопическую папиллосфинктеротомию, выражен болевой синдром в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу, повторная рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки. Выражен лейкоцитоз и увеличен уровень амилазы сыворотки. О каком осложнении следует думать?

1) перфорация 12-перстной кишки
2) острый холангит
3) желудочно-кишечное кровотечение
4) острый панкреатит
5) непроходимость кишечника

16. Какое исследование наиболее информативно для диагностики калькулезного холецистита?

1) пероральная холецистохолангиография
2) лапароскопия
3) обзорный рентгеновский снимок брюшной полости
4) УЗИ
5) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

17. Какое сочетание симптомов наиболее характерно для холангита? а) желтуха; б) лихорадка; в) анемия; г) лейкоцитоз; д) асцит. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в 3) в, г, д 5) б, в, д
2) а, б, г 4) б, д

18. Больной 64 лет поступил с клинической картиной острого калькулезного холецистита, что было подтверждено данными УЗИ. Начата консервативная терапия, на фоне которой через 6 часов после поступления резко усилились боли в правом подреберье, распространившиеся по всему животу. При осмотре: состояние тяжелое, бледен, тахикардия. Отмечаются напряжение мышц живота и перитонеальные явления во всех его отделах. О каком осложнении следует думать?

1) острый деструктивный панкреатит
2) подпеченочный абсцесс
3) перфорация желчного пузыря, перитонит
4) желчнокаменная непроходимость кишечника
5) тромбоз мезентериальных сосудов

19. Больной 58 лет произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, извлечены конкременты из холедоха. На 2-е сутки после вмешательства отмечены повторная мелена, бледность кожных покровов, снижение артериального давления. О каком осложнении следует думать?

1) острый панкреатит
2) перфорация 12-перстной кишки
3) холангит
4) кровотечение из области вмешательства
5) острая кишечная непроходимость

20. У больного 40 лет, длительно страдающего хроническим рецидивирующим панкреатитом, на фоне очередного обострения появилась желтуха. По данным УЗИ – увеличение головки поджелудочной железы, билиарная гипертензия, при ЭРХПГ выявлен стеноз терминального отдела холедоха до 2 мм на протяжении 3 см, проксимальнее проток расширен до 18 мм. Какое оперативное вмешательство следует предпочесть?

1) трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
2) супрадуоденальная холедоходуоденостомия
3) эндоскопическая папилосфинктеротомия
4) гепатикоеюностомия
5) операция Микулича

21. Во время операции по поводу калькулезного холецистита при интраоперационной холангиографии выявлено расширение желчевыводящих путей, сброс контраста в 12-перстную кишку замедлен, высказано предположение о наличии конкрементов. Какой метод интраоперационного обследования является наиболее информативным для подтверждения диагноза?

1) пальпация желчного протока
2) трансиллюминация
3) зондирование протоков
4) фиброхолангиоскопия
5) ревизия корзинкой Дормиа

22. Больной 28 лет поступил с иктеричностью склер и кожных покровов, появление желтухи отметил 4 дня назад. В течение последних 2-х недель – слабость, повышенная утомляемость, боли в суставах. При пальпации: умеренное увеличение печени, незначительная болезненность в правом подреберье, в биохимическом анализе крови – билирубинемия до 68 мкмоль/л за счет прямой фракции, АСТ – 204, АЛТ – 189, ЩФ – 145. При УЗИ изменений печени, желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы не обнаружено. Ваш диагноз:

1) механическая желтуха вследствие холедохолитиаза
2) цирроз печени
3) инфекционный гепатит
4) синдром Жильбера
5) гемохроматоз

23. Через 12 суток после холецистэктомии и холедохотомии с удалением конкрементов по дренажу Кера продолжает поступать до 1 литра желчи в сутки. При фистулографии выявлен конкремент устья холедоха. Вмешательство, с которого следует начать лечение:

1) повторная лапаротомия с целью извлечения конкремента
2) проведение литолитической терапии через дренаж
3) дистанционная волновая литотрипсия
4) эндоскопическая папиллосфинктеротомия
5) чрескожное чреспеченочное эндобилиарное вмешательство

24. У больной 47 лет, перенесшей 6 месяцев назад срочную холецистэктомию, через 3 месяца после операции появилась интермиттирующая желтуха, периодически отмечается гипертермия до 38°С с ознобами. В клинику поступила в тяжелом состоянии с интенсивной желтухой (общий билирубин – 285 мкмоль/л), лихорадкой до 40°С, сопровождавшейся ознобами и проливными потами. При ЭРПХГ обнаружена стриктура общего печеночного протока в области культи пузырного протока до 2 мм. Вмешательство, наиболее предпочтительное в данной ситуации:

1) эндоскопическая папиллосфинктеротомия
2) гепатикоеюностомия
3) эндоскопическое проведение назобилиарного дренажа выше стриктуры
4) холедоходуоденостомия
5) чрескожная чреспеченочная гепатикостомия

25. Больной 62 лет переведен из инфекционной больницы с диагнозом механической желтухи. Проведение комплекса лабораторно-инструментальных исследований выявило, что причиной желтухи являются объемные изменения поджелудочной железы, характер которых не вполне ясен. Какой из лабораторных показателей наиболее информативен для дифференциальной диагностики хронического панкреатита и рака поджелудочной железы?

1) показатели СОЭ
2) уровень активности щелочной фосфатазы
3) активность панкреатических ферментов
4) показатели опухолевого маркера СА-19-9
5) результаты копрологического исследования

26. На 7 сутки после холедохолитотомии и дренирования холедоха по Керу выпал дренаж. Желчеистечение − умеренное по ходу дренажа, болей в животе нет, живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. Ваши действия:

1) экстренная операция – повторное дренирование протока
2) лапароскопия с диагностической и лечебной целью
3) наблюдение за больным, УЗИ-контроль
4) попытаться ввести дренаж вслепую
5) фистулография

27. Какое из указанных обстоятельств является противопоказанием для наложения микрохолецистостомы?

1) внутрипеченочное расположение желчного пузыря
2) пожилой и старческий возраст больных
3) перфоративный холецистит с развитием перитонита
4) отсутствие конкрементов в желчном пузыре
5) развитие эмпиемы желчного пузыря

28. Больному 42 лет с предположительным диагнозом холедохолитиаз, механическая желтуха была произведена операция. На операции патологических изменений желчевыводящих путей и желчного пузыря не выявлено. Обнаружена увеличенная печень красно-коричневого цвета. Поставлен диагноз: гепатит. Какие лечебные мероприятия целесообразны?

1) наружное дренирование желчных протоков
2) холецистостомия
3) десимпатизация печеночной артерии
4) ничего не предпринимать, рану ушить
5) холецистэктомия, дренирование брюшной полости

29. Больная 43 лет, длительно страдающая калькулезным холециститом, поступила в клинику с болями в правом подреберье, эпигастрии опоясывающего характера. Отмечает повторную рвоту. Состояние средней тяжести, иктеричность склер и кожных покровов. Тахикардия, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез кишечника. Из лабораторных данных обращают на себя внимание лейкоцитоз и высокий уровень амилазы крови. Какой из методов инструментального исследования следует применить в первую очередь?

1) лапароскопия
2) эндоскопическая ретроградная холангиография
3) чрескожная чреспеченочная холангиография
4) спленопортография
5) селективная ангиография ветвей чревного ствола

30. Больная 56 лет поступила с клинической картиной острого холецистита. Больна в течение 2 дней. При УЗИ обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре, воспалительно-инфильтративные изменения стенки последнего. Патологических изменений желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какую тактику следует выбрать?

1) холецистэктомия в срочном порядке
2) консервативная терапия
3) микрохолецистостомия под контролем УЗИ
4) наложение хирургической холецистостомы
4) дистанционная волновая литотрипсия

31. Больная 32 лет поступила для планового хирургического лечения по поводу хронического калькулезного холецистита. При ультразвуковом исследовании – множественные конкременты в полости желчного пузыря, стенка его не изменена. Патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какой способ хирургического лечения следует предпочесть?

1) холецистолитотомия с сохранением желчного пузыря
2) лапароскопическая холецистэктомия
3) микрохолецистостомия и санация желчного пузыря под контролем УЗИ
4) холецистэктомия традиционным хирургическим доступом
5) дистанционная волновая литотрипсия

32. Больная 45 лет поступила через 3 суток после начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, однократную рвоту. При пальпации определяется мышечный дефанс и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье. Температура 38° С, лейкоцитоз – до 14 10^9/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. При УЗИ – острый калькулезный холецистит с наличием свободной жидкости в подпеченочном пространстве. Наиболее правильной тактикой в данной ситуации будет являться:

1) экстренная холецистэктомия
2) консервативная терапия, динамическое наблюдение
3) экстренная лапароскопия
4) эндоскопическая ретроградная холангиография
5) микрохолецистостомия под контролем УЗИ

33. Причиной развития механической желтухи у больного может быть все нижеперечисленное, кроме:

1) конкремента в области шейки желчного пузыря
2) увеличения головки поджелудочной железы
3) конкремента в проксимальной части холедоха
4) папиллита
5) стеноза дуоденального соска

34. У больного, оперирующегося по поводу ЖКБ, во время операции холецистэктомии возникло профузное кровотечение из элементов гепатодуоденальной связки. Каковы действия хирурга?

1) затампонировать участок кровотечения гемостатической губкой
2) пережать пальцами гепато-дуоденальную связку, осушить рану, отдифференцировать источник кровотечения, прошить или перевязать
3) затампонировать кровоточащий участок на 5–10 минут
4) использовать для остановки кровотечения препарат желпластан
5) применить лазерную коагуляцию

35. У больной 55 лет, страдающей хроническим калькулезным холециститом, возникли резкие боли в правом подреберье и эпигастрии с иррадиацией в поясничную область, многократная рвота. Через 4 часа появилась иктеричность склер, отметила потемнение мочи. Уровень концентрации амилазы крови составил 59 г/л по методу Каравея. О каком осложнении следуетдумать?

1) перфорация желчного пузыря с развитием перитонита
2) обтурация камнем пузырного протока
3) острый папиллит
4) холедохолитиаз
5) ущемленный камень дуоденального сосочка

36. У больного, поступившего с резкими болями в правом подреберье, тошнотой, рвотой, желтушностью кожных покровов, на экстренной дуоденоскопии выявлен ущемленный камень большого дуоденального сосочка. Что необходимо предпринять в данной ситуации?

1) эндоскопическую папиллосфинктеротомию
2) лапаротомию, дуоденотомию, извлечение конкремента
3) микрохолецистостомию под контролем УЗИ
4) лапаротомию, дренирование по Керу
5) хирургическую холецистостомию

37. У больного 56 лет – рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха в течение 2 месяцев. При УЗИ обнаружены выраженная билиарная гипертензия, множественные метастазы в печени, асцит. Укажите оптимальный вариант декомпрессии желчных путей:

1) микрохолецистостомия под контролем УЗИ
2) холецистоэнтероанастомоз
3) эндоскопическая папиллосфинктеротомия, установка стента в общий желчный проток
4) холедоходуоденостомия
5) хирургическая холецистостомия

38. У больной 71 года хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха. При ЭРХПГ обнаружен камень диаметром 2,5 см в общем желчном протоке, проксимальнее проток расширен до 3 см. После эндоскопичской папиллосфинктеротомии попытки удалить камень эндоскопически успеха не имели. Больную необходимо оперировать в срочном порядке. Каков характер вмешательства?

1) холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование протока по Керу
2) эндоскопическая установка назобилиарного зонда для разрешения желтухи
3) холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия
4) микрохолецистостомия под контролем УЗИ
5) дистанционная литотрипсия

39. Наложение микрохолецистостомы под контролем УЗИ у больного с острым деструктивным холециститом показано при:

1) сочетании холецистита с дивертикулом двенадцатиперстной кишки
2) первом приступе острого холецистита
3) наличии местного перитонита
4) декомпенсации сопутствующих заболеваний
5) возрасте больного старше 65 лет

40. На операции установлена причина механической желтухи – метастазы рака желудка в головку поджелудочной железы. Выберите правильный вариант хирургической тактики:

1) ограничиться пробной лапаротомией
2) наложить холецистоэнтероанастомоз
3) наложить холецистостому
4) произвести транспеченочное наружное дренирование желчных протоков
5) наложить гепатикостому

41. Больная 30 лет, эмоционально лабильна. Холецистэктомия два года назад. После операции через 6 месяцев появились боли в правом подреберье и эпигастрии после еды, периодически рвота с примесью желчи, особенно после стрессов. При рентгеноскопии желудка – маятникообразные движения в нижнегоризонтальной ветви 12-перстной кишки, заброс в желудок контрастной массы, расширение просвета кишки. Ваш диагноз:

1) холедохолитиаз
2) стеноз БДС
3) стриктура холедоха
4) язва 12-перстной кишки
5) хроническая дуоденальная непроходимость

42. У больной 82 лет после погрешности в диете появилась тяжесть в эпигастрии, тошнота, боли в правом подреберье, отрыжка. Через 2 дня появилась иктеричность кожи и темная моча. Поступила в стационар с явлениями механической желтухи. При обследовании выявлен дивертикул 12-перстной кишки. Какова вероятная локализация дивертикула, приведшая к механической желтухе?

1) луковица
2) нисходящий отдел
3) нижняя горизонтальная ветвь
4) в области большого дуоденального соска
5) область связки Трейца

43. Больная перенесла холецистэктомию 2 месяца назад. В послеоперационном периоде по дренажу из брюшной полости подтекала желчь, дренаж удален на 8 сутки. Истечение желчи прекратилось, отмечалось повышение температуры ежедневно до 37,5–37,8°С, иногда ознобы. В течение последней недели – темная моча, иктеричность кожи, ухудшение самочувствия. Поступила с механической желтухой. При ЭРХПГ: имеется блок гепатикохоледоха на уровне бифуркации, холедох – 1 см, выше препятствия контраст не поступает. Метод диагностики:

1) экстренная операция
2) чрескожная чреспеченочная холангиография
3) УЗИ
4) сцинтиграфия печени
5) реогепатография

44. Два года назад больной перенес холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через 6 месяцев появились боли в правом подреберье, темная моча. При поступлении: билирубин 120 мкмоль/л. Метод диагностики для определения уровня препятствия:

1) УЗИ
2) сцинтиграфия печени
3) внутривенная холеграфия
4) ЭРХПГ
5) спленопортография

45. Больная перенесла холецистэктомию 4 года назад. Через год после операции возобновились боли в правом подреберье, иногда принимающие опоясывающий характер, появилось чувство тяжести в правом подреберье после еды. При поступлении в стационар уровень общего билирубина – 31 мкмоль/л, щелочной фосфатазы – 346 ед/л. Предположительный диагноз:

1) резидуальный холедохолитиаз
2) папиллостеноз
3) хронический гепатит
4) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
5) дискинезия желчных путей

46. Больная 1 год назад перенесла холецистэктомию. В день поступления отметила внезапное появление резких болей в эпигастрии и левом подреберье, рвоту, потемнение мочи, кожный зуд. При осмотре: болезненность и мышечное напряжение в эпигастрии и левом подреберье. В анализе мочи: диастаза 1024 ЕД, положительная проба на содержание желчных пигментов. При УЗИ – отек поджелудочной железы. Наиболее вероятная причина данного страдания:

1) стеноз большого дуоденального соска
2) вклиненный в БДС камень
3) рубцовая стриктура холедоха
4) хронический панкреатит
5) острый гепатит

47. Больной 47 лет злоупотребляет алкоголем, в течение 6 лет страдает хроническим панкреатитом. При поступлении в проекции головки поджелудочной железы пальпируется плотное образование диаметром 6 см, имеются признаки желтухи. При УЗИ обнаружены признаки увеличения головки поджелудочной железы, билиарной и панкреатической гипертензии. Укажите наиболее вероятную причину желтухи:

1) цирроз печени
2) сдавление холедоха индуративно измененной головкой поджелудочной железы
3) холедохолитиаз
4) хронический гепатит
5) папиллостеноз

48. У больной 52 лет – ПХЭС, холедохолитиаз, механическая желтуха. Консервативная терапия неэффективна, эндоскопическую папиллосфинктеротомию выполнить не удалось из-за наличия крупного парапапиллярного дивертикула. Что следует предпринять?

1) лапаротомию, холедохолитотомию с глухим швом стенки желчного протока
2) лапаротомию, трансдуоденальную папиллосфинктеропластику
3) продолжить консервативную терапию с использованием методов экстракорпоральной детоксикации
4) лапаротомию, холедохолитотомию с дренированием холедоха по Керу
5) применить форсированный диурез

49. У больной, перенесшей 7 лет назад холецистэктомию, на фоне полного здоровья появилась желтуха, не сопровождающаяся болевым синдромом, слабость, похудание. При УЗИ – расширение гепатикохоледоха до 1,5 см, просвет его гомогенный, прослеживается до терминального отдела, поджелудочная железа обычных размеров. Наиболее вероятный предварительный диагноз:

1) рак большого дуоденального соска
2) персистирующий гепатит
3) холедохолитиаз
4) перихоледохеальный лимфаденит
5) хронический панкреатит

50. У больной через 2 года после холецистэктомии появилась механическая желтуха, уровень общего билирубина–350 мкмоль/л. Больная вялая, заторможенная. Произведена чрескожная чреспеченочная гепатохолангиография. Выявлен холедохолитиаз. Через 2 часа после вмешательства появились боли в правой половине живота, пульс − 115 ударов в мин, АД − 90/60 мм рт.ст. Наиболее вероятное осложнение:

1) острый холангит
2) тромбоэмболия ветвей легочной артерии
3) тромбоз воротной вены
4) гемобилия
5) внутрибрюшное кровотечение

51. У больной − ПХЭС, 2 года назад проведена холецистэктомия. Боли возобновились через 5–6 месяцев после операции. При поступлении: состояние средней тяжести, иктеричность кожи и склер. Наиболее достоверный метод диагностики заболевания:

1) исследование билирубина крови, мочи, кала
2) исследование ферментов крови
3) лапароскопия с биопсией печени
4) ЭРХПГ
5) фистулография

52. Основные рентгенологические признаки ХДН: а) замедленная эвакуация бария по 12-перстной кишке до 1–3 мин; б) расширение диаметра 12-перстной кишке; в) ускорение эвакуации бария; г) увеличение ретрогастрального пространства; д) оттеснение желудка извне; е) дефект наполнения; ж) маятникообразные движения бария в 12-перстной кишке. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, ж
3) в, г, д
4) д, е, ж
5) б, д, ж

53. Мужчина 33 лет, астеник, 2 года назад перенес холецистэктомию. Через 6 месяцев после операции появились боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, стихающие после приема пищи или щелочного питья, изжога. Наиболее вероятная причина страдания:

1) гастрит
2) хроническая дуоденальная непроходимость
3) язвенная болезнь 12-перстной кишки
4) стеноз БДС
5) панкреатит

54. Наиболее оптимальный вид лечения резидуального холедохолитиаза у больных с ПХЭС:

1) эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением камней корзинкой Дормиа
2) холедохотомия
3) холедоходуоденоанастомоз
4) камнедробление
5) холедохоэнтеростомия

55. Холецистэктомия проводилась в экстренном порядке. Послеоперационный период с длительным желчеистечением по дренажу из брюшной полости. Через 3 месяца имеется желчный свищ, температура 38° С, ознобы, иктеричность кожи, увеличение печени, АЛТ и АСТ – до 130 ед/л, билирубин – 80 мкмоль/л. Ваш диагноз:

1) холедохолитиаз
2) стеноз дистальной части холедоха
3) рубцовая стриктура холедоха
4) хроническая дуоденальная непроходимость
5) гепатит

56. Больная 50 лет год назад перенесла плановую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. В течение последних 10 дней отмечает нарастающую иктеричность кожных покровов, гипертермию по вечерам до 39°С, сопровождающуюся пострясающими ознобами и проливным потом. При ЭРХПГ верифицирован холедохолитиаз, гнойный холангит, выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с экстракцией конкремента, санация желчных протоков. Желтуха стала постепенно разрешаться, однако состояние больной продолжало ухудшаться, сохранялась гипертермия, нарастала интоксикация. Чем, с наибольшей вероятностью, обусловлена тяжесть состояния?

1) пилефлебитом
2) поддиафрагмальным абсцессом
3) абсцессами печени
4) панкреонекрозом
5) печеночной недостаточностью

57. Больной 27 лет месяц назад получил тупую травму правой половины живота, к врачам не обращался. Болевой синдром стих через неделю, после чего стала нарастать лихорадка до 38–40°С, появились признаки интоксикации. При УЗИ в правой доле печени обнаружено объемное образование диаметром 8 см, преимущественно жидкостной плотности с капсулой толщиной 4 мм. Выберите оптимальную тактику лечения:

1) интенсивное консервативное лечение, дообследование
2) лапаротомия, дренирование образования
3) динамическое наблюдение, контрольное УЗИ через 10 дней
4) чрескожное дренирование образования под контролем УЗИ
5) пункционная биопсия под контролем УЗИ

58. У больного, перенесшего эндоскопическую папиллосфинктеротомию и экстракцию конкремента из холедоха по поводу механической желтухи, причиной которой послужил холедохолитиаз, через 8 дней на фоне ухудшения состояния и появления признаков гнойной интоксикации при УЗИ обнаружено 2 округлых жидкостных образования в правой доле печени диаметром 5 и 6 см. Наиболее вероятный предварительный диагноз:

1) холангиогенные абсцессы печени
2) эхинококкоз печени
3) непаразитарные кисты печени
4) макронодулярный цирроз печени
5) метастатическое поражение печени

59. Больной 45 лет длительное время лечился по поводу пневмонии. Течение заболевания осложнилось септикопиемией с формированием мелких гнойников в 6 и 7 сегментах печени объемом до 10 мл. Определите наиболее рациональный объем лечения больного:

1) продолжение интенсивного лечения (инфузионного, антибактериального, витаминотерапии и т.д.) в условиях терапевтического отделения с использованием максимальных дозировок антибиотиков широкого спектра действия
2) перевод больного в реанимационное отделение и внутричревное введение антибиотиков, пункционное лечение абсцессов печени под контролем ультразвука или компьтерной томографии на фоне интенсивного общего лечения
3) срочная операция – дренирование абсцессов с последующим лечением в хирургическом стационаре
4) госпитализация в хирургическое отделение, ЭПСТ, назобилиарное дренирование
5) перевод в реанимационное отделение, проведение лечебных бронхоскопий на фоне дезинтоксикации

60. Для дифференциального диагноза у больного 50 лет с жидкостным образованием в печени необходимо выполнить:

1) лапароскопию
2) каваграфию
3) сцинтиграфию печени
4) УЗИ с диагностической пункцией
5) аортографию

61. Выберите наиболее частую причину абсцесса печени:

1) первичный рак печени
2) рак головки поджелудочной железы с обтурацией общего желчного протока
3) острый калькулезный холецистит
4) гнойный холангит
5) вирусный гепатит

62. Какое из паразитарных заболеваний никогда не приводит к поражению печени?

1) эхинококкоз
2) альвеококкоз
3) амебиаз
4) описторхоз
5) аскаридоз

63. Какое из перечисленных осложнений не встречается при абсцессах печени?

1) эмпиема плевральной полости
2) поддиафрагмальный абсцесс
3) гнойный перитонит
4) гнойный оментобурсит
5) печеночно-бронхиальный свищ

64. Больную 37 лет, переехавшую 6 месяцев назад в Москву из Казахстана, беспокоят умеренные боли в правом подреберье, слабость, повышенная утомляемость, периодически – субферильная температура. При УЗИ и КТ в левой доле печени обнаружено округлое образование диаметром 8 см с обызвествленной капсулой и перемычками. Наиболее вероятный предварительный диагноз:

1) эхинококкоз печени
2) абсцесс печени
3) гемангиома печени
4) непаразитарная киста печени
5) метастатическое поражение печени

65. Во время проведения диспансеризации у пациента 50 лет при ультразвуковом исследовании впервые выявлено образование повышенной эхогенности в правой доле печени с неровными контурами в 7 сегменте размерами 4×5 см. Жалоб нет. Каким должно быть ведение подобного пациента?

1) повторить УЗИ через 4–6 месяцев
2) незамедлительное дообследование для уточнения диагноза и характера образования
3) экстренная госпитализация в хирургический стационар и операция
4) амбулаторное наблюдение за больным
5) срочное проведение ЭГДС

66. У больной 27 лет при ЭГДС выявлена опухоль антрального отдела желудка без признаков стенозирования просвета привратника. Во время УЗИ диагностировано тканевое образование 5 сегмента печени. Высказано подозрение на аденому печени либо солитарный метастаз. Каков наиболее рациональный путь ведения больной?

1) симптоматическая терапия
2) наблюдение онколога
3) госпитализация в хирургический стационар
4) компьютерная томография через 6 месяцев
5) амбулаторное проведение целиакографии

67. Больной 53 лет госпитализирован в стационар с жалобами на прогрессирующие слабость, похудание, снижение работоспособности, анорексию, повышение температуры тела. Пациент отмечает чувство тяжести, распирания и боли в правом подреберье. На фоне гепатомегалии в эпигастрии пальпируется опухолевидное образование. В течение года больной наблюдается по поводу цирроза печени. Определите рациональный план первичного обследования:

1) выяснение уровня С-реактивного протеина, ЯМР
2) АЛТ, АСТ, сцинтиграфия печени
3) обзорная рентгенография брюшной полости, аортография
4) ЭГДС, спленопортография
5) выявление уровня α-фетопротеина, УЗИ, пункционная биопсия печени, лапароскопия.

68. Из указанных вариантов радикального хирургического лечения рака печени выберите правильную комбинацию: а) анатомическая резекция печени; б) атипичная резекция печени; в) трансплантация печени; г) оментогепатопексия; д) пломбировка печеночной артерии; е) кавафильтр; ж) перевязка портальной вены; з) перевязка правой и левой печеночных артерий; и) дренирование холедоха; к) бигепатикоэнтероанастомоз.

1) а, в, д
2) б, г, д, е
3) в, д, ж, з
4) а, в
5) в, е, и, к

69. Как известно, самостоятельного диагностического значения в верификации рака печени лабораторные показатели не имеют. Определите, какой из указанных показателей может иметь дополнительное значение при холангиоцеллюлярном раке:

1) серомукоид
2) α-фетопротеин
3) С-реактивный протеин
4) коэффициент Ритиса
5) подобных тестов не существует

70. Выберите заболевание, которое не может быть причиной подпеченочной портальной гипертензии:

1) атрезия воротной вены
2) хронический индуративный панкреатит
3) пилефлебит
4) болезнь Бадда-Хиари
5) метастатическое поражение лимфатических узлов гепатодуоденальной связки

71. Больной 40 лет обратился к врачу поликлиники с жалобами на боли в верхних отделах живота. Кожные покровы обычной окраски. Состояние относительно удовлетворительное. В 20-летнем возрасте больной перенес вирусный гепатит. В настоящее время имеет место злоупотребление алкоголем. Клинически выявлены признаки портальной гипертензии, спленомегалии. О чем можно думать?

1) о надпеченочном блоке
2) о внутрипеченочном блоке
3) о подпеченочном блоке
4) о смешанном блоке
5) о гиперспленизме

72. Больной 50 лет обратился к терапевту приемного отделения стационара с жалобами на острое начало заболевания (острые боли в правом и левом подреберье, внезапное повышение температуры тела). Из анамнеза известно, что до настоящего обращения к врачу больной находился на стационарном лечении и обследован. При физикальном и инструментальном исследованиях в момент первичной госпитализации печень и селезенка в размерах увеличены не были. В момент настоящего обращения печень и селезенка значительно увеличены, притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости. При УЗИ выявлены гепатоспленомегалия, асцит. Предположительный диагноз:

1) болезнь Киари
2) цирроз печени
3) пилефлебит
4) атрезия ветвей портальной вены
5) хронический индуративный панкреатит

73. Варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка наиболее часто встречается при:

1) синдроме Мирриззи
2) циррозе печени
3) вирусном гепатите
4) метастатическом поражении печени
5) болезни Кароли

74. Выберите исследование, обладающее наибольшей информативностью в определении уровня блока портального кровообращения:

1) ЭГДС
2) лапароскопия
3) УЗИ печени
4) спленопортография
5) эндоскопическая ретроградная панкреатография

75. Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на рвоту алой кровью, слабость, головокружение. 5 лет назад перенес вирусный гепатит в тяжелой форме, после чего неоднократно лечился стационарно по поводу хронического гепатита. Состояние средней тяжести, пульс – 118 ударов в 1 минуту, АД – 80/50 мм рт. ст., при пальпации живота определяется увеличенная плотная печень, в отлогих местах живота имеется притупление перкуторного звука. При ректальном исследовании обнаружена мелена. Укажите наиболее вероятную причину желудочно-кишечного кровотечения:

1) язвенная болезнь желудка
2) синдром Меллори-Вейсса
3) эрозивный гастродуоденит
4) варикозное расширение вен пищевода
5) синдром Делафуа

Заболевания поджелудочной железы

01. Характер болей при деструктивном панкреатите:

1) схваткообразные боли
2) боль неопределенного характера
3) боль, вызывающая беспокойство
4) сильная, постоянная боль
5) боль отсутствует

02. Больной 35 лет поступил в клинику с диагнозом острый панкреатит. Укажите наиболее информативный показатель в энзимной фазе заболевания:

1) амилаза крови
2) трипсиноген
3) аминотрансфераза
4) альдолаза
5) лактаза

03. Больной поступил в клинику с подозрением на острый панкреатит. Укажите наиболее информативный метод диагностики заболевания:

1) целиакография
2) ультразвуковое исследование
3) лапароцентез
4) термография
5) гастродуоденоскопия

04. Выберите правильную комбинацию ответов у больных с осложнениями острого панкреатита: а) шок и острая сердечная недостаточность; б) перфорация желчного пузыря; в) перитонит; г) дивертикул 12-перстной кишки; д) аррозивные кровотечения.

1) а, в, г
2) б, г, д
3) а, б, в, г
4) а, в, д
5) все ответы правильные

05. Больная 40 лет поступила в клинику на 2 сутки с момента заболевания. После осмотра и обследования поставлен диагноз: панкреонекроз. Состояние средней тяжести, выраженная ферментативная интоксикация, клинической картины панкреатогенного перитонита нет. Какой метод лечения, угнетающий панкреатический протеиновый синтез, наиболее эффективен и доступен?

1) дренирование грудного лимфатического протока
2) цитостатики
3) локальная желудочная гипотермия
4) гемосорбция
5) лапароскопический перитонеальный диализ

06. Механизм лечебного действия цитостатиков при остром панкреатите:

1) блокада блуждающего нерва
2) уменьшение воспаления в железе
3) уменьшение болей
4) блокада белкового синтеза в клетках железы
5) инактивация панкреатических ферментов

07. Наиболее частые косвенные признаки острого панкреатита при гастродуоденоскопии:

1) острые язвы желудка
2) острые язвы 12-перстной кишки
3) отек и гиперемия задней стенки желудка
4) кровоизлияния на передней стенки желудка
5) утолщение складок желудка и 12-перстной кишки

08. Больной 30 лет поступил в клинику на 2-е сутки заболевания с диагнозом: острый панкреатит с выраженной ферментативной интоксикацией и панкреатогенным перитонитом. Укажите метод выведения панкреатических ферментов из организма:

1) локальная внутрижелудочная гипотермия
2) перитонеальный диализ
3) перидуральная анестезия
4) катетеризация пупочной вены
5) катетеризация аорты

09. Выберите наиболее информативные методы диагностики острого панкреатита (жирового, геморрагического) в стадии токсемии: а) рентгенологическое исследование желудка; б) целиакография; в) портография; г) лапароскопия; д) ультразвуковое исследование.

1) все ответы правильные
2) б, в, г
3) г, д
4) а, б, д
5) в, г

10. У больного 20 лет клиническая картина острого панкреатита, но нельзя исключить прободную язву желудка. Решено выполнить диагностическую лапароскопию. Выберите достоверный лапароскопический признак деструктивного панкреатита:

1) пневматизация кишечника
2) гиперемия брюшины
3) отек большого сальника
4) наличие желудочного содержимого в брюшной полости
5) бляшки стеатонекроза на брюшине

11. Назначение цитостатиков при остром панкреатите нецелесообразно при:

1) деструктивных формах панкреатита в стадии токсемии
2) дыхательной недостаточности
3) гнойных осложнениях панкреатита с почечно-печеночной недостаточностью
4) коллапсе
5) желтухе

12. Наиболее частая причина смерти при деструктивном панкреатите в поздние сроки заболевания:

1) гнойные осложнения
2) желтуха
3) энцефалопатия
4) почечная недостаточность
5) тромбоэмболия легочной артерии

13. На 15-е сутки у больного с деструктивным панкреатитом сохраняются выраженные явления интоксикации, температура тела 39°С, озноб, потливость, лейкоцитоз, гиперемия кожи в поясничной области. Диагноз:

1) отечный панкреатит
2) абсцесс поджелудочной железы
3) абсцесс сальниковой сумки
4) гнойный перитонит
5) забрюшинная флегмона

14. Показания для внутривенного форсированного диуреза у больного с деструктивным панкреатитом:

1) геморрагический синдром
2) интоксикация
3) парез кишечника
4) болевой синдром
5) дыхательная недостаточность

15. Показания к оперативному вмешательству при деструктивном панкреатите:

1) парапанкреатический инфильтрат
2) гнойный парапанкреатит
3) отек забрюшинной клетчатки
4) панкреатогенный перитонит
5) тяжелая интоксикация

16. Больной госпитализирован в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту. В течение 6 месяцев похудел на 15 кг. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено оттеснение его кпереди. Предварительный диагноз:

1) стеноз привратника
2) рак поджелудочной железы
3) язвенная болезнь желудка
4) рак желудка
5) опухоль толстой кишки

17. Характерными осложнениями первичного хронического панкреатита являются: а) холедохолитиаз; б) киста, свищи, регионарная портальная гипертензия; в) желтуха, сужение 12-перстной кишки; г) желудочное кровотечение; д) колит. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) г, д
3) б, в
4) а, г, д
5) б, г

18. Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

1) желтуха
2) частые потери сознания
3) высокое содержание сахара в крови и моче
4) увеличение печени, пальпируемый желчный пузырь
5) креаторея, стеаторея

19. У больного при РПХГ обнаружен расширенный главный панкреатический проток по типу «цепь озер», кальцинаты в протоке. При лабораторном исследовании выявлено повышение уровня сахара крови, признаки экскреторной недостаточности железы (креатостеаторея). Укажите оптимальный вид операции:

1) субтотальная резекция железы
2) панкреатодуоденальная резекция
3) панкреатоеюностомия
4) резекция желудка
5) дуоденоэнтеростомия

20. Больной в течение 15 лет страдает хроническим панкреатитом. Укажите простейший способ обнаружения кальциноза поджелудочной железы:

1) эксплоративная лапаротомия
2) лапароскопия
3) ирригоскопия
4) холангиография
5) обзорная рентгенография брюшной полости

21. Больной в течение 10 лет страдает хроническим панкреатитом, отмечает частые поносы, похудание, боли после еды. Укажите характерные признаки нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы:

1) сухость кожных покровов
2) диабет
3) креато- и стеаторея
4) расширение вен передней брюшной стенки
5) почечно-печеночная недостаточность

22. Спустя 6 месяцев после перенесенного панкреонекроза у больного 45 лет при УЗИ выявлена киста тела поджелудочной железы 3×4 см. Укажите начальный вариант лечения:

1) цистоэнтероанастомоз
2) наружное дренирование под контролем УЗИ
3) панкреатодуоденальная резекция с пломбировкой протоков
4) марсупилизация
5) цистогастростомия

23. Больной 40 лет в течение 10 лет страдал хроническим рецидивирующим панкреатитом. Во время операции заподозрен рак железы. Ваши действия для уточнения диагноза и определения объема оперативного вмешательства:

1) прекратить операцию, закрыть брюшную полость, дообследовать больного
2) цитологическое и гистологическое исследование биопсийного материала (срочное) с последующим определением объема операции
3) панкреатэктомия
4) наружный дренаж панкреатических протоков Т-образным дренажем
5) маргинальная невротомия

24. На 10-е сутки после резекции поджелудочной железы из дренажа, оставленного у культи железы, начало выделяться в больших количествах прозрачное содержимое без запаха. Метод, с помощью которого можно уточнить характер осложнения:

1) эндоскопическая панкреатография
2) лапароскопия
3) фистулография
4) ультразвуковая эхолокация
5) рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки

25. Во время операции по поводу хронического панкреатита наиболее полное представление об изменениях в панкреатических протоках дает:

1) пункционная биопсия
2) интраоперационная панкреатография
3) гистологическое исследование участков железы
4) холангиоскопия
5) дебитометрия желчных протоков

26. Наружное дренирование кисты поджелудочной железы показано при:

1) малигнизации
2) нагноении кисты
3) механической желтухе
4) кровотечении в просвет кисты
5) для этой операции нет показаний

27. Укажите показатель лабораторного теста исследования внутрисекреторной функции поджелудочной железы:

1) сахар крови
2) секретин
3) панкреозимин крови
4) железо
5) адреналин крови

28. Назовите пищеварительные гормоны, участвующие в регуляции секреции панкреатического сока:

1) калликреин
2) секретин, панкреозимин
3) брадикинин
4) трипсин
5) адреналин

29. Во время операции у больной 70 лет обнаружена большая киста тела поджелудочной железы, спаянная с задней стенкой желудка. Операция, наиболее целесообразная в данной ситуации:

1) иссечение кисты по Мельникову
2) цистогастроанастомоз
3) цистодуоденоанастомоз
4) цистоэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом
5) резекция желудка с кистой

30. У больного 40 лет с хроническим панкреатитом при РПХГ обнаружен стеноз фатерова соска на протяжении 0,8 см. Какой метод лечения Вы предпочтете?

1) холедоходуоденоанастомоз
2) эндоскопическая папиллотомия
3) холецистоэнтероанастомоз
4) трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
5) наружное дренирование холедоха

31. Больной 40 лет жалуется на слабость, головные боли, потливость, тремор рук, усиливающийся при физической нагрузке. При исследовании сахара крови – гипогликемия. При компьютерной томографии выявлено образование в теле поджелудочной железы до 3 см в диаметре. Диагноз:

1) инсулинома
2) глюкагонома
3) гастринома
4) цистаденокарцинома
5) ацинарный рак

32. На операции обнаружено образование в хвосте поджелудочной железы 3×4 см. Больной длительное время страдал сахарным диабетом. При гистологическом исследовании установлено, что опухоль исходит из альфа-клеток. Укажите вид операции:

1) панкреатэктомия
2) энуклеация опухоли
3) гемирезекция железы с опухолью
4) маргинальная невротомия
5) панкреатодуоденальная резекция

33. Больная 63 лет жалуется на постоянные тупые боли в эпигастральной области, плохой аппетит, слабость, похудание, субфебрильную температуру. Перед поступлением в клинику появилась иктеричность склер. Какие методы диагностики Вы предпочтете? а) спленопортография; б) ретроградная панкреатохолангиография; в) лапароскопия; г) УЗИ и КТ; д) лапароцентез. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д.
2) б, г.
3) в, г, д.
4) а, д.
5) все указанные методы.

