

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 «ХИРУРГИЯ»**

1	Хирургия
1	Нормальный максимальный объем щитовидной железы у мужчин не превышает
	15 мл
	20 мл
	25 мл
	30 мл
	35 мл
2	Нормальный максимальный объем щитовидной железы у женщин не превышает
	15 мл
	18 мл
	21 мл
	24 мл
	28 мл
3	Основной сосуд, обеспечивающий кровоснабжение щитовидной железы
	Нижняя щитовидная артерия
	Верхняя щитовидная артерия
	Глубокая артерия щитовидной железы
	Собственная щитовидная артерия
4	Бифуркация общей сонной артерии по отношению к щитовидной железе локализуется
	Выше верхнего полюса щитовидной железы
	На уровне верхнего полюса щитовидной железы
	На уровне средней трети доли щитовидной железы
	На уровне нижнего полюса щитовидной железы

	На уровне ключицы
5	Основной визуализирующей методикой при исследовании щитовидной железы является
	Ультразвуковое исследование
	Сцинтиграфия
	Мультиспиральная компьютерная томография
	Магниторезонансная томография
6	Операцией выбора при одноузловом зобе является
	Энуклеация
	Операция Николаева
	Гемитиреоидэктомия
	Тиреоидэктомия
	Предельная субтотальная резекция доли щитовидной железы
7	Показанием к выполнению аспирационной тонкоигольной биопсии узла щитовидной железы является размер узла
	0,5 см
	1 см
	1,5 см
	2 см
	2,5 см
8	Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением после тиреоидэктомии является
	Поражение возвратного нерва
	Кровотечение
	Тиреотоксический криз
	Гипотиреоз
	Транзиторный гипопаратиреоз

9	Заместительную терапию после тиреоидэктомии наиболее целесообразно проводить
	Препаратами левотироксина натрия
	Препаратами трийодтиронина
	Комбинированными препаратами, содержащими тироксин и трийодтиронин
	Препаратами йода
10	Выберите все показания к операции при многоузловом коллоидном зобе
	Увеличение щитовидной железы 1 степени по классификации ВОЗ
	Компрессия органов шеи
	Опасность малигнизации при большом количестве узлов щитовидной железы
	Косметический дефект
	Узел щитовидной железы размерами более 3 см
11	Зоб, связанный с дефицитом йода, у лиц одной географической области определяется как:
	Эпидемический
	Пандемический
	Узловой
	Эндемический
	Тиреотоксический
12	Базедова болезнь характеризуется как
	Эндемический зоб
	Первичный диффузный токсический зоб
	Диффузно-узловой токсический зоб
	Многоузловой эутиреоидный зоб
13	Болезнь Грейвса характеризуется как
	Диффузно-узловой токсический зоб

	Многоузловой эутиреоидный зоб
	Эндемический зоб
	Первичный диффузный токсический зоб
14	Укажите максимальный возможный срок консервативного лечения диффузного токсического зоба
	3 месяца
	6 месяцев
	1 год
	1,5 года
	2 года
15	Лечение тиреостатиками при диффузном токсическом зобе является
	Этиотропным
	Патогенетическим
	Симптоматическим
	Влияет как на патогенез, так и на этиологию
16	Противопоказанием для проведения лечения радиоактивный йодом после тиреоидэктомии выполненной при высокодифференцированном раке щитовидной железы является
	Беременность и грудное вскармливание
	Репродуктивный возраст
	Гипопаратиреоз возникший в следствии тиреоидэктомии
	Метастатическое поражение легких
	Возраст пациента менее 15 лет
17	Что не является осложнением эндокринной офтальмопатии
	Диплопия
	Выпадения глазного яблока

	Изъязвление роговицы
	Утрата зрения
	Злокачественная глаукома
18	Йодирование соли, как метод профилактики йод-дефицитных заболеваний характеризуется как
	Массовая профилактика
	Групповая профилактика
	Индивидуальная профилактика
19	Наиболее частой причиной развития тиреотоксического криза после тиреоидэктомии при диффузном токсическом зобе является
	Полностью не удаленная во время операции тиреоидная ткань
	Операция, выполненная на фоне тиреотоксикоза
	Прием тиреостатиков до дня операции
	Значительная травма щитовидной железы во время хирургического вмешательства
20	Для какого осложнения тиреоидэктомии характерны появление симптома Хвостека и симптома Труссо
	Повреждение возвратного нерва
	Гипопаратиреоз
	Повреждение трахеи
	Тиреотоксический криз
	Кровотечение
21	Применение радиоактивного йода в РФ для лечения диффузного токсического зоба ограничено по причине
	Низкой доступности профильных отделений
	Высокой вероятностью наследственных мутаций
	Низкой эффективностью радиоактивного йода при диффузном токсическом зобе

	Большим количеством осложнений
22	Лабораторным маркером диффузного токсического зоба является
	Высокий уровень тиреоидных гормонов при сниженном уровне ТТГ
	Высокий уровень тиреоидных гормонов и ТТГ
	Высокий уровень антител к рецепторам ТТГ
	Высокий уровень антител к тиреоглобулину
	Высокий уровень антител к тироксинпиروксидазе
23	Супрессия тиреотропного гормона после хирургического лечения диффузного токсического зоба может являться следствием
	Недостаточной дозой левотироксина
	Избыточной дозой левотироксина
	Употребление в пищу большого количества продуктов богатых йодом
	Недостаточное употребление в пищу продуктов богатых йодом
24	При появлении симптомов гипопаратиреоза после тиреоидэктомии показано
	Однократная гемотрансфузия
	Оксигенотерапия
	Введение препаратов кальция внутривенно
	Введение синтетических аналогов паратгормона
	Введение препаратов кальция внутримышечно
25	Маркером медуллярного рака щитовидной железы является
	Высокий уровень кальцитонина
	Низкий уровень кальцитонина
	Высокий уровень тиреоглобулина
	Низкий уровень тиреоглобулина
	Высокий уровень антител к тиреоглобулину

26	Одновременное повышение уровня тиреотропного гормона, тироксина и трийодтиронина характерно для
	Диффузного токсического зоба
	Функциональной автономии щитовидной железы
	Аденомы гипофиза
	Хронического аутоиммунного тиреоидита
27	При аденоме гипофиза, продуцирующей ТТГ
	Уровень тироксина повышен, трийодтиронина снижен
	Уровень тироксина снижен, трийодтиронина повышен
	Снижен уровень тироксина и трийодтиронина
	Повышен уровень тироксина и трийодтиронина
28	С целью профилактики повреждения возвратного гортанного нерва при выполнении тиреоидэктомии применяют (выберите все правильные ответы)
	Визуализацию возвратного нерва
	Использование во время операции биологических красителей
	Нейромониторинг
29	Сниженный уровень тиреотропного гормона при нормальном уровне трийодтиронина и тироксина являются свидетельством
	Субклинического тиреотоксикоза
	Субклинического гипотиреоза
	Лабораторной ошибки – такое сочетание принципиально невозможно
	Многоузлового эутиреоидного зоба
30	Суточная потребность человека в йоде составляет
	150 мкг
	250 мкг

	700 мкг
	1000 мкг
31	В период беременности потребность в тиреоидных гормонах
	Увеличивается
	Не изменяется
	Уменьшается
	Увеличена в первый триместр, снижена во втором и третьем
	Снижена в первый триместр, увеличена во втором и третьем
32	При пальпации шеи в щитовидной железе определяется узловое образование, какое исследование следует выполнить пациенту в первую очередь
	Определение уровня тиреотропного гормона
	УЗИ щитовидной железы
	Пункцию узлового образования
	Компьютерную томографию шеи и средостения
	Рентгенографию шеи
33	При ультразвуковом исследовании шеи в правой доле щитовидной железы визуализировано узловое образование диаметром 3 см, какое исследование целесообразно выполнить в данной ситуации в первую очередь для определения риска злокачественности образования
	Аспирационную тонкоигольную биопсию щитовидной железы
	Выполнить рентгенографию шеи
	Определить уровень тиреоидных гормонов
	Определить уровень тиреотропного гормона
34	При длительно существующем аутоиммунном тиреоидите наиболее вероятно развитие
	Тиреотоксикоза
	Гипотиреоза

	Функциональной автономии щитовидной железы
	Частых изменений гормонально статуса периодов тиреотоксикоза, сменяющихся периодом гипотиреоза
	Является следствием внутриутробной гипоксии плода
35	Заместительная терапия после тиреоидэктомии должна проводиться
	В течении первых двух месяцев после операции
	В течении 6 месяцев после операции
	В течении 12 месяцев после операции
	Пожизненно
	Пожизненно, но с перерывом каждые 2 месяца на 1 месяц
36	Для пареза голосовой связки вызванного пересечением возвратного гортанного нерва при тиреоидэктомии не характерно
	Лающий кашель
	Осиплость голоса
	Отек шеи на стороне поражения
	Затрудненное дыхание
	Дисфагия
37	Укажите форму рака щитовидной железы с наиболее благоприятным течением
	Плоскоклеточный
	Медуллярный
	Недифференцированный
	Папиллярный
38	«Базедова триада» при диффузном токсическом зобе это
	Наличие зоба, пучеглазие, тахикардия
	Тремор конечностей, пучеглазие, резкое похудание

	Наличие зоба, паренхиматозная желтуха, эмоциональная лабильность
	Наличие зоба, повышенный аппетит, увеличение массы тела
	Тиреотоксическая энцефалопатия, миалгии, тремор конечностей
39	Кретинизм характеризуется как
	Резкое замедление умственного развития в следствии врожденного тиреотоксикоза
	Резкое замедление физического и умственного развития в следствии врожденного гипотиреоза
	Замедленное физическое и умственное развитие в следствии аденомы гипофиза продуцирующей тиреотропный гормон
	Замедленное физическое и умственно развитие в следствии врожденной функциональной автономии щитовидной железы
40	При гипертрофической форме хронического аутоиммунного тиреоидита приводящему к сдавлению органов шеи показано
	Хирургическое лечение в объеме тиреоидэктомии
	Лучевая терапия
	Иммунотерапия
	Терапия препаратами тиреоидных гормонов
	Терапия препаратами йода
41	Постоянная форма мерцательной аритмии при нормальном уровне ТТГ свидетельствует о
	Узлом эутиреоидном зобе
	Функциональной автономии щитовидной железы
	Патологии не связанной с патологией щитовидной железы
	Аутоиммунном поражении щитовидной железы
42	У большинства людей количество околощитовидных желез
	8
	6

	5
	4
	2
43	Типичная локализация нижней околощитовидной железы
	У нижнего полюса щитовидной железы
	На уровне средней трети доли щитовидной железы
	На 2 см ниже нижнего полюса щитовидной железы
	На 1 см ниже нижнего полюса щитовидной железы
44	Нормальный размер околощитовидной железы
	2,5-3 см
	2-2,5 см
	1,5-2 см
	1,0-1,5 см
	< 1 см
45	Клиническими проявлениями гиперпаратиреоза является
	Боли в костях и суставах
	Повышение массы тела
	Бледность кожных покровов, частые носовые кровотечения
46	Диагноз гиперпаратиреоза ставиться на основании
	Повышенного уровня паратгормона крови
	Повышенного уровня паратгормона и Са крови
	Повышенного уровня паратгормона и Са крови, визуализированной увеличенной околощитовидной железе
	Повышенного уровня паратгормона и Са крови, визуализированной увеличенной околощитовидной железе, наличии хотя бы одного патологического перелома

47	Для первичного гиперпаратиреоза характерно
	Повышение уровня паратгормона, кальция крови, фосфора крови. Увеличение экскреции кальция с мочой.
	Повышения уровня паратгормона, кальция крови, снижение фосфора крови. Увеличение экскреции кальция с мочой.
	Повышения паратгормона, снижение уровня кальция крови, повышение уровня фосфора крови. Увеличение экскреции кальция с мочой.
	Повышения уровня паратгормона, кальция крови, снижение фосфора крови. Не измененная экскреции кальция с мочой.
48	У пациента с установленным первичным гиперпаратиреозом при обследовании не удалось визуализировать изменённую околощитовидную железу, что следует предпринять
	Отложить хирургическое вмешательство на 3-6 месяцев и предпринять повторное обследование с целью визуализации околощитовидной железы
	В любом случае оперировать пациента и «искать» измененную околощитовидную железу во время операции, ревизуя все возможные типичные места локализации околощитовидных желез
	Как первый этап хирургического лечения удалить нижнюю левую околощитовидную железу, как наиболее часто подверженную опухолевидному перерождению
	Невозможность визуализировать хотя бы одну околощитовидную железу свидетельствует об отсутствии патологии околощитовидных желез и причина гиперпаратиреоза связана с другим заболеванием
49	При вторичном гиперпаратиреозе на фоне хронической болезни почек оптимальный объем хирургического вмешательства
	Удаление 3-х наиболее измененных околощитовидных желез
	Тотальная паратиреоидэктомия
	Тотальная паратиреоидэктомия с аутотрансплантацией (имплантацией) паратиреоидной ткани в мышцы предплечья
	Удаление одной, наиболее измененной околощитовидной железы
50	При гиперпаратиреозе, развившемся на фоне дефицита витамина Д
	При отсутствии гиперкальциемии возможно проведение консервативного лечения направленного на устранение дефицита витамина Д
	При отсутствии гиперкальциемии диагноз гиперпаратиреоза не может быть поставлен,

	несмотря на повышенный уровень паратгормона
	Не имеет смысла откладывать хирургическое вмешательство
	Хирургическое вмешательство возможно только при визуализированной околощитовидной железе
51	При гиперпаратиреозе к визуализирующим исследованиям первой линии относят
	УЗИ и МСКТ
	МСКТ и ПЭТКТ/КТ
	Сцинтиграфия с технитрилом и УЗИ
	УЗИ и пункционная тонкоигольная биопсия
	МРТ и МСКТ
52	Гормонально неактивная опухоль надпочечника диаметром 1 см, выявленная «случайно» при МСКТ забрюшинного пространства трактуется как
	Феохромоцитома
	Ганглиома
	Альдостерома
	Инцендентолома
53	Для феохромоцитомы характерно
	Склонность к гипотонии
	Повышение уровня Хромогранина А
	Понижение уровня метанефринов суточной мочи
54	Синдром Иценко-Кушинга характеризуется как
	Опухоль гипофиза, продуцирующая АКТГ, приводящая к развитию гиперфункции коры надпочечников
	Опухоль надпочечника, продуцирующая глюкокортикоиды
	Двусторонние гормонально неактивные опухоли надпочечников
	Опухоль надпочечника, продуцирующая норадреналин

55	Для альдостеромы характерно
	Приводит к повышению уровня артериального давления
	Приводит к понижению уровня артериального давления
	Активность ренина плазмы крови повышена
56	У 6 месячного мальчика, обнаружена левосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Назовите главную причину ее возникновения
	Расширение внешнего кольца пахового канала
	Расширение внутреннего кольца пахового канала
	Повышение внутрибрюшного давления
	Незаращение пахового отростка брюшины
	Недоразвитие пахового отростка брюшины
57	При проведении дифференциальной диагностики тазовых грыж с патологией опорно-двигательного аппарата и диагностики спаечного процесса в брюшной полости наиболее информативным методом будет
	РКТ
	УЗИ
	МРТ с использованием приема Вальсальва
	Герниография
	Физикальное исследование
58	При лапароскопической преперитонеальной аллопластике пахового промежутка (TAPP) доступ к месту установки протеза осуществляется
	Внебрюшинно
	Чрезбрюшинно
	Субапоневротически
	Антеградно
	Ретроградно

59	К причинам рецидивов после герниопластики местными тканями относят
	Сшиванием между собой разнородных тканей
	Наличием дефектов, вызванных синдромом дисплазии соединительной ткани
	Сшиванием между собой однородных тканей
	Плохой репарацией в области наложенных швов
60	В скользящую грыжу чаще оказываются вовлечены
	Поперечная ободочная кишки
	Большой сальник
	Червеобразный отросток
	Слепая кишка
61	Аллотрансплантат по отношению к апоневрозу может быть фиксирован следующим образом
	inlay
	outlay
	sublay
	crosslay
	onlay
62	Наличие яичка в составе грыжевого мешка характерно для грыжи
	Скользкой
	Бедренной
	Ущемленной
	Прямой паховой
	Врожденной
63	При бедренной грыже грыжевыми воротами являются
	Треугольник Богдалека

	Медиальная паховая ямка
	Внутреннее бедренное кольцо в сосудистой лакуне
	Влагалищный отросток яичка
64	Выберите способы натяжной пластики при пупочной грыже
	По Грекову
	По Сапежко
	По Шолдайсу
	По Мейо
	По Финнею
65	Больные с ущемленной грыжей предъявляют жалобы на
	Слабость и головокружение
	Затруднение дыхания
	Примесь алой крови в кале
	Чередование поносов и запоров
	Боли в области грыжевого выпячивания
66	Рихтеровское ущемление грыжи это
	Ущемление червеобразного отростка
	Ущемление Меккелева дивертикула
	Внутреннее ущемление кишки
	Пристеночное ущемление кишки
	Ущемление миоматозного узла
67	Ненатяжным методом герниопластики является
	Метод Бассини-Постемпского
	Метод Бассини

	Метод Руджи-Парпавеччио
	Метод Лихтенштейна
	Желудочно-кишечные кровотечения
68	Маршрутизация пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в стационаре основывается на
	Указанием на терапию блокаторами протонной помпы в анамнезе
	Результатах пульсоксиметрии
	Длительности язвенного анамнеза
	Тяжести кровопотери
	Наличии сопутствующей кардиальной патологии
69	ЭГДС пациентам с язвенными гастродуоденальными кровотечениями от момента госпитализации должна быть выполнена в течение
	Первых 30 минут
	Первого часа
	Первых двух часов
	Первых 6 часов
	Первых суток
70	Какая классификация используется для эндоскопической стратификации язвенных гастродуоденальных кровотечений?
	Forrest
	Johnson
	Glasgow—Blatchford
	Rockall
	ASA
71	При какой эндоскопической картине язвенного кровотечения эндоскопический гемостаз не проводится?

