Федеральное государственное бюджетное научное учреждение

«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр

Сибирского отделения Российской академии наук»

(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИРУРГИЯ*»***

**ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН БАЗОВОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ)**  **ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

**31.08.67 ХИРУРГИЯ**

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 3 от «11» апреля 2017г.)

Составитель:

д.м.н., профессор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сухоруков А.М.

Красноярск

2017

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Контролируемая дисциплина (модуль) | Код контролируемой компетенции | Вид оценочного средства | Количество  заданий |
| **Хирургия** | УК-1 УК-2 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5  ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 | тестовые задания  ситуационные задачи  контрольные вопросы | 475  30  55 |

**Перечень контрольных вопросов для собеседования**

1. Показания к холедохотомии. Варианты завершения холедохотомии.

2. Что является наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних конечностей?

3. Выбор операции при больших сроках ущемления грыжи и флегмоне грыжевого мешка.

4. При облитерирующем тромбангиите что наиболее часто поражается?

5. Релапаротомия при гнойном перитоните. Показания. Техника выполнения.

6. При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы, что необходимо?

7. Показания к релапаротомии при лечении острых заболеваний органов брюшной полости.

8. Какая операция проводится при синдроме Лериша?

9. Лечение разлитого гнойного перитонита.

10. Какие ангиографические признаки тромбоза?

11. Повреждения холедоха. Диагностика и тактика.

12. Какие операции применяются при варикозной болезни нижних конечностей с целью устранения вено-венозного сбора через перфорантные вены голени?

13. Хирургические операции при травмах и ранениях печени.

14. Какое заболевание не является наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения?

15. Тактика при ложных кистах поджелудочной железы.

16. Какие мероприятия используются для профилактики венозных тромбозов в послеоперационном периоде?

17. Ранние осложнения послеоперационной резекции желудка.

21. Тактика при аппендикулярном инфильтрате.

22. Что является наиболее опасным осложнением тромбоза глубоких вен нижних конечностей?

23. Выбор объема хирургических вмешательств у больных с панкреонекрозом.

24. Что является основным методом лечения венозной гангрены конечностей?

25. Тактика острой опухолевой толстокишечной непроходимости.

26. Какие методы исследования позволяют подтвердить диагноз болезни Гришпрунга?

27. Дифференциальная диагностика у больных с механической желтухой.

28. Какой метод исследования является наиболее достоверным при диагностике полипов ободочной кишки?

29. Хирургическая тактика при остром холецистите у пожилых больных.

30. Какой объем диагностических мероприятий необходим при выявлении полипа прямой кишки?

31. Классификация острого панкреатита.

32. Какая тактика является наиболее оптимальной при лечении строго заворота сигмовидной кишки?

33. Варианты пластики грыжевых ворот при больших и гигантских вентральных грыжах.

34. Какие варианты оперативного лечения возможны при завороте сигмовидной кишки?

35. Тактика при несформированных тонкокишечных свищах.

36. Назовите наиболее известные низкомолекулярные гепарины.

37. Диагностика и выбор операции при «скользящей» грыже.

38. Какие мероприятия проводятся при лечении трофических язв венозной этиологии.

39. Операция при травме ободочной кишки.

40. Почему для выбора объема операции при болезни Гиршпрунга необходима трансанальная биопсия слизистой и подслизистой прямой кишки на разных уровнях?

41. Выбор операции при сроках ущемления грыжи и флегмоне грыжевого мешка.

42. При облитерирующем тромбангиите что наиболее часто поражается?

43. Диагностика и лечение повреждений поджелудочной железы.

44. Какие методы используются для лечения варикозной болезни?

45. Малоинвазивные операции в лечении ЖКБ и острого холицестита.

46. По данным медицинской статистики острый тромбоз вен регистрируется?

47. Тактика и хирургическое лечение при структурах внепеченочных желчных путей.

48. Что характерно для III степени хронической венозной недостаточности?

49. Тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях.

50. Что является наиболее совершенным инструментом для эмболэктомии из магистральной артерии?

51. Ущемленные грыжи. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

52. Язва желудка. Клиника, диагностика. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.

53. Закрытая травма груди. Пневмоторакс, механизм возникновения, классификация, диагностика. План лечения.

54. Механическая желтуха. Диагностика. Виды оперативных вмешательств при механической желтухе.

55. Перитонит. Этиология, классификация, клиника, диагностика.

**Перечень ситуационных задач с эталонами ответов**

Задача 1

В приемный покой хирургического отделения доставлен больной 75 лет с явными признаками распространенного гнойного перитонита, в крайне тяжелом заторможенном состоянии. Срок заболевания более 4-х суток. Язык сухой. Живот резко вздут, перитониальные симптомы положительные, газы не отходят. Перкуторно- притупление в отлогих местах. Аускультотивно – «гробовая тишина». Температура тела при поступлении-38,2 гектического характера. АД- 95/50 мм.рт.ст.. Пульс – 120 уд. в мин. Олигоанурия.

После проведения адекватной предоперационной подготовки произведена срединная лапаротомия. При ревизии выявлено. В брюшной полости во всех отделах, кроме левого и правого поддиафрагмальных пространств, до 1,5 л гнойного выпота. Петли кишечника дилатированы, брюшина гиперемирована, покрыта наложениями фибрина. Источником перитонита является гангренозно – перфоративный аппендицит.

1. Какой полный диагноз у больного?

2. Оцените степень тяжести больного по Мангеймскому индексу перитонита.

3. Перечислите этапы интраоперационных мероприятий у данного больного.

4. Виды послеоперационного ведения живота (открытый, закрытый).

5. На что будет направлена послеоперационная медикаментозная терапия у больного с разлитым гнойным перитонитом?

Задача 2

В приемный покой хирургического отделения доставили больного 18 лет с жалобами на боли в эпигастрии, которые постепенно сместились в правую подвздошную область, тошноту, однократную рвоту. Объективно, пальпаторно определяется локальная болезненность в правой подвздошной области, аппендикулярные симптомы слабоположительные, определяется умеренная тахикардия, субфебрильная температура тела.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. С какой патологией Вы будете дифференцировать данное заболевание (3-4 патологии)?

3. Из кого разреза Вы будете производить оперативное вмешательство у больного с данным диагнозом?

4. О какой патологии в первую очередь Вы будете думать при интраоперационном несоответствии морфологических изменений в червеобразном отростке и количеством и характером выпота в брюшной полости?

5. Ваша тактика при несоответствии морфологических изменений в червеобразном отростке и количеством и характером выпота в брюшной полости.

Задача 3.

Доставлен скорой помощью больной 38 лет с острыми болями в животе. Из анамнеза известно: боли начались внезапно. Ранее получала амбулаторно противоязвенную терапию. При поступлении: «доскообразная» напряжение мышц передней брюшной стенки. При перкуссии – отсутствие «печеночной» тупости. t – нормальная. В анализах крови – умеренный лейкоцитоз. Пульс 76 уд. в мин. АД= 140/80 мм. рт.ст.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования нужно выполнить пациенту?

3. Какой вариант лечения нужен больному?

4. С какими заболеваниями нужно дифференцировать?

5. Какие методики хирургической операции возможно будут выполнены больному?

Задача 4

В приемный покой хирургического отделения доставлен больной 75 лет с явными признаками распространенного гнойного перитонита, в крайне тяжелом заторможенном состоянии. Срок заболевания более 4-х суток. Язык сухой. Живот резко вздут, перитониальные симптомы положительные, газы не отходят. Перкуторно- притупление в отлогих местах. Аускультотивно – «гробовая тишина». Температура тела при поступлении-38,2 гектического характера. АД- 95/50 мм.рт.ст.. Пульс – 120 уд. в мин. Олигоанурия.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. Какие Ваши неотложные мероприятия должны быть выполнены в приемном покое хирургического стационара?

3. На что направлены основные компоненты инфузионной предоперационной подготовки больного?

4. Какие основные критерии свидетельствуют об адекватности Вашей предоперационной подготовке?

5. По какой схеме (индексу) Вы будете оценивать степень тяжести состояния данного больного?

Задача 5

В поликлинике на прием к хирургу обратился пожилой мужчина 69 лет с жалобами на слабость, похудание, наличие тупых болей в эпигастрии, снижение аппетита, вплоть до отвращения к пищи. Длительность анамнеза: считает себя больным в течение последних 2-х лет, когда впервые на ФГС была выявлена язва антрального отдела желудка. Нигде не лечился. Гемодинамика стабильная (АД= 130/85 мм. рт. ст.). Гемоглобин – 91г/л, СОЭ – 62 мм/ч.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больному?

3. От чего будет зависеть объем оперативного вмешательства у больного в данном случае?

4. Ваши действия если при обследовании больного выявлена запущенность онкопроцесса, с наличием метастазов в печени и лёгких.

5. Какой вид аденокарциномы желудка наиболее неблагоприятный для больного (высоко - или низкодифферинцированная)?

Задача 6

В ходе оперативного вмешательства по поводу рака желудка при ревизии органов брюшной полости выявлено следующие. В антральном отделе желудка имеется опухолевидное образование до 3 см. в диаметре, подвижное, прорастает только в слизистую оболочку желудка, увеличения регионарных лимфоузлов и метастазов в печени нет. Асцита не определяется. Предварительная и cito- биопсия опухолевидного образования желудка показало - высокодифференцированную аденокарциному.

1. Какой Ваш диагноз (по классификации TNM)?

2. Какой объем оперативного вмешательства Вы предпримите у больного?

3. Какой объем оперативного вмешательства Вы предприняли бы у больного, если опухолевидное образование таких же размеров находилось в субкардиальном отделе желудка?

4. Необходим ли больному после оперативного вмешательства прохождения курса лучевой терапии в специализированном онкологическом учреждении?

5. Необходим ли больному после оперативного вмешательства прохождения курса химиотерапии в специализированном онкологическом учреждении?

Задача 7

Больная 46 лет обратилась в поликлинику по месту жительства на прием к хирургу с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие после приема пищи. Длительность анамнеза заболевания – 5-6 лет. Больная была обследована амбулаторно. При ФГС : выявлены два полипа желудка 2х3 см., с широким основанием. Взята биопсия.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо сделать больной для уточнения диагноза?

3. Ваша тактика при доброкачественных данных биопсии полипов желудка.

4. Ваша тактика при злокачественных данных биопсии полипов желудка.

5. Ваша тактика при множественном полипозе желудка. Дайте пояснение выбранной вами тактики лечения больного.

Задача 8

Больному произведена операция: резекции 2/3 желудка по Бильрот-11 по поводу язвенной болезни ДПК осложненной субкомпенсированным стенозом, пенетрацией в гепатодуоденальную связку. Через 8 часов у больного отмечается резко возникшая гипотония (АД= 90/50 мм. рт. ст. ), тахикардия (110 уд. в мин.), влажность кожных покровов, снижение гемоглобина с 105 до 60 г/л. Повязки над дренажом брюшной полости промокли геморрагическим отделяемым.

1. Какое осложнение возникло у больного?

2. К каким по срокам осложнениям можно отнести следующие: ранним или поздним?

3. Какие ранние послеоперационные осложнения при резекциях желудка вы еще знаете?

4. Какова Ваша тактика в данной ситуации?

5. Медикаментозное лечение в послеоперационном периоде.

Задача 9

Больной 56 лет поступил в плановом порядке с язвенной болезнью желудка. Из анамнеза: у больного язвенный анамнез в течение 25 лет, неоднократные кровотечения из язвы, размеры язвы 1.5 х 1.8 см. (биопсия- хроническая язва) Больной был прооперирован в плановом порядке. После проведенной резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру – Финстереру по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на 8-е сутки по дренажу из правого подреберья отмечается незначительное подтекание дуоденального содержимого с примесью желчи.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. Каковы наиболее частые причины данного осложнения?

3. Ваша дальнейшая тактика.

4. Какова профилактика данного осложнения?

5. Назовите этапы оперативного лечения при этом послеоперационном осложнении.

Задача 10

Больной 67 лет поступил в хирургический стационар с желудочно-кишечным кровотечением. На ФГС: определяется язва на задней стенки ДПК размером 0.5 х 0.7 см. (Форрест I А) больному в экстренном порядке было произведено оперативное вмешательство: лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот I Через 2 часа после резекции желудка по постоянному назогастральному зонду поступает кровь из культи желудка. Темп кровопотери около 500 мл за один час. Проводится гемостатическая и заместительная терапия.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. Какие экстренные мероприятия необходимо выполнить больному в данной ситуации?

3. Какие виды эндоскопической остановки желудочно – кишечных кровотечений Вы знаете?

4. Ваши действия при неэффективности эндоскопического гемостаза.

5. Виды оперативных остановок острого желудочно – кишечного кровотечения язвенной этиологии.

Задача 11

Больной 62 лет поступил в хирургический стационар с признаками желудочно-кишечного кровотечения. Из анамнеза: больной длительное время страдает язвенной болезнью желудка. При поступлении в отделение АД= 70/30 мм. рт. ст. , пульс-124 уд. в мин., нитевидный. Сознание спутанное. Кожный покров влажный. На ФГС: на задней стенке луковицы ДПК определяется язва 0,5 x 0,6 см.; в дне язвы определяется сосуд с пульсирующей струёй крови.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. Какие неотложные мероприятия необходимо выполнить больному?

3. Какая степень гемостаза у больного по классификации по Форресту?

4. Какова Ваша дальнейшая тактика?

5. Какие виды оперативных вмешательств можно выполнить у данного больного?

Задача 12

Больной 42 лет поступил в хирургический стационар с желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии. Кровотечение остановлено консервативно. При обследовании у больного на ФГС выявлена язва луковицы ДПК размером 0.5 х 0.3 см. При исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе.

1. Какова Ваша дальнейшая тактика?

2. Какие варианты оперативных вмешательств можно выполнить у больного в данной ситуации?

3. Какой, на Ваш взгляд, наиболее приемлемый вид операций показан больному?

4. Каковы вероятные ранние послеоперационные осложнения в данной ситуации?

5. Медикаментозные лечения в послеоперационном периоде.

Задача 13

У больного 65 лет длительно страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, появились клинические симптомы: похудение, « шум плеска» натощак, отрыжка «тухлым», чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. Виды дополнительного обследования для уточнения диагноза.

3. Виды показаний к оперативному лечению в данной ситуации.

4. Какая предоперационная подготовка необходима больному с данным диагнозом?

5. Какие поздние операционные осложнения могут появиться у больного после резекции желудка по Бильрот – II.

Задача 14

Больная 16 лет поступила в хирургический стационар с жалобами на болезненное опухолевидное образование в правой подвздошной области, тошноту, субфебрильную температуру тела. Из анамнеза: заболела 7 дней тому назад, когда отметила боли в эпигастрии, в последующем переместившиеся в подвздошную область; за врачебной помощью не обращалась; лечилась самостоятельно (принимала обезболивающие средства, антибиотики). Объективно: живот правильной формы, аппендикулярные симптомы – отрицательные, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное опухолевидное образование, плотно-эластической консистенции, размером от 8 до 10 см, округлой формы, неподвижное. PR: определяется незначительная болезненность по правой стенки прямой кишки. PV: virgo. В анализах крови: лейкоцитоз – 11,2 x 109 без сдвига формулы, Hg 112 г/л, СОЭ 45 мм/ч.

1. Какой Ваш диагноз?

2. Ваша тактика ведения данной пациентки.

3. В каком случае Вы будете оперировать больную?

4. Назовите признаки абсцедирования аппендикулярного инфильтрата.

5. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальную диагностику у данной больной?