34. Больной 30 лет жалуется на боли в эпигастральной области, тошноту, периодически – рвоту. Ежесезонно выявляется язва двенадцатиперстной кишки, осложняющаяся кровотечением. При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва желудка, выявлены высокий уровень гастрина в крови, высокая кислотность желудочного сока. Укажите причину заболевания:

1) глюкагонома
2) гастринома
3) смешанная опухоль поджелудочной железы
4) опухоль ацинарной ткани
5) инсулинома

35. У больной 45 лет на операции подтвержден диагноз рака головки поджелудочной железы. Железа подвижна, метастазов нет. Выберите радикальную операцию:

1) гемирезекция поджелудочной железы
2) панкреатодуоденальная резекция
3) цистоэнтероанастомоз
4) гастроэнтероанастомоз
5) панкреатоэнтероанастомоз

36. Больной 58 лет поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, похудание на 10 кг, отвращение к жирным продуктам, плохой аппетит, метеоризм, поносы, повышение температуры тела (37,3°С). Болен около года. При осмотре: желтушность кожных покровов, при пальпации живота определяется увеличенный, безболезненный желчный пузырь. Предположительный диагноз:

1) язва желудка
2) острый холецистит
3) рак поджелудочной железы
4) гепатит
5) ХДН

37. У больной 60 лет при поступлении жалобы на опоясывающие боли в эпигастральной области, многократную рвоту пищей и желчью. При пальпации: болезненность в эпигастральной области с раздражением брюшины. Тахикардия. Лейкоциты крови – 10,0 х 10^9/л, амилаза крови – 130 г/л (по Каравею). На рентгенограмме – пневматизация поперечно-ободочной кишки. Ваш диагноз:

1) острый панкреатит
2) обострение язвенной болезни
3) острый гастрит
4) острый холецистит
5) острая кишечная непроходимость

38. Укажите доброкачественные эпителиальные опухоли поджелудочной железы: а) аденома; б) папиллома; в) цистаденома; г) фиброма; д) миксома; е) гемангиома; ж) миома; з) невринома. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, д
3) б, г
4) а, в, е
5) г, е, ж, з

39. У больной 70 лет с механической желтухой на операции обнаружена опухоль головки поджелудочной железы. Желчный пузырь увеличен в размерах. При пункции получена густая, темная желчь. Единичные метастазы в печень. Какая операция необходима?

1) панкреатодуоденальная резекция
2) холецистоэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом
3) холецистэктомия
4) холедоходуоденоанастомоз
5) наружное дренирование холедоха

40. У больной 70 лет – интенсивная механическая желтуха в течение месяца. Отмечает кожный зуд, потерю аппетита и массы тела. Желчный пузырь увеличен, безболезненный. Предположительный диагноз:

1) рак желчного пузыря
2) рак головки поджелудочной железы
3) рак печени
4) рак желудка
5) рак ободочной кишки

41. Больной 35 лет заболел внезапно после погрешности в диете. В анамнезе: язвенная болезнь 12-перстной кишки. Боли в эпигастральной области, а затем по всему животу, рвота. Состояние тяжелое, цианоз, тахикардия. Температура–37 ℃, АД – 110/80 мм рт. ст., язык обложен, сухой. При пальпации живота отмечается болезненность во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика ослаблена. На рентгенограмме: свободного воздуха в брюшной полости нет. Какой метод позволит уточнить причину перитонита?

1) УЗИ
2) гастродуоденоскопия
3) пневмогастрография
4) лапароскопия
5) рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки.

42. У больной 40 лет с клиникой разлитого перитонита при лапароскопии обнаружен геморрагический выпот в количестве 1,5 л, гематома в области брыжейки поперечно-ободочной кишки и гепатодуоденальной связки, гиперемия брюшины; желчный пузырь обычных размеров. Ваш диагноз:

1) закрытая травма брюшной полости
2) внематочная беременность
3) геморрагический панкреонекроз
4) разрыв кисты яичника
5) разрыв селезенки

43. Во время лапароскопии у больного 40 лет обнаружено до 1,5 л геморрагической жидкости. Какие дополнительные лабораторные исследования жидкости позволят уточнить диагноз?

1) определение лейкоцитов
2) определение гемоглобина
3) определение амилазы
4) цитологическое исследование
5) исследование микробной флоры

44. Больному 30 лет. Злоупотребляет алкоголем. После очередного приема алкоголя появились боли в эпигастральной области. При пальпации определяется болезненность по всему животу. Через два часа после поступления спутанное сознание, затем возбуждение, делирий; лейкоциты – $8,0 \times 10^9$/л. Какое исследование необходимо для дифференциального диагноза между острым отравлением алкоголем, острым гастритом, острым панкреатитом?

1) УЗИ поджелудочной железы
2) рентгенограмма органов брюшной полости
3) гастродуоденоскопия
4) энцефалография
5) исследование желудочной секреции

45. Больной 40 лет с клиникой геморрагического панкреонекроза 2 недели лечится в стационаре. Температура тела 39 °С, озноб, потливость, боли в эпигастральной области, лейкоциты – $15,0 \times 10^9$/л. В эпигастральной области пальпируется больших размеров инфильтрат. Какое инстументальное обследование необходимо для уточнения характера осложнения?

1) гастродуоденоскопия
2) рентгенография желудка
3) рентгенография толстой кишки
4) лапароскопия
5) УЗИ с возможной пункцией

46. У больного 45 лет с постнекротическим инфильтратом в эпигастральной области при пункции железы под контролем УЗИ получено гнойное содержимое. В сальниковой сумке определяется отграниченное жидкостное образование, железа увеличена в размерах. Какой метод лечения следует выбрать?

1) антибиотикотерапия и дезинтоксикационная терапия
2) противовоспалительная терапия и физиотерапия
3) противовоспалительная терапия и рентгенотерапия
4) лапаротомия, вскрытие и дренирование сальниковой сумки
5) дренирование гнойника под контролем УЗИ с промыванием полости антисептиками

Амбулаторная хирургия

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

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

02. Нельзя отнести к первично-хроническому остеомиелиту:

1) абсцесс Броди
2) остеомиелит Гарре
3) остеомиелит Олье
4) посттравматический остеомиелит

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

1) на 1 неделе заболевания
2) на 2 неделе заболевания
3) на 3–4 неделях заболевания
4) на 5–6 неделях заболевания

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

1) к концу 1 недели
2) к концу 2 недели
3) к концу 3 недели
4) к концу 4 недели.

05. 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

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

1) лейкоцитоз
2) боль в конечности
3) нарушение функции конечности
4) гипертермию
5) анемию

07. Введение профилактической дозы противостолбнячной сыворотки не показано:

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

08. Не является характерным для картины острой фазы столбняка:

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

09. К ранним симптомам столбнячной инфекции не следует относить:

1) судороги
2) усиление болей в ране
3) раздражительность
4) головные боли
5) потливость

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

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

11. Вторичное заживление раны наблюдается при заживлении через:

1) нагноение
2) струп
3) грануляции
4) все указанное
5) ничего из указанного

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

1) 18–24 часа
2) 24–36 часов
3) 36–48 часов
4) 48–72 часа
5) более 72 часов

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

1) через 6 часов
2) до 18 часов
3) 18–24 часа
4) 24–48 часов
5) более 48 часов

14. В какие сроки осуществляют раннюю хирургическую обработку раны?

1) до 6 часов
2) до 12 часов
3) до 18 часов
4) более 24 часов

15. Какое осложнение не является характерным для рецидивирующей рожи нижних конечностей?

1) лимфостаз
2) тромбофлебит
3) вторичный варикоз
4) сепсис
5) периостит

16. Эризепелоид от панариция отличается:

1) отсутствием отека
2) отсутствием локальной болезненности и зудом
3) лимфангитом
4) гиперемией пальца

17. Какое типичное осложнение можно наблюдать при фурункуле верхней губы?

1) тромбоз кавернозного синуса
2) тромбоз сонной артерии
3) периостит верхней челюсти
4) рожистое воспаление лица
5) некроз кожи

18. При надапоневротической флегмоне ладони не наблюдается:

1) отек
2) гиперемия
3) флюктуация
4) нарушение функции
5) гипертермия

19. При постановке диагноза «карбункул» с локализацией на конечности амбулаторный хирург должен:

1) оперировать больного
2) назначить антибиотики
3) назначить физиотерапевтическое лечение
4) наблюдать процесс в динамике

20. Лечение фурункула в первой фазе заболевания не предусматривает:

1) операции
2) физиотерапии
3) спиртовых компрессов
4) антибиотиков
5) методов иммунотерапии

21. Воспаление каких сухожильных влагалищ сгибателей пальцев может осложниться флегмоной предплечья?

1) I и V
2) I и III
3) III и IV
4) II и IV

22. Нельзя использовать в лечении серозной фазы мастита:

1) рассечение
2) антибиотикотерапию
3) физиотерапию
4) профилактику лактостаза
5) ретромаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками

23. Инфильтрат от абсцесса мягких тканей отличается:

1) болью
2) гиперемией
3) отсутствием флюктуации
4) гипертермией
5) лейкоцитозом

24. Гидраденит чаще всего локализуется в области:

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

25. Возбудителем рожистого воспаления является:

1) стафилококк
2) стрептококк
3) палочка свиной рожи
4) клебсиелла
5) анаэробы

26. Возбудителем фурункула чаще всего является:

1) стафилококк
2) стрептококк
3) палочка свиной рожи
4) клебсиелла
5) анаэробы

27. Возбудителем гидраденита чаще всего является:

1) стафилококк
2) стрептококк
3) палочка свиной рожи
4) клебсиелла
5) анаэробы

28. Оперативное лечение абсцедирующего фурункула предусматривает:

1) линейный разрез
2) дугообразный разрез
3) иссечение гнойника
4) крестообразный разрез
5) все верно

29. Оперативное лечение карбункула предусматривает:

1) линейный разрез
2) дугообразный разрез
3) иссечение гнойника
4) крестообразный разрез
5) все верно

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

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

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

1) первичная хирургическая обработка раны
2) ушивание раны
3) введение антибиотиков
4) профилактика столбняка

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

1) костный панариций
2) тендовагинит
3) пандактилит
4) подкожный панариций

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

1) костный панариций
2) тендовагинит
3) пандактилит
4) подкожный панариций

34. Наиболее частой причиной смерти при столбнячной инфекции является:

1) асфиксия
2) присоединение анаэробной инфекции
3) пневмония
4) поражение нервной системы

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

1) боль
2) флюктуация
3) повышение температуры тела
4) локальная отечность
5) гиперемия кожи

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

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

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

1) абсцесс
2) карбункул
3) флегмона
4) фурункул

38. Для рожистого воспаления не характерно:

1) образование на коже резко ограниченных эритематозных очагов
2) образование на коже воспалительных эритематозных очагов с нечеткими границами
3) рецидивирующий характер
4) лимфангиит, лимфаденит

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

1) абсцесс
2) тендовагинит
3) стволовой лимфангиит
4) миозит

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

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

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

1) ретроректальный
2) подслизистый
3) пельвиоректальный
4) подкожный

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

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

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

1) гиперпластических
2) ворсинчатых
3) аденоматозных
4) множественных аденоматозных

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

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

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

1) периодические обострения
2) анемия
3) гнойное отделяемое
4) наличие свища

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

1) пальцевое исследование прямой кишки
2) колоноскопия
3) аноскопия
4) ирригоскопия
5) ректоскопия

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

1) кожного
2) подкожного
3) ишиоректального
4) пельвиоректального

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

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

49. Нельзя считать типичным осложнением геморроя:

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

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

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

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

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

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

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

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

1) запоры
2) анемия
3) ознобы
4) желтуха
5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

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

1) изжога
2) анемия
3) ознобы
4) желтуха
5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

55. Симптом, наиболее характерный для рака слепой кишки:

1) поносы
2) изжога
3) ознобы
4) желтуха
5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

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

1) геморроя
2) анальной трещины
3) парапроктита
4) параректального свища
5) выпадения прямой кишки

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

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

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

1) 10% клинических наблюдений
2) 20% клинических наблюдений
3) 30% клинических наблюдений
4) 60–80% клинических наблюдений

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

1) обезболивание
2) мазевую повязку на область ануса
3) направление специализированным транспортом в стационар
4) направление в стационар самостоятельно

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

1) до 10 см
2) до 20 см
3) до 30 см
4) до 60 см

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

1) радиальные складки слизистой
2) боль при дефекации
3) кольцевидные складки слизистой
4) ощущение инородного тела в заднем проходе

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

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

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

1) гиперпигментация кожи
2) застойный дерматоз и склеродермия
3) образование трофических язв
4) бледная «мраморная» кожа
5) вторичный варикоз поверхостных вен

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

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

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

1) трофические язвы
2) экзема и дерматит
3) хроническая венозная недостаточность
4) перемежающаяся хромота
5) тромбоз вен

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) антибиотики
2) дезагреганты
3) антикоагулянты
4) гемодилюцию
5) компрессионную терапию нижних конечностей

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

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

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

1) верхней трети бедра
2) нижней трети бедра
3) подколенной области
4) стопы

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

1) средняя треть голени
2) верхняя треть голени
3) нижняя треть бедра
5) верхняя треть бедра

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

1) 1 неделю
2) 2 недели
3) 3 недели
4) 1,5–2 месяца

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

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

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

1) замедление тока крови
2) нарушение эндотелия вен
3) мерцательную аритмию
4) варикозное расширение

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

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

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

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

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

1) фенилина
2) трентала
3) антибиотиков
4) курантила
5) венорутона

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

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

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

1) бег трусцой
2) компрессионная терапия
3) физиотерапевтическое лечение
4) лечебная физкультура

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) непрямые антикоагулянты
2) спазмолитики
3) ранние активные движения
4) гемодилюцию

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

1) селезеночной вены
2) нижней брыжеечной вены
3) почечных вен
4) воротной вены
5) подвздошной вены

90. Что характерно для острого флеботромбоза?

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

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

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

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

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

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

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

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

1) трофические расстройства кожи
2) магистральная архитектоника вен
3) облитерирующие заболевания артерий
4) ночные судороги

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

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

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

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

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

1) прижатие питающего сосуда к кости
2) тугая тампонада раны
3) жгут на конечность
4) наложение зажима в ране
5) наложение сосудистого шва

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

1) 1 час
2) 2 часа
3) 3 часа
4) 4 часа

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

1) анемии
2) замедления кровотока
3) повышения свертывания крови
4) атеросклероза
5) инфицирования

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

1) висцеральные ветви аорты
2) сама аорта
3) подвздошные артерии
4) бедренные артерии

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

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

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

1) спазмолитики
2) гепарин
3) антибиотики
4) кардиотропные

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

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

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

1) протезирование сосуда
2) первичная ампутация
3) наблюдение и консервативная терапия
4) рентгеноэндоваскулярное исследование

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

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

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

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

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

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

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

1) 1 мин 3) 10 мин 5) 30 мин
2) 2 мин 4) 20 мин

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

1) I 2) II 3) III 4) IV

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

1) I стадия заболевания
2) II Б стадия заболевания
3) III стадия заболевания
4) IV стадия заболевания

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

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

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

1) тромбоз протеза
2) плоскостопие
3) ангиотрофопатия
4) флеботромбоз
5) посттромботическая болезнь

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

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

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

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

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

1) симпатэктомию
2) первичную ампутацию
3) консервативную терапию
4) реконструктивную операцию на сосудах

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

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

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

1) атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты
2) капилляропатия
3) аортоартериит
4) мигрирующий тромбангиит
5) окклюзия нижней полой вены

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

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

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

1) массивную антибиотикотерапию
2) лампасные разрезы
3) шунтирующую операцию
4) первичную ампутацию конечности

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

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

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

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

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

1) симпатэктомию
2) сафенэктомию
3) протезирование артерии
4) ампутацию конечности
5) консервативное лечение

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) отеки
2) гиперпигментация кожи нижней трети голеней
3) образование язв на голенях
4) гиперпигментация кожи бедер
5) дерматит

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

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

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

1) внутримышечно ввести викасол
2) прижать бедренную артерию
3) придать конечности возвышенное положение
4) наложить давящую повязку на место кровотечения и направить в стационар
4) внутривенно перелить донорскую кровь

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

1) большеберцовые артерии
2) подколенная артерия
3) артерии пальцев
4) бедренная артерия
5) подвздошные вены

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

1) большеберцовые артерии
2) подколенная артерия
3) бедренная артерия
4) подвздошная артерия
5) аорта

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

1) артерии стопы
2) подколенная артерия
3) бедренная артерия
4) подвздошная артерия
5) аорта

135. Укажите наиболее часто встречающуюся причину синдрома портальной гипертензии:

1) цирроз печени
2) триада Сента
3) синдром Кароли
4) болезнь Киари
5) рак головки поджелудочной железы

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

1) спленомегалию
2) гиперспленизм
3) геморрой
4) кровотечение из варикозных вен пищевода
5) асцит

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

1) посттравматическая аневризма артерии
2) гематома
3) флегмона

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) удлинение конечности
2) укорочение конечности
3) отсутствие активных движений
4) боль при пассивных движениях

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

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

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

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

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

1) тошнота
2) головокружение
3) нестойкая анизокория
4) анемия
5) головная боль

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) боли при активных и пассивных движениях в лучезапястном суставе
2) отек сустава
3) боли при надавливании на область анатомической табакерки
4) крепитация
5) лимфангиит

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

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

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

1) повязку Дезо
2) шину Крамера
3) торакобрахиальную повязку
4) косынку
5) шину ЦИТО

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

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

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

1) шину Крамера
2) повязку Дезо
3) кольца Дельпе
4) косынку
5) гипсовую повязку

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

1) повязку Дезо
2) шину Крамера
3) косынку
4) гипсовую циркулярную повязку
5) кольца Дельпе

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

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

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

1) шину Крамера
2) повязку Дезо
3) фиксацию с валиком в подмышечной области
4) косынку
5) гипсовую лонгету

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

1) боль и нарушение функции сустава
2) патологическую подвижность
3) крепитацию
4) пружинящую фиксацию конечности
5) лимфангиит

161. Прогноз при синдроме длительного сдавления определяется:

1) временем сдавления
2) площадью сдавления
3) наличием сопутствующих механических повреждений
4) всем перечисленным
5) ничем из перечисленного

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

1) легкой степени
2) средней тяжести
3) тяжелой степени
4) крайне тяжелой

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

1) да
2) нет
3) только при явных признаках нежизнеспособности конечности

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

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

165. При паравертебральной блокаде подведение раствора новокаина осуществляется:

1) к остистым отросткам позвонков
2) к поперечным отросткам позвонков
3) к телам позвонков
4) в перидуральное пространство

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

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

167. Какую морфологическую структуру рассекает хирург при проведении трахеотомии?

1) переднюю стенку трахеи
2) перстнещитовидную связку
3) щитовидный хрящ
4) перстневидный хрящ

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

1) пищевод
2) щитовидную железу
3) глотку
4) вилочковую железу
5) гортань

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

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

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

1) наложения согревающего компресса
2) пункции коленного сустава
3) иммобилизации сустава
4) анальгетиков

171. К признакам перелома не относится:

1) боль
2) патологическая подвижность
3) крепитация
4) пружинящая фиксация
5) нарушение функции

172. К признакам вывиха не относится:

1) боль
2) крепитация
3) пружинящая фиксация
4) изменение длины конечности
5) нарушение функции

173. Для внутрисуставного перелома характерно:

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

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

1) флегмона сустава
2) посттравматический гемартроз
3) деформирующий остеоартроз
4) вывих в суставе

175. Анкилоз сустава это:

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

176. Бурсит это:

1) воспаление околосуставной сумки
2) воспаление суставных поверхностей
3) воспаление связок сустава
4) воспаление сухожилия мышцы

177. При проведении блокады межреберных нервов введение новокаина осуществляется:

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

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

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

179. Шоковый индекс Альтговера это:

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

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

1) ушить наглухо
2) ушить наглухо с установкой дренажей
3) не ушивать
4) наложить провизорные швы

181. Для перелома костей таза характерным является:

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

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

1) ушиб правого локтевого сустава
2) передний вывих правого локтевого сустава
3) задний вывих правого локтевого сустава
4) деформирующий остеоартроз

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

1) задневерхний подвздошный
2) передневерхний лонный
3) передненижний запирательный
4) задненижний седалищный

184. Симптом «клавиши» при вывихе ключицы:

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

185. Отличительным признаком надбугорковых переломов плечевой кости является:

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

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

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

187. Этиологическим фактором в развитии плоскостопия является:

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

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

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

189. Пяточная шпора это:

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

190. Поражение каких морфологических структур первично при остеохондрозе?

1) межпозвоночные диски
2) связочный аппарат позвоночника
3) межпозвонковые суставы
4) тела позвонков

191. К рентгенологическим признакам остеохондроза не относится:

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

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

1) панкреатит
2) стенокардия
3) язвенная болезнь желудка
4) колит

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

1) стенокардии
2) острого цистита
3) язвенной болезни желудка
4) острого калькулезного холецистита

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) шум «плеска» натощак
2) эксикоз
3) рвота съеденной пищей
4) анемия
5) периодический судорожный синдром

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

1) «кинжальные» боли
2) отсутствие рвоты
3) частые позывы на стул
4) пневмоперитонеум
5) симптом Спижарного

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

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

201. Спустя 3 суток после перфорации при оценке симптомов у больного язвенной болезнью 12-перстной кишки не выявлено признаков перитонита, температура нормальная, лейкоцитоз – $7{,}2\times10^9$/л, на обзорной рентгенограмме брюшной полости – явления пневмоперитонеума. Тактика хирурга поликлиники?

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

202. В поликлинику к хирургу поступил бледный больной с язвенным анамнезом. Пульс – 88 уд./мин, АД – 100/60 мм рт. ст. В анализах крови: $2{,}8\times10^{12}$/л эритроцитов. Заподозрено язвенное кровотечение. Что для него не характерно?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) кровотечение
2) перфорация
3) пенетрация
4) стеноз
5) малигнизация

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

1) гастродуоденоскопию
2) контрастную рентгенографию желудка
3) обзорную ретгенографию брюшной полости
4) ангиографию
5) лапароскопию

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

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

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

1) 3 мм
2) 5 мм
3) 8 мм
4) 12 мм

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

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

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

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

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

1) механическая желтуха
2) водянка желчного пузыря
3) перитонит
4) холедохолитиаз
5) папиллостеноз

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

1) ознобы
2) желтуха
3) симптом Курвуазье
4) боли в правом подреберье

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

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

216. Оптимальным методом диагностики холедохолитиаза в поликлинических условиях будет:

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

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

1) дообследование и лечение в условиях хирургического стационара
2) консультация инфекциониста
3) массивная антибиотикотерапия
4) спазмолитики

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

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

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

1) рак холедоха
2) папиллостеноз
3) диаметр холедоха 4 мм
4) гемобилия
5) механическая желтуха

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

1) водянку желчного пузыря
2) механическую желтуху
3) перфорацию желчного пузыря
4) перитонит

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

1) первый
2) второй
3) третий
4) множество

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

1) перитонит
2) холангит
3) желтуха
4) водянка желчного пузыря
5) панкреонекроз

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) ранняя спаечная кишечная нероходимость
2) поздняя спаечная кишечная непроходимость
3) эвентрация
4) пневмония
5) перфорация полого органа брюшной полости

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

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

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

1) физиотерапевтическое лечение
2) щадящую диету
3) наркотические анальгетики
4) антибиотики

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) тазового аппендицита
2) ретроцекального аппендицита
3) подпеченочного аппендицита
4) острого дивертикулита
5) острого сальпингита

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) странгуляционной кишечной непроходимости
2) опухолевой толстокишечной непроходимости
3) аострита
4) колита
5) энтерита

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

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

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

1) высокой тонкокишечной непроходимости
2) низкой толстокишечной непроходимости
3) динамической непроходимости кишечника
4) копростаза

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

1) высокой тонкокишечной непроходимости
2) низкой толстокишечной непроходимости
3) динамической непроходимости кишечника
4) копростаза

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

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

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

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

256. Допустимо лечить кишечную непроходимость в условиях поликлиники при:

1) заворотах
2) хронических запорах
3) обтурации опухолями
4) ущемленной грыже

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

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

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

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

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

1) острый аднексит
2) острый аппендицит
3) паранефрит
4) почечная колика
5) острая пневмония

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

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

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

1) внезапное начало
2) опоясывающие боли
3) многократная рвота
4) асимметрия живота
5) вздутие живота

262. Какие поздние осложнения заболевания не характерны для панкреонекроза?

1) полисерозит
2) киста поджелудочной железы
3) анемия
4) недостаточность экскреторной функции поджелудочной железы
5) сахарный диабет

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

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

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

1) к истинным кистам
2) к ложным кистам
3) к абсцессам
4) к злокачественным опухолевидным образованиям

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

1) опоясывающие боли в животе
2) многократная рвота
3) пневмоперитонеум
4) акроцианоз
5) тахикардия

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

1) амилазурия
2) лейкоцитоз
3) анемия
4) транзиторная гипергликемия

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

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

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

1) плеврит
2) коллапс легкого
3) медиастинальная эмфизема
4) затемнение верхушки легкого
5) кардиомегалия

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

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

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

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

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

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

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

1) о кровотечении
2) о перфорации
3) о малигнизации язвы
4) о стенозе
5) о пенетрации

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

1) о стенозе
2) о кровотечении
3) о пенетрации
4) о малигнизации
5) о перфорации

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

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

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

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

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

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

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

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

278. При обследовании в поликлинике больной с неосложненной желчно-каменной болезнью будут выявлены:

1) лейкоцитоз
2) нормогликемия
3) диастазурия
4) ознобы
5) гипербилирубинемия

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

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

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

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

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

1) обтурационной кишечной непроходимости
2) странгуляционной кишечной непроходимости
3) гастрита
4) спастической кишечной непроходимости
5) паралитической кишечной непроходимости

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) холестеринемия
2) глюкозурия
3) гипербилирубинемия
4) диастазурия
5) лейкоцитоз

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) прямой грыжей
2) внутренней грыжей
3) водянкой яичка
4) бедренной грыжей
5) эписпадией

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

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

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

1) положительный симптом кашлевого толчка
2) невправимость грыжи
3) напряжение и боли при пальпации грыжи
4) резкие боли в области грыжи
5) внезапное начало

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

1) плотные края грыжевых ворот
2) малигнизация
3) увеличение в размерах со временем
4) частая невправимость
5) широкие грыжевые ворота

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

1) рентгеноскопия
2) сонография
3) перкуссия
4) хромоцистоскопия
5) диафаноскопия

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

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

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

1) гастродуоденоскопию
2) сонографию
3) лапароцентез
4) контрастную рентгенографию желудка
5) обзорную рентгеноскопию

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

1) малигнизация
2) перфорация
3) кровотечение
4) дуоденостаз
5) пенетрация в головку поджелудочной железы

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

1) перфорация
2) кровотечение
3) малигнизация
4) дуоденостаз
5) все перечисленное

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

1) пенетрация
2) рубцовая деформация кишки
3) перфорация
4) малигнизация
5) кровотечение

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

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

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

1) кахексия
2) профузное кровотечение
3) перфорация
4) стеноз
5) малигнизация

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

1) перитонит
2) воспалительный инфильтрат
3) кровотечение
4) дивертикулит
5) все перечисленное

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

1) исследование реакции Грегерсена
2) ультрасонографию
3) ректороманоскопию
4) ирригоскопию
5) колоноскопию

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

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

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

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

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

1) надпеченочная
2) печеночная
3) подпеченочная
4) все перечисленные

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

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

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

1) рвота «кофейной гущей»
2) мелена
3) развитие анемии
4) все перечисленное

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

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

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

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

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

1) остеохондроз поясничного отдела позвоночника
2) инфаркт миокарда
3) перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
4) невправимая паховая грыжа

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

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

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

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

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

1) рентгенографию грудной клетки в двух проекциях
2) пункцию плевральной полости
3) томографию
4) торакоскопию

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

1) об абсцессе легкого
2) о рецидиве пневмонии
3) о выпотном плеврите
4) о гангрене легкого
5) о пневмотораксе

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

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

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

1) кровотечение
2) ишемическую болезнь сердца
3) поддиафрагмальный абсцесс
4) развитие булл в легком
5) развитие туберкулеза

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

1) рак легкого
2) пневмония
3) абсцесс легкого
4) экссудативный плеврит
5) бронхоэктатическая болезнь

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

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

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

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

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

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

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

1) пиопневмоторакс
2) кровотечение
3) аневризма грудного отдела аорты
4) пневмосклероз
5) сепсис

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

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

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

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

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

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

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

1) экссудативном плеврите
2) поддиафрагмальном плеврите
3) перикардите
4) гемотораксе
5) пневмотораксе

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

1) эмпиеме плевры
2) раке легкого
3) бронхоэктатической болезни
4) буллезных кистах легкого
5) ателектазе легкого

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

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

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

1) гемотораксу
2) асистолии
3) аритмии
4) гематоме легкого
5) коллапсу легкого

334. К признакам бронхоэктатической болезни не относится:

1) кашель
2) молодой возраст
3) кровохарканье
4) симптом Горнера
5) одышка

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

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

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

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

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

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

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

1) открытом пневмотораксе
2) клапанном пневмотораксе
3) ранении мягких тканей шеи
4) большом гемотораксе

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

1) повреждение легкого
2) присоединение вторичной инфекции
3) гемопневмоторакс
4) пневмоторакс

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

1) закрытого пневмоторакса
2) открытого пневмоторакса
3) клапанного пневмоторакса
4) показано при всех ситуациях

341. Подкожная эмфизема не является признаком:

1) открытого пневмоторакса
2) клапанного пневмоторакса
3) повреждения трахеи
4) гемоторакса

342. В поликлинику привели пожилого больного с сильными болями в животе. Выяснено, что боли начались 4 часа назад внезапно, в верхней трети живота. Ранее лечился по поводу ишемической болезни сердца, пневмонии и гастрита. При объективном исследовании: пульс – 88 уд./мин, АД – 120/80 мм рт. ст., умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, в эпигастрии пальпируется объемное образование. В анализах: эритроциты – $4{,}8\times10^{12}$/л, лейкоциты – $14{,}4\times10^{9}$/л. С каким диагнозом больного необходимо перевести в хирургический стационар?

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

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

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

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

1) в яичник
2) в пупок
3) в подмышечную область
4) асцит
5) в левую надключичную область

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

1) беспричинную слабость
2) снижение аппетита
3) беспричинное прогрессирующее похудание
4) рвоту
5) анемию

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

1) жидкость натощак
2) форма желудка в виде «рыболовного крючка»
3) диаметр язвы 2,5 см
4) задержка эвакуации
5) симптом Декервена

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

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

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

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

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

1) рак желудка
2) стенокардия
3) полипоз желудка
4) цирроз печени
5) лейкоз

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

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

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

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

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

1) I 2) II 3) III 4) IV

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

1) аритмия
2) кашель
3) дисфагия
4) головные боли
5) цианоз лица

354. К факторам риска развития рака пищевода не относится:

1) ожирение
2) курение
3) злоупотребление алкоголем
4) употребление горячей пищи
5) действие нитрозаминов

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

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

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

1) локальное утолщение стенки
2) ригидность стенки
3) синдром «верхней полой вены»
4) участок измененного цвета
5) сглаженность складок

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

1) экстирпация пищевода по Черноусову
2) операция Льюиса
3) гастростомия по Витцелю
4) операция Добромыслова-Торека

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

1) медиастинальную форму
2) милиарный канцероматоз
3) пневмониеподобный рак
4) рак Савицкого

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

1) курение
2) воздействие бензопирена
3) железистый полип желудка
4) хронический бронхит

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) для центрального рака легкого
2) для медиастинальной формы
3) для рака Панкоста
4) для пневмониеподобного рака нижней доли

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

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

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

1) гамартома
2) аденома
3) фиброма
4) аденокарцинома
5) невринома

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

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

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

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

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

1) в левой надключичной области
2) в области пупка
3) в дугласовом пространстве
4) в печени
5) в легком

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

1) пилорической
2) кардиальной
3) тела желудка
4) дна желудка
5) угла желудка

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

1) первая
2) вторая
3) третья
4) четвертая

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

1) при диаметре 0,5 см
2) при диаметре 1 см
3) при диаметре 2 см
4) размер не имеет значения

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

1) у основания
2) в теле
3) в верхушке

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

1) о малигнизированной язве желудка
2) о диафрагмальной грыже
3) о полипе желудка
4) о язвенном кровотечении
5) о лимфадените

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

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

376. При какой локализации рак желудка клинически протекает малосимптомно?

1) выходной отдел
2) кардиальный отдел
3) тело желудка
4) антральный отдел

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

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

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

1) лапараскопию
2) ультрасонографию
3) рентгенологическое исследование желудка
4) РХПГ
5) гастроскопию с биопсией

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

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

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

1) кости
2) головной мозг
3) средостение
4) почки
5) печень

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

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

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

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

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

1) полипоз желудка
2) ахалазия кардии 2 степени
3) фитобезоар
4) хронический атрофический гастрит
5) каллезная язва желудка

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

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

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

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

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

1) папиллома
2) лейомиома
3) липома
4) аденома
5) аденокарцинома

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

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

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

1) хроническая пневмония
2) хронический бронхит
3) рак легкого
4) тиреотоксикоз
5) туберкулез

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

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

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

1) острая кишечная непроходимость
2) кровотечение
3) холангит
4) перитонит
5) перифокальное воспаление

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

1) иссечение узла с тканью железы и срочным гистологическим исследованием
2) энуклеацию узла
3) субтотальную струмэктомию
4) гемиструмэктомию с резекцией перешейка
5) консервативное лечение тироксином

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

1) травма гортанных нервов
2) гипопаратиреоз
3) тиреотоксикоз
4) гипотиреоз
5) тиреотоксический криз

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

1) гематому
2) гипокальциемию
3) гипотиреоз
4) келоидный рубец
5) все перечисленные

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

1) эмоциональную возбудимость
2) плохой сон
3) сердцебиение
4) аритмию
5) симптом Хвостека

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

1) спорадический зоб
2) тиреоидит
3) эндемический зоб
4) эпидемический зоб
5) массовый тиреотоксикоз

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

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

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

1) гипертиреоз
2) язвенная болезнь желудка
3) гипотиреоз
4) рак желудка
5) феохромоцитома

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

1) зоб
2) тахикардию
3) экзофтальм
4) брадикардию
5) диастолический шум на верхушке сердца

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

1) экзофтальм
2) повреждение возвратного нерва
3) кровотечение
4) тетания
5) гипотиреоз

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

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

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

1) тиреотоксический зоб
2) узловой эутиреоидный зоб
3) висцеропатическую стадию тиреотоксического зоба
4) множественный узловой зоб
5) диффузный гипотиреодиный зоб

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

1) струмит Хашимото
2) зоб Риделя
3) тиреоидит де Кервена
4) аденому щитовидной железы

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

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

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

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

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

1) метастаз рака легкого
2) киста щитовидной железы
3) липома щитовидной железы
4) рак щитовидной железы
5) эхинококковая киста

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

1) повреждение трахеи
2) гипотиреоз
3) развитие хронической венозной недостаточности
4) повреждение пищевода
5) гематому

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

1) гемитиреоидэктомию
2) субтотальную резекцию щитовидной железы
3) субтотальную резекцию щитовидной железы

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

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

409. Чем следует лечить амбулаторному хирургу явления тиреотоксикоза?

1) тиреоидином
2) резерпином
3) мерказолилом
4) папаверином
5) все правильно

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

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

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

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

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

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

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

1) сердцебиение
2) изжогу
3) птоз
4) симптом Ортнера
5) повышенную массу тела

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

1) симптом Штельбаха
2) экзофтальм
3) симптом Мебиуса
4) зоб
5) брадикардия

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

1) оперативно – субтотальная струмэктомия
2) консервативно – гормонами щитовидной железы
3) аспирином
4) преднизолоном
5) плазмаферезом

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

1) раствор риванола
2) раствор фурацилина
3) раствор йодопирона
4) перекись водорода
5) мазь Вишневского

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

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

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

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

419. Ранняя некрэктомия при ожогах кисти допустима при:

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

420. Не является свидетельством ожога верхних дыхательных путей:

1) осиплость голоса
2) затрудненное дыхание
3) большая площадь ожога
4) локализация ожога на лице

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

1) мази на жирорастворимой основе
2) мази на водорастворимой основе
3) биологические покрытия
4) повязки с фурацилином

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

1) фурацилиновая мазь
2) борная мазь
3) йодопироновая мазь
4) мафенид

423. Какую первую помощь следует оказать больному с ожогом?

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

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

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

425. Что является специфическим для ожогов лица?

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

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

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

427. Сколько степеней выделяют для характеристики глубины термического ожога?

1) одну
2) две
3) три
4) четыре
5) пять

428. Для эректильной фазы шока не характерно:

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

429. При определении степени ожога учитывается:

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

430. При ожоге какой степени невозможно самостоятельное заживление раны?

1) I–II степень
2) II степень
3) III А степень
4) III Б–IV степень

431. Сколько степеней выделяют для характеристики глубины отморожения?

1) одну 2) две 3) три 4) четыре

432. При обращении больного с отморожением для согревания следует:

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

433. Для отморожения не характерно:

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

434. При ожоге III Б степени поражается:

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

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

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

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

1) щадящая рациональная диета и дробное питание
2) постуральный дренаж после приема пищи и промывание пищевода минеральной водой
3) местные анестетики
4) питание в клиностатическом положении
5) прием перед едой 1–2 ложек растительного масла

437. При обследовании хирургом поликлиники мужчины с жалобами на боли за грудиной, дисфагию и регургитацию заподозрена ахалазия кардии. Рентгенологически и эндоскопически выявлены значительное расширение пищевода, отсутствие симптома раскрытия кардии, обусловленные рубцовым процессом. Укажите стадию заболевания:

1) I
2) II
3) III
4) IV

438. Какое лечение должен предложить хирург поликлиники больному с ахалазией кардии III стадии?

1) консервативное лечение
2) кардиодилатацию
3) операцию кардиомиотомии
4) резекцию кардиального отдела желудка
5) гастростомию

439. Какие препараты консервативной терапии нецелесообразно назначать больному с кардиоспазмом в условиях поликлиники?

