

АНТИСЕПТИКА

1. Какой антисептик губительно действует на синегнойную палочку?
 1. Перекись водорода
 2. Салициловая кислота
 3. Фурацилин
 4. **Борная кислота**
 5. Спирт
2. Укажите, какой антисептик относится к группе солей тяжелых металлов?
 1. Бриллиантовый зелёный
 2. Диоксидин
 3. Фурацилин
 4. Лизол
 5. **Сулемеа**
3. Другое название раствора С-4?
 1. Хлорамин
 2. **Первомур**
 3. Лизол
 4. Сулема
 5. Диоксидин
4. Для обеззараживания воздуха в операционной английский хирург Листер применил:
 1. Сулему
 2. **Карболовую кислоту**
 3. Хлорамин
 4. Борную кислоту
 5. Хлорофил
5. Какие средства относятся к биологическим антисептикам?
 1. Сульфаниламиды
 2. Нитрофураны
 3. **Вакцины**
 4. Соли тяжелых металлов
 5. Окислители
6. Что из ниже перечисленного относится к смешанной антисептике?
 1. Лечение раны антибиотиками и ферментами
 2. Лечение больного пенициллином и сывороткой
 3. **Некрэктомия и высушивание раны стерильным воздухом**
 4. Лазерное обучение и электрокоагуляция некротических тканей
 5. УВЧ терапия и дренирование раны

7. Какое осложнение может наступить при длительном применении антибиотиков?

1. Дисбактериоз

2. Повышение артериального давления
3. Тахикардия
4. Повышение свертываемости крови
5. Тромбоэмболия

8. Какой препарат назначается для проведения активной иммунизации?

1. Стафилококковый анатоксин

2. Антистафилококковый гамма глобулин
3. Бактериофаг
4. Противостолбнячная сыворотка
5. Противогангренозная сыворотка

9. Для повышения специфической иммунологической защиты применяют:

1. Стафилококковый анатоксин

2. Продигозан
3. Бактериофаг
4. Левамизол
5. Дегмин

10. К группе окислителей относится:

1. Фурациллин
2. Хлорексидин
- 3. Перекись водорода**
4. Сулема
5. Нитрат серебра

11. К производным нитрофурана относится:

1. Хлорексидин
- 2. Фурациллин**
3. Сулема
4. Перекись водорода
5. Этазол

12. К механической антисептике относится:

1. Дренирование раны
2. Высушивание раны
- 3. Некроэктомия**
4. Ультрафиолетовое облучение
5. Электрокоагуляция ран

13. Какое из перечисленных лечебных мероприятий относится к методу биологической антисептики?

1. Первичная хирургическая обработка раны
2. Промывание раны перекисью водорода
3. Назначение сульфаниламидов
- 4. Применение протеолитических ферментов**
5. Некрэктомия

14. Какое из перечисленных лечебных мероприятий относится к методу физической антисептики?

1. Первичная хирургическая обработка раны
2. Промывание раны перекисью водорода
3. Назначение сульфаниламидов
4. Некрэктомия

5. Дренаж раны

15. Какое из перечисленных лечебных мероприятий относится к методу химической антисептики?

1. Первичная хирургическая обработка раны
- 2. Промывание раны перекисью водорода**
3. Некрэктомия
4. Дренаж раны
5. Применение ферментов

16. Больной С. 26 лет поступил в приёмный покой с газовой гангреной левой голени. Хирург произвёл лампасные разрезы левой нижней конечности. Каким антисептическим раствором следует обработать рану?

1. Перекисью водорода

2. Хлоргексидином
3. Фурацилином
4. Сулемой
5. Диоксидином

17. Больной Д. 20 лет поступил в приёмный покой через 6 часов после получения ножевого ранения в правое бедро. Какую механическую антисептику должен произвести хирург?

1. Раннюю первичную хирургическую обработку

2. Позднюю первичную хирургическую обработку
3. Некрэктомия
4. Вторичную хирургическую обработку
5. Дренаж раны

18. Больной Д. 36 лет, с флегмоной брюшинного пространства, после операции в течение 10 суток получал массивную антибактериальную терапию. После курса лечения больного стали беспокоить диспепсические явления. Какое осложнение у больного?

1. Аллергические реакции

2. Повышение артериального давления
3. Снижение слуха
4. **Дисбактериоз**
5. Тахикардия

19. У больного Ю. 23 лет, после аппендэктомии произошло нагноение послеоперационной раны, при этом гнойное отделяемое зеленоватого цвета, со сладковатым запахом. Какой антисептик целесообразно применить для обработки?

1. Хлорамин
2. **Борная кислота**
3. Дихлорид ртути
4. Фурациллин
5. Диоксидин

20. Больной З. 40 лет, поступил в приемное отделение с обширной гнойно-некротической раной правого предплечья. Принимавший хирург с целью механической антисептики должен произвести:

1. Первичную хирургическую обработку
2. **Некрэктомию**
3. Наложение первичных швов
4. Наложение асептической повязки
5. Дренирование раны

21. Больной К., 23 лет, поступил через 4 суток от начала заболевания с диагнозом острый гангренозно – перфоративный аппендицит, гнойный перитонит. У больного септическое состояние. Подавлена иммунологическая реактивность. Каким неспецифическим препаратом можно повысить иммунитет?

1. Стафилококковый анатоксин
2. Противогангренозная сыворотка
3. Противостолбнячная сыворотка
4. Антистафилококковый гамма глобулин
5. **Продигиозан**

22. Больному Д. 32 лет произведена некрэктомия гнойно-некротической раны левого бедра. В труднодоступных местах раны для полной очистки от некроза целесообразно применить:

1. Фурацилин
2. **Протеолитические ферменты**
3. Борная кислота
4. Диоксидин
5. Ультразвук

23. Больному С. 18 лет, произведено вскрытие абсцесса левой голени. После обработки химическими антисептиками полость абсцесса должна быть дренирована салфеткой, смоченной:
1. Изотоническим раствором
 2. Сулемой
 3. Перекисью водорода
 4. **Гипертоническим раствором**
 5. Раствором Рингера
24. Больной Д, 49 лет, прооперирован по поводу разлитого гнойного перитонита. Операция закончена дренированием брюшной полости трубками. К какому виду антисептики относится данный вид дренирования?
1. Механический
 2. **Физический**
 3. Химический
 4. Биологический
 5. Смешанный
25. Больной З., 36 лет, произведена вторичная хирургическая обработка гнойно-некротической раны левого бедра. Обработка раны закончена введением протеолитических ферментов в полость раны и оставлением резиновых дренажей. Какой вид антисептики использован?
1. Механический
 2. Физический
 3. Химический
 4. Биологический
 5. **Смешанный**
26. У больного высеяна синегнойная палочка из раневого отделяемого. В данном случае рану нужно обработать:
1. Спиртом
 2. Салициловой кислотой
 3. **Борной кислотой**
 4. Перекисью водорода
 5. Йодом
27. В ППХ поступила женщина 30 лет с клиникой обширной анаэробной флегмоны правой голени. Что вы назначите в качестве лечебных мероприятий?
1. Ампутация н/конечности + антибиотика терапия
 2. Антибиотикотерапия + противогангренозная сыворотка
 3. **Широкие лампасные разрезы +противогангренозная сыворотка + антибиотикотерапия**
 4. Некротомия + ферментотерапия
 5. Барокамера некрэктомия

28. Больному Ж., 45 лет, с абдоминальным сепсисом необходимо назначить иммунотерапию. Определите препарат выбора в этой ситуации.

1. Трихопол
2. Метилурацил
3. Левомизол
- 4. Ронколейкин**
5. Тималин

29. У больного С., 30 лет, имеется флегмона левого предплечья, вызванная анаэробной инфекцией. Каким антисептическим препаратом следует обработать рану?

