

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт Психолого-социальной
работы
Кафедра Общей хирургии ИКМ

**Фонд оценочных средств по дисциплине:
Сестринское дело в хирургии**

основная профессиональная образовательная программа **высшего**/среднего
профессионального образования - программа
СПО/**бакалавриата**/специалитета/магистратуры/ординатуры

34.03.01 Сестринское дело

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

(Выберите один правильный ответ)

1. Симптом воспаления в правой подвздошной области:

1. Симптом Керте
2. Симптом Ортнера
3. Симптом Обуховской больницы
4. Симптом Ситковского +

2. Симптом Кохера при остром аппендиците:

1. Усиление боли при повороте на левый бок
2. Перемещение боли из мезо- и эпигастрия в правую подвздошную область +
3. Усиление боли при поднятии выпрямленной правой ноги
4. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу

3. Отсутствие «кашлевого толчка» у пациента с пупочной грыжей говорит об:

1. Флегмоне грыжевого мешка
2. Ущемлении грыжи +
3. Вправившейся грыже
4. Отсутствии грыжевого выпячивания

4. Задняя стенка пахового канала представлена:

1. Апоневрозом наружной косой мышцы живота
2. Паховой связкой
3. Поперечной фасцией +
4. Мышечной лакуной

5. Мелена является симптомом:

1. Острой кишечной непроходимости
2. Рубцового язвенного стеноза
3. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта +
4. Инвагинации

6. Основной метод диагностики механической кишечной непроходимости:

1. Ультразвуковое исследование
2. Рентгеноскопия органов брюшной полости +
3. Пальцевое исследование прямой кишки
4. МРТ

7. В классификации острой кишечной непроходимости не выделяют:

1. Высокую и низкую кишечную непроходимость
2. Паралитическую и спастическую непроходимость
3. Обтурационную и странгуляционную непроходимость
4. Частичную и полную непроходимость +

8. Рентгенологический признак перфорации полого органа:

1. Чаша Клойбера
2. Гаустрация
3. «Серп» воздуха под куполом диафрагмы +
4. Арки Петрова

9. Противопоказание для экстренной аппендэктомии при остром аппендиците:

1. Острый инфаркт миокарда
2. Беременность 35-37 недель
3. Нахождение пациента на скелетном вытяжении по поводу перелома бедренной кости
4. Аппендикулярный инфильтрат +

10. Ущемление пупочной грыжи требует:

1. Экстренной операции +
2. Госпитализации и наблюдения в хирургическом отделении
3. Наблюдения хирургом в поликлинике
4. Плановой герниотомии

11. Общий желчный проток формируется при слиянии:

1. Правого и левого печеночного протоков
2. Пузырного и общего печеночного протоков +
3. Общего печеночного протока и протока поджелудочной железы
4. Правого печеночного и пузырного протоков

12. У желчного пузыря отсутствует:

1. Тело
2. Дно
3. Шейка
4. Основание +

13. «Карман» Гартмана – это анатомическая часть:

1. Желудка
2. Желчного пузыря +

3. Прямой кишки
4. Печеночно-двенадцатипестной связки

14. Синдром Мэллори-Вейса – это:

1. Гастрин-продуцирующая опухоль в поджелудочной железе
2. Кровотечение из продольных разрывов слизистой оболочки кардиального отдела желудка +
3. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
4. Кровотечение из опухоли правой половины ободочной кишки

15. Кал в виде «малинового» желе характерен для:

1. Инвагинации +
2. Кровотечения из опухоли прямой кишки
3. Геморроидального кровотечения
4. Кровотечения из язвы тела желудка

16. Кал в виде «смородинового» желе характерен для:

1. Геморроидального кровотечения
2. Кровотечения из опухоли правой половины ободочной кишки +
3. Кровотечения из опухоли левой половины ободочной кишки
4. Желудочного кровотечения

17. Пищевод Барретта является следствием:

1. Рефлюкс-гастрита
2. Рефлюкс-эзофагита +
3. Химического ожога пищевода
4. Дивертикулита

18. Дивертикул Ценкера формируется в:

1. В области бифуркационного сужения
2. В области пищеводно-кардиального перехода
3. В области глоточно-пищеводного перехода +
4. В кардиальном отделе желудка

19. Дивертикул Ценкера по механизму формирования является:

1. Тракционным дивертикулом
2. Пульсионным дивертикулом +
3. Смешанным дивертикулом
4. Посттравматическим дивертикулом

20. Рвота вида «кофейной гущи» - признак:

1. Кровотечения из расширенных вен пищевода

2. Легочного кровотечения
3. Кровотечения из язвы антрального отдела или 12-типерстной кишки +
4. Кровотечения из язвы кардии

21. Наиболее частая локализация дивертикулов в толстой кишке:

1. Слепая кишка
2. Прямая кишка
3. Ободочная кишка
4. Сигмовидная кишка +

22. Какой орган может участвовать в формировании скользящей грыжи:

1. Дивертикул Меккеля
2. Аппендикс
3. Слепая кишка +
4. Сигмовидная кишка

23. Какой орган может участвовать в формировании скользящей грыжи:

1. Восходящая кишка
2. Мочевой пузырь +
3. Сигмовидная кишка
4. Большой сальник

24. Что характерно для 3 степени дисфагии:

1. Боль при прохождении твердой пищи
2. Прохождение только полужидкой пищи
3. Прохождение только жидкой пищи +
4. Невозможно проглатывание слюны и воды

25. Что характерно для 1 степени дисфагии:

1. Боль при прохождении твердой пищи +
2. Прохождение только полужидкой пищи
3. Прохождение только жидкой пищи
4. Невозможно проглатывание слюны и воды

26. Фактором риска развития желчнокаменной болезни не является:

1. Женский пол
2. Мужской пол +
3. Ожирение
4. Быстрое снижение массы тела

27. Основным методом диагностики холелитиаза:

1. Ультразвуковое исследование
2. Эзофагогастродуоденоскопия
3. Ретроградная панкреато-холангиография +
4. Рентгенография органов брюшной полости

28. Для латентной формы желчнокаменной болезни характерно:

1. Тошнота, рвота с примесью желчи
2. Отсутствие клинических проявлений +
3. Периодически приступы боли в правом подреберье
4. Повышение температуры

29. Показанием к плановой холецистэктомии не является:

1. Латентная форма ЖКБ +
2. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит
3. Частые приступы желчной колики
4. Диспептическая форма ЖКБ

30. Эндоскопическая картина Forest 2A характеризует:

1. Продолжающееся струйное кровотечение из язвы желудка
2. Отсутствие источника кровотечения в желудке
3. Состоявшееся капиллярное кровотечение из язвы желудка
4. Состоявшееся струйное язвенное кровотечение +

31. Эндоскопическая картина Forest 1A характеризует:

1. Продолжающееся струйное кровотечение из язвы желудка +
2. Отсутствие источника кровотечения в желудке
3. Состоявшееся капиллярное кровотечение из язвы желудка
4. Состоявшееся струйное язвенное кровотечение

32. Эндоскопическая картина Forest 3 характеризует:

1. Продолжающееся струйное кровотечение из язвы желудка
2. Отсутствие источника кровотечения в желудке +
3. Состоявшееся капиллярное кровотечение из язвы желудка
4. Состоявшееся струйное язвенное кровотечение

33. Для декомпенсированного язвенного стеноза не характерно:

1. Рвота пищей, съеденной накануне
2. Похудание
3. «Шум плеска» натощак
4. Задержка бария в желудке менее 6 часов при выполнении контрастной рентгенографии +

34. Характерный симптом перфорации язвы луковицы 12-типерстной кишки:

1. «Шум плеска»
2. Исчезновение «печеночной тупости» +
3. Симптом Валя
4. Чаша Клойбера на рентгенограмме органов брюшной полости

35. Для острого гангренозного аппендицита характерно:

1. Доскообразный живот
2. Анурия
3. Внезапное усиление боли в животе
4. Уменьшение боли в правой подвздошной области +

36. Основной метод диагностики кровотечения из язвы желудка:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. Эзофагогастродуоденоскопия +
3. РХПГ
4. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

37. Метод, позволяющий уточнить диагноз при неясной клинической картине аппендицита:

1. Ректороманоскопия
2. Ирригоскопия
3. Колоноскопия
4. Лапароскопия +

38. Операцией выбора у коморбидного пациента 80 лет с острым деструктивным калькулезным холециститом является:

1. Экстренная холецистэктомия из срединного доступа
2. Экстренная лапароскопическая холецистэктомия
3. Экстренная холецистостомия +
4. РХПГ с папиллосфинктеротомией

39. Грыжевой мешок врожденной паховой грыжи образован:

1. Влагалищным отростком брюшины +
2. Поперечной фасцией
3. Висцеральной брюшиной
4. Париетальной брюшиной

40. Для острого холангита нехарактерно:

1. Неустойчивый стул +
2. Боль в правом подреберье
3. Желтуха

4. Повышение температуры, озноб
41. При ущемленной грыже через 2 часа от момента ущемления показано:
 1. Наблюдение
 2. Аккуратное ненасильственное вправление грыжи
 3. Введение спазмолитиков и теплая ванна
 4. Экстренное оперативное вмешательство +
42. Наиболее физиологичным методом резекции желудка считается:
 1. Бильрот 2 в модификации Гоффмейстера-Финстерера
 2. Резекция желудка в модификации по Ру
 3. Бильрот 1 +
 4. Субтотальная резекция желудка с наложением гастроэнтероанастомоза
43. Причиной обтурационной кишечной непроходимости не является:
 1. Желчный камень
 2. Опухоль
 3. Тромбоз брыжеечных сосудов +
 4. Инородное тело
44. Основным признаком странгуляционной кишечной непроходимости:
 1. Острая постоянная боль в животе с периодами усиления +
 2. Вздутие живота
 3. Схваткообразная боль в животе с периодами стихания боли
 4. Зияющая ампула прямой кишки
45. Какой из перечисленных признаков наиболее достоверен в диагностике желчнокаменной болезни:
 1. Положительный симптом Курвуазье
 2. Наличие теней конкрементов на холангиограмме +
 3. Повышение билирубина в сыворотке крови выше 30 мкм/л
 4. Положительный симптом Мерфи
46. Симптомом прободной язвы желудка и 12-ти перстной кишки не является:
 1. Исчезновение «печеночной тупости»
 2. Доскообразный живот
 3. Задержка стула и отхождения газов +
 4. «Кинжальная боль» в анамнезе
47. Основным методом диагностики кишечной непроходимости является:

1. Эзофагогастродуоденоскопия
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости +
3. Компьютерная томография органов брюшной полости
4. УЗИ органов брюшной полости