1) местные анестетики
2) церукал
3) витамины группы В
4) вазопрессоры
5) нитропрепараты

440. На амбулаторный прием к хирургу привели молодого мужчину в состоянии алкогольного опьянения с колото-резаной раной шеи слева. Больной жалуется на боль в ране при глотании и дисфагию. Явлений шока и кровотечения нет. При объективном обследовании обнаружена подкожная эмфизема. Какие органы, с наибольшей вероятностью, повреждены у больного?

1) легкое
2) пищевод
3) только мышцы шеи
4) сосуды шеи
5) гортань

441. На прием к хирургу поликлиники явился больной 34 лет. Данные анамнеза: 5 суток назад в бытовой ссоре он получил удар ножом в область шеи. Чувствовал себя относительно удовлетворительно, затем появилась тугоподвижность шеи, температура тела повысилась до 38,4° С. При обзорном рентгенологическом исследовании обнаружена прослойка газа в мягких тканях шеи, увеличение предпозвоночного пространства и смещение трахеи кпереди. С ранением какого органа столкнулся хирург?

1) гортани
2) пищевода
3) легкого
4) мягких тканей шеи

442. На прием к амбулаторному хирургу явился больной с жалобами на затруднение глотания, повышение температуры, чувство инородного тела в пищеводе. Данные анамнеза: 3 суток назад при приеме пищи он подавился мелкой рыбьей костью. При обследовании выявлено: состояние больного средней тяжести, пульс – 92 уд./мин, температура тела–38,4 °С. На обзорной рентгенографии имеется газ в средостении. Что должен назначить хирург?

1) эзофагоскопию
2) консервативное лечение
3) экстренную госпитализацию специализированным транспортом
4) анализы крови и мочи

443. На прием к амбулаторному хирургу явился больной 34 лет с жалобами на боли в горле, затруднение глотания, повышение температуры, слабость и черный стул. Из анамнеза выяснено, что 3 суток назад больной случайно выпил небольшое количество уксусной эссенции. При обследовании выявлены: умеренный лейкоцитоз до $9{,}4\times10^9$/л, анемия (эритроциты – $3{,}5\times10^{12}$/л), повышение температуры тела до 37,4°С, при ректальном пальцевом исследовании – черный оформленный стул. На обзорной рентгенографии патологии не обнаружено. Какое осложнение химического ожога пищевода развилось у больного?

1) медиастинит
2) плеврит
3) пищеводно-трахеальный свищ
4) желудочно-кишечное кровотечение
5) абсцессы легких

444. Хирургу поликлиники не следует назначать больному с острым химическим ожогом пищевода:

1) промывание желудка с помощью желудочного зонда
2) раствор новокаина внутрь
3) гастроскопию
4) пероральную антидотную терапию

445. На прием в поликлинику явился больной через 10 суток после случайного приема небольшого количества аккумуляторной кислоты с жалобами на невозможность полноценного питания, боли в пищеводе и верхней трети живота. Объективно: состояние средней тяжести, пульс–88 уд./мин, АД – 130/70 мм рт. ст., температура тела субфебрильная, на обзорной рентгенограмме патологии не выявлено. Хирургу следует провести:

1) эзофагогастроскопию
2) анализы крови и мочи
3) госпитализацию в хирургический стационар
4) раннее бужирование в условиях поликлиники
5) консервативное лечение амбулаторно

446. В какие сроки хирургу поликлиники следует рекомендовать позднее бужирование пищевода больному по поводу ожоговой стриктуры после перенесенного химического ожога для уменьшения возможности осложнений?

1) 3–4 недели
2) 4–6 недель
3) 6–8 недель
4) более 8 недель

447. Какое мероприятие на догоспитальном этапе не показано больному с химическим ожогом пищевода в острой фазе?

1) питье молока
2) введение постоянного желудочного зонда
3) промывание ротовой полости пищевода и желудка питьевой водой
4) прием обезболивающих препаратов

448. В поликлинику поступил больной с химическим ожогом пищевода двухчасовой давности. Надо ли проводить зондовое промывание желудка?

1) зонд вводят только при ожоге щелочью
2) обязательно
3) зонд вводят только при ожоге кислотой
4) данный метод противопоказан

449. При обследовании хирургом поликлиники женщины 26 лет отмечены жалобы на чувство затруднения глотания жидкой пищи, периодическую регургитацию. При эзофагоманометрии выявлено уменьшение релаксации пищеводного сфинктера при глотании. Какое заболевание, скорее всего, имеет место у больной?

1) рефлюкс-эзофагит
2) наддиафрагмальный дивертикул пищевода
3) рак пищевода
4) полип пищевода
5) ахалазия кардии

450. На прием к хирургу обратилась больная 25 лет с клинической картиной I стадии ахалазии кардии. Какое лечение следует назначить больной?

1) антирефлюксная операция
2) применение седативных препаратов
3) примененение спазмолитических средств
4) дилатация нижнего пищеводного сфинктера
5) операция эзофагомиотомии

451. Какую симптоматику не может выявить хирург поликлиники у больных с параэзофагеальной грыжей?

1) боль за грудиной
2) непроходимость кишечника
3) некроз и перфорацию
4) эрозивный эзофагит
5) боль усиливается в положении лежа

452. Амбулаторный хирург при обследовании больной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы должен знать, что наиболее часто встречающимся осложнением ее является:

1) ущемление грыжевого содержимого
2) нарушение пассажа пищи
3) аритмия
4) желудочно-кишечное кровотечение
5) рефлюкс-эзофагит

453. Какой наиболее информативный метод исследования должен назначить амбулаторный хирург больному с подозрением на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы?

1) гастроскопию
2) ангиографию
3) компьютерную томографию
4) контрастное полипозиционное рентгенологическое исследование
5) сонографию

454. Хирург поликлиники выявил у больного кардиоспазм. В какой стадии данного заболевания (по классификации Б.В. Петровского) показано оперативное лечение?

1) во всех стадиях
2) во второй, третьей, четвертой стадиях
3) в третьей и четвертой стадиях
4) в четвертой стадии

455. Какое лечение должен назначить хирург поликлиники больной с ценкеровским дивертикулом?

1) удаление дивертикула с миоэзофаготомией
2) гастростомию
3) зондовое питание
4) эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода
5) все перечисленное возможно

456. Амбулаторному хирургу следует помнить, что самым частым осложнением дивертикула пищевода является:

1) кровотечение
2) рак пищевода
3) дивертикулит
4) перфорация
5) стриктура пищевода

457. Какие ранние признаки должен искать амбулаторный хирург у больного при подозрении на рак пищевода?

1) усиленное слюнотечение
2) дисфагию
3) боли за грудиной и в спине
4) кашель при приеме пищи
5) снижение массы тела

458. Что не должен выполнять амбулаторный хирург больному при подозрении на инородное тело пищевода:

1) эзофагоскопию
2) зондирование пищевода
3) контрастную рентгеноскопию пищевода
4) ларингоскопию
5) все указанное выполнять можно

459. На амбулаторный прием явилась больная с легкими проявлениями рефлюкс-эзофагита. Какие рекомендации может дать хирург поликлиники при данном заболевании?

1) антациды
2) церукал
3) дробный прием пищи
4) высокое положение головного конца тела во время сна
5) все перечисленное

460. В состав клинико-экспертной комиссии лечебно-профилактического учреждения не может входить:

1) главный врач
2) заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
3) заведующий отделением
4) лечащий врач
5) главная медсестра

461. Кто может возглавлять клинико-экспертную комиссию лечебно-профилактического учреждения?

1) главный врач или заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
2) заведующий отделением
3) ведущие специалисты
4) лечащий врач

462. Имеет ли право проводить экспертизу временной нетрудоспособности средний медработник?

1) да
2) только по решению органа управления здравоохранением
3) нет

463. Амбулаторный хирург имеет право выдать листок нетрудоспособности единовременно на максимальный срок:

1) до 3 календарных дней
2) до 10 календарных дней
3) до 30 календарных дней
4) не более 10 месяцев

464. Амбулаторный хирург имеет право единолично продлить листок нетрудоспособности на максимальный срок:

1) до 3 календарных дней
2) до 10 календарных дней
3) до 30 календарных дней
4) не более 10 месяцев

465. При амбулаторном лечении листок временной нетрудоспособности выдается:

1) в день установления нетрудоспособности
2) при окончании лечения
3) с первого дня заболевания или травмы

466. Сколько подписей членов клинико-экспертной комиссии должно быть в больничном листке?

1) две
2) три
3) четыре
4) шесть

467. Сколько групп инвалидности выделяют?

1) две
2) три
3) четыре
4) шесть

468. К I группе инвалидности относятся:

1) лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, не способные к самообслуживанию и нуждающиеся в постороннем уходе
2) лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, нетрудоспособные, но не нуждающиеся в постороннем уходе
3) лица со стойкими незначительными или умеренно выраженными нарушениями функций организма, способные к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема работы
4) лица с временными нарушениями функций организма, приводящими к ограничению их профессиональной деятельности

469. Ко II группе инвалидности относятся:

1) лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, не способные к самообслуживанию и нуждающиеся в постороннем уходе
2) лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, нетрудоспособные, но не нуждающиеся в постороннем уходе
3) лица со стойкими незначительными или умеренно выраженными нарушениями функций организма, способные к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема работы
4) лица с временными нарушениями функций организма, приводящими к ограничению их профессиональной деятельности

470. К III группе инвалидности относятся:

1) лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, не способные к самообслуживанию и нуждающиеся в постороннем уходе
2) лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, нетрудоспособные, но не нуждающиеся в постороннем уходе
3) лица со стойкими незначительными или умеренно выраженными нарушениями функций организма, способные к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема работы
4) лица с временными нарушениями функций организма, приводящими к ограничению их профессиональной деятельности

471. Документом, подтверждающим временную нетрудоспособность пациента, является:

1) листок временной нетрудоспособности
2) выписка из амбулаторной карты
3) история болезни
4) контрольная карта диспансерного наблюдения

472. Может ли листок нетрудоспособности быть выдан только на дни явки в поликлинику, т.е. прерывисто:

1) нет
2) да
3) да, по решению КЭК – для проведения инвазивных методов обследования и лечения

473. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при облитерирующем эндартериите, не требующем оперативного лечения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 10–15 суток
2) 14–21 сутки
3) 20–25 суток
4) 30–40 сутки

474. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу облитерирующего эндартериита (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 30–45 суток
3) 50–60 суток
4) 60–80 суток

475. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром тромбофлебите поверхностных сосудов нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 10–15 суток
2) 15–18 суток
3) 15–24 суток
4) 20–30 суток

476. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром тромбофлебите глубоких вен нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 10–15 суток
2) 15–18 суток
3) 15–24 суток
4) 20–30 суток

477. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром тромбофлебите, варикозном расширении вен нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 10–15 суток
2) 15–20 суток
3) 20–30 суток
4) 30–35 суток

478. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 15–20 суток
2) 20–30 суток
3) 25–35 суток
4) 30–35 суток

479. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного абсцесса легкого (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 40–50 суток
3) 60–80 суток
4) 80–90 суток

480. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения операции по поводу эмпиемы плевры (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 40–50 суток
3) 50–60 суток
4) 60–90 суток

481. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного пневмоторакса (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 10–20 суток
2) 20–30 суток
3) 30–40 суток
4) 40–50 суток

482. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острой язвы желудка, осложненной кровотечением (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 30–45 суток
3) 45–60 суток
4) 50–70 суток

483. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу перфорации острой язвы желудка (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 30–45 суток
2) 50–60 суток
3) 60–75 суток
4) 75–80 суток

484. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острой язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 15–20 суток
2) 20–40 суток
3) 45–60 суток
4) 50–70 суток

485. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острой язвы двенадцатиперстной кишки с прободением (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 15–20 суток
2) 20–40 суток
3) 45–60 суток
4) 50–70 суток

486. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого катарального аппендицита (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 16–18 сутки
2) 18–21 сутки
3) 21–24 суток
4) 26–30 суток

487. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого флегмонозного аппендицита (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 16–18 суток
2) 18–21 сутки
3) 21–24 суток
4) 26–30 суток

488. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гангренозного аппендицита (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 16–18 суток
2) 18–21 сутки
3) 21–24 суток
4) 26–30 суток

489. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу односторонней паховой грыжи (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 18–20 суток
2) 21–23 суток
3) 22–25 суток
4) 25–30 суток

490. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности больной после выполнения операции по поводу односторонней бедренной грыжи (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 18–20 суток
2) 21–23 суток
3) 22–25 суток
4) 25–30 суток

491. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу пупочной грыжи (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 18–20 суток
2) 21–23 суток
3) 22–25 суток
4) 23–28 суток

492. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу грыжи передней брюшной стенки (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 18–20 суток
2) 21–23 суток
3) 20–25 суток
4) 25–30 суток

493. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу инвагинации кишечника (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 30–40 суток
3) 40–50 суток
4) 50–55 суток

494. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гнойного местного перитонита (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 30–40 суток
3) 50–60 суток
4) 60–90 суток

495. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гнойного распространенного перитонита (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 30–40 суток
3) 50–60 суток
4) 60–90 суток

496. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу абсцесса печени (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 40–50 суток
2) 60–80 суток
3) 90–100 суток
4) 120–140 суток

497. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному холецистэктомии по поводу острого холецистита (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 25–30 суток
2) 32–45 суток
3) 48–55 суток
4) 55–60 суток

498. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного желудочно-кишечного кровотечения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 15–20 суток
2) 20–35 суток
3) 30–40 суток
4) 40–45 суток

499. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного флегмоны пальцев кисти или стопы (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 5–15 суток
2) 15–20 суток
3) 20–25 суток
4) 25–30 суток

500. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного вторичного посттравматического полиартроза (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 10–20 суток
2) 15–30 суток
3) 30–35 суток
4) 35–40 суток

501. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу тиреотоксикоза с токсическим многоузловым зобом (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–25 суток
2) 25–30 суток
3) 30–35 суток
4) 35–45 суток

502. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного ушиба грудной клетки (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 7–10 суток
2) 10–15 суток
3) 15–20 суток
4) 20–25 суток

503. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома ребра без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 15–25 суток
2) 20–30 суток
3) 40–50 суток
4) 50–60 суток

504. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома ребра со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 15–25 суток
2) 20–30 суток
3) 40–50 суток
4) 50–60 суток

505. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного множественного перелома ребер (2–3) без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 15–25 суток
2) 20–30 суток
3) 30–45 суток
4) 50–60 суток

506. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома крестца без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 25–45 суток
2) 30–50 суток
3) 55–90 суток
4) 80–100 суток

507. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома подвздошной кости без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 25–45 суток
2) 35–45 суток
3) 55–90 суток
4) 80–100 суток

508. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха поясничного позвонка (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 25–45 суток
2) 30–50 суток
3) 55–90 суток
4) 80–100 суток

509. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненной открытой раны плечевого пояса и плеча (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 10–15 суток
2) 15–18 суток
3) 18–20 суток
4) 20–25 суток

510. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома ключицы без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 25–30 суток
2) 30–40 суток
3) 40–55 суток
4) 55–60 суток

511. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома головки плечевой кости без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 35–45 суток
3) 55–65 суток
4) 70–80 суток

512. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома хирургической шейки плечевой кости без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 35–45 суток
3) 50–60 суток
4) 70–80 суток

513. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома хирургической шейки плечевой кости со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 35–45 суток
3) 55–65 суток
4) 70–80 суток

514. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома диафиза плечевой кости со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 40–50 суток
2) 60–70 суток
3) 80–120 суток
4) 140–150 суток

515. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха плечевого сустава (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 35–45 суток
3) 45–60 суток
4) 70–80 суток

516. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого сочетанного перелома диафизов локтевой и лучевой костей в средней трети без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–30 суток
2) 35–45 суток
3) 55–60 суток
4) 70–80 суток

517. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного открытой раны запястья или кисти с неосложненным течением (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 10–15 суток
2) 15–20 суток
3) 20–25 суток
4) 25–30 суток

518. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного вывиха пальца кисти (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 10–15 суток
2) 15–20 суток
3) 20–25 суток
4) 25–30 суток

519. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома шейки бедра без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 50–60 суток
2) 80–95 суток
3) 150–160 суток
4) 165–180 суток

520. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома диафиза бедренной кости со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 125–135 суток
2) 145–155 суток
3) 180–190 суток
3) 195–210 суток

521. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха в тазобедренном суставе (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 125–135 суток
2) 145–155 суток
3) 180–200 суток
4) 200–210 суток

522. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха в коленном суставе (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 40–50 суток
2) 50–70 суток
3) 60–80 суток
4) 80–100 суток

523. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного термического ожога туловища II степени (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 40–60 суток
2) 70–80 суток
3) 100–120 суток
4) 160–180 суток

524. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного термического ожога туловища III степени (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 40–80 суток
2) 100–120 суток
3) 160–180 суток
4) 180–200 суток

525. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу гнойного парапроктита (стационарный и амбулаторный этапы):

1) 20–25 суток
2) 25–35 суток
3) 30–40 суток
4) 40–45 суток

Стоматология
и челюстно-лицевая хирургия

01. Для ортогнатического прикуса характерно следующее взаимоотношение передних зубов (при сомкнутых зубных рядах):
1) верхние передние зубы перекрывают нижние приблизительно на величину 1/3 длины их коронки
2) верхние передние зубы перекрывают нижние, на величину более 1/2 длины их коронки
3) верхние и нижние передние зубы контактируют встык своими режущими краями
4) передние зубы не контактируют, в вертикальной плоскости между ними выявляется щель

02. Симптом «скошенного луга» (появление участков западения слизистой оболочки языка, за счет атрофии вкусовых сосочков) характерен для:
1) первичного сифилиса
2) вторичного сифилиса
3) третичного сифилиса
4) врожденного сифилиса

03. Для эритематозной формы рожистого воспаления лица характерно:
1) воспалительный процесс проявляется инфильтратом, захватывающим кожу, подкожную клетчатку, мышцы
2) воспалительный процесс захватывает только кожу, проявляется выраженная гиперемия с четкими границами, участок поражения несколько выступает над уровнем здоровой кожи
3) воспалительный процесс связан с одонтогенным источником инфекции, проявляется цианозом, истончением тонких покровов
4) воспалительный процесс связан с поражением тройничного нерва, проявляется сильными болями невралгического характера

04. Симптом «перемежающейся контрактуры» жевательных мышц характерен для:
1) флегмоны крыловидно-челюстного пространства
2) флегмоны субмассетериального пространства
3) подкожно-межмышечной формы актиномикоза
4) туберкулезной волчанки

05. Для глоссалгии, развивающейся на фоне патологии желудочно-кишечного тракта, характерны:

1) боли в области кончика и боковых поверхностей передних 2/3 языка, исчезающие во время приема пищи
2) боли в области кончика и боковых поверхностей передних 2/3 языка, усиливающиеся во время приема пищи
3) боли в области задней трети языка, повышенная чувствительность к горькому
4) диффузные боли в языке, усиливающиеся при глотании

06. Симптом Харвата – это:

1) увеличение слюнных желез при сахарном диабете
2) прогрессирующая сухость во рту
3) гиперемия, отек слизистой оболочки полости рта в области устья выводного протока слюнной железы
4) воспаление лимфатических узлов, расположенных в толще слюнных желез

07. Найдите ошибку: Для клинической картины опоясывающего лишая, локализующегося в челюстно-лицевой области характерно:

1) наличие невралгических болей за 24–48 часов до появления высыпаний
2) двусторонний характер поражения
3) пузырьковые высыпания, локализующиеся по ходу расположения основных стволов тройничного нерва
4) после вскрытия пузырьков образуются эрозии с фестончатым краем, покрытые пиогенными корками

08. Для клинической картины язвенно-некротического стоматита Венсана характерно:

1) некроз, преимущественно в области десневого края, начинающийся с вершин межзубных сосочков и постепенно вовлекающий в процесс прилегающую слизистую оболочку
2) диффузное разрастание десен
3) появление эрозий округлой формы, окруженных венчиком гиперемии
4) появление участков ороговения с четкими краями, не возвышающихся над окружающей слизистой оболочкой

09. Прогрессирующее затруднение открывания рта при отсутствии выраженных болей при глотании характерно для:

1) флегмоны крыловидночелюстного пространства
2) флегмоны окологлоточного пространства
3) флегмоны поджевательного пространства
4) абсцесса челюстно-язычного желобка

10. Прошивание языка с последующей его фиксацией в выдвинутом положении показано при угрозе асфиксии:

1) стенотической
2) дислокационной
3) аспирационной
4) обтурационной

11. Согласно Российскому формуляру лекарственных средств, для оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе больному с сочетанной черепно-лицевой травмой для купирования болевого синдрома должен быть введен:

1) анальгин
2) реланиум
3) промедол
4) морфий

12. Для постановки диагноза острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти достоверным клиническим признакомявляется:

1) инфильтрат, гиперемия кожных покровов в области проекции тела нижней челюсти
2) периостальная реакция со стороны преддверия полости рта
3) онемение кожи подбородка и нижней губы со стороны поражения
4) ограничение открывания рта

13. Найдите ошибку: Во время проведения первичной хирургической обработки огнестрельных ран лица глухой шов накладывается при локализации повреждений в области:

1) ушной раковины
2) крыла носа
3) век
4) щеки

14. Симптом нагрузки при переломе верхней челюсти (симптом Герена) определяется давлением:

1) на основание альвеолярного отростка (части) верхней челюсти в области фронтального отдела
2) за бугор верхней челюсти в проекции крыловидного отростка
3) на подбородок при сомкнутых зубных рядах
4) на переносицу в направлении сверху вниз

15. Периодонт – это:

1) название коронковой части зуба
2) зубо-десневая борозда
3) соединительнотканная прослойка между компактной пластинкой лунки и цементом корня
4) комплексное понятие, включающее в себя связочный аппарат зуба, свободную и прикрепленную десну, компактную пластинку альвеолы

16. Перелом верхней челюсти по среднему типу (Ле Фор II) проходит:

1) от основания грушевидной вырезки, через основание альвеолярной части и бугра верхней челюсти к вершине крыловидных отростков
2) в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и нижнеглазничный край, в области скуло-верхнечелюстного шва
3) в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и наружный край орбиты в области скуло-лобного шва
4) от резцового возвышения кзади, через твердое и мягкое небо

17. «Вирховская железа» – это:

1) дополнительная доля околоушной слюнной железы
2) надчелюстной лимфатический узел, пальпируемый по переднему краю жевательной мышцы
3) метастаз в лимфатические узлы надключичной области при раке желудка
4) реактивное воспаление лимфатических узлов корня языка

18. При переломе верхней челюсти характерным является появление кровоизлияний в параорбитальную клетчатку, появляющихся:

1) в первые часы после травмы
2) спустя сутки после травмы
3) спустя неделю после травмы
4) спустя месяц после травмы

19. Противопоказанием для интубации, выполняемой по экстренным показаниям, является:

1) аспирация крови
2) западение корня языка
3) перелом нижней челюсти
4) повреждение шейного отдела позвоночника

20. Найдите ошибку: Для клинической картины неосложненного эпидемического паротита характерно:

1) распирающие боли, за счет чрезмерного растяжения капсулы железы
2) изменение конфигурации лица
3) гиперемия кожных покровов
4) сухость во рту

21. При перевязке наружной сонной артерии необходимо учитывать топографическую анатомию сосудисто-нервного пучка шеи, которая имеет следующее строение:

1) снаружи располагается общая сонная артерия, кнутри от нее внутренняя яремная вена, далее – блуждающий нерв
2) снаружи располагается внутренняя яремная вена, кнутри от нее общая сонная артерия, далее – блуждающий нерв
3) снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него внутренняя яремная вена, далее – общая сонная артерия
4) снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него общая сонная артерия, далее – внутренняя яремная вена

22. Дистопированный зуб – это:

1) непрорезавшийся зуб
2) частично прорезавшийся зуб
3) зуб, расположенный вне зубной дуги
4) сверхкомплектный зуб

23. Какое из перечисленных заболеваний относится к ВИЧ-ассоциированным?

1) локальный ювенильный гингивит
2) генерализованный ювенильный гингивит
3) язвенно-некротический гингивит
4) фиброматоз десен

24. Для флегмоны окологлоточного пространства характерна следующая клиническая картина:

1) острое начало, резкие боли при глотании, высокая температура, гиперемия зева, увеличенные, болезненные лимфатические узлы шеи с обеих сторон
2) острое начало, высокая температура, резко выраженное ограничение открывания рта, инфильтрат в области угла нижней челюсти на стороне поражения, передняя небная дужка смещена медиально, сильные боли при глотании
3) постепенное развитие заболевания в течении 2–3 суток, образование болезненного инфильтрата в задних отделах поднижнечелюстной области, субфебрильная температура, сухость во рту, умеренно выраженные боли при глотании
4) острое начало, высокая температура, движения языка резко болезненны, инфильтрация подъязычной области, язык приподнят, боли при глотании

25. Для изолированного перелома скуловой кости со смещением отломков характерно:

1) кровотечение из носа и нарушение прикуса
2) нарушение прикуса и затрудненное открывание рта
3) затрудненное открывание рта и кровотечение из носа
4) нарушение прикуса и боли при глотании

26. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня зуба с ровными, четкими, округлыми контурами рентгенологически определяется при:

1) фиброзном периодонтите
2) гранулирующем периодонтите
3) гранулематозном периодонтите
4) гангренозном пульпите

27. Ангина Людвига – это:

1) гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта
2) гнилостно-некротическое воспаление язычной миндалины
3) одностороннее некротическое поражение небной миндалины с переходом на переднюю небную дужку
4) некротическая форма рожистого воспаления кожи верхних отделов шеи

28. При каких переломах костей средней зоны лица происходит повреждение костей орбиты

1) при переломе нижней челюсти по нижнему типу (Ле Фор I)
2) при переломе нижней челюсти по среднему типу (Ле Фор II)
3) при вертикальном типе перелома верхней челюсти (Герену)
4) при переломе альвеолярной части верхней челюсти

29. Кровотечение из наружного слухового прохода отмечается при переломах нижней челюсти в области:

1) мыщелкового отростка
2) венечного отростка
3) угла
4) альвеолярной части

30. Прогрессирующее ограничение открывания рта характерно для:

1) ангины
2) перикоронарита
3) абсцесса твердого неба
4) хронического рецидивирующего герпеса

31. Наиболее вероятным путем распространения гнойно-воспалительного процесса из крылонебной ямки «по протяжению» является:

1) в орбиту
2) в полость височно-нижнечелюстного сустава
3) в верхнечелюстную пазуху
4) под капсулу околоушной слюнной железы

32. Сиалодохит – это:

1) воспаление паренхимы слюнной железы
2) воспаление выводного протока слюнной железы
3) гипертрофия слюнной железы без изменения ее функции
4) название конкремента слюнной железы

33. Клинический признак затруднения дыхания в положении лежа с угрозой последующего развития асфиксии возможен при флегмоне следующей локализации:

1) височной области
2) поднижнечелюстной области
3) дна полости рта
4) крыло-небной ямки

34. Для фурункула, локализующегося в области носогубного треугольника и осложненного развитием тромбофлебита v. Angularis, характерно развитие гиперемии и отека в области:

1) внутреннего угла глаза
2) наружного угла глаза
3) угла нижней челюсти
4) ушной раковины

35. Найдите ошибку: Показанием для наложения проволочных назубных шин являются:

1) переломы тела нижней челюсти
2) переломы альвеолярной части нижней челюсти
3) переломы верхней челюсти
4) переломы скуловой кости

36. Найдите ошибку: Показанием для оперативной фиксации фрагментов нижней челюсти является:

1) полная вторичная адентия
2) смещение костных отломков, сохраняющееся после проведения двучелюстного шинирования
3) наличие зуба в линии перелома
4) наличие костного дефекта нижней челюсти

37. Вскрытие капсулы слюнной железы при остром сиалоадените производится:

1) при развитии инфильтративных изменений в паренхиме железы
2) только после появления очагов размягчения и флюктуации в области железы
3) после появления гнойного отделяемого из выводного протока железы
4) при развитии прогрессирующей сухости во рту

38. При перикоронарите лечебные мероприятия должны начинаться с:

1) рассечения «капюшона» слизистой оболочки
2) назначения антибактериальной терапии
3) согревающих компрессов на шею
4) применения дезагрегантов

39. Характерными местными клиническими признаками актиномикоза челюстно-лицевой области являются:

1) наличие малоболезненного инфильтрата деревянистой плотности, истончение, цианоз кожных покровов над ним, наличие свищевых ходов с характерным крошковидным гнойным отделяемым
2) стремительное развитие заболевания, быстро нарастающий болезненный инфильтрат мягких тканей, гиперемия кожи над ним, в центре определяется участок размягчения, флюктуации; общее состояние пациента ухудшается за счет интоксикации
3) сильные приступообразные боли, иррадиирующие по ходу одной или нескольких ветвей тройничного нерва; появление пятен гиперемии, на фоне которых возникают пузыри с мутным содержимым; поражение носит односторонний характер
4) появление очагов повышенного ороговения на слизистой оболочке полости рта с четкими границами, возвышающихся над окружающими тканями; больные испытывают чувство стянутости, неловкости в области очагов поражения; болей нет.

40. У больного с сочетанной черепно-лицевой травмой за счет западения корня языка может развиться асфиксия:

1) дислокационная
2) клапанная
3) стенотическая
4) аспирационная

41. Синдром Пьера Робина – это:

1) выступающий лоб, седловидный нос, толстые губы, редкий волосяной покров, ангидроз, частичная или полная адентия
2) недоразвитие нижней челюсти, глоссоптоз, расщелина неба
3) недоразвитие ушной раковины, скуловой кости и дуги, нижней челюсти с одной стороны
4) недоразвитие верхней челюсти и носовых костей, прогения, глазницы уплощены, отмечается пучеглазие, расхождение глазных яблок

42. Синдром Олбрайта – это:

1) полиоссальная фиброзная дисплазия, пигментные пятна на коже туловища и конечностей, раннее половое созревание у девочек
2) патологическое костеобразование в симметричных участках боковых отделов верхней и нижней челюстей, увеличение регионарных лимфатических узлов
3) патологическое разрастание жировой ткани верхних отделов шеи
4) язвы с поражением костной ткани, выполненные патологическими грануляциями, локализующимися в полости носа, преимущественно в области перегородки, твердого неба в центральных отделах, поражение легких и почек

43. Внутреннее устье врожденного срединного свища шеи открывается в область:

1) подподбородочных лимфатических узлов
2) корня языка
3) гортани
4) щитовидной железы

44. Гигантоклеточный эпулид представляет собой:

1) разрастание десен воспалительного характера
2) кавернозную форму костной гемангиомы
3) периферическую форму остеобластклластомы
4) фиброму с локализацией в области альвеолярного гребня

45. В целях рентгенологического обследования пациента с мягкотканным опухолевым образованием на шее наиболее наиболее целесообразно применить следующий метод:

1) ортопантомографию
2) телерентгенографию
3) компьютерную томографию
4) ядерно-магнитный резонанс

46. Для оценки функционального состояния небно-глоточного кольца ведущим методом исследования является:

1) трансназальная эндоскопия
2) телерентгенография
3) ортопантомограмма
4) ультразвуковое сканирование

47. У ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба занятия с логопедом следует начинать:

1) до оперативного вмешательства
2) через 10 дней после оперативного вмешательства
3) через год после оперативного вмешательства
4) при адекватно проведенной операции их проведение не требуется

48. Склонность к развитию тугоухости у больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба определяется следующим обстоятельством:

1) у этих пациентов часто встречается неврит слухового нерва
2) у этих пациентов часто выявляются врожденные аномалии среднего или внутреннего уха
3) у этих пациентов часто выявляется иммунодефицитный статус, что предрасполагает к развитию частых экссудативных средних отитов
4) аномальным прикреплением m. tensor veli palatini к слуховой трубе, что нарушает ее открытие и ведет к развитию частых экссудативных средних отитов

49. Для тригоноцефалии или метопического краниосиностоза характерна:

1) грушевидная форма черепа
2) башенная форма черепа
3) седловидная форма черепа («деформация Вирхова»)
4) лямбдовидная (уплощенная в области затылка) форма черепа

50. Срединные и боковые кисты шеи являются:

1) опухолью лимфогенного происхождения
2) пороком развития
3) опухолеподобным образованием воспалительного происхождения
4) опухолеподобным образованием травматического происхождения

Урология

01. Больная 37 лет в течение 2 лет страдает артериальной гипертензией: АД – 180/110 мм рт. ст. При обследовании заподозрен вазоренальный характер гипертензии с поражением артерии правой почки. Для уточнения диагноза предполагается выполнение почечной ангиографии. Ваша лечебная тактика в случае выявления стеноза почечной артерии:

1) срочная операция – пластика почечной артерии
2) баллонная дилатация стеноза почечной артерии
3) срочная операция – нефрэктомия со стороны стеноза
4) ничего не делать
5) консервативная гипотензивная терапия

02. Больная 28 лет в течение последних 2 лет отмечает боли в правой половине поясницы, возникающие в вертикальном положении, преимущественно во второй половине дня, особенно при физической нагрузке, и постепенно проходящие в положении лежа. При физикальном обследовании в правой половине живота определяется гладкое, подвижное, смещаемое в подреберье, умеренно болезненное образование, нижний край которого располагается на уровне верхней передней ости подвздошной кости. Предположительный диагноз:

1) опухоль восходящего отдела толстой кишки
2) водянка желчного пузыря
3) нефроптоз справа
4) киста яичника
5) поясничная дистопия почки

03. У больной 38 лет артериальная гипертензия: АД – 180/110 мм рт. ст. Во время беременности в 22-летнем возрасте перенесла острый пиелонефрит справа, который в последующем неоднократно обострялся, по поводу чего лечилась стационарно. В последние 5 лет обострения прекратились, но оставалась хроническая инфекция мочевых путей. Наблюдается урологом по поводу хронического пиелонефрита справа. Два года назад появилась артериальная гипертензия с постепенно прогрессирующим возрастанием цифр артериального давления, которые к настоящему времени стабилизировались. При обследовании обнаружена нефункционирующая сморщенная правая почка. Функция левой почки удовлетворительная. Какой вид лечения Вы предложите больной?

1) симптоматическое
2) санаторно-курортное
3) нефрэктомия справа
4) баллонная дилатация почечной артерии справа
5) реваскуляризация правой почки

04. У больной с камнем нижней трети правого мочеточника в течение последнего года отмечаются постоянные боли в поясничной области справа. Ранее имели место приступообразные боли в области правой почки. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, ровными контурами, слегка баллотирующее. По данным радиоизотопного и рентгенологического методов обследования, функция левой почки удовлетворительная, справа – отсутствует. Каков Ваш диагноз?

1) солитарная киста почки
2) туберкулез почки
3) гидронефроз справа
4) поликистоз почек
5) аденокарцинома почки

05. У больного имеется подозрение на гидронефротическую трансформацию единственной левой почки. При биохимическом исследовании крови уровень мочевины составляет 19,5 ммоль/л, уровень креатина – 0,467 ммоль/л. Какой из перечисленных методов позволит немедленно верифицировать диагноз?

1) радиоизотопная ренография
2) обзорная урография
3) ультразвуковое исследование
4) экскреторная урография
5) ретроградная уретеропиелография

06. Какие симптомы из перечисленных ниже наиболее характерны для гидронефроза: а) анурия; б) ноющие боли в поясничной области; в) гематурия; г) опухолевидное образование, пальпируемое в подреберье; д) острая задержка мочи? Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д
2) б, в, г
3) а, г, д
4) в, г, д
5) а, в, д

07. Какие из приведенных ниже заболеваний могут способствовать развитию гидронефротической трансформации: а) эпидиморхит; б) болезнь Ормонда; в) мочекаменная болезнь; г) опухоли матки и придатков; д) поликистоз почек? Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, д
2) а, г, д
3) б, в, г
4) б, г, д
5) а, в, д

08. У больной 3 месяца назад во время операции экстирпации матки был поврежден левый мочеточник, дефект которого был немедленно ушит. После операции отмечает появление и прогрессирование тупых, ноющих болей в левой поясничной области. При пальпации в левом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, ровными контурами, слегка баллотирующее. Общие анализы мочи и крови без особенностей. По данным радиоизотопного и рентгенологического методов обследования, функция правой почки удовлетворительная, слева отмечается значительное снижение функции. Какое состояние возникло у больной?

1) аденокарцинома почки
2) поликистоз почек
3) пионефроз
4) гидронефротическая трансформация
5) сморщенная почка

09. В клинику в состоянии шока (АД – 70/40 мм рт. ст., тахикардия до 120 уд./мин, бледность кожных покровов) доставлен больной, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. В правой поясничной области выбухание, кожные ссадины, имеется болезненность и напряжение мышц в правой половине живота. На обзорной рентгенограмме справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы отсутствуют, визуализируется перелом XI и XII ребер. Какое исследование Вы изберете для уточнения диагноза?

1) цистоскопия
2) уретерография
3) УЗИ
4) биохимическое исследование крови
5) цистография

10. Какое сочетание признаков характерно для мочекислого нефролитиаза: а) наличие рентгенонегативного камня почки; б) резко щелочная реакция мочи; в) кислая реакция мочи; г) гиперурикурия; д) фосфатурия? Выберите правильную комбинацию признаков:

1) а, б, д
2) а, б, г
3) б, г, д
4) а, в, г
5) в, г, д

11. При обследовании больной 40 лет, доставленной в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи, диагностирован острый пиелонефрит слева, камень левого мочеточника. Какое из нижеперечисленных исследований позволит подтвердить или отвергнуть нарушение пассажа мочи из левой почки?