1. Лифузолем
2. Диоксидином
- 3. Калия перманганатом**
4. Нитратом серебра
5. Борной кислотой

30. Больной А., 27 лет, обратился к хирургу через 8 часов после получения ножевого ранения в левое бедро. С антисептической целью в первую очередь хирург должен произвести:

1. Дренирование раны резиновыми трубками
- 2. Первичную хирургическую обработку раны**
3. Вторичную хирургическую обработку раны
4. Некрэктомию раны
5. Наложить асептическую повязку на рану

АСЕПТИКА

31. На сколько зон стерильности делится операционный блок для предупреждения попадания инфекции в рану?

1. На две
2. Три
- 3. Четыре**
4. Пять
5. Шесть

32. Укажите концентрацию раствора нашатырного спирта при обработке рук методом Спасокукоцкого–Кочергина?

1. 0,05 %
2. 0,1 %
- 3. 0,5 %**
4. 1,0 %
5. 1,5 %

33. Допустимое количество микроорганизмов в 1 м³ воздуха операционной перед началом работы не должно превышать:

1. 100
2. 300
- 3. 500**
4. 1000
5. 2000

34. Допустимое количество микроорганизмов в 1 м³ воздуха операционной во время операции:

1. 100
2. 300
3. 500
- 4. 1000**
5. 2000

35. Генеральную уборку производят:

1. В начале рабочего дня
2. В конце рабочего дня
3. В начале рабочей недели
- 4. В конце рабочей недели**
5. Один раз месяц

36. Впервые в мире сконструировал и ввел в клиническую практику бикс:

1. Бергман
- 2. Шиммельбуш**
3. Кохер
4. Губарев
5. Листер

37. Для обработки операционного поля по методу Баккала применяют:

1. 1 % раствор йодоната
2. 5% спиртовой раствор йода
3. 0,5 % нашатырного спирта
- 4. 1 % спиртовой раствор бриллиантового зеленого**
5. 96 % этиловый спирт

38. Раствор С₄ иначе называется:

1. Хлорамин
2. Лизол
3. Тройной раствор
- 4. Первомур**
5. Тиомочевина

39. Для обработки рук хирурга применяется:

1. Хлорамин
2. Сулема
- 3. Первомур**
4. Фурациллин
5. Метиленовый синий

40. Время стерилизации операционного белья в автоклаве при давлении пара в 2 атмосферы:

1. 3 ч.
2. 2 ч.
3. 1,5 ч.
4. 1 ч.
- 5. 30 мин.**

41. Для профилактики контактного инфицирования производится:

1. Стерилизация шовного материала
2. Ношение масок
- 3. Стерилизация перевязочного материала**
4. Дезинфекция воздуха
5. Стерилизация имплантатов

42. Какой из методов контроля стерилизации является самым достоверным?

1. Метод Микулича
2. Плавление антипирина
3. Плавление серы
- 4. Метод бактериального контроля**
5. Плавление бензойной кислоты

43. В парах формалина стерилизуют:

1. Халаты
2. Резиновые перчатки
- 3. Цистоскопы**
4. Руки хирурга
5. Шприцы

44. Инструменты стерилизуют в сухожаровых шкафах при температуре:

1. 120 °
2. 150 °
- 3. 180 °**
4. 200 °
5. 220 °

45. В состав раствора «первомур» входит:

1. Борная кислота
- 2. Муравьиная кислота**

3. Салициловая кислота
 4. Аминокапроновая кислота
 5. Нашатырный спирт
46. Во время операции произошло ятрогенное повреждение тонкой кишки. Каким путём произошло инфицирование операционной раны?
1. **Контактным**
 2. Имплантационным
 3. Воздушным
 4. Гематогенным
 5. Лимфогенным
47. Хирург во время операций уронил на пол салфетку, пропитанную кровью. Операционная санитарка незамедлительно подняла упавшую салфетку и положила в тазик. К какому виду уборки относится действие санитарки?
1. Предварительная
 2. **Текущая**
 3. Заключительная
 4. Послеоперационная
 5. Генеральная
48. В приготовленных 10 литрах раствора обработали руки 2 операционные сестры и 3 хирурга по 1 мин. О каком растворе идет речь?
1. Хлоргексидина биглюконат
 2. **Первомур**
 3. Церигель
 4. Этиловый спирт
 5. Дегмин
49. Хирург произвёл операцию по поводу забрюшинной флегмоны. Используемые инструменты операционная медсестра с целью предстерилизационной подготовки погрузила в раствор на 30 мин. Какой раствор использовала медсестра?
1. Нашатырный спирт
 2. **Лизол**
 3. Этиловый спирт
 4. Сулема
 5. Хлорамин
50. Хирург во время операции резекции желудка наложил желудочно-кишечный анастомоз рассасывающимся шовным материалом. Какой шовный материал он использовал?
1. Лавсан
 2. Капрон
 3. Полиэстер

4. Шёлк
5. **Кетгут**

51. Хирург во время операции обработал руки в одном тазу с раствором 3 мин., в другом тазу с раствором 3 мин. После этого 2 раза обработал руки по 2,5 мин. 96 % этиловым спиртом. Какой способ обработки рук применил хирург?

1. Фибрюнгера
2. Альфельда
3. Первомур
4. **Спасокукоцкого - Когергина**
5. Бруна

52. У больного аллергия на препараты йода Хирург обработал операционное поле раствором бриллиантового зеленого. Какой метод обработки операционного поля он применил?

1. Гроссиха - Филончинова
2. Бруна
3. **Баккала**
4. Фирбрюнгера
5. Альфельда

53. Работники санитарно-эпидемиологической службы проверили на стерильность инструменты, шовный и перевязочный материалы. Какой тест контроля за стерильностью они использовали?

1. **Бактериологический**
2. Тиомочевину
3. Бензойную кислоту
4. Антипирин
5. Янтарную кислоту

54. В приёмный покой поступил больной С., 28 лет, с обширной флегмоной левой голени. После осмотра хирург назначил операцию в экстренном порядке. В какую операционную больного нужно подать?

1. Плановую гнойную
2. Экстренную чистую
3. Плановую чистую
4. **Экстренную гнойную**
5. Гнойную перевязочную

55. Операционная медсестра после предстерилизационной обработки инструментов произвела проверку полного удаления крови с предметов. Какую пробу она использовала?

1. **Бензидиновая**
2. Бензойная
3. Антипириновая

4. Янтарная
5. Тиомочевинная

56. После предстерилизационной обработки инструментов была произведена бензидиновая проба. Салфетка под инструментами окрасилась в зеленоватый цвет. Что дальше делать с этими инструментами?

1. Обработать ещё раз под проточной водой
2. **Повторить обработку в моющем растворе**
3. Обработать дистиллированной водой
4. Протереть насухо и стерилизовать
5. Повторить полный комплекс предстерилизационной подготовки

57. У хирурга при бактериологическом исследовании зева обнаружен золотистый стафилококк. Как поступить с этим хирургом?

1. Уволить с работы
2. Выдать ему больничный лист
3. **Отстранить с работы в операционной и санировать**
4. Госпитализировать в лоротделение для лечения
5. Пусть продолжает работать в операционной

58. Бригада хирургов закончила операцию – холецистэктомию. Этой же бригаде подают следующего больного на резекцию желудка. Как поступить хирургам?

1. Перемыть руки в перчатках раствором сулемы
2. Обработать руки в перчатках 96 % этиловым спиртом
3. Сменить перчатки
4. **Полностью перемыть руки и сменить халаты**
5. Приступить к следующей операции, не выполняя ни один из выше предложенных вариантов

59. Во время операции хирург случайно расстерилизовал скальпель. Какова дальнейшая тактика хирурга?

1. Обработать скальпель этиловым спиртом
2. Обработать скальпель хлоргексидином
3. **Заменить скальпель на другой стерильный**
4. Продолжить работу этим скальпелем
5. Поменять лезвие скальпеля.

60. Бригада хирургов закончила операцию – холецистэктомию. Перед следующей операцией, какую уборку операционной нужно произвести?