48. Какой признак будет отсутствовать при Рихтеровском ущемлении:

1. Симптомы кишечной непроходимости +
2. Невправимость грыжевого выпячивания
3. Резкие боли в области грыжевого выпячивания
4. Отрицательный симптом «кашлевого толчка»

49. У больного с наличием одного крупного конкремента в желчном пузыре, желчная колика купировалась самостоятельно. Ваша дальнейшая тактика:

1. Предложите экстренную операцию
2. Посоветуете санаторно-курортное лечение
3. Назначите спазмолитики
4. Посоветуете плановую операцию +

50. Наиболее частой операцией при острой толстокишечной непроходимости является:

1. Левосторонняя гемиколэктомия
2. Операция Гартмана – обструктивная резекция +
3. Энтеролиз, назогастральная интубация тонкой кишки
4. Резекция кишки с опухолью с наложением первичного анастомоза

51. Выберите рентгенологический признак острой кишечной непроходимости:

1. Свободный газ под куполом диафрагмы
2. Симптом Валя
3. Симптом Обуховской больницы
4. Чашки Клойбера +

52. Для абсцесса Дугласова пространства после аппендэктомии не характерно:

1. Повышение температуры
2. Ограничение подвижности диафрагмы +
3. Нависание стенок влагалища или передней стенки прямой кишки
4. Болезненность при ректальном исследовании

53. Уровень какого гормона возрастает в крови при синдроме Золлингера-Эллисона:

1. Инсулина
2. Глюкагона

3. Гастрина +
4. Адреналина

54.УЗ-признак острого холецистита:

1. Утолщение стенок желчного пузыря с двойным контуром +
2. Симптом «мишени»
3. Расширение холедоха
4. Мелкие конкременты в желчном пузыре

55.Симптом «мишени» является УЗ-признаком:

1. Острого холецистита
2. Острого панкреатита
3. Острого аппендицита +
4. Прободной язвы желудка

56.Симптом перемещения боли из эпи- и мезогастрия в правую подвздошную область носит имя:

1. Мерфи
2. Мак-Берни
3. Кохера +
4. Мейо

56.Экстренная операция показана при:

1. Копростазе
2. Скользящей грыже
3. Невправимой грыже
4. Ущемленной грыже +

57.Грыжевыми воротами косой паховой грыжи является:

1. Внутреннее кольцо пахового канала +
2. Наружное кольцо пахового канала
3. Влагищный отросток брюшины
4. Сосудистая лакуна медиальнее бедренной вены

58.Прямая паховая грыжа выходит через:

1. Внутреннее кольцо пахового канала
2. Наружное кольцо пахового канала +

3. Влагалищный отросток брюшины
 4. Сосудистую лакуну медиальнее бедренной вены
59. Согласно классификации Forest, стадия Forest 2A – это
1. Струйное кровотечение из язвы
 2. Налет гематина на язве
 3. Отсутствие источника кровотечения
 4. Тромбированный сосуд в дне язвы +
60. Важное значение в диагностике забрюшинно расположенного аппендикса при остром аппендиците имеет:
1. Положительный симптом Кохера
 2. Положительный симптом Образцова +
 3. «Крик Дугласа» при исследовании per rectum
 4. Наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы на рентгенограмме
61. Задержка бария в желудке более 12 часов при выполнении рентгенологического контрастного исследования характерно для:
1. Компенсированной стадии рубцового язвенного стеноза
 2. Пенетрации язвы желудка в поджелудочную железу
 3. Субкомпенсированной стадии рубцового язвенного стеноза
 4. Декомпенсированной стадии рубцового язвенного стеноза +
62. РХПГ, дополненная папиллосфинктеротомией показана при:
1. Синдроме Курвуазье
 2. Прободной язве луковицы 12-типерстной кишки
 3. Холедохолитиазе +
 4. Синдроме Меллори-Вейса
63. Наиболее частым видом тонкокишечной непроходимости является:
1. Обтурация желчным камнем
 2. Обтурация опухолью
 3. Спаечная непроходимость +
 4. Ущемление кишки в грыжевых воротах
64. Чаще всего встречается у женщин:
1. Косая паховая грыжа
 2. Пупочная грыжа +
 3. Бедренная грыжа
 4. Грыжа белой линии живота

65. Чаще всего встречается у мужчин:

1. Косая паховая грыжа +
2. Пупочная грыжа
3. Бедренная грыжа
4. Грыжа белой линии живота

66. При определении жизнеспособности кишки не имеет большого значения:

1. Цвет кишки
2. Наличие перистальтики
3. Пульсация сосудов брыжейки
4. Состояние отводящей петли +

67. Механическая желтуха при ЖКБ является следствием:

1. Острого гангренозно-перфоративного холецистита
2. Закупорки камнем пузырного протока
3. Закупорки камнем общего желчного протока +
4. Острого гангренозного холецистита

68. Дивертикул Меккеля выявляют

1. На куполе слепой кишки
2. На подвздошной кишке +
3. На тощей кишке
4. На поперечно-ободочной кишке

69. Для желчной колики не характерно:

1. Интенсивная боль в правом подреберье
2. Положительный симптом Ортнера
3. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье +
4. Иррадиация боли в правое плечо

70. Выберите симптом острого панкреатита:

1. Симптом Кохера
2. Симптом Бартомье-Михельсона
3. Симптом Керте +
4. Симптом Ортнера

71. Симптом Ортнера – это:

1. Перемещение боли в правую подвздошную область
2. Усиление боли при поднятии выпрямленной правой ноги
3. Усиление боли при поколачивании по правой реберной дуге +

4. Усиление боли на вдохе при пальпации в точке Мерфи

72. Кровотечение из трещин в кардиальном отделе желудка носит название:

1. Синдром Курвуазье
2. Синдром Меллори-Вейса +
3. Синдром Золлингера-Элиссона
4. Синдром Жильбера

73. Для кровотечения из язвы желудка не характерно:

1. Рвота вида «кофейной гущи»
2. Усиление болевого синдрома +
3. Мелена
4. Уменьшение болевого синдрома

74. Рвота вида «кофейной гущи» характерна для кровотечения:

1. Из варикозно-расширенных вен пищевода
2. Из язвы луковицы 12-типерстной кишки +
3. Легочного кровотечения
4. Синдрома Меллори-Вейса

75. Снижение артериального давления и уменьшение боли при обострении язвенной болезни может быть признаком:

1. Перфорации язвы
2. Язвенного кровотечения +
3. Пенетрации язвы
4. Острого инфаркта миокарда

76. Показанием к операции при самопроизвольном вправлении грыжи является:

1. Повышение температуры
2. Появление перитонеальных симптомов +
3. Появление дизурических явлений
4. Указания на ущемления грыжи в анамнезе

77. Прямую паховую грыжу характеризует слабость следующей стенки пахового канала

1. Верхней
2. Задней +
3. Передней
4. Нижней

78. Объясните причину появления напряжения мышц в правой подвздошной области, возникающего при прободной язве 12-типерстной кишки:

1. Рефлекторные связи через спинномозговые нервы
2. Развивающийся распространенный перитонит
3. Висцеро-висцеральные связи с червеобразным отростком
4. Затекание кислого желудочного содержимого по правому латеральному каналу +

79. Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие:

1. Стеноза устья подвздошно-ободочной артерии
2. Тромбоза аппендикулярной артерии +
3. Неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты
4. Тромбоза нижней брыжеечной вены

80. Какой из симптомов острого аппендицита редко встречается у пожилых пациентов:

1. Повышение температуры
2. Незначительная боль в правой подвздошной области
3. Задержка стула
4. Умеренный лейкоцитоз

81. Патогномоничным симптомом острого аппендицита является:

1. Симптом Воскресенского
2. Симптом Кохера
3. Симптом Ситковского
4. При остром аппендиците нет патогномоничных симптомов

82. Пилефлебит может быть осложнением:

1. Острого холецистита
2. Острого панкреатита
3. Острого аппендицита +
4. Заворота сигмовидной кишки

83. К странгуляционной кишечной непроходимости не относится:

1. Заворот кишки
2. Узлообразование петель кишки
3. Ущемление кишки в грыжевых воротах
4. Обтурация просвета кишки желчным камнем +

84. Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:

1. В первые двое суток от начала болезни
2. На 4-5 сутки с начала заболевания +
3. В 1-ые сутки после аппендэктомии
4. В позднем послеоперационном периоде после аппендэктомии

85. Для диагностики абсцесса Дугласова пространства необходимо выполнить:

1. Лапароскопию
2. Ректороманоскопию
3. Пальцевое исследование прямой кишки +
4. Ирригоскопию

86. Обнаружение яичка внутри грыжевого мешка при выполнении герниотомии характерно для:

1. Скользящей грыжи
2. Врожденной паховой грыжи +
3. Бедренной грыжи
4. Ущемленной грыжи

87. Что является причиной невправимости грыжи:

1. Рубцовый процесс между грыжевым мешком и окружающими тканями
2. Спайки между петлями кишки внутри грыжевого мешка
3. Спайки между петлями кишки и грыжевым мешком +
4. Несоответствия находящихся в грыжевом мешке органов размеру грыжевых ворот

88. Какой выпот Вы обнаружите в брюшной полости при панкреонекрозе:

1. Серозный
2. Фибринозный
3. Геморрагический +
4. Гнойный

89. В диагностике острого аппендицита не проводится:

1. Ультразвуковое исследование
2. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
3. Пальцевое исследование прямой кишки
4. Колоноскопия +

90. Для перфорации полого органа в свободную брюшную полость не характерно:

1. «Доскообразный» живот
2. Полиурия +
3. Острое начало заболевания
4. Тахикардия

91. Для начальной стадии перитонита не характерно:

1. Болезненность при пальпации живота
2. Тахикардия

3. Усиление перистальтики
4. Исчезновение перистальтики +

92. Характерный признак хронического парапроктита:

1. Выделение алой крови в конце дефекации
2. Наличие свищевого отверстия на коже промежности +
3. Диарея
4. Гематурия

93. Эпителиальный копчиковый ход:

1. Имеет сообщение с просветом прямой кишки
2. Слепо оканчивается в подкожной клетчатке межъягодичной области +
3. Связан с копчиком
4. Сообщается с крестцом

94. При болезни Гиршпрунга не имеет диагностического значения:

1. Ирригоскопия
2. Биопсия по Свенсону
3. Измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки +
4. Колоноскопия

95. Осложнением какого заболевания является токсический мегаколон:

1. Болезни Крона
2. Болезни Гиршпрунга
3. Неспецифического язвенного колита +
4. Синдрома Пейтса-Егерса

96. Дивертикулы чаще всего локализуются:

1. В слепой кишке
2. В прямой кишке
3. В поперечно-ободочной кишке
4. В сигмовидной кишке +

97. У пожилого пациента при выявлении причин неясной анемии в первую очередь показано выполнение:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. Эзофагогастродуоденоскопии
3. Колоноскопии +
4. Ректороманоскопии

98.Какие полипы ободочной кишки имеют меньшую склонность с малигнизации:

1. Гиперпластические +
2. Аденоматозные
3. Ворсинчатые
4. Индекс малигнизации одинаков во всех случаях

99.Для установления диагноза анальной трещины достаточно:

1. Колоноскопии
2. Ректороманоскопии
3. Пальцевого исследования прямой кишки
4. Аноскопии +

100.Появление “шума плеска” при спаечной обтурационной кишечной непроходимости объясняется:

1. Наличием выпота в брюшной полости
2. Наличием выпота и свободного газа в брюшной полости
3. Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишки +
4. Скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишки
5. Скоплением жидкости в отводящей петле кишки

101.Какой метод обследования следует применить для подтверждения диагноза спаечной обтурационной кишечной непроходимости:

1. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости +
2. Исследование пассажа по кишке введенного per os BaSO₄
3. УЗИ органов брюшной полости
4. Экстренная ирригоскопия
5. Экстренная колоноскопия

102.Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является

1. инородные тела
2. желчные камни
3. опухоли
4. спаечный процесс в брюшной полости +
5. гельминты

103.К какому виду кишечной непроходимости относится заворот тонкой кишки:

1. обтурационной
2. странгуляционной +
3. динамической

4. спастической

104. При обследовании больного установлено: симптомы Цеге – Мантейфеля и Обуховской больницы положительны. Для какого вида непроходимости это характерно?

1. илеоцекальной инвагинации
2. обтурации опухолью восходящей кишки
3. заворота тонкой кишки
4. заворота сигмовидной кишки +

105. Наиболее информативным методом диагностики острой кишечной непроходимости является:

1. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости +
2. Лапароскопия
3. Аортография
4. Гастроскопия

106. Лечение динамической кишечной непроходимости:

1. Только консервативное +
2. Только оперативное
3. Оперативное при отсутствии эффекта от консервативного
4. Лапароскопическое дренирование брюшной полости

107. Операция «аппендэктомия» при остром аппендиците противопоказана:

1. При аппендикулярном инфильтрате +
2. Остром инфаркте миокарда
3. Беременности 36-40 недель
4. Непереносимости новокаина
5. Нарушении свертываемости крови

108. Первичный гангренозный аппендицит развивается вследствие:

1. Тромбоза нижней брыжеечной вены
2. Стеноза устья подвздошно-ободочной артерии
3. Неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты
4. Участия в воспалительном процессе бактериальной инфекции
5. Тромбоза артерии червеобразного отростка +

109. Какой из симптомов острого аппендицита редко встречается у людей пожилого возраста?

1. Незначительная боль в правой подвздошной области
2. Высокая температура тела +
3. Мышечное напряжение в правой подвздошной области
4. Задержка стула
5. Умеренный лейкоцитоз

110. Оперативное вмешательство при остром аппендиците противопоказано в случае:

1. Образования аппендикулярного инфильтрата +

2. Беременности 36-38 недель
3. Декомпенсированного порока сердца
4. Острого инфаркта миокарда
5. Все перечисленное неверно

111. Для острого аппендицита не характерен симптом:

1. Ровзинга
2. Воскресенского
3. Мерфи +
4. Образцова
5. Бартомье-Михельсона

112. Специфическим для острого аппендицита является симптом:

1. Кохера-Волковича
2. Ровзинга
3. Ситковского
4. Все три симптома
5. Ни один из них +

113. К перитонеальным симптомам при остром аппендиците относят симптомы:

1. Воскресенского (синдром "рубашки")
2. Щеткина-Блюмберга
3. Раздольского
4. Все названные симптомы +
5. Ни один из них

114. Острый аппендицит следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

1. Гломерулонефрита +
2. Острого панкреатита
3. Острого аднексита
4. Острого гастроэнтерита
5. Правосторонней почечной коликой

115. Клинически острый аппендицит может быть принят:

1. За сальпингит
2. За острый холецистит
3. За дивертикулит Меккеля
4. За внематочную беременность
5. За любую из этих видов патологии +

116. Решающим в дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью является:

1. Симптом Кохера-Волковича
2. Симптом Промптова
3. Головокружение и обмороки
4. Бартомье-Михельсона симптом
5. Пункция заднего свода влагалища +

117. Для диагностики острого аппендицита используются методы:

1. Лапароскопия
2. Клинический анализ крови
3. Ректальное исследование
4. КТ
5. Все перечисленное верно +

118.Симптом Кохера-Волковича - это:

1. Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области
2. Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении в правой подвздошно-поясничной мышце
3. Усиление болей в правой подвздошной области в положении больного на левом боку
4. Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок
5. Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в подвздошную область +

119.Основной симптом, позволяющий диагностировать тазовое расположение острого аппендицита:

1. Симптом Щеткина- Блюмберга
2. Симптом Ровзинга
3. Болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном Исследовании +
4. Напряжение мышц в правой подвздошной области
5. Симптом Кохера – Волковича

120.Пилефлебит обычно является осложнением:

1. Прободной язвы желудка
2. Заворота тонкой кишки
3. Инфаркта тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии
4. Деструктивного аппендицита +
5. Распадающейся опухоли слепой кишки с явлениями параколического лимфаденита

121.Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:

1. В первые двое суток с момента заболевания
2. На 3-4 сутки с момента заболевания +
3. На 7-9 сутки с момента заболевания
4. В раннем периоде после аппендэктомии
5. В позднем периоде после операции аппендэктомии

122.У больного, 18 лет, на 7-й день после операции аппендэктомии развился абсцесс малого таза. Что вы предпримете?

1. Массивную антибиотикотерапию
2. Вскроете абсцесс нижнесрединным доступом и дренируете малый таз
3. Вскроете абсцесс через правую подвздошную область
4. Дренируете абсцесс через переднюю стенку прямой кишки +
5. Вскроете абсцесс правосторонним внебрюшным доступом

123.Флегмона забрюшинного пространства, как осложнение острого аппендицита, развивается при:

1. Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
2. Местном перитоните в правой подвздошной области
3. Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка +
4. Медиальном расположении червеобразного отростка
5. Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки

124.У больного 41 года в момент выполнения гастроскопии возникли резкие боли за грудиной. При осмотре через несколько часов: состояние пациента относительно удовлетворительное. Субфебрилитет. Пульс 98 уд в мин. Болезненный отек на шее, больше слева, там же крепитация. Наиболее вероятный диагноз:

1. Синдром Борхава

2. Синдром Мэллори-Вейсса
3. Синдром Мендельсона
4. Острый инфаркт миокарда
5. Инструментальный разрыв пищевода +

125. Содержимым параэзофагеальной грыжи чаще всего является:

1. Желудок +
2. Паракардиальный жир
3. Селезенка
4. Толстая кишка
5. Большой сальник

126. Основной способ диагностики пищевода Барретта:

1. Рентгенологический
2. УЗИ
3. Эндоскопический +
4. Физикальное исследование

127. При наличии пищевода Барретта основную опасность представляет:

1. Малигнизация +
2. Болевой синдром
3. Кровотечение
4. Перфорация
5. Стриктура

128. Дивертикул Ценкера расположен на:

1. На шее +
2. В переднем средостении
3. В заднем средостении
4. Под диафрагмой

129. Интермиттирующая и парадоксальная дисфагия характерна для:

1. Рака пищевода
2. Дивертикула пищевода
3. Пептической стриктуры
4. Кардиоспазма +

130. Самой частой причиной дисфагии является:

1. Дивертикул
2. Пептическая стриктура пищевода

3. Рак пищевода +

4. Кардиоспазм

131. Для выявления дивертикула пищевода показано:

1. Эзофагоманометрия

2. Медиастиноскопия

3. УЗИ

4. Рентгенологическое исследование +

132. Заболевания, для которых характерна сезонность обострения

1. хронический колит

2. хронический гепатит

3. цирроз печени

4. язвенная болезнь +

133. Основная причина возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

1. переохлаждение, переутомление

2. хеликобактериальная инфекция +

3. физическая перегрузка, переохлаждение

4. вирусная инфекция, переохлаждение

134. Ранняя боль в эпигастральной области возникает после еды в течение

1. 30 минут после еды +

2. 2 часов после еды

3. 3 часов до еды

4. 4 часов до еды

135. Боли в эпигастральной области при язвенной болезни желудка обычно бывают

1. ранними +

2. поздними

3. ночными

4. голодными

136. При язвенной болезни желудка боль локализуется

1. в левой подреберной области

2. в левой подвздошной области

3. в правой подвздошной области

4. в эпигастральной области +

137. Основным симптомом язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

1. метеоризм
2. отрыжка тухлым
3. боль в эпигастральной области +
4. понос

138. Основная жалоба при язвенной болезни 12-перстной кишки – это боль

1. ранняя
2. поздняя голодная, ночная +
3. "кинжальная"
4. опоясывающая

139. Самое частое осложнение язвенной болезни

1. кишечная непроходимость
2. кахексия
3. обезвоживание
4. желудочное кровотечение +

140. Патогномоничные признаки желудочного кровотечения

1. бледность, слабость
2. головная боль, головокружение
3. рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул +
4. тахикардия, снижение АД

141. Характер кала при желудочно-кишечном кровотечении

1. кровянистый
2. дегтеобразный +
3. обесцвеченный
4. жирный

142. Традиционная геморроидэктомия показана при:

1. 2 стадии хронического геморроя
2. Остром тромбозе внутреннего геморроидального узла
3. 3-4 стадии заболевания при неэффективности или невозможности применения малоинвазивных методик лечения +
4. Выделении алой крови каплями после каждой дефекации

143. Геморроидэктомия показана при:

1. Выпадение геморроидальных узлов 3 степени +

2. Болевом синдроме при дефекации
3. Выпадении геморроидальных узлов 1 степени
4. Анальном зуде

144. Для постановки диагноза геморроя достаточно:

1. Ректороманоскопии и осмотра заднего прохода
2. Колоноскопии и осмотра заднего прохода
3. Пальцевого исследования прямой кишки и осмотра заднего прохода +
4. Ирригоскопии и осмотра заднего прохода

145. Геморроидэктомия показана при:

1. Анальном зуде
2. Появлением боли во время дефекации
3. Обострении геморроя
4. Выпадении геморроидальных узлов 3 степени +

146. К типичным симптомам геморроя относят:

1. Частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
2. Выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов +
3. Постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острой пищи, зуд анальной области
4. Неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа «овечьего»

147. Наиболее частой причиной хронических свищей прямой кишки является:

1. Перенесенный острый парапроктит +
2. Операции на анальном канале
3. Травма прямой кишки
4. Хронический геморрой

148. Чаще всего приводит к развитию парапроктита:

1. Геморрой
2. Повреждение слизистой оболочки прямой кишки при медицинских манипуляциях
3. Воспалительные заболевания органов, прилежащих к прямой кишке
4. Микротравмы слизистой оболочки прямой кишки +

149. К предраковым заболеваниям толстой кишки относят:

1. Геморрой
2. Дивертикулярная болезнь кишечника

3. Язвенный колит
4. Полипы кишечника +

150. Анальная трещина чаще расположена на _____ полуокружности анального канала:

1. Задней +
2. Передней
- 3.левой
4. Правой

151. Хроническая анальная трещина характеризуется:

1. Сохранением болевого синдрома более 1 часа после дефекации
2. Наличием сторожевого бугорка, рубцовых краев +
3. Выраженным болевым синдромом без кровотечений
4. Размерами более 5 мм в длину

152. Повышен риск рака ободочной кишки у пациентов с:

1. Неспецифическим язвенным колитом
2. Гиперпластическими полипами +
3. Аденоматозными полипами
4. Семейным диффузным полипозом

153. К облигатному предраку ободочной кишки относят:

1. Болезнь Крона
2. Одиночный полип сигмовидной кишки
3. Диффузный семейный полипоз +
4. Ювенильные полипы

154. При ирригоскопии выявлен воспалительный процесс в толстой кишке с неизмененными зонами между участками поражения и отсутствие воспаления в прямой кишке. Вероятный диагноз?

1. Язвенный колит
2. Болезнь Гиршпрунга
3. Болезнь Крона +
4. Ишемический колит

155. Болезнь Гиршпрунга проявляется:

1. Упорными поносами
2. Упорными запорами +
3. Недержанием мочи
4. Недержанием кала

156. Наиболее достоверным методом диагностики болезни Гиршпрунга является:

1. Ирригоскопия
2. Пальцевое исследование прямой кишки
3. Трансанальная биопсия подслизистого слоя прямой кишки +
4. Колоноскопия

157. При каком заболевании толстой кишки отмечается аганглиоз в межмышечных сплетениях?

1. Болезнь Крона
2. Неспецифический язвенный колит
3. Болезнь Гиршпрунга +
4. Идиопатический мегаколон

158. Токсическая дилатация ободочной кишки при неспецифическом язвенном колите может осложниться:

1. Формированием дивертикулов
2. Перфорацией +
3. Кровотечением из прямой кишки
4. Острым аппендицитом

159. Самое частое осложнение дивертикулеза ободочной кишки:

1. Дивертикулит +
2. Кровотечение при дефекации
3. Перфорация сигмовидной кишки
4. Формирование параколического абсцесса

160. Показание к экстренной колоноскопии:

1. Дивертикулит ободочной кишки
2. Анемия
3. Кишечное кровотечение +
4. Подозрение на перфорацию толстой кишки

161. Наиболее достоверный метод диагностики дивертикулов ободочной кишки:

1. Колоноскопия
2. Пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту +
3. Исследование кала на скрытую кровь
4. Ирригоскопия

162. Дивертикулы чаще образуются в:

1. Пищевод

2. Ободочной кишке +
3. Желудке
4. Тонкой кишке

163. Кал в виде «малинового желе» характерен для:

1. Инвагинации +
2. Желудочного кровотечения
3. Спастического колита
4. Дивертикулита

164. Дивертикулы толстой кишки чаще локализуются в:

1. Сигмовидной кишке +
2. Восходящем отделе толстой кишки
3. Нисходящем отделе толстой кишки
4. Поперечно ободочной кишке

165. Кишечная непроходимость наиболее часто встречается при раке _____ кишки:

- 1.левой половины ободочной +
2. Правой половины ободочной
3. Поперечной ободочной
4. Прямой

166. Основной метод диагностики полипов ободочной кишки:

1. Ультразвуковое исследование
2. Ирригоскопия
3. Колоноскопия +
4. Пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту

167. Наиболее частая гистологическая форма рака ободочной кишки:

1. Аденокарцинома +
2. Солидный рак
3. Плоскоклеточный рак
4. Недифференцированный рак

168. Наиболее достоверный метод диагностики полипов ободочной кишки:

1. исследование кала на скрытую кровь
2. ирригоскопия
3. КТ органов брюшной полости

4. Колоноскопия +

169. При болезни Гиршпрунга диагностического значения не имеет следующее исследование:

1. копрологическое исследование +
2. ирригоскопия
3. биопсия по Свенсону
4. исследование пассажа бария по кишечнику

170. К облигатным предракам ободочной кишки относятся:

1. одиночный полип ободочной кишки
2. терминальный илеит
3. диффузный семейный полипоз +
4. ювенильные полипы

171. Наименьшую склонность к малигнизации имеют:

1. ворсинчатые полипы ободочной кишки
2. гиперпластические полипы ободочной кишки +
3. аденоматозный полип ободочной кишки
4. множественные аденоматозные полипы ободочной кишки

172. При подозрении на трещину анального канала с какого метода исследования следует начать обследование пациента:

1. ректоскопия
2. ирригоскопия
3. КТ органов брюшной полости
4. пальцевое исследование прямой кишки +
5. колоноскопия

173. При каком заболевании пациент может жаловаться на кровотечение после акта дефекации в виде струйки или брызг по унитазу, периодический зуд области анального отверстия:

1. рак прямой кишки
2. полип прямой кишки
3. геморрой +
4. трещина анального канала

174. Жалобы на боли в анальной области после акта дефекации, незначительное кровотечение после стула, стул обильный, хронические запоры соответствуют клинической картине:

1. рака прямой кишки
2. острого парапроктита

3. трещины анального канала +
4. геморроя

175. Предрасполагающим фактором в возникновении трещины анального канала является:

1. недостаточность сфинктера
2. криптит +
3. запор
4. хронический парапроктит

176. Для клиническая картина параректального свища характерно:

1. Гнойное отделяемое из свища
2. Выделение жидкого кала из свища
3. Выделение газов из свища
4. Все перечисленное +

177. Паллиативной операцией при раке анального канала является:

1. экстирпация прямой кишки
2. Наложение противоестественного заднего прохода +
3. операция Гартмана
4. передняя резекция прямой кишки

178. С чего следует начать лечение при установленном диагнозе «Дивертикулит сигмовидной кишки»:

1. глюкокортикоиды
2. колоноскопия
3. сифонная клизма
4. антибактериальная и инфузионная терапия +

179. У больной 27 лет выявлен семейный полипоз /аденоматоз/ ободочной и прямой кишки. Какое лечебное мероприятие прежде всего показано больной ?

1. цитостатическая терапия.
2. рентгенотерапия.
3. колопроктэктомия. +
4. электрохирургическое удаление полипов.

180. Среди причин, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита на первом месте стоит:

1. геморрой
2. повреждение слизистой прямой кишки при медицинских манипуляциях
3. микротравмы слизистой прямой кишки +
4. огнестрельные ранения прямой кишки

181. Для хронического парапроктита наиболее характерным является?

1. гематурия
2. наличие свищевого отверстия на коже промежности +
3. выделение алой крови в конце акта дефекации
4. боли внизу живота

182. Для исследования свищей прямой кишки не применяются:

1. КТ брюшной полости +
2. пальцевое исследование прямой кишки
3. прокрашивание свищевого хода и зондирование
4. фистулография

183. Для геморроя наиболее типичны:

1. частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
2. сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры
3. неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа "овечьего"
4. выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов +

184. Для трещины прямой кишки характерен следующий симптомокомплекс (выбор зависит от стадии):

1. Умеренная боль в анальной области, усиливающаяся в момент дефекации, провоцирующаяся приемом алкоголя и острых блюд, зуд анальной области, обильное кровотечение после акта дефекации
2. Чувство неполного освобождения при акте дефекации, лентовидный кал, окрашенный кровью, тенезмы, неустойчивый стул, выделения слизи, нередко однократной порции темной крови
3. Неустойчивый стул, чувство тяжести в тазовой области, кал обычной конфигурации, с темной или алой кровью, кал "овечьего" типа
4. Сильнейшая боль после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после акта дефекации, стул обильный, хронические запоры +

185. Консервативная терапия при острой анальной трещине не предусматривает:

1. курс пробиотиков +
2. лечебные клизмы
3. снятие спазма сфинктера
4. применение местно средств, способствующих заживлению раневой поверхности

186. При остром тромбозе геморроидальных вен не используют:

1. анальгетики
2. антикоагулянты

3. пресакральную блокаду
4. склеротерапию +

187. Для подтверждения диагноза трещины анального прохода используется:

1. аноскопия +
2. измерение давления в прямой кишке
3. колоноскопия
4. ректоскопия

188. Иссечение геморроидальных узлов противопоказано при:

1. выпадении узлов
2. проктосигмоидите
3. изъязвлении узлов
4. портальной гипертензии +

189. У больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после стула, боязнь стула, хронические запоры. Ваш предварительный диагноз?

1. геморрой
2. рак прямой кишки
3. острый парапроктит
4. трещина анального канала +

190. После удаления полипа 1,5x1,0 см, располагавшегося на высоте пальца по верхнему контуру зубчатой линии прямой кишки, выполнено гистологическое исследование. Гистологически полип является ворсинчатой аденомой с участком карциномы in situ. Какой ваш следующий шаг?

1. резекция места биопсии с более широким отступом
2. брюшнопромежностная резекция
3. передняя резекция прямой кишки
4. никакого дальнейшего лечения не требуется, наблюдение +

191. Наиболее тяжелой формой острого парапроктита является:

1. ишиоректальный
2. ретроректальный
3. подслизистый
4. пельвиоректальный +

192. Наиболее распространено метастатическое поражение печени при:

1. Колоректальном раке +
2. Раке почки

3. Раке молочной железы
4. Меланоме

193. Здоровой женщине 62 лет проведена плановая колоноскопия. В нисходящей ободочной кишке обнаружено и удалено два ворсинчатых полипа длиной 1,3 см на широком основании. Каким должен быть следующий шаг?