Задача 15

В приемный покой хирургического отделения доставлен больной 42 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, многократную рвоту. Из анамнеза: болееет в течение 12 часов, ранее, 2 года назад – ушивание перфоративной язвы. Объективно: на передней брюшной стенке - старый рубец после срединной лапаротомии. Живот вздут во всех отделах, пальпаторно определяется умеренная болезненность по всему животу, перкуторно – «пестрота» звука, притупление в отлогих местах. Газы не отходят. В анализах крови: Нв – 162 г/л, эритроциты – 5,8 /1012 . Гемодинамика стабильная.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному?

3. Какие рентгенологические признаки обтурационной тонкокишечной непроходимости Вы знаете?

4. Какова Ваша тактика при установлении данного диагноза?

5. Какие виды очистительных клизм Вы знаете?

Задача 16

В приемный покой хирургического отделения поступила больная 38 лет с клиникой кишечной непроходимости. Из анамнеза: у больной 3 года назад у больной была лапаротомия по поводу ЖКБ, в настоящее время больна в течение суток. Диагноз был подтвержден, больная взята в операционную. При проведении оперативного вмешательства у больной 38 лет по поводу острой кишечной непроходимости выявлено следующее. В брюшной полости имеется соломенного цвета выпот до 0,5 литра. Тонкая кишка дилатированна до 5-6 см в диаметре, на расстоянии 1,2 м от связки Трейца выявлены множественные плоскостные спайки перекрывающие просвет кишки. Далее кишка спавшаяся. Участок кишки дистальнее от спаечного процесса на расстоянии 10 см темно-багрового цвета, пульсация на брыжеечных сосудах и перистальтика кишки в данной области отсутствует.

1. Ваш интраоперационный диагноз?

2. Какие интраоперационные признаки жизнеспособности тонкой кишки Вы знаете?

3. Какие мероприятия по восстановлению жизнеспособности тонкой кишки Вы знаете?

4. Ваши интраоперацинные действия при выявлении нежизнеспособности тонкой кишки.

5. Какие наиболее частые причины энтероэнтероанастомоза Вы знаете?

Задача 17

В хирургическое отделение доставлен мальчик 12 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, больше в правой подвздошной области между приступами боли ребенок успокаивается. При осмотре определяется колбасовидное образование в проекции правой половины ободочной кишки. Из прямой кишки – кровянистые выделения. Температура тела нормальная.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие исследования нужно выполнить дополнительно?

3. Какое тактическое решение должен принять хирург?

4. Какие показания к операции могут возникнуть у больного?

5. Какой объем оперативного вмешательства выполняют при подвздошно - слепокишечной инвагинации?

Задача 18

В хирургическое отделение доставлена женщина 63 лет с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, склонность к запорам. Температура субфебрильная. Болеет 5 дней. При осмотре: в правой подвздошной области пальпируется бугристый инфильтрат, безболезненный, неподвижный.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить больной?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Какова тактика хирурга при аппендикулярном инфильтрате?

4. Когда оперируют больного с аппендикулярным инфильтратом?

5. Какую операцию следует выполнить у больной?

Задача 19

В приемный покой доставлен молодой человек 16 лет с болями в животе. Заболел остро 6 часов назад. Боли локализуются в эпигастрии, дважды была рвота. Температура 37,4 град. Отмечает склонность к запорам (по 2-3 дня) с детства. В анализе крови: лейкоциты -11.000; сдвиг формулы влево. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Локальная болезненность и напряжение мышц в области пупка.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования следует выполнить больному?

3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4. Ваша тактика?

5. Какие осложнения могут развиться после операции?

Задача 20

В хирургическое отделение из инфекционной больницы переведена больная 63 лет. Заболела 3 недели назад – пожелтела, нарастала слабость, отмечала субфебрильную температуру тела. Обследована в инфекционном отделении – признаков за острый гепатит не найдено. При осмотре – увеличение печени, симптом «Курвуазье»

1. Какие варианты желтухи возможны у больной?

2. Какие причины лежат в основе механической желтухи?

3. Какие дополнительные инструментальные нужны для установления диагноза у больной?

4. Какой симптом у больной говорит о причине непроходимости желчных путей?

5. Какое тактическое решение должен выбирать врач?

Задача 21

В хирургическое отделение поступила больная 60 лет с жалобами на слабость, потерю веса, желтуху. Больна 3 недели с момента иктеричности склер. Болей в животе не отмечает. Температура тела - нормальная. Отмечает упорные запоры по 3 – 4 дня, слизь в кале.

1. Ваш диагноз?

2. Возможные причины желтухи?

3. Дополнительные методы обследования?

4. Какую хирургическую тактику нежно выбрать?

5. Назвать основной вариант хирургического лечения?

Задача 22

Больная 76 лет госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом: острый калькулёзный холецистит. Механическая желтуха. При обследовании по данным УЗИ: желчный пузырь склерозирован до 5х2 см, в просвете конкременты. Холедох не расширен. Уровень билирубинемии - 240 мкмоль/л.

1. Ваш диагноз?

2. Какое осложнение развилось у больной?

3. Какое исследование необходимо выполнить дополнительно?

4. Какую тактику необходимо выбрать у больной?

5. Какие варианты хирургического лечения возможны?

Задача 23

В приемный покой хирургического отделения поступила больной 79 лет с жалобами на желтушность кожного покрова, слабость, похудание, резкое снижение аппетита. Из анамнеза: пожелтел постепенно, без предварительного болевого приступа, считает себя больным в течение 2-3 месяцев. Объективно кожный покров желтушный, пальпаторно в эпигастрии, чуть ближе к правому подреберью определяется плотное. незначительно болезненное, неподвижное опухолевидное образование без четких контуров определяется дно желчного пузыря. Кал ахоличный.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. По какой причине основное заболевание у больного осложнилось механической желтухой?

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больного для уточнения диагноза?

4. Какие виды оперативных вмешательств по радикальности при раке поджелудочной железы Вы знаете?

5. Какой вид оперативного вмешательства Вы предпочтете у данного больного?

Задача 24

В приемный покой хирургического отделения поступил мужчина 50 лет с острыми опоясывающими болями в верхней половине живота, неоднократную рвоту. Год назад оперировался по поводу камней в желчном пузыре. Перенес лапароскопическую холецистэктомию.

1. Ваш диагноз?

2. Какие методы обследования необходимо выполнять?

3. Какие лечебные консервативные мероприятия нужно провести больному?

4. Какие методы хирургического лечения следует применять больному?

5. От чего зависит прогноз заболевания у больного?

Задача 25

В приемный покой хирургического отделения доставлена больная 40 лет с жалобами на резкие приступообразные боли в правом подреберье, возникшие после приема жирной пищи, тошноту, рвоту. Объективно: кожные покровы обычной окраски; пальпаторно определяются боли в правом подреберье; напряжение мышц передней брюшной стенки нет; желчный пузырь не пальпируется. На УЗИ желчный пузырь размером 70 x 30 мм, стенка его утолщена до 5 мм, в просвете желчного пузыря определяется одиночный конкремент до15 мм в диаметре, холедох расширен до 12 мм., конкрементов в нем не определяется.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?

2. Какова Ваша тактика лечения больной?

3. Какой по экстренности показано оперативного вмешательства при ЖКБ (экстренное, срочное, плановое )?

4. О чем может свидетельствовать расширение холедоха у больной при отсутствии конкрементов в нем?

5. Если у больной действительно имеется непротяженная стриктура терминального отдела холедоха .

Задача 26

Больной 45 лет поступил в клинику с жалобами на боль и опухолевидное образование в правой паховой области.

Из анамнеза известно, что в течение 3 лет у больного имеется опухолевидное образование в правой паховой области, которое появляется в вертикальном положении больного и исчезает в горизонтальном. Около 2-х часов назад опухолевидное образование появилось вновь, стало болезненным, в горизонтальном положении больного оно не исчезает.

Объективно: в правой паховой области имеется опухолевидное образование размерами 6х5 см плотной консистенции, болезненное при пальпации. Симптом кашлевого толчка отрицательный. В положении больного лежа опухолевидное образование прежних размеров.

Задание:

а). Ваш предполагаемый диагноз?

б). Этиопатогенез заболевания?

в). Каковы тактика и план лечения?

г). Расскажите о методах герниопластики?

д). Прогноз заболевания?

Задача 27

Больная 17 лет поступила в хирургическое отделение больницы с жалобами на боль в области правого пахово-бедренного сгиба, здесь же наличие опухолевидного образования.

Считает себя больной в течение 48 часов, когда появилась ноющая боль в области правого пахово-бедренного сгиба, здесь же больная нащупала болезненное опухолевидное образование.

Объективно: температура тела 37,7 С, пульс 81 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот обычной формы, не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Кишечная перистальтика хорошо выслушивается, Газы отходят.

В области правого пахово-бедренного сгиба кнаружи от точки пульсации бедренной артерии определяется плотное, болезненное опухолевидное образование 2,5х2,5 см. Кода над ним не изменена. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

В анализе крови лейкоцитов 9,8х10 9/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 29мм/час.

Задание:

а) Ваш предполагаемый диагноз?

б) С каким заболеванием нужно проводить дифференциальную диагностику?

в) План лечения?

г) Определите показания к оперативному лечению?

Задача 28

Больной 60 лет находиться в клинике с диагнозом аппендикулярный инфильтрат. Получает консервативное лечение (ретроцекальные новокаиновые блокады с антибиотиками, физиолечение). На 10-е сутки пребывания в стационаре состояние больного ухудшилось: температура 38\* С, появились боли в правой подвздошной области, инфильтрат увеличился в размерах, появился симптом «зыбления».

Анализ крови: лейкоцитоз 12х10/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Задание:

а). Чем Вы можете объяснить изменения в состоянии больного?

б). Сформулируйте клинический диагноз?

в). Какова дальнейшая тактика?

г). План лечения?

д). Определите объем оперативного вмешательства?

Задача 29

Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на постоянные, интенсивные боли в правой нижней конечности, наличие язвы в области первого пальца правой стопы.

Болен в течение 5 лет, первыми появилась перемежающая хромота, судороги в правой нижней конечности. Постепенно боли в конечности усилились, стали постоянными, две недели назад появилась трофическая язва в области первого пальца правой стопы. Больной в ночное время не спит из-за сильных болей в конечности.

Объективно: правая стопа и голень отечные, отечность доходит до уровня коленного сустава, кожные покровы багрового цвета. Пульсация бедренной артерии справа ослаблена, подколенной, тыльной артерии стопы- отсутствует. В области ногтевой фаланги первого пальца правой стопы трофическая язва размерами 2х1,5 см, края её черного цвета, отделяемое скудное. Активные движения в межфаланговых и в плюснефаланговых суставах отсутствует.

Задание:

а) Сформулируйте клинический диагноз?

б) С каким заболеванием нужно проводить дифференциальную диагностику?

в) Тактика и план лечения больного?

г) Прогноз заболевания?

д) Программа реабилитации?

Задача 30

Больной 18 лет поступил в клинику со схваткообразной болью в животе, многократной рвотой.

Заболел 40 часов назад, когда появилась острая схваткообразная боль в животе, рвота. Вызван участковый терапевт, который диагностировал острый гастрит, назначил лечение. На следующий день у больного сохранялась схваткообразная боль в животе, рвота. Со слов больного накануне был необильный стул.

Объективно: пульс 110 в мин., удовлетворительных качеств. АД 110/70мм рт. ст. Черты лица заострены. Язык влажный умеренно обложен беловатым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезнен справа. Симптомы Склярова-Матье, Щеткина-Блюмберга выражены.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости – большое количество чаш Клойбера.

Задание:

а) Ваш предварительный диагноз?

б) Как вы оцениваете действия участкового врача?

в) Целесообразно ли проведение рентгенконтрастного исследования?

г) Дальнейшая тактика и лечение?

**Перечень тестовых заданий с эталонами ответов**

1. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ТРУДЯЩИХСЯ БОЛЕЕ 6 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

**1. врачом**

2.заведующий отделения

3. контрольно-экспертной комиссией

4. каждым из перечисленных

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕОРГАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЗАБРЮШИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

**1. хирургический метод лечения**

2. химиотерапевтическое лечение

3. лучевая терапия

4. комбинированные методы лечения

3.ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УГРОЗЫ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ ФГДС ЯВЛЯЕТСЯ

1. размеры язвы

2. расположение язвы

3. глубина язвы

**4. наличие тромбированных сосудов в дне язвы**

4. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК НЕ ОТНОСИТСЯ

1. атипичное прободение

2. сочетание прободения с другими осложнениями

**3. прободение с образованием инфильтрата**

4. прободение в свободную брюшную полость

5. К ПЕРИОДАМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НЕ ОТНОСИТСЯ ПЕРИОД

1. разлитого гнойного перитонита

**2. септического шока**

3. внезапной резкой боли, шока

4. мнимого благополучия

6. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК НЕ ОТНОСИТСЯ

1. «кинжальная» боль в животе

**2. неукротимая рвота**

3. напряжение мышц передней брюшной

стенки

4. исчезновение печёночной тупости

7. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА И ДПК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

1. промыть желудок

2. ввести обезболивающий препарат

3. провести дезинтоксикационную терапию

**4. экстренно госпитализировать в хирургический стационар**

8. К МЕТОДУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ПО ТЕЙЛОРУ НЕ ОТНОСИТСЯ

**1. холод на живот**

2. зондовая аспирация желудочного содержимого

3. дезинтоксикационная терапия

4. антибиотикотерапия

9. К РЕКОМЕНДОВАННЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДПК НЕ ОТНОСИТСЯ

1. ушивание язвы

**2. гастроэнтеростомия**

3. иссечение язвы с пилоропластикой в сочетании с ваготомией

4. резекция желудка

10. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ УШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НЕ ОТНОСИТСЯ

**1. язва желудка с признаками малигнизации**

2. тяжелые сопутствующие заболевания

3. впервые выявленная язва у больного молодого возраста

4. хирург не владеет другими операциями

11. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УГРОЗЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ФГДС ЯВЛЯЕТСЯ

1. рубцующаяся язва

2. размеры язвы

3. локализация язвы

**4. наличие тромбированных сосудов в дне язвы**

12. В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО

1. мелена

2. симптом мышечной защиты

3. рвота желудочным содержимым цвета «кофейной гущи»

**4. коллапс**

13. ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЕ ЯЗВЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У

**1. мужчин**

2. женщин

3. стариков

4. больных молодого возраста (до 30 лет)

14. В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ

КРОВОТЕЧЕНИЙ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

**1. «разъедающее» действие желудочного**

**секрета**

2. недостаток витаминов К и С

3. атеросклероз сосудов

4. гормональные нарушения

15. ОСНОВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. сгущение крови

2. гипоксия мозга

**3. гиповолемический шок**

4. почечная недостаточность

16. ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬ

1. острая, в эпигастрии

2. тупая, обостряющаяся при кровотечении

**3. исчезает вслед за начавшимся кровотечением**

4. схваткообразная

17. БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ БОЛИ В ЖЕЛУДКЕ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У НЕГО ОБНАРУЖЕНЫ

ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА. АМБУЛАТОРНО С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ МОЖНО УДАЛИТЬ

1. полипы на фоне ахилического гастрита

2. тотальный полипоз желудка

**3. одиночный железистый полип**

4. полипы с широким (более 2 см) основанием

18. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

1. полипоза желудка

2. болезни Менетрие

**3. синдрома Маллори-Вейсса**

4. хронической язвы желудка

19. СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА – ЭТО

1. осложнение после хирургических вмешательств при язвенной болезни, проявляющееся многократной рвотой после приёма пищи

2. синоним синдрома верхней брыжеечной артерии

3. нарушение проходимости дистальных отделов желудка, обусловленное язвенной деформацией

**4. гастринпродуцирующая опухоль поджелудочной железы, обуславливающая возникновение пептических гастродуоденальных язв, плохо поддающихся лечению**

20. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. рентгенография желудка

2. исследование кислотности желудочного содержимого

**3. гастроскопия с полифокусной биопсией**

4. цитология промывных вод желудка

22. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. полипоз желудка

2. язва желудка

**3. болезнь Крона**

4. хронический атрофический гастрит

23. БОЛЬНОМУ, У КОТОРОГО ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕН МАЛИГНИЗИРОВАННЫЙ ПОЛИП ТЕЛА ЖЕЛУДКА, ПОКАЗАНО

**1. оперативное лечение в условиях стационара**

2. эндоскопическая полипэктомия в условиях стационара

3. эндоскопическая полипэктомия в условиях поликлиники

4. наблюдение и консервативная терапия

24. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ФОРМАМ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. метастазы Вирхова

2. метастазы Шницлера

**3. метастазы в кости**

4. метастазы Айриша

25. БОЛЕЕ ДРУГИХ ПРЕДОХРАНЯЕТ ОТ РАЗВИТИЯ РАКА КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА РЕЗЕКЦИЯ ПО

1. Бильрот-1

2. Бильрот-2 в модификации Гофмейстера- Финстерера

**3. Ру**

4. Бальфуру

26. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

1. Ровзинга

2. Воскресенского

**3. Мерфи**

4. Образцова

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ

**1. Кохера-Волковича**

2. Ровзинга

3. Ситковского

4. Щёткина-Блюмберга

28. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

**1. гломерулонефрита**

2. острого панкреатита

3. острого аднексита

4. правосторонней почечной коликой

29. НЕВЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ

УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО

1. ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка

2. ригидности может не быть при тазовом расположении

**3. рвота всегда предшествует боли**

4. боль чаще начинается в эпигастральной области

30. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТАКОВОГО У ВЗРОСЛЫХ ВСЕМ, КРОМЕ

1. схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты

2. быстрого развития разлитого перитонита

**3. резкого напряжения мышц в правой подвздошной области**

4. выраженной интоксикации

31. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ИМЕЕТ

1. симптом Кохера-Волковича

**2. пункция заднего свода влагалища**

3. жалоба на головокружение

4. симптом Бартомье-Михельсона

32. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ АППЕНДИКСА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. перевязка шелковой лигатурой с погружением культи

2. перевязка лавсановой лигатурой с погружением культи

**3. перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи**

4. перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи

33. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ПРИ ТАЗОВОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА, ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

1. симптома Ситковского

2. примеси крови в каловых массах

**3. выраженной болезненности передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании**

4. выраженной температурной реакции

34. ПРИ ТАЗОВОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ВОСПАЛЁННОГО ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ВЫСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ПОМОГАЕТ СИМПТОМ

1. Щёткина-Блюмберга

2. Ровзинга

**3. Коупа**

4. Крымова

35. К ИНСТРУМЕНТАМ ИЗ ГРУППЫ ДОСТУПА, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ

ЛАПАРОСКОПИИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. троакары

2. стилеты

3. переходники (гильзы)

**4. крючки Фарабёфа**

36. К ИНСТРУМЕНТАМ ИЗ ВТОРОЙ ГРУППЫ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. зажимы для удержания органов и тканей

**2. зажимы Микулича**

3. ножницы

4. электроды

37. ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЛАПАРОСКОПИЮ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ В

**1. операционной**

2. манипуляционной

3. перевязочной

4. эндоскопическом отделении

38. ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ГАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. прямую пункцию иглой Вереша

**2. лапаротомию**

3. прямую пункцию троакаром

4. открытую лапароскопию с фиксатором

39. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ

**1. на спине**

2. на левом боку

3. на правом боку

4. Тренделенбурга

40. К РЕКОМЕНДОВАННЫМ МЕСТАМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ТРОАКАРА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

**1. пупок**

2. точки выше или ниже пупка

3. правая подвздошная область

4. левое подреберье

41. К ПРОБАМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНОСТИ НАХОЖДЕНИЯ ИГЛЫ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. проба убегающей капли

2. шприцевая проба

3. аппаратная проба

**4. газовая проба**

42. ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ

**1. кислород**

2. углекислый газ

3. воздух операционной

4. гелий

43. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ

1. пальпацию брюшной стенки

2. клинический анализ крови

3. пальцевое ректальное исследование

**4. ирригоскопию**

44. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ

АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. аппендикулярный инфильтрат**

2. инфаркт миокарда

3. вторая половина беременности

4. геморрагический диатез

45. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ

ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. инфильтрат

**2. нагноениe операционной раны**

3. кровотечение

4. перитонит

46. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, НЕ ОТНОСИТСЯ

1. перегрузка пищеварительного тракта обильной грубой пищей

2. внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления

3. изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза

**4. situs viscerus inversus**

47. ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

1. каловыми камнями

**2. раком кишечника**

3. дивертикулитом

4. туберкулёзом кишечника

48. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. глистные инвазии

2. желчные камни

**3. спайки брюшной полости**

4. опухоли кишечника

49. ДЛЯ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ

1. схваткообразные боли в животе

2. «опоясывающие» боли в животе

**3. многократная рвота**

4. однократная рвота

50. ДЛЯ НИЗКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО

1. постепенное нарастание симптомов

2. вздутие живота

3. появление чаш Клойбера

**4. быстрое обезвоживание**

51. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПРОТЕКАЕТ НЕПРОХОДИМОСТЬ

1. обтурационная

2. спастическая

3. паралитическая

**4. странгуляционная**

52. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

**1. обзорную рентгенографию органов брюшной полости**

2. исследование пассажа рентген-контрастного вещества по кишечнику

3. эзофагогастродуоденоскопию

4. лапароскопию

53. К ПРИЗНАКАМ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. атония кишечной стенки и отсутствие перистальтики

2. цианоз кишки

**3. налёт фибрина на стенке кишки**

4. отсутствие пульсации сосудов брыжейки

54. ОСНОВНОЙ ТРИАДОЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. запоры, вздутие живота, повышение температуры

2. понос, боли в суставах, похудание

3. постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура

**4. боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале**

55. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. наличие сужений и стриктур по ходу пораженных участков кишки

**2. множественные выпячивания стенки толстой кишки**

3. наличие одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке

4. наличие спикул по контуру кишки

56. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, С КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БОЛЕЗНЬ КРОНА, НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. язвенный колит

2. острые кишечные инфекции

**3. колостаз**

4. псевдомембранозный колит

57. К РЕКОМЕНДОВАННЫМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. глюкокортикостероиды

2. антибиотики

3. 5-АСК и её производные

**4. НПВС**

58. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

1. кишечное кровотечение

2. перфорация тонкой кишки

3. токсическая дилатация ободочной кишки

**4. отсутствие эффекта от консервативного лечения**

59. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

**1. аденокарцинома**

2. ювенильный полип

3. ворсинчатая опухоль

4. аденома

60. ПОД ПОНЯТИЕМ РАК ОБЫЧНО ПОДРАЗУМЕВАЮТ

1. меланому

2. ворсинчатую опухоль

**3. аденокарциному**

4. саркому

61. РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОБЫЧНО СОСТОИТ ИЗ КЛЕТОК ТИПА

1. аденокарциномы

2. базалиомы

3. меланомы

**4. плоскоклеточного рака**

62. ОПУХОЛИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ ВЫШЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ЧАЩЕ ВСЕГО, ИМЕЮТ СТРОЕНИЕ

1. базалиомы

**2. аденокарциномы**

3. плоскоклеточного рака

4. лейомиосаркомы

63. К ПРОЯВЛЕНИЯМ РАКА РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА МЕНЬШЕ ВСЕГО ОТНОСЯТСЯ

1. общая слабость

**2. острый парапроктит**

3. частичная кишечная непроходимость

4. ректальные кровотечения

64. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ГЕМАНГИОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. боль в прямой кишке

2. затруднённый стул

3. частый жидкий стул

**4. кровотечение**

65. НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. электрокоагуляция

**2. трансанальное иссечение**

3. удаление прямой кишки с опухолью

4. склерозирующая терапия

66. НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. обзорная рентгенография брюшной полости**

2. фистулография

3. ирригоскопия

4. проба Шварца

67. К МЕСТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. лечения гнойной раны

2. предохранение окружающих мягких тканей от переваривающего воздействия кишечного отделяемого

3. уменьшение потерь кишечного отделяемого

**4. нормализация стула**

68. К ПРИНЦИПАМ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ НЕ ОТНОСИТСЯ

**1. применение обтураторов**

2. питание

3. коррекция последствий функционирования свища

4. стимуляция защитных сил организма и репаративных процессов

69. ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЛОЖЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

**1. перитонизируют наложением кетгутовых швов непосредственно через ткань печени по краям ложа желчного пузыря**

2. перитонизируют подшиванием сальника к ложу желчного пузыря

3. перитонизируют наложением капроновых швов непосредственно через ткань печени по краям ложа желчного пузыря

4. обрабатывают 96% раствором этилового Спирта

70. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. острый холецистит, осложнённый перитонитом**

2. хронический калькулёзный холецистит

3. повышение температуры тела до 37,5 ºС

4. наличие механической желтухи

71. У БОЛЬНОЙ 62 ЛЕТ НА ВТОРЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ОТМЕЧЕНЫ СНИЖЕНИЕ АД И ГЕМОГЛОБИНА, ТАХИКАРДИЯ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

1. инфаркт миокарда

2. тромбоэмболию лёгочной артерии

3. острый послеоперационный панкреатит

**4. внутрибрюшное кровотечение**

72. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. глухой шов лапаротомной раны

2. дренирование подпечёночной зоны марлевым дренажем

**3. дренирование подпечёночной зоны трубкой с активной аспирацией**

4. дренирование подпечёночной зоны трубкой без активной аспирации

73. ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. компьютерная томография

**2. УЗИ**

3. обзорная рентгенография брюшной полости

4. чрескожная чреспечёночная холангиография

74. ВО ВРЕМЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ВОЗНИКЛО ПРОФУЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1. тампонаду участка кровотечения гемостатической губкой

**2. пережатие пальцами гепатодуоденальной связки, осушить рану, верифицировать источник кровотечения, прошить или перевязать кровоточащий сосуд**

3. тампонаду кровоточащего участка на 5-10 минут

4. остановку кровотечения губкой «тахокомб»

75. У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 12 СУТОК ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ХОЛЕДОХОТОМИИ С УДАЛЕНИЕМ КОНКРЕМЕНТОВ ПО ДРЕНАЖУ КЕРА ПРОДОЛЖАЕТ ПОСТУПАТЬ ДО 1 ЛИТРА ЖЕЛЧИ В СУТКИ. ПРИ ФИСТУЛОГРАФИИ ВЫЯВЛЕН КОНКРЕМЕНТ УСТЬЯ

ХОЛЕДОХА. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО

1. повторная лапаротомия с целью извлечения конкремента

2. проведение литолитической терапии через дренаж

3. дистанционная волновая литотрипсия

**4. эндоскопическая папиллосфинктеротомия**

76. ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПОКАЗАНО

**1. экстренная холецистэктомия, дренирование брюшной полости**

2. экстренная холецистэктомия, гепатикоэнтеростомия

3. экстренная холецистостомия, ЭПСТ

4. экстренная холецистэктомия, наложение холедоходуоденоанастомоза

77. ПЕРФОРАТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

**1. прободной язвой желудка**

2. острым панкреатитом

3. острой кишечной непроходимостью

4. острым аппендицитом

78. ДЛЯ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА ХАРАКТЕРНО

1. триада Мондора

**2. триада Шарко**

3. симптом Курвуазье

4. симптом Бриттена

79. В КАЧЕСТВЕ ОБЪЁМНОЙ СРЕДЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА

ИСКЛЮЧЕНИЕМ

1. воздуха

2. закиси азота

3. углекислого газа

**4. фурацилина**

80. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ХОРОШО ДОСТУПЕН ОСМОТРУ ПРИ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО

1. на спине при горизонтальном положении стола

2. на спине с опущенным головным концом стола

3. на правом боку с приподнятым головным концом стола

**4. на левом боку с приподнятым головном концом стола**

81. ЛАПАРОСКОП СТЕРИЛИЗУЕТСЯ

1. в растворе фурацилина

2. в растворе муравьиной кислоты

3. автоклавированием

**4. в растворе хлоргексидина**

82. В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ЛАПАРОСКОП ВВОДИТСЯ

1. вращательным движением

**2. под контролем зрения**

3. медленно

4. быстро

83. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ

1. остроконечный скальпель

2. троакар

3. переходный резиновый воздуховод

**4. ранорасширитель**

84. ПРОВЕДЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ТРОАКАРА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ОБЛЕГЧАЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ,

КРОМЕ

1. рассечения кожи

2. надсечения апоневроза

**3. рассечения брюшины**

4. вращательных движений троакара вокруг

своей оси

108. РАСПОЗНАВАНИЮ ПРИЧИНЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ БОЛЕЕ ВСЕГО ПОМОГАЕТ

1. пероральная холецистография

2. внутривенная холецистохолангиография

**3. эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография**

4. сцинтиграфия печени

109. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ

1. холедохолитиаза

2. обструкции камнем или слизистой пробкой

пузырного протока

**3. отёка головки поджелудочной железы**

4. холангита

110. ЛИКВИДИРОВАТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ МОЖНО

1. ушив место повреждения протока

отдельными швами атравматической иглой

2. сшив проток на Т-образном дренаже

**3. сшив проток на Г-образном дренаже**

4. наложив билиодигестивный анастомоз

4. вторичный абсцесс лёгкого

111. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. чрескожная чреспечёночная холангиография

2. МСКТ

**3. МРТ**

4. УЗИ

112. ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫМ АНАЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРОЙ, ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. амикацин

2**. метронидазол**

3. тиенам

4. цефазолин

113. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. МРТ

**2. пункционную биопсию под контролем КТ**

3. УЗИ

4. радиоизотопную сцинтиграфию

124. ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА И ПРОТЯЖЁННОСТИ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. КТ

2. МРТ

**3. УЗИ**

4. лапароскопия

125. ПРИ НАЛОЖЕНИИ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА С

«ОТКЛЮЧЁННОЙ» ПО РУ КИШКЕ, ДЛИНА «ОТКЛЮЧЁННОГО» УЧАСТКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ

1. 20 см

2. 40 см

3. 60 см

**4. 80 см**

126. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА И ЕГО ПЕРЕСЕЧЕНИИ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА ½ ДИАМЕТРА ВО ВРЕМЯ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПОКАЗАНО

**1. лапароскопическое ушивание на дренаже Кера**

2. эндопротезирование

3. гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах

4. лапароскопическое ушивание с чрезкожным чрезпечёночным дренированием желчных протоков

127. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ

ВМЕШАТЕЛЬСТВА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ЧЕРЕЗ

1. 2 недели

2. 1 месяц

**3. 2,5-3 месяца**

4. 6 месяцев

128. ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

1. схваткообразные боли

2. боль неопределённого характера

3. боль, вызывающая беспокойство

**4. сильная, постоянная боль**

129. БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ

ПОКАЗАТЕЛЕМ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. амилаза**

2. трипсиноген

3. аминотрансфераза

4. альдолаза

130. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КОСВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ

1. острые язвы желудка

2. острые язвы двенадцатиперстной кишки

**3. отёк и гиперемия задней стенки желудка**

4. кровоизлияния на передней стенке желудка

131. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. гнойные осложнения**

2. желтуха

3. энцефалопатия

4. почечная недостаточность

132. НА 15-Е СУТКИ У БОЛЬНОГО С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ СОХРАНЯЮТСЯ ВЫРАЖЕННЫЕ ЯВЛЕНИЯ ИНТОКСИКАЦИИ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39 ºС, ОЗНОБ, ПОТЛИВОСТЬ, ЛЕЙКОЦИТОЗ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ В ПОЯСНИЧНОЙ

ОБЛАСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ –

1. абсцесс поджелудочной железы

**2. забрюшинная флегмона**

3. абсцесс сальниковой сумки

4. гнойный перитонит

133. БОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ТОШНОТУ, РВОТУ. В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОХУДЕЛ НА 15 КГ. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕНО

ОТТЕСНЕНИЕ ЕГО КПЕРЕДИ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ –

1. стеноз привратника

**2. рак поджелудочной железы**

3. язвенная болезнь желудка

4. опухоль толстой кишки

134. СПУСТЯ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА У БОЛЬНОГО 45 ЛЕТ ПРИ УЗИ ВЫЯВЛЕНА КИСТА ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 3Х4 СМ. ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

1. наложения цистоэнтероанастомоза

**2. наружного дренирования кисты под контролем УЗИ**

3. панкреатодуоденальной резекции с пломбировкой протоков

4. цистогастростомии

135. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. анализ дуоденального сока на ферменты

**2. анализ крови на ферменты**

3. УЗИ, компьютерная томография, ангиография

4. РХПГ

136. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ РАЗВИВАЕТСЯ

**1. после перенесенного острого панкреатита**

2. после травмы поджелудочной железы

3. после заболеваний органов брюшной полости, анатомически связанных с поджелудочной железой

4. при атеросклеротическом поражении сосудов поджелудочной железы

137. ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

1. острый панкреатит

2. травма поджелудочной железы

3. заболевания органов брюшной полости,

анатомически связанных с поджелудочной железой

**4. муковисцидоз**

138. СИМПТОМ МЭЙО-РОБСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. болезненностью в области позвоночника в проекции поджелудочной железы

2. напряжением брюшной стенки в эпигастрии

**3. болезненностью в области рёберно-позвоночного угла слева**

4. болезненностью и эпигастрии

139. ПОД СИМПТОМОМ ВОСКРЕСЕНСКОГО ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПОНИМАЮТ

1. боль при поколачивании по левой рёберной дуге

2. болезненность в эпигастрии при пальпации

3. болезненность при поколачивании по

правой рёберной дуге

**4. отсутствие пульсации брюшной аорты при пальпации в эпигастрии, выше пупка**

140. СИМПТОМ КЁРТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. напряжением брюшной стенки в эпигастрии

2. болезненностью при пальпации левой подреберной области

**3. резистентностью брюшной стенки и болью в области поджелудочной железы**

4. болезненностью в левом рёберно-позвоночном углу

141. ПРИ НАЛИЧИИ ГРЫЖИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОКАЗАНО

**1. оперативное лечение в плановом порядке**

2. консервативные мероприятия, а при их неэффективности – оперативное лечение

3. оперативное лечение только при осложненных формах грыжи

4. оперативное лечение только по жизненным показаниям

142. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ СРОКИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

**1. в течение первого года**

2. 1-2 года

3. 2-3 года

4. 4-5 лет

143. МНОГОКАМЕРНЫЙ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ, КАРМАНАМИ И КИСТАМИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ПРИ \_\_\_\_\_\_\_\_ ГРЫЖАХ

**1. послеоперационных вентральных**

2. бедренных

3. пупочных

4. паховых

144. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ У

1. мужчин

2. женщин

3. детей

**4. перенесших несколько операций**

145. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ЧЕРЕЗ ИСКУССТВЕННОЕ ОТВЕРСТИЕ В БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ПОД КОЖУ ПЕРЕМЕЩАЮТСЯ ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, НЕ ПОКРЫТЫЕ

ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНОЙ – ЭТО

1. грыжа

**2. эвентрация**

3. лапаротомная рана

4. эвагинация

146. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ НЕВПРАВИМОЙ ГРЫЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. пальпация

2. УЗИ

3. контрастная МСКТ

**4. нативная МСКТ**

147. НЕВПРАВИМОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ

ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

**1. спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка**

2. спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника

3. рубцового процесса в подкожной клетчатке

4. несоответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот

148. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. частая невправимость**

2. широкие грыжевые ворота

3. плотные края грыжевых ворот

4. склонность к ущемлению

149. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО К ОБРАЗОВАНИЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1. раневая инфекция

2. ношение бандажа

3. неправильная техника ушивания раны

**4. ранние тяжёлые физические нагрузки**

150. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. лёгкая вправляемость

2. врождённая природа

**3. одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной**

4. проникновение между мышцами и апоневрозом

151. ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ В НЁМ

1. большого сальника

2. мочевого пузыря

3. семенного канатика

**4. петли кишечника**

152. БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ГРИПП НАКАНУНЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, РЕКОМЕНДОВАНО

1. госпитализация сразу

**2. госпитализация через 1 месяц**

3. госпитализация через 3 месяца

4. госпитализация через 6 месяцев

153. К РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ВНУТРЕННИХ ГРЫЖАХ ОТНОСИТСЯ

1. диарея

2. коллапс

**3. схваткообразная боль в животе**

4. дегидратация

154. БОЛЬНОЙ С УЩЕМЛЁННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСТУПИЛ НА 3 СУТКИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39 ºС, ГИПЕРЕМИЯ, ИНФИЛЬТРАЦИЯ, ОТЁК МОШОНКИ. У БОЛЬНОГО

1. некроз яичка

2. фуникулит

**3. флегмона грыжевого мешка**

4. острый орхит

155. РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ – ЭТО

1. ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка

2. ущемление сигмовидной кишки

3. ущемление желудка в диафрагмальной грыже

**4. любое пристеночное ущемление кишки**

156. ДЛЯ РИХТЕРОВСКОГО УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ ЖИВОТА ХАРАКТЕРНО

**1. стёртость клинической картины с минимальными изменениями в области грыжевого мешка**

2. развитие клиники тонкокишечной непроходимости

3. развитие клиники толстокишечной непроходимости

4. возникновение дизурии

157. ДЛЯ ГРЫЖИ ЛИТТРЕ ХАРАКТЕРНО УЩЕМЛЕНИЕ

1. желудка

2. тонкой кишки

3. придатков матки

**4. дивертикула Меккеля**

158. У БОЛЬНОЙ 65 ЛЕТ С УЩЁМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПНЕВМАТИЗИРОВАННЫЕ ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ, ЧАШИ КЛОЙБЕРА. ПРОИЗОШЛО УЩЕМЛЕНИЕ

1. сигмовидной кишки

2. желудка

3. сальника

**4. тонкой кишки**

159. У БОЛЬНОЙ С ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛИСЬ ТЯНУЩИЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА С ИРРАДИАЦИЕЙ В

ПРАВОЕ БЕДРО, ТОШНОТА, ОДНОКРАТНАЯ РВОТА. ПАЛЬПИРУЕТСЯ ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НИЖЕ ПАХОВОЙ СКЛАДКИ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1. почечная колика справа

2. острый аппендицит

3. киста круглой связки матки

**4. ущемлённая бедренная грыжа справа**

160. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ УШИБА, НЕБОЛЬШИХ ГЕМАТОМ, НАДРЫВА МЫШЦ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. сильная разлитая боль

**2. локальная неинтенсивная боль в зоне травмы**

3. тошнота

4. рвота

161. В КЛАССИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ СИМВОЛЫ

1. стадия I, II, III, IV

2. Т 1-4

**3. Р 1-4**

4. NО или +

162. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА В ПРЯМОЙ КИШКЕ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК IIА СТАДИЯ, В ТОМ СЛУЧАЕ, КОГДА

1. опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах метастазов нет

2. опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах обнаружены метастазы рака

3. опухоль занимает 1/2 окружности стенки кишки, прорастает в мышечный слой, в лимфатических узлах метастазов нет

**4. опухоль занимает менее 1/3 окружности стенки кишки, прорастает в подслизистый слой, в лимфатических узлах метастазов не**

**Обнаружено**

163. МЕСТНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ, ОБОЗНАЧАЕМОЕ В МКБ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ СИМВОЛОМ Т2,

КАСАЕТСЯ ТЕХ СЛУЧАЕВ, КОГДА ОПУХОЛЬ

1. располагается циркулярно

**2. занимает менее 3/4 окружности стенки кишки, но более полуокружности**

3. занимает менее 1/2 окружности стенки кишки, но более 1/3

4. занимает более 3/4 окружности стенки кишки

164. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. 20-29 лет

2. 30-39 лет

3. 40-49 лет

**4. 50 лет и старше**

165. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ ПЕРЕРОЖДЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ

1. единичные полипы

2. множественные полипы

**3. ворсинчатые полипы**

4. неспецифический язвенный колит

166. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ КОРРЕЛИРУЕТ С

1. условиями жизни

2. условиями работы

**3. составом пищевых продуктов**

4. наличием воспалительных заболеваний

толстой кишки

167. ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. геморроя

2. рака прямой кишки

3. анальной трещины

**4. эпителиального копчикового хода**

168. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. дивертикулит**

2. перфорация дивертикула

3. кишечная непроходимость

4. стриктура толстой кишки

169. ДИВЕРТИКУЛИТ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. образованием в стенке кишки мешковидных выпячиваний

**2. повреждением слизистой оболочки в области дивертикула и развитием периколита**

3. образованием в стенке кишки мешковидных выпячиваний на месте воспалительно изменённого участка кишки

4. повреждением слизистой и мышечной оболочек в области дивертикула и развитием перитонита

170. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ ДИАГНОСТИКУ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С

1. ирригоскопии

2. колоноскопии

**3. обзорной рентгенографии органов брюшной полости**

4. УЗИ органов брюшной полости

171. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛИТА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. абсцесс**

2. острая кишечная непроходимость

3. кишечный свищей

4. перитонит

172. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ

ЯВЛЯЕТСЯ

**1. резекция пораженного участка кишечника с последующим восстановлением кишечника при помощи реконструктивной операции**

2. ушивание перфоративных отверстий в стенке кишки

3. дренирование брюшной полости

4. интубация кишечника

173. ТЕРМИНОМ «ПОДОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ» РЕКОМЕНДУЮТ ОБОЗНАЧАТЬ

1. формы заболевания, когда у больных с доказанным дивертикулёзом толстой кишки, протекающим без лихорадки и лейкоцитоза, на протяжении 6-12 мес отмечаются боли в левой подвздошной области, расстройства функций кишечника

**2. формы острого дивертикулита тяжёлого и умеренно тяжёлого течения, когда проводимая антибактериальная терапия не приводит к**

**полному разрешению клинических симптомов; у больных сохраняются боли в левой подвздошной области, нарушения функций кишечника, повышение температуры тела до субфебрильных цифр**

3. формы дивертикулярной болезни толстой кишки, когда проводимая антибактериальная терапия приводит к полному разрешению клинических симптомов

4. формы заболевания, когда у больных с недоказанным дивертикулёзом толстой кишки, на протяжении 6-12 мес. отмечаются боли в левой подвздошной области, расстройства функций кишечника

174. РЕЦИДИВ ДИВЕРТИКУЛИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ У \_\_\_\_\_ БОЛЬНЫХ

1. 50-60%

**2. 1-10%**

3. 25-50%

4. 0,5-1%

175. В ДИАГНОСТИКЕ ДИВЕРТИКУЛИТА ТОЛСТОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА

1. колоноскопия

2. обзорная рентгенография

**3. контрастная компьютерная томография**

4. ирригоскопия

176. ГЕМОРРОЙ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, СВЯЗАННОЕ С

1. гипертрофией кавернозных телец прямой кишки

2. кровотечениями, обусловленными гипертрофией кавернозных телец прямой кишки

**3. разнообразными клиническими проявлениями, которые обусловлены патологическими изменениями геморроидальных узлов**

4. гиперплазией геморроидальных узлов

177. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРОЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЛЕЖИТ

1. врождённая недостаточность венозной системы

2. слабость венозных стенок, связанная с патологией эндокринной системы

**3. нарушение оттока крови от кавернозных телец располагающихся в дистальной части прямой кишки**

4. экзогенная интоксикация

178. ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЙ УЗЕЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. варикозно расширенные вены прямой кишки

**2. гиперпластическое изменение ткани прямой кишки, обусловленное усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тела по улитковым артериям и затруднённым оттоком по отводящим венулам**

3. тромбированные геморроидальные вены

4. гиперплазированные кавернозные тельца

179. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕМОРРОЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. длительный и упорный запор

2. хронический проктит

**3. частые простудные заболевания**

4. тяжёлая физическая работа

180. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ВИДЕ

1. мелены

2. включений в каловые массы

3. тёмных сгустков сразу после дефекации

**4. струйного, алой кровью, в конце дефекации**

181. КРОВЬ ПРИ КРОВОТОЧАЩЕМ ГЕМОРРОЕ ИМЕЕТ ВИД

**1. артериальной крови**

2. тёмной крови со сгустком

3. дёгтеобразного стула

4. алой крови с примесью большого

количества слизи

182. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ГЕМОРРОЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ

1. обильные выделения слизи из заднего прохода

**2. диарея**

3. периодические выделения алой крови во время дефекации

4. анальный зуд

183. ДЛЯ ГЕМОРРОЯ ТИПИЧНЫ

1. частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела

2. сильная боль после дефекации, выделение капель крови после неё, хронические запоры

3. неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа «овечьего»

**4. выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов**

184. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ БЫВАЕТ ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ. ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ КРОВЬ В ВИДЕ СТРУЙКИ ИЛИ БРЫЗГ ПО УНИТАЗУ, ПЕРИОДИЧЕСКИ БЕСПОКОИТ ЗУД В ОБЛАСТИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

1. рак прямой кишки

2. полип прямой кишки на ножке

3. анальная трещина

**4. геморрой**

185. СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

СЧИТАЕТСЯ

1. инфекционная

2. механическая

**3. гипертрoфии кавернозных телец**

4. экзо- и эндогенных интоксикаций

186. ДЛЯ ПЕРВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ГЕМОРРОЯ ХАРАКТЕРНО

**1. рeктальные кровотечения**

2. кожный зуд

3. боли в области заднего прохода

4. выпадение геморроидальных узлов при дефекации

187. ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА МОЖЕТ БЫТЬ

**1. туберкулезная палочка**

2. стрептококк

3. кишечная палочка

4. протей

188. К БАНАЛЬНЫМ ПАРАПРОКТИТАМ ОТНОСЯТ ПАРАПРОКТИТЫ, РАЗВИВАЮЩИЕ ВСЛЕДСТВИЕ

1. актиномикоза

2. туберкулёза

3. анаэробной инфекции

**4. болезни Крона и неспецифического язвенного колита**

189. ИНФЕКЦИЯ В ПАРАРЕКТАЛЬНОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ПРИ БАНАЛЬНЫХ ПАРАПРОКТИТАХ ПОПАДАЕТ

1. гематогенным путём

2. лимфогенным путём

**3. из просвета кишки через крипту**

4. при повреждении стенки кишки

190. ВТОРЫМ ЭТАПОМ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПАРАПРОКТИТЕ ВОВЛЕКАЕТСЯ

1. кожа промежности

2. тазовое дно

**3. межсфинктерное клетчаточное пространство**

4. клетчаточное околопрямокишечное пространство

191. ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПАРАПРОКТИТА ИНФЕКЦИЯ В КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО РЕДКО МОЖЕТ БЫТЬ ЗАНЕСЕНА ПУТЁМ

1. гематогенного пути

2. лимфогенного пути

3. контактного пути

**4. имплантационного пути**

192. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. подслизистый

**2. пoдкожный**

3. седалищно-прямокишечный

4. тазово-прямокишечный

193. НАИБОЛЕЕ РЕДКОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. подкожный

2. подслизистый

3. тазово-прямокишечный

**4. рeтроректальный**

194. НАЛИЧИЕ ВНУТРЕННЕГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ВСКРЫТИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ

1. предварительной рентгенографией (контрастной)

2. путём пальцевого бимануального исследования прямой кишки

**3. ввeдением в гнойник метиленовой сини**

4. с помощью ректороманоскопии

195. ЗОНДИРОВАНИЕ ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

1. затёки в параректальных клетчаточных пространствах

**2. отношение cвищевого хода к наружному сфинктеру**

3. объём гнойной полости

4. ширину свища

196. В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПАРАПРОКТИТА НЕ РАССМАТРИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД

1. острый

**2. вялотекущий**

3. хронический

4. подострый

197. ПО АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОМУ РАСПОЛОЖЕНИЮ ПРИ ПАРАПРОКТИТЕ НЕ ВОЗМОЖЕН ГНОЙНИК СЛЕДУЮЩЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

1. подкожный

2. ишиоректальный

3. пельвиоректальный

**4. ягодичный**

198. УКАЖИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ВАРИАНТ В СЛЕДУЮЩЕМ УТВЕРЖДЕНИИ: ПО ОТНОШЕНИЮ К СФИНКТЕРУ ПРЯМОЙ

КИШКИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СВИЩИ

**1. внутрисфинктерные**

2. транссфинктерные

3. экстрасфинктерные

4. интрасфинктерные

199. ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА УРОВНЕ

**1. аноректальной линии**

2. линии Хилтона

3. в нижнеампулярном отделе прямой кишки

4. верхнеампулярном отделе прямой кишки

200. ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТЛАНО

1. многослойным плоским ороговевающим эпителием

**2. грануляционной тканью**

3. железистым эпителием

4. многослойным плоским неороговевающим эпителием

201. К ПАРАРЕКТАЛЬНЫМ СВИЩАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. полный

2. нижний внутренний

3. неполный наружный

**4. губовидный**

202. К СТРУКТУРЕ ПОЛНОГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. внутреннее отверстие

2. наружное отверстие

3. свищевой ход

**4. эпителиальная выстилка свищевого хода**

203. В СТРУКТУРУ НЕПОЛНОГО ВНУТРЕННЕГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ВХОДИТ

1. наружное отверстие

2. свищевой ход

3. внутреннее отверстие

**4. только 2 и 3**

204. В ФОРМИРОВАНИИ СТЕНКИ СВИЩЕВОГО ХОДА НЕ УЧАСТВУЕТ

1. мышечная ткань

2. жировая ткань

**3. соединительная ткань**

4. кожный эпителий

205. К РАЗЛИЧИЯМ МЕЖДУ СПЕЦИФИЧЕСКИМИ И БАНАЛЬНЫМИ ПАРАПРОКТИТАМИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. характер инфекции

**2. расположение свища по отношению к сфинктеру**

3. местные клинические проявления

4. наличие основного заболевания

206. ДЛЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ

1. выделение крови из прямой кишки

**2. выделение из заднего прохода слизи с примесью крови**

3. боли внизу живота

4. диарея

207. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДЛЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ

КИШКИ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности**

2. боль в прямой кишке пульсирующего характера

3. кровотечение во время дефекации

4. наличие на коже промежности рубцов

208. ПОД ТРЕЩИНОЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПОНИМАЮТ

1. воспаление параректальной клетчатки

2. полный разрыв анального сфинктера

**3. дефект слизистой заднего прохода с возможным повреждением поверхностного слоя мышечных волокон**

4. дефект стенки нижнеампулярного отдела прямой кишки

209. РЕДКОЙ ПРИЧИНОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. наклонность к диарее

2. запор с затруднённым актом дефекации

3. грубое инструментальное исследование

**4. производственная травма**

210. К РАЗВИТИЮ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НЕ

ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

1. геморрой

2. криптит

**3. ректовагинальный свищ**

4. проктит

211. РАЗВИТИЮ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НЕ СПОСОБСТВУЕТ

1. затруднённый акт дефекации при запорах

2. многомоментный тип дефекации

3. тенезмы при диарее

**4. недостаточность анального сфинктера**

212. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА \_\_\_\_\_\_\_ СТЕНКЕ ЗАДНЕГО ПРОХОДА

1. передней

**2. задней**

3. боковой

4. переднебоковой

213. АНАЛЬНЫЕ ТРЕЩИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЮТ ПРОТЯЖЕННОСТЬ

**1. от зубчатой линии до выхода из ануса**

2. от зубчатой линии до аноректальной линии

3. от аноректальной линии до среднеампулярного отдела прямой кишки

4. от зубчатой линии до среднеампулярного отдела прямой кишки

214. ПРИ БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У БОЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

**1. острый парапроктит**

2. сфинктерит

3. сифилитическую гумму

4. гонорейный проктит

215. В ПАТОГЕНЕЗЕ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

1. ректальным кровотечениям

**2. спазму анального сфинктера**

3. анальному зуду

4. недостаточности анального сфинктера

216. ТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ РЕДКО БЫВАЮТ

СЛЕДСТВИЕМ

1. болевого синдрома, приводящего к ишемическому состоянию

2. постоянной травматизации и инфицирования плотными каловыми массами раневой поверхности

3. вовлечения в рубцовый процесс нервных окончаний в ране

**4. дизурических явлений**

217. ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПРИАНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ЯВЛЯЮТСЯ

**1. боль после дефекации, выделение алой крови при дефекации, стулобоязнь**

2. поносы

3. зуд в области ануса

4. выделение слизи из ануса, вздутие живота

218. ПЕРВИЧНАЯ ВАРИКОЗНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

**1. варикозной болезни нижних конечностей**

2. посттромботической болезни

3. врождённой ангиодисплазии

4. артерио-венозной фистуле

219. ПОД ТЕРМИНОМ «ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ» ПОДРАЗУМЕВАЮТ

1. тромбоз глубоких вен

2. мигрирующий тромбофлебит

**3. патологическое состояние, обусловленное нарушением венозного оттока, проявляющееся характерными симптомами**

**(отёк, кожные изменения и трофические язвы)**

4. лимфедема

220. НЕХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отёки нижних конечностей

**2. перемежающая хромота**

3. трофическая язва голени

4. ночные судороги

221. ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИИ – ЭТО

**1. внутрикожные вены диаметром до 1 мм**

2. подкожные варикозно изменённые вены диаметром до 2-3 мм

5. подкожные варикозно изменённые вены диаметром более 3 мм

4. перфорантные вены голени

222. РЕТИКУЛЯРНЫЕ ВЕНЫ – ЭТО

1. внутрикожные вены диаметром до 1 мм

**2. подкожные варикозно изменённые вены диаметром до 2-3 мм**

4. подкожные варикозно изменённые вены

диаметром более 3 мм

5. перфорантные вены бедра

223. ВАРИКОЗНЫЕ ПОДКОЖНЫЕ ВЕНЫ – ЭТО

1. внутрикожные вены диаметром до 1 мм

2. подкожные варикозно изменённые вены диаметром до 2-3 мм

**3. подкожные варикозно изменённые вены более 3 мм**

4. перфорантные вены голени

224. В СОВРЕМЕННОЙ ФЛЕБОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН

**1. СЕАР**

2. Forrest

3. ХВН

4. Wells

225. ТРОФИЧЕСКАЯ ЯЗВА ГОЛЕНИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ \_\_\_\_\_ СТЕПЕНИ ХВН ПО СЕАР

1. С2

2. С3-4

3. С5

**4. С6**

226. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1. термография

**2. ультразвуковое ангиосканирование сосудов**

3. флебография

4. капиляроскопия

227. ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ \_\_\_\_\_\_\_ СТЕПЕНИ

1. две

**2. три**

3. четыре

4. пять

228. ДЛЯ IБ СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРНО

**1. онемение, боль в поражённой конечности**

2. онемение, боль, паралич в поражённой конечности

3. онемение, боль, субфасциальный отёк поражённой конечности

4. онемение, боль, субфасциальный отёк, парциальная контрактура конечности

229. ДЛЯ IIБ СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРНО

1. онемение, боль в поражённой конечности

**2. онемение, боль, паралич в поражённой конечности**

3. онемение, боль, субфасциальный отёк, парциальная контрактура

4. онемение, боль, субфасциальный отёк,тотальная контрактура конечности

230. ДЛЯ IIIА СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРНО

1. онемение, боль в поражённой конечности

2. онемение, боль, паралич в поражённой конечности

**3. онемение, боль, субфасциальный отёк поражённой конечности**

4. онемение, боль, субфасциальный отёк,парциальная контрактура конечности

231. ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМБОЛЭКТОМИИ ИЗ БИФУРКАЦИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. лапаротомия

2. внебрюшинный

3. односторонний бедренный

**4. двухсторонний бедренный**

232. ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМБОЛЭКТОМИИ ИЗ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. внебрюшинный

**2. односторонний бедренный**

3. двухсторонний бедренный

4. подмышечный

233. ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМБОЛЭКТОМИИ ИЗ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. торакотомия

2. Т-образный с пересечением ключицы

**3. в локтевом сгибе**

4. подмышечный

234. ОПТИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИНСУФЛЯЦИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА \_\_\_\_\_ ММ РТ. СТ.

**1. 10-12**

2. 8-9

3. 14-16

4. 17-18

235. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. СН 2а

**2. спаечная болезнь брюшной полости**

3. наличие свободного газа в брюшной полости

4. механическая желтуха

236. К ПОКАЗАНИЯМ К ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

**1. хронический активный гепатит**

2. тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия

3. лимфаденит брыжейки кишки

4. неосложнённый острый аппендицит

237. К ИНСТУМЕНТАМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. 10 мм лапароскоп

2. 10 мм троакар

3. 5 мм троакар

**4. клипатор**

238. ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ УСТАНОВКИ ЛАПАРОСКОПА ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

**1. ниже пупка на 1 см по срединной линии**

2. выше пупка на 1 см по срединной линии

3. на 1 см справа от пупка

4. на 1 см слева от пупка

239. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯНЕ ПОКАЗАНА ПРИ

1. подозрении на желчеистечение в брюшную полость после лапароскопической холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде

**2. внутрибрюшном кровотечении с клиникой геморрагического шока**

3. гемоперитонеуме при стабильном состоянии пациента

4. подозрении на острый аппендицит

240. К РЕКОМЕНДОВАННЫМ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. очистительная клизма накануне операции

2. назначение на ночь перед операцией седативных препаратов

**3. обучение больного «надувать» живот**

4. опорожнение мочевого пузыря перед операцией

241. К НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖЕНИЯМ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. ранение брюшного отдела аорты

2. воздушная эмболия

3. ранение полых органов брюшной полости

**4. тромбоз воротной вены**

242. К ЭЛЕМЕНТАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СТОЙКИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. инсуффлятор

**2. аспиратор**

3. монитор

4. устройство светоподачи

243. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. малые формы наружного эндометриоза

2. склерокистоз яичников

3. субсерозные миоматозные узлы матки

**4. поликистоз яичников**

244. К ПЛАНОВЫМ ПОКАЗАНИЯМ КЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

**1. болевой синдром, обусловленный спайками в брюшной полости**

2. цирроз печени

3. ретенционная киста яичника

4. псевдокиста поджелудочной железы

245. К УРГЕНТНЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

**1. мезентериальный тромбоз**

2. субкапсулярная гематома печени

3. острый панкреатит

4. острый холецистит

246. ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ

1. трофических нарушениях в жировых подвесках толстой кишки

**2. хроническом активном гепатите**

3. тубоперитонеальном факторе женского бесплодия

4. неосложнённом остром аппендиците

247. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. возраст

**2. сепсис**

3. перенесенные недавно полостные операции

4. злокачественные гинекологические

Заболевания

248. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. сепсис

2. гнойный перитонит

**3. злокачественные гинекологические заболевания**

4. терминальные состояния (кома, клиническая смерть)

249. ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ УШИВАНИИ ДЕФЕКТА СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРОАКАРЫ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ

**1. по средней линии живота**

2. в правой паховой области

3. в левой паховой области

4. в правом подреберье

250. ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОМУ ПЕРЕВОДУ ЛАПАРОСКОПИИ В «ОТКРЫТУЮ» ОПЕРАЦИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

1. повреждение селезёнки

2. повреждение стенки тонкой кишки

3. воздушная эмболия

**4. ранение брюшного отдела аорты**

251. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. повреждение селезёнки

**2. повреждение стенки тонкой кишки**

3. воздушная эмболия

4. эмфизема мягких тканей передней брюшной стенки

252. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО РАСШИРЕНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, СБРОС КОНТРАСТА В ДПК ЗАМЕДЛЕН. ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УТОЧНЕНИЯ ПРИЧИНЫ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. пальпация желчного протока

2. трансиллюминация

3. зондирование протоков

**4. фиброхолангиоскопия**

253. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. рубцовые стриктуры внепечёночных желчных путей

**2. холедохолитиаз**

3. рак головки поджелудочной железы

4. эхинококк печени

254. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КРИТЕРИЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

**1. увеличение диаметра холедоха более 8 мм**

2. увеличение диаметра холедоха более 5 мм

3. увеличение диаметра холедоха более 7 мм

4. увеличение диаметра внутрипечёночных желчных протоков более 2 мм

255. ТОЧКА ДЛЯ ПУНКЦИИ ПРИ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЁНОЧНОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ

**1. VIII-IX межреберье по среднеаксилярной линии**

2. VI-VII межреберье по среднеаксилярной линии

3. IX-X межреберье по передней подмышечной линии

4. VI-VII межреберье по передней подмышечной линии

256. К ВНУТРЕННЕМУ ДРЕНИРОВАНИЮ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ОТНОСИТСЯ

1. чрескожная чреспечёночная

холангиостомия

**2. холедоходуоденоанастомоз**

3. холецистостомия под контролем УЗ

4. эндоскопическое назобилиарное дренирование

257. ВЫБОР МЕТОДА РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗАВИСИТ ОТ

**1. характера заболевания и уровня обтурации**

2. степени расширения холедоха

3. уровня билирубина

4. наличия и выраженности воспалительных изменений желчевыводящих путей

256. БОЛЬНАЯ К., 57 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШАЯ 2 ГОДА НАЗАД ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, ПОСТУПИЛА С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ. ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ ВЫЯВЛЕН ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ

ЯВЛЯЕТСЯ

**1. эндоскопическая папиллосфинктеротомия**

2. комплексная консервативная терапия

3. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика

4. холедохотомия с наружным дренированием холедоха

257. У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА И ПРОТЯЖЁННОСТИ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. КТ

**2. МРТ**

3. УЗИ

4. лапароскопия

258. ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА МОЖЕТ СОХРАНЯТЬ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ

1. 2 месяцев

2. до года

3. до 5-10 лет

**4. до 20-30 лет**

259. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЭТИОЛОГИИ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. УЗИ

2. МРТ

**3. пункционную биопсию под контролем КТ**

4. биохимический анализ крови

260. ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ КРУПНОЙ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ К ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СИМПТОМ

1. Ортнера

2. Кера

3. Воскресенского

**4. «дрожания гидатид»**

261. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АМЁБНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОСТУП

1. по Киршнеру

2. по Черни

**3. чрезбрюшинный**

4. по Кохеру

262. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭХИНОКОККОЗА В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. кровотечение

**2. нагноение**

3. печеночная недостаточность

4. перитонит

263. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ РАЗВЁРНУТОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

ЯВЛЯЕТСЯ

1. лейкоцитоз

2. сдвиг лейкоцитарной формулы влево

3. сдвиг лейкоцитарной формулы вправо

**4. эозинофилия**

264. БЕССИМПТОМНАЯ СТАДИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ДЛИТСЯ