1. Предварительную
2. Текущую
3. Заключительную
4. **Послеоперационную**
5. Генеральную

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДОВ. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВО- И ЛИМФООБРАЩЕНИЯ. НЕКРОЗЫ, ЯЗВЫ, СВИЩИ, ПРОЛЕЖНИ, ТРОМБОЗ, ЭМБОЛИЯ.

61. Посттромбофлебитический синдром нижних конечностей является следствием:

1. Тромбоза поверхностных вен
2. Расширения подкожных вен
3. Тромбоза бедренной артерии
- 4. Тромбоза глубоких вен**
5. Тромбоэмболии расширенных подкожных вен

62. К острой артериальной непроходимости приводит:

1. Повышение артериального давления
2. Снижение артериального давления
- 3. Эмболия**
4. Гипертермия
5. Лимфангит

63. Перемежающаяся хромота характерна для:

- 1. Облитерирующего эндартериита**
2. Лимфангита
3. Разрыва артерии при травме
4. Лимфаденита
5. Расширения подкожных вен

64. Недостаточность лимфообращения может быть при:

1. Болезни Рейно
2. Болезни Бюргера
3. Облитерирующем эндартериите
- 4. Филяриатозе**
5. Снижении артериального давления

65. Сухая гангрена характеризуется:

1. Развитием гнилостной инфекции
2. Выраженной интоксикацией
- 3. Наличием демаркационной линии**
4. Высокой температурой тела
5. Отеком конечности

66. Признак влажной гангрены конечности:

1. Наличие демаркационной линии

2. Мумифицирование омертвевших тканей
3. Отсутствие интоксикации
4. **Высокая температура тела**
5. Отсутствие отёка конечности

67. Назовите метод лечения при губовидном свище:

1. Консервативное лечение
2. Пломбировка свища
3. Диатермокоагуляция свища
4. **Резекция участка кишки со свищем**
5. Перевязка свищевого канала

68. Срочная ампутация нижней конечности показана при:

1. **Влажной гангрене**
2. Сухой гангрене
3. Ожоге III а степени
4. Ожоге III б степени
5. Открытом переломе бедра

69. Рациональный способ лечения трофической язвы:

1. Иссечение язвы
2. Аутодермопластика
3. Наложение вторичных швов
4. **Патогенетическое лечение**
5. Симптоматическое лечение

70. По отношению к внешней среде свищи бывают:

1. Гнойные
2. Гранулирующие
3. Искусственные
4. **Наружные**
5. Врожденные

71. По строению свищи бывают:

1. Внутренние
2. Врожденные
3. **Гранулирующие**
4. Гнойные
5. Искусственные

72. Пролежни чаще всего образуются на:

1. **Крестце**
2. Лице
3. Животе
4. Пояснице

5. Голени

73. Кожу в местах возможного образования пролежней обрабатывают раствором:

1. Камфорного спирта

2. Сулемы
3. Первомура
4. Диоксида
5. Нитратом серебра

74. К острой артериальной непроходимости приводит:

1. Тромбофлебит

2. Флеботромбоз

3. Тромбоэмболия

4. Тромбэктомия

5. Флебэктомия

75. При гангрене нижней конечности, вызванной тромбоэмболией бедренной артерии, показано:

1. Тромбэктомия

2. Ампутация нижней конечности

3. Лампасные разрезы нижней конечности

4. Флебэктомия

5. Консервативное лечение

76. К хирургу обратился больной К., 38 лет, с сильными болями в левой нижней конечности. При осмотре конечность бледная, с пятнами синюшной окраски («мраморная кожа»), на ощупь холодная, снижена болевая и тактильная чувствительность, пульсация периферических артерий не определяется. Какое заболевание развилось у больного

1. Тромбофлебит глубоких вен нижней конечности

2. Варикозное расширение вены нижней конечности

3. Тромбоэмболия бедренной артерии

4. Флеботромбоз глубоких вен нижней конечности

5. Лимфостаз левой нижней конечности

77. Больной 35 лет жалуется на боли и тяжесть в икроножных мышцах при ходьбе (перемежающаяся хромота). Злоупотребляет курением с 16 лет. Пульс на артериях стоп не определяется. Какой вид сосудистой недостаточности у больного?

1. Тромбофлебит глубоких вен нижней конечности

2. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей

3. Острый тромбоз бедренных артерий

4. Флеботромбоз нижних конечностей

5. Варикозное расширение вен нижних конечностей

78.Обратился больной с жалобами на чувство тяжести в правой нижней конечности. При осмотре имеется «слоновость» правой конечности, резко выраженный отек, кожа уплотнена, наблюдается резкое увеличение лимфатических узлов. Какое заболевание у больного?

1. Облитерирующий эндартериит
2. Варикозное расширение вен
3. **Филяриатоз**
4. Болезнь Бюргера
5. Тромбоэмболия

79.В приемный покой доставлен больной С., 65 лет, в тяжелом состоянии с выраженными симптомами интоксикации. При осмотре правая нижняя конечность отекая, увеличена в объеме, стопа черного цвета со зловонным запахом. Имеются пузыри с геморрагическим содержимым. Какое заболевание у больного и какую лечебную тактику необходимо избрать?

1. **Влажная гангрена правой нижней конечности. Необходимо высокая ампутация**
2. Сухая гангрена правой нижней конечности. Необходимо высокая ампутация
3. Влажная гангрена правой нижней конечности. Консервативное лечение до образования демаркационной линии
4. Сухая гангрена правой нижней конечности. Консервативное лечение до образования демаркационной линии
5. Влажная гангрена правой нижней конечности. Необходимо некротомия

80.К хирургу обратился больной 54 лет с жалобами на боли в левой нижней конечности. Состояние больного удовлетворительное, температура тела нормальная. При осмотре левая стопа черная, мумифицирована. В нижней трети левой голени имеется демаркационная линия. Какое заболевание развилось?

1. **Сухая гангрена**
2. Влажная гангрена
3. Трофическая язва
4. Слоновость
5. Распадающаяся опухоль

81.Обратился больной, 67 лет, с жалобами на ноющие боли в правой нижней конечности. В анамнезе посттромбофлебитический синдром нижних конечностей. При осмотре в области внутренней лодыжки голени рана размерами 5x4 см, глубокая с плоскими краями, вялой грануляцией. Кожа вокруг раны отекая, уплотнена. Какое заболевание развилось?

1. Сухая гангрена
2. Влажная гангрена
3. Сибирская язва

4. Трофическая язва

5. Сифилитическая язва

82. Больному произведена операция – выведение колостомы по поводу опухоли сигмовидной кишки. К какому виду свищей относится данный пример?

1. Губовидный

2. Лигатурный
3. Гранулирующий
4. Врожденный
5. Патологический

83. У больного 25 лет, после операции по поводу ножевого ранения толстой кишки образовался наружный губовидный толстокишечный свищ со шпорой. Какой метод лечения с целью закрытия свища следует применить у данного больного?

1. Консервативный
2. Применение клея БФ-2
3. Применение обтуратора

4. Оперативный

5. Применение мази левомеколь

84. У больного 48 лет, в тяжелом коматозном состоянии, после перенесенного геморрагического инсульта в области крестца образовался некроз мягких тканей. Некротический процесс распространен как в глубину, так и в ширину, размером 5х6 см с гнойным отделяемым. Какое осложнение развилось?

1. Флегмона

2. Пролежень

3. Трофическая язва
4. Абсцесс
5. Остеомиелит

85. Пострадавшему в ДТП водителю 28 лет с глубокой раной предплечья, врач скорой помощи наложил кровоостанавливающий жгут на правую верхнюю конечность. После чего врач сразу же отметил время наложения жгута. Какое осложнение предупредил врач скорой помощи своими действиями.

1. Воздушную эмболию

2. Гангрену верхней конечности

3. Септический шок
4. Неврит верхней конечности
5. Трофическую язву

86. Больному 73 лет наложена эпицистостома по поводу острой задержки мочи. К какому виду относится данный свищ?