1. Назначение повторной колоноскопии через 3 месяца
2. Назначение повторной колоноскопии через 3 года
3. Назначение повторной колоноскопии через 10 лет +
4. КТ брюшной полости

194. При лечении неспецифического язвенного колита не применяют препараты:

1. антибиотики
2. слабительные +
3. витамины
4. иммунодепрессанты

195. К облигатным предракам ободочной кишки относят:

1. ювенильные полипы
2. одиночный полип ободочной кишки
3. регионарный энтерит
4. диффузный семейный полипоз +

196. Большую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:

1. гиперпластические
2. ворсинчатые
3. аденоматозные +
4. индекс малигнизации одинаков во всех случаях

197. 46-летняя пациентка с болезнью Крона интересуется, когда может возникнуть необходимость в хирургическом вмешательстве со стороны ее заболевания. Какое из нижеперечисленных состояний является показанием к немедленной лапаротомии?

1. кишечная непроходимость
2. кишечнотупый свищ
3. подвздошно-ободочный свищ
4. перфорация кишки +

198. Причиной развития мегаколон при болезни Гиршпрунга является

1. функциональный мышечный спазм,
2. хронический васкулит,

3. воспалительная деструкция ганглионарных клеток толстой кишки +
4. стеноз толстой кишки вследствие рубцового процесса

199. Грыжевыми воротами бедренной грыжи является:

1. Медиальная паховая ямка
2. Латеральная паховая ямка
3. Сосудистая лакуна медиальнее бедренной вены +
4. Влагалищный отросток брюшины

200. При ущемленной грыже передней брюшной стенки показано:

1. Наблюдение в хирургическом стационаре
2. Введение спазмолитиков
3. Аккуратное вправление грыжевого выпячивания
4. Экстренная операция +

201. ПРАВОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧА С БОЛЬНЫМ БАЗИРУЮТСЯ НА

- о Конституции РФ;
- У волеизъявлении пациента;
- о желании врача;
- о уставе лечебного учреждения;

202. СОГЛАСИЕ ИЛИ ОТКАЗ БОЛЬНОГО ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОЛЖНЫ БЫТЬ:

- У все верно;
- 0 задокументированными;
- 0 информированными;
- 0 добровольными.

203 ПОНЯТИЕ «ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА» ВКЛЮЧАЕТ ИНФОРМАЦИЮ:

- У все верно;
- о об анамнезе заболевания;
- о о диагнозе;
- о о факте обращения за медицинской помощью.

204 ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТА РЕШЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ПРИНИМАЮТ:

- о врач с уведомлением должностных лиц медучреждения;
- о консилиум;
- о законные представители пациента;

У все верно

205. ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА - ЭТО

- о несчастный случай;
- У добросовестное заблуждение без состава преступления;
- о халатность;
- о несоответствие квалификационной категории;
- о профессиональное преступление.

206. ВИДЫ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК:

- о в оформлении документации;
- о диагностические;
- о лечебно-тактические;

- У все перечисленное;
207. СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК:
- о неполноценное обследование пациента;
- У все перечисленное;
- о использование устаревших методов диагностики и лечения;
 - о слепая вера во всё новое.
208. ЯТРОГЕНИЯ-ЭТО:
- о врождённая патология;
 - о патология, возникающая во время службы в армии;
- У патология, связанная с действиями врача;
- о заболевания, обусловленные пожилым и старческим возрастом;
 - о заболевания, возникающие при уходе за дикими животными.
209. ЭВТАНАЗИЯ-ЭТО
- о смерть, наступившая при невыясненных обстоятельствах;
 - о смерть, наступившая при дорожно-транспортной аварии;
 - о максимум применения средств в лечении безнадежного больного
- У лёгкая смерть, наступившая от действий медицинских работников
- о безмятежная смерть, наступившая естественным путём.
210. АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП НЕ ВКЛЮЧАЕТ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ:
- о в приемном отделении общехирургического стационара;
 - о на дому;
- У в специализированном хирургическом отделении;
- о в поликлинике;
211. ФУНКЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ:
- о консультативный прием;
 - о проведение инвазивной диагностики;
 - о выполнение оперативных вмешательств;
- У все верно
212. АМБУЛАТОРНО ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ:
- о пункцию сустава;
 - о венэктомия;
 - о хирургическую обработку гнойного очага;
- У все перечисленное;
- о открытую биопсию.
213. ИЗ ПОЛИКЛИНИКИ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ТРАНСПОРТИРОВКА ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
- о родственниками;
 - о медицинской сестрой;
 - о санитаркой;
- У бригадой скорой медицинской помощи;
214. ФУНКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА:
- о консультативный прием;
 - о инвазивные методы диагностики;
 - о выполнение оперативных вмешательств;
- У все перечисленное
215. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РАЗМЕЩЕНИЕ КОЕК ДОПУСТИМО
- У в палатах;
 - о в коридорах;
 - о в холлах;
 - о на лестничных площадках;
216. ЗА БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НАБЛЮДАЮТ:
- о в наркозной;
 - о в предоперационной;

У в палатах интенсивной терапии;
о в процедурном кабинете.

217. АСЕПТИКА-ЭТО

У предотвращение попадания микробов в рану ;
о комплекс нормативных документов;
о профилактика инфекций у медицинских работников;
о уничтожение микробов в ране, в патологическом очаге и в организме;

218. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ РАНЫ:

У экзогенные;
о изогенные;
о гетерогенные;
о трансмиссивные

219. Пути экзогенного инфицирования:

о через воздушную среду;
о капельным путем при разговоре;
о контактным путем;

У все верно;

220. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЭНДОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ:

о больные с гнойно-воспалительными заболеваниями;
о бациллоносители;
о животные;

у полость рта, дыхательные пути самого больного

221. ПРИ ЭНДОГЕННОМ ИНФИЦИРОВАНИИ МИКРОБЫ В РАНУ ПОПАДАЮТ:

о из просвета органа, вскрытого во время операции;
у все перечисленное верно;
о гематогенно;
о лимфогенно.

222. К АСЕПТИКЕ ОТНОСЯТ:

о соблюдение санэпидрежима;
о обработка рук хирурга;
У все перечисленное;
о стерилизация операционного белья и инструментов

223. СТЕРИЛИЗАЦИЯ - ЭТО УНИЧТОЖЕНИЕ

о патогенных микроорганизмов;
о непатогенных микроорганизмов;
о спорообразующих микроорганизмов;
У всех видов микроорганизмов и их спор

224. ДЕЗИНФЕКЦИЯ - ЭТО УНИЧТОЖЕНИЕ

У вегетативных форм патогенных микроорганизмов;
о непатогенных микроорганизмов;
о спорообразующих микроорганизмов;
о всех видов микроорганизмов

225. СТЕРИЛЬНОСТЬ - ЭТО

о уменьшение количества вегетативных микроорганизмов;
у полное отсутствие вегетативных и споровых форм микробов;
о сохранение рабочих свойств стерилизуемых предметов;
о отсутствие патогенных микроорганизмов;

226. КОНТРОЛЬ ЗА СТЕРИЛЬНОСТЬЮ ЭТО:

У определение наличия микроорганизмов на стерилизованных предметах;
О контроль за соблюдением температурного режима стерилизации;
о определение наличия крови на стерилизованных предметах;
о контроль за соблюдением режима давления при стерилизации

227. НАИБОЛЕЕ ДОСОВЕРНЫЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ СТЕРИЛЬНОСТИ:

о показание термометра;
У бактериологический контроль;
о с помощью индикаторной ленты;

о контроль времени стерилизации

228. ДОСТОВЕРНО О СТЕРИЛЬНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

У отсутствие роста микроорганизмов при бактериологическом исследовании;

о определённое изменение окраски индикаторной ленты;

о расплавление порошка индикаторного вещества;

о достижение в автоклаве температуры 132°C;

229. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАЛИЗАЦИИ АСЕПТИКИ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

о разделение потоков «чистых» и «гнойных» больных;

У все перечисленное;

о соблюдение гигиены окружающей среды;

о соблюдение гигиены медицинского персонала

230. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РАЗДЕЛЕНИЕ ПОТОКОВ

«ЧИСТЫХ» И «ГНОЙНЫХ» БОЛЬНЫХ ПО ВРЕМЕНИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

У выполнение мероприятий от «чистого» к «гнойному»;

о пребывание их в разных палатах;

о отдельные вспомогательные помещения для «гнойных» больных;

о перевод «гнойных» больных в другие отделения

231. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ВОЗДУХ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ:

о естественной вентиляцией;

о принудительной вентиляцией;

о рециркуляционной очисткой;

У ультрафиолетовым облучением

232. В «ЧИСТОЙ» ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ ОПТИМАЛЬНА ВЕНТИЛЯЦИЯ

У приточная;

о естественная;

о вытяжная;

о рециркуляционная

233. АНТИСЕПТИКА - это

о предотвращение контактного инфицирования;

о предотвращение воздушного инфицирования;

о стерилизация инструментов, белья и шовного материала;

У уничтожение микробов в ране, патологическом очаге и в организме

234. АНТИСЕПТИКА НАПРАВЛЕНА:

о на предупреждение попадания микробов в рану;

У на уничтожение микробов в патологическом очаге;

о на обеспечение санитарно-эпидемического режима;

о на устранение микробов с предметов окружающей среды

235. В КАЧЕСТВЕ АНТИСЕПТИКА Д.ЛИСТЕР ИСПОЛЬЗОВАЛ

о сулему;

о этиловый спирт;

о нитрат серебра;

У карболовую кислоту

236. К ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСЯТСЯ:

У вакуумное дренирование раны;

о промывание раны перекисью водорода;

о внутримышечное введение стрептомицина;

о прием внутрь норсульфазола

237. В КАЧЕСТВЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ В ХИРУРГИИ ПРИМЕНЯЮТ:

о гипертонические растворы и сорбенты;

о дренирование;

о факторы внешней среды;

У все перечисленное

238. ОПЕРАТИВНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОЗОВ - МЕТОД ... АНТИСЕПТИКИ

У механической;

о физической;

- о химической;
- о биологической

239. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ - МЕТОД ... АНТИСЕПТИКИ

- о механической;
- У физической;
- о химической;
- о биологической

240. ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ... АНТИСЕПТИКИ

- о механической;
- У физической;
- о химической;
- о биологической

241. ПРОМЫВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ РАНЫ - МЕТОД ... АНТИСЕПТИКИ

- о механической;
- о физической;
- о химической;
- У смешанной.

242. АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ДРЕНАЖА СВОДИТСЯ К

- о лизису некротических тканей;
- У выведению экссудата из раны;
- о уничтожению микробов;
- о изменению реакции среды

243. ДРЕНАЖНЫЕ СВОЙСТВА МАРЛИ ПОТЕНЦИРУЮТ ПРИМЕНЕНИЕМ

- о 5% раствора глюкозы;
- о 0,9% раствора хлорида натрия;
- У 10% раствора хлорида натрия;
- о 3% раствора перекиси водорода

244. КАК АНТИСЕПТИК ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ РАСТВОР NaCl ПРИМЕНЯЮТ

- о при первичной хирургической обработке раны;
- о при предстерилизационной обработке инструментов;
- о при стерилизации инструментов;
- У при дренировании гнойной раны;

245. К СМЕШАННОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСИТСЯ

- У хирургическая обработка гнойного очага с промыванием антисептиком;
- о лазерная обработка раны;
- о внутримышечное введение цефотаксима;
- о прием внутрь метронидазола

246. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНОГО ОЧАГА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ДРЕНИРОВАНИЕМ - МЕТОД ... АНТИСЕПТИКИ

- о механической;
- о физической;
- о биологической;
- У смешанной

247. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ ОКИСЛИТЕЛЕЙ ОТНОСЯТСЯ:

- о борная кислота;
- о карболовая кислота;
- У перекись водорода;
- о фурадонин.

248. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ КРАСИТЕЛЕЙ ОТНОСИТСЯ

- У бриллиантовый зеленый;
- о карболовая кислота;
- о хлорамин;
- о перманганат калия

249. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ ГАЛОИДОВ НЕ ОТНОСИТСЯ

- У хлоргексидин;
- о йодопирон;

о хлорамин;

о йод;

250. АНТИСЕПТИКОМ ИЗ ГРУППЫ ДЕТЕРГЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

о лизоформ;

о карболовая кислота;

У хлоргекседин;

о фурацилин;

251. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ ДЕТЕРГЕНТОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

о хлоргексидин;

У диоксидин;

о роккал;

о церигель

252. МЕТРОНИДАЗОЛ ЭФФЕКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ

У простейших;

о стафилококка;

о стрептококка;

о синегнойной палочки.

253. К БИОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСЯТСЯ:

о первичная хирургическая обработка раны;

о промывание раны перекисью водорода;

У обработка раны протеолитическими ферментами;

о обработка раны лазером

254. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ... АНТИСЕПТИКИ

о механической;

о физической;

о химической;

У биологической

255. С ЦЕЛЬЮ ПАССИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

о аутовакцину;

У антитоксин;

о лизоцим;

о анатоксин;

256. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА:

о системное тромбообразование;

У создание равновесия про- и антикоагулянтной активности крови;

о гемолиз эритроцитов;

о развитие геморрагического синдрома.

257. ВНУТРЕННИЙ МЕХАНИЗМ КОАГУЛЯЦИОННОГО (ВТОРИЧНОГО) ГЕМОСТАЗА РЕАЛИЗУЕТСЯ:

У превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счет имеющихся факторов свёртывания в крови;

о высвобождением тромбоксана-А₂ и локальным сужением сосуда;

о в первые секунды после повреждения;

о превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счёт поступающего в кровь внеклеточного тромбопластина;

258. ВНЕШНИЙ МЕХАНИЗМ КОАГУЛЯЦИОННОГО (ВТОРИЧНОГО) ГЕМОСТАЗА РЕАЛИЗУЕТСЯ:

о превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счёт имеющихся факторов свёртывания в крови;

о высвобождением тромбоксана-А₂ и локальным сужением сосуда;

о в первые секунды после повреждения;

У превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счёт поступающего в кровь внеклеточного тромбопластина;

259. НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА В ВИДЕ ПОВЫШЕННОЙ КРОВОТОЧИВОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ:

о при тромбоцитопении;

о при нарушении функции тромбоцитов;

о при приобретённых коагулопатиях

У Все перечисленное

260. ВИДЫ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ:

о внутриутробная;

о идиопатическая;

У приобретённая (вторичная);

о третичная.

261. СИНДРОМ ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ (ДВС-СИНДРОМ) - ЭТО СИМПТОМОКОМПЛЕКС

У активации свертывания крови с последующей геморрагией;

о изолированной геморрагии;

о повышенной склонности к тромбообразованию;

о тромбоза двух и более сосудов;

262. МЕСТНЫЙ СИМПТОМ ПРЯМОКИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ -

о мелена;

о боль в животе;

о рвота кровью;

У выделение крови из прямой кишки

263. ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ - ЭТО НАУКА, ИЗУЧАЮЩАЯ ВОПРОСЫ

у переливания компонентов крови;

о экстракорпоральной детоксикации;

о медикаментозной терапии критических состояний;

о судмедосвидетельствовании в связи с переливанием крови.

264. УСТАНОВИЛ АНТИГЕННУЮ СТРУКТУРУ КРОВИ (ПО СИСТЕМЕ А И В) И ПРЕДЛОЖИЛ ВЫДЕЛЯТЬ I, II И III ГРУППЫ КРОВИ

о Я.Янский;

о А.М.Филомафитский;

о Г.Вольф;

у К.Ландштейнер;

265. ГРУППА КРОВИ У ЧЕЛОВЕКА

о может меняться после трансплантации печени;

о может меняться после трансплантации почки;

о может меняться при массивной гемотрансфузии;

У на протяжении всей жизни не меняется.

266. АГГЛЮТИНИНЫ - ЭТО

о поверхностные антигены, находящиеся на эритроцитах;

У естественные антитела, находящиеся в плазме;

о поверхностные антигены, находящиеся на тромбоцитах;

о поверхностные антигены, находящиеся на лейкоцитах;ъх

267. К АГГЛЮТИНИНАМ СИСТЕМЫ АВО ОТНОСЯТ БЕЛКИ:

о А;

У α ;

о В;

о 0.

268. ФОРМУЛА I ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО

о A (I) α ;

о A (I) β ;

о B (I) α ;

У 0 (I) $\alpha\beta$;

269. ФОРМУЛА II ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО

о A (II) α ;

У A (II) β ;

о B (II) α ;

о B (II) β ;

270. ФОРМУЛА III ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО

- о А (III) α ;
- о А (III) β ;
- У В (III) α ;
- о В (III) β ;

271. ЦОЛИКЛОНЫ - ЭТО

- о поверхностные антигены, находящиеся на эритроцитах;
- о естественные антитела, находящиеся в плазме;
- У антитела, получаемые из культивируемых гибридом;

- о поверхностные антигены, находящиеся на лейкоцитах;

272. РЕАКЦИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИЗОГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ - ЭТО

- У взаимодействие агглютиногена и одноименного агглютинина;
- о образование конгломератов эритроцитов при высыхании капли;
- о склеивание агглютиногенов агглютинидами на холоде;
- о склеивание агглютиногенов агглютинидами при инфекциях

273. РЕАКЦИЯ ПСЕВДОАГГЛЮТИНАЦИИ - ЭТО

- о реакция агглютиногена и одноименного агглютинина;
- У образование конгломератов эритроцитов при высыхании капли;
- о склеивание агглютиногенов агглютинидами на холоде;
- о склеивание агглютиногенов агглютинидами при инфекциях;

274. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ХОЛОДОВОЙ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ

- о добавляют гипертонический раствор;
- У нагревают препарат до комнатной температуры;
- о проводят исследование только со свежей кровью;
- о меняют стандартные сыворотки;

275. ЭРИТРОЦИТЫ I ГРУППЫ КРОВИ АГГЛЮТИНИРУЮТ ПРИ ДОБАВЛЕНИИ СЫВОРОТКИ

- о I группы;
- о II группы;
- о III группы;
- У ни одной из групп.

276. ПРИ ОТСУТСТВИИ АГГЛЮТИНАЦИИ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ СО ВСЕМИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ ГОВОРЯТ О ЕЁ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

- У к I группе;
- о ко II группе;
- о к III группе;
- о к IV группе;

277. АГГЛЮТИНАЦИЯ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ СО ВСЕМИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ ГОВОРИТ О ЕЁ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

- о к I группе;
- о к III группе;
- о к IV группе;
- У произошла ошибка.

278. ПРИ АГГЛЮТИНАЦИИ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ СО ВСЕМИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

- о IV группу;
- У неспецифическую холодовую агглютинацию;
- о высокий титр агглютининов стандартных сывороток;
- о свертывание;

279. ПОД ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПОНИМАЮТ:

- о вливание кровезаменителей;
- У переливание компонентов крови;
- о внутривенное введение медикаментозных средств;
- о проведение экстракорпоральной детоксикации.

280. ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОТЕРЕ ЖИДКОСТЬ СКАПЛИВАЕТСЯ:

- о в плевральной полости;

У все перечисленное верно;

о в брюшной полости;

о в тканях (при отеке);

281. ПОТЕРИ ВОДЫ В «ТРЕТЬЕ ВОДНОЕ ПРОСТРАНСТВО» ПРОИСХОДЯТ ПРИ

о перспирации;

о рвоте;

У отеках;

о диарее;

282. ТРАВМАТИЗМ - ЭТО

У совокупность повреждений, возникающих на определённой территории или у определённого контингента людей;

о наука о травмах;

о результат одномоментного воздействия внешнего фактора;

о наука о заболеваниях опорно-двигательного аппарата;

283. ВИДЫ ТРАВМАТИЗМА ПО УСЛОВИЯМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

У производственный;

о непреднамеренный;

о преднамеренный;

о научно-обоснованный.

284. СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА - ЭТО

о повреждение двух и более органов одной анатомической области;

У повреждение органа и опорно-двигательного аппарата;

о повреждения, вызванные разными травмирующими агентами;

о травма, при которой возникли гнойные осложнения.

285. ИЗОЛИРОВАННАЯ ТРАВМА - ЭТО

о повреждение двух и более органов одной анатомической области;

о повреждение органа и опорно-двигательного аппарата;

о повреждения, вызванные разными травмирующими агентами;

У одно или несколько повреждений анатомо-функционального образования.