1) катетеризация мочевого пузыря
2) обзорная рентгенография
3) урофлоуметрия
4) хромоцистоскопия
5) радиоизотопная нефросцинтиграфия

12. У больного 60 лет, поступившего в экстренном порядке с тотальной безболевой макрогематурией, пальпируется объемное образование в подреберной области слева. Пациент также жалуется на субфебрильную гипертермию в течение 2 месяцев. В анализах крови повышение СОЭ до 50 мм/ч. Предварительный диагноз:

1) гепатолиенальный синдром
2) опухоль левой почки
3) аденома простаты
4) гидронефроз слева
5) поликистоз почек

13. Больной 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевой макрогематурией и жалобами на похудание, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр, боли в левой поясничной области. При физикальном обследовании выявлено варикозное расширение вен левого семенного канатика и левой нижней конечности. Предварительный диагноз:

1) туберкулез почек
2) мочекаменная болезнь
3) портальный цирроз печени
4) опухоль почки с инвазией нижней полой вены
5) папиллярная опухоль мочеточника

14. Больная 25 лет экстренно поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39–40°С, озноб, обильное потоотделение, слабость, тошноту, рвоту, тупую боль в поясничной области ив подреберье справа. При осмотре: пульс частый, до 100 уд/мин, ритмичный, язык чистый, влажный, живот при пальпации болезненный в правой половине. В анализе мочи: лейкоциты покрывают все поля зрения, бактериурия. В анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ повышена. При хромоцистоскопии индигокармин выделяется из левого устья на 5-й минуте интенсивно, из правого – на 8-й минуте. Ваш диагноз:

1) острый аппендицит
2) острый холецистит
3) острый необструктивный пиелонефрит справа
4) острый обструктивный пиелонефрит справа
5) тазовый перитонит

15. У больной 22 лет на 24-й неделе беременности появились тупые боли в правой поясничной области, однократно был озноб, повысилась температура тела до 39°С. Страдает хроническим тонзиллитом. При осмотре: правая поясничная область пальпаторно болезненная, перитонеальной симптоматики нет. Больная старается лежать на левом боку. В анализе мочи: лейкоциты 2–4 в поле зрения. Ваш диагноз:

1) отслоение нормально расположенной плаценты
2) острый холецистит
3) острый панкреатит
4) острый пиелонефрит беременных
5) внематочная беременность

16. У больной 28 лет при вертикальном положении тела около двух лет отмечаются боли в правой половине поясницы, преимущественно во второй половине дня, усиливающиеся при физической нагрузке и постепенно стихающие в положении лежа. В правой половине живота пальпируется гладкое, легко смещаемое в подреберье, умеренно болезненное образование, нижний край которого располагается на уровне верхнепередней ости подвздошной кости. Заподозрен правосторонний нефроптоз. Какой из приведенных методов исследования позволит установить правильный диагноз:

1) изотопная ренография
2) ультразвуковое исследование
3) компьютерная томография
4) экскреторная урография в клино- и ортостазе
5) обзорный рентгеновский снимок почек и мочевых путей

17. В приемное отделение обратился пациент 34 лет с жалобами на боли в поясничной области с обеих сторон, отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 8 часов. Год назад диагностирована мочекаменная болезнь, камни обеих почек 0,5–0,6 см. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. По данным УЗИ – билатеральное расширение чашечно-лоханочных систем. Каков предположительный диагноз:

1) секреторная анурия
2) экскреторная анурия
3) острая задержка мочеиспускания
4) хронический пиелонефрит
5) хроническая почечная недостаточность

18. Пациент 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевой макрогематурией со сгустками на фоне субфебрилитета в течение последних двух месяцев. Какие методы исследования необходимо выполнить в срочном порядке:

1) цистоскопию и экскреторную урографию
2) хромоцистоскопию и исследование мочи по Нечипоренко
3) урофлоуметрию и микроскопию осадка мочи
4) катетеризацию мочевого пузыря и микроскопию осадка мочи
5) ретроградную уроцистографию и исследование концентрации мочевины крови

19. Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,6°С. Состояние больного тяжелое, положение с приведенным к животу бедром, резкая болезненность при его разгибании, выбухание в поясничной области и гиперемия справа, болезненность в поясничной области, особенно в правом костовертебральном углу, защитное сокращение поясничных мышц при легкой пальпации, сколиоз поясничного отдела позвоночника. Какое экстренное обследование необходимо произвести для установления диагноза:

1) радиоизотопную ренографию
2) урофлоуметрию
3) УЗИ
4) хромоцистоскопию
5) обзорную и экскреторную урографию

20. Больная 21 года жалуется на боли в левой половине живота при физической нагрузке. Пальпаторно на уровне пупка определяется гладкое, малоподвижное, безболезненное образование. По данным экскреторной урографии, пальпируемое образование – почка, мочеточник которой четко не визуализируется. Правая почка расположена нормально, функция ее удовлетворительная. Какой метод исследования позволит точно установить аномалию почки у больной:

1) цистография
2) радиоизотопная ренография
3) хромоцистоскопия
4) почечная ангиография
5) УЗИ

21. Какое сочетание методов обследования позволит провести дифференциальный диагноз между нефроптозом и дистопией почки: а) экскреторная урография; б) ретроградная пиелоуретерография; в) радиоизотопная ренография; г) аортография; д) хромоцистоскопия? Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д 3) б, в, г 5) в, д
2) а, б, г 4) б, в, д

22. У больного 42 лет артериальная гипертензия с цифрами 220/120 мм рт. ст. Заболевание возникло внезапно, выявлено год назад при диспансерном осмотре. Родители больного не страдали артериальной гипертензией. Лечение у терапевта гипотензивными средствами оказалось неэффективным. При выслушивании живота в эпигастрии справа определяется систолический шум. Заподозрена вазоренальная артериальная гипертензия. Какой метод исследования позволит выявить характер поражения почечной артерии и уточнить диагноз:

1) радиоизотопная ренография
2) УЗИ почек
3) исследование глазного дна
4) почечная ангиография
5) экскреторная урография

23. Больной 37 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39–40°С, озноб. Четыре дня назад появились боли в поясничной и подреберной областях справа, особенно при глубоком вдохе. Боли постепенно усиливались. При осмотре: болезненность при пальпации правой поясничной области, особенно в реберно-позвоночном углу, позвоночник искривлен вправо. Пальпация области правой почки болезненна, резко положительные симптомы Израэля и Пастернацкого справа (болезненность при надавливании в области поясничного треугольника). Больной лежит в положении с приведенным к животу правым бедром. Разгибание бедра резко болезненно. В правой поясничной области выбухание и гиперемия кожи. На обзорном снимке нечеткость контуров поясничной мышцы, искривление позвоночника вправо. Тень почки размыта. На экскреторной урограмме мочеточник отклонен медиально, слабо дифференцируется его прилоханочный отдел. Подвижность правой почки при дыхании резко ограничена. Ваш диагноз:

1) опухоль почки
2) радикулит
3) почечная колика
4) паранефрит
5) остеохондроз

24. Какое сочетание симптомов характерно для почечной колики, обусловленной камнем мочеточника: а) возникновение болей после макрогематурии; б) иррадиация болей в паховую область; в) эритроцитурия после стихания болей; г) симптом Ортнера; д) тошнота, рвота? Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г 3) в, г 5) а, д
2) б, в 4) б, д

25. У больной 48 лет в течение нескольких месяцев отмечаются микрогематурия, тупые боли в поясничной области. На обзорной урограмме теней конкрементов в проекции верхних мочевых путей не выявлено. По данным серии экскреторных урограмм функция почек сохранена, отмечается некоторое расширение чашечно-лоханочной системы слева и эктазия левого мочеточника до средней трети, где отмечается дефект наполнения округлой формы. При ретроградной катетеризации левого мочеточника катетер встретил на 15 см легко преодолимое препятствие, при прохождении которого из дистального отверстия мочеточникового катетера выделялась кровь, затем выделение прекратилось. При дальнейшем продвижении катетера частыми каплями стала выделяться чистая моча. Ваш диагноз:

1) уратный камень мочеточника
2) рак паренхимы почки
3) папиллярная опухоль мочеточника
4) туберкулезное поражение почки и мочеточника
5) волчаночный нефрит

26. При осмотре родившегося ребенка врач обнаружил у него дефект передней брюшной стенки ниже пупка с отсутствием передней стенки мочевого пузыря и пролабированием задней его стенки: видны устья мочеточников, из них ритмично поступает моча, выливаясь на кожу лобка и внутреннюю поверхность бедер. Консультация уролога: экстрофия мочевого пузыря, показано оперативное лечение. В какие сроки показана операция:

1) в течение первого года жизни ребенка
2) в течение 3–5 лет
3) в юношеском возрасте
4) при появлении менструации или первых половых признаков
5) по достижении половой зрелости

27. У больного 58 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в стадии $T_1N_0M_0$. Что показано больному:

1) назначение курса тестостерона пропионата
2) трансуретральная термотерапия
3) радикальная простатэктомия с лимфаденэктомией
4) трансуретральная инцизия простаты
5) эпицистостомия

28. Из вытрезвителя доставлен больной 36 лет с жалобами на боли в животе и невозможность самостоятельного мочеиспускания. 6 часов назад больной был избит. При обследовании периодически садится. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, особенно в нижних отделах. Перкуторно в отлогих местах притупление, создается впечатление о наличии жидкости в брюшной полости. Катетер Нелатона № 18 (Ch) свободно проведен в мочевой пузырь – выделилось 100 мл мочи с кровью. АД – 120/80 мм рт. ст, пульс – 88 уд./мин, хорошего наполнения, Hb – 140 г/л. Какое исследование Вы изберете для установления диагноза:

1) уретерографию
2) УЗИ почек н мочевого пузыря
3) цистографию в двух проекциях и снимок после опорожнения мочевого пузыря
4) биохимическое исследование крови
5) ренографию

29. Больная 29 лет поступила в клинику с жалобами на учащенное, болезненное мочеиспускание с интервалом 20–30 минут, небольшую примесь крови в моче в конце мочеиспускания, боли в надлобковой области вне акта мочеиспускания. В анализах мочи: моча мутная, лейкоциты покрывают все поля зрения. Выделений из половых путей и уретры не обнаружено. Половой партнер венерическими заболеваниями не страдает. Ваш диагноз:

1) вульвовагинит
2) аднексит
3) простая язва мочевого пузыря
4) острый цистит
5) парацистит

30. Больной 63 лет поступил в стационар с острой задержкой мочи в течение 5 суток. Мочу из мочевого пузыря эвакуировали катетером. В анамнезе в течение 2 лет дневная и ночная поллакиурия. В момент осмотра: температура тела – 38,3°С, гнойные выделения из уретры, перкуторно верхняя граница мочевого пузыря на 4 см выше лонного сочленения; ректально: предстательная железа увеличена в размерах в 2,5 раза, тугоэластической консистенции, болезненная. Ваша лечебная тактика:

1) трансуретральная резекция предстательной железы
2) установка постоянного катетера в мочевой пузырь, двусторонняя вазорезекция
3) периодическая катетеризация мочевого пузыря
4) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
5) эпицистостомия

31. У больного 55 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в стадии $T_1N_0M_0$. Больному рекомендовано оперативное лечение. Выберите оптимальное оперативное вмешательство:

1) билатеральная вазэктомия, эпицистомия
2) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
3) неотложная трансуретральная электрорезекция предстательной железы
4) лазерная комиссуротомия и аблация простаты
5) радикальная простатэктомия с лимфаденэктомией

32. Больной 72 лет отмечает интенсивную примесь крови в моче, периодически без болевых ощущений выделяются бесформенные сгустки крови темно-красного цвета. В течение 20 лет работал на химическом заводе, производившем анилиновые красители. Какое заболевание Вы предполагаете:

1) хронический интерстициальный цистит
2) хронический пиелонефрит, осложненный мочекаменной болезнью
3) форникальное кровотечение на фоне венной почечной гипертензии
4) опухоль мочевого пузыря
5) опухоль лоханки и мочеточника

33. У больного 57 лет гистологически верифицированный субтотальный рак мочевого пузыря в стадии $T_2N_0M_0$. Какой объем оперативного вмешательства необходимо выполнить больному:

1) расширенную трансуретральную электрорезекцию мочевого пузыря
2) паллиативную трансуретральную электрорезекцию мочевого пузыря
3) цистэктомию с лимфоаденэктомией и отведением мочи
4) резекцию мочевого пузыря с уретеросигмоанастомозом
5) цистэктомию с лимфоаденэктомией и уретероцистоанастомозом

34. У больного 60 лет выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы III стадии. Жалобы на недержание мочи, жажду, слабость. При УЗИ объем предстательной железы 96 см^3, при пальцевом ректальном исследовании предстательная железа значительно увеличена в объеме (в три раза). Остаточной мочи 610 мл. Имеется билатеральный уретерогидронефроз, анемия. Мочевина крови – 16 ммоль/л, креатинин – 0,200 ммоль/л. Какую лечебную тактику Вы изберете:

1) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
2) срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы
3) лазерная комиссуротомия и аблация простаты
4) эпицистостомия
5) программный гемодиализ с предварительным созданием артерио-венозной фистулы

35. У больного 58 лет диагностирована аденома предстательной железы I стадии. Объем предстательной железы 29 см^3, остаточной мочи нет. Ночная поллакиурия до 1–2 раз, днем мочеиспускание с интервалом в 3–4 часа. Укажите оптимальный вид необходимого лечения:

1) медикаментозная консервативная терапия
2) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
3) трансуретральная электрорезекция предстательной железы
4) лазерная комиссуротомия и аблация простаты
5) позадилобковая аденомэктомия по Миллину

36. Какое сочетание симптомов характерно для перелома полового члена: а) подкожная гематома; б) гематурия; в) уретрорагия, г) пролонгированная эрекция; д) боли в половом члене; е) повышение бульбо-кавернозного и кремастерного рефлюксов; ж) деформация полового члена; з) отек крайней плоти? Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, г, д
2) а, е, ж
3) г, д, з
4) а, д, ж
5) а, в, е

37. При осмотре наружных половых органов мальчика выявлено, что наружное отверстие уретры расположено в области пеноскротального угла. Какой вид аномалии у ребенка:

1) эписпадия
2) гипоспадия
3) экстрофия мочевого пузыря
4) фимоз
5) парафимоз

38. Больной 20 лет во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретрорагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь. Ваш предварительный диагноз:

1) разрыв почки
2) разрыв мочевого пузыря
3) разрыв уретры
4) повреждение простаты
5) парапроктит

39. Больной 34 лет жалуется на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 12 часов, выраженные болезненные позывы к мочеиспусканию, нестерпимые боли в промежности и над лоном. Ранее нарушения мочеиспускания не отмечал. На протяжении 3 лет страдает мочекаменной болезнью, периодически отходят камни до 0,5 см в диаметре. Перкуторно мочевой пузырь на 8 см выше лона. Каков предположительный диагноз:

1) доброкачественная опухоль предстательной железы
2) острый простатит
3) опухоль мочевого пузыря
4) камни мочеточника
5) камень уретры

40. Больной поступил через 3 месяца после закрытой травмы уретры и перенесенной эпицистостомии для решения вопроса о восстановлении самостоятельного мочеиспускания. При бужировании уретры обнаружено непреодолимое препятствие в перепончатом отделе. При уретерографии в этом же отделе выявлена стриктура протяженностью 1 мм. Выберите оптимальную тактику лечения этого больного:

1) бужирование
2) катетеризация
3) операция по Соловову
4) операция по Хольцову
5) внутренняя оптическая уретротомия

41. Больной 62 лет в течение двух последних лет отмечает постепенное болезненное увеличение в объеме левой половины мошонки. При осмотре: левая половина мошонки увеличена в объеме в 3 раза, кожа не изменена, пальпаторно тугоэластической консистенции, однородная, безболезненная, яичко с придатком и элементами семенного канатика не дифференцируется. Симптом диафаноскопии положительный. Правая половина мошонки со структурными элементами не изменена. Ваш диагноз:

1) мошоночная грыжа слева
2) опухоль левого яичка
3) лимфедема мошонки
4) водянка оболочек левого яичка
5) киста придатка левого яичка

42. Больной обратился с жалобами на болезненное увеличение в объеме крайней плоти, невозможность закрытия головки полового члена, возникшие после полового акта. При осмотре: головка полового члена обнажена, отечная, цианотичная. Крайняя плоть багрово-цианотичной окраски, резко отечная, болезненная. Ваш диагноз:

1) приапизм
2) кавернит
3) перелом полового члена
4) лимфедема полового члена
5) парафимоз

43. Больной 18 лет обратился с жалобами на затрудненное мочеиспускание, раздувание препуциального мешка при мочеиспускании. При осмотре головка полового члена не обнажается вследствие резкого сужения наружного отверстия препуциального мешка. Ваш диагноз:

1) острый балланопостит
2) стриктура наружного отверстия уретры
3) фимоз
4) парафимоз
5) камень висячего отдела уретры

44. Больной 24 лет обратился с жалобами на эпизодические тупые боли в левой половине мошонки, возникающие после физической нагрузки. Пальпаторно по ходу левого семенного канатика определяется гроздьевидное, как клубок червей, безболезненное эластическое образование, исчезающее в лежачем положении. Ваш диагноз:

1) фунникулит слева
2) варикоцеле слева
3) туберкулез придатка левого яичка
4) перекрут гидатиды Морганьи
5) киста левого семенного канатика

45. Из числа нижеперечисленных укажите лечебные манипуляции, не применяемые при купировании приапизма:

1) пункция кавернозных тел с аспирацией крови
2) перфузия кавернозных тел раствором гепарина
3) новокаиновая блокада семенного канатика по Лорин-Эпштейну
4) интракавернозное введение раствора адреналина
5) кавернозно-спонгиозное шунтирование

Травматология и ортопедия

01. Учитывая механизм перелома пяточной кости, назовите нередко сопутствующие повреждения:

1) перелом голени
2) разрыв связок коленного сустава
3) перелом позвоночника
4) перелом шейки бедра
5) перелом надколенника

02. Отметьте основное показание к оперативному методу лечения переломов лодыжек:

1) значительная степень смещения отломков
2) наличие чрезсиндесмозного перелома
3) невправимость отломков после 2–3-кратного вправления
4) интерпозиция тканей между отломками
5) невозможность удержать отломки после вправления

03. Способ лечения, являющийся основным при переломе лучевой кости в типичном месте:

1) иммобилизационный (гипсовая повязка)
2) функциональный
3) оперативный
4) при помощи компрессионно-дистракционного аппарата
5) иммобилизация эластичным бинтом

04. Назовите абсолютное показание к оперативному лечению переломов (остеосинтез):

1) открытые переломы
2) переломы со смещением
3) интерпозиция мягких тканей между отломками
4) многооскольчатые и раздробленные переломы
5) множественные переломы костей

05. Назовите основной признак гемартроза коленного сустава:

1) увеличение объема сустава
2) кровоизлияние в мягкие ткани
3) ограничение движений в суставе
4) баллотирование надколенника
5) синдром «выдвижного ящика»

06. 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

07. Назовите основную причину медленного и длительного сращения перелома шейки бедра:

1) пожилой возраст
2) остеопороз
3) сопутствующие заболевания
4) отсутствие на шейке бедра надкостницы и нарушение кровоснабжения шейки бедренной кости в момент травмы
5) сложность иммобилизации гипсовой повязкой

08. Укажите основной патогномоничный признак врожденной мышечной кривошеи:

1) увеличение лордоза шейного отдела позвоночника
2) сколиоз шейного отдела позвоночника
3) высокое стояние лопатки и надплечья на стороне поражения
4) высокое стояние лопатки и надплечья на здоровой стороне
5) напряжение и укорочение грудино-ключично-сосцевидной мышцы

09. Выделите клинические симптомы, абсолютные для перелома кости:

1) патологическая подвижность и крепитация костных отломков
2) отечность и кровоизлияние в мягкие ткани
3) локальная болезненность и нарушение функции
4) деформация конечности
5) гиперемия в области перелома

10. Укажите протяженность гипсовой повязки при диафизарных переломах голени:

1) от коленного сустава до пальцев стопы
2) от верхней трети голени до голеностопного сустава
3) от верхней трети бедра до голеностопного сустава
4) от верхней трети бедра до основания пальцев
5) от коленного сустава до голеностопного сустава

11. Укажите наиболее вероятную причину несращения перелома кости:

1) кратковременность иммобилизации
2) частые смены гипсовой повязки
3) наличие интерпозиции мягких тканей между отломками
4) перерастяжение отломков на скелетном вытяжении
5) сохраняющееся смещение между отломками

12. Вид лечения, который целесообразно применять при вальгусной деформации 1-го пальца стопы:

1) консервативный – корригирующие гипсовые повязки
2) оперативный
3) ЛФК, физиотерапия, массаж
4) санаторно-курортное лечение
5) ношение ортопедической обуви

13. Укажите наиболее часто встречающуюся деформацию стопы:

1) вальгусная деформация 1-го пальца стопы
2) полая стопа
3) пяточная стопа
4) «конская» стопа
5) варусная деформация стопы

14. Какие данные в отношении перелома позволяет получить рентгенологическое исследование в стандартных проекциях?

1) вид и степень укорочения конечности
2) патологическая подвижность костных отломков и нарушение функции конечности
3) наличие перелома, его локализация, вид смещения отломков
4) повреждение магистральных сосудов и нервов
5) открытый или закрытый перелом

15. Под каким видом обезболивания следует вправлять травматический вывих бедра?

1) местная анестезия
2) проводниковая анестезия
3) наркоз
4) внутрикостная анестезия
5) без обезболивания

16. Назовите наиболее рациональный метод консервативного лечения врожденной косолапости:

1) бинтование мягкими бинтами
2) лечебная гимнастика и массаж
3) парафинотерапия
4) этапные гипсовые повязки – сапожки
5) полиэтиленовые шины – ортезы

17. Укажите синдромы, характерные для остеохондроза шейного отдела позвоночника: а) плече-лопаточный периартрит; б) синдром позвоночной артерии; в) кардиальный синдром; г) синдром «писчего» спазма. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, г
3) а, в, г
4) б, в, г
5) а, б, в, г

18. Какие из перечисленных симптомов указывают на дисплазию тазобедренного сустава у новорожденных: а) ограничение отведения в тазобедренном суставе; б) ассиметрия кожных складок на передней поверхности бедер; в) симптом «щелчка»; г) наружная ротация ноги; д) укорочение ножки ребенка. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) в, г
4) а, б, в, г, д
5) г, д

19. Укажите симптомы, характерные для остеохондроза поясничного отдела позвоночника: а) перемежающаяся хромота; б) ишиалгический сколиоз; в) кокцигодиния; г) положительный симптом Ласега. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, в
3) в, г
4) а, г
5) а, б, в, г

20. Назовите основное показание к иммобилизационному методу лечения переломов костей посредством наложения гипсовой повязки:

1) закрытый перелом
2) оскольчатый перелом
3) перелом без смещения костных фрагментов
4) открытый перелом

21. Когда следует сделать контрольную рентгенограмму с переломом после наложения гипсовой повязки?

1) сразу после наложения гипса
2) через сутки, после высыхания гипсовой повязки
3) после спадения травматического отека на конечности
4) через три месяца после перелома

22. У больного после перелома костей голени через 2 часа после наложения гипсовой повязки отмечено нарастание боли, цианоз пальцев стоп, их отечность, уменьшение подвижности пальцев и снижение чувствительности. Это связано:

1) со смещением костных отломков
2) со сдавлением конечности гипсовой повязкой
3) с повреждением нервных стволов
4) со спазмом или тромбозом сосудов

23. У больного с переломом костей голени в первые дни после травмы обнаружено отсутствие крепитации костных отломков, пружинящее сопротивление при попытке вправления отломков, диастаз между отломками (рентгенологически). Какое осложнение перелома можно предположить?

1) смещение костных отломков
2) интерпозиция мягких тканей
3) повреждение мышц и сухожилий сегмента конечности

24. Укажите синдромы, характерные для остеохондроза грудного отдела позвоночника: а) грудная миелопатия; б) межреберная невралгия; в) дискинезия желчных путей; г) кардиальный синдром. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в.
2) а, б, г.
3) а, в, г.
4) б, в, г.
5) все перечисленные.

25. Укажите, при каком вывихе бедра возможно сдавление бедренных сосудов:

1) подвздошный вывих
2) седалищный вывих
3) лонный вывих
4) запирательный вывих

26. Укажите тип гипсовой повязки, наиболее удобный для фиксации голеностопного сустава после вправления перелома лодыжек со смещением или подвывихом и вывихом стопы:

1) циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка
2) циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой
3) У-образная лонгета с лонгетой для стопы
4) У-образная лонгета без лонгеты для стопы

27. Назовите наиболее часто встречающиеся визуальные признаки компрессионных переломов: а) выстояние остистого отростка позвонка, лежащего выше поврежденного позвонка; б) расширение межостистого промежутка между поврежденным и вышележащим позвонком; в) расширение межостистого промежутка между поврежденным и нижележащим позвонком; г) ограниченный кифоз, гиббус в области перелома позвонка; д) ограниченный лордоз в области перелома позвонка. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, в, д
3) а, б, г
4) в, г, д
5) б, г, д

28. Выделите ведущий критерий для выработки показаний к ляминэктомии при осложненных переломах позвоночника:

1) наличие неврологических расстройств
2) характер перелома позвонка
3) вид смещения позвонка
4) наличие признаков сдавления спинного мозги или его корешков

29. Назовите положение больного с переломом позвоночника при транспортировке:

1) лежа на боку
2) лежа на спине
3) лежа на животе
4) верно 2) и 3)

30. Укажите симптомы врожденной мышечной кривошеи: а) наклон головы вперед; б) наклон головы в больную сторо- ну; в) поворот головы в больную сторону; г) наклон головы в здоровую сторону; д) поворот головы в здоровую сторону; е) высокое стояние лопатки и надплечья на стороне поражения; ж) высокое стояние лопатки и надплечья на здоровой стороне; з) напряжение и укорочение грудино-ключично-сосцевидной мышцы; и) наклон головы назад. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, е, ж
2) б, д, е, з
3) г, д, ж, з
4) в, е, з, и
5) д, е, ж, и

31. Укажите рациональные элементы лечения врожденной мышечной кривошеи: а) лечебная гимнастика с насильственным растяжением мышцы; б) лечебная гимнастика без насильственного растяжения мышцы; в) укладывание ребенка в кроватку в положении, при котором к стене комнаты обращена здоровая сторона шеи; г) укладывание ребенка в кроватку в положении, при котором к стене комнаты обращена больная сторона шеи; д) фиксация головы в положении гиперкоррекции; е) массаж лица и шеи на больной стороне; ж) массаж лица и шеи на здоровой стороне. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д, е
2) б, в, д
3) а, г, е
4) б, г, д, ж
5) б, в, ж

32. Назовите положения стопы при врожденной косолапости: а) сгибание стопы – эквинус; б) разгибание стопы – пяточная стопа; в) приведение переднего отдела стопы – аддукция; г) отведение переднего отдела стопы – абдукция; д) поворот подошвенной поверхности стопы кнутри с опусканием наружного края стопы – супинация или варус стопы; е) поворот подошвенной поверхности стопы кнаружи с поднятием наружного края стопы – пронация или вальгус стопы; ж) полая стопа. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д, ж
2) а, г, д, ж
3) б, в, е
4) б, г, е, ж
5) а, г, е

33. У больной с переломом лодыжек (заднего края) с подвывихом стопы через 1,5 года после травмы обнаружен деформирующий артроз голеностопного сустава. Назовите основную причину этого осложнения:

1) сохраняющийся подвывих стопы
2) разрыв дельтовидной связки
3) длительная иммобилизация гипсовой повязкой
4) ранняя нагрузка на ногу
5) перелом заднего края большеберцовой кости

34. Способ обезболивания, наиболее часто используемый при репозиции лучевой кости в типичном месте:

1) проводниковая анестезия
2) внутрикостная анестезия
3) футлярная анестезия
4) местная анестезия перелома
5) наркоз

35. После падения на левую руку больной ощущает боль, припухлость на границе нижней трети и средней трети плеча. Здесь же подвижность и костный хруст. Левая кисть «свисает», активное разгибание пальцев кисти и кисти отсутствует, первый палец кисти не отводится. Какое осложнение перелома плеча можно предположить?

1) разрыв двуглавой мышцы плеча
2) повреждение лучевого нерва
3) повреждение локтевого нерва
4) повреждение срединного нерва
5) повреждение мышц предплечья

36. Укажите вертельные, то есть латеральные, переломы проксимального конца бедренной кости: а) субкапитальный перелом; б) базальный перелом; в) трансцервикальный или чресшеечный перелом; г) подвертельный перелом; д) межвертельный перелом; е) чрезвертельный перелом. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, д
2) б, в
3) г, д
4) г, е
5) д, е

37. Назовите возможное осложнение в первые дни после травмы у больного с неосложненным переломом грудино-поясничного отдела позвоночника:

1) нарушение мочеиспускания
2) пролежни
3) парез кишечника, метеоризм
4) легочно-дыхательная недостаточность
5) тахикардия, аритмия

38. Отметьте границы гипсовой повязки при диафизарном переломе костей предплечья:

1) от верхней трети плеча до пальцев кисти
2) от верхней трети плеча до концов пальцев кисти
3) от нижней трети плеча до запястья
4) от локтевого сгиба до пальцев кисти
5) от уровня лопатки до пальцев кисти

39. Больной упал с высоты на ноги. Диагностирован перелом 1-го поясничного позвонка. Перелом каких костей необходимо исключить у данного больного в первую очередь: а) ребер; б) бедер; в) костей таза; г) пяточных костей; д) лодыжек голени; е) надколенника. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, г
2) б, г, е
3) в, г
4) г, д
5) д, е

40. Назовите наиболее безопасный уровень пункции субарахноидального пространства позвоночного канала:

1) между затылочной костью и атлантом
2) в нижне-грудном отделе позвоночника
3) между XII грудным и I поясничным позвонками
4) между I и II поясничными позвонками
5) между IV и V поясничными позвонками

41. Больной при нырянии в мелком месте ударился головой о дно. Был извлечен из воды товарищами. Отмечается отсутствие движений и чувствительности в руках и ногах, затрудненное дыхание. Укажите правильный диагноз:

1) перелом ребер
2) сотрясение головного мозга
3) перелом шейного отдела позвоночника с повреждение спинного мозга
4) разрыв связок шейного отдела позвоночника
5) ушиб головного мозга

42. Укажите перелом таза с нарушением непрерывности тазового кольца: а) перелом горизонтальных ветвей лобковых костей с двух сторон; б) перелом восходящих ветвей седалищных костей; в) перелом лонной и седалищной кости с одной стороны; г) перелом крыла подвздошной кости; д) вертикальный перелом крестцовой кости; е) вертикальный перелом подвздошной кости. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, е
2) а, г, д
3) б, г, д
4) в, д, е
5) в, г, д

43. Пожилая женщина упала на правое плечо, почувствовала резкую боль в области плечевого сустава. Здоровой рукой поддерживает поврежденную руку, которая плотно прижата к туловищу. Определяется значительное ограничение движений в плечевом суставе, боль. Каков Ваш предположительный диагноз:

1) ушиб плечевого сустава
2) вывих плеча
3) перелом хирургической шейки плечевой кости
4) отрыв сухожилия двуглавой мышцы плеча
5) перелом ключицы

44. Лыжник, спускаясь с горы, упал при резком повороте. Почувствовал боль и хруст в правом бедре. При осмотре обнаружено отсутствие активных движений в ноге, деформация бедра по типу «галифе», наружная ротация стопы. Стопа теплая, обычной окраски, чувствительность на стопе не нарушена, пульс на arteria dorsalis pedis хорошо определяется. Ваш предположительный диагноз:

1) перелом бедренной кости
2) задне-верхний (подвздошный) вывих бедра
3) передне-нижний (запирательный) вывих бедра
4) перелом шейки бедра
5) задне-нижний (седалищный) вывих бедра
6) вывих голени кзади

45. Девочка начала ходить в 1 год 2 месяца, походка неустойчивая, «утиная», наружная ротация правой ноги, симптом Тренделенбурга положительный, выражен поясничный гиперлордоз. На рентгенограмме – врожденный вывих правого бедра. Рекомендуемый метод лечения:

1) распорка
2) отводящая шина ЦИТО
3) шина Волкова
4) скелетное вытяжение
5) оперативное вправление вывиха
6) вправление вывиха под ЭОПом, гипсовая кокситная повязка в положении ножек ребенка в позиции Лоренц-1

46. Назовите основные причины привычного вывиха плеча: а) отсутствие гипсовой иммобилизации после вправления вывиха плеча; б) иммобилизация плеча после вправления вывиха плеча мягкой повязкой; в) вправление вывиха плеча без обезболивания; г) вправление вывиха плеча по способу Джанелидзе; д) недостаточная гипсовая иммобилизация после вправления вывиха; е) раннее начало занятий лечебной гимнастикой; ж) позднее начало занятий лечебной гимнастикой. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, д
2) а, в, е
3) б, г, ж
4) в, д, е
5) г, д, ж

47. Укажите симптомы, характерные для деформирующего артроза тазобедренного или коленного сустава в начальной стадии заболевания: а) постоянные ноющие боли; б) боли в области сустава в начале ходьбы; в) ночные боли; г) боли после длительной ходьбы – более 2-х километров; д) боли после длительного пребывания на ногах. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а
2) б, в
3) в, г
4) г, д
5) в, д

48. Укажите основные жалобы больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника: а) ограничение движений в позвоночнике; б) боли в поясничном отделе позвоночника – люмбалгия; в) боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся в положении лежа; г) боли, иррадиирующие в область сердца; д) резкие «прострелы» в нижние конечности; е) боли в эпигастральной области живота. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, д
2) а, б, д
3) б, д, е
4) а, г, д
5) а, в, е

49. Укажите основные жалобы больных с остеохондрозом грудного отдела позвоночника: а) межреберная невралгия; б) торакалгия; в) резкие прострелы в нижние конечности – люмбалгия; г) кардиальный синдром; д) дискинезии желчных путей; е) синдром «плечо-кисть»; ж) солярный синдром («солярный гвоздь») – синдром солнечного сплетения; з) симптом Ласега. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, з
2) б, г, д, ж
3) а, д, е, з
4) а, б, г, д, ж
5) в, г, е, ж

50. Укажите основные клинические симптомы выраженного деформирующего коксартроза: а) постоянные боли в суставе, резко усиливающиеся при ходьбе; б) боли в суставе, появляющиеся после длительной ходьбы; в) сгибательно-приводящая контрактура тазобедренного сустава; г) сгибательная контрактура коленного сустава; д) гипотрофия мышц бедра; е) снижение пульсации бедренной артерии; ж) функциональное укорочение ноги; з) абсолютное укорочение ноги. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, г, д, е, з
2) б, в, д, е, ж
3) а, в, д, ж
4) б, г, д, е, ж
5) а, в, д, з

51. В первую очередь у больного с открытым переломом и кровотечением из поврежденной крупной артерии следует осуществить:

1) иммобилизацию конечности
2) введение сердечных и сосудосуживающих средств
3) введение наркотиков для обезболивания
4) наложение жгута на конечность
5) наложение давящей повязки на рану конечности

Военно-полевая хирургия

01. Лечебное мероприятие, которое следует провести на этапе первой врачебной помощи при клапанном пневмотораксе:

1) дренирование плевральной полости по Бюлау
2) искусственная вентиляция легких
3) плевральная пункция
4) торакотомия и бронхотомия
5) герметическая повязка на рану

02. Лечебное мероприятие, которое следует провести на этапе первой врачебной помощи при открытом пневмотораксе:

1) дренирование плевральной полости по Бюлау
2) трахеостомия
3) торакотомия
4) наложение окклюзионной повязки
5) бронхоскопия

03. Наиболее вероятно указывают на наличие сдавления головного мозга внутричерепной гематомой: а) степень утраты сознания; б) симптом «светлый промежуток»; в) обширная рана головы; г) назальная ликворрея, кровотечение из носа; д) параорбитальные гематомы – «симптом очков»; е) гемиплегия или гемипарез; ж) смещение срединных структур мозга на М-ЭХО; з) расширение зрачка – мидриаз. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, д, е, ж
2) б, е, ж, з
3) б, в, г, д
4) а, в, д, з
5) в, е, ж, з

04. При проникающих ранениях живота в первую очередь должны быть оперированы раненые:

1) находящиеся в шоке
2) с разлитым перитонитом
3) с эвентрацией внутренних органов
4) с внутрибрюшным кровотечением
5) находящиеся в бессознательном состоянии

05. Мероприятие, которое следует применять при открытом пневмотораксе на этапе квалифицированной помощи:

1) дренирование плевральной полости по Бюлау
2) торакотомия
3) ушивание открытого пневмоторакса
4) искусственная вентиляция легких
5) большая окклюзионная повязка

06. Признак, по которому Вы определите, что кровотечение в плевральную полость продолжается:

1) бледность кожных покровов
2) низкое артериальное давление
3) кровохаркание
4) притупление перкуторного звука на стороне травмы
5) положительная проба Рувилуа-Грегуара

07. Признак, по которому Вы определите, что кровотечение в плевральную полость остановилось:

1) нормальное артериальное давление
2) притупление перкуторного звука на стороне травмы
3) положительная проба Рувилуа-Грегуара
4) отрицательная проба Рувилуа-Грегуара
5) отсутствие кровохаркания

08. Симптом, который является самым ранним проявлением анаэробной инфекции:

1) появление лихорадки
2) желтушная окраска кожи и склер
3) «ножницы» между частотой пульса (тахикардия) и температурой
4) состояние тяжелой депрессии
5) частое поверхностное дыхание

09. При проникающих ранениях брюшной полости следует обязательно выполнить:

1) первичную хирургическую обработку раны
2) лапароцентез
3) рентгенографию брюшной полости
4) диагностическую лапаротомию
5) гастродуоденоскопию

10. Выделите основные патологические проявления промежуточного периода синдрома длительного сдавления:

1) острая почечная недостаточность
2) прогрессирующий травматический отек конечности
3) некроз кожи и мышц конечности
4) травматический неврит, контрактура суставов конечности
5) острая печеночная недостаточность

11. Из перечисленных районов расположения воинских подразделений оказание квалифицированной помощи осуществляется в:

1) медицинских учреждениях тыла
2) госпитальной базе фронта
3) расположении полка – в медицинском пункте полка (МПП)
4) расположении батальона
5) дивизионном медицинском учреждении – в Отдельном медицинском батальоне (ОмедБ)

12. Признак, характеризующий ранний (начальный) период синдрома длительного сдавления:

1) прогрессирующий травматический отек конечностей и кровоизлияния в ткани конечности
2) острая почечная недостаточность
3) травматический неврит, контрактуры суставов конечностей
4) образования участков некроза кожи, мышц
5) острая печеночная недостаточность

13. Симптом, являющийся начальным проявлением анаэробной инфекции:

1) распирающие боли в ране
2) пятна на коже бурой, желтой, синей окраски
3) появление на коже пузырей с геморрагическим содержимым
4) выпирающие из раны мышцы серого цвета (цвет «вареного мяса»)
5) некроз всех тканей

14. Выберите комбинированное повреждение:

1) перелом бедра, голени и предплечья
2) огнестрельное ранение черепа и живота
3) ожог II-ой степени лица, передний поверхности груди, живота и правого бедра
4) огнестрельное ранение грудной клетки и поражение проникающей радиацией в дозе 200 рентген
5) оскольчатый фрагментарный перелом плечевой кости

15. Выберите множественные повреждения: а) переломы ребер, большеберцовой кости и II-го поясничного позвонка; б) ушиб головного мозга, внутричерепная гематома; в) закрытая травма живота, разрыв печени, левосторонний гемопневмоторакс; г) перелом переднего полукольца таза, разрыв уретры; д) перелом правого бедра, разрыв селезенки. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, в
3) б, г
4) б, д
5) в, г