	FI-A
	FI-B
	FI-A
	FI-B
	FI-C
72	Что необходимо сделать при наличии сгустка в дне язвы при выполнении ЭГДС?
	Не удалять сгусток
	Выполнить инъекционный гемостаз
	Попытаться выполнить гемостаз не удаляя сгусток
	Полностью удалить сгусток с помощью орошения либо петлей
	Выполнить клеевую аппликацию поверх сгустка
73	Метод при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода в качестве метода эндоскопического гемостаза используется
	Аргоноплазменная коагуляция
	Клипирование
	Интравазальное склерозирование
	Клеевая аппликация
	Лигирование
74	При язвенном гастродуоденальном кровотечении в качестве метода эндоскопического гемостаза наиболее целесообразно использовать
	Гемоспрей
	Биполярную коагуляцию
	Комбинированный эндогемостаз
	Аргоноплазменную коагуляцию
	Клипирование
75	В каком случае при язвенном гастродуоденальном кровотечении показано проведение

	повторной ЭГДС
	Рецидив кровотечения
	Кровопотеря тяжелой степени
	Миграция назогастрального зонда
	Неполный первичный осмотр
	Высокий риск рецидива кровотечения
76	Какой объем жидкости необходимо ввести в желудочную манжету зонда Блэкмора у пациента с весом 80 кг?
	5 мл
	20 мл
	140 мл
	50 мл
	300 мл
77	Зонд Блэкмора перед установкой необходимо
	Смазать вазелиновым маслом
	Смазать касторовым маслом
	Смочить физиологическим раствором
	Смочить спиртом
	Смазать мазью Левомеколь
78	Проведение трансфузии эритроцитарной массы у пациентов с язвенными гастроуденальными кровотечениями показано при уровне гемоглобина
	Менее 60 г/л
	Менее 70 г/л
	Менее 80 г/л
	Менее 90 г/л
	Менее 100 г/л

79	К экстраабдоминальным осложнениям перитонита относят
	Эвентрация
	Тромбоз глубоких вен
	Несформированные кишечные свищи
	Медиастенит
	Пневмония
80	Третичный перитонит характеризуется
	Специфическим характером инфекционного агента
	Наличием персистирующей внутрибрюшной инфекции
	Фульминантным течением
	Неадекватностью хирургической ликвидации источника перитонита
	Обязательным наличием экстраабдоминальных осложнений
81	Какие из приведенных симптомов относят к перитонеальным?
	Элекера
	Склярова
	Щеткина-Блюмберга
	Напряжение мышц передней брюшной стенки
	Воскресенского
82	Высокоспецифичным лабораторным методом диагностики сепсиса является
	Биохимический анализ крови
	Прокальцитониновый тест
	Тропониновый тест
	Общеклинический анализ мочи
	Микробиологические исследования

83	Методом выбора для лечения пациентов с аппендикулярным инфильтратом с абсцедированием
	Лапароскопия
	Нижнесрединная лапаротомия
	Чрескожное дренирование под лучевым наведением
	Массивная антибактериальная терапия
84	Показаниями к выполнению программированной релапаротомии является
	Более 20 баллов по Мангеймскому перитонеальному индексу
	Менее 14 баллов по шкале APACHE II
	Невозможность одномоментной или надёжной локализации источника перитонита
	Положительные перитонеальные симптомы
	Признаки прогрессирующего пареза кишечника
85	К причинам возникновения внутрибрюшной гипертензии относят
	Наличие крови и жидкости в брюшной полости
	Парез кишечника
	Лапаростома
	Эвентрация
	Тяжелые формы гемодилюции
86	Что такое стратегия “open abdomen”?
	Стратегия лечения тяжелых форм перитонита
	Подход к лечению тяжелых внебрюшинных осложнений
	Комплекс мер профилактики абдоминального компартмент синдрома
	Комплекс мер профилактики несостоятельности швов анастомоза
	Подход к лечению тяжелой закрытой абдоминальной травмы
87	В течение какого времени от момента постановки диагноза рекомендуется начать

	эмпирическую антимикробную терапию
	В течение первого часа
	В течение 6 часов
	В течение 12 часов
	В течение первых суток
88	На какие виды по международной классификации делится травма живота по механизму повреждения?
	Открытая и закрытая
	Баротравма и электротравма
	Поездная травма и кататравма
	Термическая травма и механическая травма
89	На какие виды делится открытая травма живота?
	Прикрытая и неприкрытая
	Проникающая и непроникающая
	Рентгенпозитивная и рентгеннегативная
	Сквозная и слепая
90	Что такое кататравма?
	Падение с высоты
	Автомобильная травма
	Ножевое ранение
	Поездная травма
	Городская травма
91	Что является критерием, определяющим открытый или закрытый характер травмы живота?
	Целостность пищеварительного тракта

	Целостность крупных сосудов
	Целостность паренхиматозных органов
	Целостность кожных покровов
	Целостность полых органов
92	Что является основным критерием, определяющим проникающей характер травмы живота?
	Целостность влагалища прямой мышцы живота
	Целостность диафрагмы
	Целостность поперечной фасции живота
	Целостность задней стенки пахового канала
	Целостность париетальной брюшины
	Целостность фасции Герота
93	У больного проникающее ранение брюшной полости. Клинических данных за перитонит и внутрибрюшное кровотечение нет. Что делать?
	Динамическое наблюдение
	Выполнить диагностический перитонеальный лаваж
	Выполнить ЭГДС и ФКС (фиброколоноскопию) для исключения повреждения желудка, 12 п.к. и ободочной кишки
	Выполнить лапароскопию
94	Какая из групп инструментальных исследований наиболее ценна при экстренной диагностике внутрибрюшной катастрофы?
	ЭГДС, колоноскопия, УЗДГ сосудов б/полости, радиоизотопное сканирование печени и селезенки
	МР-холангиография, ЭРПХГ, диафаноскопия мошонки, рентгенография живота
	УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, диагностическая лапароскопия, компьютерная томография с болюсным контрастированием.
	Пассаж бария, ирригоскопия, цистография, рентгенография живота в латеропозиции

95	Признаками внутрибрюшного кровотечения при закрытой травме живота являются
	Расширение внутрипечечных желчных протоков
	Расширение ствола и ветвей воротной вены
	Наличие тонко- и толстокишечных чаш Клойбера при рентгенографии живота
	Наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ и физикального обследования
	Снижение диуреза
96	Что является абсолютным показанием к экстренной лапаротомии при закрытой травме живота у больных с тяжелой сочетанной травмой?
	Перелом костей таза типа А + боли в мезогастрии
	Наличие свободной жидкости в одном анатомическом регионе по данным УЗИ + перелом костей таза типа В
	Гемодинамическая нестабильность + наличие свободной жидкости в более чем двух анатомических регионах живота по данным УЗИ
	Пневматизация петель кишечника по данным рентгенографии
	Защитное напряжение мышц живота в левом верхнем квадранте + перелом 2 нижних ребер слева по данным рентгенографии
97	Какой из нижеперечисленных недостатков КТ, является наиболее существенным для верификации повреждений при закрытой травме живота у больных с тяжелой сочетанной травмой?
	Низкая чувствительность к повреждениям полых органов
	Невозможность использования параллельно с реанимационными мероприятиями у гемодинамически нестабильных больных
	Длительность
	Требует специалиста и аппаратуры
	Дороговизна
98	Какой из нижеперечисленных преимуществ УЗИ является главным для верификации повреждений при закрытой травме живота у больных с тяжелой сочетанной травмой?
	Быстрота, неинвазивность и возможность воспроизводства в любой обстановке, сколько угодно раз

	Дешевизна
	Высокая специфичность к повреждениям паренхиматозных органов
	Возможность определения линейной скорости кровотока
	Возможность определения объемной скорости кровотока
99	Показанием к экстренной лапаротомии у пациентов с закрытой травмой живота является
	Любое диагностированное повреждение печени и селезенки
	Сочетание закрытой травмы живота с травмой костей таза
	Нестабильная гемодинамика и наличие свободной жидкости в брюшной полости
	Наличие любого количества свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ
100	Консервативное лечение при повреждениях печени и селезенки у больных с закрытой травмой живота возможно в случаях
	При стабильной гемодинамике и наличии свободной жидкости по данным УЗИ не более чем в 2 анатомических регионах
	При стабильной гемодинамике и наличии свободной жидкости по данным УЗИ во всех отделах (анатомических регионах) брюшной полости
	При нестабильной гемодинамике и наличии свободной жидкости в одном анатомическом регионе брюшной полости
	При недостаточной информативности УЗИ из-за подкожной эмфиземы
101	Какой из перечисленных методов имеет наибольшую чувствительность к повреждениям полых органов при закрытой травме живота?
	Диагностический лапароцентез
	Ультразвуковое исследование
	Диагностическая лапароскопия
	Компьютерная томография
102	Достоверным признаком разрыва полого органа при закрытой травме живота является?
	Наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ
	Наличие свободного газа в брюшной полости по данным рентгенографии и КТ брюшной

	полости
	Высокий лейкоцитоз в крови
	Повышение билирубина крови
	Повышение уровня $\alpha$ -амилазы
103	В каком случае есть показания к вскрытию и ревизии забрюшинной гематомы?
	Наличие обширной ненапряженной забрюшинной гематомы при нестабильном переломе костей таза
	Наличие обширной напряженной пульсирующей забрюшинной гематомы
	Наличие обширной забрюшинной гематомы при диагностированной травме поджелудочной железы
	Забрюшинная гематома при установленной панкреодуоденальной травме
104	Что такое принцип «Damage control»?
	Это принцип ликвидации источника инфицирования брюшной полости при перитоните
	Современная хирургическая тактика, направленная на минимизацию объема хирургического вмешательства у группы тяжело травмированных пациентов и выполнением отсроченного окончательного вмешательства по стабилизации состояния
	Это один из методов временного закрытия живота при перитоните
	Это стратегия одномоментного лечения всех повреждений при сочетанной травме
105	Что является наиболее эффективным методом для определения проникающего характера ранения при открытой травме живота?
	Диагностический лапароцентез
	Первичная хирургическая обработка раны и ревизия раневого канала
	Ультразвуковое исследование
	Диагностическая лапароскопия
	МРТ
106	Какие из органов повреждаются наиболее часто при закрытой травме живота?
	Желудок и 12 п.к.

	Поджелудочная железа и желчный пузырь
	Почки и мочевой пузырь
	Печень и селезенка
	Тонкая и толстая кишка
107	Какой вариант гемостаза наиболее эффективен в рамках концепции Damage Control при травме живота?
	Тампонада большими хирургическими салфетками
	Временное шунтирование нижней полой вены на уровне впадения печеночных вен
	Аргоноплазменная коагуляция
	Лазерная коагуляция
	Тампонада большим сальником
	Пальцевое прижатие
	Прием Прингла
108	Какое определение сочетанной абдоминальной травмы является правильным?
	Это травма живота одновременно с травмой, как минимум, еще одной анатомической области тела человека
	Это наличие открытой и закрытой травмы живота одновременно
	Это травма одновременно нескольких органов брюшной полости
	Это колото-резанное ранение живота с эвентрацией внутренних органов
109	Укажите правильное определение комбинированной травмы
	Это такие повреждения, которые человек получает в результате воздействия нескольких факторов: одного механического и не менее одного немеханического характера (термического, химического, радиационного)
	Возникновение изолированного травматического повреждения в одной анатомической области
	Возникновение двух и более травматических очагов (изолированных или множественных) в разных анатомических областях
	Возникновение двух и более травматических очагов в одной анатомической области

110	Укажите правильное определение множественной травмы
	Это такие повреждения, которые человек получает в результате воздействия нескольких факторов: одного механического и не менее одного немеханического характера (термического, химического, радиационного)
	возникновение изолированного травматического повреждения в одной анатомической области
	возникновение двух и более травматических очагов (изолированных или множественных) в разных анатомических областях
	возникновение двух и более травматических очагов в одной анатомической области
111	Диагностический перитонеальный лаваж это
	Перитонеальный диализ
	Диагностический лапароцентез с введением в брюшную полость физиологического раствора и шарящего катетера для диагностики повреждений органов
	Промывание брюшной полости физиологическим раствором во время лапаротомии
	Промывание брюшной полости раствором антисептиков при перитоните
112	Что такое Injury Severity Score (ISS) ?
	Это шкала оценки тяжести кровопотери
	Это шкала оценки полиорганной недостаточности
	Это шкала для оценки степени нарушения сознания и комы у детей старше 4-х лет и взрослых
	Это сумма квадратов трёх самых тяжёлых повреждений в трёх отдельных анатомических областях организма
113	Какое заболевание является причиной внутрипеченочной формы портальной гипертензии?
	Цирроз печени
	Альвеококкоз печени
	Эхинококкоз печени
	Болезнь Кароли
	Болезнь Бадда-Киари

114	Что является достоверным признаком портальной гипертензии?
	Асцит
	Наружный геморрой
	Гинекомастия
	Расширение внутрипеченочных желчных протоков
	Варикозное расширение вен пищевода и желудка
115	Какой из клинических симптомов является следствием функционирования внеорганных портокавальных анастомозов при портальной гипертензии?
	Голова медузы
	Расширение подкожных вен на шее
	Варикозное расширение вен нижних конечностей
	Цианоз кожных покровов на шее и лице («синий воротник»)
	Пальмарная эритема
116	Что является причиной надпеченочной формы портальной гипертензии?
	Хронический индуративный панкреатит
	Цирроз печени
	Тромбофлебит печеночных вен (Болезнь Бадда-Киари)
	Посттравматический разрыв правого купола диафрагмы
	Гепатоцеллюлярный рак
117	Что характерно для сегментарной портальной гипертензии?
	Расширение ствола воротной вены
	Изолированное варикозное расширение в области свода (дна) желудка и по ходу большой кривизны
	Синдром Бадда-Киари
	Язва Дьюлафуа

	Расширение нижней полой вены
118	Чем необходимо раздувать компрессионные манжеты зонда Блэкмора?
	Раствором хлоргексидина
	Физиологическим раствором
	Воздухом
	Растворами гемостатиков
	3% раствором перекиси водорода
119	Через какое время после раздувания необходимо хотя бы временно распустить желудочную манжету зонда Блэкмора во избежание формирования пролежней слизистой оболочки желудка?
	Через 1 час
	Через 2 часа
	Через 6-8 часов
	Через 10-12 часов
	Через 24 часа
120	Какой из видов эндоскопического гемостаза является методом выбора при кровотечении из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка?
	Аргоноплазменная коагуляция
	Клеевая аппликация эрозий над ВРВ
	Эндоскопическое лигирование ВРВ
	Интравазальное склерозирование ВРВ
	Паравазальное склерозирование ВРВ этоксисклеролом
121	Какая из операций относится к группе операций, направленных на разобщение портокавальных анастомозов при портальной гипертензии?
	Операция Пациоры
	Операция Warren

	Мезентерикокавальный шунт
	Перитонеовенозное шунтирование
	TIPS
122	Какой из вариантов портокавального шунтирования предпочтителен при циррозе печени с явлениями печеночной энцефалопатии?
	Прямой портокавальный анастомоз (шунт Экка)
	Мезентерикокавальный анастомоз
	Дистальный спленоренальный анастомоз
	Спленоренальный анастомоз «бок в бок»
	Проксимальный спленоренальный анастомоз
123	Какой из вариантов портокавального шунтирования предпочтителен при внепеченочной портальной гипертензии?
	Прямой портокавальный анастомоз (шунт Экка)
	Мезентерикокавальный анастомоз
	Дистальный спленоренальный анастомоз
	Спленоренальный анастомоз «бок в бок»
	Проксимальный спленоренальный анастомоз
124	В каком из случаев наиболее эффективно и оптимально наложение TIPS?
	У больного циррозом печени с тяжелой печеночной энцефалопатией
	У больного циррозом печени с диуретикорезистентным асцитом, гипоальбуминемией и портальной гастропатией
	У больного циррозом печени с рецидивами пищеводно-желудочных кровотечений, который внесен в лист ожидания для трансплантации печени
	У больного с внепеченочной портальной гипертензией
	У больного хроническим индуративным панкреатитом и сегментарной портальной гипертензией
125	Какую лечебную тактику необходимо выбрать при продолжающемся кровотечении из ВРВ пищевода и желудка у больного с декомпенсированным циррозом печени вирусной

	этиологии класса С по Чайлду?
	Постановка зонда-обтуратора с последующим эндоскопическим лигированием ВРВ
	Экстренная лапаротомия, гастротомия с прошиванием ВРВ пищевода и желудка
	Экстренное портокавальное шунтирование
	Эндоваскулярная эмболизация селезеночной вены
	Постановка кава-фильтра
126	Какое сочетание инструментальных методов диагностики наиболее информативно для верификации синдрома портальной гипертензии и определения ее вида?
	Целиакография, МР-холангиография и электроэнцефалография
	Чрескожная чреспеченочная холангиография, сцинтиграфия печени и доплерография вен нижних конечностей
	ЭГДС, УЗИ печени и доплерография сосудов портальной системы, КТ-ангиография
	Эхокардиография, постановка катетера Сванганса с измерением давления заклинивания печеночных вен, каваграфия, аортография
	ЭГДС, эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография, вирсунгография, эндоскопическая УЗ-доплерография слизистой нижней трети пищевода и желудка
127	В какой из перечисленных групп все препараты снижают давление в портальном бассейне?
	Нитропруссид натрия, атенолол, окситоцин, вазопрессин
	Сандостатин, октреотид, метопролол, омепразол,
	Омепразол, де-нол, париет, нитропруссид натрия
	Альмагель, ранитидин, метронидазол, атенолол
	Де-нол, метронидазол, кларитромицин, метронидазол, омепразол,
128	Какое из эндоваскулярных вмешательств, направлено на редукцию ВРВ желудка?
	Эмболизация левой желудочной артерии
	Баллонная ангиопластика коронарных артерий
	Установка кава-фильтра
	Эмболизация селезеночной артерии

129	Ключевой механизм гемостаза при постановке зонда-обтуратора при кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка это
	Непосредственная компрессия кровоточащих варикозных вен пищевода и желудка
	Декомпрессия желудка
	Порто-кавальное «разобщение» в области дна желудка и кардио-эзофагеального перехода посредством желудочной манжеты
	Прекращение рефлюкса содержимого желудка в пищевод
	Снижение давления в бассейне воротной вены
130	Какие из нижеперечисленных оперативных вмешательств патогенетически обоснованы при диуретикорезистентном асците у больного с циррозом печени?
	Портокавальное шунтирование
	Операция Пациоры
	Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода
	TIPS
	Перитонеовенозное шунтирование
	Эмболизация коротких вен желудка
131	Какие из нижеперечисленных симптомов могут свидетельствовать о ВРВ пищевода и желудка, как о наиболее вероятном источнике желудочно-кишечного кровотечения?
	Желтушность кожных покровов и склер
	Мелена
	Внезапное начало кровотечения с неудержимой обильной рвотой кровью
	Рвота «кофейной гущей»
	Асцит
132	Какое из оперативных вмешательств является патогенетически наиболее обоснованным при сегментарной портальной гипертензии
	Гастротомия с прошиванием ВРВ дна желудка
	Мезентериокавальное шунтирование

	Спленэктомия
	Дистальный спленоренальный анастомоз
133	Наиболее простым и достоверным методом установления причины механической желтухи является
	Лапароскопия
	Радиоизотопная динамическая билиосцинтиграфия
	Ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков
	Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
134	Аэрохолия, определяемая при рентгенографии брюшной полости или ультразвуковом исследовании органов брюшной полости является признаком
	Холедохолитиаза
	Сальмонеллеза желчного пузыря
	Билиоэнтеральной фистулы
	Желудочно-толстокишечной фистулы
135	Наиболее вероятная причина желтухи после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде
	Сывороточный гепатит
	Острый панкреатит
	Гемолитическая желтуха
	Операционная травма холедоха
	Дуоденостаз
136	Наиболее информативным методом исследования для диагностики рака поджелудочной железы
	Магнитно-резонансная ангиография
	Селективная ангиография
	Радиоизотопное сканирование

	Лапароскопия
	Компьютерная томография
137	Субъективной причиной повреждений магистральных желчных протоков при холецистэктомии является
	Врожденные аномалии и вариабельности топографии протоков
	Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки
	Технические и тактические ошибки хирурга
	Пальпаторное исследования протоков во время операции
138	Незамеченные ранения гепатикохоледоха чаще всего приводят в послеоперационном периоде к развитию
	Ограниченного или разлитого желчного перитонита
	Острой левосторонней пневмонии
	Острой сердечной недостаточности
	Острого эрозивно – язвенного гастрита
	Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
139	Для холангита характерными проявлениями являются
	Желтушность кожных покровов
	Гипотермия
	Лимфопения
	Портальная гастродуоденопатия
140	Для обтурационной желтухи, возникшей на почве холедохолитиаза, характерно
	Симптом Курвуазье
	Быстрое развитие желтухи после болевого приступа
	Постоянные боли в эпигастральной области, левом подреберье
	Похудание, резкая слабость

141	У больных холедохолитиазом наиболее частым осложнением является
	Холангит
	Желчно-каменная кишечная непроходимость
	Рак желчного пузыря
	Пузырно – холедохеальный свищ
	Механическая желтуха
142	Переменяющуюся желтуху можно объяснить
	Камнем пузырного протока
	Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
	Вклиненным камнем большого дуоденального соска
	Вентильным камнем холедоха
143	Наиболее частой причиной, обуславливающей механическую желтуху, является
	Рак двенадцатиперстной кишки
	Стеноз большого дуоденального сосочка
	Холедохолитиаз
	Глистная инвазия
	Дуоденальная гипертензия
144	Наиболее информативным методом диагностики метастатического поражения печени является
	Лапароскопия
	Компьютерная томография с болюсным контрастированием
	Биохимическое исследование крови
	Радиоизотопная гепатосцинтиграфия
145	Низкодифференцированные опухоли поджелудочной железы преимущественно обладают

	Инфильтративным ростом
	Экзофитным ростом
	Ростом опухоли в виде узла
	Смешанным ростом
146	На фоне описторхоза чаще развивается
	Холангиоцеллюлярный рак печени
	Гепатоцеллюлярный рак печени
	Обе формы первичного рака печени встречаются с одинаковой частотой
	Острый фулминантный гепатит
147	Положительная реакция на СА 19-9 чаще наблюдается при
	Первичном раке печени
	Метастатическом раке печени
	Доброкачественных опухолях печени
	Раке поджелудочной железы
148	Маркером метастатического поражения печени при колоректальном раке является
	Симптом Курвуазье
	Повышение уровня ракового эмбрионального антигена (РЭА)
	Повышение уровня гликированного гемоглобина
	Повышение уровня СА 125
149	Из перечисленных симптомов при раке поджелудочной железы наиболее часто встречаются
	Бледность кожных покровов
	Симптом Курвуазье
	Симптомы портальной гипертензии
	Гепатомегалия

	Симптом Ортнера
150	При неуверенности в механическом характере желтухи необходимо провести исследование
	Маркеров гепатита (метод ИФА – igm анти-HAV, igm анти-HEV, hbsag, Anti-hbs, анти-HCV, анти-HCV igg),
	Уровня мочевины и креатинина
	Уровня С – реактивного белка
	Уровня $\alpha$ -фетопротеина (реакция Абелева – Татаринова)
151	При дистальном блоке желчеоттока по данным УЗИ наиболее частой причиной механической желтухи является
	Рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки
	Рак холедоха
	Холедохолитиаз
	Рак головки поджелудочной железы
	Опухоль Клатскина (холангиоцеллюлярный рак)
152	При проксимальном блоке желчеоттока по данным УЗИ наиболее частой причиной механической желтухи является
	Рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки
	Рак холедоха
	Холедохолитиаз
	Рак головки поджелудочной железы
	Опухоль Клатскина (холангиоцеллюлярный рак)
153	Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) рекомендуется
	Во всех ситуациях, когда трансабдоминальное УЗИ не позволяет установить точный дооперационный диагноз причины и уровня блокады оттока желчи от печени при механической желтухе
	При множественном очаговом поражении печени

	При солитарном очаговом поражении печени
	При гиперспленизме
154	Магнитно-резонансная холангиопанкреатотомография (МРХПГ) рекомендуется в качестве метода выбора
	Для оценки состояния внепеченочных желчных протоков у пациентов с предшествующим формированием желудочно-кишечных и билио-дигестивных анастомозов.
	Для выявления признаков портальной гипертензии
	При подозрении на наличие билиодигестивного свища
	При симптоме Курвуазье
155	Механическая желтуха при наличии признаков острого холангита должна быть разрешена в течении
	Первых 8 часов
	24 часов
	48 часов
	72 часа
156	Маркером развития синдрома холестаза является
	$\alpha$ -фетопротеин
	Щелочная фосфатаза
	Кислая фосфатаза
	Аспаратаминотрансфераза
157	Симптом Образцова характерен для:
	Острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка
	Острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.
	Острого аппендицита при подпечёночном расположении червеобразного отростка.
	Эмпиемы червеобразного отростка.
	Острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка.