1. 2-3 месяца

2. 6 месяцев

3. 1 год

**4. 4-6 лет**

265. ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С ПРОРАСТАНИЕМ И СДАВЛЕНИЕМ КРУПНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОКАЗАНО

1. чрескожное дренирование кисты

**2. наружновнутреннее каркасное дренирование желчных протоков**

3. чрескожное чреспечёночное дренирование желчных протоков

4. расширенная гемигепатэктомия

266. ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С НАЛИЧИЕМ В УЗЛЕ ПОЛОСТИ РАСПАДА, СООБЩАЮЩЕЙСЯ С ДОСТАТОЧНО КРУПНЫМ ЖЕЛЧНЫМ ХОДОМ, ПОКАЗАНО

**1. наложение каверноеюноанастомоза**

2. наложение холангиогепатоеюноанастомоза на скрытом дренаже

3. чрескожное чреспечёночное дренирование желчных протоков

4. расширенная гемигепатэктомия

267. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ СПОСОБОМ ЗАВЕРШЕНИЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. марсупиализация остаточной полости

**2. наружное дренирование остаточной полости трубкой**

3. зашивание наружных краёв фиброзной капсулы наглухо

4. подшивание наружных краёв фиброзной капсулы к париетальной брюшине без дренирования

268. РАК ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

1. общем печёночном протоке

2. правом печёночном протоке

3. левом печёночном протоке

**4. месте слияния обоих печёночных протоков и общего печёночного протока с пузырным**

269. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ ВНУТРИПЕЧЁНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ У НЕОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В СРЕДНЕМ РАВНА

1. 1-2 месяца

2. 4 месяца

**3. 7 месяцев**

4. 2 года

270. В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ

ОБЛАДАЕТ

1. УЗИ

2. КТ

3. МРТ

**4. дуоденоскопия**

271. КАРЦИНОМА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

1. до года

2. 10-15 лет

3. 20-40 лет

**4. 50-69 лет**

272. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ОПУХОЛЯХ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

**1. панкреатодуоденальная резекция**

2. наложение холедоходуоденоанастомоза

3. наложение холедохоеюноанастомоза

4. чрезкожное чрезпечёночное дренирование желчных путей

273. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ИМЕЕТ

**1. механическая желтуха с характерным грязно-зелёным оттенком**

2. боли в правом подреберье

3. увеличение размеров печени при перкуссии

4. снижение аппетита

274. ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ IБ СТАДИИ –

1. опухоль поражает только желчный проток

**2. опухоль прорастает стенку желчного протока**

3. опухоль поражает близлежащие лимфатические узлы и обнаруживается в желчном протоке

4. опухоль поражает печень, желчный пузырь, поджелудочную железу и/или правую или левую ветви печёночной артерии, или правую/левую ветви портальной вены

275. ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ IIA СТАДИИ –

1. опухоль поражает только желчный проток

2. опухоль прорастает стенку желчного протока

3. опухоль поражает близлежащие лимфатические узлы и обнаружена в желчном протоке

**4. опухоль поражает печень, желчный пузырь, поджелудочную железу и/или правую или левую ветви печёночной артерии, или правую/левую ветви портальной вены**

276. ПРИ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА ПОКАЗАНО

**1. резекция желчного протока с наложением высокого билиодигестивного анастомоза**

2. панкреатодуоденальная резекция

3. наложение холедоходуоденоанастомоза

4. наложение холедохоеюноанастомоза

277. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ОТНОСЯТ

1. липому

2. фиброму

**3. карциному**

4. нейрофиброму

278. ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1. дисфагией

2. частой рвотой

3. кровотечением

**4. изжогой**

279. ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ ОПАСНЫ

**1. ущемлением**

2. малигнизацией

3. кровотечением

4. постоянными болями

280. НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ УЩЕМЛЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ГРЫЖИ ПОД

**1. короткий пищевод**

2. параэзофагеальная грыжа

3. скользящая грыжа

4. фиксированная грыжа

281. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГРЫЖИ ПОД ЯВЛЯЕТСЯ

1. объективное исследование

2. ФГС

3. рентгенологическое исследование

4. КТ

282. ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ ПОД

1. операция Харингтона

2. пластика грыжи лоскутом из диафрагмы по

Петровскому

**3. фундопликация по Ниссену**

4. гастропексия

283. ОСНОВНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ГРЫЖ ПОД

1. частые рвоты

**2. эзофагит**

3. кровотечение

4. гастрит

284. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ГРЫЖИ ПОД

1. короткий пищевод

2. параэзофагеальная грыжа

**3. скользящая грыжа ПОД**

4. фиксированная грыжа ПОД

285. ПРИЧИНОЙ ИЗЖОГИ ПРИ ГРЫЖАХ ПОД ЯВЛЯЕТСЯ

1. недостаточность кардии

**2. желудочный рефлюкс**

3. повышенная кислотность

4. отсутствие клапана Губарева

286. САМЫМ ЦЕННЫМ В ДИАГНОСТИКЕ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖ ПОД ЯВЛЯЕТСЯ

1. ФГС

2. рентгеноскопия желудка

**3. контрастное исследование желудка в горизонтальном положении**

4. определение кислотности желудочного сока

287. В ГЕНЕЗЕ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖ ПОД ГЛАВНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

**1. повышение внутрибрюшного давления**

2. астеническое телосложение

3. гипертоническая болезнь

4. ожирение

288. ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ ПОД ПРИ ФГС ЧАЩЕ ВСЕГО НАХОДЯТ

1. недостаточность кардии

2. катаральный эзофагит

3. язвенный эзофагит

**4. сужение кардии**

289. ПРИ ПАРАЭЗОФАГАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПРИ ФГС ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. явления гастрита

2. рефлюкс-эзофагит

**3. деформация желудка**

4. сужение кардии

290. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ ПОД СЛУЖИТ

1. болевой синдром

2. размеры грыжи

**3. выраженность рефлюкс-эзофагита**

4. неэффективность консервативного лечения

291. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ УЩЕМЛЁННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. тошнота и рвота

2. кардиореспираторные расстройства

3. явления перитонита

**4. болевой синдром**

292. ОГРАНИЧЕННЫЕ РЕЛАКСАЦИИ КУПОЛАДИАФРАГМЫ

**1. в лечении не нуждаются**

2. подлежат оперативному лечению

3. лечатся консервативно

4. лечатся оперативно при неэффективности консервативного лечения

293. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ СМЕЩАЕТСЯ

1. желудок

2. тонкая кишка

3. селезенка

**4. поперечно-ободочная кишка**

294. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ

**1. почти всегда левосторонние**

2. правосторонние

3. правосторонние и левосторонние грыжи встречаются одинаково часто

4. чаще встречается разрыв сухожильного центра диафрагмы

295. ОСНОВНУЮ РОЛЬ В ГЕНЕЗЕ РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ ИГРАЕТ

1. травматическое повреждение диафрагмы

2. высокое внутрибрюшное давление

**3. повреждение диафрагмального нерва**

4. дистрофические изменения в мышечных волокнах диафрагмы

296. ПРИ РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

1. всех видах релаксации диафрагмы

2. полных релаксациях диафрагмы

3. ограниченных релаксациях диафрагмы

**4. полных релаксациях с выраженной клинической симптоматикой**

297. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДОСТУП

1. лапаротомный

**2. трансторакальный**

3. торакоабдоминальный

4. лапароскопический

298. ДЕФЕКТ В ДИАФРАГМЕ УШИВАЕТСЯ

1. отдельными кетгутовыми швами

2. редкими шелковыми или лавсановыми швами

3. П-образными швами

**4. частыми швами из не рассасывающегося материала**

299. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГРЫЖИ ДИАФРАГМЫ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. ФГС

2. рентгеноскопию грудной клетки

3. пневмоперитонеум

**4. контрастное исследование желудка**

300. САМЫМ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. наличие перистальтики при аускультации грудной клетки**

2. притупление перкуторного звука над соответствующим гемитораксом

3. ослабление дыхания над лёгкими

4. смещение органов средостения

301. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДИТСЯ

1. перемещение диафрагмы

2. ушивание диафрагмы

3. гафрирование диафрагмы

**4. дупликатура диафрагмы**

302. У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ

1. аплазия купола диафрагмы

2. частичные правосторонние дефекты

**3. частичные левосторонние дефекты**

4. френоперикардиальные грыжи

303. НА МЫСЛЬ О МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ МОЖЕТ НАВЕСТИ

1. коликообразные боли в животе

2. схваткообразные боли в животе

3. периодически пропадающая боль в животе

**4. интенсивная боль в животе, не соответствующая клиническим находкам**

304. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. облитерирующий тромбангиит

**2. облитерирующий атеросклероз**

3. пункция и катетеризация артерий

4. экстравазальная компрессия артерий

305. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЭМБОЛИИ АРТЕРИЙ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. атеросклероз дуги аорты

**2. ишемическая болезнь сердца**

3. тромбоз вен большого круга

кровообращения

4. аневризма аорты

306. У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В СТАДИИ ИШЕМИИ

ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

**1. живот мягкий**

2. болезненность во всех отделах

3. положительный симптом Щёткина-Блюмберга

4. положительный симптом мышечного напряжения

307. ДИАГНОСТИКА ЛЮБОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАЧИНАЕТСЯ С

1. анализа крови

2. пальпации и аускультации живота

**3. хорошо собранного анамнеза**

4. рентгенологического обследования

308. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ОТКРЫТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отёк конечности

2. боль в ране

**3. наружное кровотечение**

4. симптом натяжения

309. К МЕСТНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТКРЫТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ АРТЕРИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. наружное кровотечение

2. пульсирующая гематома

3. локализация раны в проекции сосудистого

пучка

**4. отёк конечности**

310. К ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. пальцевое прижатие артерии

2. наложение давящей повязки на рану

**3. наложение сосудистого шва**

4. форсированное сгибание конечности

311. ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ ВЫДЕЛЯЮТ \_\_\_\_\_ СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ

1. две

**2. три**

3. четыре

4. пять

312. ДЛЯ КОМПЕНСИРОВАНОЙ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

**1. чувствительность и активные движения конечности сохранены**

2. чувствительность и активные движения конечности снижены, пассивные сохранены

3. чувствительность и активные движения конечности отсутствуют, пассивные снижены

4. чувствительность, активные и пассивные движения конечности отсутствуют

313. ДЛЯ НЕОБРАТИМОЙ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО

1. чувствительность и активные движения конечности сохранены

2. чувствительность и активные движения конечности снижены, пассивные сохранены

3. чувствительность и активные движения конечности отсутствуют, пассивные снижены

**4. чувствительность, активные и пассивные движения конечности отсутствуют**

314. ПРИ НЕОБРАТИМОЙ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

1. временное протезирование сосуда

2. шунтирующая операция

3. сосудистый шов, восстановление кровотока

**4. первичная ампутация конечности**

315. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ ДЛЯ БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи**

2. боль в области шеи

3. изменение голоса

4. нарушение акта глотания

316. ДЛЯ БОЛЬНОГО С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ХАРАКТЕРНО

1. невозмутимость

2. сухость кожных покровов

3. увеличение массы тела

**4. учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца**

317. У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ В АНАМНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА

**1. время и обстоятельства выявления (увидел, нащупал, выявил) деформации шеи или опухолевидного образования**

2. количество употребляемых в сутки морепродуктов

3. регулярность прохождения УЗИ

4. последнее прохождение диспансеризации

318. У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ В АНАМНЕЗЕ ЖИЗНИ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА

1. последнее прохождение диспансеризации

**2. проживание в эндемичном районе**

3. регулярность прохождения УЗИ

4. количество употребляемых в сутки морепродуктов

319. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ

ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ БУДЕТ

**1. деформация шеи**

2. экзофтальм

3. тахикардия

4. болезненность при пальпации шеи

320. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНОГО С ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

1.выраженные отёки

2. охриплость голоса

**3. деформация шеи, экзофтальм, тахикардия**

4. наличие систолического шума в области сердца

321. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ШЕИ У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ ОБРАЩАЮТ ВНИМАНИЕ НА

1. толщину подкожно-жировой клетчатки

**2. наличие узлов, их размеры, плотность, подвижность, болезненность, смещаемость при глотании**

3. пульсацию сонных артерий

4. наличие симптома флюктуации

322. УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

1. функциональную активность

2. степень подострого тиреоидита

**3. размеры, положение, форму, структуру узлов, наличие капсулы, микрокальцинатов**

4. наличие метастазов в лимфоузлы шеи

323. РАДИОНУКЛЕИДНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ИЛИ СЦИНТИГРАФИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

1. уровень тиреоидных гормонов

2. степень подострого тиреоидита

3. размеры, положение, форму, структуру узлов, наличие капсулы, микрокальцинатов

**4. наличие горячих, тёплых, холодных узлов на фоне гипер- или гипофункционирующей ткани щитовидной железы**

324. СКАНИРОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО ПРИ

1. многоузловом эутиреоидном зобе

2. подостром тиреоидите

3. аутоиммунном тиреоидите

**4. узловом токсическом, многоузловом токсическом зобе**

325. ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИТИЕ КОТОРОГО СВЯЗАНО С

1. избыточной секрецией АКТГ

**2. избыточной секрецией паратгормона**

3. избыточной секрецией адреналина

4. гипокальциемией

326. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. гипернатриемия

2. гиперфосфатемия

**3. гиперкальциемия**

4. гиперкалиемия

327. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЕЙ, МОЖЕТ БЫТЬ

**1. первичный гиперпаратиреоз**

2. тиреотоксикоз

3. инсулинома

4. гипопаратиреоз

328. ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО

**1. аденома, рак или первичная гиперплазия паращитовидных желез**

2. МЭН 1 синдром

3. андростерома

4. опухоль надпочечника

329. ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО

**1. повышенная секреция паратгормона вследствие гипокальциемии (как правило, при ХПН)**

2. исход прогрессирования вторичного гиперпаратиреоза, когда повышенная секреторная активность паращитовидных желез утрачивает зависимость от уровня кальция крови

3. рак паращитовидной железы

4. первичная гиперплазия паращитовидных желез

330. ТРЕТИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО

1. повышенная секреция паратгормона, вследствие гипокальциемии (как правило, при ХПН)

2. аденома паращитовидной железы

**3. исход прогрессирования вторичного гиперпаратиреоза, когда повышенная секреторная активность паращитовидных желез утрачивает зависимость от уровня кальция крови**

4. первичная гиперплазия паращитовидных желез

331. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ОТНОСЯТ

**1. костную, почечную, смешанную**

2. метаболическую

3. злокачественную

4. транзиторную

332. КОСТНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1. двусторонним уролитиазом

2. гиперостозом

**3. системным остеопорозом**

4. болями в суставах

333. ПОЧЕЧНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

**1. двусторонним уролитиазом, рецидивным уролитиазом, коралловидным уролитиазом**

2. гломерулонефритом

3. нефросклерозом

4. патологическими переломами

334. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

**1. язвой желудка, язвой ДПК**

2. острым панкреатитом

3. неспецифическим язвенным колитом

4. опухолью кишечника

335. К ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ

1. болезнь Паркинсона

**2. болезнь и синдром Иценко-Кушинга**

3. болезнь Коновалова-Вильсона

4. синдром Штейна-Левинталя

336. ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОПУХОЛИ

НАДПОЧЕЧНИКОВ

**1. гормонально-активные, гормонально-неактивные**

2. множественные

3. впервые выявленные

4. активно растущие

337. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. уровня паратгормона

2. уровня С-пептида

3. уровня ТТГ, Т3, Т4

**4. количества кортизола, суточной экскреции 17-ОКС и свободного кортизола с мочой**

338. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

1. сцинтиграфия скелета

2. ФГДС

**3. МРТ гипофиза, МРТ или КТ надпочечников**

4. УЗИ сосудов почек

339. БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА – ЭТО

**1. аденома гипофиза**

2. АКТГ-эктопированный синдром

3. кортикостерома

4. первичная микроузловая дисплазия коры надпочечников

340. СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА – ЭТО

1. аденома гипофиза

2. феохромоцитома

**3. кортикостерома**

4. альдостерома

341. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА И БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО- КУШИНГА ЯВЛЯЮТСЯ