1. Патологический

2. Губовидный
- 3. Искусственный**
4. Трубчатый
5. Гранулирующий

87. К хирургу обратилась больная 53 лет, с жалобами на ощущение тяжести, чувство растирания в ногах, быструю утомляемость, особенно при длительном вертикальном положении. При осмотре имеется резкое расширение вен нижних конечностей, они напряжены, тугоэластичной консистенции, извитые. По ходу вен определяется пигментация кожных покровов. В дистальных отделах голени и стопы имеется отёк. Какой вид сосудистой недостаточности имеется у больной и какое лечение требуется?

- 1. Варикозное расширение вен нижних конечностей, лечение хирургическое перевязка и удаление подкожных вен**
2. Облитерирующий тромбангиит Бюргера. Лечение хирургическое – поясничная симпатэктомия
3. Филяриатоз. Лечение хирургическое – анастомоз между лимфатической системой и венами
4. Облитерирующий атеросклероз. Лечение консервативное – сосудорасширяющая и антикоагулянтная терапия
5. Болезнь Рейно. Лечение консервативное – антикоагулянтная терапия

88. Больная 38 лет, обратилась к хирургу с жалобами на умеренное гнойное отделяемое из послеоперационной раны. Из анамнеза -19 дней тому назад перенесла операцию холецистэктомии. При осмотре в нижней трети послеоперационного рубца имеется отверстие диаметром 0,5 см со скудным гнойным отделяемым. На фистулографии свищевой ход заканчивается в пределах передней брюшной стенки. Какое осложнение развилось у больной, выберите необходимое лечение.

1. Лигатурный свищ. Лечение консервативное
2. Желчный свищ. Лечение консервативное
- 3. Лигатурный свищ. Лечение оперативное**
4. Желчный свищ. Лечение оперативное
5. Эпителиальный свищ. Лечение оперативное

89. К хирургу обратился больной В., 49 лет. При осмотре мягкие ткани правой стопы черного цвета, высохшие. Отёка нет. Температура тела нормальная. Симптомы общей интоксикации отсутствуют. Какое заболевание развилось, что следует предпринять?

1. Влажная гангрена правой стопы. Необходимо срочная ампутация.
- 2. Сухая гангрена правой стопы. Выжидают, пока не образуется демаркационная линия, после – ампутация**
3. Влажная гангрена правой стопы. Выжидают, пока не образуется демаркационная линия, после – ампутация
4. Сухая гангрена правой стопы. Необходимо срочная ампутация.

5. Влажная гангрена правой стопы. Лечение консервативное

КРОВЬ

90. Какие элементы крови содержат агглютинины?

1. Сыворотка крови

2. Лейкоциты
3. Эритроциты
4. Тромбоциты
5. Моноциты

91. Внутриаартериально переливают кровь при:

1. Коллапсе
- 2. Клинической смерти**
3. Предоперационной подготовке
4. Во время плановой операции
5. Во время вводного наркоза

92. Реинфузия крови возможна при:

- 1. Разрыве селезенки**
2. Разрыве крупного бронха, осложнившимся гематороксом
3. Разрыве тонкой кишки и ее брыжейки
4. Разрыве толстой кишки и мезоколон
5. Разрыве желчного пузыря

93. Переливание крови при наличии показаний возможно при:

1. Острой печеночной недостаточности
2. Острой почечной недостаточности
- 3. Язвенной болезни желудка**
4. Фибринозно-кавернозном туберкулезе легких
5. Недостаточности кровообращения 2 Б стадии

94. Профилактика цитратной интоксикации при переливании консервированной крови включает:

1. Введение калия хлорида
2. Введение гидрокарбоната натрия
3. Введение натрия хлорида
4. Введение антигистаминных препаратов
- 5. Введение кальция хлорида**

95. Переливание крови показано при:

1. Остром гепатите
2. Остром туберкулезе
- 3. Острой кровопотере**
4. Остром тромбозе

5. Остром лимфадените

96. Внутрикостное переливание крови производят в:

1. Ключицу
2. Диафиз бедренной кости
3. **Гребень подвздошной кости**
4. Метафиз большеберцовой кости
5. Лопаточную кость

97. При гемотрансфузионном шоке наблюдается:

1. Мерцательная аритмия
2. Повышение артериального давления
3. Судороги
4. **Боли в пояснице**
5. Брадикардия

98. Гемодилюция – это:

1. Обменное переливание крови
2. Аутоплазмотрансфузия
3. Прямое переливание крови
4. **Разведение крови**
5. Аутогемотрансфузия

99. При появлении признаков гемотрансфузионного шока противопоказано:

1. **Ускорить темп трансфузии**
2. Прекратить переливание крови
3. Приступить к переливанию полиглюкина
4. Произвести двухстороннюю паранефральную блокаду
5. Дать больному кислород для дыхания

100. Показанием к реинфузии крови служит:

1. Ситуации, когда кровь находилась в полости более 24 часов
2. **При нарушенной внематочной беременности**
3. Гемоторакс с повреждением крупных бронхов
4. Гемоперитонеум с повреждением желудка и кишечника
5. Гемоперитонеум обусловленный распадом злокачественной опухоли

101. Осложнения, вызванные несовместимостью по резусу-фактору, могут произойти при следующих условиях:

1. При повторном переливании резус-отрицательным реципиентам плазмы крови резус-положительных доноров
2. При первой беременности резус-отрицательной женщины резус-положительным плодом

3. При повторном переливании резус-положительным реципиентам резус-отрицательной крови
4. При первой беременности резус-положительной женщины резус-отрицательным плодом
- 5. При повторном введении резус-отрицательным реципиентам резус-положительной крови**

102. Кровезаменитель гемодинамического действия это:

1. Глюкоза
2. Липомайз
- 3. Полиглюкин**
4. Гемодез
5. Физиологический раствор

103. Основным требованиям к противошоковым кровезаменителям является:

- 1. Быстрое повышение ОЦК**
2. Быстрое выведение из кровяного сосуда жидкости
3. Усиление мочевыделения
4. Быстрое метаболизирование
5. Изменение РН-крови

104. Действие реополиглюкина в кровеносном русле:

1. Повышает свертываемость крови
2. Усиливает мочевыделение
- 3. Улучшает реологические свойства крови**
4. Подавляет гемопоэз
5. Стимулирует гемопоэз

105. Основное свойство дезинтоксикационных кровезаменителей:

1. Угнетение почечной фильтрации
2. Аутогемодиллюция
3. Изменение физико-химических свойств крови
4. Усиление детоксикационной функции печени
- 5. Высокие абсорбционные свойства**

106. Инфузия белковых кровезаменителей противопоказана при:

1. Острой кровопотере
2. Хронической анемии
- 3. Острой почечной недостаточности**
4. Гнойно-воспалительных процессах
5. Онкологических заболеваниях

107. В каких элементах крови находятся агглютиногены?

1. Плазме крови
2. Сыворотке крови

3. Лейкоцитах
- 4. Эритроцитах**
5. Тромбоцитах

108. Тесты контроля объема инфузионной терапии при гиповолемическом шоке это:

1. Электрокардиограмма
- 2. Артериальное давление, число сердечных сокращений**
3. Ультразвуковое исследование
4. Частота дыхания
5. Клинический анализ крови

109. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:

- 1. Плазмой больного и крови донора**
2. Плазмой донора и кровью больного
3. Форменными элементами крови больного и кровью донора
4. Форменными элементами крови донора и кровью больного
5. Плазмой донора и плазмой больного

110. Назовите иммунный препарат крови:

1. Альбумин.
- 2. Гамма-глобулин.**
3. Фибриноген.
4. Протеин.
5. Тромбин.

111. Укажите препараты и компоненты крови:

1. Полиглюкин, реополиглюкин
- 2. Плазма, альбумин, лейкоцитарная масса**
3. Аминокротин, аминокептид
4. Глюцид, цитроглюкофосфат
5. Аминокпроновая кислота, желатиноль

112. При использовании, какого препарата меньше вероятность развития белковой несовместимости

1. Цельной крови
2. Нативной плазмы
- 3. Эритроцитарной массы**
4. Альбумина
5. Сыворотки крови

113. Препараты осмодиуретического действия.