158	Больной 40 лет выполняется операция: диагностическая лапароскопия через 1,5 суток от начала заболевания. При ревизии брюшной полости установлено, что в нижнем этаже брюшной полости имеется гиперемия и отёк брюшины с наложениями плёнок фибрина, гнойный перитонеальный экссудат в полости малого таза. Червеобразный отросток утолщен, напряжён, тёмно-багрового цвета, с перфорационным отверстием, из которого поступает гной. Выберите оптимальный метод лечения:
	Видеолапароскопическая аппендэктомия. Санация и дренирование брюшной полости.
	Нижнесрединная лапаротомия. Аппендэктомия. Санация брюшной полости. Установка тампона и дренажа в полость малого таза. Ушивание лапаротомной раны наглухо.
	Лапаротомия по Мак-Бурнею. Аппендэктомия. Санация брюшной полости. Ушивание лапаротомной раны наглухо
	Нижнесрединная лапаротомия. Аппендэктомия. Санация брюшной полости. Илеостомия. Ушивание лапаротомной раны наглухо.
	Лапаротомия по Мак-Бурнею. Аппендэктомия, лапаростомия.
159	Хирург приглашён на консультацию в кардиохирургическое отделение. При осмотре пациента 26 лет, перенёсшего 5 суток назад операцию - протезирования двух клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения, был диагностирован острый флегмонозный аппендицит. Укажите правильную тактику дальнейшего лечения больного
	Перевести пациента в хирургическое отделение для экстренного хирургического лечения
	Проводить кардиальную и противовоспалительную терапию, динамическое наблюдение за больным, включая контроль лейкоцитов крови
	Назначить интенсивную антибактериальную терапию
	Перевести пациента в хирургическое отделение для консервативного лечения и дальнейшего наблюдения
	Назначить холод на правую подвздошную область, от антибактериальной терапии и анальгетиков воздержаться, повторно осмотреть больного через 1 сутки
160	У больного 76 лет, с трансмуральным инфарктом миокарда, диагностирован острый флегмонозный аппендицит. Ваши действия?
	Экстренная аппендэктомия
	Динамическое наблюдение и операция только при появлении симптомов перитонита
	Назначение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия и операция при неэффективности этой терапии
	Лапароскопическое дренирование брюшной полости

	Интенсивная кардиальная терапия и аппендэктомия через 2-3 суток
161	На амбулаторном приёме Вы заподозрили у больной острый флегмонозный аппендицит. Что необходимо предпринять?
	В экстренном порядке госпитализировать больную в хирургический стационар
	Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную на следующий день
	Проконтролировать на следующее утро динамику температуры тела и лейкоцитов
	Назначить антибактериальную терапию и повторно пригласить больную на осмотр на следующий день
	Рекомендовать больной самостоятельно контролировать температуру тела и при превышении её свыше 38° С вызвать «Скорую помощь»
162	Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие
	Тромбоза артерии червеобразного отростка
	Участия в воспалительном процессе бактериальной инфекции
	Длительного приёма кортикостероидов
	Тромбоза нижней брыжеечной вены
	Депрессии иммунитета больного
163	Макроскопические изменения червеобразного отростка в виде гиперемии, отёка, фибриновых наложений соответствуют
	Флегмонозному аппендициту
	Катаральному (простому) аппендициту
	Гангренозному аппендициту
	Перфоративному аппендициту
	Эмпиеме червеобразного отростка
164	Выберите наиболее рациональный метод обработки культи червеобразного отростка у взрослых при аппендэктомии из лапаротомного доступа
	Перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи кистным и Z-образным швами
	Перевязка шёлковой лигатурой с погружением культи П-образным швом

	Перевязка шёлковой лигатурой без погружения культи
	Погружение неперевязанной культи в просвет слепой кишки кисетным швом
	Перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи и обработка последней иодом
165	Симптом Кохера-Волковича - это
	Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область
	Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы
	Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области
	Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок
	Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области
166	Осмотрев больного в поликлинике, врач на основании клинической картины заболевания поставил диагноз «острый флегмонозный аппендицит». Через три часа при осмотре в хирургическом отделении отмечено, что самостоятельные боли в правой подвздошной области стихли, но остальные признаки острого аппендицита сохраняются. Лейкоцитоз - 14,0 x 10 <sup>9</sup> /л, температура тела - 37,6°С. Почему уменьшились самостоятельные боли?
	Следует предположить наличие гангренозной формы острого аппендицита
	Диагноз был установлен неверно, следует предположить наличие другого заболевания
	Уменьшение болей является следствием регрессии деструктивного процесса в червеобразном отростке
	Произошла перфорация червеобразного отростка в свободную брюшную полость
167	Принципиальным отличием оперативных вмешательств при катаральной и флегмонозной формах острого аппендицита является
	Необходимость ревизии терминального отдела тонкой кишки и органов малого таза до выполнения аппендэктомии при катаральном аппендиците
	Необходимость новокаиновой блокады брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците
	Необходимость ревизии органов брюшной полости после удаления червеобразного отростка при катаральном аппендиците
	Обязательное введение дренажа в правую подвздошную ямку при флегмонозном

	аппендиците
	Необходимость ревизии органов брюшной полости до удаления червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците
168	На амбулаторном приёме Вы заподозрили у больной острый катаральный аппендицит. Что следует предпринять?
	В экстренном порядке госпитализировать больную в хирургический стационар
	Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную на следующий день
	Проконтролировать на следующий день динамику температуры тела и лейкоцитов в крови
	Назначить антибактериальную терапию и пригласить больную на повторный осмотр на следующий день
	Наблюдать больную амбулаторно и госпитализировать при ухудшении состояния
169	У больной 22 лет с беременностью 32 недели, находящейся в хирургическом отделении 18 часов, при динамическом наблюдении нельзя полностью исключить наличие острого аппендицита. Ваша дальнейшая лечебная тактика?
	Больную необходимо оперировать
	Целесообразно продолжить динамическое наблюдение за больной совместно с гинекологом
	Выполнить диагностическую колоноскопию
	Совместно с гинекологом вызвать искусственное прерывание беременности, а затем произвести аппендэктомию
	Выполнить, лапароскопическое исследование, назначить антибактериальную терапию
170	При осмотре больного Вы поставили диагноз - острый флегмонозный аппендицит. Признаков распространённого перитонита нет. Оптимальным доступом для выполнения аппендэктомии будет
	Лапароскопический доступ
	Доступ по Фёдорову
	Доступ по Пфанненштилю
	Нижнесрединная лапаротомия
	Доступ по Пирогову

171	Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается
	Со слизистой червеобразного отростка
	С серозного покрова червеобразного отростка
	С мышечного слоя червеобразного отростка
	С купола слепой кишки
	С лимфоузлов брыжейки илеоцекального угла
172	Операция при остром аппендиците противопоказана при
	Аппендикулярном инфильтрате
	Двусторонней плевропневмонии
	Остром инфаркте миокарда
	Беременности 36-40 недель
	Гемофилии
173	Симптом Ровзинга - это
	Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области
	Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы
	Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области
	Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок
	Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область
174	Симптом Ситковского - это
	Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок
	Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области
	Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы

	Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области
	Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область
175	Симптом Образцова - это
	Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы
	Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области
	Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области
	Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок
	Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область
176	При катаральном аппендиците обязательным этапом хирургического вмешательства является
	Ревизия терминального отдела тонкой кишки и органов малого таза до выполнения аппендэктомии
	Новокаиновая блокада брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците
	Ревизии органов брюшной полости после удаления червеобразного
	Обязательное введение дренажа в правую подвздошную ямку
	Резекция жирового подвеска толстой кишки с целью гистологического исследования
177	При выявлении аппендикулярного инфильтрата пациенту показана
	Комплексная консервативная терапия в стационаре, при развитии абсцедирования – хирургическое лечение
	Экстренная лапаротомия
	Выписка на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга поликлиники
	Срочная ирригоскопия
	Пункция инфильтрата
178	У больного 52 лет на второй день после операции аппендэктомии, произведённой по

	поводу острого гангренозного аппендицита, развился парез кишечника, озноб, стали беспокоить боли в правой половине живота, увеличилась печень и появилась желтуха. О развитии какого осложнения основного заболевания можно думать в первую очередь?
	Пилефлебит
	Абсцесс печени
	Подпечёночный абсцесс
	Поддиафрагмальный абсцесс
	Правосторонняя нижне-долевая пневмония
179	На амбулаторном приёме Вы заподозрили у больной 24 лет острый флегмонозный аппендицит. Что необходимо предпринять?
	В экстренном порядке госпитализировать больную в хирургический стационар
	Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную совместно с гинекологом на следующий день
	Проконтролировать на следующее утро динамику температуры тела и лейкоцитов
	Рекомендовать больной самостоятельно контролировать температуру тела и при превышении её свыше 38° С вызвать «Скорую помощь»
180	Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие
	Тромбоза артерии червеобразного отростка
	Участия в воспалительном процессе анаэробной инфекции
	Длительного приёма кортикостероидов
	Тромбоза нижней брыжеечной вены
	Депрессии иммунитета больного
181	В этиологии развития острого калькулезного холецистита ведущую роль играет
	Нарушение эвакуации желчи из желчного пузыря
	Раздражающее действие желчных кислот
	Гидролиз липидов в полости пузыря
	Повышение литогенности желчи

	Липоматоз стенки желчного пузыря
182	Наиболее информативным неинвазивным методом исследования для подтверждения диагноза острого холецистита является
	Ультрасонография
	Холецистография
	Компьютерная томография
	Билисцинтиграфия
	Лапароскопия
183	Для удаления резидуальных камней холедоха предпочтительным способом является
	Эндоскопическая папилотомия, литоэкстракция
	Назначение медикаментозных средств
	Открытое хирургическое вмешательство
	Ультразвуковая литотрипсия
	Применение контактных растворителей
184	Из возможных последствий холедохолитиаза непосредственную угрозу для жизни представляет
	Гнойный холангит
	Портальная гипертензия
	Стеноз фатерова соска
	Вторичный билиарный цирроз
	Паренхиматозная желтуха
185	У больного с механической желтухой на почве холедохолитиаза появилась гипертермия до 39,2°C, озноб, интенсивные боли в правом подреберье, олигурия, гипотония и помрачение сознания. Лейкоциты крови - 22,10 x 9/л со сдвигом формулы влево. Билирубин, печеночные трансаминазы и щелочная фосфатаза повышены, уровень амилазы нормальный. Назовите наиболее вероятную причину указанных явлений
	Гнойный холангит

	Абсцесс печени
	Печеночная недостаточность
	Острый деструктивный холецистит
	Острый панкреатит
186	Развитие первичного гангренозного холецистита обусловлено
	Тромбозом пузырной артерии
	Забросом активного панкреатического сока в желчный пузырь
	Паразитарными заболеваниями желчного пузыря
	Внедрением в стенку желчного пузыря патогенной микрофлоры
	Холедохолитиазом
187	Симптомом острого холецистита является
	Симптом Орнера-Грекова
	Коупа
	Образцова
	Курвуазье
	Ситковского
188	Показанием для срочной операции при остром деструктивном холецистите является
	Нарастание общей интоксикации и появление симптомов раздражения брюшины
	Желтуха
	Рвота
	Болевой синдром
	Изменение характера болей на схваткообразный
189	Наиболее часто применяемым видом дренирования внепеченочных желчных протоков является
	дренирование через культю пузырного протока

	дренирование по Спасокукоцкому
	дренирование по Долиотти
	дренирование по Пенроуз-Микуличу
	Дренирование по Ларею
190	Для острого панкреатита средней степени тяжести характерно
	Наличие транзиторной полиорганной недостаточности < 48 часов
	Наличие персистирующей полиорганной недостаточности > 48 часов
	Отсутствие признаков полиорганной недостаточности
	Наличие признаков функциональной параретической кишечной непроходимости
	Наличие перитонеального синдрома
191	Для панкреатита тяжелой степени тяжести характерно
	Наличие транзиторной полиорганной недостаточности < 48 часов
	Наличие персистирующей полиорганной недостаточности > 48 часов
	Наличие признаков функциональной параретической кишечной непроходимости
	Наличие фебрильной лихорадки
	Множественная рвота, не приносящая облегчения
192	Одной из наиболее частых причин развития острого панкреатита является
	Злоупотребление спиртными напитками, и погрешность в диете
	Дислипидемия
	Дискинезия желчных путей
	Гипертриглицеридемия
	Абдоминальная травма
193	Наиболее частой причиной развития деструктивного панкреатита является
	Желчно-каменная болезнь

	Дислипидемия
	Дискинезия желчных путей
	Гипертриглицеридемия
	Абдоминальная травма
	Нейтрофилы, макрофаги, мононуклеарные клетки, интерлейкины 1,6,8
194	Третичными факторами агрессии в патогенезе острого панкреатита являются
	Нейтрофилы, макрофаги, мононуклеарные клетки, интерлейкины 1,6,8
	Химотрипсин, липаза, трипсин, макрофаги
	Химотрипсин, липаза, трипсин, фосфолипаза А2, эластаза
	Фактор некроза опухоли, фосфолипаза А2, нейтрофилы
	Активация калликреин-брадикининовой системы
195	Острый панкреатит на начальных этапах развития это
	Асептическое воспаление поджелудочной железы
	Инфекционное воспаление поджелудочной железы
	Септическое воспаление поджелудочной железы
	Аллергическое поражение поджелудочной железы
	Аутоиммунное воспаление поджелудочной железы
196	Для ранней фазы острого панкреатита средней или тяжелой степени тяжести характерно
	Формирование очагов некроза и развитие эндотоксикоза
	Секвестрация очагов некроза в поджелудочной железе
	Асептическая секвестрация очагов некроза
	Септическая секвестрация очагов некроза
	Формирование постнекротической кисты
197	Вторичными факторами агрессии в патогенезе острого панкреатита являются:

	Брадикинин, гистамин, серотонин
	Нейтрофилы, макрофаги, мононуклеарные клетки, интерлейкины 1,6,8
	Цитокины, ферменты, транслокация кишечной флоры
	Химотрипсин, липаза, трипсин, макрофаги
	Фактор некроза опухоли, фосфолипаза А2, нейтрофилы
198	Рентгенологическим признаком кишечной непроходимости является
	Чаши Клойбера
	Симптом Валя
	Симптом Грекова
	Симптом Цеге-Мантейфеля
	Наличие газа под правым куполом диафрагмы
199	Показанием к операции по поводу острой кишечной непроходимости является все, кроме
	Сохраненного пассажа контраста по кишке
	Перитонита
	Нарушение пассажа контраста по кишке
	Инвагинации
	Ущемление
200	Предрасполагающими факторами механической кишечной непроходимости являются все, кроме
	Хронического колита
	Спаечного процесса в брюшной полости
	Грыжи передней брюшной стенки
	Долихосигмы
	Подвижной слепой кишки
201	При толстокишечной непроходимости, обусловленной заворотом сигмовидной кишки с ее

	некрозом наиболее оправданной операцией будет
	Обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной колостомы
	Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец-в конец»
	Деторсия кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну
	Деторсия кишки и сигмопексия
	Деторсия кишки и илиостомия
202	У больного 52 лет, страдающего раком слепой кишки, осложненным кишечной непроходимостью целесообразно произвести операцию
	Правостороннюю гемиколэктомию с наложением илиотрнсверзоанастомоза
	Трансверзостомию
	Левостороннюю гемиколэктомию
	Операцию Гартмана
	Одноствольную илеостомию
203	Кровоснабжение в стенке кишки может сохраняться в течение нескольких суток при
	Обтурации
	Инвагинации
	Завороте
	Узлообразовании
	Ущемлении
204	У больной 70 лет, сутки назад развился заворот сигмовидной кишки. На операции обнаружен ее некроз, резкое вздутие ободочной кишки. Какой вариант операции будет наиболее целесообразным?
	Резекция сигмовидной кишки, одноствольная колостомия
	Двухствольная сигмостомия
	Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «бок-в бок»
	Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец-в конец»

	Тотальная колэктомия, илиоректоанастомоз
205	Для дифференциальной диагностики острой кишечной непроходимости от прободной язвы желудка в первую очередь следует использовать
	Обзорную рентгенографию брюшной полости
	Пневмогастрографию
	Гастроскопию
	УЗИ органов брюшной полости
	Рентгенографию желудка
206	При обследовании больного с клинической картиной острой кишечной непроходимости установлено, что симптомы Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы положительные. Для какого вида кишечной непроходимости это характерно?
	Заворот сигмовидной кишки
	Илиоцекальная инвагинация
	Заворот тонкой кишки
	Обтурация опухолью восходящей ободочной кишки
	Обтурация подвздошной кишки желчным камнем
207	В большинстве случаев, толстокишечная непроходимость обусловлена
	Опухолью толстой кишки
	Спайками в брюшной полости
	Пупочной грыжей
	Дивертикулитом
	Синдромом Меллори-Вейса
208	Стандартная резекция желудка по поводу осложненной язвенной болезни предполагает:
	Удаление проксимальных 2/3 органа
	Удаление дистальных 2/3 органа
	Удаление проксимальных 3/4 органа

	Удаление дистальных 3/4 органа
	Удаление 1/2 органа
209	От каких факторов не зависят клинические проявления прободной язвы
	Пола пациента
	Времени, прошедшего с момента перфорации
	Локализации язвы
	Возможности прикрытия перфорации большим сальником
	Предшествующих оперативных вмешательств на брюшной полости с развитием массивного спаечного процесса
210	Выберите осложнение язвенной болезни желудка, для которого характерно вынужденное положение больного
	Перфорация в свободную брюшную полость
	Малигнизация с метастазированием
	Продолжающееся кровотечение
	Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз
	Компенсированный пилородуоденальный стеноз
211	У больного 36 лет, не имеющего серьезных сопутствующих заболеваний, диагностирована прикрытая прободная язва. Выберите оптимальную тактику лечения
	Лапароскопия, ушивание перфоративной язвы
	Лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот-II
	Лапаротомия, резекция желудка по Ру
	Лапаротомия, трункулярная ваготомия
	Лечение по методу Тейлора
212	У больного 84 лет, страдающего язвенной болезнью 12-ти перстной кишки, диагностирована перфорация язвы, 36-часовой распространенный фибринозно-гнойный перитонит, артериальная гипотензия. Какая операция предпочтительна в этом случае?
	Антрумэктомия, трункулярная ваготомия

	Пилоропластика по Финнею, селективная ваготомия
	Резекция 2/3 желудка по Ру
	Лапаротомия, ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости
	Лапароскопическое ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости
213	Пациенту, госпитализированному с продолжающимся желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии, показано
	Экстренное оперативное вмешательство
	Назначение антикоагулянтов
	Эндоскопический комбинированный гемостаз, при неэффективности - операция
	Назначение дезагрегантных средств
	Введение зонда Блэкмора
214	В случае продолжающегося кровотечения из язвы антрального отдела желудка и неэффективности эндоскопического гемостаза у больного, находящегося в критическом состоянии, показана операция
	Резекция 2/3 желудка по Бильрот-II
	Антрумэктомия
	Пилоропластика + трунккулярная ваготомия
	Гастротомия, прошивание кровоточащей язвы
	Перевязка желудочных артерий
215	Какой симптом не встречается при прободной язве
	Брадикардия
	Тахикардия
	Напряжение мышц живота
	Симптом Щеткина-Блюмберга
	Шум плеска
216	Какой симптом прободной язвы наблюдается только в первые часы заболевания

	Брадикардия
	Тахикардия
	Симптом Щёткина-Блюмберга
	Исчезновение печёночной тупости
	Лейкоцитоз
217	Какую операции не выполняют при прободной язве?
	Гастрэктомия
	Резекцию 2/3 желудка
	Ушивание прободной язвы
	Иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией
	Тампонаду язвы прядью большого сальника по Поликарпову
218	Какие операции выполняется по поводу паховой грыжи?
	Операция Мейо
	Е-ТАР
	Операция Лихтенштейна
	Операция Бассини
	Операция Сапежко
219	Какая операция выполняется по поводу бедренной грыжи?
	Операция Бассини
	Операция Постемпского
	Операция Сапежко
	Операция Лихтенштейна
	Операция Грекова
220	Какая операция выполняется при пупочной грыже?