286. МНОЖЕСТВЕННАЯ ТРАВМА - ЭТО

о повреждение органов разных анатомических областей;

У повреждение двух и более органов одной анатомической области;

о повреждение органа и опорно-двигательного аппарата;

о повреждения, вызванные разными травмирующими агентами;

287. РАНЕНИЕ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ К ПОВРЕЖДЕНИЮ

у монофокальному;

о полифокальному;

о сочетанному;

о комбинированному;

288. НЕСКОЛЬКО РАН ТОНКОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ К ПОВРЕЖДЕНИЮ

о монофокальному;

У полифокальному;

о сочетанному;

о комбинированному;

289. ОЖОГ ЛИЦА И РАЗРЫВ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

о взаимоотноощённым;

о синергическим;

о сочетанным;

У комбинированным;

290. В ОТЛИЧИЕ ОТ РАСТЯЖЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ СВЯЗОК (МЫШЦ)

о наблюдается нарушение целостности отдельных волокон;

У имеет место нарушение их анатомической целостности;

о их анатомическая целостность сохраняется;

о имеется нарушение функции органа;

291. ПО ПАТОГЕНЕЗУ СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ АНАЛОГИЧЕН:

о с геморрагическим шоком;

о с острой дегидратацией;

о с синдромом диабетической стопы;

У с синдромом позиционного сдавления.

292. КРАШ-СИНДРОМ ВЫЗВАН ЭНДОТОКСИКОЗОМ ПРИ ИШЕМИИ ТКАНИ

У вследствие массивного их сдавления;

о из-за длительного нефизиологического положения тела;

о из-за длительного удержания кровоостанавливающего жгута;

о вследствие тромбоза или эмболии магистральной артерии

293. РАЗВИТИЕ ТУРНИКЕТНОГО (РЕЦИРКУЛЯЦИОННОГО) СИНДРОМА ОБУСЛОВЛЕНО ЭНДОТОКСИКОЗОМ В СВЯЗИ С ИШЕМИЕЙ ТКАНЕЙ

о вследствие массивного их сдавления;

о из-за длительного нефизиологического положения тела;

У из-за длительного удержания кровоостанавливающего жгута;

о вследствие тромбоза или эмболии магистральной артерии;

294. РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПОЗИЦИОННОГО СДАВЛЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО ЭНДОТОКСИКОЗОМ В СВЯЗИ С ИШЕМИЕЙ ТКАНЕЙ

о вследствие массивного их сдавления;

У из-за длительного нефизиологического положения тела;

о из-за длительного удержания кровоостанавливающего жгута;

о вследствие тромбоза или эмболии магистральной артерии;

295. К ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОТНОСЯТ ПОВРЕЖДЕНИЯ:

о с нарушением целостности покровных тканей;

о перелом основания черепа с кровотечением или ликвореей из носа и ушей;

У перелом свода черепа без повреждения апоневроза;

о ранения покровов головы с повреждением апоневроза.

296. ОТКРЫТАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ СЧИТАЕТСЯ ПРОНИКАЮЩЕЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

о кожи и сухожильного шлема;

о кожи, сухожильного шлема и костей черепа;

о кожи, сухожильного шлема и черепно-мозговых нервов;

У кожи, сухожильного шлема, черепа и твердой мозговой оболочки.

297. АБСОЛЮТНАЯ ДЛИНА ПРЕДПЛЕЧЬЯ - ЭТО РАССТОЯНИЕ

У от локтевого до шиловидного отростка;

о от локтевого отростка до кончика 3 пальца;

о от наружного мыщелка плеча до шиловидного отростка;

о от внутреннего мыщелка плеча до кончика 3 пальца;

298. ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ - ЭТО

о перелом;

У вывих;

о подвывих;

о переломовывих;

299. ПРИ ДАВНОСТИ ВЫВИХА ДО ТРЕХ СУТОК ОН НАЗЫВАЕТСЯ

У свежим

о несвежим;

о застарелым;

о невосправляемым;

300. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫВИХЕ ВКЛЮЧАЕТ:

о вправление вывиха;

о введение миорелаксантов;

У транспортную иммобилизацию;

о противошоковую терапию.

301. ПОРЯДОК ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВЫВИХЕ:

о иммобилизация - репозиция - обезболивание - миорелаксация;

У обезболивание - миорелаксация - репозиция - иммобилизация;

о обезболивание - репозиция - иммобилизация - миорелаксация;

о иммобилизация - миорелаксация - обезболивание - репозиция;

302. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ - НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТИ КОСТИ

У вследствие механического воздействия;

о вследствие остеосаркомы;

о вследствие остеомелита;

о вследствие туберкулёза;

303. ПЕРЕЛОМ ИЗ-ЗА РАЗРУШЕНИЯ КОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

о травматическим;

У патологическим;

о врождённым;

о приобретённым;

304. ВИДЫ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ:

о ротационное;

о под углом (по оси);

о по ширине;

У все верно;

305. СРАЩЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ

У мозолеобразования;

о образования соединительнотканного рубца;

о образования ложного сустава;

о разрастания грануляций;

306. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ:

о репозиция отломков;

о ретенция отломков;

о ускорение процессов сращения (ЛФК, диета);

У все верно

307. РЕПОЗИЦИЯ-ЭТО

У сопоставление отломков;

о удержание отломков в состоянии репозиции;

о ускорение репаративных процессов;

о транспортная иммобилизация;

308. ПРИ ОЖОГЕ ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАВИСИТ

о от глубины поражения;

У все перечисленное верно;

о от площади поражения;

о от локализации поражения.

309. МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ОСНОВУ ОЖОГА I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

У поражение эпидермиса;

о поражение эпителия до росткового слоя;

о поражение эпителия и верхушек сосочкового слоя;

о некроз эпидермы, росткового слоя и подкожной клетчатки;

310. ОТЕК, ГИПЕРЕМИЯ И ГИПЕРЕСТЕЗИЯ КОЖИ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ

У I степени;

о II степени;

о III-а степени;

о III-б степени;

311. МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ОСНОВУ ОЖОГА II СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

о поражение эпидермиса;

У поражение эпителия до росткового слоя;

о поражение эпителия и верхушек сосочкового слоя;

о некроз эпидермы, росткового слоя и подкожной клетчатки;

312. ПУЗЫРИ С СЕРОЗНЫМ СОДЕРЖИМЫМ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ

о I степени;

У II степени;

о III-а степени;

о III-б степени;

313. ПУЗЫРИ С ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ

- о I степени;
 - о II степени;
 - У III-а степени;
 - о III-б степени;
314. НЕКРОЗ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ
- о I степени;
 - о II степени;
 - о III а степени;
 - У III-б степени;
315. ОЖОГ III-Б СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- о сохранением болевой чувствительности;
 - о обугливанием тканей;
 - о наличием влажного некроза тканей;
 - У отсутствием болевой чувствительности;
316. К ГЛУБОКИМ ОЖОГАМ ОТНОСЯТСЯ ПОРАЖЕНИЯ:
- о I степени;
 - о II степени;
 - о III-а степени;
 - У III-б степени;
317. ВЫДЕЛЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ И ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ОБУСЛОВЛЕНО
- о опасностью для жизни;
 - о возникновением ожоговой болезни;
 - У возможностью самостоятельного восстановления кожи;
 - о вероятностью развития острой почечной недостаточности.
318. РЕГЕНЕРАЦИЯ КОЖИ НЕВОЗМОЖНА ПРИ ОЖОГАХ
- о I степени;
 - о II степени;
 - о III-а степени;
 - У III-б степени;
319. ФОРМЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ТЕМПУ РАЗВИТИЯ:
- У острая;
 - У хроническая;
 - о аэробная;
 - о анаэробная.
320. К ОСТРОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:
- о костно-суставной туберкулез;
 - о актиномикоз;
 - У сибирская язва;
 - о рожа;
321. К ХРОНИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:
- У костно-суставной туберкулез;
 - о сибирская язва;
 - о столбняк;
 - о бешенство.
322. К СПЕЦИФИЧЕСКОЙ КЛОСТРИДИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ
- У газовая гангрена;
 - о бешенство;
 - о кандидомикоз;
 - о дифтерия;
323. ВОСПАЛЕНИЕ ВСЕХ СТРУКТУР КОСТИ - ЭТО
- о миелит;
 - о остит;
 - о периостит;
 - У остеомиелит;
324. ПОД ОСТЕОМИЕЛИТОМ ПОНИМАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ
- о только костного мозга;

о только компактного вещества кости;

о только губчатого вещества кости;

У всех тканевых структур кости.

325. ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОСТИ МИЕЛИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

У костного мозга;

о компактного вещества кости;

о губчатого вещества кости;

о надкостницы;

326. ВОСПАЛЕНИЕ КОМПАКТНОГО И ГУБЧАТОГО ВЕЩЕСТВА КОСТИ

о миелит;

У остит;

о периостит;

о остеомиелит;

327. ПОД ПЕРИОСТИТОМ ПОНИМАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ

о костного мозга;

о компактного вещества кости;

о губчатого вещества кости;

У надкостницы;

328. ВИДЫ ОСТЕОМИЕЛИТА С ПОЗИЦИИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА:

о посттравматический;

о гематогенный;

У все верно;

о огнестрельный

329. ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВОСПАЛЕНИЕ НАЧИНАЕТСЯ

о в полости сустава;

У в костном мозге;

о в надкостнице;

о в гаверсовых каналах

330. ФОРМЫ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

о острая;

о подострая;

о хроническая;

У местная;

331. В ИНТРАМЕДУЛЛЯРНУЮ ФАЗУ ОСТЕОМИЕЛИТА ПОРАЖАЕТСЯ

У костный мозг;

о компактное вещество кости;

о надкостница;

о мышцы и клетчаточные пространства

332. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ БОЛЬ

У чрезвычайно интенсивная, распирающая;

о периодическая, ноющая;

о ноющая, возникающая после сна;

о ноющая, возникающая в конце дня;

333. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

о наличие гнойного свища;

о наличие секвестра и гнойной полости в кости;

о рецидивирующее течение заболевания;

У все верно

334. ПРИ ПОДОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ

о периостотомию;

о иссечение свища;

о секвестрэктомию;

У хирургическую обработку межмышечной флегмоны

335. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ:

о остеоперфорацию;

о периостотомию;

У радикальную секвестрнекрэктомию;

о хирургическую обработку межмышечной флегмоны

336. ДЛЯ ОСТЕОМИЕЛИТА ГАРРЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ:

о септическое течение;

о серозный экссудат;

о ограниченный некроз губчатого вещества;

У выраженный остеосклероз.