1. Полиглюкин, желатиноль
2. Ацесоль, лактосол, дисоль
3. Полифер, реоглюман

4. Маннитол, сорбитол

5. Аминопептид, полиамин

114. Укажите стабилизатор крови

1. Глюцид

2. Протаминсульфат

3. 0,9% раствор натрия хлорида

4. Натрия ацетат

5. Натрия бикарбонат

115. В течение какого времени должна быть использована донорская гепаринизированная кровь.

1. 2 ч.

2. 12 ч.

3. 24 ч.

4. 36 ч.

5. 48 ч.

116. Осложнение, возникающее при переливании кровезаменителей.

1. Разрушение тромбоцитов

2. Лейкопения

3. Токсикоанемическая реакция

4. Аллергическая реакция

5. Гемолиз эритроцитов

117. У больного с онкопатологией после курса химиотерапии развилась лейкопения. В пункте переливания крови имеется лейкомаасса заготовки 5-ти суточной давности. Возможна ли инфузия этой лейкомаасы больному.

1. Нет, переливание не возможно

2. Показания абсолютные, переливание возможно

3. Переливание возможно под прикрытием антибиотиков

4. Переливание возможно после макроскопической оценки препарата

5. Переливание возможно под прикрытием глюкокортикостероидов

118. У больного с желудочным кровотечением, язвенной этиологии 3 степени абсолютно показана гемотрансфузия. Из анамнеза известно, что больной не переносит многие лекарства и некоторые пищевые продукты. Какой компонент крови лучше всего перелить этому больному?

1. Сыворотку крови

2. Нативную плазму

3. Цельную кровь

4. Эритроцитарную массу

5. Отмытые эритроциты

119. Доставлен больной с тяжелой сочетанной травмой и шоком 3 степени. Какой кровезаменитель больному целесообразно использовать в первую очередь?

1. Реополиглюкин
2. Гемодез
3. **Полиглюкин**
4. Белковый гидролизат
5. Липофундин

120. Острый гематогенный остеомиелит у мужчины 25 лет осложнился сепсисом. Инфузия какого кровезаменителя целесообразна в этой ситуации.

1. **Гемодеза**
2. Желатиноля
3. Аминопептида
4. Липомаиза
5. Глюкозы

121. Больному произведено переливание эритроцитарной массы в объеме 450 мл. Через 10 мин после ее окончания появились жалобы на чувство жара, боли в пояснице, животе, за грудиной. О каком осложнении надо подумать?

1. Аллергическая реакция
2. **Гемотрансфузионная реакция**
3. Пирогенная реакция
4. Цитратная интоксикация
5. Тромбоэмболия легочной артерии

122. После смерти больного от кровоизлияния в мозг прошло 10 часов. Можно ли эту трупную кровь заготовить для гемотрансфузии?

1. Да, можно, прошло немного времени с момента смерти
2. **Нет, прошло слишком много времени с момента смерти**
3. Можно, если профильтровать
4. Можно, если добавить антибиотики
5. Можно, если добавить кортикостероиды

123. Поступил больной с желудочно-кишечным кровотечением 2-3 степени. На Фиброгастродуоденоскопии – геморрагический гастрит. Какой компонент или препарат крови целесообразно переливать больному с гемостатической целью?

1. Лейкоцитарную массу
2. Тромбоцитарную массу
3. Отмытые эритроциты
4. **Плазму**
5. Эритроцитарную массу

124. Больному с профузным желудочным кровотечением абсолютно показана гемотранфузия (по жизненным показаниям). Группа крови больного A(II) Rh(+). В пункте переливания имеется только кровь 0(I) Rh(+) группы. Можно ли в этой ситуации использовать эту кровь? Если можно, то в какой максимальной дозе?

1. **Можно, не более 500мл**
2. Можно, до 1 литра
3. Нельзя
4. Можно, после постановки проб на совместимость
5. Можно, под прикрытием антибиотиков

125. Больному с закрытой травмой живота выполнена лапаротомия. В брюшной полости обнаружено большое количество крови (1л), разрыв правой доли печени, разрыв брыжейки тонкой кишки. Возможна ли реинфузия?

1. Нет, не возможна
2. **Да, возможна**
3. Возможна, до 500 мл
4. Возможна с добавлением антибиотиков
5. Возможна с добавлением кортикостероидов

126. На какие основные группы делятся все способы остановки кровотечения?

1. Доврачебные, врачебные
2. Физические, химические
3. Механические, биологические
4. Надежные, ненадежные
5. **Временные, окончательные**

127. Временный гемостаз осуществляется:

1. Лигированием сосуда в ране
2. Наложением сосудистого шва
3. Протезированием сосуда
4. **Пальцевым прижатием**
5. Диатермоэлектрокоагуляцией

128. Непрерывное максимальное по продолжительности время наложения жгута на нижнюю конечность зимой составляет:

1. 3 часа
2. 4 часа
3. **1,5 часа**
4. 2 часа
5. 0,5 часа

129. В каком ответе наиболее полно перечислены способы окончательной остановки кровотечения:

1. Механический, биологический, этиологический.

2. Физический, химический, биологический, смешанный.
3. **Механический, физический, химический, биологический.**
4. Механический, физический, патогенетический.
5. Химический, термический, смешанный.

130. Сосудистый шов в целях гемостаза накладывается при повреждении:

1. Капилляров
2. Артериол
3. Венул
4. Артериол и венул
5. **Магистральных сосудов**

131. Препарат, использующийся для местной остановки кровотечения:

1. Полиглюкин
2. Викасол
3. Сыворотка
4. **Гемостатическая губка**
5. Криопреципитат

132. Укажите способ физической остановки кровотечений:

1. Перевязка сосуда на протяжении
2. **Диатермоэлектрокоагуляция**
3. Гемостатическая губка
4. Тампонирование раны
5. Сосудистый шов

133. Укажите способ временной остановки кровотечения при повреждении крупных артериальных сосудов:

1. Возвышенное положение конечности
2. Диатермоэлектрокоагуляция
3. **Наложение кровоостанавливающего зажима**
4. Местное применение холода
5. Гемостатическая губка

134. Биологическим способом остановки кровотечения является:

1. **Тампонада раны салником**
2. Тампонада раны салфеткой
3. Введение адреналина
4. Внутривенное введение аминокaproновой кислоты
5. Внутримышечное введение викасола

135. Назовите химическое вещество, используемое для остановки кровотечения:

1. Полиглюкин
2. **Викасол**
3. Реополиглюкин

4. Кальция глюконат
5. Гепарин

136. Определите гемостатические препараты общего резорбтивного действия:

1. **Фибриноген, трасилол**
2. Тромбин, кальция хлорид
3. Фибриноген, реополиглюкин
4. Тромбин, реополиглюкин
5. Трасилол, викасол

137. Давящая повязка показана как метод временной остановки кровотечения при:

1. Повреждении подключичной вены
2. Повреждении сонной артерии
3. **Кровотечении из мягких тканей головы**
4. Ранении области подколенной ямки
5. Гемартрозе коленного сустава

138. Какая последовательность трансфузионной терапии наиболее рациональна при острой гиповолемии после кровотечения?

1. Аминокротин – переливание крови – полиглюкин
2. **Полиглюкин – переливание крови – реополиглюкин**
3. Физиологический раствор – переливание крови – реополиглюкин
4. Гипертонический раствор – переливание крови – полиглюкин
5. Переливание крови – полиглюкин – свежезамороженная плазма

139. Укажите препараты, используемые при химическом способе окончательной остановки кровотечения:

1. Корглюкон, аминокротин
2. **Адреналин, кальция хлорид**
3. Полиглюкин, тромбин
4. Фибриноген, трасилол
5. Гемостатическая губка, перекись водорода

140. Укажите метод окончательной остановки кровотечения:

1. Пальцевое прижатие сосуда
2. Наложение давящей повязки
3. Наложение кровоостанавливающего зажима
4. **Сосудистый шов**
5. Наложение жгута Эсмарха

141. У 70-летней больной страдающей варикозным расширением подкожных вен обеих нижних конечностей, внезапно открылось кровотечение из разорвавшегося венозного узла правой голени. Из раны довольно

интенсивно, вялой струей изливается темная кровь. Какой объем первой помощи должен быть оказан больной?