16. Выберите сочетанные повреждения:

1) закрытый перелом обоих бедер
2) ушиб головного мозга, закрытая травма груди, клапанный пневмоторакс
3) закрытая травма черепа, эпидуральная гематома справа
4) закрытая травма живота, разрыв печени, гемоперитонеум
5) ожог грудной клетки IIIа степени, закрытый перелом правого плеча

17. Для нарастающей компрессии головного мозга при внутричерепной гематоме в начальном периоде не характерна следующая клиническая симптоматика:

1) нарастающая неврологическая симптоматика
2) прогрессирующее ухудшение сознания
3) нарастающая брадикардия
4) падение систолического давления
5) анизокория, снижение зрачкового рефлекса

18. Для ожога I-ой степени характерно:

1) наличие струпа
2) гиперемия и отечность кожи
3) наличие напряженных пузырей с серозным содержимом
4) наличие напряженных пузырей с геморрагическим содержимым
5) сине-багровая увлажненная кожа

19. Для глубоких (хирургических) ожогов не характерно:

1) наличие темно-коричневого струпа
2) сине-багровая увлажненная кожа
3) напряженные пузыри с геморрагическим содержимым
4) гиперемия и отечность кожи
5) поражение мышц

20. Укажите способы окончательной остановки профузного артериального кровотечения при повреждении магистрального сосуда: а) перевязка сосуда в ране; б) наложение зажима на сосуд; в) сосудистый шов; г) тугая тампонада раны; д) давящая повязка на рану. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в
2) б, д
3) а, г
4) а, д
5) в, д

21. Для временной остановки наружного кровотечения не применяется:

1) наложение жгута
2) тугая тампонада раны
3) давящая повязка на рану
4) сосудистый шов
5) наложение зажима на сосуд

22. Достоверные признаки проникающего ранения брюшной полости – это: а) напряжение мышц передней брюшной стенки; б) выпадение петель кишечника или сальника из раны; в) симптомы раздражения брюшины; г) истечение мочи или кишечного содержимого из раны; д) наличие раны на передней брюшной стенке. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, д
2) в, д
3) б, г
4) а, в
5) в, г

23. При закрытой травме органов брюшной полости наиболее достоверным методом диагностики является:

1) диагностическая лапаротомия
2) рентгенологическое исследование органов брюшной полости
3) лапароцентез
4) УЗИ брюшной полости
5 лапароскопия

24. К показаниям для транспортной иммобилизации на этапах медицинской эвакуации не относят:

1) огнестрельные переломы и повреждения суставов
2) обширные повреждения мягких тканей
3) повреждения сосудов и нервов
4) синдром длительного сдавления
5) касательное ранение мягких тканей

25. Способы остановки паренхиматозного (капиллярного) кровотечения из мягких тканей: а) давящая повязка; б) тугая тампонада раны; в) сосудистый шов; г) лигирование кровоточащих сосудов; д) наложение кровоостанавливающего зажима на кровоточащий сосуд. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) а, г
3) а, в
4) б, в
5) б, д

26. Вид кровотечения, при котором существует реальная опасность воздушной эмболии:

1) артериальное кровотечение – ранение бедренной артерии
2) артериальное кровотечение – ранение лучевой артерии
3) капиллярное кровотечение
4) венозное кровотечение – ранение вен голени
5) венозное кровотечение – ранение вен шеи

27. При правильно наложенном артериальном жгуте отмечаются: а) синюшность кожных покровов конечности ниже наложенного жгута; б) бледность кожных покровов конечности ниже наложенного жгута; в) повышение температуры конечности ниже наложенного жгута; г) кровотечение из раны; д) отсутствие пульсации артериального периферического сосуда; е) отсутствие всех видов чувствительности ниже уровня наложенного жгута. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, е
2) б, д, е
3) б, в, д
4) а, г, е
5) а, в, д

28. При массивных переливаниях крови может произойти остановка сердца и дыхания за счет:

1) большого количества вливаемой жидкости
2) распада эритроцитов
3) избытка вводимого белка
4) избытка лимонно-кислого натрия
5 избытка плазмы

29. Назовите общие симптомы кровопотери: а) падение АД; б) тахикардия; в) бледность кожных покровов; г) увеличение показателей гематокрита; д) уменьшение содержания гемоглобина; е) потеря сознания; ж) перитонеальные симптомы при гемоперитонеуме; з) слабость. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, г, е
2) а, б, в, д, з
3) в, д, ж, з
4) а, б
5) е, з

30. К методам временной остановки кровотечения относятся: а) наложение давящей повязки; б) наложение жгута; в) введение в рану гемостатической губки; г) тампонада раны марлевыми тампонами; д) тампонада раны мышечными тканями; е) электростимуляция; ж) лигирование сосуда; з) наложение кровоостанавливающего зажима; и) прошивание сосуда. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) а, б, г, з
3) б, в, г
4) б, ж, е, з
5) а, б, е, и

31. Наложение кровоостанавливающего жгута Эсмарха показано при следующих состояниях: а) капиллярное кровотечение из мышечной ткани; б) кровотечение при повреждении бедренной артерии; в) кровотечение при повреждении лучевой артерии; г) выраженное кровотечение вследствие повреждения вен предплечья; д) выраженное венозное кровотечение при открытом переломе голени. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б
2) б, г
3) а, д
4) б, в
5) г, д

32. К общим симптомам гемоперикардиума относятся: а) расширение зоны сердечной тупости; б) бледность кожных покровов; в) снижение содержания гемоглобина в крови; г) резкое падение сердечной деятельности; д) повышение центрального венозного давления; е) тахикардия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, е
2) а, б, в
3) б, в, д
4) а, в, г
5) д, е
6) а, б, г, е

33. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:

1) трахеостомы
2) пункции плевральной полости, дренирования плевральной полости для аспирации воздуха
3) блокады межреберных нервов
4) обездвижения грудной клетки
5) вагосимпатической блокады

34. Признак, позволяющий определить, что кровотечение в плевральную полость продолжается:

1) бледность кожных покровов
2) низкое артериальное давление
3) кровохаркание
4) притупление перкуторного звука на стороне травмы
5) положительная проба Рувилуа-Грегуара

35. Показаниями к торакотомии при ранениях грудной клетки являются: а) открытый пневмоторакс; б) ранение сердца; в) продолжающееся кровотечение в плевральную полость; г) закрытый пневмоторакс; д) тотальный гемоторакс; е) свернувшийся гемоторакс; ж) двусторонний гемоторакс; з) двусторонний пневмоторакс; и) клапанный пневмоторакс. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, е
2) а, д, и
3) е, ж, и
4) г, з, и
5) б, д, ж, з, и

36. Роль антибиотиков в лечении огнестрельных ран:

1) стерилизация раны
2) временное подавление развития инфекционных осложнений раны
3) никакой роли не играют, так как микробная флора не чувствительна к антибиотикам
4) применение антибиотиков вредно из-за возникновения аллергических реакций
5) ухудшение течения раневого процесса

37. Наиболее оптимальный объем помощи, который следует выполнять в МПП при синдроме длительного сдавления: а) переливание крови и кровезаменителей; б) оксигенотерапия; в) транспортная иммобилизация конечности; г) наркотические анальгетики; д) тугое бинтование конечности; е) внутривенное введение 4% раствора соды; ж) футлярная новокаиновая блокада конечности; з) холод; и) паранефральные новокаиновые блокады. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) в, г, д, з, и
2) а, в, и
3) в, г, и
4 а, д, з
5) б, г, е, з

38. Этап медицинской эвакуации, на котором раненый, находящийся в состоянии ожогового шока, должен быть окончательно выведен из него:

1) МПП
2) ОмедБ
3) ГБФ
4) на поле боя при оказании первой медицинской помощи
5) выведение осуществляет фельдшер батальона

39. Укажите противошоковые мероприятия, которые проводятся на МПП: а) новокаиновые блокады; б) временная остановка наружного кровотечения; в) ведение наркотических анальгетиков; г) транспортная иммобилизация; д) переливание крови; е) первичная хирургическая обработка огнестрельной раны; ж) ампутация конечности; з) «транспортная ампутация конечности». Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, з
2) г, д, ж
3) а, б, в, г, д, е, ж, з
4) е, ж
5) а, д, е, ж

40. Не является показанием к неотложному оперативному вмешательству при черепно-мозговой травме в ОмедБ:

1) черепно-мозговая кома
2) нарастающее сдавление головного мозга
3) продолжающееся кровотечение из раны черепа
4) истечение мозгового детрита из раны черепа
5) осколок, торчащий из раны черепа

41. При ранении с повреждением позвоночника и спинного мозга в МПП производят: а) пункцию мочевого пузыря; б) катетеризацию мочевого пузыря; в) первичную хирургическую обработку огнестрельной раны; г) люмбальную пункцию; д) никаких медицинских мероприятий не выполняют, а эвакуируют раненого в ОмедБ. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) д
2) б, в
3) а, б
4) а, г
5) б, г

42. Для осложненной травмы грудино-поясничного отдела позвоночника характерны следующие симптомы: а) расстройство дыханья; б) нижняя параплегия или парапарез; в) тетраплегия или тетрапарез; г) нарушение функции тазовых органов; д) нарушение чувствительности в нижних конечностях; е) гемипарез или гемиплегия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, г, д
3) в, г
4) а, в
5) а, г, д, е

Детская хирургия

01. Обтурационная кишечная непроходимость у ребенка 9 месяцев проявляется симптомами: а) острое внезапное начало; б) периодическое резкое беспокойство; в) застойная рвота; г) рефлекторная рвота; д) живот мягкий; е) живот болезненный, напряженный; ж) стула нет, ампула ректум пустая; з) выделение крови из прямой кишки; и) перистальтика не выслушивается; к) жидкий стул с прожилками крови; л) гипертермия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) г, д, л
3) е, з, к
4) в, д, ж
5) а, и, к

02. Странгуляционная кишечная непроходимость у ребенка 9 месяцев проявляется симптомами: а) острое внезапное начало; б) периодическое резкое беспокойство; в) застойная рвота; г) рефлекторная рвота; д) живот мягкий; е) живот болезненный, напряженный; ж) стула нет, ампула ректум пустая; з) выделение крови из прямой кишки; и) перистальтика не выслушивается; к) жидкий стул с прожилками крови; л) гипертермия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, г, е, з
2) в, д, ж, и
3) б, ж, к, л
4) в, г, д, з, и
5) а, к, л

03. Поставить диагноз острого аппендицита у ребенка до 3 лет можно на основании симптома:

1) активного напряжения мышц брюшной стенки
2) отталкивания руки врача
3) беспокойства ребенка
4) болезненности при бимануальной пальпации
5) локальной пассивной мышечной защиты в правой подвздошной области

04. Особенности, предрасполагающие к распространению перитонита у детей: а) недоразвитие сальника; б) снижение пластических функций брюшины; в) преобладание экссудации в воспалительном процессе; г) особенности возбудителя; д) малый объем брюшной полости. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, г, д
2) а, г, д
3) в, г, д
4) а, б, в
5) а, в, г

05. Какой препарат не используется для купирования судорог?

1) гормоны
2) реланиум
3) ГОМК
4) миорелаксанты
5) препараты барбитуровой кислоты

06. К основным симптомам ожога ротоглотки и пищевода не относится:

1) диарея
2) дисфагия
3) саливация
4) наложение фибрина на слизистых оболочках
5) осиплость голоса

07. Только в детском возрасте встречаются следующие повреждения: а) поднадкостничный перелом; б) апифизеолиз; в) вывих головки бедренной кости; г) подвывих головки лучевой кости; д) эпифизеолиз и остеэпифизеолиз; е) перелом шейки бедренной кости; ж) перелом головки лучевой кости; з) перелом костей запястья. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, в, е, ж
2) б, д, ж, з
3) а, б, г, д
4) в, е, ж, з
5) в, г, д, е

08. Патологические переломы у детей возможны при любой указанной патологии, кроме:

1) врожденной ломкости костей
2) остеомиелита
3) остеобластокластомы
4) псевдоартроза
5) рахита и цинги

09. Для иммобилизации «свежих» переломов костей конечности у детей применяют: а) гипсовую лонгету с фиксацией двух соседних суставов; б) гипсовую лонгету с фиксацией одного сустава; в) циркулярную гипсовую повязку; г) лейкопластырное или скелетное вытяжение; д) шину Томаса; е) торакобрахиальную гипсовую повязку по Уитмену-Громову; ж) шину Крамера. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) б, в, д
2) в, д, ж
3) а, б, г
4) б, д, ж
5) а, г, е

10. При переломе костей свода черепа у детей грудного возраста не отмечается:

1) выбухание большого родничка
2) экстракраниальная гематома
3) боль при пальпации области повреждения
4) вдавление по типу «целлулоидного мячика»
5) перелом костей свода черепа по типу трещин

11. Водянка оболочек яичка у детей до 3-х лет связана с:

1) необлитерированным вагинальным отростком брюшины
2) гиперпродукцией водяной жидкости
3) нарушением лимфооттока
4) слабостью передней брюшной стенки
5) повышенной физической нагрузкой

12. Паховая грыжа у детей до 3-х лет связана с:

1) необлитерированным вагинальным отростком брюшины
2) гиперпродукцией водяной жидкости
3) нарушением лимфооттока
4) слабостью передней брюшной стенки
5) повышенной физической нагрузкой

Оториноларингология

Подраздел: Глотка

Укажите все правильные ответы:

01. Глотка расположена:

а) между основанием черепа и II шейным позвонком
б) между основанием черепа и IV шейным позвонком
в) между основанием черепа и входом в пищевод
г) между II и IV шейным позвонком
д) между I и II шейным позвонком

02. Перечислите отделы глотки:

а) верхний
б) боковой
в) средний
г) нижний
д) задний

03. Укажите миндалины, расположенные в носоглотке:

а) язычная
б) небные
в) глоточная
г) трубные

04. Перечислите миндалины, образующие лимфаденоидное глоточное кольцо Вальдеера-Пирогова:

а) небные миндалины
б) глоточная
в) язычная
г) трубные
д) гортанные
е) пейеровы бляшки

05. Анатомические образования, с которыми латерально граничит глотка:

а) сосудисто-нервный пучок
б) шейные позвонки
в) полость носа
г) хрящи гортани
д) околоушная слюнная железа

06. Выберите из указанных нозологических форм банальные ангины:

а) катаральная
б) моноцитарная
в) лакунарная
г) дифтеритическая
д) коревая

07. Перечислите ангины при заболеваниях крови:

а) агранулоцитарная
б) ангина при лейкозах
в) ангина при ВИЧ-инфекции
г) сифилитическая ангина
д) моноцитарная ангина

08. Укажите возможные осложнения ангин:

а) паратонзиллит
б) отит
в) этмоидит
г) парафарингит
д) бронхит
е) сепсис

09. Перечислите типичные признаки катаральной ангины:

а) боль в горле при глотании
б) гиперемия небных миндалин и дужек
в) гнойные выделения на задней стенке глотки
г) выраженная гипертермия
д) болезненность регионарных лимфоузлов

10. Перечислите симптомы, характерные для фолликулярной ангины:

а) гиперемия небных миндалин
б) на поверхности миндалин видны желтовато-белые точки
в) грязно-серые налеты на небных миндалинах
г) болезненность регионарных лимфатических узлов
д) выраженная интоксикация

11. Перечислите симптомы, характерные для дифтерии глотки:

а) грязно-серые налеты на небных миндалинах, дужках
б) налеты с миндалин удаляются легко
в) удаленная пленка не тонет в сосуде с жидкостью
г) налеты распространяются на заднюю стенку глотки, в гортань
д) при удалении налетов образуется эрозивная поверхность

12. Какие из указанных симптомов характерны для фарингита?

а) резкая боль в горле
б) першение и дискомфорт в горле
в) затруднение проглатывания слюны
г) субфебрильная температура
д) аутофония

13. Укажите объективные признаки гиперкератоза, лептотрихоза глотки:

а) слизистая оболочка миндалин ярко гиперемирована
б) на поверхности миндалин видны остроконечные белые шипы
в) слизистая оболочка миндалин инфильтрирована
г) стекловидный отек uvulae

14. Перечислите объективные признаки хронического тонзиллита:

а) передние небные дужки застойно гиперемированы и спаяны с миндалинами
б) лакуны зияют
в) в лакунах гнойное содержимое
г) на миндалинах некротические налеты
д) регионарные лимфоузлы увеличены

15. Выберите метод радикального хирургического лечения больных хроническим тонзиллитом:

а) двусторонняя тонзиллотомия
б) двусторонняя тонзиллэктомия
в) аденотомия
г) вскрытие кисты миндалины
д) удаление папилломы миндалины

16. Выберите симптомы, характерные для паратонзиллярного абсцесса:

а) отек боковой поверхности шеи
б) спазм жевательной мускулатуры
в) асимметрия зева
г) резкая односторонняя боль в горле
д) гипоксия

17. Перечислите симптомы простой формы хронического тонзиллита:

а) небные дужки спаяны с миндалинами
б) в миндалинах жидкий гной
в) субфебрильная температура тела
г) головная боль
д) боли в области сердца

18. Укажите наиболее частую локализацию паратонзиллярного абсцесса:

а) задняя
б) передневерхняя
в) боковая
г) нижняя
д) интратонзиллярная

19. Выберите метод остановки паренхиматозного кровотечения после двусторонней тонзиллэктомии:

а) наложение лигатуры на кровоточащий сосуд
б) введение гемостатического тампона в тонзиллярную нишу
в) инфильтрация тканей тонзиллярной ниши раствором новокаина с адреналином
г) наложение зажима Микулича
д) гемостатическая терапия

20. Чем характеризуется III степень гипертрофии небных миндалин?

а) миндалины увеличены на 1/3
б) миндалины увеличены на 2/3
в) миндалины соприкасаются друг с другом
г) миндалины расположены за небными дужками
д) миндалины у края небных дужек

21. Выберите симптомы, характерные для гипертрофии глоточной миндалины:

а) постоянное затруднение носового дыхания
б) ночью ребенок спит с открытым ртом
в) частые носовые кровотечения
г) головная боль
д) диспепсия

22. Выберите метод хирургического лечения при аденоидах III степени:

а) аденотомия
б) тонзиллотомия
в) тонзиллэктомия
г) удаление кисты миндалины

23. Перечислите наиболее частые симптомы парафарингита:

а) снижение слуха на стороне поражения
б) тяжелое общее состояние, высокая температура
в) вынужденное положение головы
г) ригидность затылочных мышц
д) односторонняя инфильтрация тканей шеи

24. Выберите метод лечения больных с паратонзиллярным абсцессом при наличии у них хронического тонзиллита:

а) антибиотикотерапия
б) вскрытие абсцесса
в) абсцесстонзиллэктомия и тонзиллэктомия на противоположной стороне
г) только местная терапия

25. В каком возрасте чаще развивается ретрофарингеальный (заглоточный) абсцесс?

а) в детском
б) во взрослом
в) неонатальном
г) пожилом

Подраздел: Гортань

Укажите все правильные ответы:

26. Какой нерв управляет двигательными волокнами мышц гортани?

а) блуждающий нерв
б) лицевой нерв
в) тройничный нерв
г) преддверно-улитковый нерв
д) подъязычный

27. Перстневидный и щитовидный хрящ соединяются с помощью связки:

а) эллиптической
б) конической
в) трапециевидной
г) надгортанной

28. Укажите, на сколько этажей делится гортань:

а) два
б) три
в) четыре
г) пять
д) один

29. Перечислите функции гортани:

а) дыхательная
б) обонятельная
в) голосообразующая
г) защитная
д) резонаторная

30. Выберите анатомические элементы, формирующие средний этаж гортани:

а) надгортанник
б) голосовые складки
в) валекулы
г) язычная миндалина

31. Для исследования гортани применяют методы:

а) непрямая ларингоскопия
б) фарингоскопия
в) прямая ларингоскопия
г) томография гортани
д) стробоскопия

32. В классификации стенозов гортани выделяют:

а) 5 стадий
б) 2 стадии
в) 3 стадии
г) 4 стадии

33. Выберите симптомы, характерные для IV стадии стеноза гортани:

а) дыхание редкое, поверхностное
б) дыхание частое, глубокое
в) бледные покровы кожи
г) больной без сознания
д) снижение артериального давления

34. Основные причины, вызывающие стойкие хронические стенозы гортани:

а) доброкачественные и злокачественные опухоли
б) сифилис
в) аллергический отек
г) параличи мышц гортани
д) склерома

35. Укажите симптомы, характерные для II стадии острого стеноза гортани:

а) затруднение дыхания в покое
б) затруднение дыхания при физической нагрузке
в) ринорея
г) дисфагия
д) стридорозное дыхание

36. Укажите причины острого стеноза гортани:

а) опухоли
б) травмы гортани
в) острый ларингит
г) аллергический отек
д) инородное тело

37. Укажите, в каком возрасте развивается ложный круп:

а) детский
б) взрослый
в) пожилой
г) подростковый
д) юношеский

38. Отек какого отдела гортани возникает при ложном крупе:

а) вестибулярного
б) голосового
в) подголосового
г) в области валекул

39. При аллергическом стенозе гортани II стадии применяется:

а) трахеостомия
б) медикаментозное дестенозирование
в) коникотомия
г) резекция гортани

40. Какую связку рассекают при коникотомии?

а) шило-подъязычную б) перстне-щитовидную в) язычно-надгортанную
г) черпало-надгортанную
д) перстне-трахеальную

41. Выберите метод лечения при остром стенозе гортани IV стадии:

а) трахеостомия
б) коникотомия
в) медикаментозное дестенозирование
г) резекция гортани
д) коникотомия с последующей трахеостомией

42. При катаральном ларингите выявляется:

а) дисфония
б) дыхательная недостаточность
в) нарушение глотания
г) кашель

43. Выберите причины отека гортани:

а) атрофический ларингит
б) аллергический ларингит
в) инородное тело
г) травмы

44. Выберите метод лечения при флегмонозном ларингите:

а) консервативное
б) хирургическое
в) лучевая терапия
г) химиотерапия

45. При каких заболеваниях образуются инфекционные гранулемы ЛОР-органов:

а) сифилис
б) гранулематоз Вегенера
в) рак
г) склерома

46. Какая артерия перевязывается при обильном кровотечении из распадающейся опухоли гортани?

а) наружная сонная
б) внутренняя сонная
в) щитовидная
г) небная
д) язычная

47. Какая ларингоскопическая картина характерна для рака гортани?

а) бугристая поверхность
б) широкое основание
в) гладкая поверхность опухоли
г) основание – тонкая ножка
д) изъязвления

48. Укажите наиболее неблагоприятную локализацию рака гортани:

а) голосовые складки
б) вестибулярные сладки
в) подголосовое пространство
г) область основания надгортанника
д) область морганьевых желудочков

49. Каковы наиболее характерные жалобы больных с распространенным раком гортани?

а) нарушение голоса
б) затруднение дыхания
в) боли при глотании
г) кровохарканье
д) нарушение обоняния

50. Выберите методы лечения рака гортани:

а) медикаментозное
б) хирургическое
в) химиотерапевтическое
г) лучевое
д) комплексное

Подраздел: Нос, околоносовые пазухи

Укажите все правильные ответы:

51. Перечислите, какие околоносовые пазухи открываются в средний носовой ход:

а) лобные
б) верхнечелюстные
в) клиновидные
г) этмоидальные
д) носослезный канал

52. Укажите, в какой носовой ход открывается слезно-носовой канал:

а) верхний
б) средний
в) нижний
г) общий

53. Перечислите пути распространения инфекции в верхнечелюстные пазухи:

а) риногенный
б) одонтогенный
в) гематогенный
г) лимфогенный
д) менингогенный

54. Перечислите функции полости носа:

а) дыхательная
б) защитная
в) обонятельная
г) вкусовая
д) резонаторная

55. Укажите, какие околоносовые пазухи открываются в верхний носовой ход:

а) клиновидные
б) лобные
в) верхнечелюстные
г) этмоидальные

56. Укажите методы исследования полости носа:

а) пальпация
б) передняя риноскопия
в) отоскопия
г) задняя риноскопия
д) ларингоскопия

57. Перечислите симптомы, характерные для острого гайморита:

а) затруднение носового дыхания
б) слизисто-гнойные выделения из носа
в) боли в области передней стенки верхнечелюстной пазухи
г) гнойное отделяемое в верхнем носовом ходе
д) снижение пневматизации лобных пазух на рентгенограмме

58. Перечислите характерные симптомы хронического гнойного гайморита:

а) головная боль в области затылка
б) затруднение носового дыхания
в) слизисто-гнойные выделения из носа
г) полоска гноя в среднем носовом ходе
д) нарушение пневматизации верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме
е) гной в нижнем носовом ходе

59. Укажите, через какую стенку верхнечелюстной пазухи инфекция может попасть в глазницу:

а) нижнюю
б) верхнюю
в) медиальную
г) переднюю

60. Укажите возможные осложнения при сфеноидите:

а) арахноидит
б) неврит зрительных нервов
в) менингит
г) абсцесс мозжечка
д) абсцесс мозга
е) тромбоз кавернозного синуса

61. Укажите, через какой носовой ход производятся пункции верхнечелюстных пазух:

а) верхний
б) нижний
в) средний
г) общий
д) носослезный канал

62. Укажите жалобы, характерные для гипертрофического ринита:

а) затруднение носового дыхания
б) боль в носу
в) наличие корок в носу
г) слизисто-гнойные выделения из носа
д) отрицательный результат пробы с анемизацией слизистой оболочки носа

63. Укажите метод лечения гипертрофического ринита:

а) сосудосуживающие капли в нос
б) хирургическое лечение
в) электрофорез
г) смазывание раствором ляписа
д) лазеротерапия

64. Укажите симптомы, характерные для острого фронтита:

а) боль в области лба
б) затруднение носового дыхания
в) гнойные выделения из носа
г) полоска гноя в верхнем носовом ходе
д) полоска гноя в среднем носовом ходе

65. Перечислите причины носового кровотечения:

а) заболевания крови
б) травмы носа
в) гипертоническая болезнь
г) гастрит
д) хронический нефрит

66. Какие из указанных препаратов применяются для пропитывания турунды при тампонаде носа при носовых кровотечениях:

а) ляпис
б) перекись водорода
в) адреналин
г) новокаин
д) гемостатические пасты
е) стерильное вазелиновое масло

67. При носовой геморрагии передняя тугая тампонада сохраняется в течение:

а) 1 день
б) 7 дней
в) 10 дней
г) 2 – 3 дня
д) несколько часов

68. Перечислите методы остановки носового кровотечения:

а) прижатие крыльев носа
б) введение в полость носа ватного тампона, пропитанного перекисью водорода
в) отслойка слизистой оболочки в кровоточивой зоне перегородки носа
г) передняя тампонада
д) криовоздействие на сосуды

69. Перечислите методы остановки носового кровотечения из «области Киссельбаха»:

а) прижигание 40% ляписом
б) ватный тампон с перекисью водорода
в) отслойка слизистой оболочки
г) задняя тампонада
д) передняя тампонада

70. Укажите метод лечения абсцесса перегородки носа:

а) холод на область носа
б) пункция абсцесса
в) вскрытие абсцесса
г) физиотерапия
д) противовоспалительные мази в нос

71. При заболевании каких ОНП чаще возникают внутричерепные осложнения:

а) лобных
б) решетчатых
в) клиновидных
г) верхнечелюстных

72. Какие из указанных симптомов характерны для риногенных орбитальных осложнений?

а) реактивный отек века
б) амблиопия
в) экзофтальм
г) астигматизм
д) хемоз

73. Перечислите причины развития фурункула носа:

а) снижение местного и общего иммунитета
б) травма кожных покровов преддверия
в) заболевания глотки
г) сахарный диабет

74. Укажите наиболее частую локализацию фурункула носа:

а) преддверие носа
б) нижняя носовая раковина
в) перегородка носа
г) средняя носовая раковина

75. Укажите метод лечения фурункула носа в стадии абсцедирования:

а) консервативное
б) хирургическое
в) комплексное
г) аутогемотерапия

Подраздел: Ухо

Укажите все правильные ответы:

76. Какие из указанных анатомических элементов формируют среднее ухо?

а) барабанная полость
б) пещера
в) задняя черепная ямка
г) сигмовидный синус
д) слуховая труба
е) клеточная система сосцевидного отростка
ж) наружный слуховой проход

77. Перечислите железы наружного слухового прохода:

а) серные
б) сальные
в) слизистые
г) потовые
д) обонятельные

78. Перечислите мышцы барабанной полости:

а) стременная
б) верхняя ушная
в) натягивающая барабанную перепонку
г) нижняя молоточковая
д) верхняя молоточковая

79. Укажите место, где располагается устье слуховой трубы в глотке:

а) боковая стенка носоглотки
б) задняя стенка носоглотки
в) свод носоглотки
г) область хоан

80. Какие анатомические элементы составляют внутреннее ухо?

а) преддверие
б) улитка
в) пирамида височной кости
г) полукружные каналы
д) барабанная полость

81. Укажите, в каких анатомических образованиях находятся рецепторы вестибулярного анализатора:

а) проток улитки
б) преддверие
в) полукружные каналы
г) водопровод преддверия
д) водопровод улитки

82. Укажите, какие элементы барабанной перепонки определяются при отоскопии:

а) световой «конус»
б) короткий отросток молоточка
в) рукоятка молоточка
г) пупок
д) окно преддверия

83. Укажите симптомы, характерные для доперфоративной стадии острого гнойного среднего отита:

а) повышение температуры
б) ригидность затылочных мышц
в) боль в ухе
г) гноетечение
д) снижение слуха

84. Укажите, при каких симптомах среднего отита показан парацентез:

а) высокая температура
б) гноетечение из уха в)
сильная боль в ухе
г) головная боль
д) выпячивание барабанной перепонки

85. Перечислите пути проникновения инфекции в среднее ухо при остром среднем отите:

а) тубарный (через слуховую трубу)
б) гематогенный
в) травматический
г) контактный
д) преформированный

86. Укажите симптомы, типичные для мезотимпанита:

а) центральная перфорация барабанной перепонки
б) слизисто-гнойное отделяемое с неприятным запахом
в) перфорация в ненатянутой части барабанной перепонки
г) холестеатомные массы
д) костная деструкция на R-граммах

87. Укажите, какой тип тугоухости развивается при евстахиите:

а) кондуктивная
б) нейросенсорная
в) смешанная

88. Перечислите основные симптомы хронического воспаления среднего уха:

а) периодически повторяющееся гноетечение из уха
б) прогрессирующее снижение слуха
в) перфорация барабанной перепонки
г) несистемное головокружение
д) тошнота, рвота

89. Перечислите причины развития адгезивного среднего отита:

а) перенесенный острый гнойный средний отит
б) аденоиды
в) евстахиит
г) заболевания полости носа
д) кариес зубов

90. Для отоскопической картины адгезивного среднего отита характерно:

а) барабанная перепонка серая, втянутая
б) опознавательные знаки выражены
в) рубцовые изменения барабанной перепонки
г) слизисто-гнойные выделения в наружном слуховом проходе
д) перфорация в натянутой части барабанной перепонки

91. Укажите, в каком квадранте барабанной перепонки производится парацентез:

а) задненижнем
б) передненижнем
в) передневерхнем
г) задневерхнем

92. Метод продувания слуховых труб, позволяющий ввести лекарство в барабанную полость:

а) метод Вальсальвы
б) метод Политцера
в) катетеризация
г) метод Тойнби

93. Перечислите методы диагностики хронического гнойного среднего отита:

а) отоскопия
б) тональная аудиометрия
в) тимпанометрия
г) рентгенография височных костей
д) допплерометрия сосудов головного мозга

94. Выберите типичные симптомы для эпитимпанита:

а) перфорация барабанной перепонки в ненатянутой части
б) геморрагические выделения из уха
в) холестеатома
г) нейросенсорный тип тугоухости

95. Перечислите возможные осложнения при остром среднем отите:

а) мастоидит
б) лабиринтит
в) гайморит
г) парез лицевого нерва
д) паротит

96. Укажите название операции при хроническом гнойном среднем отите, отягощенном менингитом:

а) антромастоидотомия
б) радикальная операция на височной кости
в) расширенная радикальная операция на ухе
г) тимпанопластика
д) шунтирование барабанной полости

97. Перечислите методы удаления инородного тела из наружного уха:

а) вымывание
б) удаление пинцетом
в) удаление крючком
г) транстимпанальное нагнетание

98. Перечислите симптомы отосклероза:

а) двустороннее снижение слуха
б) одностороннее снижение слуха
в) шум в ушах
г) улучшение слуха в шумной обстановке
д) приступы головокружения

99. Укажите, какая отоскопическая картина характерна для отосклероза:

а) нормальная барабанная перепонка
б) барабанная перепонка резко втянута, опознавательные знаки отсутствуют
в) отсутствие серы
г) рубцовые изменения барабанной перепонки
д) краевая перфорация

100. Укажите симптомы, характерные для болезни Меньера:

а) приступы системного головокружения
б) боль в ухе
в) шум в ухе
г) прогрессирующее снижение слуха
д) гноетечение

Офтальмология

01. Глаукома – это: а) повышение или неустойчивость внутриглазного давления; б) изменения поля зрения; в) атрофия зрительного нерва; г) нарушения со стороны дренажной системы. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) а
3) б, в, г
4) а, г
5) б, в, г

02. Достоверными признаками проникающего ранения глазного яблока являются: а) наличие раневого канала; б) выпадение оболочек глазного яблока; в) гипотония; г) наличие инородного тела; д) изменение глубины передней камеры. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, д
2) а, б, в
3) а, б, г
4) в, д
5) б, в, д

03. Осложнениями проникающих ранений глаза являются: а) симпатическая офтальмия; б) эндофтальмит; в) вторичная глаукома; г) панофтальмит; д) иридоциклит. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, д
2) а, в, д
3) а, б, в, г
4) б, г
5) в, д

04. При металлозах инородные тела нужно удалять из-за: а) изменения цвета радужки; б) развития катаракты; в) деструкции стекловидного тела; г) нейроретинопатии; д) развития язвы роговицы. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, д
2) г
3) б
4) б, в, д
5) в, г

05. Степень и тяжесть ожога глазного яблока и его придатков определяются: а) химическими свойствами действующего вещества; б) площадью поражения; в) концентрацией действующего агента; г) периодом времени, прошедшим после попадания действующего вещества; д) возрастом пациента. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, д
2) а, б, в
3) г, д
4) а, б, в, г
5) а, д

06. При миопии высокой степени могут возникать следующие осложнения: а) хориоретинальная дистрофия; б) отслойка сетчатки; в) амблиопия; г) кровоизлияния в различные отделы и оболочки глазного яблока; д) развитие осложненной катаракты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, д
2) а, б, г
3) б, г
4) в, д
5) а, в, г, д

07. Основным методом лечения катаракты является: а) консервативное лечение; б) хирургическое лечение; в) лазерное лечение; г) назначение гипотензивных препаратов; д) лазерное и консервативное лечение. Выберите правильный ответ:

1) а
2) б
3) в
4) а, б
5) д

08. При остром приступе глаукомы необходимо назначить: а) антибиотики; б) мидриатики; в) гипотензивные препараты; г) ингибиторы карбоангидразы; д) осмотическую терапию; е) обезболивающие препараты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в
2) б, д, е
3) в, г, д, е
4) г, д, е
5) а, г, е
6) а, б, в, г, д, е

09. Для диагностики опухолей органа зрения используются следующие методы: а) офтальмоскопия; б) ультразвуковая диагностика; в) рентгенография; г) флюоресцентная ангиография; д) биомикроскопия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, д
2) а, б, в
3) а, б, г, д
4) б, в, д
5) в, г, д

10. Осложнениями гнойной язвы роговицы являются: а) гипопион; б) перфорация; в) панофтальмит; г) иридоциклит; д) эндофтальмит. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, д
2) б, в, д
3) а, г
4) а, в, г, д
5) в, г, д

11. При прогрессирующей миопии выполняется: а) экстракция катаракты; б) склеропластика; в) кератокоагуляция; г) кератотомия; д) биопокрытие роговицы. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а
2) б
3) в
4) а, б
5) г, д

12. Нормальные цифры тонометрического внутриглазного давления (мм рт. ст.):

1) 10–15
2) 16–26
3) 27–32
4) 33–38
5) 39–43

13. «Синдром красного глаза» возникает при: а) конъюнктивитах; б) кератитах; в) иридоциклитах; г) хориоретинитах; д) остром приступе глаукомы; е) отслойке сетчатки. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г, д, е
2) а, б, в, д;
3) б, г, д, е
4) в, г, д
5) а, г, д, е

14. «Застойный диск» возникает при:

1) повышении внутриглазного давления
2) снижении внутриглазного давления
3) повышении артериального давления
4) повышении внутричерепного давления
5) снижении артериального давления

15. Объемные процессы в орбите характеризуются: а) экзофтальмом; б) офтальмоплегией; в) расширением вен сетчатки; г) снижением остроты зрения; д) изменением цвета и рисунка радужки; е) помутнением хрусталика. Выберите правильную комбинацию ответов:

1) а, б, в, г
2) б, в, г, д
3) в, г, д, е
4) а, в, г, е
5) б, в, г, е

16. В амбулаторию глазной больницы обратилась больная 26 лет с жалобами на внезапное снижение зрения правого глаза, искажение формы и размеров предметов. Жалобы появились после перенесенного гриппа. Объективно: Vis OD = 0,1 н/к; Vis OS = 1,0. Правый глаз: спокоен, роговица прозрачная, сферичная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка структурна, зрачок живо реагирует на свет. На глазном дне в макулярной области просматривается ватообразный желтовато-серый очаг размером 1/2 диаметра диска с нечеткими контурами. Левый глаз здоров. Поставьте правильный диагноз:

1) кератит
2) эндофтальмит
3) центральный хориоретинит
4) острый приступ глаукомы
5) иридоциклит

17. Больная 30 лет жалуется на резкое снижение зрения, боли за глазом при движении глазного яблока, пятно перед глазом. Боли появились накануне вечером. Только что перенесла грипп, лечилась дома. Объективно: Vis OD = 0,08 н/к, T OD = 18 мм рт. ст. ; Vis OS = 1,0, T OS = 19 мм рт. ст. Цветоощущение по таблице Рабкина нарушено, сужение поля на красный и зеленый цвета. Правый глаз: спокоен, при надавливании на него отмечается легкая болезненность в глубине орбиты. Оптические среды прозрачны. Глазное дно: ДЗН – бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, ход и калибр сосудов не измены, макулярная область и периферия сетчатки не изменены. Левый глаз здоров. При исследовании периферического поля зрения на правом глазу определяется центральная скотома 15°. Поставьте правильный диагноз:

1) флегмона орбиты
2) застойный диск
4) невралгия тройничного нерва
4) хориоретинит
5) ретробульбарный неврит

18. К окулисту обратился подросток 14 лет с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза. Два дня назад во время игры в футбол получил удар мячом по краю левой орбиты и по глазу. Объективно: Vis OD = 1,0, T OD = 16 мм рт. ст.; Vis OS = 0,08 н/к, T OS = 18 мм рт. ст. Правый глаз здоров. Левый глаз не болит. У наружного края орбиты небольшое подкожное кровоизлияние. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка структурна. Хрусталик прозрачный во всех слоях. Рефлекс с глазного дна отсутствует, глазное дно не офтальмоскопируется. Поставьте правильный диагноз:

1) контузия глазного яблока, посттравматический кератит
2) травматический иридоциклит; в) контузия глазного яблока, полный гемофтальм
4) травматическая отслойка сетчатки
5) контузия глазного яблока, вторичная глаукома

19. На прием к окулисту обратился шофер 32 лет с жалобами на боли в левом глазу, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, покраснение глаза. С его слов, 2 часа назад разбилось ветровое стекло машины и в глаз попал осколок. Объективно: Vis OD = 1,0, T OD = 18 мм рт. ст.; Vis OS = 0,6 н/к, T OS = 20 мм рт. ст. Правый глаз спокоен. Левый глаз – умеренное сужение глазной щели. Умеренно выраженная смешанная инъекция конъюнктивы. В роговице на 3-х часах линейная рана роговицы с адаптированными краями. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка структурна, в цвете не изменена. Хрусталик прозрачный во всех слоях. Глазное дно без патологии. Поставьте правильный диагноз:

1) проникающее ранение роговицы
2) непроникающее ранение роговицы
3) иридоциклит
4) инородное тело роговицы
5) язва роговицы

20. Больной предъявляет жалобы на упорную головную боль и периодическое затуманивание зрения. Объективно: Vis OU = 1,0. Поле зрения на белый свет не изменено. Передний отрезок обоих глаз без особенностей, среды прозрачны. Глазное дно: диски зрительных нервов резко увеличены в размерах, проминируют в стекловидное тело, границы нечеткие, размытые. Вены резко расширены, кровонаполнены. Поставьте правильный диагноз:

1) неврит зрительного нерва
2) ретробульбарный неврит
3) далекозашедшая глаукома
4) застойный диск
5) атрофия зрительного нерва

21. В приемное отделение больницы обратился пациент 28 лет с жалобами на боли и резкое снижение зрения правого глаза. Жалобы появились 3 дня назад после резкого переохлаждения. Со стороны других органов патологии нет. Объективно: Vis OD = 0,08 н/к, T OD = легкая гипотония; Vis OS = 1,0, T OS = N Правый глаз: глазная щель сужена, веки отечны, умеренно гиперемированы. Смешанная инъекция конъюнктивы, роговица прозрачная, на эндотелии преципитаты. Передняя камера средней глубины, во влаге – нити фибрина. Радужка – зеленоватого цвета, рисунок стушеван, зрачок сужен (3 мм), неправильной формы, в его просвете нежный экссудат. Рефлекс с глазного дна тускло-розовый, детали не офтальмоскопируются. При пальпации отмечается резкая болезненность в области цилиарного тела. Левый глаз спокоен. Поставьте правильный диагноз:

1) посттравматический кератит
2) фибринозный иридоциклит
3) незрелая катаракта
4) краевая язва роговицы
5) вирусный конъюнктивит

22. В глазное отделение больницы был переведен больной, у которого 5 дней тому назад было удалено инородное тело из правого глаза. Несмотря на проводимое лечение состояние глаза и самого больного ухудшилось. Объективно: Vis OD = 0 (ноль), Vis OS = 1,0. Правый глаз: глазное яблоко экзофтальмировано, неподвижно, выраженный отек и гиперемия век, хемоз конъюнктивы. Роговица диффузно мутная, в передней камере – гной, глубжележащие среды не просматриваются. Больного беспокоят головные боли, температура 38°С. Левый глаз – без патологии. Поставьте правильный диагноз:

1) панофтальмит
2) эндофтальмит
3) панофтальмит и начинающаяся флегмона орбиты
4) гнойная язва роговицы
5) флегмона орбиты и гнойный иридоциклит

23. Монтажник 40 лет обратился к окулисту с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, которое отметил 2 дня назад. Неделю назад перенес острый правосторонний гайморит. Объективно: Vis OD = 0,2 н/к, T OD = 20 мм рт. ст.; Vis OS = 1,0, T OS = 20 мм рт. ст. Правый глаз спокоен, оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН – гиперемирован, границы стушеваны, отечен, несколько проминирует в стекловидное тело, артерии расширены, вены извитые, сосудистая воронка заполнена экссудатом. Макулярная область и периферия без патологии. Левый глаз спокоен. Поставьте правильный диагноз:

1) застойный диск
2) неврит зрительного нерва
3) атрофия зрительного нерва
4) застойный диск
5) центральный хориоретинит

24. Больной 58 лет обратился к окулисту с жалобами на сильные ломящие боли в левом глазу и левой половине головы, снижение зрения левого глаза. Симптомы появились два дня назад среди полного здоровья, сопровождались тошнотой и рвотой. Вызванный врач обнаружил повышение артериального давления до 190/100 мм рт. ст., назначил гипотензивную терапию. Объективно: Vis OD = 1,0; Vis OS = 0,01 н/к. Правый глаз – здоров. Левый глаз – веки отечны. На глазном яблоке застойная инъекция. Роговица отечная, тусклая. Передняя камера мелкая, влага прозрачная. Радужка слегка отечна, зрачок широкий, не реагирует на свет. Глубжележащие отделы не видны из-за отека роговицы. Внутриглазное давление 51 мм рт. ст. Поставьте правильный диагноз:

1) острый приступ глаукомы
2) гипертонический криз
3) острый кератит
4) открытоугольная глаукома
5) острый конъюнктивит

25. Больная 70 лет жалуется на отсутствие зрения в правом глазу и резкое снижение зрения в левом глазу. Зрение снижалось постепенно в течение 2 лет, к врачу не обращалась. Объективно: Vis OD = 1/pr. l. certa, T OD = 20 мм рт. ст.; Vis OS = 0,04, T OS = 20 мм рт. ст. Правый глаз: конъюнктива спокойная, роговица прозрачная, сферичная. Передняя камера мельче средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, пигментная кайма сохранена, зрачок реагирует на свет. Хрусталик неравномерно мутный, серого цвета с перламутровым оттенком. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Левый глаз: роговица прозрачная, спокойная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, пигментная кайма частично отсутствует, зрачок реагирует на свет. Хрусталик диффузно-мутный в центральных отделах, но по периферии виден розовый рефлекс с глазного дна. В этой зоне глазное дно без патологии. Выберите правильное лечение:

1) рассасывающая ферментотерапия
2) дегидратационная терапия
3) витаминотерапия
4) хирургическое лечение
5) диспансерное наблюдение

26. Инженер 50 лет обратился к окулисту с жалобами на снижение зрения правого глаза. Жалобы появились 2 месяца назад, ни с чем не связаны. Объективно: Vis OD = 0,1 н/к, T OD =24 мм рт. ст.; Vis OS = 1,0, T OS = 22 мм рт. ст. Правый глаз: спокоен, передний отрезок без патологии. При офтальмоскопии с узким зрачком в нижне-внутреннем квадранте просматривается округлое образование темного цвета. При расширении зрачка в той же зоне обнаружено округлое темно-коричневое образование, проминирующее в стекловидное тело, с четкими границами и очагами кровоизлияния на поверхности, отек сетчатки в области желтого пятна. Левый глаз здоров. Поставьте правильный диагноз:

1) первичная отслойка сетчатки
2) частичный гемофтальм
3) организованное субретинальное кровоизлияние
4) меланобластома хориоидеи
5) цистицерк стекловидного тела

27. Больная 55 лет обратилась к окулисту с жалобами на снижение зрения, периодические боли в обоих глазах, сужение полей зрения. Жалобы сохраняются в течении 1,5 лет, к врачу не обращалась. Объективно: Vis OD = 0,3 sph + 1,5D = 0,5, T OD = 32 мм рт. ст.; Vis OS = 0,5 sph + 1,0D = 1,0, T OS = 34 мм рт. ст. Глаза спокойны, имеется расширение передних циллиарных сосудов, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, пигментная кайма отсутствует, по зрачковому краю – псевдоэксфолиации, зрачок вяло реагирует на свет. Хрусталик – начальные помутнения в кортикальных слоях. Глазное дно: справа – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, краевая экскавация с перегибом сосудов по краю диска, слева – ДЗН – бледно-розовый, границы четкие, экскавация 0,7 диаметра диска, сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону. Поле зрения сужено с обеих сторон на 15 градусов в верхне-внутреннем квадранте. Поставьте правильный диагноз:

1) застойные диски зрительных нервов
2) открытоугольная глаукома
3) гипертонический ангиосклероз сетчатки
4) двухсторонняя невралгия тройничного нерва
5) двухсторонний острый приступ глаукомы

28. В приемное отделение обратилась больная 45 лет с жалобами на резкое снижение зрения, боли в правом глазу. Жалобы появились 3 дня назад, когда по глазу ударила ветка дерева. К врачу не обращалась, не лечилась. Объективно: Vis OD = 0,05 н/к; Vis OS = 0,8 sph + 1,0 = 1,0. Правый глаз: глазная щель сужена, выраженная смешанная инъекция конъюнктивы глазного яблока, в центре роговицы виден обширный серовато-желтый инфильтрат диаметром 4 мм с нечеткими границами. Флюоресцеиновый тест – положительный. В передней камере – беловатая полоска гноя высотой 4 мм. Радужка – рисунок слегка стушеван, зрачок сужен. Рефлекса с глазного дна не видно. Внутриглазное давление пальпаторно нормальное. Левый глаз здоров. Поставьте правильный диагноз:

1) гнойная язва роговицы
2) незрелая катаракта
3) иридоциклит
4) проникающее ранение роговицы
5) гнойный конъюнктивит

29. Рабочий 45 лет жалуется на снижение зрения левого глаза в течение последних 3 месяцев. Ухудшение зрения ни с чем не связывает. Объективно: Vis OD = 1,0, T OD = 18 мм рт. ст.; Vis OS = 0,01, T OS = 19 мм рт. ст. Правый глаз – спокоен. Левый глаз: конъюнктива – чистая, розовая. Роговица – на 5 часах в 3 мм от лимба виден рубец длиной 4 мм, соответственно ему – небольшой дефект в радужке. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка – темнее, чем справа, зрачок вяло реагирует на свет. Хрусталик – равномерно мутный, серый, под передней капсулой – буроватые отложения. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Поставьте правильный диагноз:

1) непроникающее ранение роговицы
2) возрастная катаракта
3) травматическая катаракта, металлоз
4) острый иридоциклит
5) центральный хориоретинит

Оперативная хирургия и топографическая анатомия

01. Какой нерв может быть поврежден при переломе хирургической шейки плеча?

1) nervus axillaris
2) nervus medianus
3) nervus musculocutaneus
4) nervus radialis
5) nervus ulnaris

02. Какой нерв может быть поврежден при переломе плечевой кости в средней трети?

1) nervus musculocutaneus
2) nervus radialis
3) nervus ulnaris
4) nervus axillaris
5) nervus medianus

03. Повреждение какого нерва сопровождается вялым параличом мышц, разгибающих пальцы и кисть?

1) ramus superficialis nervi radialis
2) nervus medianus
3) nervus interosseus
4) ramus profundus nervi radialis
5) nervus ulnaris

04. Какой нерв расположен на передней поверхности нижней трети предплечья и по своему виду может быть принят за сухожилие?

1) nervus medianus
2) nervus ulnaris
3) ramus superficialis nervi radialis
4) ramus profundus nervi radialis
5) nervus interosseus

05. Укажите, какому анатомическому ориентиру соответствует проекционная линия плечевой артерии:

1) sulcus bicipitalis medialis
2) sulcus bicipitalis lateralis
3) vena basilica
4) vena cephalica
5) nervus musculocutaneus

06. Укажите, какое положение принимает верхняя конечность при повреждении лучевого нерва:

1) «рука акушера»
2) «когтистая лапа»
3) «кисть обезьяны»
4) «рука нищего»
5) «плеть»

07. Укажите, какой нерв может быть поврежден при поперечной резаной ране нижней трети передней области предплечья?

1) ramus superficialis nervi radialis
2) nervus medianus
3) nervus interosseus
4) ramus profundus nervi radialis
5) nervus ulnaris

08. Объясните, почему внутримышечные инъекции лекарственных веществ производят в верхнелатеральном квадранте ягодичной области:

1) для ускорения всасывания
2) для наименьшей возможности повреждения позвоночника
3) для наименьшей возможности повреждения arteria femoralis
4) из-за малой вероятности повреждения крупных сосудисто-нервных образований ягодичной области
5) из-за наименьшей болезненности в этой области

09. Распространение гноя из полости малого таза в ложе приводящих мышц может произойти через:

1) canalis femoralis
2) foramen supraperiformis
3) foramen infraperiformis
4) canalis obturatorius
5) паховый канал

10. При поражении какого нерва стопа принимает патологическое положение, которое называют «конская стопа»?

1) nervus peroneus profundus
2) nervus tibialis
3) nervus obturatorius
4) nervus ischiadicus
5) nervus saphenus

11. Какой нерв может быть поврежден при вскрытии заднего отдела плечевого сустава?

1) nervus axillaris
2) nervus medianus
3) nervus radialis
4) nervus cutaneus brachii medialis
5) nervus musculocutaneus

12. Какой нерв может быть поврежден при вскрытии заднелатеральных заворотов коленного сустава?

1) nervus peroneus communis
2) nervus ischiadicus
3) nervus saphenus
4) nervus tibialis
5) nervus femoralis

13. Артерия, которую обычно пунктируют для выполнения селективной целиако- или мезентерикографии по Сельдингеру:

1) arteria femoralis
2) arteria subclavia
3) arteria renalis
4) arteria carotis communis
5) arteria brachialis

14. Для чего используют при операциях на сосудах катетер Фогарти?

1) для тромбэктомии
2) для закрытия боталлова протока
3) для длительной внутривенной инфузии лекарственных средств
4) для внутривенной урографии
5) для пункции подключичной вены

15. В какой венозный синус твердой оболочки головного мозга возможен гематогенный перенос инфекции при фурункуле области носогубной складки?

1) sinus cavernosus
2) sinus sagittalis inferior
3) sinus sigmoideus
4) sinus petrosus major
5) sinus rectus

16. В какой области головы следует выполнять трепанацию черепа для перевязки средней оболочечной артерии?

1) в треугольнике Шипо
2) в височной области
3) в лобной области
4) в теменной области
5) в затылочной области

17. При переломе какой кости возникают кровотечение и ликворея из наружного слухового прохода?

1) височной
2) крыловидной
3) верхнечелюстной
4) затылочной
5) решетчатой

18. Назовите синус твердой оболочки головного мозга, который можно повредить при трепанации сосцевидного отростка:

1) сагиттальный
2) пещеристый
3) сигмовидный
4) большой каменистый
5) прямой

19. Какой нерв может быть поврежден во время резекции щитовидной железы?

1) truncus simpaticus
2) nervus vagus
3) nervus frenicus
4) nervus hipoglossus
5) nervus laringeus recurrens

20. Цель проведения наружного дренирования грудного лимфатического протока?

1) дезинтоксикации
2) снижения внутричерепного давления
3) снижения артериального давления
4) лечения тиреотоксикоза
5) снижения венозного давления

21. Нерв, используемый в качестве анатомического ориентира во время операций на открытом артериальном протоке:

1) третий межреберный
2) место отхождения левого возвратного нерва от блуждающего
3) малый внутренностный
4) большой внутренностный
5) симпатический ствол

22. Какая стенка пахового канала бывает ослаблена при прямой паховой грыже?

1) верхняя
2) передняя
3) задняя
4) нижняя
5) ни одна

23. Назовите авторов оперативных доступов к червеобразному отростку:

1) Волкович, Дьяконов
2) Жерар, Спасокукоцкий
3) Щеткин, Блюмберг
4) Федоров
5) Пирогов

24. Грыжевой мешок при врожденной паховой грыже образован:

1) влагалищным отростоком брюшины
2) париетальной брюшиной
3) брыжейкой тонкой кишки
4) оболочками яичка
5) стенками мочевого пузыря

25. Портогепатография проводится через:

1) пупочную вену
2) пупочную артерию
3) печеночную вену
4) большую скрытую вену
5) нижнюю полую вену

26. Для создания противоестественного заднего прохода наиболее часто используют:

1) прямую кишку
2) сигмовидную кишку
3) нисходящую кишку
4) поперечноободочную кишку
5) слепую кишку

27. Выполнение какого технического приема предупреждает затекание пищи в свободную брюшную полость при гастростомии?

1) гастропексия
2) создание искусственного клапана
3) перевязка правой желудочной артерии
4) тампонада большим сальником
5) создание мышечного жома

28. Складка брюшины, которую необходимо оттянуть вверх при оперативном доступе к мочевому пузырю для выполнения высокого сечения:

1) круглая
2) медиальная пупочная
3) латеральная пупочная
4) поперечная
5) срединная пупочная

29. Органы и анатомические образования, которые проходят через толщу предстательной железы:

1) мочеточник
2) внутренняя подвздошная вена
3) внутренняя подвздошная артерия
4) семявыбрасывающие протоки
5) мочеиспускательный канал

30. Тромбофлебит и варикозное расширение какой подкожной вены чаще наблюдаются на бедре и голени?

1) vena femoralis
2) vena saphena magna
3) vena obturatoria
4) vena saphena parva
5) vena profunda femoris

31. Какую стенку бедренного кольца рассекают при ущемленной бедренной грыже?

1) переднюю
2) заднюю
3) латеральную
4) медиальную
5) никакую

32. С какой стороны от бедренной артерии располагается бедренная вена у основания бедренного треугольника?

1) медиально
2) латерально
3) сзади
4) спереди
5) перпендикулярно

33. Опишите положение стопы при повреждении глубокой ветви мало-берцового нерва:

1) «конская стопа»
2) «пяточная стопа»
3) варусное положение стопы
4) ротирована кнаружи
5) стопа не меняет обычного положения

34. Чем обусловлен эффект мышечно-венозной «помпы» нижней конечности?

1) мышечной массой
2) наличием клапанного аппарата у вен нижней конечности
3) присасывающим действием диафрагмы таза
4) двойной системой вен
5) изгибом вен голени

35. На каких поверхностях средней и основной фаланг II–IV пальцев кисти делают разрезы при тендовагините?

1) на боковых
2) на ладонной
3) на тыльной
4) крестообразный разрез на ладонной поверхности
5) возможны все варианты

36. Назовите синус твердой мозговой оболочки, который наиболее часто повреждается при травмах свода мозгового отдела головы:

1) верхний сагиттальный
2) нижний сагиттальный
3) прямой
4) поперечный
5) кавернозный

37. Объясните, почему кровотечение из синусов твердой оболочки головного мозга не имеет тенденции к самопроизвольной остановке:

1) из-за пониженной свертываемости крови
2) это связано с зиянием просвета синусов
3) из-за повышенного давления ликвора
4) из-за высокого венозного давления
5) из-за высокого артериального давления

38. Назовите нерв, располагающийся в пищеводно-трахеальной борозде:

1) nervus vagus
2) nervus frenicus
3) nervus splanchicus major
4) nervus laringeus recurrens
5) nervus hypoglossus

39. Укажите место, где определяют «френикус-симптом»:

1) между ножками musculus sternocleidomastoideus
2) в углу, образованном ключицей и наружным краем musculus sternocleidomastoideus
3) в области яремной вырезки грудины
4) на 3 см выше середины ключицы
5) на середине заднего края musculus sternocleidomastoideus

40. Укажите, где производят вкол иглы при выполнении шейной вагосимпатической блокады по А.В. Вишневскому:

1) между ножками musculus sternocleidomastoideus
2) в углу, образованном ключицей и наружным краем musculus sternocleidomastoideus
3) в области яремной вырезки грудины
4) на 3 см выше середины ключицы
5) в точке пересечения заднего края musculus sternocleidomastoideus с vena jugularis externa

41. Назовите допущенную ошибку при вскрытии трахеи, когда после введения трахеостомической канюли дыхание не восстанавливается:

1) повреждение пищевода
2) повреждение голосовых связок
3) не вскрыта слизистая оболочка трехеи
4) трахеостома наложена низко
5) повреждение nervus laringeus reccurrens

42. Назовите инструмент, используемый для расширения раны трахеи при трахеостомии:

1) кусачки Листона
2) кусачки Дальгрена
3) трахеорасширитель Труссо
4) однозубые крючки
5) зажим Долиотти-Вишневского

43. Какие отделы щитовидной железы сохраняют при субтотальной субфасциальной резекции?

1) заднелатеральные
2) переднелатеральные
3) перешеек железы
4) верхний полюс
5) нижний полюс

44. В каком направлении целесообразно делать разрезы для вскрытия интрамаммарных абсцессов?

1) в радиальном
2) в полукружном
3) в косом
4) в вертикальном
5) направление не имеет существенного значения

45. При ретромаммарных флегмонах поражается клетчатка, расположенная:

1) подкожно
2) вокруг долек железы
3) под большой грудной мышцей
4) позади капсулы молочной железы
5) под малой грудной мышцей

46. Пункцию плевральной полости производят по верхнему краю ребра:

1) из-за возможности повреждения межреберного сосудисто-нервного пучка
2) из-за возможности пневмоторакса
3) из-за повреждения межреберных мышц
4) из-за особенностей строения надкостницы
5) для облегчения анестезии

47. Какие грыжи передней боковой брюшной стенки являются показанием к экстренной операции?

1) все врожденные
2) ущемленные
3) скользящие
4) невправимые
5) все перечисленные выше

48. При выполнении срединной лапаротомии пупок:

1) обходят справа
2) обходят слева
3) рассекают вдоль
4) рассекают поперек
5) выбор стороны обхода не имеет значения

49. В систему какой вены происходит отток крови от желудка?

1) vena cava superior
2) vena cava inferior
3) vena mesenterica superior
4) vena portae
5) vena umbilicalis

50. Острое нарушение кровообращения в чревном стволе опасно:

1) острой почечной недостаточностью
2) ишемией органов верхнего этажа брюшной полости и развитием острой печеночной недостаточности (комы)
3) острой кишечной непроходимостью
4) острой ишемией органов малого таза
5) острой надпочечниковой недостаточностью

51. Для проведения какого исследования используется пузырный проток при холецистэктомии?

1) для гастроскопии
2) для панкреатографии
3) для интраоперационной холангиографии
4) для дуоденоскопии
5) для портогепатографии

52. Пункцию абсцесса прямокишечно-пузырного углубления производят через:

1) мочевой пузырь
2) прямую кишку
3) седалищно-прямокишечную ямку
4) переднюю брюшную стенку
5) запирательный канал

53. При каком методе исследования изгибы прямой кишки имеют важное практическое значение?

1) при пальцевом исследовании прямой кишки
2) при проведении пневмоперитонеума
3) при вагинальном исследовании
4) при ректороманоскопии
5) при цистоскопии

54. «Операция выбора» – это:

1) операция, которую может выбрать больной или хирург
2) лучшая операция для лечения данного заболения, соответствующая современным научным достижениям
3) операция, которая устранит наиболее тяжелые последствия заболевания
4) операция, отличающаяся технической простотой
5) операция, описанная в большинстве руководств

55. «Операция необходимости» – это:

1) операция, которую необходимо сделать после предварительно проведенной рентгенорадиотерапии
2) операция, возможность выполнения которой определяется квалификацией хирурга
3) операция, возможность выполнения которой определяется квалификацией хирурга и состоянием больного
4) любая операция, которую необходимо выполнить больному
5) лучшая операция для лечения данного заболевания, соответствующая современным научным достижениям

56. Радикальная операция – это:

1) операция, выполненная одномоментно
2) операция, полностью устраняющая патологический очаг
3) операция, устраняющая болевой синдром
4) технически простая операция
5) операция, которую может выполнить любой хирург

57. Паллиативная операция – это:

1) операция, ликвидирующая угрожающий жизни основной симптом заболевания
2) устраняющая патологический очаг
3) наиболее простая по технике выполнения
4) любая операция, выполненная по поводу сопутствующего заболевания
5) неправильно выбранная операция

58. Как нужно накладывать кровоостанавливающий зажим на конец кровоточащего сосуда?

1) поперек хода сосуда
2) вдоль хода сосуда – зажим является его продолжением
3) под углом 45°
4) определенного правила нет
5) как получится, важно остановить кровотечение

59. Где можно определить пульсацию плечевой артерии?

1) у наружного края двуглавой мышцы плеча
2) у места прикрепления к плечевой кости дельтовидной мышцы
3) у внутреннего края дельтовидной мышцы
4) на середине медиальной поверхности плеча
5) пульсация артерии не может быть пропальпирована на плече

60. В состав скальпа входят ткани:

1) кожа и подкожная клетчатка
2) кожа, подкожная клетчатка и сухожильный шлем
3) все мягкие ткани, включая надкостницу
4) мягкие ткани лобно-теменно-затылочной области и элементы костей свода черепа

61. Чем характеризуется гематома подкожной клетчатки лобно-теменно-затылочной области?

1) имеет форму шишки
2) распространяется в пределах одной кости
3) имеет разлитой характер и свободно перемещается в пределах лобно-теменно-затылочной области
4) свободно распространяется на подкожную клетчатку височной области и лица
5) определенную характеристику дать сложно

62. Чем характеризуется поднадкостничная гематома лобно-теменно-затылочной области?

1) имеет форму шишки
2) распространяется в пределах одной кости
3) имеет разлитой характер и свободно перемещается в пределах лобно-теменно-затылочной области
4) свободно распространяется на клетчатку лица
5) четкую характеристику дать сложно

63. Чем характеризуется подапоневротическая гематома лобно-теменно-затылочной области?

1) имеет пульсирующий характер
2) имеет форму овала, ориентированного в продольном направлении
3) свободно перемещается в пределах лобно-теменно-затылочной области
4) четкую характеристику дать сложно
5) соответствует форме подлежащей кости

64. Какие слои костей повреждаются в наибольшей степени при переломе костей свода черепа?

1) все слои
2) наружная пластинка
3) внутренняя пластинка
4) губчатое вещество
5) закономерность отсутствует

65. Точка пальцевого прижатия лицевой артерии находится:

1) на 1 см ниже козелка уха
2) на 0,5–10 см ниже середины нижнего края глазницы
3) позади угла нижней челюсти
4) на середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы
5) на 1 см ниже середины скуловой дуги

66. Чаще всего удается обнаружить и выделить грудной проток для лимфосорбции в:

1) венозном углу Пирогова слева
2) венозном углу справа
3) области левой внутренней яремной вены
4) области левой подключичной вены
5) области правой подключичной вены

67. По отношению к какому анатомическому образованию различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеотомии?

1) по отношению к перстневидному хрящу
2) по отношению к щитовидному хрящу
3) по отношению к подъязычной кости
4) по отношению к перешейку щитовидной железы
5) по отношению к кольцам трахеи – верхним, средним и нижним

68. Флегмоны какого клетчаточного пространства шеи могут осложниться задним медиастинитом?

1) надгрудинного межапоневротического
2) превисцерального
3) ретровисцерального
4) параангиального
5) клетчаточные пространства шеи не сообщаются с клетчаткой заднего средостения

69. Укажите расположение лимфатического узла Зоргиуса, который одним из первых поражается метастазами при раке молочной железы:

1) над ключицей позади наружного края грудино-ключично-сосцевидной мышцы
2) по ходу внутренней грудной артерии
3) в центре подмышечной впадины
4) под наружным краем большой грудной мышцы на уровне III ребра
5) под краем широчайшей мышцы спины

70. По какому краю ребра производится вкол иглы при пункции плевральной полости?

1) по верхнему краю ребра
2) по нижнему краю ребра
3) по середине межреберья
4) в любой из вышеперечисленных точек
5) выбор точки зависит от проведения пункции в переднем или заднем отделе межреберья

71. На каком уровне производят пункцию при свободном выпоте в плевральную полость?

1) на уровне верхнего края выпота
2) в центре выпота
3) в наиболее низкой точке выпота
4) выбор уровня не имеет значения
5) выше верхнего края жидкости

72. В каком положении больного производят пункцию плевральной полости?

1) лежа на боку
2) лежа на животе
3) в положении сидя с согнутым туловищем
4) в полусидячем положении
5) положение больного не имеет значения

73. При каком виде пневмоторакса наблюдаются наиболее тяжелые нарушения?

1) при открытом
2) при закрытом
3) при клапанном
4) при спонтанном
5) при комбинированном

74. Количество серозных полостей в грудной полости:

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

75. Количество элементов в паховом канале:

1) 3 стенки и 3 отверстия
2) 4 стенки и 4 отверстия
3) 4 стенки и 2 отверстия
4) 2 стенки и 4 отверстия
5) 4 стенки и 3 отверстия

76. Паховый промежуток – это:

1) расстояние между наружным и внутренним кольцами пахового канала
2) расстояние между паховой связкой и нижним краем внутренней косой и поперечной мышц
3) расстояние между паховой связкой и поперечной фасцией
4) расстояние между передней и задней стенками пахового канала
5) пахового промежутка не существует

77. Наиболее важной анатомической предпосылкой образования паховых грыж является:

1) наличие пахового промежутка
2) наличие высокого пахового промежутка
3) наличие узкого пахового промежутка
4) отсутствие пахового промежутка
5) отсутствие внутрибрюшной фасции

78. Границей между верхним и нижним этажами брюшной полости является:

1) горизонтальная плоскость, проведенная через нижние края реберных дуг
2) горизонтальная плоскость, проведенная через пупок
3) поперечная ободочная кишка и ее брыжейка
4) малый сальник
5) большой сальник

79. Признаки, позволяющие отличить поперечно-ободочную кишку от остальных отделов ободочной кишки:

1) большое количество жировых подвесок
2) наличие мышечных лент
3) наличие большого сальника
4) ориентация в поперечном направлении
5) покрытие брюшиной со всех сторон

80. На какой поверхности предплечья делают разрезы при вскрытии флегмоны клетчаточного пространства Пирогова?

1) на передней
2) на задней
3) на латеральной
4) на медиальной
5) на боковых поверхностях предплечья

81. Разрез в области запретной зоны кисти может осложниться повреждением:

1) сухожилий сгибателей пальцев
2) сухожилия длинного сгибателя большого пальца кисти
3) двигательной ветви срединного нерва с нарушением противопоставления большого пальца
4) поверхностной артериальной ладонной дуги
5) мышц возвышения большого пальца

82. Через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза подкожная клетчатка ладони сообщается с:

1) подапоневротическим клетчаточным пространством ладони
2) подсухожильными клетчаточными пространствами ладони
3) синовиальными влагалищами 2–5 пальцев
4) клетчаточным пространством Пирогова
5) футлярами червеобразных мышц

83. V-образная флегмона – это:

1) гнойный тендобурсит 1 и 5 пальцев
2) гнойный тендовагинит 2 и 4 пальцев
3) гнойный тендовагинит 2 и 3 пальцев
4) гнойное поражение межмышечных промежутков возвышения 1 и 5 пальцев
5) все вышеприведенные элементы

84. Необходимость срочного оперативного вмешательства при гнойном тендовагините сухожилий сгибателей 2, 3, 4 пальцев объясняется:

1) возможностью распространения гноя в клетчаточное пространство Пирогова
2) возможностью перехода процесса на костные ткани
3) возможностью омертвения сухожилий вследствие сдавления их брыжейки
4) возможностью развития сепсиса
5) возможностью восходящего распространения гноя по клетчаточным пространствам верхней конечности

85. Пространство под паховой связкой делится на:

1) грыжевую, мышечную и сосудистую лакуны
2) грыжевую и мышечную лакуны
3) грыжевую и сосудистую лакуны
4) мышечную и сосудистую лакуны
5) мышечную, сосудистую лакуны и бедренный канал

86. Какое положение нужно придать конечности, чтобы определить пульсацию подколенной артерии?

1) ногу разогнуть в коленном суставе
2) ногу согнуть в коленном суставе
3) ногу ротировать кнаружи
4) ногу ротировать кнутри
5) поднять под углом 30°

87. Коллатеральное кровообращение – это:

1) уменьшенное кровообращение в конечности после одновременной перевязки артерии и вены
2) кровоток по боковым ветвям после прекращения движения крови по магистральному сосуду
3) движение крови в восходящем направлении
4) восстановленное кровообращение в конечности
5) все перечисленное

88. Проекционная линия седалищного нерва проводится:

1) от седалищного бугра к медиальному надмыщелку бедренной кости
2) от большого вертела к латеральному надмыщелку бедренной кости
3) от середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к середине подколенной ямки
4) от середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к наружному надмыщелку бедренной кости
5) от середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к медиальному надмыщелку бедренной кости

89. Следует ли производить ревизию гнойной полости при ее вскрытии?

1) ревизия раны недоступна
2) ревизия раны необходима для выявления и вскрытия гнойных затеков и карманов
3) производится выявление и ревизия только глубоко расположенных гнойников
4) ревизия раны производится только при развитии осложнений
5) ревизия раны производится только при хроническом воспалении

90. Разрыв средней оболочечной артерии опасен:

1) геморрагическим шоком
2) нарушением кровоснабжения твердой мозговой оболочки головного мозга
3) нарушением кровоснабжения височной доли головного мозга
4) нарушением кровоснабжения лобной доли головного мозга
5) сдавлением головного мозга образовавшейся эпидуральной гематомой

Акушерство

01. Объективное исследование беременной или роженицы начинается с:

1) пальпации живота
2) аускультации живота
3) измерения окружности таза
4) объективного обследования по системам

02. Положение плода это:

1) отношение спинки плода к сагиттальной плоскости
2) отношение спинки плода к фронтальной плоскости
4) отношение оси плода к длиннику матки
5) взаимоотношение различных частей плода

03. Правильным является членорасположение, когда:

1) головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
2) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
3) головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
4) головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах

04. Правильным положением плода считается:

1) продольное
2) косое
3) поперечное с головкой плода, обращенной влево
4) поперечное с головкой плода, обращенной вправо

05. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:

1) спинки
2) головки
3) мелких частей
4) тазового конца

06. Предлежание плода – это отношение:

1) головки плода ко входу в таз
2) тазового конца плода ко входу в малый таз
3) наиболее низколежащей части плода ко входу в таз
4) головки плода ко дну матки

07. Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:

1) позиция плода
2) вид плода
3) высота стояния дна матки
4) предлежащая часть

08. Окружность живота измеряется:

1) на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
2) на уровне пупка
3) на 3 поперечных пальца ниже пупка
4) на 2 поперечных пальца выше пупка

09. Истинная конъюгата это расстояние между:

1) серединой верхнего края лонного сочленения и мысом
2) наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом
3) нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса
4) гребнями подвздошных костей

10. При развивающейся беременности не происходит:

1) увеличения размеров матки
2) размягчения ее
3) изменения реакции на пальпацию
4) уплотнения матки
5) изменения ее формы

11. Достоверным признаком беременности является:

1) отсутствие менструации
2) увеличение размеров матки
3) диспепсические нарушения
4) наличие плода в матке
5) увеличение живота

12. Для тазового предлежания при наружном акушерском исследовании не характерно:

1) высокое расположение дна матки
2) баллотирующая часть в дне матки
3) седцебиение плода, лучше прослушиваемое выше пупка
4) баллотирующая часть над входом в малый таз
5) высокое расположение предлежащей части

13. Пороки развития в ранние сроки беременности может вызвать:

1) краснуха
2) туберкулез
3) ветряная оспа
4) инфекционный гепатит

14. Характерным признаком тотального плотного прикрепления плаценты является:

1) боль в животе
2) кровотечение
3) высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
4) отсутствие признаков отделения плаценты

15. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:

1) формированием матки Кювелера
2) интранатальной гибелью плода
3) развитием ДВС-синдрома
4) геморрагическим шоком
5) всем вышеперечисленным

16. При кровотечении в 3-м периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо:

1) провести наружный массаж матки
2) ручное отделение плаценты
3) выделить послед наружными приемами
4) ввести сокращающие матку средства
5) положить лед на низ живота

17. Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве включают:

1) местный гемостаз
2) борьбу с нарушением свертываемости крови
3) инфузионно-трансфузионную терапию
4) профилактику почечной недостаточности
5) все вышеперечисленное

18. К способам выделения из матки неотделившегося последа относят:

1) метод Абуладзе
2) потягивание за пуповину
3) метод Креде-Лазаревича
4) ручное отделение и выделение последа

19. Клиническим признаком тяжелой острой гипоксии плода является:

1) сердцебиение плода 100–110 уд./мин
2) аритмия
3) глухость тонов сердца плода
4) сердцебиение плода 150–160 уд./мин
5) сердцебиение плода 120–140 уд./мин

20. Для оценки состояния плода применяется:

1) аускультация
2) кардиотокография
3) ультразвуковое исследование
4) все вышеперечисленное

21. Возникновению клинически узкого таза способствует:

1) крупный плод
2) переношенная беременность
3) неправильное вставление головки
4) все вышеперечисленное

22. Тяжесть токсикоза 1-й половины беременности характеризуется:

1) потерей массы тела
2) ацетонурией
3) субфебрилитетом
4) головной болью
5) болями внизу живота

23. УЗ-исследование в акушерстве позволяет определить:

1) расположение плаценты и ее патологию
2) состояние плода
3) неразвивающуюся беременность
4) генетические заболевания плода
5) все вышеперечисленное

24. При эндометрите не имеет места:

1) субинволюция матки
2) болезненность при пальпации
3) сукровично-гнойные выделения
4) серозно-слизистые выделения
5) снижение тонуса матки

25. Наиболее частой формой послеродовой инфекции является:

1) мастит
2) тромбофлебит
3) эндометрит
4) септический шок
5) перитонит

26. На развитие гестационного пиелонефрита не влияет:

1) инфицирование организма
2) изменение гормонального баланса
3) давление матки и варикозно расширенных вен на мочеточник
4) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
5) ранний токсикоз

27. При оценке состояния новорожденного не учитывается:

1) сердцебиение
2) дыхание
3) состояние зрачков
4) мышечный тонус
5) цвет кожи

28. Наиболее грозным симптомом нефропатии является:

1) альбуминурия 1 г/л
2) значительная прибавка в весе
3) боли в эпигастральной области
4) заторможенность
5) повышенная возбудимость

29. Наиболее характерным для преэклампсии признаком является:

1) отеки голеней
2) альбуминурия
3) субъективные жалобы
4) развитие во второй половине беременности

30. Классификация гестоза включает:

1) нефропатию
2) преэклампсию
3) эклампсию
4) водянку беременных
5) все вышеперечисленное

31. Признаками эклампсии являются:

1) гипертензия
2) альбуминурия и отеки
3) диарея
4) судороги и кома

32. Осложнением эклампсии нельзя считать:

1) неврологические осложнения
2) гибель плода
3) отек легких
4) маточно-плацентарную апоплексию

33. Критерием тяжести гестоза не является:

1) длительность заболевания
2) наличие сопутствующих соматических заболеваний
3) количество околоплодных вод
4) неэффективность проводимой терапии
5) синдром задержки роста плода

34. Наиболее частая причина самопроизвольного аборта в ранние сроки:

1) несовместимость по Rh-фактору
2) поднятие тяжести, травма
3) хромосомные аномалии
4) инфекции
5) истмикоцервикальная недостаточность

35. Признаком развившейся родовой деятельности не является:

1) излитие вод
2) нарастающие боли в животе
3) увеличивающаяся частота схваток
4) укорочение и раскрытие шейки матки
5) боли в надлобковой и поясничной областях

36. Гормоном, не продуцируемым плацентой, является:

1) эстроген
2) прогестерон
3) ХГ
4) ФСГ
5) все вышеперечисленные

37. Наиболее частая причина лихорадки на 3–4-й день после родов:

1) инфекция мочевого тракта
2) эндометрит
3) мастит
4) тромбофлебит
5) ничего из вышеперечисленного

38. Наиболее частая причина смертности недоношенных новорожденных:

1) респираторный дистресс-синдром
2) геморрагическая болезнь новорожденных
3) пороки развития
4) желтуха новорожденных
5) инфекции

39. Причиной аборта может быть:

1) инфекция
2) цервикальная недостаточность
3) травма
4) ионизирующее облучение
5) все вышеперечисленное

40. Для клинической картины АВО-несовместимости не характерна:

1) желтуха
2) анемия
3) массивная гепатомегалия
4) умеренная гепатомегалия с выраженной спленомегалией
5) все перечисленное

41. К причинам преждевременных родов относится:

1) резус-конфликт
2) гестоз
3) многоплодная беременность
4) гестационный пиелонефрит
5) все вышеперечисленное

42. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Пальпируются носик, ротик и подбородок, обращенный к крестцу. Лицевая линия в левом косом размере. Родовая опухоль в области подбородка. О каком предлежании идет речь?