**1. центральное (туловищное) ожирение, розово-пурпурные стрии, гирсутизм**

2. повышенная работоспособность, головная боль, нарушение половой функции

3. артериальная гипотензия, гиперостоз

4. олигоурия, гипогликемия

342. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО- КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ

**1. адреналэктомия справа**

2. двухсторонняя адреналэктомия

3. рентгенотерапия

4. радиойодтерапия

343. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ

1. артериальная гипертензия

**2. отсутствие эффекта от консервативной терапии**

3. повышение кортизола крови более чем в два раза

4. выраженное ожирение

344. ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА

**1. хирургическое (адреналэктомия при кортикостероме, или удаление опухоли другой локализации)**

2. медикаментозное (парлодел)

3. облучение гипофиза (гамма-терапия)

4. удаление аденомы гипофиза

345. ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

**1. функциональную активность клеток**

2. морфологическую структуру ткани

3. йодконцентрирующую функцию щитовидной железы

4. содержание трийодтиронинов в ткани

346. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ БОЛЬНОМУ

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(СТАЦИОНАРНЫЙ И АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАПЫ)

1. 25-30 суток

2. 30-35 суток

3. 35-45 суток

**4. 55-65 суток**

347. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ВКЛЮЧАЮТ

1. определение ПТГ

2. определение содержания тиреоглобулина

**3. определение ТТГ и содержания свободного Т4 (тироксина)**

4. определение адреналина, норадреналина

348. БОЛЬНОМУ С РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ ОПЕРАЦИЮ

1. гемитиреоидэктомию

2. субтотальную резекцию правой доли

**3. тиреоидэктомию, центральную лимфаденэктомию**

4. субтотальную субфасциальную резекцию щитовидной железы по Николаеву

349. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. клинико-цитологическое подозрение на рак ЩЖ

2. высокий уровень ТТГ

**3. наличие метастазов в региональные лимфоузлы**

4. холодный узел по данным скенирования

350. В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО

1. заместительная терапия

**2 супрессивная терапия препаратами тиреоидных гормонов**

3. назначение йодомарина

4. облучение области щитовидной железы

351. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Т2N1M0 – ЭТО

1. солитарная опухоль щитовидной железы менее 2 см

2. солитарная опухоль щитовидной железы более 2 см

**3. солитарная опухоль щитовидной железы более 2 см с метастазами в региональные лимфоузлы**

4. солитарная опухоль щитовидной железы более 2 см с метастазами в региональные лимфоузлы и отдалёнными метастазами

352. ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО УДАЛИТЬ

**1. лимфатические узлы центральной зоны (VI уровень) лимфатические узлы II-V уровня шеи при доказанном их метастатическом поражении**

2. отдельные увеличенные лимфоузлы

3. все лимфатические узлы шеи

4. только боковые лимфоузлы шеи

353. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ЛЁГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ

1. пневмотомия

2. клиновидная резекция лёгкого

**3. пневмоэктомия**

4. лобэктомия

354. ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. бронхография**

2. рентгенография

3. рентгеноскопия

4. компьютерная томография

355. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

ПОРАЖАЕТ

1. верхние доли обоих лёгких

2. базальные сегменты нижних долей

**3. базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого лёгкого или средней доли правого**

**лёгкого**

4. среднюю долю

356. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. верхняя доля

2. средняя доля

**3. нижняя доля**

4. любая доля и любой сегмент обоих лёгких

357. У БОЛЬНОГО 26 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН ГАНГРЕНОЗНЫЙ АБСЦЕСС ЛЁГКОГО, ОСЛОЖНЁННЫЙ ПРОФУЗНЫМ ЛЁГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

1. гемостатическая терапия

2. искусственный пневмоторакс

3. пневмоперитонеум

**4. радикальное хирургическое лечение в виде резекции лёгкого**

358. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации

**2. кашель с большим количество гнойной мокроты**

3. высокая температура

4. кровохарканье

359. К НАГНОИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЁГКИХ НЕ ОТНОСЯТ

1. абсцесс лёгкого

2. нагноившуюся кисту лёгкого

3. гангрену лёгкого

**4. эмпиему плевры**

360. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

1. противовоспалительного лечения

2. вагосимпатической блокады

**3. плевральной пункции**

4. дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости

361. ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ

1. бронхоэктатической болезни

2. абсцесса лёгкого

3. туберкулёза лёгких

**4. пневмонии**

362. У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ РАЗВИЛАСЬ ПЕРВИЧНАЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КУЛЬТИ БРОНХА. ЕМУ НЕОБХОДИМО

1. плевральная пункция

**2. дренирование плевральной полости**

3. бронхоскопия и нанесение биологического клея

4. динамическое наблюдение

363. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. антибактериальная терапия

**2. повторные лечебные пункции**

3. дренирование плевральной пункции

4. широкая торакотомия

364. ПРИ БОЛЬШОМ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ 5-ДНЕВНОЙ ДАВНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

**1. широкую торакотомию, удаление гемоторакса**

2. дренирование плевральной полости

3. введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса

4. повторные плевральные пункции

365. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. кинический

**2. рентгенологический**

3. эндоскопический

4. лабораторный

366. В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

1. тимома

2. киста перикарда

**3. невринома**

4. липома

367. ДЛЯ БИОПСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. торакотомия

**2. медиастиноскопия**

3. парамедиастинотомия

4. торакоскопия

368. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. консервативная терапия

2. химиотерапия

3. гамматерапия

**4. хирургическое лечение**

369. СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. доброкачественных опухолей средостения

2. тимомы средостения

3. невриномы средостения

**4. злокачественных опухолей средостения**

370. МИАСТЕНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ

1. липомы

**2. тимомы**

3. невриномы

4. кисты перикарда

371. ДЛЯ НЕВРИНОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ ХАРАКТЕРНО РАСПОЛОЖЕНИЕ В

1. переднем верхнем средостении

2. переднем нижнем средостении

**3. заднем средостении паравертебрально**

4. любом отделе средостения

372. ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСЦИРОВАН

1. по клиническим симптомам

2. по рентгенологической картине

3. по КТ

**4. только по морфологии**

373. ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ

1. консервативное лечение

2. наблюдение

**3. радикальное хирургическое лечение**

4. операция при быстром росте опухоли

374. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТИМОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. шейный надгрудинный доступ

**2. частичная продольная стернотомия**

3. срединная полная стернотомия

4. торакотомия

375. ПО КЛИНИЧЕСКИМ ДАННЫМ ЗАПОДОЗРЕН НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС. В ЭТОМ

СЛУЧАЕ НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

ЯВЛЯЕТСЯ

1. торакоскопия

**2. рентгеноскопия или рентгенография лёгких**

3. плевральная пункция

4. сканирование лёгких

376. У БОЛЬНОГО 27 ЛЕТ ЧАС НАЗАД СРЕДИ ПОЛНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЯВИЛИСЬ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ

ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, НЕХВАТКА ВОЗДУХА. ДЫХАНИЕ НАД ЛЕВЫМ ЛЁГКИМ НЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ, ПРИ ПЕРКУССИИ ТИМПАНИТ. СРЕДОСТЕНИЕ СМЕЩЕНО ВПРАВО. У НЕГО НЕОБХОДИМО

ЗАПОДОЗРИТЬ

1. сухой плеврит

2. инфаркт миокарда

3. тромбоэмболию ветвей лёгочной артерии

**4. спонтанный неспецифическийпневмоторакс**

377. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО БЫЛ ОБНАРУЖЕН КОЛЛАПС ЛЁГКОГО НА ПОЛОВИНУ ОБЪЁМА. ЛЕЧЕНИЕ ЕГО НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

**1. плевральной пункции с аспирацией воздуха**

2. дренирования плевральной полости

3. торокоскопии

4. немедленной торокотомии

378. У БОЛЬНОГО, ПОСТУПИВШЕГО В ТЯЖЁЛОМ СОСТОЯНИИ, ВЫЯВЛЕНЫ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ РЁБЕР С

ОБЕИХ СТОРОН (СЛЕВА – 5, СПРАВА – 4), ВЫРАЖЕННАЯ ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА, ДВУХСТОРОННИЙ ПНЕВМОТОРАКС. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

**1. дренирования обеих плевральных полостей**

2. введения игл в подкожную клетчатку

3. интубации трахеи и искусственной вентиляции лёгких

4. двухсторонней торакотомии

379. ПРИ НАПРЯЖЁННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПОКАЗАНО

1. искусственная вентиляция лёгких

**2. немедленное дренирование плевральной полости**

3. срочная торакотомия

4. торакоскопия

380. ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ С ПОЛНЫМ КОЛЛАПСОМ ЛЁГКОГО ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ

ПОЛОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

1. во II межреберье по среднеключичной линии

2. в VII межреберье по задней аксиллярной линии

3. в VIII межреберье по средней аксиллярной линии

**4. во II межреберье по среднеключичной линии и в VIII межреберье по средней аксиллярной линии (2 дренажа)**

381. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

1. гемоторакс

**2. гемопневмоторакс**

3. пневмоторакс

4. затемнение лёгкого при рентгенологическом исследовании

382. РУБЦОВЫЙ ПРОЦЕСС В СТЕНКЕ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ОЖОГА ПОЛНОСТЬЮ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

1. месяца

2. 2-3 месяцев

3. 6-8 месяцев

**4. года**

383. ПОСЛЕ ОЖОГА ПИЩЕВОДА БОЛЬНОГО МОЖНО НАПРАВИТЬ НА ПЛАСТИКУ ПИЩЕВОДА ЧЕРЕЗ

1. 2 месяца

2. 3 месяца

3. 6 месяцев

**4. 9-12 месяцев**

384. БОЛЬНОЙ С ПОСТОЖОГОВОЙ СТРИКТУРОЙ ПИЩЕВОДА, ОТ УРОВНЯ БИФУРКАЦИИ ДО ЖЕЛУДКА, МОЖЕТ ГЛОТАТЬ ТОЛЬКО ВОДУ. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО

1. бужирование пищевода

**2. срочная гастростомия, пластика пищевода через год после ожога пищевода**

3. дилятация пищевода

4. гастростомия и ретроградное бужирование пищевода

385. ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ \_\_\_\_\_\_\_ ПИЩЕВОДА

1. верхняя треть

**2. бифуркационный отдел**

3. наддиафрагмальный отдел

4. абдоминальная часть

386. ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА ПРИ ПОСЛЕОЖОГОВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РЕКОМЕНДОВАНА ГАСТРОСТОМИЯ ПО

1. Витцелю

**2. Кадеру**

3. Топроверу

4. Сапожкову

387. НАИБОЛЕЕ СОВРЕМЕННЫМ СПОСОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА

1. тонкой кишкой

2. правой половиной толстой кишки

3. левой половиной толстой кишки

**4. желудком**

388. ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА

1. подкожный

2. субфасциальный

**3. в средостении**

4. трансплевральный

389. У БОЛЬНОГО СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА И СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА ПОСЛЕ ОЖОГА ПИЩЕВОДА КИСЛОТОЙ. ТАКТИКА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ

1. гастростомия

2. гастростомия и гастроэнтероанастомоз

**3. гастростомия и резекция желудка по Бильрот 1**

4. гастростомия и резекция желудка по Бильрот 2

390. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЭРОЗИЙ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. употребление алкоголя

2. питание острой пищей

**3. желудочный рефлюкс**

4. сопутствующие заболевания (язвы, холецистит)

391. ПЕПТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В \_\_\_\_\_\_\_\_ ПИЩЕВОДА

1. верхней трети

2. средней трети

3. нижней трети

**4. абдоминальном отделе**

392. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. кардиодилятация**

2. операция Геллера

3. операция Геллера-Петровского

4. операция Геллера-Суворовой

393. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ

1. рентгеноскопия пищевода

**2. УЗИ**

3. эзофагокимография

4. эзофагоскопия

394. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АХАЛАЗИИ КАРДИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. расширение пищевода

2. большое количество содержимого в пищеводе

3. хорошее расправление пищевода воздухом

**4. рефлюкс желудочного содержимого в пищевод**

395. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АХАЛАЗИИ КАРДИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. сужение терминального отдела в виде клюва

2. супрастенотическое расширение пищевода

**3. изъеденность контуров пищевода**

4. уровень «воздух/жидкость» в пищеводе

396. ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ КАРДИОДИЛЯТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

**1. разрыв пищевода**

2. кровотечение

3. недостаточность кардии

4. развитие рубцового стеноза

397. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ УТВЕРЖДЕНИЕМ В ОТНОШЕНИЕ ЭТИОЛОГИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ

1. в основе заболевания лежит травма пищевода

**2. развитие заболевания связано с гибелью интрамурального нервного сплетения кардии**

3. в генезе заболевания ведущее значение принадлежит психической травме

4. заболевание носит врождённый характер

398. АХАЛАЗИЯ КАРДИИ ИМЕЕТ

1. 1 стадию

2. 2 стадии

3. 3 стадии

**4. 4 стадии**

399. ПОСЛЕ КАРДИОДИЛАТАЦИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

**1. мотилиум**

2. церукал

3. прозерин

4. креон

400. ГЛАВНЫМ КОНСЕРВАТИВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. питание жидкой пищей

**2. таких нет, консервативные мероприятия неэффективны**

3. атропинизация

4. мотилиум

401. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. боль за грудиной

**2. дисфагия**

3. кашель

4. рвота

402. НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ПИЩЕВОДА ПРЕДСТАВЛЯЮТ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА

1. крупного размера

2. суповые кости

**3. рыбные кости**

4. металлические

403. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. боль за грудиной

2. повышение температуры тела

**3. появление эмфиземы на шее**

4. непроходимость пищевода

404. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОБОДЕНИЯ ПИЩЕВОДА

**1. его можно ушить в течение первых 12 часов**

2. его можно ушить в течение суток

3. ушивать его нецелесообразно

4. необходимо установить эндопротез

405. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. эндоскопия

**2. инородное тело**

3. трахеостомия

4. интубация трахеи при наркозе

406. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАВИТИЯ ОСТРОГО МЕДИАСТИНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

**1. разрыв пищевода**

2. хирургическое вмешательство

3. гнойный лимфаденит с распространением процесса

4. распространение гнойных процессов с шеи

407. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНОГО СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ

ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ренгенография с пробой Вальсальвы и в

положении Тренделенбурга

**2. фиброгастродуоденоскопия**

3. мониторная pH-метрия пищевода

4. измерение размеров грыжи

408. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. лапароскопия

2. пневмомедиастинография

**3. фиброгастроскопия**

4. рентгеноскопия пищевода и желудка

409. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РЕФЛЮКС- ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

**1. недостаточность кардиального сфинктера**

2. алкоголизм

3. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

4. язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

410. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышенное слюноотделение

2. тошнота

**3. дисфагия**

4. боли за грудиной

411. МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ПРИ АВТОКАТАСТРОФЕ УДАРИЛСЯ ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ЕГО БЕСПОКОЯТ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ УШИБА, ОСОБЕННО ПРИ ДЫХАНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ: ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ V-VII РЁБЕР СПРАВА ПО ПЕРЕДНЕПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ, ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА В ЭТОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ - ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА. ПРИ ПЕРКУССИИ - ТИМПАНИТ. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ, ОДЫШКИ И ТАХИКАРДИИ НЕТ. НЕКОТОРАЯ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1. посттравматическая пневмония справа