1. Прошить кровоточащий варикозный узел, иммобилизовать и транспортировать в хирургический стационар
 2. Произвести пальцевое прижатие и транспортировать в хирургический стационар
 3. **Наложить давящую повязку, придав конечности возвышенное положение и транспортировать в хирургический стационар**
 4. Рану укрыть стерильной повязкой, конечность иммобилизовать, ввести обезболивающие препараты
 5. Наложить стандартный кровоостанавливающий жгут Эсмарха и транспортировать в хирургический стационар
142. В хирургическое отделение доставлен больной с колото-резанной раной в подколенной ямке с повреждением подколенной артерии, но Вы не владеете техникой сосудистого шва. Какие действия Вы предпримите?
1. Первичная хирургическая обработка раны с перевязкой подколенной артерии
 2. **Временное шунтирование сосуда и привлечение сосудистого хирурга по санавиации для выполнения восстановительной операции**
 3. Попытаться восстановить подколенную артерию, при неудаче перевязать
 4. Наложить давящую повязку, конечности придать приподнятое положения до остановки кровотечения
 5. Ввести кровоостанавливающие препараты, наложить жгут Эсмарха
143. У больного, которому утром была произведена операция по поводу паховой грыжи, к вечеру повязка на ране начала обильно промокать кровью. Применяемые местно в течение часа пузыри со льдом и мешочки с песком не дали эффекта. Наиболее верная тактика?
1. Провести парентерально гемостатическую терапию
 2. Назначить антибиотики широкого спектра действия
 3. **Провести ревизию раны, дополнительно наложить на рану швы с целью гемостаза**
 4. Переливание свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы
 5. Снять швы с операционной раны и туго за тампонировать с целью гемостаза
144. Доставлен больной в приемный покой с жалобами на боли в левом коленном суставе, после получения травмы. Сустав имеет шаровидную форму, отмечается баллотирование надколенника. На рентгенограмме повреждение костей не установлено. Наиболее вероятный диагноз, необходимые лечебные мероприятия?
1. Ушиб коленного сустава. Необходимо покой и применение анальгетиков
 2. **Гемартроз коленного сустава. Необходима пункция сустава, давящая повязка, холод на сустав и иммобилизация конечности**

3. Растяжение связок коленного сустава. Необходимо наложить давящую повязку, холод на сустав и покой.
 4. Препателлярная флегмона. Необходимо вскрытие и дренирование флегмоны, иммобилизация конечности
 5. Гнойный бурсит коленного сустава. Необходима пункция сустава, дренирование и иммобилизация конечности
145. Поступил больной 45 лет с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. На ЭФГДС установлена язва угла желудка с продолжающимся массивным кровотечением. Наиболее верная тактика?
1. Провести гемостатическую терапию с применением эритроцитарной массы и свежзамороженной плазмы
 2. Введение зонда Блэкмора и гемостатическая консервативная терапия
 3. **Экстренная лапаротомия с резекцией 2/3 желудка**
 4. Экстренная лапаротомия с перевязкой левой желудочной артерии
 5. Холод на эпигастральную область, парентеральная гемостатическая терапия
146. При определении группы крови реакция изогемагглютинации была положительной со стандартными сыворотками 0 (I) и B (III) групп и отрицательной с A (II). Какая группа исследуемой крови?
1. Первая
 2. **Вторая**
 3. Третья
 4. Четвертая
 5. Негодные стандартные сыворотки.
147. При определении группы крови реакция изогемагглютинации была положительной со стандартными сыворотками 0 (I) и A (II) групп и отрицательной с B (III). Какая группа исследуемой крови?
1. Первая
 2. Вторая
 3. **Третья**
 4. Четвертая
 5. Негодные стандартные сыворотки.
148. При определении группы крови реакция изогемагглютинации была отрицательной со стандартными сыворотками 0 (I), A (II) и B (III) групп. Какая группа исследуемой крови?
1. **Первая**
 2. Вторая
 3. Третья
 4. Четвертая
 5. Негодные стандартные сыворотки.

149. При определении группы крови с помощью цоликлонов агглютинация наблюдается с цоликлонами анти-А и анти-В. Какой группы исследуемая кровь?
1. Первая
 2. Вторая
 3. Третья
 4. **Четвертая**
 5. Негодные моноклональные антитела

ОПУХОЛИ

На запоминание

150. Укажите клинический признак доброкачественной опухоли:

1. **округлая форма и дольчатое строение**
2. неподвижна и спаяна с окружающими тканями;
3. пальпируются увеличенные лимфоузлы;
4. при пальпации опухоль болезненна;
5. флюктуация над опухолью.

151. Какая из перечисленных опухолей является доброкачественной?

1. меланома;
2. **фиброаденома**
3. аденокарцинома;
4. лимфосаркома;
5. фибросаркома.

152. Рак развивается из:

1. незрелой соединительной ткани
2. **железистого или покровного эпителия**
3. кровеносных сосудов;
4. лимфатических узлов;
5. гладкой или поперечнополосатой мускулатуры.

153. Какая опухоль, поражающая соединительную ткань, является злокачественной?

1. фиброма;
2. липома;
3. хондрома;
4. остеома;
5. **саркома**

154. Что характерно для доброкачественной опухоли?

1. быстрый рост;
2. инфильтрирующий рост;
3. кахексия;
4. быстрая утомляемость;

5. неспаянность с окружающими тканями

155. Что характерно для доброкачественной опухоли?

1. быстрый рост;
2. инфильтрирующий рост;
3. склонность к рецидивам после операции;
- 4. отсутствие способности давать метастазы**
5. резкое влияние на обмен веществ.

156. Что не характерно для злокачественной опухоли?

- 1. наличие капсулы**
2. атипизм строения;
3. метастазирование;
4. полиморфизм строения;
5. относительная автономия роста.

157. Какая особенность не характерна для злокачественной опухоли?

1. распространяется по лимфатическим сосудам;
2. прорастает соседние ткани;
- 3. может существовать всю жизнь больного**
4. развивается быстро и без видимых причин;
5. после удаления опухоли наступает рецидив.

158. Выявлению опухоли не способствует какое исследование?

1. анамнез больного;
2. эндоскопическое исследование;
3. лабораторные данные;
4. биопсия;
- 5. бактериологический посев**

159. Какое показание необходимо для проведения лучевой терапии?

1. низкая чувствительность клеток опухоли;
- 2. высокая чувствительность клеток опухоли;**
3. наличие некротических язв в зоне облучения;
4. появление симптомов лучевой болезни;
5. возможность излечения оперативным путем.

160. Лучевая терапия не применяется:

1. как самостоятельный метод лечения;
2. как вспомогательный метод лечения после операции;
3. как метод подготовки к операции;
4. в сочетании с химиотерапией;
- 5. как индивидуальный метод лечения.**

161. Противопоказанием для оперативного лечения при доброкачественной

опухоли является:

1. сдавление соседнего органа;
2. постоянное травмирование опухоли одеждой;
3. ускоренный рост опухоли;
- 4. длительное существование опухоли;**
5. подозрение на злокачественное перерождение.

162. Абластика - это система мероприятий, направленных на:

- 1. предотвращение диссеминации раковых клеток во время операции;**
2. уничтожение раковых клеток в ране;
3. изоляцию больного от окружающих;
4. профилактику заболеваний среди медперсонала;
5. разрез ткани вдали от опухоли.