	Операция Мейо
	Операция Бассини
	Операция Белоконева
	Операция Лихтенштейна
	Операция Постемпского
221	Характерным интраоперационным признаком косой паховой грыжи является
	Нахождение грыжевого мешка в элементах семенного канатика
	Нахождение грыжевого мешка вне элементов семенного канатика
	Двухсторонний характер грыжи
	Невправимость грыжи
	Вправимость грыжи
222	Характерным интраоперационным признаком прямой паховой грыжи является
	Нахождение грыжевого мешка вне элементов семенного канатика
	Нахождение грыжевого мешка в элементах семенного канатика
	Двухсторонний характер грыжи
	Невправимость грыжи
	Вправимость грыжи
223	Абсолютным противопоказанием к плановому оперативному лечению грыжи являются все, кроме
	Пожилого возраста пациента
	Сахарного диабета в стадии декомпенсации
	Острого инфаркта миокарда
	ОНМК
	Напряженного асцита
224	Укажите основной отличительный признак скользящей грыжи

	Одной из стенок грыжевого мешка является стенка органа, частично покрытая брюшиной
	Выходит между мышцами.
	Не имеет грыжевого мешка
	Стенками грыжевого мешка является париетальная брюшина.
	Скользкая грыжа не может быть ущемленной
225	Ущемлённую бедренную грыжу необходимо дифференцировать от следующих заболеваний, кроме
	Острая задержка мочи
	Ущемлённая паховая грыжа
	Тромбофлебит большой подкожной вены с вовлечением приустьевого узла
	Разрыв сухожилия мышцы, приводящей бедро
	Паховый лимфаденит
226	Флегмона грыжевого мешка – это?
	Гнойное воспаление грыжи и окружающих ее тканей, на фоне некроза кишки при длительном ущемлении
	Длительно существующая неврправимая грыжа
	Липома передней брюшной стенки с некрозом
	Фурункул передней брюшной стенки в области грыжи
	Гнойный лимфоаденит при бедренной грыже
227	Что такое грыжевой мешок?
	Париетальный листок брюшины, выходящий через грыжевые ворота
	Кожа, подкожно-жировая клетчатка и париетальный листок брюшины
	Листок висцеральной брюшины
	Поперечная фасция
	Оболочка семенного канатика
228	Для острой ишемии конечности II-Б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной

	артерии, характерны все перечисленные симптомы, кроме
	Мышечная контрактура в голеностопном суставе
	Боли в конечности
	"Мраморный рисунок" кожных покровов конечности
	Похолодание конечности
	Отсутствие активных движений в суставах конечности
229	Причиной острой окклюзии плечевой артерии может явиться любое заболевание, кроме
	Аневризмы брюшного отдела аорты
	Митрального стеноза
	Аневризмы сердца
	Инфаркта миокарда
	Тромбоэмболии плечевой артерии
230	Причиной острой окклюзии подключичной артерии, при отсутствии порока сердца, может явиться любое заболевание, кроме
	Илео-фemorального флеботромбоза
	Митрального стеноза
	Аневризмы сердца
	Инфаркта миокарда
	Компрессионного сдавления подключичной артерии добавочным шейным ребром
231	При эмболии артерий нижней конечности, сопровождающейся острой ишемией, операция эмболтромбэктомия показана во всех случаях, кроме
	Тотальной контрактуры суставов пораженной конечности
	Острого инфаркта миокарда
	Острого ишемического инсульта
	Пневмонии
	Субфасциального отека голени

232	Больному поставлен следующий диагноз: - «Эмболия бифуркации аорты, отек легких». В данном случае показано выполнение
	Экстренная эмболэктомия из бифуркации аорты параллельно с реанимационными мероприятиями
	Отсроченная эмболэктомия из бифуркации аорты после купирования отёка лёгких
	Эмболэктомия из лёгочных артерий и пликация нижней полой вены
	Аорто-бедренное шунтирование после купирования отёка лёгких
	Имплантация кава-фильтра и тромболитическая терапия
233	При эмболии бедренной артерии, ишемии II-Б степени, правильным методом лечения будет
	Экстренная операция – эмболэктомия
	Тромболитическая терапия стрептазой
	Чрескожная эндоваскулярная дилатация артерии
	Антикоагулянтная терапия
	Первичная ампутация конечности
234	Больному, страдающему митральным пороком сердца мерцательной аритмией, перенесшему сутки назад эмболэктомию из бедренной артерии, противопоказана
	Тромболитическая терапия
	Противовоспалительная терапия
	Антикоагулянтная терапия
	Антибактериальная терапия
	Дезинтоксикационная терапия
235	У больного 60 лет, ранее перенесшего инфаркт миокарда, за 6 часов до госпитализации внезапно появились боли в левой ноге, наблюдалось ее похолодание, активные движения в голеностопном суставе стали ограничены, пульсация артерий конечности определяется тотчас ниже паховой связки, дистальнее не определяется. Поставьте правильный диагноз
	Эмболия левой бедренной артерии, ишемия II-ой степени
	Эмболия левой подколенной артерии, ишемия I-ой степени

	Эмболия левой подвздошной артерии, ишемия II-ой степени
	Острый илио-фemorальный венозный тромбоз
	Начинающаяся венозная гангрена
236	Какое из оперативных вмешательств наиболее предпочтительно при эмболии бифуркации бедренной артерии
	Экстренная эмболэктомия из бедренной артерии
	Отсроченная эмболэктомия из бедренной артерии
	Пликация нижней полой вены
	Аорто-бедренное шунтирование
	Бедренно-подколенное шунтирование
237	При эмболии правой общей подвздошной артерии, сопровождающейся тотальной контрактурой конечности, оптимальным методом лечения будет
	Первичная ампутация конечности
	Тромболитическая терапи
	Экстренная эмболэктомия с последующей гемосорбцией
	Антикоагулянтная терапия
	Введение миорелаксантов
238	У больного 65 лет, страдающего ИБС и мерцательной аритмией, внезапно появились боли в обеих нижних конечностях. При осмотре отмечается похолодание кожи обеих нижних конечностей. Кожные покровы нижних конечностей бледные, наблюдается мраморный рисунок. Пульсация обеих бедренных артерий не определяется. Поставьте диагноз
	Эмболия бифуркации аорты
	Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз
	Эмболия правой бедренной артерии
	Острый тромбоз нижней полой вены
	Синдром Лериша
239	Выберите оптимальный доступ для оперативного вмешательства у больного с эмболией

	бифуркации аорты
	Двухсторонний бедренный доступ
	Продольная стернотомия
	Внебрюшинный доступ по Пирогову
	Тораколапаротомия
	Нижнесрединная лапаротомия
240	У больного 34 лет без сердечно-сосудистого анамнеза диагностировано нарушение кровообращения в правой плечевой артерии, острая ишемия II б степени. Пульс 78 уд./мин. По результатам ЭКГ и эхокардиографии патологии не обнаружено. Укажите наиболее вероятную причину острой артериальной непроходимости
	Тромбоз подключичной артерии вследствие сдавления ее добавочным шейным ребром
	Митральный стеноз
	Неспецифический аортоартериит
	Острый тромбоз глубоких вен голени
	Аневризма сердца
241	При эмболии бедренной артерии, ишемии II-Б степени, правильным методом лечения будет
	Экстренная восстановительная операция - эмболтромбэктомия.
	Тромболитическая терапия стрептазой
	Антикоагулянтная терапия
	Первичная ампутация конечности
	Чрескожная эндоваскулярная дилатация артерии
242	Условия, способствующие развитию тромбоза сосудов все, кроме
	Гемофилия
	Замедление тока крови
	Ускорение времени свертываемости крови
	Повреждение интимы сосуда

	Кататеризация сосуда
243	Причиной ишемической гангрены конечности может быть
	Артериальный тромбоз
	Геморрагический васкулит
	Острый венозный тромбоз
	Варикотромбофлебит
	Жировая эмболия
244	Наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних конечностей является
	Облитерирующий тромбангит
	Облитерирующий атеросклероз
	Пункция и катетеризация артерии
	Экстравазальная компрессия артерии
	Полицитемия
245	Что из нижеперечисленных методов не оказывает влияния на возникновение тромбоза сосуда?
	Понижение свертываемости крови
	Замедление тока крови
	Повышение свертываемости крови
	Спазм сосуда
	Поражение интимы сосуда
246	Для острой ишемии конечности 2В степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, нехарактерно
	Мышечная контрактура конечности
	Боль в конечности
	«Мраморный» рисунок кожных покровов

	Похолодание конечности
	Отсутствие активных движений в суставах конечности
247	Для острой ишемии конечности 1Б степени не характерны
	Субфасциальный отёк
	Чувство похолодания и анемения в конечности
	Парестезии
	Боли в покое
	Бледность кожи
248	Для острой ишемии конечности 3 Б степени, развившейся при эмболии бедренной артерии, характерны следующие признаки, кроме
	ограничение активных движений в суставах конечности
	Боль в конечности
	Похолодание конечности
	Резкая болезненность при попытке пассивных движений в суставах конечности
	Тотальная мышечная контрактура
249	Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является
	Мерцательная аритмия
	Атеросклероз дуги аорты
	Тромбоз вен большого круга кровообращения
	Аневризмы аорты
	Аневризма сердца
250	В дифференциальной диагностике острого артериального тромбоза от эмболии важную роль играет следующий критерий
	Мерцательная аритмия
	Пол пациента

	Возраст пациента
	Уровень отсутствия пульсации артерий конечности
	Отёк обеих конечностей
251	Больная 34 лет, страдающая ревматическим митральным стенозом, поступила в хирургический стационар с клинической картиной эмболии правой плечевой артерии (ишемия II-А степени) через 6 часов с момента заболевания. Укажите правильную тактику лечения больной
	Экстренная эмболэктомия из плечевой артерии
	Экстренная митральная комиссуротомия
	Комплексная антитромботическая терапия
	Тромболитическая терапия
	Митральная комиссуротомия в плановом порядке
252	Больная, страдающая ИБС и мерцательной аритмией, жалуется на резкие боли в ногах, выраженную одышку, которые появились 7 часов назад. Состояние больной тяжелое, имеются признаки отека легких, артериальная гипертензия 190/110 мм рт. ст. Обе нижние конечности и ягодицы с выраженным мраморным рисунком, холодные на ощупь. Активные движения отсутствуют, пассивные сохранены. Определяется полная анестезия конечностей. Пульсация бедренных артерий отсутствует. Чем обусловлено данное состояние больной?
	Острая левожелудочковая недостаточность
	Тромбоэмболия легочных артерий
	Эмболия бифуркации аорты
	Острый тромбоз нижней полой вены
	Синдром Лериша
253	Пациентка 34 лет, страдающая ревматическим митральным стенозом, поступила в хирургический стационар с клинической картиной эмболии левой подключичной артерии (ишемия II-Б степени) через 6 часов с момента заболевания. Укажите правильную тактику лечения больной
	Экстренная эмболэктомия из подключичной артерии
	Имплантация кафа-фильтра в нижнюю полую вену
	Комплексная антитромботическая терапия

	Тромболитическая терапия
	Экстренная митральная комиссуротомия
254	При эмболии бедренной артерии, ишемии 3-Б степени (тотальная контрактура конечности) методом выбора является
	Экстренная эмболэктомия
	Тромболитическая терапия
	Антикоагулянтная терапия
	Симптоматическая терапия
	Первичная ампутация конечности
255	Причиной эмболии плечевой артерии может явиться любое заболевание, кроме
	Митрального стеноза
	Острого инфаркта миокарда
	Аневризмы сердца
	Аневризмы брюшного отдела аорты
	Компрессионного сдавления подключичной артерии добавочным шейным ребром
256	Перечислите патологические процессы в артериях, которые встречаются при облитерирующем тромбангиите
	Нарушение местной нейро-рефлекторной регуляции
	Ишемия артериальной стенки
	Пролиферация соединительнотканых элементов стенки артерии
	Тромбоз с облитерацией просвет артерии
	Расслоение стенки артерии
257	Основными симптомами болезни Винивартера-Бюргера являются
	Острое начало
	Ноющие боли по ходу подкожных вен

	Мигрирующий тромбофлебит
	Постепенное начало
	Признаки дилатационной кардиомиопатии
258	Для решения вопроса о возможности оперативного вмешательства у больного с облитерирующим атеросклерозом артерий конечностей нужно произвести
	Ультразвуковое ангиосканирование
	Аортоартериографию
	Реовазографию нижних конечностей
	Тредмил-тест
	Термометрию
259	Для облитерирующего тромбангиита характерно
	Наличие «штопорообразных» коллатералей, выявляемых при ангиографии
	Равномерное сужение просвета артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
	Признаки «расслоения» сосудистой стенки артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
	Сочетанное поражение артерий голени и аорты
	Наличие кальцинированных бляшек в различных отделах магистральных артерий конечностей
260	Какие исследования следует экстренно провести для уточнения диагноза “Забрюшинный разрыв аневризмы брюшного отдела аорты” и решения вопроса о характере лечения?
	Ультразвуковое сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства
	Ангиографию брюшного отдела аорты и висцеральных ветвей
	Гастродуоденоскопию
	Колоноскопию
	Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
261	Для болезни Бюргера не характерно

	Острое начало
	Ноющие боли по ходу подкожных вен
	Мигрирующий тромбофлебит
	Постепенное начало
	Признаки дилатационной кардиомиопатии
262	Для синдрома Лериша характерно
	Отсутствие пульсации на обеих бедренных артериях
	Высокая «перемежающая» хромота
	Импотенция
	Резкий отек обеих нижних конечностей
	Контрактура нижней конечности
263	Для атеросклеротической окклюзии подколенной артерии характерно
	«Низкая» перемежающаяся хромота
	Атрофия кожи дистальных отделов конечности
	Усиленная пульсация бедренной артерии на стороне поражения
	Увеличение волосяного покрова на дистальных отделах пораженной конечности
	Компенсаторная гипертрофия мышц бёдер
264	При обследовании больного Вы заподозрили неосложненную аневризму брюшного отдела аорты. Какие диагностические методы могут дать наиболее полную информацию о характере заболевания?
	Ультразвуковое сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства
	Аортография
	Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
	Ретроградная илиокавография
	Лапароскопия

265	Для хронической артериальной недостаточности нижних конечностей характерно
	Деформация ногтей
	Атрофия кожи
	Уменьшение волосяного покрова конечности
	Быстрое появление телеангиоэктазий
	Чувство жара в нижних конечностях
266	Что из перечисленного не характерно для облитерирующего эндартериита
	Варикозное расширение вен на пораженной конечности
	Пожилой возраст больного
	Ослабление периферической артериальной пульсации
	Трофические расстройства на пораженной конечности
	Перемежающаяся хромота
267	Ангиографическими признаками облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей является все перечисленное, кроме
	Равномерного конического сужения магистральной артерии с ровными контурами и ее обрыва с плохо развитыми коллатеральными
	Мелких, штопорообразных, плохо развитых коллатералей
	Изъеденности контура артерии
	Неравномерного сужения магистральных сосудов
	Кальциноза артерии
268	Для решения вопроса о тактике лечения больного с тяжелой ишемией конечности неизвестного генеза оптимальным является следующее сочетание инструментальных методов исследования
	Сфигмография
	Аорто-артериография
	Термография
	Ультразвуковая доплерография

	Окклюзионная плетизмография
269	Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей проявляется
	Уменьшением волосяного покрова конечности
	Деформацией ногтей
	Атрофией кожи
	Пигментацией кожи
	Резистентностью к холоду
270	Для выбора оптимального метода лечения хронической окклюзии аорты и артерий нижних конечностей абсолютно необходима информация, полученная при
	Сфигмографии
	Осциллографии
	Кожной термометрии
	Аорто-артериографии
	Ультразвуковой доплерографии
271	В отличие от синдрома Лериша, для атеросклеротической окклюзии подколенной артерии не характерны
	«Высокая» перемежающаяся хромота
	Снижение кожной температуры конечности
	Атрофия кожи дистальных отделов конечности
	Импотенция
272	При проведении дифференциальной диагностики между облитерирующим атеросклерозом и тромбангиитом решающую роль играют
	Биохимический анализ крови
	Данные реовазографии
	Данные аорто-артериографии
	Данные радионуклидного исследования с технецием пирофосфатом

	Проба Гаккенбруха
273	Для синдрома Лериша характерны следующие клинические признаки
	Резкий отёк обеих нижних конечностей
	Отсутствие пульсации на обеих бедренных артериях
	Окклюзия висцеральных ветвей аорты
	«Высокая» перемежающаяся хромота
	Импотенция
274	При облитерирующем тромбангите отмечаются следующие патологические изменения в артериях
	Нарушение местной нейро-рефлекторной регуляции
	Спазм артерии
	Истончение артериальной стенки
	Пролиферация соединительнотканых элементов стенки сосуда
	Тромбоз с облитерацией просвета сопутствующей вены
275	В дифференциальной диагностике хронических артериальных окклюзий с хронической венозной недостаточностью важную роль играют следующие критерии
	Пол
	Возраст
	Наличие отёка конечности
	Ослабление или отсутствие пульсации артерий конечности
	Перемежающаяся хромота
276	Наиболее информативными скрининг-методами диагностики патологии артерий нижних конечностей являются
	Аорто-артериография нижних конечностей
	Ультразвуковая доплерография
	Реовазография