2. перелом V-VII рёбер справа

3. контузия правого лёгкого

**4. перелом V-VII рёбер справа, травматический пневмоторакс**

412. МАЛАЯ ПОДКОЖНАЯ (СКРЫТАЯ) ВЕНА ОБЫЧНО РАСПОЛАГАЕТСЯ

1. в подкожной клетчатке на всём протяжении задней поверхности голени

**2. в подкожножировой клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней**

3. между листками глубокой фасции на всём протяжении

4. между листками глубокой фасции в нижней половине и субфасциально в верхней

413. ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА

1. Тальмана

2. Шейниса

3. Гаккенбруха

**4. Мейо-Претта**

414. ДЛЯ ФЛЕБОТРОМБОЗА ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА НЕ ХАРАКТЕРНО

**1. гиперемия кожи бедра в области прохождения вен**

2. отёк стопы и голени

3. распирающие боли в бедре

4. увеличение объёма бедра и голени

415. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

1. облитерирующий тромбангиит

**2. облитерирующий атеросклероз**

3. пункция и катетеризация артерий

4. экстравазальная компрессия артерий

416. АМБУЛАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОДЛЕЖИТ ПАЦИЕНТ С

1. подозрением на острый аппендицит

2. «злокачественным» фурункулом

3. глубокими ожогами до 10% площади поражения

**4. подкожным панарицием**

417. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН ПАЦИЕНТ С

1. липомой правого бедра

2. паховой грыжей

3. подозрением на обострение язвенной болезни

**4. подозрением на острый аппендицит**

418. У ХИРУРГА ПОЛИКЛИНИКИ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬСЯ ПАЦИЕНТУ С

1. гипертоническим кризом

2. подкожным панарицием

3. кистой правой почки

4. флегмоной левого предплечья

419. НА АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЁМ ПРИШЛА ПАЦИЕНТКА 27 ЛЕТ С ОТКРЫТЫМ ЛИСТКОМ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПРООПЕРИРОВАННАЯ 8 СУТОК НАЗАД В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА. ЭТОТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕОБХОДИМО

1. «закрыть» днём выписки из стационара

2. вернуть в стационар

3. «закрыть» днём обращения на приём в поликлинику

**4. «продлить»**

420. ПАЦИЕНТ, ИМЕЮЩИЙ ПРИЗНАКИ ИНВАЛИДНОСТИ, ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН НА

1. КЭК

**2. МСЭ**

3. принудительное лечение

4. работу с особым режимом

421. ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ПОДКОЖНЫМ ПАНАРИЦИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. внутривенный наркоз

**2. проводниковая анестезия по Оберсту- Лукашевичу**

3. инфильтрационная анестезия

4. орошение местным анестетиком

422. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У РАБОТАЮЩЕГО ПАЦИЕНТА 32 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА ПАХОВАЯ ГРЫЖА СПРАВА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

1. ношение бандажа

2. сменить место работы

3. экстренно обратиться в приёмный покой

стационара

**4. плановое грыжесечение**

423. РАННЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКОЙ РАНЫ НАЗЫВАЕТСЯ ОБРАБОТКА

**1. в первые 6 часов после травмы**

2. спустя 12 часов после травмы

3. до 18 часов после травмы

4. через 24-36 часов после травмы

424. ОТСРОЧЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ – ЭТО ОБРАБОТКА ЕЁ В ПЕРИОД

1. спустя 6 часов после травмы

2. до 18 часов после травмы

3. 18-24 часа после травмы

**4. 24-48 часов после травмы**

425. ПОЗДНЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ – ЭТО ОБРАБОТКА ЕЁ В ПЕРИОД

**1. 18-24 часа после травмы**

2. 24-36 часов после травмы

3. 36-48 часов после травмы

4. 48-72 часа после травмы

426. ГЛАВНОЙ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ СТОРОНОЙ «КОНСЕРВАТИВНОГО» (ТАМПОННОГО) МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. недостаточное дренирование гнойной раны

2. недостаточное антимикробное воздействие на рану

3. невозможность ограничить

распространение гнойной инфекции

**4. плохой функциональный результат лечения**

427. В СТРУКТУРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ ХАРАКТЕРНО ПРЕВАЛИРОВАНИЕ \_\_\_\_\_\_\_ МИКРОФЛОРЫ

1. грамотрицательной

2. грамположительной

**3. смешанной**

4. грибковой

428. ХОРОШЕЕ ЗАЖИВЛЕНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ БУДЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

1. если наложить первичные швы

**2. если наложить вторичные швы**

3. в любом случае

4. если предоставить ране возможность вторичного натяжения

429. РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАШИТОЙ ГНОЙНОЙ РАНЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО В \_\_\_\_\_\_\_ ФАЗЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ

**1. первой**

2. второй

3. третьей

4. любой

430. К ВИДАМ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН НЕ ОТНОСИТСЯ ЗАЖИВЛЕНИЕ

1. первичным натяжением

2. вторичным натяжением

3. под струпом

**4. под повязкой**

431. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ БРЮШИНЫ ПРОИСХОДИТ

1. при проникающей открытой травме живота

2. при некрозе кишки

3. при перфорации полого органа брюшной полости

**4. гематогенным путём**

432. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПЕРИТОНИТА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. рвота

2. задержка отхождения газов

3. тахикардия

**4. симптом Курвуазье**

433. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. боль в животе

**2. напряжение мышц передней брюшной стенки**

3. рвота

4. задержка отхождения стула и газов

434. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ЛАВАЖ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОКАЗАН ПРИ

1. ферментативном перитоните

2. периаппендикулярном абсцессе

**3. распространённом гнойном перитоните**

4. межкишечном абсцессе

435. ДИАГНОЗ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ДО ОПЕРАЦИИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ

1. рентгенологически

2. анамнестически

3. на основании лабораторных признаков системного воспаления

**4. по клиническим признакам**

436. ДЛЯ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией

2. УФО крови

**3. ультрагемофильтрация**

4. эндолимфатическое введение антибиотиков

437. К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. ликвидация патологического очага

2. санация брюшной полости антисептиками

3. дренирование брюшной полости

**4. интраоперационная стимуляция кишечнойперистальтики**

438. ПЛАНОВЫЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЯТЬ ЧЕРЕЗ

1. 12 часов

2. 24 часа

**3. 48 часов**

4. 72 часа

439. ОПТИМАЛЬНОЙ ДРЕНАЖНОЙ СИСТЕМОЙ ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. перчаточный дренаж

2. дренаж Пенроуза

3. «сигарный» дренаж

**4. дренаж Редона**

440. ОПТИМАЛЬНЫМ РЕЖИМОМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. эскалационная терапия

**2. деэскалационная терапия**

3. применение только местных антисептических средств на начальном этапе, антибактериальная терапия – при ухудшении состояния больного

4. комбинация антибиотиков

441. ДЛЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

**1. продлённая вено-венозная гемо(диа)фильтрация**

2. УФО крови

3. лимфосорбция

4. ВЛОК

442. ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

1. SAPS II

2. APACHE III

**3. SOFA**

4. MIP

443. ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА

1. MODS

**2. SAPS II**

3. SOFA

4. ИБП

444. К МЕРОПРИЯТИЯМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ

ПРИ ПЕРИТОНИТЕ НЕ ОТНОСИТСЯ

1. катетеризация центральной вены

2. катетеризация мочевого пузыря

3. установка назогастрального зонда

**4. установка газоотводной трубки**

445. НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ЗОНД УДАЛЯЕТСЯ

1. через 1-2 суток

2. при отсутствии отделяемого по нему

3. при отсутствии признаков системного воспаления

**4. после восстановления моторики кишечника**

446. НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ЗОНД НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

1. дренирования кишечника

2. энтеросорбции

3. кишечного лаважа

**4. энтерального питания**

447. К КРИТЕРИЯМ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. отсутствие симптомов системной воспалительной реакции

**2. отсутствие проявлений постинфекционной астении**

3. отсутствие полиорганной недостаточности, связанной с инфекцией

4. восстановление функции ЖКТ

448. К МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ СТРЕСС-ЯЗВ

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. раннее энтеральное питание

2. применение ингибиторов протонной помпы

**3. массивная инфузионная терапия**

4. восстановление функции ЖКТ

449. БОЛЬНОМУ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ II-III СТЕПЕНИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ПОКАЗАНА

1. экстренная операция немедленно после установления диагноза

2. экстренная операция после введения сердечных средств

**3. экстренная операция после кратковременной 2-3-х часовой инфузионной терапии**

4. операция после полной ликвидации дефицита ОЦК, электролитов, белка

450. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОГО С РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПЕРИТОНИТОМ НАЧАЛО НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

1. после восстановления кишечной перистальтики

**2. в сроки 24-36 ч**

3. с 3-4 суток интенсивной терапии

4. при адекватном спонтанном дыхании

451. ПРИСОЕДИНЕНИЕ МЕТРОНИДАЗОЛА ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ ПОКАЗАНО

1. к карбопенемам

2. при первичном перитоните

3. при высеве анаэробов из перитонеального экссудата

**4. к антибактериальному препарату без антианаэробной активности**

452. ОПТИМАЛЬНЫМ ПУТЁМ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. внутримышечный

**2. внутривенный**

3. внутриартериальный

4. внутрибрюшинный

453. ВЫБОР ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ НЕ ЗАВИСИТ ОТ

1. тяжести общего состояния

2. выраженности синдрома системной воспалительной реакции

**3. уровня лечебного учреждения**

4. происхождения перитонита

454. НАЗНАЧЕНИЕ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ЭТИОТРОПНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ЗАВИСИТ ОТ

1. источника перитонита

**2. данных микробиологического исследования**

3. происхождения перитонита

4. тяжести перитонита

455. К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. положительная динамика симптомов абдоминальной инфекции

2. уменьшение выраженности системной воспалительной реакции

**3. отрицательный результат микробиологического исследования**

**перитонеального экссудата**

4. уменьшение интоксикации

456. К КРИТЕРИЯМ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. температуры тела ≥ 38 ºС или ≤ 36 ºС

2. ЧСС ≥ 90 в мин

**3. среднее артериальное давление ≥ 100 мм рт. ст. или ≤ 65 мм рт. ст.**

4. в клиническом анализе крови: количество лейкоцитов ≥ 12х10 12 /л или ≤ 4х10 12 /л или количество незрелых форм ≥ 10%

457. СЕПСИС – ЭТО

1. наличие двух и более признаков синдрома системной воспалительной реакции

2. синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов

**3. угрожающая жизни органная дисфункция в результате нарушения ответа хозяина на инфекцию**

4. синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов с признаками тканевой и органной гипоперфузии и артериальной гипотонией, не устраняющейся с помощью инфузионной терапии и требующей назначения катехоламинов

458. СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК – ЭТО

1. наличие двух и более признаков синдрома системной воспалительной реакции

2. синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов

3. угрожающая жизни органная дисфункция в результате нарушения ответа хозяина на инфекцию

**4. подвид сепсиса, характеризующийся циркуляторной недостаточностью, проявляющейся артериальной гипотонией и повышением уровня лактата более 2 ммол/л, несмотря на адекватную инфузию, и требующей введения вазопрессоров**

459. К БИОМАРКЁРАМ СЕПСИСА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. прокальцитонин

2. С-реактивный белок

**3. серомукоид**

4. пресепсин

460. К ПРАВИЛАМ ЗАБОРА КРОВИ ДЛЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА НЕ ОТНОСИТСЯ

1. кровь для исследования необходимо забирать до назначения антибиотиков

2. необходимым минимумом забора являются две пробы, взятые из вен разных верхних конечностей с интервалом 30 мин

3. кровь для исследования необходимо забирать только из периферической вены

**4. забор крови осуществляется на высоте лихорадки**

461. ПОД ТЕРМИНОМ «СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА» ПОНИМАЮТ

1. системный ответ на проникновение инфекции

**2. системный ответ на разнообразные выраженные экстремальные воздействия и агрессию**

3. системный ответ на тяжёлую травму, ожоги

4. системный ответ на повторные оперативные вмешательства, сопровождающиеся шоком

462. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО И ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

ШКАЛУ

**1. APACHE II**

2. SOFA

3. RANSON

4. GLASGO

463. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЦНС ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ

1. APACHE II

2. SOFA

3. RANSON

**4. GLASGO**

464. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВОДИМОЙ В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У

ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИС- ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ

ТКАНЕЙ ДОЛЖНО ДОСТИЧЬ

1. 15-20 мм вод. ст.

2. 0-5 мм рт. ст.

**3. 8-12 мм рт. ст.**

4. 8-12 мм вод. ст.

465. ДИУРЕЗ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВОДИМОЙ В ПЕРВЫЕ 6 Ч ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИС- ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ТКАНЕЙ ДОЛЖЕН ДОСТИЧЬ

1. 500 мл

2. 1,5 л

3. 50 мл/ч

**4. ≥ 0,5 мл/кг/ч**

466. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ СТАРТОВОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО СЕПСИСОМ НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ

**1. пол больного**

2. происхождение сепсиса (внебольничный или нозокомиальный)

3. предполагаемый очаг инфекции

4. тяжесть состояния больного

467. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛЫМ СЕПСИСОМ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. низкие дозы нефракционированного гепарина

2. препараты низкомолекулярного гепарина

3. чулочные изделия с градуированной компрессией

**4. массаж нижних конечностей**

468. ВНУТРИВЕННАЯ ТЕРАПИЯ АНТИБИОТИКАМИ ДОЛЖНА

НАЧИНАТЬСЯ

1. после проведения диагностических мероприятий и установления всех источников инфекции

2. после оперативного лечения, направленного на ликвидацию источника инфекции

3. после проведения инфузионной терапии и стабилизации состояния больного

**4. в течение первого часа с моментаустановления диагноза «сепсис» и после того, как взят соответствующий материал для**

**микробиологического исследования**

469. ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СТАРТОВОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ

АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ СЕПСИСА ДОЛЖЕН ОСНОВЫВАТЬСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НА

1. возрасте и поле больного

2. тяжести общего состояния по шкале SAPS II или APACHE III

**3. данных о чувствительности внебольничных и нозокомиальных возбудителей в конкретном регионе и стационаре, соответственно**

4. количестве признаков ССВР

470. АДЕКВАТНОСТЬ СТАРТОВОГО РЕЖИМА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ДОЛЖНА ОЦЕНИВАТЬСЯ

1. через 3-4 ч на основании динамики гемодинамических показателей

**2. через 48-72 ч на основании микробиологических и клинических данных**

3. по рентгенологической динамике со стороны лёгких через 5-6 сут

4. по динамике микробиологических посевов крови

471. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ В НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ НАЧИНАЮТ С ПЕРЕЛИВАНИЯ:

1.донорской крови

2.кристаллоидных растворов

3. коллоидных растворов

**4) Правильно 2 и 3**

472. ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ:

1.бронхиальный свищ, эмпиема плевры

2.внутриплевральное кровотечение

3.сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких

**4.все перечисленные**

473. ПРИ РАННЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА:

1.специфические симптомы отсутствуют

2.имеются специфические симптомы заболевания

**3.симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка**

4."синдром малых признаков" является ранним клиническим проявлением рака желудка

475. У БОЛЬНОГО 59 ЛЕТ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОЧКИ ВЫЯВЛЕН СОЛИТАРНЫЙ МЕТАСТАЗ В ВЕРХНЕЙ ДОЛЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. ЕМУ СЛЕДУЕТ:

**1.выполнить резекцию легкого**

2.провести крупнопольное облучение правого легкого

3.провести локальную лучевую терапию на область метастаза

4.провести крупнопольное облучение легкого с локальной дополнительной лучевой терапией на область метастаза