1) затылочном
2) лицевом
3) лобном
4) переднеголовном

43. Первородящая 23 лет доставлена в роддом после припадка эклампсии, который произошел дома. Беременность 37–38 недель, состояние тяжелое, АД – 150/100 мм рт. ст., пульс – 98 уд./мин. Выраженные отеки на ногах, сознание заторможенное. Определите тактику ведения беременной:

1) пролонгирование беременности на фоне лечения
2) проведение комплексной интенсивной терапии в течение 2–3 дней
3) срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения на фоне комплексной интенсивной терапии
4) родовозбуждение с последующим наложением акушерских щипцов

44. В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на слабое шевеление плода. Срок беременности – 35–36 недель, дно матки – между пупком и мечевидным отростком, сердцебиение плода глухое, ритмичное, на ногах отеки, прибавка в весе – 10 кг. Какой метод исследования наиболее информативен в данной ситуации?

1) гормональный метод исследования (определение эстриола)
2) кардиотахография с использованием функциональных проб
3) метод наружного акушерского исследования
4) УЗИ
5) все вышеперечисленное

45. Роженица находится в 3-м периоде родов, 8 минут назад родился плод массой 3500 г. Внезапно усилились кровянистые выделения из половых путей, кровопотеря достигла 200 мл. Ваша тактика:

1) ввести сокращающие матку средства
2) произвести ручное отделение и выделение последа
3) определить признаки отделения последа
4) приступить к выделению последа наружными приемами
5) катетеризировать мочевой пузырь

46. Роженица находится в третьем периоде родов, роды произошли 10 минут назад, родился мальчик массой 3700 г. Признак Чукалова-Кюстнера положительный. Из влагалища темные кровянистые выделения в небольшом количестве. Ваша тактика:

1) ввести метилэргометрин
2) ждать самостоятельного рождения последа
3) произвести ручное выделение последа
4) выделить послед наружными приемами
5) положить лед на низ живота

47. Повторнородящая доставлена в родильное отделение по поводу срочных родов. Предлежит тазовый конец, родовая деятельность активная. В процессе исследования излились околоплодные воды, после чего сердцебиение плода стало редким, до 90 уд./мин. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается ножка плода и выпавшая пуповина, ягодицы плода во входе таза. Что должен предпринять врач, ведущий роды?

1) заправить пуповину, продолжить консервативное ведение родов
2) провести профилактику начавшейся гипоксии плода
3) приступить срочно к родоразрешению путем операции кесарева сечения
4) произвести экстракцию плода за тазовый конец

48. Повторнобеременная со сроком беременности 32 недели поступила в отделение патологии беременности. Поперечное положение плода. Жалобы на тянущие боли внизу живота. Матка возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд./мин. При влагалищном исследовании: шейка матки слегка укорочена, цервикальный канал пропускает кончик пальца, предлежащая часть не определяется. Акушерская тактика:

1) кесарево сечение
2) наружный поворот плода
3) мероприятия, направленные на сохранение беременности
4) родовозбуждение с последующим наружно-внутренним поворотом плода и экстракцией
5) амниотомия

49. Роженица находится в родах около 10 часов. Воды не изливались. Внезапно роженица побледнела, появилась рвота, сильные распирающие боли в животе, матка приняла асимметричную форму, плотная, сердцебиение плода глухое. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное, плодный пузырь цел, напряжен, предлежащая головка в полости малого таза. Ваша тактика:

1) срочно приступить к операции кесарева сечения
2) вскрыть плодный пузырь и наложить акушерские щипцы
3) вскрыть плодный пузырь
4) провести лечение острой гипоксии плода
5) провести стимуляцию родовой деятельности

50. После рождения первого плода в матке обнаружен второй прод в поперечном положении. Сердцебиение плода ясное, 136 уд./мин. Воды второго плода не изливались. Ваша тактика:

1) уточнить позицию второго плода
2) произвести влагалищное исследование
3) вскрыть плодный пузырь
4) произвести наружно-внутренний акушерский поворот
5) все выше перечисленное

51. Беременная женщина чаще всего жалуется:

1) на желудочно-кишечные расстройства
2) на боли внизу живота
3) на задержку месячных
4) на кровянистые выделения из влагалища

52. У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму:

1) геометрически правильного ромба
2) треугольника
3) неправильного четырехугольника
4) четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении

53. При правильном членорасположении плода головка находится в состоянии:

1) максимального сгибания
2) умеренного сгибания
3) умеренного разгибания
4) максимального разгибания

54. Во 2-м периоде родов сердцебиение плода контролируется:

1) после каждой потуги
2) через каждые 15 минут
3) через каждые 10 минут
4) через каждые 5 минут

55. Вид плода это отношение:

1) спинки к сагиттальной плоскости
2) головки к плоскости входа в малый таз
3) спинки к передней и задней стенкам матки
4) оси плода к длиннику матки

56. Головное предлежание плода при физиологических родах:

1) передне-головное
2) затылочное
3) лобное
4) лицевое

57. Диагональная конъюгата это расстояние между:

1) нижним краем симфиза и мысом
2) седалищными буграми
3) гребнями подвздошных костей
4) большими вертелами бедренных костей

58. Истинная конъюгата равна (см):

1) 11
2) 13
3) 9
4) 20

59. В конце беременности у первородящей женщины в норме шейка матки:

1) укорочена
2) сглажена частично
3) сглажена полностью
4) сохранена

60. Плацента непроницаема для:

1) алкоголя
2) морфина, барбитуратов
3) пенициллина, стрептомицина
4) тиоурацила, эфира
5) гепарина

61. Наружное акушерское исследование во 2-й половине беременности не предполагает:

1) определения положения, позиции, размера плода
2) анатомической оценки таза
3) определения срока беременности
4) функциональной оценки таза
5) оценки частоты и ритма сердцебиения плода

62. Ранняя диагностика беременности предполагает:

1) изменение базальной температуры
2) определение уровня ХГ в моче
3) УЗ-исследование
4) динамическое наблюдение
5) все вышеперечисленное

63. Признаком развившейся родовой деятельности является:

1) излитие вод
2) нарастающие боли в животе
3) увеличивающаяся частота схваток
4) укорочение и раскрытие шейки матки
5) боли в надлобковой и поясничной областях

64. Предлежание плаценты можно предполагать в случае:

1) дородового излитая вод
2) если при пальпации неясна предлежащая часть плода
3) несоответствия высоты стояния дна матки сроку беременности
4) кровяных выделений из половых путей
5) острой боли в животе

65. Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:

1) гестоз
2) травма живота
3) перенашивание беременности
4) многоводие, многоплодие
5) короткая пуповина

66. Патологическая кровопотеря в раннем послеродовом периоде требует прежде всего:

1) прижать аорту
2) ввести сокращающие матку средства
3) клеммировать параметрий
4) произвести ручное обследование стенок полости матки
5) осмотреть родовые пути

67. Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:

1) внезапность возникновения
2) повторяемость
3) безболезненность
4) различная интенсивность
5) все вышеперечисленное

68. Наиболее частой причиной возникновения предлежания плаценты являются:

1) аномалии развития матки
2) воспалительные процессы гениталий
3) миома матки
4) эндометриоз
5) аборты

69. Чаще всего причиной отслойки нормально расположенной плаценты является:

1) сильные схватки
2) удар в живот
3) гестоз
4) короткая пуповина
5) преждевременное излитие вод

70. Эффективность родовой деятельности объективно оценивается:

1) по частоте и продолжительности схваток
2) по длительности родов
3) по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки
4) по состоянию плода
5) по времени излития околоплодных вод

71. Начавшийся аборт характеризуется:

1) болями внизу живота
2) кровянистыми выделениями
3) признаками размягчения и укорочения шейки матки
4) отхождением элементов плодного яйца
5) изменением размеров матки

72. Дискоординированная родовая деятельность характеризуется:

1) нерегулярными схватками
2) схватками различной интенсивности
3) болезненными схватками
4) плохой динамикой раскрытия шейки матки
5) всем вышеперечисленным

73. Для зрелой шейки матки характерно:

1) расположение ее по проводной оси таза
2) размягчение на всем протяжении
3) проходимость цервикального канала для 1–1,5 пальца
4) укорочение шейки до 1–1,5 см
5) все вышеперечисленное

74. Наиболее тяжелым осложнением в родах при тазовом предлежании является:

1) несвоевременное отхождение вод
2) слабость родовой деятельности
3) травматические повреждения плода
4) выпадение пуповины
5) выпадение ножки

75. Для лактостаза характерно:

1) значительное равномерное нагрубание молочных желез
2) умеренное нагрубание молочных желез
3) температура тела 40°С, озноб
4) свободное отделение молока
5) повышение артериального давления

76. Признаком клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери является:

1) положительный признак Вастена
2) задержка мочеиспускания
3) отек шейки матки и наружных половых органов
4) отсутствие поступательного движения головки при хорошей родовой деятельности
5) все вышеперечисленное

77. Для первичной слабости родовой деятельности характерно:

1) наличие регулярных схваток
2) болезненные схватки
3) недостаточное продвижение предлежащей части
4) недостаточная динамика раскрытия шейки матки
5) запоздалое излитие околоплодных вод

78. В лечении послеродового эндометрита не применяются:

1) антибиотики
2) аспирация содержимого полости матки
3) инфузионная терапия
4) эстроген-гестагенные препараты

79. Наиболее частая причина желтухи новорожденных на 2-й или 3-й день:

1) несовместимость групп крови
2) физиологическая желтуха
3) септицемия
4) сифилис
5) лекарственные препараты

80. Показанием к экстраперитонеальному кесареву сечению является:

1) поперечное положение плода
2) дородовое излитие вод
3) низкое поперечное стояние стреловидного шва
4) безводный промежуток 12 часов
5) повышение температуры в родах

81. Показанием к срочному родоразрешению при тяжелых формах гестоза является:

1) длительное течение и неэффективность терапии
2) олигурия
3) синдром задержки роста плода
4) полиурия
5) головная боль

82. Критерием тяжести гестоза не является:

1) длительность заболевания
2) наличие сопутствующих соматических заболеваний
3) количество околоплодных вод
4) неэффективность проводимой терапии
5) синдром задержки роста плода

83. Факторами, предрасполагающими к гестозу, являются:

1) заболевания почек
2) многоплодная беременность
4) эндокринная патология
4) гипертоническая болезнь
5) все выше перечисленные

84. Дифференциальный диагноз при эклампсии проводится:

1) с эпилепсией
2) с истерией
3) с гипертоническим кризом
4) с менингитом
5) со всем вышеперечисленным

85. В женскую консультацию обратилась женщина 26 лет с жалобами на задержку менструации в течение 2 месяцев, небольшие тянущие боли внизу живота. При влагалищном исследовании определяется матка, увеличенная до 8 недель беременности, цервикальный канал закрыт, придатки без особенностей. Ваш диагноз:

1) беременность 8 недель, угрожающий выкидыш
2) неразвивающаяся беременность
3) внематочная беременность
4) миома матки
5) неполный аборт

86. У родильницы 32 лет на 4-е сутки послеродового периода отмечено повышение температуры до 38°С с ознобом. Молочные железы нагрубшие. Матка на 2 пальца выше пупка, болезненная при пальпации, лохии кровянисто-серозные, умеренные, без запаха. Наиболее вероятный диагноз:

1) лактостаз
2) эндометрит
3) лохиометра
4) начинающийся мастит
5) ничего из вышеперечисленного

87. Третьи сутки послеродового периода. Родильница жалуется на боли в молочных железах. Температура тела 38,2°С. Пульс – 86 уд./мин, молочные железы значительно и равномерно нагрубели, чувствительны при пальпации. При надавливании из сосков выделяются капельки молока. Что делать?

1) ограничить питье
2) иммобилизировать грудь
3) опорожнить грудь путем сцеживания или с помощью молокоотсоса
4) назначить родильнице слабительное
5) компресс на молочные железы

88. Роженица 26 лет. Роды вторые. Первая беременность закончилась срочными родами, в послеродовом периоде был эндометрит. Схватки слабые, короткие. Поступила с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей. Предлежащая головка над входом в малый таз. При влагалищном исследовании: за внутренним зевом определяется край плаценты. Плодный пузырь цел. Что делать?

1) продолжить консервативное ведение родов
2) вскрыть плодный пузырь
3) приступить к операции кесарева сечения
4) вскрыть плодный пузырь и усилить родовую деятельность внутривенным введением окситоцина
5) ничего из вышеперечисленного

89. Первородящая 34 лет находится во втором периоде родов. Ягодицы плода в полости малого таза. Схватки потужного характера через 2–3 минуты по 40–45 секунд, средней силы. Предполагаемый вес плода 3500 г, сердцебиение плода – 150 уд./мин, промежность высокая. Что следует предусмотреть в плане ведения настоящих родов?

1) перинео- или эпизиотомию
2) внутривенное введение атропина
3) оказание ручного пособия по Цовьянову
4) капельное внутривенное введение окситоцина
5) все вышеперечисленное

90. Первобеременная 26 лет поступила в роддом с отошедшими околоплодными водами и первичной слабостью родовой деятельности, по поводу чего проводилась стимуляция окситоцином. Через 10 минут от начала потуг изменилось сердцебиение плода, оно стало редким (100–90 уд./мин), глухим и аритмичным. При осмотре: открытие шейки полное, головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди. Ваша тактика:

1) наложить акушерские щипцы
2) кесарево сечение
3) провести профилактику начавшейся асфиксии плода
4) вакуум-экстракцию
5) краниотомию

91. Первородящая женщина 30 лет поступила в отделение патологии беременности с жалобами на головную боль, боли в подложечной области, нарушение сна. АД – 140/80 мм рт. ст., в моче – белок, голени пастозны. Срок беременности – 37 недель, предлежание головное, сердцебиение плода ясное, до 140 уд./мин. Ваш диагноз:

1) водянка беременной
2) нефропатия
3) преэклампсия
4) эклампсия
5) ничего из вышеперечисленного

92. Четвертым приемом наружного акушерского исследования определяется:

1) предлежащая часть
2) членорасположение плода
3) позиция плода
4) отношение предлежащей части ко входу в таз

93. Методом инструментального исследования, применяемым при беременности и в родах, является:

1) зондирование матки
2) осмотр шейки матки с помощью зеркал
3) биопсия
4) гистерография

94. Плацента проницаема для:

1) алкоголя
2) морфина, барбитуратов
3) пенициллина, стрептомицина
4) тиоурацила, эфира
5) всего вышеперечисленного

95. При развивающейся беременности происходит все, кроме:

1) увеличения размеров матки
2) размягчения ее
3) изменения реакции на пальпацию
4) уплотнения матки
5) изменения ее формы

96. Ранняя диагностика беременности предполагает:

1) изменение базальной температуры
2) определение уровня ХГ в моче
3) УЗ-исследование
4) динамическое наблюдение
5) все вышеперечисленное

97. К достоверным признакам беременности относится:

1) шевеление плода
2) увеличение матки
3) цианоз влагалища
4) пальпация частей плода
5) повышение ректальной температуры

98. Пороки развития в ранние сроки беременности может вызвать:

1) краснуха
2) туберкулез
3) ветряная оспа
4) инфекционный гепатит

99. Эффективность родовой деятельности объективно оценивается по:

1) частоте и продолжительности схваток
2) длительности родов
3) темпу сглаживания и раскрытия шейки матки
4) состоянию плода
5) времени излития околоплодных вод

100. Формированию клинически узкого таза способствует:

1) крупный плод
2) переношенная беременность
3) неправильное вставление головки
4) все вышеперечисленное

101. Тактика ведения третьего периода родов зависит от:

1) степени кровопотери
2) длительности родов
3) наличия признаков отделения последа
4) состояния новорожденного
5) длительности безводного промежутка

102. Лучше всего прослушивается сердцебиение плода при 1-й позиции, переднем виде затылочного предлежания:

1) справа ниже пупка
2) слева ниже пупка
3) слева выше пупка
4) слева на уровне пупка

103. При начавшемся аборте показано:

1) госпитализация
2) инструментальное удаление плодного яйца
3) применение антибиотиков
4) лечение в амбулаторных условиях
5) применение сокращающих средств

104. Лечение первичной слабости родовой деятельности включает:

1) внутривенное капельное введение окситоцина
2) создание глюкозо-витаминного фона
3) применение спазмолитических средств
4) применение обезболивающих средств
5) все выше перечисленное

105. К развитию фетоплацентарной недостаточности чаще приводят:

1) гестоз
2) заболевания почек
3) гипертоническая болезнь
4) анемия беременных
5) ожирение

106. Для профилактики кровотечения в родах в момент прорезывания головки часто применяется:

1) окситоцин
2) метилэргометрин
3) прегнонтол
4) маммофизин
5) хинин

107. Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерны:

1) боли в животе
2) геморрагический шок
3) изменение сердцебиения плода
4) изменение формы матки
5) все вышеперечисленное

108. На развитие гестационного пиелонефрита не влияет:

1) инфицирование организма
2) изменение гормонального баланса
3) давление матки и варикозно расширенных вен на мочеточник
4) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
5) ранний токсикоз

109. Наиболее частой методикой операции кесарева сечения (КС) является:

1) корпоральное КС
2) экстраперитонеальное КС
3) истмико-корпоральное (продольным разрезом) КС
4) КС в нижнем маточном сегменте (поперечным разрезом)
5) влагалищное КС

110. Для лактостаза характерно:

1) значительное равномерное нагрубание молочных желез
2) умеренное нагрубание молочных желез
3) температура тела 40°С, озноб
4) свободное отделение молока
5) повышение артериального давления

111. Для послеродового мастита не характерно:

1) повышение температуры тела с ознобом
2) нагрубание молочных желез
3) болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе
4) свободное отделение молока
5) гиперемия молочной железы

112. В лечении послеродового эндометрита не применяются:

1) антибиотики
2) аспирация содержимого полости матки
3) инфузионная терапия
4) эстроген-гестагенные препараты

113. Оптимальным вариантом родоразрешения при тяжелых гестозах является:

1) наложение акушерских щипцов
2) самостоятельное родоразрешение
3) операция кесарева сечения
4) вакуум-экстракция плода
5) плодоразрушающая операция

114. Факторами, предрасполагающими к гестозу, являются:

1) заболевания почек
2) многоплодная беременность
3) эндокринная патология
4) гипертоническая болезнь
5) все вышеперечисленные

115. Инфузионная терапия при тяжелых формах позднего токсикоза предполагает:

1) уменьшение гиповолемии
2) улучшение реологических свойств крови
3) нормализацию микроциркуляции в жизненно важных органах
4) лечение гипоксии плода
5) все вышеперечисленное

116. Первобеременная 36 лет находится в отделении патологии беременности. Беременность 34 недели, гипертоническая болезнь II А стадии. АД – 160/100 мм рт. ст. При УЗ-исследовании выявлен синдром задержки роста плода. Назовите возможные осложнения в данной ситуации:

1) развитие гипертонического криза
2) преждевременная отслойка плаценты
3) внутриутробная гибель плода
4) припадок эклампсии
5) все вышеперечисленное

Гинекология

01. При длительности менструального цикла 28 дней его следует считать:
1) нормопонирующим
2) антепонирующим
3) постпонируюшим

02. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:
1) гонадотропины
2) эстрогены
3) гестогены
4) рилизинг-факторы

03. ФСГ стимулирует:
1) рост фолликулов в яичнике
2) продукцию кортикостероидов
3) продукцию ТТГ в щитовидной железе
4) все перечисленное

04. Гестагены:
1) снижают содержание холестерина в крови
2) определяют развитие первичных и вторичных половых признаков
3) повышают тонус матки
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

05. Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить:
1) двуфазность менструального цикла
2) уровень эстрогенной насыщенности организма
3) наличие овуляции
4) полноценность лютеиновой фазы цикла
5) все перечисленное

06. Первичная альгоменорея обусловлена:
1) инфантилизмом
2) ретродевиацией матки
3) высокой продукцией простагландинов
4) все перечисленное верно
5) ничем из перечисленного

07. Фаза секреции в эндометрии может быть полноценной только в том случае, если:

1) фаза пролиферации полноценная
2) произошла овуляция
3) функционирует полноценное желтое тело
4) правильные ответы «2» и «3»
5) все ответы правильные

08. Гипотиреоидизм при синдроме Шихана со сниженным ТТГ проявляется:

1) безразличием к окружающей обстановке
2) зябкостью
3) снижением общего тонуса организма
4) всем перечисленным
5) ничем из перечисленного

09. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать:

1) с беременностью (прогрессирующей)
2) с начавшимся самопроизвольным выкидышем
3) с подслизистой миомой матки
4) правильные ответы «2» и «3»
5) все ответы правильные

10. К группе риска воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины:

1) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом
2) с хроническим воспалительным процессом гениталий
3) с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит)
4) все верно
5) все неверно

11. Для подострого послеродового эндометрита характерно:

1) температура тела родильницы 38°С и выше
2) тахикардия до 100 уд./мин
3) лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

12. Для лечения кандидозного кольпита у беременных во II и III триместре применяют:

1) антибиотики
2) клион-Д
3) настой календулы
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

13. Акушерский перитонит чаще всего возникает после:

1) родов
2) раннего самопроизвольного выкидыша
3) кесарева сечения
4) искусственного аборта
5) позднего самопроизвольного выкидыша

14. При воспалительных заболеваниях женских половых органов отмечается:

1) преобладание ассоциаций микроорганизмов
2) возрастание числа анаэробов и вирусов
3) наличие хламидий и микоплазм
4) правильные ответы «2» и «3»
5) все ответы правильные

15. В диагностике послеродового мастита имеют значение:

1) характерные жалобы больной
2) данные осмотра и пальпации больной
3) наличие предрасполагающих к его развитию факторов
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

16. Больным с кистой бартолиновой железы рекомендуется:

1) УФО
2) лечение только в стадию обострения воспалительного процесса
3) оперативное лечение – вылущивание кисты бартолиновой железы в стадию ремиссии
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

17. Критерии излеченности больных гонореей устанавливаются после лечения в течение:

1) одного месяца
2) двух месяцев
3) трех месяцев
4) четырех месяцев
5) пяти месяцев

18. При обострении хронического сальпингоофорита по типу невралгии тазовых нервов эффекта не оказывает:

1) антибиотикотерапия
2) электрофорез амидопирина
3) диадинамические токи
4) ультрафиолетовая эритемотерапия
5) амплипульсотерапия

19. При токсической стадии гинекологического перитонита отмечается все перечисленное, кроме:

1) тахикардии (до 120 уд./мин)
2) выраженной одышки
3) отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки
4) гипотонии
5) олигурии

20. Наиболее эффективно для лечения гарднереллеза применение:

1) доксициклина
2) метронидазола
3) ампициллина
4) правильные ответы «2» и «3»
5) все ответы правильные

21. Поперечный надлобковый доступ по сравнению с нижнесрединным имеет все преимущества, кроме:

1) меньшего риска эвентрации при воспалительных послеоперационных осложнениях
2) лучшего косметического эффекта
3) технической простоты исполнения
4) возможности раннего вставания и более активного поведения больной в послеоперационном периоде
5) меньшей вероятности развития послеоперационных грыж

22. Противопоказанием к зондированию матки является:

1) острый воспалительный процесс половых органов
2) подозрение на маточную беременность
3) подозрение на наличие подслизистого узла миомы
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

23. При экстирпации матки с придатками не пересекаются:

1) воронко-тазовые связки
2) круглые связки
3) крестцово-маточные связки
4) кардинальные связки
5) маточные концы труб

24. При нарушенной внематочной беременности с выраженной анемизацией больной проводится разрез:

1) поперечный надлобковый якорный
2) поперечный надлобковый по Пфанненштилю
3) поперечный интерилиальный по Черни
4) нижнесрединный от лона до пупка

25. При ретенционной кисте яичника диаметром 5 см, обнаруженной лапароскопически, производится:

1) лапаротомия, удаление придатков матки на стороне поражения
2) лапаротомия, удаление пораженного яичника
3) лапароскопическое удаление образования яичника
4) лапаротомия, удаление пораженных придатков и резекция второго яичника

26. При операции по поводу параовариальной кисты производится:

1) вылущивание кисты
2) удаление придатков на стороне поражения
3) удаление яичника на стороне поражения
4) резекция яичника на стороне поражения

27. Атипическая гиперплазия эндометрия может перейти в рак:

1) в репродуктивном возрасте
2) в климактерическом возрасте
3) в любом возрасте
4) в период постменопаузы

28. Профилактика развития рака эндометрия состоит:

1) в устранении нарушений овуляции
2) в своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезни
3) в использовании оральных контрацептивов
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

29. Отличительной чертой внутриэпителиального рака шейки матки не является:

1) отсутствие инвазии в подлежащую строму
2) сохранение базальной мембраны
3) клеточный атипизм во всем пласте эпителия
4) очаговое проникновение группы клеток в строму

30. При внутриэпителиальном раке шейки матки после 50 лет выполняется:

1) экстирпация матки с придатками
2) экстирпация матки без придатков
3) криодеструкция
4) электроконизация

31. Наиболее часто хориокарцинома возникает после:

1) абортов
2) пузырного заноса
3) нормальных родов
4) преждевременных родов

32. При прогрессирующей трубной беременности:

1) показана немедленная операция
2) операцию можно провести в плановом порядке
3) возможно консервативное лечение больной
4) все перечисленное верно
5) все перечисленное неверно

33. Клинические признаки перитонита:

1) вздутие живота
2) парез кишечника
3) прогрессирующая тахикардия
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

34. Источником кровотечения из яичника может быть:

1) желтое тело
2) фолликулярная киста яичника
3) киста желтого тела
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

35. Апоплексия яичника это:

1) остро возникшее кровотечение из яичника
2) разрыв яичника
3) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

36. При влагалищном исследовании у больной выявлены следующие признаки. Наружный зев закрыт, матка слегка увеличена, размягчена. Справа в области придатков определяется мягковатое, болезненное образование, отмечается болезненность при движении за шейку матки. Возможный диагноз:

1) прогрессирующая трубная беременность
2) апоплексия правого яичника
3) обострение хронического воспалительного процесса правых придатков матки
4) правильные ответы «1» и «3»
5) все ответы правильные

37. Для апоплексии яичника характерно все, кроме:

1) болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия
2) наружного кровотечения
3) отрицательных биологических реакций на беременность
4) резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
5) нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины

38. Эндометриоз шейки матки встречается после:

1) абортов
2) диатермокоагуляции шейки матки
3) гистеросальпингографии
4) правильные ответы «1» и «3»
5) все ответы правильные

39. Термин «аденомиоз» применяется:

1) во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации
2) только при разрастаниях эндометриоидной ткани в стенке матки
3) при эндометриозе, который сопровождается образованием кист
4) только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается наличием миоматозных узлов
5) только при ретроцервикальном эндометриозе

40. Гистеросальпингография в диагностике внутреннего эндометриоза матки наиболее информативна:

1) за 1–2 дня до начала менструации
2) сразу после менструации
3) на 12–14-й день
4) на 16–18-й день
5) на 20–22-й день

41. Выраженность альгоменореи при внутреннем эндометриозе матки зависит:

1) от распространения эндометриоза
2) от возраста женщины
3) от наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии
4) от всего перечисленного
5) ни от чего из перечисленного

42. У больных с эндометриоидными кистами яичников целесообразно проведение:

1) экскреторной урографии
2) ирригоскопии
3) ректороманоскопии
4) всего перечисленного
5) ничего из перечисленного

43. Сперматозоиды после проникновения в матку и маточные трубы сохраняют способность к оплодотворению в течение:

1) 6–12 часов
2) 24–48 часов
3) 3–5 суток
4) 10 суток

44. При выявлении адрено-генитального синдрома (АГС) лечение необходимо начинать:

1) с момента установления диагноза
2) после установления менструальной функции
3) после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)
4) только после родов

45. Причинами бесплодия женщины в браке являются:

1) воспалительные заболевания половых органов
2) инфантилизм и гипоплазия половых органов
3) общие истощающие заболевания и интоксикации
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

46. Осложнением, чаще всего возникающим при введении ВМС, является:

1) истмико-цервикальная недостаточность
2) внематочная беременность
3) привычный выкидыш
4) острая инфекция
5) тромбоз вен таза

47. В дифференциальной диагностике между миомой матки и опухолью яичника наиболее информативно:

1) двуручное влагалищное исследование
2) УЗИ
3) проба с пулевыми щипцами
4) лапароскопия
5) зондирование полости матки

48. Больная 49 лет, у которой было 3 нормальных родов и 2 искусственных аборта без осложнений в анамнезе, в течение последнего года отмечает нерегулярные менструации с задержкой до 2–3 месяцев. Около 3 недель назад появились кровянистые выделения в умеренном количестве, продолжающиеся до настоящего времени. При гинекологическом осмотре патологии не выявлено. Вероятный диагноз:

1) аденомиоз
2) дисфункциональное кровотечение
3) рак эндометрия
4) субмукозная миома матки
5) рак шейки матки

49. Женщина 38 лет обратилась с жалобами на очень болезненные менструации в течение последних шести месяцев, особенно в первые 2 дня. В анамнезе 2 родов и 2 медицинских аборта без осложнений, последний – год назад. Менструальный цикл не нарушен. Последняя менструация закончилась 5 дней назад. Предохранялась от беременности прерванным половым сношением. При осмотре: живот безболезненный, шейка матки и влагалище без патологии, тело матки несколько больше нормы, плотное, придатки не пальпируются. Вероятный диагноз:

1) миома матки
2) маточная беременность
3) полипоз эндометрия
4) аденомиоз
5) плацентарный полип

50. Женщине, состоящей на активном учете в психоневрологическом диспансере, показана:

1) хирургическая стерилизация
2) гормональная контрацепция
3) внутриматочная контрацепция
4) постинор
5) использование презерватива

51. Особенностями нормального менструального цикла являются:

1) овуляция
2) образование желтого тела в яичнике
3) преобладание гестагенов во второй фазе цикла
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

52. Эстрогены секретируются:

1) клетками внутренней оболочки фолликула
2) желтым телом
3) корковым веществом надпочечника
4) все ответы правильные
5) все ответы неправильные

53. Эстрогены:

1) способствуют перистальтике матки и труб
2) усиливают процессы окостенения
3) стимулируют активность клеточного иммунитета
4) все ответы верные
5) все ответы неверные

54. Андрогены образуются:

1) в яичнике (в интерстициальных клетках, строме, внутренней теке)
2) в сетчатой зоне коры надпочечников
3) все ответы верные
4) все ответы неверные

55. Для ановуляторного менструального цикла с кратковременной персистенцией зрелого фолликула характерно:

1) симптом «зрачка» (+++)
2) однофазная базальная температура
3) в соскобе эндометрия во вторую фазу цикла поздняя фаза пролиферации
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

56. При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе наблюдаются симптомы:

1) вегетососудистые
2) обменно-эндокринные
3) нервно-психические
4) все перечисленные
5) все ответы неверные

57. Главным эстрогенным гормоном женщины в период постменопаузы является:

1) эстрадиол
2) эстрон
3) эстриол
4) эстрадиол-дипропионат

58. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена:

1) золотистым стафилококком
2) грамотрицательной флорой
3) анаэробами
4) ассоциацией микроорганизмов
5) ничем из перечисленного

59. Для химической провокации у больных с хроническим сальпингоофоритом применяют:

1) раствор азотнокислого серебра (0,5% и 2–3%)
2) раствор Люголя, разведенный дистиллированной водой
3) 10% раствор хлористого натрия
4) правильные ответы «1» и «3»
5) все ответы правильные

60. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит:

1) от степени микробной обсемененности матки
2) от реактивности организма
3) от вирулентности бактериальной флоры
4) от особенностей течения родов
5) все ответы правильные

61. Преимущественно половой путь передачи инфекции характерен:

1) для хламидий
2) для вируса простого герпеса
3) для трихомонады
4) правильные ответы «1» и «3»
5) правильные ответы «2» и «3»

62. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является:

1) флегмонозный
2) гангренозный
3) абсцедирующий
4) инфильтративно-гнойный
5) инфильтративный

63. Лечение больных с хронической гонореей не включает:

1) терапию гоновакциной
2) пирогенал
3) санаторно-курортное лечение
4) влагалищные ванночки с 3–5% раствором протаргола
5) инстилляции в уретру 0,5–1% раствора азотнокислого серебра

64. При сформировавшемся гнойном воспалительном образовании придатков матки показано:

1) пункция образования через задний влагалищный свод, опорожнение гнойной полости и введение в нее антибиотиков
2) хирургическое лечение
3) терапия пирогеналом
4) терапия гоновакциной
5) электрофорез цинка по брюшно-крестцовой методике

65. Возникновению послеоперационного перитонита способствует все перечисленное, кроме:

1) недостаточности швов
2) инфицирования брюшной полости во время операции
3) некроза ткани культи дистальнее лигатуры (при больших культях)
4) недостаточно тщательного гемостаза
5) продолжительности операции до 2,5–3 часов

66. Для перитонита после кесарева сечения на фоне хорионамнионита характерно:

1) выраженная интоксикация
2) рецидивирующий парез кишечника
3) появление симптоматики на 6–8-е сутки после операции
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

67. У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) наименее эффективен:

1) доксициклин
2) эритромицин
3) морфоциклин
4) ампициллин
5) тетрациклин

68. Плановая гинекологическая операция должна проводиться:

1) в дни менструации
2) в первую неделю после прекращения менструации
3) в дни ожидаемой менструации
4) накануне менструации
5) не имеет значения

69. Радикальным оперативным вмешательством в гинекологии является:

1) надвлагалищная ампутация матки
2) экстирпация матки
3) удаление больших (более 10 см) подбрюшинных узлов миомы матки
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

70. В состав хирургической ножки яичника не входит:

1) воронко-тазовая связка
2) собственная связка яичника
3) мезовариум
4) труба
5) круглая связка

71. Больной 30 лет при операции по поводу двустороннего пиосальпингса показано:

1) надвлагалищная ампутация матки с придатками
2) экстирпация матки с придатками
3) надвлагалищная ампутация матки с трубами
4) удаление обеих маточных труб
5) удаление обоих придатков

72. Рост частоты встречаемости гиперпластических процессов и рака эндометрия связан:

1) с нарушением жирового обмена
2) с гипертензией
3) с нарушением толерантности к глюкозе
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

73. Дифференциальную диагностику гиперпластических процессов и рака эндометрия проводят:

1) с субмукозным узлом миомы
2) с железисто-фиброзным полипом эндометрия
3) с гормональноактивной опухолью яичника
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

74. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки это:

1) предрак
2) начальная форма рака
3) фоновый процесс
4) дисгормональная гиперплазия

75. При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых больных показана:

1) экстирпация матки с придатками
2) экстирпация матки без придатков
3) криодеструкция
4) электроконизация

76. Для диагностики трофобластической болезни наиболее эффективно определение:

1) хорионического гонадотропина
2) трофобластического глобулина
3) хорионического соматотропина
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

77. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает:

1) электрофорез лекарственных средств
2) ультразвуковую терапию
3) гормональную терапию
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

78. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы сопровождает:

1) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
2) иррадиация боли в плечо
3) тошнота (или рвота)
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

79. Трубный аборт (без значительного внутрибрюшного кровотечения) надо дифференцировать:

1) с самопроизвольным выкидышем малого срока
2) с обострением хронического сальпингоофорита
3) с дисфункциональным маточным кровотечением
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

80. При влагалищном исследовании у больной с подозрением на внематочную беременность выявлено: наружный зев приоткрыт, алые кровянистые выделения из цервикального канала, матка увеличена до 8 недель беременности, придатки не определяются, своды влагалища свободны. Диагноз:

1) трубный аборт
2) нарушенная маточная беременность
3) апоплексия яичника
4) обострение воспалительного процесса придатков матки
5) все неверно

81. При перекруте ножки опухоли яичника наблюдаются:

1) сильные боли внизу живота, возникающие после физического напряжения
2) резко болезненная опухоль в малом тазу при бимануальном исследовании
3) симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

82. Информативность метросальпингографии в диагностике внутреннего эндометриоза матки обеспечивается:

1) применением только водного контрастного раствора
2) «тугим» заполнением полости матки контрастным раствором
3) проведением исследования во 2-ю фазу менструального цикла
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

83. Для внутреннего эндометриоза тела матки 3-й стадии накануне менструации не характерно:

1) уплотнение матки при бимануальном исследовании
2) увеличение матки
3) размягчение матки
4) резкая болезненность