	Ультразвуковое ангиосканирование
	Термография
277	У больного 32 лет, страдающего облитерирующим тромбангиитом с явлениями хронической артериальной ишемии правой нижней конечности, при осмотре можно выявить следующие клинические признаки
	Жалобы на «низкую» перемежающуюся хромоту
	Отсутствие пульса на артериях стопы
	Снижение тактильной чувствительности на стопе
	Усиление пульсации подколенной артерии по сравнению со здоровой конечностью
	Исчезновение волосяного покрова голени
278	У больной 42 лет, страдающей митральным стенозом и мерцательной аритмией, 6 часов назад появились сильные боли в животе, была двукратная рвота, жидкий стул. При осмотре состояние больной средней тяжести. Язык суховат. Живот мягкий во всех отделах, определяется выраженная болезненность в мезогастрии. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика кишечника ослаблена. Лейкоциты крови – $19 \times 10^9/\text{л}$ . Какому заболеванию соответствует данная клиническая картина?
	Острое нарушение мезентериального кровообращения
	Острая странгуляционная кишечная непроходимость
	Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты
	Болезнь Бадда-Киари
	Геморрагический панкреонекроз
279	При эмболии устья верхней брыжеечной артерии обычно подвергаются ишемии
	Тонкая кишка и правая половина ободочной кишки
	Двенадцатиперстная и тонкая кишка
	Терминальный отдел тонкой кишки и все отделы ободочной кишки
	Желудок и двенадцатиперстная кишка
	Все отделы тонкой и ободочной кишки до сигмовидной
280	При обследовании больного с острым нарушением мезентериального кровообращения

	можно выявить следующие клинические симптомы
	Симптом Блинова (повышение АД на 60 – 80 мм рт. ст.)
	Симптом Бартомье-Михельсона
	Симптом Ровзинга
	Симптом Курвуазье
	Симптом Куленкамппа
281	При подозрении на острый венозный мезентериальный тромбоз самым информативным методом диагностики будет являться
	Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости с в/в болюсным усилением
	Ирригоскопия
	Рентгенологический контроль за пассажем рентгеноконтрастного препарата по кишечнику
	УЗИ органов брюшной полости
	Рентгеноскопия органов брюшной полости
282	Сегментарный некроз подвздошной кишки может развиваться при тромботической или эмболической окклюзии
	III Сегмента верхней брыжеечной артерии
	II сегмента верхней брыжеечной артерии
	I сегмента верхней брыжеечной артерии
	Нижней брыжеечной артерии
	Чревного ствола
283	Операцией выбора при остром эмболическом поражении верхней брыжеечной артерии является
	Эмболэктомия из верхней брыжеечной артерии при помощи катетера Фогарти
	Аортомезентериальное шунтирование
	Реимплантация устья артерии в аорту
	Чрезаортальная эндартерэктомия из устья верхней брыжеечной артерии

	Эндартерэктомия из верхней брыжеечной артерии с аутовенозной пластикой
284	При изолированной острой венозной интестинальной ишемии, при отсутствии гангрены кишки и перитонита, в обязательном порядке должно быть выполнено
	Назначение антикоагулянтов
	Оперативное лечение с резекцией кишки
	Селективный тромболизис
	Аортомезентерикография
	Открытая тромбэктомия
285	При наличии гангрены кишки и выявлении окклюзии одного из сегментов ствола верхней брыжеечной артерии целесообразно вначале выполнить
	Резекцию кишки
	Сосудистое вмешательство
	Аортомезентерикографию
	Стентирование верхней брыжеечной артерии
	Селективный тромболизис
286	Назовите неокклюзионные виды нарушений мезентериального кровообращения
	Длительный ангиоспазм сосудов брыжейки тонкой кишки вследствие применения адренергических препаратов
	Эмболия верхней или нижней брыжеечных артерий
	Тромбоз брыжеечных или воротной вен
	Расслоение аневризмы брюшного отдела аорты с вовлечением устья верхней брыжеечной артерии
	Травматическое повреждение устья верхней брыжеечной артерии
287	Больной 56 лет поступил через 2 часа от начала заболевания. Из анамнеза известно, что заболел остро, когда внезапно отметил появление интенсивных болей в эпигастрии. Была однократная рвота, однократный жидкий стул. Страдает ревматическим митральным пороком сердца, мерцательной аритмией, язвенной болезнью желудка. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Беспокоен, садится в постели, меняет положение тела. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс – 102 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания,

	<p>болезненный в мезогастрии. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Печёночная тупость сохранена. Перистальтика кишечника ослаблена. «Шум плеска» не определяется. Лейкоциты крови – <math>24,2 \times 10^9/\text{л}</math>. Ваш клинический диагноз?</p>
	Острое нарушение мезентериального кровообращения
	Геморрагический панкреонекроз
	Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки
	Острая странгуляционная кишечная непроходимость
	Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты
288	<p>Заподозрить у больного острое нарушение мезентериального кровообращения, обусловленное эмболией брыжеечных артерий, позволяет наличие в анамнезе</p>
	Постинфарктной аневризмы левого желудочка.
	Гипертонической болезни
	Тромбоза глубоких вен н/конечностей
	Спаечной болезни брюшной полости
	Стеноза трикуспидального клапана
289	<p>При переходе острого нарушения мезентериального кровотока в субкомпенсированное течение могут наблюдаться следующие варианты развития заболевания</p>
	Брюшная жаба ( <i>angina abdominalis</i> )
	Некроз кишки
	Перитонит
	Болезнь Крона
	Болезнь Гиршпрунга
290	<p>От каких факторов не зависит тактика лечения острого нарушения мезентериального кровообращения</p>
	Пол пациента
	Наличие гангрены кишечника
	Распространенность некроза кишечника

	Наличие и выраженность перитонита
	Поражение артериального или венозного сосудистого русла
291	Инфаркт кишечника не может развиваться вследствие
	Тромбоза нижней полой вены
	Эмболии верхней брыжеечной артерии
	Тромбоза верхней брыжеечной артерии
	Тромбоза верхней брыжеечной и портальной вен
	Длительного ангиоспазма артериального русла брыжейки тонкой кишки
292	При подозрении на инфаркт кишечника лучшими методами диагностики будут
	Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости с в/в болюсным усилением
	УЗИ органов брюшной полости
	Колоноскопия
	Обзорная рентгенография брюшной полости
	Ирригоскопия
293	Наиболее частой причиной окклюзионного нарушения мезентериального кровообращения является
	Эмболия верхней или нижней брыжеечной артерии
	Тромбоз верхней или нижней брыжеечной артерии
	Окклюзия устья брыжеечной артерии в результате расслоения аорты
	Сдавление (проращение) сосудов опухолью
	Перевязка верхней или нижней брыжеечной артерии
294	Для эмболической или тромботической окклюзии 1 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие
	Некроза всего тонкого кишечника и правой половины толстой кишки
	Сегментарного некроза тонкого кишечника

	Тотального некроза тонкой и толстой кишки
	Некроза левой половины толстой кишки
	Некроза начального отдела тонкой кишки
295	Для эмболической или тромботической окклюзии 2 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие
	Субтотального некроза тонкой кишки с сохранением жизнеспособности толстой кишкой
	Сегментарного некроза тонкого кишечника
	Тотального некроза тонкой и толстой кишок
	Некроза левой половины толстой кишки
	Некроза начального отдела тонкой кишки
296	Для эмболической или тромботической окклюзии 3 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие
	Сегментарного некроза тонкой кишки
	Тотального некроза тонкой кишки
	Некроза толстой кишки
	Некроза левой половины толстой кишки
	Субтотального некроза тонкой кишки
297	Для эмболической или тромботической окклюзии нижней брыжеечной артерии характерно развитие
	Тромбоза левой половины толстой кишки
	Сегментарного некроза тонкой кишки
	Некроза всей толстой кишки
	Некроза начального отдела тонкой кишки
	Тотального некроза тонкой и толстой кишки
298	Для тромботической и эмболической окклюзии верхней и нижней брыжеечной артерии характерно развитие

	тотального некроза тонкой и толстой кишки
	некроза тонкого кишечника и правой половины толстой кишки
	некроза толстой кишки
	сегментарного некроза тонкой кишки
	некроза левой половины толстой кишки
299	Методом выбора инструментальной диагностики нарушения мезентериального кровотока является
	КТ- ангиография брюшной полости
	ультразвуковое исследование брюшной полости
	обзорная рентгенография брюшной полости
	МРТ брюшной полости
	лапароскопия
300	Характерным неспецифическим лабораторным признаком мезентериального нарушения кровообращения является
	выраженный лейкоцитоз в общем анализе крови
	тромбоцитопения
	анемии
	повышение уровня гематокрита
	тромбоцитоз
301	Инструментальным признаком окклюзивного нарушения мезентериального кровообращения при КТ-ангиографии брюшной полости является
	симптом "обрыва" артериального сосуда и наличие пустого сосуда дистальнее
	выраженный пневматоз кишечника
	наличие свободной жидкости в брюшной полости
	уменьшение диаметра магистральных сосудов брюшной полости
	утолщение стенок кишки

302	Инструментальны признаком неокклюзионного нарушения мезентериального кровообращения при КТ-ангиографии является
	отсутствие симптома “обрыва” артериального сосуда, спазм висцеральных артерий брюшной полости
	выраженный пневматоз кишечника
	наличие свободной жидкости в брюшной полости
	утолщение стенок тонкой кишки
	наличие пузырьков газа в венозной системе (верхней брыжеечной вены, вены порта)
303	Инструментальным признаком венозного нарушения мезентериального кровообращения является
	утолщение стенок кишки и наличие пузырьков газа в венозной системе
	наличие свободной жидкости в брюшной полости
	симптом “обрыва” артериального сосуда
	выраженный пневматоз кишечника
	признаки спазма висцеральных сосудов
304	Методом выбора в лечение пациентов с окклюзивным нарушением артериального мезентериального кровообращения является
	хирургическая операция
	антикоагулянтная терапия при отсутствии признаков перитонита
	динамическое наблюдение
	активно-выжидательная тактика
	использование мини инвазивных вмешательств
305	Методом выбора в лечение пациентов с венозным нарушением мезентериального кровообращения является
	антикоагулянтная терапия при отсутствии признаков перитонита
	хирургическая операция
	динамическое наблюдение

	использование мини инвазивных вмешательств
	активно-вижидательная тактика
306	Профилактикой развития неокклюзивного нарушения мезентериального кровообращения является
	проведение интенсивной адекватной инфузионной терапии
	проведение антиагрегантной, антикоагулянтной терапии
	проведение терапии вазопрессорными препаратами (норадреналин, адреналин)
	проведение адекватного обезболивания
	проведение антибактериальной терапии
307	При осмотре на дому больной 20 лет с беременностью 38 недель Вы диагностировали илюофеморальный венозный тромбоз. Что следует предпринять в этой ситуации?
	Госпитализировать больную в хирургический стационар и произвести ультразвуковое ангиосканирование для решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике
	Наблюдать больную дома и проводить антикоагулянтную терапию
	Назначить больной строгий постельный режим и спиртовые согревающие компрессы на бедро
	Госпитализировать больную в хирургический стационар и провести интратромбозный катетерный тромболитис
	Госпитализировать в родильный дом для оперативного родоразрешения. После выписки рекомендовать консультацию в Региональном сосудистом Центре для выбора оптимальной тактики лечения венозного тромбоза
308	Укажите наиболее опасное осложнение острого варикотромбофлебита
	Постромбофлебитическая болезнь
	Варикозная болезнь нижних конечностей
	Тромбоз вен голени
	Тромбоэмболия лёгочных артерий
	Окклюзия бедренной вены
309	У больной 50 лет, в течение длительного времени страдающей варикозной болезнью правой нижней конечности, 3 дня назад появились боли в правом бедре. Состояние

	удовлетворительное. По медиальной поверхности бедра от коленного сустава до средней его трети имеется полоса гиперемии и пальпируется плотный, болезненный, шнуровидный тяж. Конечность не отёчна. Симптомы Хоманса и Мозеса – отрицательные. При ультразвуковом ангиосканировании глубокие вены нижних конечностей проходимы, сафено-фemorальное соустье справа без признаков тромбоза. Укажите Вашу лечебную тактику
	Строгий постельный режим, дезагрегантная терапия
	Согревающие компрессы с мазью Вишневского
	Экстренная операция Троянова-Тренделенбурга
	Имплантация кава-фильтра
	Экстренная операция Линтона
310	У больного 60 лет, страдающего ИБС и мерцательной аритмией, внезапно появились боли в правой нижней конечности. При осмотре отмечается выраженный отёк правой голени и бедра. Кожные покровы конечности цианотичны, наблюдается усиление подкожного венозного рисунка. Пальпация зоны сосудистого пучка бедра болезненна. Симптом Хоманса положительный. Пульсация на артериях стопы отчётливая. Поставьте диагноз
	Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз
	Острый тромбоз бедренной артерии
	Острый тромбофлебит большой подкожной вены
	Тромбоэмболия бедренной артерии
	Синдром Лериша
311	Для клинической симптоматики тромбоза подключичной вены характерно всё, кроме
	Усиления венозного рисунка на плече
	Отсутствия пульсации на артериях предплечья
	Цианоза кожных покровов предплечья и плеча
	Умеренных распирающих болей в конечности
	Отёка руки
312	Посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей развивается вследствие
	Тромбоза поверхностных вен

	Варикозного расширения поверхностных вен
	Тромбоза глубоких вен
	Облитерирующего атеросклероза
	Клапанной недостаточности коммуникантных вен
313	Укажите инструментальный метод исследования, имеющий наибольшую диагностическую значимость у больного с подозрением на острый варикотромбофлебит
	Ультразвуковая доплерография
	Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование
	Флебосцинтиграфия
	Легометрия
	Ретроградная илиокавография
314	У больной 42 лет диагностирован флотирующий тромб левой общей подвздошной вены. От имплантации кава-фильтра больная категорически отказалась. Больной проводится консервативное лечение. С каким из назначений Вы не согласны?
	Режим – строго постельный
	Подкожное введение низкомолекулярного гепарина
	Эластическое бинтование нижних конечностей
	Спиртовые согревающие компрессы
	Возвышенное положение левой нижней конечности
315	На основании клинических признаков у больной 20 лет с беременностью 18 недель заподозрен острый тромбоз глубоких вен голени. Для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего лечения оптимальным будет следующий метод исследования
	Мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением
	Ультразвуковое ангиосканирование
	Ретроградная илиокавография
	Допплерография
	Радиоизотопная флебосцинтиграфия

316	Один из клинических симптомов острого подвздошно-бедренного венозного тромбоза указан неверно. Отметьте его
	Отёк всей нижней конечности
	Цианоз кожных покровов конечности, усиление венозного рисунка
	Систолический шум на бедренной вене
	Распирающие боли в голени и бедре
	Болезненность при пальпации паховой области и зоны проекции сосудисто-нервного пучка на бедре
317	Укажите наиболее опасное осложнение сафено-фemorального тромбоза
	Тромбоэмболия лёгочных артерий
	Переход тромбоза на вены мошонки
	Окклюзивный тромбоз бедренной вены
	Нисходящий тромбоз бедренной вены
	Венозная гангрена
318	Определите тактику лечения окклюзивного тромбоза общей бедренной вены
	Перевязка подвздошной вены
	Перевязка нижней полой вены
	Операция Трянова-Тренделенбурга
	Антикоагулянтная терапия, ультразвуковое ангиосканирование в динамике
	Антибактериальная терапия, ультразвуковое ангиосканирование в динамике
319	У больной 25 лет, страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, трое суток назад появился плотный, болезненный тяж по медиальной поверхности с/3 левого бедра и голени с гиперемией кожи над ним. Отёка конечности нет. Укажите правильный диагноз
	Острый варикотромбофлебит малой подкожной вены
	Острый варикотромбофлебит большой подкожной вены
	Болезнь Педжета-Шреттера
	Флотирующий тромб подколенной вены

	Левосторонний илиофemorальный флеботромбоз
320	Больной 50 лет, страдающий варикозной болезнью вен нижних конечностей, жалуется на боли, покраснение и уплотнение по ходу поверхностных вен на левом бедре, которые появились 5 дней назад. Состояние больного удовлетворительное. 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. При ангиосканировании сафено-фemorальное соустье свободно от тромбов, патологии глубоких вен нет. Ваша тактика?
	Строгий постельный режим и антикоагулянтная терапия
	Имплантация кава-фильтра
	Перевязка и пересечение поверхностной бедренной вены тотчас дистальнее места впадения глубокой вены бедра
	Перевязка и пересечение большой подкожной вены тотчас у места впадения в общую бедренную вену
	Наложить спиртовой компресс и повторно выполнить ангиосканирование через 3-5 суток
321	В приёмное отделение поступила женщина 38 лет с отягощённым акушерским анамнезом и беременностью 40 недель. Вы диагностировали илиофemorальный венозный тромбоз. Что следует предпринять в этой ситуации?
	Госпитализировать больную в родильный дом для выполнения кесарева сечения и последующего совместного наблюдения акушера и хирурга
	Наблюдать больную дома и проводить антикоагулянтную терапию до развития родовой деятельности
	Госпитализировать больную в хирургический стационар
	Назначить больной строгий постельный режим и согревающие компрессы на бедро, лечение проводить амбулаторно
	Госпитализировать больную в реанимационное отделение и в экстренном порядке провести тромболизис
322	Укажите наиболее опасное осложнение левостороннего илиофemorального флеботромбоза
	Клапанная недостаточность перфорантных вен с формированием трофической язвы
	Варикозная трансформация подкожных вен
	Распространение тромбоза на вены матки
	Тромбоэмболия лёгочных артерий

	Тромбоз вен левой почки
323	Укажите наиболее опасное осложнение восходящего варикотромбофлебита
	Венозная гангрена
	Тромбоэмболия лёгочных артерий
	Переход тромбоза на перфорантные вены голени
	Окклюзивный тромбоз бедренной вены
	Пристеночный тромбоз подколенной вены
324	Основным методом инструментальной диагностики острого венозного тромбоза является
	Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование
	Биохимический анализ крови
	МРТ нижних конечностей
	Реовазография
	Рентгенография
325	Наиболее информативным в лабораторной диагностике тромбоза глубоких вен будет являться
	Определение уровня D-димера в крови
	Тромбоэластография
	Уровень протромбина
	Уровень печеночных ферментов
	Биохимический анализ крови
326	Минимальная продолжительность антикоагулянтами после впервые возникшего клинически неспровоцированного тромбоза глубоких вен составляет
	6 месяцев
	3 недели
	4 недели

	Пожизненно
	Как получится
327	Флотирующий тромб это
	Тромб с подвижной верхушкой
	Тромб, полностью перекрывающий просвет вены
	Тромб в поверхностных венах
	Пристеночный тромб
	Тромб в глубоких венах голени
328	Синдром Труссо это
	Мигрирующие венозные тромбозы при онкологических заболеваниях
	Мигрирующие венозные тромбозы при хроническом гепатите
	Мигрирующие венозные тромбозы при ВИЧ
	Мигрирующие венозные тромбозы при аутоиммунных заболеваниях
	Мигрирующие венозные тромбозы неизвестного генеза
329	При окклюзивном подвздошно-бедренном венозном тромбозе отекает
	Вся нижняя конечность
	Голень
	Стопа
	Ягодицы
	Только бедро
330	Типичным осложнением тромбоза глубоких вен является
	Тромбоэмболия легочной артерии
	Острое нарушение мозгового кровообращения
	Анемия

	Инфаркт миокарда
	Инфаркт кишечника
331	Тромбоэмболия легочной артерии это
	Одно из осложнений тромбоза глубоких вен
	Исход тромбоза глубоких вен
	Причина тромбоза глубоких вен
	Предвестник тромбоза глубоких вен
	Этап течения тромбоза глубоких вен
332	Симптом Ловенберга это
	Боль в голени при компрессии ее пневматической манжеткой до 150 мм.рт.ст и более
	Боль в голени при тыльном сгибании стопы
	Боль в голени при мануальной компрессии икроножных мышц
	Усиление подкожного венозного рисунка на голени
	Вторичное варикозное расширение вен голени
333	Синдром Педжета-Шреттера – это
	Тромбоз подключичной вены
	Тромбоз подвздошной вены
	Тромбоз глубоких вен голени
	Тромбоз нижней полой вены
	Тромбоз вен передней брюшной стенки
334	Симптом Хоманса – это
	боль в икре при тыльном сгибании стопы
	боль при компрессии голени пневматической манжеткой
	боль при давлении на большеберцовую кость