163. Антибластика - это комплекс мероприятий, направленных на:

1. предотвращение диссеминации раковых клеток во время операции;
- 2. уничтожение раковых клеток в ране;**
3. изоляцию больного от окружающих;
4. профилактику заболеваний среди медперсонала;
5. неоднократное мытье рук по ходу операции;

164. Дермоид - это опухоль, происходящая из:

1. соединительной ткани;
2. покровного эпителия;
3. железистого эпителия;
- 4. эмбриональных зачатков эктодермы;**
5. мезотелия.

На понимание

165. Больная А., 21 года, поступила в стационар с жалобами на наличие в поясничной области справа объемного образования (до 7 см в диаметре), которое появилось около 4 лет назад и медленно увеличивается. При пальпации оно мягкой консистенции, безболезненное, с четкими границами, ограниченно смещаемо, с кожей не спаяно. Какой диагноз **НАИБОЛЕЕ** вероятен?

1. фиброма;
- 2. липома;**
3. атерома;
4. папиллома;
5. аденома

166. Женщина 67 находится на диспансерном учете у районного онколога по поводу рака пищевода, III стадия, состояние после хирургического лечения 1 год назад. При контрольном обследовании выявлены множественные

метастазы в легких. Явлений дисфагии нет. Какая лечебная тактика НАИБОЛЕЕ вероятна в данной ситуации?

1. лучевая терапия;
2. удаление метастазов;
- 3. паллиативные курсы химиотерапии**
4. динамическое наблюдение;
5. симптоматическое лечение.

167. Женщина 64 лет жалуется на похудание, понижение трудоспособности, головокружение в течение последнего месяца, дня 2 тому назад появились колющие боли в правом нижнем квадранте живота, где сама прощупала уплотнение. Эта находка заставила её обратиться к врачу. Объективно: видимых изменений со стороны кожных покровов, конфигурации живота не отмечено. Пальпаторно в правом нижнем квадранте живота определяется опухолевидное образование плотной консистенции с расплывчатым краем, безболезненное, малоподвижное, до 6 см в диаметре. В анализе крови – гипохромная анемия. Какой метод обследования НАИБОЛЕЕ вероятен?

1. УЗИ;
2. ректороманоскопия;
3. копрологический анализ;
- 4. ирригоскопия и –графия;**
5. компьютерная томография.

168. Больной К, 35 лет, обратился к хирургу с жалобами на наличие объемного образования (размером 10x5 см) в области левой ягодично-бедренной складки. Опухоль мешает сидеть, при пальпации слегка смещается, безболезненна, мягкой консистенции. Какая тактика врача НАИБОЛЕЕ вероятна?

1. направление к онкологу
2. физиолечение
- 3. удаление опухоли**
4. наблюдение в динамике
5. все перечисленные

169. Больная Б., 42 лет, обратилась к Вам за помощью в связи с наличием плотного объемного образования до 2 см в диаметре в области свода черепа слева. Опухоль относительно быстро увеличивается. При пальпации плотность образования каменистая, кожа над ним смещается, очертания четкие, опухоль неподвижна, безболезненна. На рентгенограмме определяется однородная с четкими краями ткань в наружной костной пластинке. Какой предположительный диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен?

1. фиброма;
- 2. остеосаркома;**
3. хондрома;
4. остеома;

5. атерома

170. Больной С., 65 лет, обратился к хирургу с жалобами на наличие в области волосистой части головы трех округлых образований от 1 до 2 см в диаметре, которые впервые обнаружил 3-4 года назад. Они медленно увеличиваются, имеют четкие ровные контуры, безболезненны, плотноэластической консистенции, кожа над ними несмещается. Какой диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен?

1. папиллома;
2. полип;
3. **атерома;**
4. аденома;
5. дермоид.

171. Больной С., 65 лет, обратился к хирургу с жалобами на наличие в области волосистой части головы трех округлых образований от 1 до 2 см в диаметре, которые впервые обнаружил 3-4 года назад. Они медленно увеличиваются, имеют четкие ровные контуры, безболезненны, плотноэластической консистенции, кожа над ними несмещается. Какая тактика врача НАИБОЛЕЕ вероятна?

1. направление к онкологу
2. физиолечение
3. **удаление опухоли**
4. наблюдение в динамике
5. все перечисленные

172. Больной Т., 69 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные запоры продолжительностью до 3 суток. Появление стула отмечает только после приема слабительных. Регулярно в конце акта дефекации на кале обнаруживает следы свежей крови. При клиническом обследовании патологии не выявлено. Пальцевое исследование прямой кишки оказалось не информативным. Общий анализ крови: эритроциты $3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 100 г/л, СОЭ - 21 мм/ч. У Вас возникло подозрение на наличие у больного опухоли дистального отдела толстой кишки. Какое исследование НАИБОЛЕЕ вероятно использовать для верификации диагноза?

1. ректороманоскопия
2. **фиброколоноскопия**
3. КТ
4. ирригоскопия
5. МРТ

173. Больной Г., 58 лет, обратился к Вам с жалобами на слабость, чувство тяжести в эпигастрии, отсутствие аппетита, отрыжку, иногда рвоту съеденной пищей, отвращение к мясным продуктам. За последние 3 месяца

потерял в массе до 10 кг. При осмотре больной пониженного питания. Кожные покровы бледноватые. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Какой предварительный диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен?

1. язва желудка
- 2. рак желудка**
3. гепатит
4. панкреатит
5. оментит

174. Больной Г., 58 лет, обратился к Вам с жалобами на слабость, чувство тяжести в эпигастрии, отсутствие аппетита, отрыжку, иногда рвоту съеденной пищей, отвращение к мясным продуктам. За последние 3 месяца потерял в массе до 10 кг. При осмотре больной пониженного питания. Кожные покровы бледноватые. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Периферические лимфоузлы не пальпируются. 10. Какой метод обследования НАИБОЛЕЕ вероятен?

- 1. ЭФГДС**
2. рентгеноскопия желудка
3. УЗИ
4. сцинтиграфия
5. КТ или МРТ

применение

175. У женщины 37 лет по данным рентген-эндоскопического исследования в теле желудка по передней стенке имеется полиповидное образование на узком основании (на «ножке») размером 1,0 x 1,5 см. Результат биопсии – аденоматозный полип с тяжелой дисплазией эпителия желез и единичными клетками, подозрительными на «с-г in situ». Какой способ лечения НАИБОЛЕЕ целесообразен?

1. гастрэктомия;
2. клиновидная резекция желудка;
3. субтотальная резекция желудка;
4. химическая деструкция опухоли;
- 5. эндоскопическое удаление образования**

176. Мужчина 58 лет взят на операцию по поводу рака тела желудка. Интраоперационно: опухоль располагается в теле желудка по большой кривизне с прорастанием поперечно-ободочной кишки. Отдаленных метастазов нет. Какой объем операции НАИБОЛЕЕ целесообразно выполнить?

1. гастроспленэктомия с резекцией поперечно-ободочной кишки;
- 2. обходной гастроэнтероанастомоз с цекостомией;**
3. обходной гастроэнтероанастомоз;
4. эксплоративная лапаротомия;

5. гастростомия с цекостомией.

177. У женщины 68 лет выявлен рак верхнегрудного отдела пищевода с переходом на шейный отдел. Дисфагия I степени. При проведении дополнительного обследования (компьютерная томография) установлено наличие перифокальной инфильтрации окружающих тканей. Какая лечебная тактика НАИБОЛЕЕ целесообразна?

1. радикальная операция;
2. химио-лучевая терапия; +
3. наложение гастростомы;
4. динамическое наблюдение;
5. симптоматическое лечение.

178. Мужчина 64 лет поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в подложечной области, усиливающиеся после еды, ощущение быстрого насыщения, полноты в желудке после приема небольшого количества пищи, тошноту и рвоту желудочным содержимым с примесью небольшого количества крови, слабость, похудание. Болен в течение 3 месяцев, к врачу обратился впервые, общее состояние удовлетворительное. Какой метод обследования может быть НАИБОЛЕЕ целесообразным?