84. Эндометриоз это:

1) дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия
2) опухолевидный процесс
3) доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию
4) правильные ответы «1» и «3»
5) все ответы правильные

85. Для «малых» форм эндометриоза яичников характерно наличие:

1) сохраненного двухфазного менструального цикла
2) болей внизу живота накануне менструации
3) бесплодия
4) правильные ответы «2» и «3»
5) все ответы правильные

86. В раннем послеоперационном периоде реабилитация больных с эндометриозом направлена:

1) на уменьшение структурных изменений в малом тазу
2) на уменьшение сопутствующих эндокринных изменений
3) на уменьшение болевых ощущений
4) все верно
5) все неверно

87. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты применяются у больных:

1) со склерокистозом яичников
2) с адренобластомой яичника
3) с адрено-генитальным синдромом
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

88. Болезненная язвочка на малой половой губе позволяет заподозрить:

1) генитальный герпес
2) карбункул
3) первичный сифилис
4) псориаз
5) крауроз

89. При обследовании бесплодной пары в первую очередь показана:

1) гистеросальпингография
2) цитология влагалищного мазка
3) определение базальной температуры
4) биопсия эндометрия
5) исследование спермы

90. У девушки 16 лет появились кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 8 дней после 2-месячной задержки. Первые менструации появились 4 месяца назад по 2 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. Развитие правильное, хорошо физически сложена. При ректоабдоминальном исследовании патологии не выявлено. Hb – 80 г/л. Вероятный диагноз:

1) гормонопродуцирующая опухоль яичника
2) рак шейки матки
3) полип шейки матки
4) ювенильное маточное кровотечение
5) полипоз эндометрия

91. Больная 38 лет обратилась с жалобами на боли в животе. Боли появились 3 часа назад. Менструальный цикл не нарушен. При пальпации: живот болезненный в нижних отделах, слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 38,2°С, лейкоцитоз – 12×10^9/л. При гинекологическом осмотре: матка без особенностей, величина соответственно 8 неделям беременности, узловатая, болезненная при пальпации, придатки не пальпируются, выделения слизистые. Вероятный диагноз:

1) воспаление придатков
2) хорионамнионит
3) эндометрит
4) некроз одного из узлов миомы
5) аденомиоз

92. Замужней женщине 28 лет, имеющей одного полового партнера, страдающей хроническим тромбофлебитом вен нижних конечностей, матери одного ребенка, необходимо рекомендовать:

1) оральные контрацептивы
2) хирургическую стерилизацию
3) внутриматочную контрацепцию
4) механическую контрацепцию

93. Замужней женщине, страдающей сахарным диабетом, желчнокаменной болезнью, тромбофлебитом, имеющей одного ребенка, следует рекомендовать:

1) оральные контрацептивы
2) хирургическую стерилизацию
3) внутриматочную контрацепцию
4) хирургическую стерилизацию мужа

94. Эстрогены:

1) блокируют рецепторы к окситоцину
2) прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии
3) вызывают секреторные изменения в эндометрии
4) все верно
5) все неверно

95. Гестагены:

1) обладают гипертермическим действием на организм
2) тормозят отделение мочи
3) усиливают отделение желудочного сока
4) все верно
5) все неверно

96. Повышение ректальной температуры во вторую фазу овуляторного менструального цикла обусловлено:

1) действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе
2) действием прогестерона, который снижает теплоотдачу
3) интенсификацией биохимических процессов в матке
4) все верно
5) все неверно

97. О полноценности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствует:

1) повышение базальной температуры в первую фазу цикла
2) пролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла
3) и то, и другое
4) ни то, ни другое

98. Аменорея – это отсутствие менструации в течение:

1) 4 месяцев
2) 5 месяцев
3) 6 месяцев
4) все верно
5) все неверно

99. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются:

1) в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания
2) в локальном воздействии на очаг инфекции
3) в повышении неспецифической активности организма
4) во всем перечисленном
5) ни в чем из перечисленного

100. Развитию лактационного мастита способствуют:

1) лактостаз
2) трещины сосков
3) снижение иммунологической защиты организма
4) все перечисленное
5) ничто из перечисленного

101. При туберкулезе тела матки:

1) как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков
2) тело матки, как правило, увеличено
3) имеется нарушение менструальной функции
4) правильные ответы «1» и «3»
5) все ответы правильные

102. Риск развития послеродовой септической инфекции определяется наличием у родильницы:

1) урогенитальной инфекции
2) экстрагенитальной патологии
3) невосполненной кровопотери
4) продолжительности безводного промежутка
5) все ответы правильные

103. Источником инфекции при послеродовом мастите является:

1) микробная флора зева и носа новорожденного
2) очаг инфекции в организме родильницы
3) нарушение санитарно-эпидемиологического режима
4) правильные ответы «2» и «3»
5) все ответы правильные

104. Для пельвиоперитонита гонорейной этиологии характерны:

1) склонность к образованию спаек и сращений
2) частое ограничение процесса
3) наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

105. Основным требованиям удовлетворяют контрацептивы:

1) оральные
2) ВМС
3) механические
4) химические
5) правильные ответы «1» и «2»

106. У больных с хроническим сальпингоофоритом и абсолютной гипер-эстрогенией противопоказано применение:

1) фонофореза с нафталаном
2) электрофореза йодистого калия
3) радоновых и йодобромных ванн
4) переменного магнитного поля низкой частоты
5) ультразвука в импульсном режиме

107. Для перитонита после кесарева сечения на фоне хорионамнионита характерно:

1) выраженная интоксикация
2) рецидивирующий парез кишечника
3) появление симптоматики на 6–8-е сутки после операции
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

108. Для лечения неспецифического кольпита у беременных в 3-м триместре показан:

1) полижинакс
2) клион-Д
3) пимафуцин
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

109. Типичным осложнением поперечного надлобкового доступа является ранение:

1) кишечника
2) мочевого пузыря
3) мочеточника
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

110. Диагностическое выскабливание при дисфункциональном маточном кровотечении проводится раздельно (цервикальный канал и матка):

1) в ювенильном возрасте
2) в репродуктивном возрасте
3) в климактерическом возрасте
4) правильные ответы «2» и «3»
5) все ответы правильные

111. При сочетании миомы матки и внутреннего эндометриоза тела матки у больной репродуктивного возраста с гиперполименореей и вторичной анемией показана:

1) экстирпация матки без придатков
2) экстирпация матки с придатками
3) надвлагалищная ампутация матки без придатков
4) надвлагалищная ампутация матки с трубами

112. При подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 55 лет показано:

1) удаление придатков матки на стороне поражения
2) надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекцией большого сальника
3) экстирпация матки с придатками
4) удаление матки с придатками с обеих сторон
5) надвлагалищная ампутация матки с придатками

113. При небольшом кровотечении из яичника, обнаруженном лапароскопически, производится:

1) лапаротомия и ушивание яичника
2) диатермокоагуляция яичника под контролем лапароскопии
3) лапаротомия и резекция яичника
4) лапаротомия и удаление придатков матки на стороне поражения

114. Пластические операции на шейке матки противопоказаны:

1) при беременности
2) при подозрении на злокачественный процесс в области шейки матки
3) при остром воспалительном процессе гениталий
4) при всем перечисленном
5) ни в одном из перечисленных случаев

115. Клиническими проявлениями гиперпластических процессов в репродуктивном периоде являются:

1) ациклические кровотечения
2) наличие предменструальной «мазни»
3) меноррагии
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

116. Профилактика развития рака эндометрия состоит:

1) в устранении нарушений овуляции
2) в своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезни
3) в использовании оральных контрацептивов
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

117. Отличительной чертой внутриэпителиального рака шейки матки не является:

1) отсутствие инвазии в подлежащую строму
2) сохранение базальной мембраны
3) клеточный атипизм во всем пласте эпителия
4) очаговое проникновение группы клеток в строму

118. Операция экстирпации матки отличается от надвлагалищной ампутации:

1) удалением шейки матки
2) удалением параметральной клетчатки
3) удалением подвздошных лимфатических узлов
4) удалением верхней трети влагалища и всего лимфатического коллектора, окружающего матку

119. Патогенетическими вариантами хориокарциномы являются:

1) хориокарцинома после нормальной беременности
2) хориокарцинома после патологической беременности
3) хориокарцинома в постменопаузе
4) правильные ответы «1» и «2»
5) все ответы правильные

120. После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение:

1) 6 часов
2) 12–24 часов
3) 3–5 суток
4) 10 суток

121. При дисгинезии гонад восстановление регенеративной функции:

1) возможно путем длительной циклической терапии половыми гормонами
2) достигается стимуляцией овуляции
3) обеспечивается клиновидной резекцией яичников
4) как правило, бесперспективно

122. У девочек в раннем возрасте (от 2 до 8 лет) встречаются чаще:

1) опухоли яичников
2) дисфункциональные кровотечения
3) врожденные аномалии
4) вульвовагинит
5) сальпингоофорит

123. При появлении ациклических кровяных выделений проводится:

1) гистеросальпингография
2) определение ЛГ
3) ультразвуковое исследование
4) определение ХГ
5) диагностическое выскабливание

124. У больной 67 лет на фоне 15-летнего постменопаузального периода появились мажущие кровяные выделения из половых путей. Больная лечится у терапевта по поводу гипертонической болезни. АД повышается до 200/100 мм рт. ст. В момент осмотра – 160/90 мм рт. ст. Рост 162 см, вес 96 кг. При гинекологическом осмотре: шейка матки не изменена, мажущие кровяные выделения, инфильтратов в малом тазу нет. Вероятный диагноз:

1) аденомиоз
2) дисфункциональное маточное кровотечение
3) рак шейки матки
4) рак эндометрия
5) миома матки

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

ХИРУРГИЧЕСКИЙ БЛОК

Общая хирургия

001 – 2	021 – 4	041 – 5	061 – 5	081 – 2
002 – 4	022 – 2	042 – 1	062 – 3	082 – 3
003 – 5	023 – 1	043 – 2	063 – 2	083 – 4
004 – 4	024 – 3	044 – 3	064 – 5	084 – 2
005 – 5	025 – 2	045 – 1	065 – 4	085 – 3
006 – 2	026 – 3	046 – 2	066 – 3	086 – 5
007 – 4	027 – 5	047 – 4	067 – 5	087 – 5
008 – 2	028 – 4	048 – 2	068 – 1	088 – 3
009 – 5	029 – 2	049 – 3	069 – 1	089 – 4
010 – 4	030 – 4	050 – 5	070 – 5	090 – 5
011 – 1	031 – 1	051 – 5	071 – 3	091 – 5
012 – 1	032 – 5	052 – 3	072 – 3	092 – 1
013 – 3	033 – 4	053 – 5	073 – 2	093 – 2
014 – 4	034 – 1	054 – 4	074 – 2	094 – 3
015 – 1	035 – 2	055 – 3	075 – 4	095 – 1
016 – 1	036 – 3	056 – 4	076 – 4	096 – 3
017 – 4	037 – 1	057 – 3	077 – 4	097 – 4
018 – 2	038 – 4	058 – 3	078 – 3	098 – 4
019 – 3	039 – 1	059 – 4	079 – 2	099 – 4
020 – 4	040 – 2	060 – 4	080 – 3	100 – 1

Анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия

001 – 2	011 – 2	021 – 4	031 – 1	041 – 1
002 – 2	012 – 2	022 – 3	032 – 3	042 – 1
003 – 4	013 – 3	023 – 3	033 – 1	043 – 3
004 – 1	014 – 4	024 – 2	034 – 1	044 – 3
005 – 1	015 – 1	025 – 1	035 – 1	045 – 4
006 – 2	016 – 4	026 – 4	036 – 1	046 – 1
007 – 5	017 – 2	027 – 1	037 – 3	047 – 1
008 – 5	018 – 4	028 – 1	038 – 4	048 – 1
009 – 2	019 – 5	029 – 1	039 – 1	049 – 5
010 – 5	020 – 5	030 – 4	040 – 1	050 – 5

Хирургические болезни
(включая онкологию)

Заболевания щитовидной железы

001 – 3	005 – 3	009 – 2	013 – 2	017 – 4
002 – 1	006 – 1	010 – 3	014 – 1	018 – 3
003 – 3	007 – 2	011 – 4	015 – 5	019 – 1
004 – 2	008 – 5	012 – 3	016 – 5	020 – 3

Заболевания молочной железы

001 – 4	007 – 4	013 – 1	019 – 3	025 – 2
002 – 1	008 – 3	014 – 1	020 – 5	026 – 3
003 – 4	009 – 2	015 – 4	021 – 1	027 – 2
004 – 4	010 – 1	016 – 5	022 – 5	028 – 1
005 – 2	011 – 1	017 – 4	023 – 1	029 – 3
006 – 4	012 – 1	018 – 3	024 – 1	030 – 5

Заболевания сердца и сосудов

001 – 5	015 – 2	029 – 3	043 – 1	057 – 3
002 – 4	016 – 4	030 – 4	044 – 5	058 – 1
003 – 4	017 – 1	031 – 1	045 – 3	059 – 3
004 – 5	018 – 1	032 – 3	046 – 5	060 – 2
005 – 3	019 – 4	033 – 4	047 – 4	061 – 3
006 – 5	020 – 1	034 – 4	048 – 4	062 – 2
007 – 5	021 – 2	035 – 1	049 – 2	063 – 3
008 – 3	022 – 3	036 – 2	050 – 4	064 – 4
009 – 1	023 – 4	037 – 4	051 – 3	065 – 4
010 – 4	024 – 5	038 – 4	052 – 4	066 – 3
011 – 4	025 – 3	039 – 2	053 – 5	067 – 3
012 – 4	026 – 2	040 – 4	054 – 1	068 – 1
013 – 2	027 – 2	041 – 5	055 – 4	
014 – 3	028 – 3	042 – 5	056 – 2	

Заболевания легких и плевры

001 – 1	011 – 1	021 – 1	031 – 3	041 – 4
002 – 2	012 – 4	022 – 5	032 – 1	042 – 3
003 – 4	013 – 5	023 – 1	033 – 5	043 – 3
004 – 4	014 – 5	024 – 3	034 – 3	044 – 3
005 – 3	015 – 3	025 – 2	035 – 2	045 – 4
006 – 2	016 – 3	026 – 1	036 – 5	046 – 2
007 – 2	017 – 3	027 – 4	037 – 4	047 – 4
008 – 5	018 – 1	028 – 1	038 – 3	048 – 4
009 – 3	019 – 1	029 – 5	039 – 4	049 – 4
010 – 5	020 – 3	030 – 5	040 – 4	050 – 2

Грыжи диафрагмы и брюшной стенки

001 – 5	011 – 4	021 – 4	031 – 5	041 – 1
002 – 3	012 – 3	022 – 4	032 – 4	042 – 4
003 – 2	013 – 4	023 – 3	033 – 2	043 – 4
004 – 4	014 – 3	024 – 3	034 – 4	044 – 4
005 – 5	015 – 5	025 – 4	035 – 2	045 – 1
006 – 5	016 – 5	026 – 3	036 – 1	046 – 4
007 – 3	017 – 3	027 – 4	037 – 1	047 – 3
008 – 2	018 – 4	028 – 4	038 – 4	048 – 4
009 – 1	019 – 3	029 – 4	039 – 5	
010 – 3	020 – 5	030 – 2	040 – 1	

Заболевания пищевода

001 – 4	011 – 2	021 – 3	031 – 4	041 – 4
002 – 2	012 – 4	022 – 1	032 – 1	042 – 4
003 – 1	013 – 5	023 – 2	033 – 4	043 – 3
004 – 4	014 – 1	024 – 4	034 – 2	044 – 3
005 – 2	015 – 2	025 – 5	035 – 1	045 – 4
006 – 2	016 – 3	026 – 3	036 – 2	046 – 3
007 – 2	017 – 4	027 – 3	037 – 1	047 – 4
008 – 2	018 – 4	028 – 2	038 – 4	048 – 4
009 – 2	019 – 1	029 – 2	039 – 4	049 – 3
010 – 3	020 – 1	030 – 3	040 – 3	050 – 4

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки

001 – 2	010 – 5	019 – 3	028 – 5	037 – 2
002 – 4	011 – 1	020 – 3	029 – 5	038 – 1
003 – 3	012 – 3	021 – 2	030 – 5	039 – 1
004 – 3	013 – 3	022 – 4	031 – 3	040 – 5
005 – 3	014 – 4	023 – 5	032 – 4	041 – 5
006 – 2	015 – 2	024 – 5	033 – 4	042 – 1
007 – 2	016 – 3	025 – 3	034 – 1	043 – 4
008 – 4	017 – 2	026 – 4	035 – 4	044 – 3
009 – 4	018 – 1	027 – 2	036 – 1	

Заболевания кишечника

001 – 1	015 – 2	029 – 4	043 – 1	057 – 4
002 – 5	016 – 4	030 – 2	044 – 3	058 – 2
003 – 4	017 – 2	031 – 5	045 – 2	059 – 1
004 – 5	018 – 1	032 – 2	046 – 3	060 – 5
005 – 3	019 – 2	033 – 2	047 – 3	061 – 2
006 – 5	020 – 4	034 – 1	048 – 2	062 – 4
007 – 2	021 – 3	035 – 4	049 – 5	063 – 3
008 – 3	022 – 4	036 – 5	050 – 3	064 – 5
009 – 2	023 – 4	037 – 1	051 – 3	065 – 4
010 – 2	024 – 1	038 – 4	052 – 3	066 – 1
011 – 4	025 – 3	039 – 2	053 – 2	067 – 3
012 – 3	026 – 3	040 – 3	054 – 5	068 – 3
013 – 3	027 – 2	041 – 4	055 – 3	069 – 3
014 – 4	028 – 3	042 – 2	056 – 3	070 – 5

Заболевания прямой кишки

001 – 1	006 – 4	011 – 5	016 – 5	021 – 3
002 – 4	007 – 5	012 – 5	017 – 3	022 – 4
003 – 3	008 – 5	013 – 5	018 – 3	023 – 4
004 – 1	009 – 4	014 – 1	019 – 5	024 – 3
005 – 3	010 – 2	015 – 1	020 – 5	025 – 5

Заболевания желчных путей и печени

001 – 4	016 – 4	031 – 2	046 – 2	061 – 4
002 – 3	017 – 2	032 – 1	047 – 2	062 – 5
003 – 5	018 – 3	033 – 1	048 – 4	063 – 4
004 – 4	019 – 4	034 – 2	049 – 1	064 – 1
005 – 2	020 – 4	035 – 5	050 – 5	065 – 2
006 – 4	021 – 4	036 – 1	051 – 4	066 – 3
007 – 1	022 – 3	037 – 3	052 – 2	067 – 5
008 – 4	023 – 4	038 – 2	053 – 3	068 – 4
009 – 4	024 – 3	039 – 4	054 – 1	069 – 5
010 – 4	025 – 4	040 – 2	055 – 3	070 – 4
011 – 2	026 – 3	041 – 5	056 – 3	071 – 2
012 – 5	027 – 3	042 – 4	057 – 4	072 – 1
013 – 1	028 – 4	043 – 2	058 – 1	073 – 2
014 – 2	029 – 2	044 – 4	059 – 2	074 – 4
015 – 4	030 – 1	045 – 2	060 – 4	075 – 4

Заболевания поджелудочной железы

001 – 4	011 – 3	020 – 5	029 – 2	038 – 1
002 – 1	012 – 1	021 – 3	030 – 2	039 – 2
003 – 2	013 – 5	022 – 2	031 – 1	040 – 2
004 – 4	014 – 2	023 – 2	032 – 2	041 – 4
005 – 2	015 – 2	024 – 3	033 – 2	042 – 3
006 – 4	016 – 2	025 – 2	034 – 2	043 – 3
007 – 3	017 – 3	026 – 2	035 – 2	044 – 1
008 – 2	018 – 3	027 – 1	036 – 3	045 – 5
009 – 3	019 – 3	028 – 2	037 – 1	046 – 5
010 – 5				

Амбулаторная хирургия

001 – 1	035 – 2	069 – 3	103 – 2	137 – 1
002 – 4	036 – 3	070 – 4	104 – 2	138 – 4
003 – 3	037 – 2	071 – 1	105 – 3	139 – 2
004 – 1	038 – 2	072 – 4	106 – 3	140 – 1
005 – 3	039 – 3	073 – 4	107 – 3	141 – 5
006 – 5	040 – 1	074 – 4	108 – 3	142 – 2
007 – 4	041 – 3	075 – 4	109 – 2	143 – 1
008 – 5	042 – 1	076 – 2	110 – 1	144 – 1
009 – 1	043 – 2	077 – 3	111 – 1	145 – 1
010 – 1	044 – 2	078 – 1	112 – 1	146 – 4
011 – 4	045 – 2	079 – 5	113 – 3	147 – 2
012 – 1	046 – 3	080 – 1	114 – 3	148 – 3
013 – 4	047 – 2	081 – 2	115 – 3	149 – 2
014 – 1	048 – 5	082 – 1	116 – 1	150 – 2
015 – 3	049 – 4	083 – 2	117 – 1	151 – 1
016 – 2	050 – 3	084 – 3	118 – 3	152 – 3
017 – 1	051 – 1	085 – 3	119 – 4	153 – 1
018 – 3	052 – 3	086 – 3	120 – 3	154 – 2
019 – 1	053 – 2	087 – 4	121 – 1	155 – 1
020 – 1	054 – 5	088 – 3	122 – 2	156 – 1
021 – 1	055 – 1	089 – 4	123 – 3	157 – 2
022 – 1	056 – 2	090 – 1	124 – 4	158 – 4
023 – 3	057 – 5	091 – 4	125 – 3	159 – 3
024 – 1	058 – 4	092 – 1	126 – 2	160 – 1
025 – 2	059 – 4	093 – 2	127 – 2	161 – 4
026 – 1	060 – 3	094 – 3	128 – 5	162 – 3
027 – 1	061 – 3	095 – 3	129 – 4	163 – 3
028 – 1	062 – 5	096 – 1	130 – 2	164 – 1
029 – 3	063 – 4	097 – 5	131 – 4	165 – 2
030 – 1	064 – 3	098 – 1	132 – 4	166 – 1
031 – 2	065 – 4	099 – 1	133 – 1	167 – 1
032 – 3	066 – 2	100 – 1	134 – 1	168 – 2
033 – 1	067 – 2	101 – 4	135 – 1	169 – 1
034 – 1	068 – 1	102 – 3	136 – 1	170 – 1

171 – 4	206 – 3	241 – 2	276 – 3	311 – 1
172 – 2	207 – 5	242 – 3	277 – 3	312 – 4
173 – 5	208 – 3	243 – 3	278 – 2	313 – 1
174 – 2	209 – 4	244 – 1	279 – 5	314 – 3
175 – 1	210 – 4	245 – 3	280 – 2	315 – 4
176 – 1	211 – 2	246 – 2	281 – 3	316 – 4
177 – 1	212 – 2	247 – 4	282 – 4	317 – 2
178 – 5	213 – 3	248 – 2	283 – 4	318 – 4
179 – 1	214 – 3	249 – 2	284 – 2	319 – 3
180 – 2	215 – 3	250 – 2	285 – 5	320 – 3
181 – 2	216 – 2	251 – 2	286 – 5	321 – 1
182 – 3	217 – 1	252 – 1	287 – 3	322 – 3
183 – 1	218 – 4	253 – 2	288 – 2	323 – 3
184 – 1	219 – 3	254 – 5	289 – 2	324 – 2
185 – 2	220 – 2	255 – 1	290 – 3	325 – 3
186 – 4	221 – 1	256 – 2	291 – 3	326 – 3
187 – 1	222 – 4	257 – 3	292 – 5	327 – 3
188 – 3	223 – 2	258 – 4	293 – 3	328 – 1
189 – 1	224 – 3	259 – 2	294 – 3	329 – 2
190 – 1	225 – 2	260 – 1	295 – 3	330 – 1
191 – 4	226 – 2	261 – 4	296 – 1	331 – 4
192 – 2	227 – 4	262 – 3	297 – 2	332 – 2
193 – 2	228 – 2	263 – 2	298 – 5	333 – 2
194 – 4	229 – 1	264 – 2	299 – 2	334 – 4
195 – 2	230 – 3	265 – 3	300 – 5	335 – 5
196 – 2	231 – 2	266 – 3	301 – 2	336 – 5
197 – 2	232 – 1	267 – 2	302 – 2	337 – 2
198 – 4	233 – 2	268 – 1	303 – 4	338 – 2
199 – 3	234 – 3	269 – 4	304 – 4	339 – 1
200 – 3	235 – 3	270 – 3	305 – 2	340 – 1
201 – 3	236 – 3	271 – 3	306 – 5	341 – 4
202 – 3	237 – 2	272 – 4	307 – 5	342 – 2
203 – 3	238 – 3	273 – 2	308 – 1	343 – 3
204 – 2	239 – 3	274 – 5	309 – 3	344 – 3
205 – 2	240 – 3	275 – 2	310 – 3	345 – 4

346 – 3	382 – 3	418 – 1	454 – 3	490 – 3
347 – 3	383 – 3	419 – 2	455 – 1	491 – 4
348 – 1	384 – 3	420 – 3	456 – 3	492 – 3
349 – 1	385 – 5	421 – 2	457 – 2	493 – 2
350 – 3	386 – 2	422 – 1	458 – 2	494 – 2
351 – 3	387 – 1	423 – 1	459 – 5	495 – 4
352 – 2	388 – 3	424 – 2	460 – 5	496 – 4
353 – 4	389 – 4	425 – 5	461 – 1	497 – 3
354 – 1	390 – 3	426 – 3	462 – 2	498 – 2
355 – 2	391 – 1	427 – 4	463 – 2	499 – 1
356 – 3	392 – 2	428 – 2	464 – 3	500 – 2
357 – 3	393 – 5	429 – 2	465 – 1	501 – 4
358 – 3	394 – 5	430 – 4	466 – 2	502 – 1
359 – 3	395 – 3	431 – 4	467 – 2	503 – 1
360 – 3	396 – 1	432 – 2	468 – 1	504 – 2
361 – 3	397 – 1	433 – 4	469 – 2	505 – 3
362 – 5	398 – 4	434 – 3	470 – 3	506 – 3
363 – 2	399 – 5	435 – 3	471 – 1	507 – 2
364 – 3	400 – 5	436 – 4	472 – 3	508 – 4
365 – 3	401 – 5	437 – 3	473 – 2	509 – 1
366 – 4	402 – 4	438 – 2	474 – 4	510 – 2
367 – 2	403 – 3	439 – 4	475 – 2	511 – 2
368 – 5	404 – 3	440 – 2	476 – 4	512 – 3
369 – 3	405 – 4	441 – 2	477 – 3	513 – 4
370 – 2	406 – 3	442 – 3	478 – 3	514 – 4
371 – 4	407 – 2	443 – 4	479 – 3	515 – 3
372 – 3	408 – 5	444 – 3	480 – 4	516 – 3
373 – 1	409 – 3	445 – 3	481 – 2	517 – 2
374 – 1	410 – 1	446 – 4	482 – 3	518 – 4
375 – 2	411 – 1	447 – 2	483 – 3	519 – 4
376 – 2	412 – 5	448 – 2	484 – 2	520 – 4
377 – 1	413 – 1	449 – 5	485 – 3	521 – 3
378 – 2	414 – 5	450 – 4	486 – 1	522 – 3
379 – 3	415 – 1	451 – 2	487 – 2	523 – 1
380 – 3	416 – 3	452 – 5	488 – 3	524 – 3
381 – 3	417 – 2	453 – 4	489 – 2	525 – 2

Стоматология
и челюстно-лицевая хирургия

001 – 1	011 – 1	021 – 2	031 – 1	041 – 2
002 – 2	012 –3	022 – 3	032 – 2	042 – 1
003 – 2	013 – 4	023 – 3	033 – 3	043 – 2
004 – 3	014 – 2	024 – 2	034 – 1	044 – 3
005 – 1	015 – 3	025 – 3	035 – 4	045 – 4
006 – 1	016 – 3	026 – 3	036 – 3	046 – 1
007 – 2	017 – 3	027 – 1	037 – 2	047 – 1
008 – 1	018 – 1	028 – 2	038 – 1	048 – 4
009 – 3	019 – 4	029 – 1	039 – 1	049 – 1
010 – 2	020 – 3	030 – 2	040 – 1	050 – 2

Урология

001 – 1	010 – 4	019 – 3	028 – 3	037 – 2
002 – 3	011 – 4	020 – 4	029 – 4	038 – 3
003 – 3	012 – 2	021 – 2	030 – 5	039 – 5
004 – 3	013 – 4	022 – 4	031 – 5	040 – 5
005 – 3	014 – 3	023 – 4	032 – 4	041 – 4
006 – 2	015 – 4	024 – 2	033 – 3	042 – 5
007 – 3	016 – 4	025 – 3	034 – 4	043 – 3
008 – 4	017 – 2	026 – 1	035 – 1	044 – 2
009 – 3	018 – 1	027 – 3	036 – 4	045 – 3

Травматология и ортопедия

001 – 3	012 – 2	023 – 2	034 – 4	045 – 6
002 – 4	013 – 1	024 – 1	035 – 2	046 – 1
003 – 1	014 – 3	025 – 3	036 – 5	047 – 4
004 – 3	015 – 3	026 – 3	037 – 3	048 – 2
005 – 4	016 – 4	027 – 3	038 – 1	049 – 4
006 – 3	017 – 5	028 – 4	039 – 3	050 – 3
007 – 4	018 – 4	029 – 4	040 – 5	051 – 4
008 – 5	019 – 5	030 – 2	041 – 3	
009 – 1	020 – 3	031 – 2	042 – 4	
010 – 4	021 – 1	032 – 1	043 – 3	
011 – 3	022 – 2	033 – 1	044 – 1	

Военно-полевая хирургия

001 – 3	010 – 1	019 – 4	028 – 4	037 – 1
002 – 4	011 – 5	020 – 1	029 – 2	038 – 2
003 – 2	012 – 1	021 – 4	030 – 2	039 – 1
004 – 4	013 – 1	022 –3	031 – 4	040 – 1
005 – 3	014 – 4	023 – 1	032 – 6	041 – 3
006 – 5	015 – 1	024 – 5	033 – 2	042 – 2
007 – 4	016 – 2	025 – 1	034 – 5	
008 – 3	017 – 4	026 – 5	035 – 1	
009 – 4	018 – 2	027 – 2	036 – 2	

Детская хирургия

001 – 4	004 – 4	007 – 3	010 – 1
002 – 1	005 – 1	008 – 4	011 – 1
003 – 5	006 – 1	009 – 5	012 – 1

Оториноларингология

01 – в	019 – б, в, г, д	37 – а	55 – а, г
02 – а, в, г	020 – в	38 – в	56 – а, б, г
003 – в, г	021 – а, б, г	39 – б	57 – а, б, в
004 – а, б, в, г	022 – а	40 – б	58 – б, в, г, д
005 – а	023 – б, в, д	41 – д	059 – б
06 – а, в	024 – в	42 – а, г	060 – а, б, в, д, е
07 – а, б, д	25 – а	43 – б, в, г	061 – б
08 – а, б, г, е	26 – а	044 – б	062 – а, г, д
09 – а, б, г, д	27 – б	45 – б, г	063 – б
10 – а, б, г, д	28 – б	46 – а	64 – а, б, в, д
11 – а, г, д	29 – а, в, г, д	47 – а, б, д	65 – а, б, в, д
012 – б, г	030 – б	048 – г, д	66 – б, д, е
13 – б	031 – а, в, г, д	49 – а, б, в, г	067 – г
14 – а, б, в, д	032 – г	50 – б, в, г, д	68 – а, б, в, г
015 – б	33 – а, в, г, д	51 – а, б, г	69 – а, б, в, д
016 – б, в, г	34 – а, б, г, д	052 – в	070 – в
017 – а, б	035 – а, д	53 – а, б, в, г	71 – а, б, в
018 – б	036 – б, в, г, д	54 – а, б, в, д	72 – а, в, д
073 – а, б, г	080 – а, б, г	087 – а	094 – а, в

74 – а	81 – б, в	088 – а, б, в	095 – а, б, г
75 – в	82 – а, б, в, г	089 – а, в	096 – в
76 – а, б, д, е	83 – а, в, д	90 – а, в	97 – а, б, в
077 – а, б	84 – а, в, г, д	91 – а	98 – а, в, г
78 – а, в	85 – а, б, в	92 – в	099 – а, в
79 – а	086 – а	93 – а, б, г	100 – а, в, г

Офтальмология

001 – 1	007 – 2	013 – 2	019 – 2	025 – 4
002 – 3	008 – 3	014 – 4	020 – 4	026 – 4
003 – 3	009 – 3	015 – 1	021 – 2	027 – 2
004 – 2	010 – 2	016 – 3	022 – 3	028 – 1
005 – 4	011 – 2	017 – 5	023 – 2	029 – 3
006 – 1	012 – 2	018 – 3	024 – 1	

Оперативная хирургия и топографическая анатомия

001 – 1	019 – 5	037 – 2	055 – 3	073 – 3
002 – 2	020 – 1	038 – 4	056 – 2	074 – 3
003 – 4	021 – 2	039 – 1	057 – 1	075 – 3
004 – 1	022 – 3	040 – 5	058 – 2	076 – 2
005 – 1	023 – 1	041 – 3	059 – 4	077 – 2
006 – 4	024 – 1	042 – 3	060 – 2	078 – 3
007 – 2	025 – 1	043 – 1	061 – 1	079 – 3
008 – 4	026 – 2	044 – 1	062 – 2	080 – 5
009 – 4	027 – 1	045 – 4	063 – 3	081 – 3
010 – 1	028 – 4	046 – 1	064 – 3	082 – 1
011 – 1	029 – 5	047 – 2	065 – 4	083 – 1
012 – 1	030 – 2	048 – 2	066 – 1	084 – 3
013 – 1	031 – 4	049 – 4	067 – 4	085 – 4
014 – 1	032 – 1	050 – 2	068 – 3	086 – 2
015 – 1	033 – 1	051 – 3	069 – 4	087 – 2
016 – 2	034 – 2	052 – 2	070 – 1	088 – 3
017 – 1	035 – 1	053 – 4	071 – 3	089 – 2
018 – 3	036 – 1	054 – 2	072 – 3	090 – 5

Акушерство

001 – 4	025 – 3	048 – 3	071 – 2	094 – 5
002 – 3	026 – 5	049 – 2	072 – 5	095 – 4
003 – 2	027 – 3	050 – 5	073 – 5	096 – 5
004 – 1	028 – 4	051 – 3	074 – 3	097 – 4
005 – 2	029 – 3	052 – 1	075 – 1	098 – 1
006 – 3	030 – 5	053 – 2	076 – 5	099 – 3
007 – 3	031 – 4	054 – 1	077 – 4	100 – 5
008 – 2	032 – 4	055 – 3	078 – 4	101 – 3
009 – 2	033 – 3	056 – 2	079 – 2	102 – 2
010 – 4	034 – 3	057 – 1	080 – 5	103 – 1
011 – 4	035 – 1	058 – 1	081 – 5	104 – 5
012 – 4	036 – 4	059 – 1	082 – 3	105 – 1
013 – 1	037 – 2	060 – 5	083 – 5	106 – 2
014 – 4	038 – 1	061 – 4	084 – 1	107 – 5
015 – 5	039 – 5	062 – 5	085 – 1	108 – 5
016 – 3	040 – 3	063 – 4	086 – 2	109 – 4
017 – 5	041 – 5	064 – 4	087 – 3	110 – 1
018 – 4	042 – 2	065 – 1	088 – 4	111 – 4
019 – 2	043 – 3	066 – 4	089 – 5	112 – 4
020 – 4	044 – 2	067 – 5	090 – 1	113 – 3
021 – 4	045 – 3	068 – 5	091 – 3	114 – 5
022 – 2	046 – 4	069 – 3	092 – 4	115 – 5
023 – 5	047 – 4	070 – 3	093 – 2	116 – 3
024 – 4				

Гинекология

001 – 1	026 – 1	051 – 4	076 – 4	101 – 4
002 – 4	027 – 3	052 – 4	077 – 5	102 – 5
003 – 1	028 – 5	053 – 4	078 – 5	103 – 4
004 – 5	029 – 4	054 – 3	079 – 5	104 – 5
005 – 5	030 – 1	055 – 4	080 – 2	105 – 5
006 – 4	031 – 2	056 – 4	081 – 5	106 – 1
007 – 5	032 – 1	057 – 3	082 – 4	107 – 4
008 – 4	033 – 4	058 – 4	083 – 1	108 – 4
009 – 4	034 – 4	059 – 1	084 – 5	109 – 2
010 – 4	035 – 4	060 – 5	085 – 5	110 – 4
011 – 3	036 – 1	061 – 4	086 – 4	111 – 3
012 – 2	037 – 4	062 – 2	087 – 1	112 – 2
013 – 3	038 – 5	063 – 3	088 – 1	113 – 2
014 – 5	039 – 2	064 – 2	089 – 5	114 – 4
015 – 4	040 – 2	065 – 5	090 – 4	115 – 5
016 – 3	041 – 1	066 – 4	091 – 4	116 – 5
017 – 3	042 – 5	067 – 4	092 – 3	117 – 4
018 – 1	043 – 2	068 – 2	093 – 3	118 – 1
019 – 3	044 – 1	069 – 4	094 – 5	119 – 4
020 – 2	045 – 5	070 – 5	095 – 4	120 – 2
021 – 3	046 – 4	071 – 4	096 – 4	121 – 4
022 – 4	047 – 4	072 – 5	097 – 4	122 – 4
023 – 5	048 – 2	073 – 5	098 – 3	123 – 5
024 – 4	049 – 4	074 – 1	099 – 4	124 – 4
025 – 3	050 – 1	075 – 4	100 – 4	

ОГЛАВЛЕНИЕ

Общая хирургия.....4

Анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия ..29

Хирургические болезни (включая онкологию) 43

- **Заболевания щитовидной железы.....43**
- **Заболевания молочной железы 49**
- **Заболевания сердца и сосудов 57**
- **Заболевания легких и плевры.....81**
- **Грыжи диафрагмы и брюшной стенки 94**
- **Заболевания пищевода.....106**
- **Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки 121**
- **Заболевания кишечника.....133**
- **Заболевания прямой кишки.....155**
- **Заболевания желчных путей и печени 161**
- **Заболевания поджелудочной железы.....182**

Амбулаторная хирургия 192

Стоматология и челюстно-лицевая хирургия 289

Урология.....299

Травматология и ортопедия 313

Военно-полевая хирургия.....325

Детская хирургия.....335

Оториноларингология 338

Офтальмология.....354

Оперативная хирургия и топографическая анатомия ..365

Акушерство 381

Гинекология 401

Эталоны ответов 423