	усиление подкожного венозного рисунка на голени
	усиление боли при пальпации мышц голени
335	Симптом Мозеса – это
	Боль при мануальной компрессии мышц голени
	боль при компрессии голени пневматической манжеткой
	боли при тыльном сгибании стопы
	боль в голеностопном суставе
	усиление подкожного венозного рисунка
336	Какова основная причина хронической венозной недостаточности нижних конечностей?
	Нарушение венозного возврата из нижних конечностей
	Левожелудочковая недостаточность
	Артериальная гипертония
	Сахарный диабет
	Хроническая легочная недостаточность
337	Факторы, способствующие улучшению кровотока по венам нижних конечностей все, кроме
	Длительный и строгий постельный режим
	Возвышенное положение конечностей
	Занятия подвижными видами спорта
	Плавание
	Пешие прогулки
338	Для диагностики клапанной недостаточности большой подкожной вены используют
	Ультразвуковое доплеровское ангиосканирование
	Аорто-коронарографию
	Велоэргометрию

	Электромиографию
	Пневмогастрографию
339	Для диагностики проходимости глубоких вен используют
	Ультразвуковое доплеровское ангиосканирование
	Аорто-коронарографию
	Велоэргометрию
	Электромиографию
	Пневмогастрографию
340	Для обнаружения недостаточных перфорантных вен используют
	Ультразвуковое доплеровское ангиосканирование
	Аорто-коронарографию
	Велоэргометрию
	Электромиографию
	Пневмогастрографию
341	Где обычно находится место слияния большой подкожной вены с общей бедренной?
	На уровне паховой складки
	Выше паховой складки
	На 10 см ниже паховой складки
	В средней трети бедра
	В нижней трети бедра
342	Трофические нарушения тканей при варикозной болезни нижних конечностей характеризуются
	Бурой индурацией кожи, сухой и влажной экземой, трофическими язвами
	Гипертрофией и удлинением пораженной конечности, гипертрихозом
	Похолоданием, трофическими нарушениями на нижних конечностях

	Наличием сосудисто-пигментных пятен на коже нижних конечностей
	Гангреной пальцев стопы
343	Флебосклерозирующая терапия варикозных вен это
	Введение в просвет вены веществ, вызывающих асептическое воспаление с последующей облитерацией их просвета
	Электрокоагуляция варикозных вен
	Лазерная коагуляция варикозных вен
	Механическое разрушение варикозных вен
	Замораживание варикозных вен жидким азотом
344	Операция Троянова-Тренделенбурга это
	Перевязка большой подкожной вены в месте слияния с общей бедренной веной
	Удаление большой подкожной вены с помощью зонда
	Удаление варикозных притоков большой подкожной вены
	Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантов
	Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантов
345	Операция Линтона это
	Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен в зоне трофических нарушений
	Удаление большой подкожной вены с помощью зонда
	Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен
	Удаление варикозных притоков большой подкожной вены
	Высокая перевязка большой подкожной вены
346	Операция Нарата это
	Удаление варикозных притоков из отдельных разрезов с туннелированием между ними
	Перевязка большой подкожной вены у устья

	Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен
	Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен под трофической язвой
	Восстановление клапанов глубоких вен
347	Операция Бебкокка это
	Удаление ствола большой подкожной вены на зонде
	Перевязка большой подкожной вены у устья
	Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен
	Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен под трофической язвой
	Восстановление клапанов глубоких вен
348	Посттромботическая болезнь нижних конечностей характеризуется
	Разрушением клапанного аппарата глубоких вен
	Разрушением клапанного аппарата поверхностных вен
	Переменяющейся хромотой
	Окклюзией артерий нижних конечностей
	Гипертрофией нижней конечности
349	Симптом Гаккенбруха-Сикара – это
	Ощущение толчка во время кашля при пальпации сафено-фemorального соустья
	Появление болей в нижней конечности при длительной ходьбе
	Уменьшение в размерах варикозных вен после поднятия нижней конечности
	Болезненность при пальпации икроножных мышц
	Отсутствие пульсации брюшной аорты
350	Ангиографическими признаками облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей является все перечисленное, кроме
	Изъеденности контура артерии
	Неравномерного сужения магистральных сосудов

	Кальциноза артерии
	Равномерного конического сужения магистральной артерии с ровными контурами и ее обрыва с плохо развитыми коллатеральями
	Крупных прямых, хорошо развитых коллатералей
351	Оптимальным материалом для бедренно-подколенного шунта при атеросклеротической окклюзии бедренной артерии является
	Синтетический протез
	Аутовена
	Алловена
	Вена пупочного канатика
	Аллоартерия
352	При эмболии бедренной артерии, ишемии конечности ПБ степени, методом выбора является
	Тромболитическая терапия стрептазой
	Антикоагулянтная терапия
	Экстренная операция тромбэмболэктомия
	Первичная ампутация конечности
353	При облитерирующем тромбангите с окклюзией всех магистральных артерий голени, но при хороших компенсаторных возможностях коллатералей, методом выбора будет
	Консервативная терапия
	Первичная ампутация голени
	Операция бедренно-подколенного шунтирования
	Операция бедренно-тибиального шунтирования
	Операция артериоэктомия
354	При облитерирующем атеросклерозе в первую очередь поражаются
	Большеберцовые артерии

	Подколенная артерия
	Бедренная артерия
	Подвздошные артерии
	Артерии стопы
355	Современной теорией объясняющей этиологию облитерирующего тромбангита является
	Никотиновая
	Эндокринная
	Инфекционно-аллергическая
	Кортико-висцеральная
	Тромбогенная
356	Симптомы окклюзии бедренной артерии все, кроме
	Отсутствия пульсации
	Похолодания конечности
	Гиперемии конечности
	Потери чувствительности в конечности
	Боли в конечности
357	Для синдрома Такаясу нехарактерно
	Исчезновение пульса на верхних конечностях
	Исчезновение пульса на нижних конечностях
	Писчий спазм
	Головокружение и головные боли
	Ухудшение зрения вплоть до полной слепоты
358	При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы необходимо
	Произвести множественные разрезы кожи стопы

	Срочно произвести ампутацию бедра
	Произвести шунтирование артерий
	Продолжить мероприятия, направленные на перевод влажной гангрены в сухую
	Проводить массивную антибиотикотерапию
359	Симптомом плантарной ишемии характерен для
	Постфлебитического синдрома
	Болезни Рейно
	Варикозного расширения поверхностных вен
	Хронической венозной недостаточности
	Облитерирующего атеросклероза
360	При облитерирующем тромбангите отмечаются следующие патологические изменения в артериях, кроме
	Нарушения местной нейрорефлекторной реакции
	Спазма артерии
	Ишемии артериальной стенки
	Пролиферации соединительнотканых элементов стенки сосуда
	Атероматоза в просвете сосуда
361	Для облитерирующего эндартериита характерно все из перечисленного, кроме
	Переменяющейся хромоты
	Ослабления периферической артериальной пульсации
	Трофических расстройств на пораженной конечности
	Варикозного расширения вен на пораженной конечности
	Молодого возраста больного
362	Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей проявляется всем, кроме
	Облысения конечности

	Деформации ногтей
	Атрофии кожи
	Атрофии мышц
	Пигментации кожи
363	Укажите 1-ю стадию болезни Рейно:
	Ангиопаралитическая
	Ангиоспастическая
	Трофопаралитическая
	Некротическая
364	При облитерирующем тромбангите наиболее часто поражаются:
	Дуга аорты и брахиоцефальный ствол
	Грудной отдел аорты
	Бифуркация аорты
	Бедренная артерия
	Артерии голени
365	Фазы течения облитерирующего эндартериита все, кроме
	Дистрофии нервных окончаний
	Спазма магистральных сосудов
	Развития соединительной ткани во всех слоях стенки артериальных стволов
	Полной облитерация сосудов или их тромбирования
	Фазы дилатации магистральных сосудов
366	Заболеванию облитерирующим тромбангитом подвержены преимущественно
	Женщины в возрасте 18 – 35 лет
	Мужчины в возрасте 18 – 35 лет

	В равной степени мужчины и женщины до 40 лет
	В равной степени мужчины и женщины старше 40 лет
	Мужчины старше 40 лет
367	Ранними симптомами облитерирующего эндартериита являются все, кроме
	Повышенной зябкости ног
	Некрозов пальцев стопы
	Трофических нарушений ногтей пальцев стопы
	Исчезновения волосяного покрова ног
368	Синдром Лериша – это
	Брахиоцефальный неспецифический артериит
	Атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты
	Капилляроскопия дистальных отделов конечности
	Мигрирующий тромбангит
	Окклюзия нижней полой вены
369	Для уточнения причины и уровня артериальной непроходимости наиболее информативным методом исследования является
	Сфигмография
	Реовазография
	Аорто-артериография
	Определение транскутанного напряжения кислорода
	Термография
370	Консервативное лечение больных с облитерирующим тромбангитом (эндартериитом) следует проводить
	В течение одного месяца один раз в год
	Круглогодично

	В стадии обострения
	Как правило, два раза в стационаре и поддерживающая терапия круглогодично
	Сезонная терапия
371	Болезнь Бюргера отличается от облитерирующего эндартериита
	Дистальным поражением артериального русла
	Преимущественным поражением проксимального сегмента артерий нижних конечностей
	Диффузным поражением всего артериального русла нижних конечностей
	Дистальным поражением артерий нижних конечностей в сочетании с мигрирующим тромбофлебитом в поверхностных венах
	Принципиального отличия нет
372	В комплекс консервативного лечения облитерирующего эндартериита (тромбангита) должны входить
	Гипербарическая оксигенация
	Гемосорбция
	Лазерное облучение крови
	Плазмаферез
	Все перечисленное
373	При операции протезирования сосудов накладываются анастомозы
	«Конец в конец»
	«Конец в бок»
	Анастомозируются с помощью протезной надставки
	Дополнительно накладывается артерио-венозная фистула
	Дополнительно выполняется операция на периферической нервной системе
374	При облитерирующем тромбангите отмечаются следующие патологические изменения в артериях, кроме
	Нарушения местной нейрорефлекторной реакции

	Спазма артерий
	Ишемии артериальной стенки
	Пролиферации соединительнотканых элементов стенки сосуда
	Атероматоза в просвете сосуда
375	Для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен используется проба
	Трехжгутовая (Шейниса)
	Маршевая (Дельбе-Пертеса)
	Троянова-Тренделенбурга
	Пратта
	Оппеля
376	Все перечисленные факторы усиливают варикозное расширение вен нижних конечностей, кроме
	Беременности
	Тромбофлебита
	Потери веса
	Асцита
	Опухоли брюшной полости
377	Варикозное расширение вен нижних конечностей, проявляется
	Отеками
	Гиперпигментацией кожи голеней
	Образованием язв на голенях
	Дерматитом
	Всем названным
378	Факторы, участвующие в развитии варикозной болезни нижних конечностей все, кроме
	Затруднения оттока крови из венозной системы нижних конечностей

	Сброса крови из глубоких вен в поверхностные через перфоранты
	Относительной клапанной недостаточности глубоких вен
	Системной артериальной гипертензии
	Несостоятельности остальных клапанов
379	С помощью какого метода можно оценить состояние глубоких вен нижних конечностей при варикозной болезни?
	Ультразвуковой доплерографии
	Реовазографии
	Радиоиндикацией с меченым фибриногеном
	Капилляроскопии
	Сфигмографии
380	Факторы, способствующие улучшению венозного кровотока в низких конечностях в послеоперационном периоде все, кроме
	Раннего вставания
	Бинтования голени эластичными бинтами
	Возвышенного положения конечностей
	Длительного и строгого постельного режима
	Сокращения икроножных мышц
381	К осложнениям варикозной болезни относится все, кроме
	Экземы и дерматита
	Индурации подкожной клетчатки
	Трофических язв
	Тромбофлебита
	Слоновости
382	Целью эластической компрессии нижних конечностей в послеоперационном периоде является

	Необходимость профилактики лимфостаза
	Ускорение кровотока по глубоким венам
	Замедление кровотока по глубоким венам
	Профилактика трофических расстройств
	Необходимость воздействия на артериальный кровоток
383	Что следует предпринять при обильном кровотечении из разорвавшегося варикозного узла на голени?
	Прижать бедренную артерию
	Наложить жгут
	Наложить давящую повязку
	Внутримышечно ввести викасол
	Внутривенно перелить фибринолизин
384	Причины, которые способствуют развитию тромбоза все, кроме
	Наличия инфекции
	Повышения свертываемости крови
	Понижения реактивности организма
	Замедления тока крови по венам
	Нарушения целостности стенки сосуда
385	Укажите наиболее опасное осложнение тромбоза глубоких вен нижних конечностей
	Трофическая язва голени
	Эмболия легочной артерии
	Флебит варикозных узлов
	Облитерация глубоких вен
	Слоновость
386	Посттромботическая болезнь нижних конечностей является следствием

	Тромбоза поверхностных вен
	Варикозного расширения поверхностных вен
	Тромбоза глубоких вен голени и бедра
	Перевязки большой подкожной вены
	Тромбоза магистральных артерий
387	Функциональные пробы, которые используются для выявления недостаточности клапанов поверхностных и перфорантных вен нижних конечностей все, кроме
	Пробы Троянова-Тренделенбурга
	Симптома кашлевого толчка Гаккенбруха-Сикара
	Маршевой пробы Дельбе-Пертеса
	Трехжгутовой пробы
	Пробы Пратта с двумя эластическими бинтами
388	Для острого тромбофлебита поверхностных вен характерно все, кроме
	Болезненности по ходу вены
	Пальпаторного уплотнение по ходу вены
	Гиперемии кожи
	Выраженного отека конечности
	Повышения температуры тела
389	Назовите основные патологические гемодинамические факторы лежащие в основе посттромботической болезни нижних конечностей
	Окклюзия артерии
	Механическая преграда на пути тока крови в глубоких венах
	Ускоренный ток крови в глубоких венах
	Рассыпной тип подкожной венозной сети
	Системная артериальная гипертензия

390	Наиболее частой причиной тромбоэмболии легочной артерии является
	Инфекционный эндокардит
	Варикозное расширение вен пищевода
	Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей
	Мерцательная аритмия
	Перелом шейки бедра
391	Чем обусловлен эффект мышечно-венозной «помпы» нижней конечности?
	Мышечной массой
	Наличием клапанного аппарата у вен нижней конечности
	Присасывающим действием диафрагмы таза
	Двойной системой вен
	Изгибом вен голени
392	В чем заключается сущность метода перевязки коммуникантных вен по способу Коккета?
	В надфасциальной перевязке коммуникантных вен
	В резекции коммуникантных вен
	В подфасциальной перевязке коммуникантных вен
	В над- и подфасциальной перевязке коммуникантных вен
	В прошивании коммуникантных вен
393	Какой способ хирургической профилактики легочной эмболии показан при наличии флотирующего тромба в инфраренальном отделе нижней полой вены?
	Имплантация кава-фильтра
	Тромбэктомия из нижней полой вены
	Пликация нижней полой вены под почечными венами
	Перевязка нижней полой вены
	Прошивание нижней полой вены механическим швом

394	В классическую триаду тромбообразования Virхова входит
	Замедление тока крови в сосудистом русле
	Наличие патологических артерио-венозных фистул
	Электролитные нарушения крови
	Некротические изменения мягких тканей
	Снижение насыщения крови кислородом
395	Причиной диабетической гангрены могут быть все перечисленные факторы, кроме
	Микротравм
	Гипогликемии
	Вросшего ногтя
	Отморожения
	Инфицированной мозоли
396	Для периферической диабетической нейропатии характерно все перечисленное, кроме
	Снижения сухожильных рефлексов
	Снижения силы мышц в кистях и стопах
	Гиперестезии
	Болезненности икроножных мышц при сдавлении
	Снижения температурной, болевой и вибрационной чувствительности
397	Диабетическая микроангиопатия характеризуется всем перечисленным, кроме
	Утолщения базальных мембран
	Пролиферации эндотелия
	Дегенеративных изменений в эндотелиальных клетках
	Истончения базальных мембран
398	Сахарный диабет (СД) какого типа является инсулинонезависим?

	СД I типа
	СД II типа
399	Гнойные осложнения синдрома диабетической стопы включают в себя
	Гнойно-некротические раны
	Флегмоны подошвенных пространств
	Гнойные остеоартриты
	Сухие и влажные гангрены
	Все ответы правильные
400	Тендовагинит – это
	Воспаление сухожилия и сухожильного влагалища
	Воспаления подкожной клетчатки
	Воспаление мышц
	Воспаление суставов
	Воспаление слизистой оболочки
401	При наличии гангрены пальцев стопы и восходящего тендовагинита на голени у больного с синдромом диабетической стопы рекомендуется выполнение следующего алгоритма лечения: 1) обследование больного и его подготовка к экстренной операции; 2) тендэктомия в нижней трети голени, ампутация переднего отдела стопы; 3) перевод 1 фазы раневого процесса во 2-ую фазу; 4) закрытие раневого дефекта; 5) санация послеоперационных ран
	1, 2, 3, 4, 5
	1, 3, 4, 2, 5
	1, 2, 5, 3, 4
	1, 2, 5, 4, 3
	1, 2, 4, 3, 5
402	Лечение больных с поздними осложнениями синдрома диабетической стопы должно включать

	Оперативное лечение, инсулинотерапию, антибактериальную, антиагрегантную терапию
	Инсулинотерапию, инфузионную, антибактериальную терапию
	Оперативное лечение, инсулинотерапию, инфузионную, антиагрегантную терапию
403	Чего должен избегать больной диабетом, входящий в группу риска?
	Ходьбы босиком
	Ходьбы в обуви на тонкой подошве
	Ходьбы дома в носках
	Носить закрытую обувь
	Носить ортопедическую обувь
404	Какой формы синдрома диабетической стопы не существует?
	Нейропатической
	Ишемической
	Нейро-ишемической
	Язвенной
	Все формы существуют
405	Поражение магистральных артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом носит название
	Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей у больных сахарным диабетом
	Диабетическая микроангиопатия
	Хроническое облитерирующее заболевание артерий нижних конечностей
	Диабетическая макроангиопатия
	диабетическая нейропатия
406	К субъективным признакам хронической ишемии стопы не относится
	«Замерзание» стоп при низких температурах

	Боли в стопах и голених при горизонтальном положении ног
	Боли в икроножных мышцах при длительной ходьбе
	Симметричные отеки на стопах и голених
	Парестезии
407	Наличие хронической критической ишемии признается при появлении хотя бы одного из следующих признаков. Укажите неверный признак
	Постоянные ишемические боли в покое, требующие регулярного обезболивания в течение более чем 2-х недель
	Наличие язвы или гангрены на фоне снижения систолического давления на тиббиальных артериях менее 50 мм рт. Ст., пальцевых артериях менее 30 мм рт. Ст.
	Наличие лодыжечно-плечевого индекса менее 0,5
	Постоянные ишемические боли в покое, требующие регулярного обезболивания в течение более чем 1 месяца
408	Укажите клинический признак не характерные для ишемической язвы
	Язва покрыта сухим черным струпом
	Не определяется пульсация на тыльной артерии стопы и задней большеберцовой артерии
	Кожная температура не изменена
	Резкая болезненность при пальпации
	Болезненность при движении
409	Для выявления диабетической нейропатии не применяется
	Градуированный камертон 128 Гц
	Набор монофиламентов
	Тупая игла
	Перкуссионный молоток
	Фонендоскоп
410	Укажите клинический признак не характерный для нейропатической язвы

	Снижена тактильная чувствительность на стопе
	Снижена болевая чувствительность на стопе
	Определяется пульсация на тыльной артерии стопы
	Резкая болезненность при пальпации
	Кожная температура не изменена
411	Укажите правильную тактику лечения пациента с нейро-ишемической формой синдрома диабетической стопы, осложненной развитием инфицированной потертости в пяточной области и распространенной эритематозной формой рожи голени и стопы
	Лечение амбулаторное у инфекциониста
	Лечение амбулаторное у хирурга
	Лечение в гнойном хирургическом отделении или отделении хирургической инфекции
	Тактика зависит от общего состояния пациента
	Необходимости в лечении нет
412	Выберите наилучший способ удаления некроза при синдроме диабетической стопы
	Химическая некрэктомия (сухие протеолитические ферменты, дальцекс-трипсин)
	Применение кератолитических мазей
	Иссечение некроза в условиях перевязочной
	Хирургическая некрэктомия под местной анестезией в операционной
	Хирургическая некрэктомия под наркозом в операционной
413	Укажите показания к ангиохирургическому вмешательству при синдроме диабетической стопы
	Склероз Менкенберга
	Диабетическая нейропатия
	Гемодинамически не значимый стеноз артерий конечностей
	Гемодинамически значимый стеноз артерий конечностей (критическая ишемия)
	Гангрена конечности