337. ДЛЯ ОСТЕОМИЕЛИТА ОЛЛЬЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

о септическое течение;

У наличие серозного экссудата;

о ограниченный некроз губчатого вещества;

о отсутствие свищей и флегмон

338. КОКСИТ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПОРАЖАЕТСЯ

о плечевой сустав;

У тазобедренный сустав;

о коленный сустав;

о лучевой сустав;

339. ВОСПАЛЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА - ЭТО

У гонит;

о коксит;

о омарит;

о спондилит;

340. ПАНАРИЦИЙ - ЭТО

о гнойное осложнение перелома фаланги пальца кисти;

У воспалительное заболевание тканей пальцев;

о гнойная рана ладонной поверхности пальца кисти;

о любой гнойный процесс на ладони;

341. ПАРОНИХИЯ - это

о гнойное осложнение перелома фаланги пальца кисти;

У воспаление тканей в области околоногтевого валика;

о гнойная рана ладонной поверхности пальца кисти;

о любой гнойный процесс на ладони;

342. ПАНДАКТИЛИТ - ЭТО

о гнойное осложнение перелома фаланги пальца кисти;

о воспаление тканей в области околоногтевого валика;

о гнойная рана ладонной поверхности пальца кисти;

У воспаление всех тканей пальца;

343. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК КОЖНОГО ПАНАРИЦИЯ

о резко болезненный инфильтрат;

У гнойный пузырь под эпидермисом;

о воспаление околоногтевого валика;

о вынужденное полусогнутое положение пальца

344. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПАРОНИХИИ -

о резко болезненный инфильтрат;

о гнойный пузырь под эпидермисом;

У локализация процесса в области околоногтевого валика;

о вынужденное полусогнутое положение пальца;

345. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СУСТАВНОГО ПАНАРИЦИЯ

о гнойный пузырь под эпидермисом;

о локализация процесса в области околоногтевого валика;

о вынужденное полусогнутое положение пальца;

У веретенообразная конфигурация пальца.

346. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ -

о резко болезненный инфильтрат;

о гнойный пузырь под эпидермисом;

о воспаление околоногтевого валика;

У деструкция кости фаланги пальца на рентгенограмме;

347. ФАЗЫ (СТАДИИ) РАЗВИТИЯ ПАНАРИЦИИ:

о микротравмы;

о латентная;

У гнойно-некротическая;

о формирования исходов.

348. ПРИ ПАНАРИЦИИ О ПЕРЕХОДЕ ПРОЦЕССА В ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

о боль;

о отек;

У признак размягчения тканей;

о гиперемия.

349. ПРИ ПАНАРИЦИЯХ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ВЫПОЛНЯЮТ

У в гнойно-некротическую фазу воспаления;

о при регионарном лимфадените;

о при фебрильной лихорадке;

о при лимфангите;

350. К ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

о абсцесс;

о флегмона;

У все верно;

о рожа;

351. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ -

о фурункул;

У сепсис;

о абсцесс;

о мастит;

352. ВОСПАЛЕНИЕ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА И ПРИЛЕЖАЮЩЕЙ САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОКРУЖАЮЩЕЙ ИХ ТКАНЬЮ - ЭТО

У фурункул;

о гидраденит;

о фурункулез;

о карбункул;

353. ФУРУНКУЛЕЗ - ЭТО

о осложнение фурункула;

о рецидив фурункула;

о воспаление волосяного фолликула;

У воспаление множества фолликулов в разных областях тела,

354. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ФУРУНКУЛА ОТНОСЯТСЯ:

о тромбоэмболия легочной артерии;

о острый тромбфлебит;

У регионарный лимфангит и лимфаденит;

о перитонит;

355. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА ПОКАЗАНО ПРИ

У абсцедировании;

о увеличении инфильтрата в размерах;

о появлении лимфаденита;

о плохой переносимости боли;

356. КАРБУНКУЛ - ЭТО

У гнойно-некротическое воспаление, вовлекающее несколько рядом расположенных волосяных фолликулов, сальных желёз и подкожной клетчатки;

о рецидив фурункула;

о воспаление волосяного фолликула;

о воспаление множества волосяных фолликулов;

357. ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В ВИДЕ ЕДИНОГО КОНГЛОМЕРАТА ИЗ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ, САЛЬНЫХ ЖЕЛЁЗ И ОКРУЖАЮЩИХ ИХ ТКАНЕЙ - ЭТО

- о фурункул;
- о гидраденит;
- о фурункулёз;
- У карбункул;

358. ГИДРАДЕНИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

- о сальной железы;
- У апокриновой потовой железы;
- о волосяного фолликула;
- о лимфатического сосуда;

359. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ГИДРАДЕНИТА:

- У множественность воспалительных фокусов;
- о локализация гнойника в любой области кожи;
- о разлитая гиперемия в зоне поражения;
- о вовлечение в процесс волосяного фолликула.

360. РОЖА - ЭТО

- У стрептококковое поражение кожи;
- о поражение кожи палочкой свиной рожи;
- о неспецифическое воспаление кожи;
- о гнойное воспаление слюнных желёз;

361. ПРИ РОЖЕ ПЕРВИЧНО ПОРАЖАЕТСЯ

- о подкожная клетчатка;
- о мышечная ткань;
- о костная ткань;
- У кожа;

362. ОСЛОЖНЁННЫЕ ФОРМЫ РОЖИ:

- о эритематозная;
- о буллезная;
- о геморрагическая;
- У флегмонозная;

363. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК БУЛЛЁЗНОЙ ФОРМЫ РОЖИ -

- о симптом «контурной карты»;
- о шелушение кожи;
- о кровоизлияния в подкожную клетчатку;
- У отслоение эпидермиса и образование пузырей на коже;

364. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК НЕКРОТИЧЕСКОЙ РОЖИ -

- о симптом «контурной карты»;
- о шелушение кожи;
- о отслоение эпидермиса и образование пузырей на коже;
- У некрозы участков кожи.

Экзаменационные билеты

1. Механическая антисептика.
2. Первая помощь при кровотечениях.
3. Виды местной анестезии. Показания и противопоказания.
4. Принципы лечения переломов.

1. Физическая антисептика.
2. Диагностика кровотечений.
3. Интубационный наркоз.
4. Перфоративная язва желудка и 12п.кишки (диагностика, принципы лечения).

Экзаменационный билет № 3

1. Химическая антисептика.
2. Осложнения наркоза. Профилактика и лечение.
3. Абсцесс и флегмона. Клиника, лечение.
4. Рак молочной железы. Профилактика, диагностика, принципы лечения.

Экзаменационный билет № 4

1. Биологическая антисептика.
2. Методы остановки кровотечений.
3. Тромбофлебит: клиника, принципы лечения.
4. Острый аппендицит. Классификация, диагностика, показания к хирургическому лечению.

Экзаменационный билет № 5

1. Эндогенная инфекция, профилактика.
2. Классификация кровезаменителей.
3. Панариций: клиника, профилактика, лечение.

4. Рак желудка: клиника, лечение.

Экзаменационный билет № 6

1. Экзогенная инфекция, профилактика.
2. Гемотрансфузионный шок: диагностика, лечение.
3. Мастит: клиника, профилактика, лечение.
4. Острая непроходимость кишечника. Классификация. Методы диагностики.

Экзаменационный билет № 7

1. Методы подготовки рук хирурга. Преимущества, недостатки.
2. Травматический шок: клиника, лечение.
3. Предоперационный период. Профилактика гнойных осложнений.
4. Острый холецистит. Клиника, принципы диагностики и лечения.

Экзаменационный билет № 8

1. Биологическая антисептика.
2. Профилактика гемотрансфузионного шока.
3. Осложнения раннего послеоперационного периода.
Профилактика и лечение.
4. Острый панкреатит. Клиника, помощь в догоспитальном периоде.

Экзаменационный билет № 9

1. Принципы антибиотикотерапии.
2. Реанимационные мероприятия при клинической смерти.
3. Столбняк: клиника, профилактика, лечение.
4. Клиника хронической ишемии нижних конечностей.

Экзаменационный билет № 10

1. Стерилизация белья и перевязочного материала. Методы контроля.
2. Определение группы крови и резус-фактора.
3. Спинномозговая и перидуральная анестезия: подготовка, проведение, осложнения.
4. Трофические язвы: причины, принципы лечения.

Экзаменационный билет № 11

1. Первичная хирургическая обработка ран.
2. Компоненты крови и показания к их применению.
3. Ожоги. Классификация.
4. Остеомиелит: причины, клиника, лечение.

Экзаменационный билет № 12

1. Хирургическая операция. Виды, опасности и осложнения.
2. Характеристика терминальных состояний.
3. Общая гнойная инфекция (сепсис). Патогенез.
4. Газовая гангрена: клиника, профилактика, лечение.

Экзаменационный билет № 13

П

1. Подготовка больного к операции и методы обработки операционного поля.
2. Послеоперационные лёгочные осложнения. Профилактика и лечение.
3. Острый гнойный плеврит: клиника и лечение.
4. Рак ободочной кишки: клиника и лечение.

Экзаменационный билет № 14

1. Вторичная хирургическая обработка ран, вторичные швы.
2. Внутривенный наркоз: показания, преимущества, недостатки.
3. Переломы рёбер: диагностика, лечение.
4. Перитонит: классификация, клиника.

Экзаменационный билет № 15

1. Иммуноterapia в хирургии.
2. Противопоказания к переливанию крови.

3. Ожоги. Лечение.
4. Ущемлённые грыжи. Тактика на догоспитальном этапе. Лечение.

Экзаменационный билет № 16

1. Методы дренирования ран.
2. Осложнения при переливании крови.
3. Облитерирующий эндартериит: клиника, лечение.
4. Современные принципы лечения перитонита.

Экзаменационный билет № 17

1. Асептика. Цели и задачи.
2. Синдром длительного сдавления (СДС). Первая помощь при СДС.
Лечение.
3. Профилактика нагноений ран и пролежней в послеоперационном периоде.
4. Лимфангит, лимфаденит. Клиника, лечение.

Экзаменационный билет № 18

1. Методы обработки и стерилизации инструментов.
2. Стадии ингаляционного наркоза.
3. Рак лёгкого: профилактика, диагностика, лечение.
4. Неклостридиальная анаэробная инфекция. Отличительные особенности.

Экзаменационный билет № 19

1. Антибиотики. Пути введения, осложнения.
2. Обморок, коллапс, шок. Отличие, лечение.
3. Растяжение и разрывы связок, мышц, сухожилий. Первая помощь, лечение.
4. Отморожения: классификация, первая помощь, принципы лечения.

Экзаменационный билет № 20

1. Профилактика воздушно-капельной инфекции.
2. Диагностика кровопотери и принципы трансфузионной терапии при ней.
3. Электротравмы: первая помощь, лечение.
4. Механическая желтуха: дифференциальная диагностика, лечение.

Рабочая программа дисциплины разработана кафедрой Общей хирургии ИКМ

Принята на заседании кафедры Общей хирургии ИКМ
от «17» декабря 2024 г., протокол № 4

Заведующий кафедрой

Общей хирургии ИКМ



(подпись)

Галлямов Э.А.

(фамилия, инициалы)