414	Основная причина развития панариция
	Нарушение чувствительности кожи
	Снижение иммунитета
	Микротравма кожного покрова
	Ожог кисти
	Ушиб кисти
415	Укажите признаки подкожного панариция
	Отсутствие возможности движения в межфаланговых суставах
	Болезненность по всей внутренней поверхности пальца
	Отек и локальная болезненность строго в проекции очага
	Гиперемия и равномерный отек всего пораженного пальца
	Отслойка ногтевой пластинки гноем
416	Укажите сроки появления рентгенологических признаков костных изменений на фоне безуспешного лечения подкожного панариция
	3 – 4 сутки
	первая неделя
	2 – 3 недели
	4 – 5 недель
	Через 1,5 месяца
417	Дайте определение понятия «пандактилит»
	Гнойное воспаление ногтя
	Гнойное воспаление околоногтевого ложа
	Гнойное воспаление сухожильного влагалища
	Гнойное воспаление кости фаланги пальца
	Гнойное воспаление всех тканей пальца

418	Дайте определение понятия «суставной панариций»
	Воспаление всех тканей пальца
	Гнойное воспаление межфалангового сустава
	Гнойное воспаление пястно-запястного сочленения
	Воспаление фаланги
	Воспаление костей запястья
419	Укажите форму панариция, часто приобретающую хроническое течение
	Подногтевой
	Костный
	Подкожный
	Эризипеллоид
	Внутрикожный
420	Укажите внешний вид пальца при суставном панариции
	Веретенообразное утолщение
	Сгибательная контрактура пальца
	Яркая гиперемия и отек пальца
	Булавовидное утолщение дистальной фаланги
	Распространенный некроз тканей пальца
421	Дайте определение понятия «паронихия»
	Воспаление всех тканей пальца
	Воспаление околоногтевого ложа
	Воспаление ногтевого ложа
	Воспаление тканей сухожилий пальца
	Воспаление со стороны суставов пальца

422	Укажите внешний вид пальца при костном панариции
	Веретенообразное утолщение
	Сгибательная контрактура пальца
	Яркая гиперемия и отек пальца
	Булавовидное утолщение дистальной фаланги
	Распространенный некроз тканей пальца
423	В чем опасность подкожного панариция ногтевой фаланги?
	В развитии костного панариция
	В развитии глубокой флегмоны кисти
	В развитии поверхностной флегмоны кисти
	В развитии флегмоны предплечья
	В развитии флегмоны плеча
424	Укажите клинический признак паронихии
	Выделение гноя из-под ногтевого валика
	Равномерный отек и гиперемия ногтевой фаланги
	Гнойный свищ
	Сгибательная контрактура пальца
	Разгибательная контрактура пальца
425	Укажите признаки сухожильного панариция
	Булавовидное утолщение средней фаланги
	Полусогнутое вынужденное положение пальца при невозможности его разгибания
	Утолщение суставов, их болезненность
	Гиперемия и отек одной из фаланг пальцев
	Локальная болезненность одной из фаланг

426	В чем опасность сухожильного панариция, расположенного на V пальце?
	В возникновении суставного панариция
	В развитии флегмоны глубокого (Пироговского) пространства предплечья
	В возникновении рожи конечности
	В переходе воспаления на тыл кисти
	В развитии тромбофлебита
427	Укажите форму панариция, которая может осложниться флегмоной пространства Пирогова
	Сухожильный
	Костный
	Суставной
	Подкожный
	Кожный
428	Укажите локализацию сухожильного панариция, при котором возникает опасность перехода гнойного процесса на предплечье
	I палец
	II палец
	III палец
	IV палец
	II – IV пальцы
429	Опишите характер болей при панариции
	Тупая, не интенсивная
	Периодически стихающая
	Постоянная, пульсирующая
	Чувство жжения
	Парестезии

430	Выберите признак, указывающий на необходимость оперативного лечения панариция
	Отек и гиперемия
	Высокая температура
	Пульсирующая боль и бессонная ночь
	Уплотнение тканей
	Нарушение функции
431	Выберите оптимальный метод обезболивания при подкожном панариции
	Внутривенный наркоз
	Местная инфильтрационная анестезия
	Проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу
	Эндотрахеальный наркоз
	Проводниковая анестезия по Куленкампфу
432	Каковы принципы дренирования при панариции?
	Дренирование резиновой трубкой или полоской
	Дренирование марлевыми тампонами
	Мазевые повязки
	Присыпание раны аскорбиновой кислотой
	Ушивание раны
433	Укажите характерный признак флегмоны срединного ладонного пространства
	Флюктуация области предполагаемого скопления гноя
	Выбухание центральной части ладони
	Просвечивание гноя под кожей в дистальной части ладони
	Безболезненный инфильтрат на кисти
	Ограничение разгибания кисти

434	Укажите путь распространения гнойного процесса кисти с ладонного пространства на тыльное
	Лимфогенный
	Гематогенный
	По ходу сухожильный влагалищ
	По ходу артериальных дуг
	По каналам червеобразных мышц
435	«Запретная» зона для проведения разрезов на кисти
	Внутренняя поверхность тенара
	Середина ладони
	Внутренняя поверхность гипотенара
	Проекция головок пястных костей
	Наружная поверхность тенара
436	В чем опасность разреза в «запретной» зоне кисти?
	В повреждении сухожилия сгибателя I пальца
	В повреждении поверхностной артериальной дуги
	В повреждении ветви срединного нерва
	В распространении гноя на глубокие пространства кисти
	В распространении гноя на предплечье
437	Что надо делать при флегмоне мягких тканей в стадии размягчения?
	Положить холод (гипотермия)
	Выполнить широкий разрез и дренирование
	Произвести пункцию с последующим бактериологическим исследованием
	Наложить согревающий компресс
	Выполнить обкалывание раствором новокаина с антибиотиками

438	Панариций в форме «запонки» - это
	Сухожильный панариций с распространением процесса на кисть
	Подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис
	Паронихия
	Костный панариций с распространением процесса на сустав
	Суставной панариций
439	Какие кровотечения различают по анатомической классификации?
	Первичные, вторичные
	Скрытые внутренние, скрытые наружные
	Артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные
	Ранние, поздние
	Наружные, внутренние
440	Какие кровотечения различают по клиническим проявлениям?
	Септические, аррозивные
	Артериальные, венозные, капиллярные
	Ранние, поздние
	Наружные, внутренние
	Первичные, вторичные
441	Какие кровотечения различают по времени появления?
	Первичные, вторичные ранние, вторичные поздние
	Длительные, недлительные
	Профузные, интенсивные, неинтенсивные
	Острые, хронические, рецидивирующие
	Остановившиеся, продолжающиеся

442	Что такое гематома?
	Скопление крови, ограниченное тканями
	Кровоизлияние в паренхиматозные органы
	Скопление крови в полости сустава
	Пропитывание кровью мягких тканей
	Скопление крови в плевральной или брюшной полости
443	На какие группы делятся симптомы кровотечения?
	Местные, общие
	Явные, скрытые
	Наружные, внутренние
	Первичные, вторичные
	Единичные, множественные
444	Дайте наиболее полный правильный ответ: опасность кровотечения заключается в развитии
	Шока, коллапса, анемии, сдавления жизненно важных органов
	Шока, коллапса, истинной аневризмы
	Шока, анемии, лейкопении
	Коллапса, нарушения функции органа, асфиксии
	Анемии, лейкоцитоза, ацидоза
445	Истинная аневризма – это
	Патологическое выпячивание стенки сердца или сосуда
	Разрыв сосудистой стенки с образованием гематомы
	Расслоение стенки артерии
	Расположение артерии внутри гематомы
	Расширение вены

446	На какие основные группы делятся все способы остановки кровотечений?
	Временные, окончательные
	Физические, химические
	Механические, биологические
	Надежные, ненадежные
	Доврачебные, врачебные
447	Временный гемостаз осуществляется
	Лигированием сосуда в ране
	Наложением сосудистого шва
	Протезированием сосуда
	Давящей повязкой, жгутом, пальцевым прижатием
	Диатермокоагуляцией
448	Непрерывное максимальное по продолжительности время наложения жгута на нижнюю конечность зимой составляет
	3 часа
	4 часа
	1,5 часа
	2 часа
	0,5 часа
449	Назовите фазы компенсации кровопотери
	Предохранительная, компенсаторная
	Полная, частичная
	Первичная, вторичная
	Естественная, искусственная
	Субкомпенсация, декомпенсация

450	В каком ответе наиболее полно перечислены способы окончательной остановки кровотечения?
	Механический, биологический, этиологический
	Физический, химический, биологический, смешанный
	Механический, физический, химический, биологический
	Механический, физический, патогенетический
	Химический, термический, смешанный
451	Сосудистый шов в целях гемостаза накладываемся при повреждении
	Капилляров
	Артериол
	Венул
	Любых сосудов
	Магистральных сосудов
452	Укажите метод окончательного гемостаза при ранении аорты
	Перевязка сосуда в ране
	Сосудистый шов
	Наложение кровоостанавливающего зажима
	Тампонада раны
	Перевязка сосуда на протяжении
453	Что такое группа крови по системе АВ0?
	Набор лейкоцитарных антигенов
	Сывороточные белки
	Набор эритроцитарных антигенов
	Набор приобретенных антител
	Набор иммунных антител

454	Как называется реакция антиген–антитело при определении резус-фактора крови?
	Псевдоагглютинация
	Панагглютинация
	Изоагглютинация
	Гетероагглютинация
	Гомоагглютинация
455	Какой необходим температурный режим (в градусах по Цельсию) при определении группы крови по системе АВО?
	5 – 8
	12 – 14
	15 – 25
	26 – 38
	46 – 48
456	Во время определения группы крови по системе АВО может наблюдаться панагглютинация при
	Добавлении изотонического раствора натрия хлорида
	Несоблюдении температурного режима
	Использовании сывороток с истекшим сроком годности
	Гемолизе крови
	Повышенном содержании ионов кальция в тестовых реактивах
457	Причиной аутоагглютинации при определении группы крови может быть
	Слабая агглютинабельность эритроцитов
	Неправильное соотношение объемов сыворотки и крови
	Несоблюдение температурных условий реакции
	Повышенное содержание ионов кальция в тестовых реактивах
	Сенсибилизация эритроцитов аутоантигенами

458	Забор крови для определения совместимости по системе АВО и резус-фактору производится из
	Пальца на предметное стекло
	Вены в меланжер
	Пальца на предметное стекло с добавлением натрия цитрата
	Вены в сухую пробирку
	Вены в пробирку с изотоническим раствором натрия хлорида
459	При переливании группа крови
	Проверяется перед первой гемотрансфузией
	Проверяется перед каждой гемотрансфузией
	Не проверяется, достаточно данных в паспорте
	Не проверяется, достаточно данных в истории болезни
	Не проверяется, достаточно данных анамнеза
460	При переливании крови больным, находящимся в состоянии наркоза
	Пробы на совместимость проводятся в полном объеме
	Не проводится биологическая проба
	Проводится только биологическая проба
	Определяется совместимость только по системе АВО
	Определяется совместимость только по резус-фактору
461	Гемотрансфузионный и акушерский анамнезы перед переливанием крови позволяют
	Предотвратить возможные гемотрансфузионные осложнения
	Экстренно подобрать донорскую кровь
	Определить резус-принадлежность и группу крови больного
	выявить наследственные заболевания
	оформить историю болезни

462	Укажите допустимые методы гемотрансфузии
	внутривенные, внутриартериальные, внутрикостные
	подкожные, внутривенные, внутриартериальные
	внутривенные, перидуральные, энтеральные
	внутривенные, подкожные, эндолимфатические
	внутриартериальные, внутрикостные, эндотрахеальные
463	Как поступают с флаконом, освободившимся после переливания крови и ее компонентов?
	Его моют и сдают в лабораторию
	Выбрасывают
	Оставляют 10 – 15 мл крови во флаконе и хранят двое суток
	Оставляют 10 – 15 мл крови во флаконе и хранят 30 суток
	Оставляют 10 – 15 мл крови во флаконе и хранят до выписки больного
464	Какие реципиенты относятся к категории опасных из-за возможности возникновения гемотрансфузионных осложнений?
	Перенесшие переливание крови
	Перенесшие инфекционное заболевание
	Страдающие злокачественными заболеваниями
	Страдающие заболеваниями крови
	Такой категории реципиентов нет
465	Какие особенности имеет кровь новорожденных?
	Слабо выражены агглютинины
	Слабо выражены агглютиногены, отсутствуют агглютинины
	Слабо выражены агглютинины и агглютиногены
	Особенностей нет
	Резко снижена резистентность эритроцитов

466	В исключительных случаях допустимо переливание крови 0(I) группы реципиентам с кровью других групп, но количество переливаемой крови не должно быть более
	100 мл
	200 мл
	300 мл
	400 мл
	500 мл
467	Бедренные грыжи чаще встречаются
	У мужчин пожилого возраста
	У многорожавших женщин
	У женщин нерожавших
	У юношей
	У детей
468	Для скользящей паховой грыжи с выходом мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме
	Наличия болей в надлобковой области
	Наличия грыжевого выпячивания в паховой области
	Учащенного мочеиспускания и прерывность его, резей в мочеиспускательном канале
	Позывов на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
	Наличия положительного симптома Мейо-Робсона
469	Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны
	С бедренной артерией
	С бедренной веной
	С Куперовской связкой
	С бедренным нервом

	С Пупартовой связкой
470	К оперативным методам лечения прямой паховой грыжи относится операция
	По Бассини
	По Мартынову
	По Руджи
	По Жирару-Спасокукоцкому
	По Ру
471	При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции
	По Мейо
	По Лексеру
	По Сапежко
	По Кину
	По Терье-Черни
472	Шейка мешка бедренной грыжи расположена
	Впереди круглой связки
	Медиальнее бедренных сосудов
	Латеральнее бедренных сосудов
	Позади бедренных сосудов
	Медиальнее Купферовской связки
473	При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть
	К трансиллюминации и пальпации
	К пункции
	К перкуссии

	К аускультации
	К пальцевому исследованию прямой кишки
474	Грыжевым мешком врожденной паховой грыжи является
	Париетальная брюшина
	Брыжейка кишки
	Влагалищный отросток брюшины
	Висцеральная брюшина
	Поперечная фасция и предбрюшинная жировая клетчатка
475	Выберите основной признак скользящей грыжи
	Выходит в поясничной области
	Выходит между мышцами
	Одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной
	Выходит через лакунарную связку
	Стенкой грыжевого мешка является париетальная брюшина
476	Укажите признак, не характерный для косой паховой грыжи
	Грыжевое выпячивание имеет овальную форму
	Грыжевое выпячивание может спускаться в мошонку
	Грыжа может быть врожденной
	Грыжа бывает двухсторонней
	Одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной
477	Вентральная грыжа это
	Внедрение тонкой кишки в толстую
	Выхождение внутренних органов через естественные отверстия наружу
	Выхождение покрытых брюшиной внутренних органов через отверстия брюшной стенки под кожу

	Выхождение внутренних органов через разрыв передней брюшной стенки в рану
	Расхождение прямых мышц живота
478	Обязательными компонентами истинной грыжи являются
	Грыжевые ворота, грыжевой мешок, семенной канатик
	Грыжевые ворота, грыжевой мешок, яичко
	Грыжевые ворота, грыжевой мешок из париетальной брюшины, грыжевое содержимое
	Грыжевые ворота, грыжевой мешок, тонкая кишка
	Сальник, грыжевой мешок, грыжевое содержимое
479	Симптом кашлевого толчка это
	Появление кашля при толчкообразной пальпации грыжи
	Западение грыжевого выпячивания при ее пальпации во время кашля
	Самопроизвольное вправление грыжи после серии кашлевых движений
	Появление болезненности в области грыжи при кашле больного
	Ощущение толчка во время кашля при пальпации грыжевых ворот
480	При неосложненной наружной брюшной грыже следует рекомендовать
	Плановое оперативное лечение
	Экстренную операцию
	Ношение бандажа
	Склеротерапию
	Физиотерапевтическое лечение
481	Бедренная грыжа располагается
	Под паховой связкой
	Над паховой связкой
	Под верхней ветвью лобковой кости

	В запирательном канале
	В паховом канале
482	По анатомическому признаку выделяют грыжи
	Неосложненные, ущемленные, невправимые
	Врожденные, приобретенные
	Бессимптомные, симптомные
	Рецидивные, послеоперационные
	Паховые, бедренные, пупочные
483	По этиологическому признаку выделяют грыжи
	Паховые, бедренные, пупочные
	Неосложненные, ущемленные, невправимые
	Врожденные, приобретенные, рецидивные, послеоперационные
	Бессимптомные, симптомные
	Паховые, бедренные, пупочные
484	По клиническому течению выделяют грыжи
	Паховые, бедренные, пупочные
	Неосложненные, осложненные
	Врожденные, приобретенные, рецидивные, послеоперационные
	Бессимптомные, симптомные
485	Грыжевой мешок это
	Выпячивание кишечной стенки
	Выпячивание париетальной брюшины
	Выпячивание висцеральной брюшины
	Дефект в мышечно-апоневротическом слое

	Внутренние органы, выходящие через грыжевые ворота
486	При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме
	Тонкой кишки и Меккелева дивертикула
	Сигмовидной кишки и сальника
	Слепой кишки и червеобразного отростка
	Маточной трубы и яичника
	Желчного пузыря и желудка
487	Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются
	Со слизистого слоя
	С подслизистого слоя
	С мышечного слоя
	С субсерозного слоя
	С серозного слоя
488	К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся
	Бедренные
	Косые паховые
	Пупочные
	Грыжи белой линии живота
	Прямые паховые
489	Грыжа, при которой ущемляется только часть стенки кишки, называется грыжей
	Клоке
	Рихтера
	Литтре

	Гессельбаха
	Ланжье
490	При флегмоне грыжевого мешка, развившейся при ущемлении тонкой кишки, показано
	Консервативное лечение: холод, голод, антибактериальная терапия
	Вскрытие флегмоны
	Дренирование флегмоны двухпросветным дренажом с активной аспирацией
	Интубация кишечника зондом
	Операция: лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника, ликвидация кишечной непроходимости
491	Укажите операцию, которую нужно выполнить больному с флегмоной грыжевого мешка при ущемленной пупочной грыже
	Операция Лексера
	Операция Мейо
	Вскрытие и дренирование флегмоны
	Операция Грекова
	Операция Сапежко
492	Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме
	Затрудненного дыхания
	Рвоты
	Цианоза
	Анемии
	Заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании
493	Ущемленная наружная брюшная грыжа – это осложнение, характеризующееся
	Некрозом грыжевого мешка

	Образованием спаек между внутренними органами и грыжевым мешком
	Сдавлением в грыжевом мешке внутренних органов с нарушением кровоснабжения и развитием некроза
	Сдавлением внутренних органов в грыжевом мешке с развитием гипертрофии органов
	Увеличением грыжи в течение длительного времени
494	Невправимая наружная брюшная грыжа – это осложнение, характеризующееся
	Сдавлением в грыжевом мешке внутренних органов с нарушением кровоснабжения и развитием некроза
	Сдавлением внутренних органов в грыжевом мешке с развитием гипертрофии органов
	Некрозом грыжевого мешка
	Образованием спаек между внутренними органами и грыжевым мешком
	Увеличением грыжи в течение длительного времени
495	По механизму развития выделяют ущемление
	Острое и хроническое
	Гипертрофическое и атрофическое
	Эластическое, каловое и смешанное
	Воспалительное и опухолевое
	Раннее и позднее
496	Грыжевая вода – это жидкость, скапливающаяся в
	Просвете ущемленной петли
	Просвете приводящей петли
	Просвете отводящей петли
	Брюшной полости
	Полости грыжевого мешка
497	При диагностике ущемленной пупочной грыжи в амбулаторных условиях

	Возможна попытка вправления при сроке ущемления не превышающем 1 час
	Показано наблюдение до 1 часа
	Необходимо назначение наркотических анальгетиков и срочная госпитализация
	Необходимо назначение спазмолитиков и срочная госпитализация
	Показана экстренная госпитализация в хирургический стационар
498	Мнимое вправление при попытках насильственного вправления это
	Самопроизвольное исчезновение грыжи после премедикации
	Увеличение грыжи в размерах
	Исчезновение грыжи после физической нагрузки
	Прекращение болей в области грыжи
	Отрыв ущемляющего кольца и вправление грыжевого мешка с ущемленными органами в брюшную полость
499	Не является стенками пахового канала
	Поперечная фасция
	Поперечная и внутренняя косая мышцы
	Апоневроз наружной косой мышцы
	Паховая связка
	Семенной канатик
500	При ущемлении в грыжевом мешке тонкой кишки выполняют
	Резекцию во всех случаях
	Погружение в брюшную полость во всех случаях
	Наложение обходного анастомоза
	Тактику определяют в зависимости от жизнеспособности кишки
	Проводят динамическое наблюдение
501	Наружное паховое кольцо образовано

	Париетальной брюшиной
	Поперечной мышцей
	Поперечной фасцией
	Ножками апоневроза наружной косой мышцы живота
	Запирательной фасцией
502	Аллопластика пахового канала с использованием полипропиленовой сетки это
	Способ Бассини
	Способ Лихтенштейна
	Способ Жирара
	Способ Ру
	Способ Мак-Вея
503	Пупочные грыжи выходят через
	Латеральную паховую ямку
	Медиальную паховую ямку
	Пупочное кольцо
	Надпузырную ямку
	Бедренное кольцо
504	Производящим фактором развития грыж следует считать
	Наследственность
	Возраст
	Пол
	Травмы передней брюшной стенки
	Длительный кашель
505	Медиальной границей бедренного кольца является

	Гребешковая связка
	Поперечная фасция
	Бедренная вена
	Локунарная связка
	Паховая связка
506	Какое наиболее частое расположение червеобразного отростка?
	Нисходящее (каудальное)
	Боковое (латеральное)
	Внутреннее (медиальное)
	Переднее (вентральное)
	Заднее (дорзальное)
507	Какая наиболее частая окончательная локализация болей при остром аппендиците?
	В правой подвздошной области
	В подложечной области
	В пупочной области
	Внизу живота
	Во всему животу
508	Диагностические ошибки при остром аппендиците в основном объясняются
	Слабой подготовкой медперсонала
	Атипичным течением заболевания
	Пренебрежением рентгенологическим исследованием
	Недостаточно полным клиническим обследованием больного
	Отсутствием необходимой диагностической аппаратуры
509	Наиболее часто симулирует острый аппендицит

	Флегмона желудка
	Острый илеит
	Мочекаменная болезнь
	Внематочная беременность
	Правосторонняя плевропневмония
510	Больных острым аппендицитом необходимо оперировать
	Только через 12 – 24 часа от начала заболевания
	Только при повторных приступах острого аппендицита
	Только при наличии перитонеальных симптомов
	Только экстренно при установленном диагнозе
	Только при наличии лейкоцитоза и признаков общей интоксикации
511	Для острого аппендицита в пожилом возрасте наиболее характерен следующий симптомокомплекс
	Типичная клиника острого аппендицита
	Боли по всему животу, понос гектическая температура тела
	Боли в правой половине живота, высокая температура, нарастание сердечно-легочной недостаточности
	Боли в подложечной области, тошнота, рвота, высокая температура
	Боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула, признаки пареза кишечника при нормальной или субфебрильной температуре тела
512	Какая тактика хирурга при остром аппендиците у лиц пожилого и старческого возраста?
	Отказ от операции, наблюдение при отсутствии перитонита
	Отказ от операции, наблюдение при тяжелых сопутствующих заболеваниях
	Экстренная операция
	Срочная операция только при четких перитонеальных симптомах
	Срочная операция только при появлении признаков общей интоксикации

513	Какая наиболее частая причина смерти больных острым аппендицитом?
	Легочные осложнения
	Тромбоэмболия легочной артерии
	Перитонит
	Абсцессы брюшной полости
	Ранняя спаечная кишечная непроходимость
514	Какие осложнения чаще всего наблюдаются после лапароскопической аппендэктомии?
	Со стороны операционной раны
	Легочные
	Инфильтраты и абсцессы брюшной полости
	Кишечные свищи
	Желудочно-кишечные кровотечения
515	Какие осложнения чаще всего наблюдаются после открытой аппендэктомии?
	Со стороны операционной раны
	Легочные
	Инфильтраты и абсцессы брюшной полости
	Кишечные свищи
	Желудочно-кишечные кровотечения
516	При какой операционной находке экстренная аппендэктомия не показана?
	При катаральном аппендиците
	При рыхлом аппендикулярном инфильтрате
	При плотном аппендикулярном инфильтрате
	При аппендикулярном абсцессе
	При терминальной фазе перитонита

517	Какой симптом наиболее важен для диагностики перитонита?
	Щеткина-блюмберга
	Напряжения мышц передней брюшной стенки
	Ровзинга
	Куленампфа
	Ситковского
518	Какой метод исследования наиболее информативен при перитоните?
	Клинический анализ крови
	Рентгенография живота
	Лапароскопия
	Сонография
	Компьютерная томография
519	Какой симптом наиболее характерен для тяжелых форм перитонита?
	Щеткина-блюмберга
	Воскресенского
	Отсутствие перистальтики кишечника
	Отсутствие мочеиспускания
	Затруднение отхождения стула и газов
520	Какой рентгенологический признак свидетельствует о тяжелой форме перитонита?
	Пнемоперитонеум
	Чаши Клойбера
	Симптом Вейсса
	Раздутая ободочная кишка
	Симптом Склярова

521	Перитонит какого происхождения характеризуется наиболее тяжелым течением?
	Деструктивный аппендицит
	Деструктивный холецистит
	Деструктивный панкреатит
	Перфоративная гастродуоденальная язва
	Перфорация опухоли ободочной кишки
522	Для какой причины перитонита не характерно напряжение мышц передней брюшной стенки?
	Деструктивный аппендицит
	Деструктивный холецистит
	Перфоративная гастродуоденальная язва
	Внематочная беременность
	Перфорация опухоли ободочной кишки
523	Какая главная цель операции при перитоните?
	Устранение источника перитонита
	Удаление перитонеального экссудата
	Санация брюшной полости
	Дренирование брюшной полости
	Надежное закрытие операционной раны
524	При каком перитоните брюшную полость санировать не следует?
	При местном перитоните
	При реактивной фазе перитонита
	При токсической фазе перитонита
	При терминальной фазе перитонита
	Всегда следует санировать

525	Диагностика перитонита какого происхождения вызывает наибольшие трудности?
	Аппендикулярного
	Гинекологического
	Послеоперационного
	Перфоративного
	Раневого
526	Какие гастродуоденальные язвы чаще осложняются перфорацией?
	Острые
	Хронические
	Кровоточащие
	Малигнизированные
	Множественные
527	Наиболее достоверным рентгенологическим признаком перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является
	Пневмоперитонеум
	Чаши Клойбера
	Высокое стояние диафрагмы и ограничение ее подвижности
	Выпот в реберно-диафрагмальном синусе
	Симптом широкого уровня жидкости в желудке
528	Всем больным в раннем периоде после операций по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы необходимо назначить
	Спазмолитики
	Ганглиоблокаторы
	Антибактериальные препараты
	Антиферментные препараты
	Препараты, улучшающие реологические свойства крови

529	Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки чаще всего возникают
	На задней стенке
	По малой кривизне
	На передней стенке
	По большой кривизне
	В кардиальном отделе
530	Абсолютным противопоказанием к радикальной операции при перфоративных гастродуоденальных язвах является
	Разлитой перитонит
	Сочетание перфорации язвы и кровотечения
	Отсутствие язвенного анамнеза
	Терминальная фаза перитонита
	Эндотоксиновый шок
531	При перфорации «немой» язвы двенадцатиперстной кишки у больных среднего возраста показано
	Простое ушивание перфорационного отверстия
	Иссечение и ушивание перфоративной язвы
	Ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
	Резекция 2/3 желудка
	Резекция 3/4 желудка
532	Диагностика каких перфоративных язв какой локализации вызывает наибольшие трудности?
	Залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки
	Луковицы двенадцатиперстной кишки
	Пилорического отдела желудка
	Антрального отдела желудка

	Кардиального отдела желудка
533	Какой основной путь проникновения инфекции в желчный пузырь?
	Энтеральный
	Лимфогенный
	Гематогенный
	Аспирационный
	Половой
534	Наиболее часто острый холецистит осложняется
	Механической желтухой
	Перивезикальным инфильтратом
	Перивезикальным абсцессом
	Пузырно-кишечными свищами
	Распространенным перитонитом
535	Какой симптомокомплекс наиболее характерен для гнойного холангита?
	Интенсивные боли, перитонеальные симптомы в правом подреберье
	Гектическая температура тела, рвота желчью, напряжение мышц в эпигастрии
	Интермитирующая температура тела, ознобы, желтушность кожи
	Субфебрильная температура тела, диспепсические расстройства, симптомы Мюсси-Георгиевского, Ортнера
	Схваткообразные боли, вздутие живота, задержка стула и газов
536	С какими заболеваниями чаще всего приходится дифференцировать острый холецистит?
	Острый панкреатит
	Острый аппендицит
	Перфоративная язва
	Правосторонняя пневмония

	Острый гепатит
537	Операцией выбора при остром холецистите является
	Холецистостомия
	Холецистолитотомия
	Холецистэктомия
	Холецистодуоденостомия
	Холецистоэнтеростомия
538	Наиболее частым интраоперационным осложнением холецистэктомии является повреждение
	Общей печеночной артерии
	Правой печеночной артерии
	Внепеченочных желчных протоков
	Воротной вены
	Поджелудочной железы
539	Какое осложнение наиболее характерно для острого холецистита в первые двое суток от начала заболевания?
	Перитонит
	Гнойный холангит
	Тромбоэмболия печеночной артерии
	Перивезикальный инфильтрат
	Перивезикальный абсцесс
540	Какой вид шва предпочтителен для наложения холедоходуоденоанастомоза?
	Однорядный
	Двухрядный
	Трехрядный

	Нет разницы
	Вопрос окончательно не решен
541	Какую манипуляцию обязательно следует выполнить перед холецистэктомией?
	Введение в брюшную полость тампонов
	Дренирование брюшной полости
	Введение раствора новокаина в корень брыжейки тонкой кишки
	Дренирование общего желчного протока
	Санацию брюшной полости
542	Поджелудочная железа по отношению к брюшине располагается
	Внутрибрюшинно
	Забрюшинно
	Имеет смешанное внутри и забрюшинное расположение
	Не имеет устойчивого расположения
	Точно не установлено
543	Наиболее частыми причинами, приводящими к острому панкреатиту, являются
	Употребление алкоголя и другие погрешности в диете
	Употребление алкоголя и патология желчного пузыря и желчных протоков
	Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки
	Сосудистые заболевания
	Повышенная алергизация организма
544	Независимо от этиологического фактора основным пусковым механизмом патогенеза острого панкреатита являются
	Заброс желчи в главный панкреатический проток
	Внутриклеточная активация протеолитических ферментов поджелудочной железы
	Гиперсекреция панкреатического сока и нарушение его эвакуации из главного

	панкреатического протока, приводящее к повышению внутри протокового давления
	Выброс большого количества активных протеолитических ферментов поджелудочной железы в просвет желудочно-кишечного тракта
	Резкое ухудшение артериального кровоснабжения поджелудочной железы
545	Наиболее характерными жалобами для острого панкреатита являются
	Боли в эпигастрии, поносы
	Боли в эпигастрии, пояснице, дизурия
	Характерных жалоб нет
	Боли в эпигастрии, неукротимая рвота, задержка стула и газов
	Боли в эпигастрии, тошнота, рвота, изжога
546	Ранним биохимическим признаком острого панкреатита является
	Амилаземия
	Амилазурия
	Липаземия
	Билирубинемия
	Гипергликемия
547	Укажите наиболее частую причину развития хронического панкреатита
	Употребление жирной, жареной, копченой пищи
	Хронические заболевания ободочной и тонкой кишки
	Хронический алкоголизм и желчнокаменная болезнь
	Поражение сосудов поджелудочной железы
	Вторичный иммунодефицит
548	Какой метод исследования наиболее важен для уточнения клинической формы острого панкреатита?
	Клинический анализ крови

	Обзорная рентгенография живота
	Фиброгастродуоденоскопия
	Динамическая лапароскопия
	Динамическая сонография
549	Что необходимо учитывать прежде всего при определении объема инфузионной терапии у больного острым панкреатитом?
	Возраст
	Наличие сопутствующих заболеваний
	Наличие сахарного диабета
	Степень эндогенной интоксикации
	Наличие желтухи
550	Если у больного интерстициальным панкреатитом, не подвергнутого ранней операции, обнаружена желчнокаменная болезнь, то его необходимо
	Лечить только консервативно
	Срочно оперировать
	Оперировать в первые 3 суток от начала заболевания
	Оперировать в первую неделю от начала заболевания
	Оперировать в периоде стихания или полной ликвидации острых процессов в поджелудочной железе
551	При лечении тяжелых форм острого панкреатита наиболее эффективна
	Массивная инфузионно-детоксикационная терапия
	Экстракорпоральная детоксикация
	Гемотрансфузия одногруппной крови
	Переливание сенсibilизированной плазмы
	Антиферментная терапия
552	В основе сепсиса лежит реакция организма в виде

	Ответа острой фазы на бактериальную инфекцию
	Эндотоксемии
	Системного воспаления на инфекцию различной природы
	Нестабильности гемодинамики
	Локального воспаления на инфекцию различной природы
553	Впервые как самостоятельная форма патологии, полиорганная недостаточность была описана
	В.а. неговским
	А.п. зильбером
	N. Tilney
	A. Baue
	B. Eisman
554	К основным эффектам эйкозаноидов относится все, кроме
	Бронхоконстрикции
	Повышения проницаемости мембран
	Воспалительной реакции
	Микротромбоза
	Вазодилатации
555	Терапия полиорганной недостаточности содержит все мероприятия, за исключением
	Нормализации кровообращения путем коррекции гиповолемии, инотропной поддержки
	Респираторной поддержки
	Детоксикационной терапии
	Ранней (с первого часа лечения) нутритивной поддержки
	Антимедиаторной терапии
556	Резкое снижение кровотока в капиллярах приводит к

	Метаболическому алкалозу
	Газовому алкалозу
	Метаболическому ацидозу
	Газовому ацидозу
	Дыхательному ацидозу
557	В течении полиорганной недостаточности не выделяют стадию
	Септического синдрома
	Латентную
	Ранней полиорганной недостаточности
	Установившейся полиорганной недостаточности
	Претерминальной полиорганной недостаточности
558	Что не является критерием почечной недостаточности
	Повышение концентрации ионов К в плазме
	Повышение креатинина и мочевины в плазме
	Повышение концентрация ионов Na в плазме
	Осмолярность плазмы равна осмолярности мочи
	Белок в моче более 0,3 г/л
559	Рассматриваются следующие механизмы развития полиорганной недостаточности, за исключением
	Медиаторного, при котором ведущую роль играет аутоиммунное поражение
	Механизма централизации кровообращения
	Микроциркуляторного, включающего, в том числе и феномен реперфузии
	Инфекционно-септического механизма, рассматривающего «кишечник как недренированный абсцесс»
	Феномена «двойного удара», когда наряду с патологическими процессами факторами агрессии становятся и наши лечебные вмешательства

560	Гиперкатаболический и гипердинамический эффекты характерны для
	Эйказаноидов
	Цитокинов
	Интерферона
	Медиаторных аминов
	Кининов
561	Решающее значение в развитии септического варианта полиорганной недостаточности играют
	Фибронектин
	Интерферон
	Цитокины
	Кинины
	Продукты перекисного окисления липидов
562	Решающее значение в развитии панкреатогенного варианта полиорганной недостаточности играют
	Фибронектин
	Интерферон
	Цитокины
	Кинины
	Продукты перекисного окисления липидов
563	К провоспалительным цитокинам относят все, кроме
	TNF- $\alpha$
	ИЛ-10
	ИЛ-1 $\beta$
	ИЛ-6
	ИЛ-8

564	Эндогенную интоксикацию не вызывают
	Деструкция тканей
	Повышенный белковый катаболизм
	Нарушение функции почек
	Нарушение функции печени
	Сердечная недостаточность
565	К лабораторным признакам интоксикации не относится
	Увеличение количества средних молекул
	Увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации
	Увеличение уровня креатинина, остаточного азота
	Токсигенная зернистость нейтрофилов
	Лейкоцитоз
566	При проведении форсированного диуреза необходимо проводить контроль за показателями
	Водно-электролитного обмена
	Гемоглобина
	Лейкоцитов
	Соэ
	Билирубина
567	Основным условием проведения интракорпоральной детоксикации является
	Сохранение фильтрационной функции почек
	Нормальные показатели артериального давления
	Отсутствие анемии
	Нормальные показатели белка крови
	Отсутствие водно-электролитных нарушений

568	К методам экстракорпоральной детоксикации не относится
	Форсированный диурез
	Гемосорбция
	Лимфосорбция
	Плазмаферез
	Подключение ксеноселезенки
569	Для лимфосорбции лимфа забирается из
	Грудного лимфатического протока
	Лимфатических сосудов нижних конечностей
	Лимфатических сосудов верхних конечностей
	Увеличенных лимфатических узлов
	Мелких лимфатических протоков
570	При проведении непрямого электрохимического окисления крови используется
	Изотонический раствор натрия хлорида
	Гипохлорит натрия
	Гипертонический раствор натрия хлорида
	Гипотонический раствор натрия хлорида
	Раствор бикарбоната натрия
571	При плазмаферезе из организма не удаляются
	Токсические метаболиты
	Микробные тела
	Микробные токсины
	Циркулирующие иммунные комплексы
	Гемоглобин

572	После лимфосорбции не уменьшается концентрация
	Мочевины
	Остаточного азота
	Гемоглобина
	Циркулирующие иммунных комплексов
	Токсических веществ
573	Для дезинтоксикации в качестве инфузионных сред не используют
	Изотонический раствор натрия хлорида
	Раствор Рингера-Локка
	Трисоль
	Гемодез
	Полиглюкин
574	Основная причина висцеральной боли это
	Спастические сокращения или растяжение органа
	Депрессия
	Передача импульсов на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости
	Наличие патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов
	Причина не установлена
575	Укажите, за счет чего возникают иррадирующие боли
	За счет сокращения или растяжения органа
	За счет депрессии
	За счет передачи импульсов на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости
	За счет наличия патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов

	Причина не установлена
576	Укажите причину возникновения психогенной боли
	Спастические сокращения или растяжение органа
	Депрессия
	Передача импульсов на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости
	Наличие патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов
	Причина не установлена
577	Чем обусловлена соматическая боль?
	Спастическими сокращениями или растяжением органа
	Депрессией
	Передачей импульсов на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости
	Наличием патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов
	Причина не установлена
578	Какие медиаторы имеют наибольшее значение в формировании болевого синдрома?
	Серотонин и норадреналин
	Адреналин и дофамин
	Ацетилхолин и ГАМК
	Гистамин и таурин
	Глицин и триптамин
579	Укажите, что не входит в основные направления лечения болевого абдоминального синдрома
	Этиологическое и патогенетическое лечение основного заболевания
	Нормализация моторных расстройств

	Рефлексотерапия
	Снижение висцеральной чувствительности
	Коррекция механизмов восприятия боли
580	Для купирования болевого синдрома применяются все препараты, за исключением
	Платифиллина
	Гасроцепина
	Дротаверина
	Верапамила
	Мебеверина (дюспатолина)
581	Для купирования болевого синдрома используются все группы препаратов, за исключением
	Антихолинергических препаратов
	Ингибиторов протонной помпы
	Миотропных спазмолитиков
	Селективных блокаторов кальциевых каналов
	Антидепрессантов
582	Какой из факторов не влияет на интенсивность болей и выбор анальгетиков после операции?
	Характер оперативного вмешательства
	Психологический настрой на операцию
	Возраст
	Длительность операции
	Тяжесть состояния
583	Назовите заболевание, приводящее к появлению «экстраабдоминальной» боли
	Острый аппендицит

	Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
	Почечная колика
	Сальпингоофорит
	Дивертикулез сигмовидной кишки с явлениями дивертикулита