1. УЗИ печени;
2. электрогастрография;
3. анализ желудочного сока;
4. рентгенологическое исследование желудка;
5. фиброгастроскопия с прицельной биопсией

179. К Вам на прием пришла женщина с 4-летним ребенком. У мальчика с момента рождения на шее слева имеется розового цвета образование до 2,5 см в диаметре, слегка выступающее над поверхностью кожи, мягкое, безболезненное, изменяющее окраску при надавливании. Врач установил диагноз гемангиома. Какое лечение НАИБОЛЕЕ целесообразно провести?

1. лучевая терапия
2. криовоздействие
3. хирургическое иссечение
4. наблюдение в динамике
5. применение гормональных препаратов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

Тесты на запоминание

180. Фурункул – это острое гнойно-некротическое воспаление волосяных фолликулов, окружающей клетчатки и:

1. апокриновых желез;
2. сальных желез;
3. лимфатических узлов;

4. потовых желез;
5. лимфатических сосудов.

181. Острое гнойно-некротическое воспаление волосяных фолликулов, окружающей клетчатки и сальных желез называется:

1. карбункулом;
2. панарицием;
- 3. фурункулом;**
4. абсцессом;
5. гидраденитом.

182. Операция, заключающаяся в крестообразном рассечении гнойника и некрэктомии производится при:

1. фурункуле;
2. рожистом воспалении;
3. абсцессе;
- 4. карбункуле;**
5. гидрадените.

183. Какой локализации мастита не существует?

1. ретромаммарной;
2. интрамаммарной;
3. субареолярной;
4. интраканликулярной;
- 5. субмаммарной.**

184. Хирургическое лечение сухожильного панариция нужно начинать с:

1. иммобилизации;
2. удаления секвестра;
- 3. инцизии;**
4. пункции;
5. антибиотикотерапии.

185. Возбудителем рожи является:

1. стафилококк;
2. кишечная палочка;
- 3. бета-гемолитический стрептококком;**
4. гонококк;
5. смешанная флора

186. При интрамаммарном мастите разрезы делают:

1. дугообразно, под молочной железой;
- 2. радиарно, не пересекая ареолу;**
3. дугообразно, окаймляя ареолу;
4. радиарно, пересекая ареолу;

5. по ареоле.

187. При какой форме рожии местно не применяются влажные повязки?

1. эритематозной;

2. буллезной:

3. флегмонозной:

4. некротической.

5. рецидивной

188. Острое гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки называется:

1. паротитом;

2. парапроктитом;

3. проктитом;

4. гидраденитом;

5. колитом.

189. Какой формы панариция не существует?

1. подкожного;

2. сухожильного:

3. костного:

4. суставного:

5. панникулита

190. Хирургическое лечение при пандактилите?

1. вскрытие и дренирование:

2. удаление ногтевой пластинки;

3. резекция сухожилия;

4. ампутация пальца;

5. вскрытие и дренирование межфаланговых суставов.

191. Эризипелоид-это инфекционное заболевание, типичной локализацией которого является:

1. околопрямокишечная клетчатка;

2. пальцы кисти;

3. паховые лимфатические узлы:

4. сальные и потовые железы;

5. волосяные фолликулы.

192. Смещение средостения при экссудативном плеврите происходит за счет:

1. развития спаечного процесса

2. острого расширения сердца;

3. скопления экссудата в плевральной полости

4. высокого стояния купола диафрагмы;

5. скопления газа в плевральной полости.

193. Терминальная фаза перитонита наступает в период:
1. 12 часов;
 2. 12-24 часа;
 3. 24-48 часов;
 4. 24-72 часа;
 5. **свыше 72 часов.**
194. Появление газа в свободной брюшной полости свидетельствует о:
1. внематочной беременности;
 2. нарушении проницаемости стенки тонкой кишки;
 3. **перфорации полого органа;**
 4. наличии связи с плевральной полостью;
 5. пневматозе кишечника.
195. Возбудителем газовой гангрены не является:
1. *Cl. oedematiens*;
 2. *Cl. septicum*;
 3. *Cl. histolyticum*;
 4. *Cl. perfringens*;
 5. ***Cl. Tetani***
196. При эмфизематозной форме газовой гангрены отделяемое из раны:
1. обильное гнойное;
 2. скудное гнойное;
 3. обильное серозно-геморрагическое;
 4. **скудное серозно-геморрагическое;**
 5. гнилостное.
197. Лечебная доза противогангренозной сыворотки составляет:
1. 10000 АЕ;
 2. 30000 АЕ;
 3. 50000 АЕ;
 4. 100000 АЕ;
 5. **150000 АЕ.**
198. Симптом А.В.Мельникова при анаэробной гангрене – это:
1. крепитация при пальпации;
 2. **врезание лигатуры в кожу;**
 3. звонкий хруст при бритье волос на коже;
 4. хлопок, при извлечении салфетки, введенной в рану;
 5. межмышечные скопления газа на рентгеновском снимке.
199. Высокоэффективным методом лечения анаэробной гангрены является:
1. **гипербарическая оксигенация;**
 2. вакуумирование раны;

3. проточное промывание раны;
4. первичная хирургическая обработка раны;
5. облучение раны ультрафиолетовыми лучами.

200. Возбудителем столбняка является:

1. *Cl. oedematiens*;
2. *Cl. septicum*;
3. *Cl. histoliticum*;
4. *Cl. perfringens*;
5. ***Cl. Tetani***

201. Основной причиной смерти при столбняке является:

1. нарушение мозгового кровообращения;
2. **асфиксия;**
3. инфаркт миокарда;
4. разрыв сердечной мышцы;
5. острая сосудистая недостаточность.

202. Тризмом называется:

1. **тонические судороги жевательных мышц;**
2. тонические судороги мимических мышц;
3. тонические судороги в области места ранения;
4. тонические судороги диафрагмы;
5. тонические судороги межреберных мышц.

203. К классическому симптому столбняка не относится:

1. тризм;
2. сардоническая улыбка;
3. опистотонус;
4. **походка гордеца;**
5. тонические и клонические судороги поперечно-полосатых мышц.

204. К экстренной неспецифической профилактике столбняка относится:

1. введение противостолбнячной сыворотки;
2. введение столбнячного анатоксина;
3. введение противостолбнячного иммуноглобулина;
4. **первичная хирургическая обработка раны;**
5. введение гипериммунной плазмы.

205. Септикопиемия – это форма сепсиса:

1. с развитием нарушений углеводного обмена;
2. со множественными первичными очагами;
3. **с образованием гнойных метастазов;**
4. без образования гнойных метастазов;
5. с прогрессирующей эндотоксинемией.

206. Необходимым условием для развития сепсиса является:
1. микробная инвазия гематогенным путем;
 - 2. извращение иммунного ответа;**
 3. сердечно-сосудистая недостаточность;
 4. нарушения углеводного обмена;
 5. печеночно-почечная недостаточность.
207. Проникновению микроорганизмов в кровь способствует такая особенность первичного гнойного очага, как
1. способность синтезировать биологически активные вещества;
 - 2. особенность кровоснабжения;**
 3. глубина расположения;
 4. резистентность ткани к микробам;
 5. вирулентность возбудителей.
208. Гипопротеинемия и диспротеинемия при сепсисе являются следствием:
- 1. нарушения функции печени;**
 2. нарушения функции почек;
 3. нарушения функции сердца;
 4. нарушения углеводного обмена;
 5. нарушения жирового обмена.
209. К методам экстракорпоральной детоксикации при сепсисе не относится:
1. гемосорбция;
 2. лимфосорбция;
 - 3. форсированный диурез;**
 4. плазмаферез;
 5. ксеносорбция.

Тесты на понимание

210. У пациента с рожистым воспалением при осмотре правой голени имеются отек, гиперемия, разнокалиберные пузыри с серозным и серозно-геморрагическим содержимым. Какая форма рожи развилась?
1. эритематозная;
 - 2. буллезная;**
 3. флегмонозная;
 4. некротическая;
 5. флегмонозно-некротическая.
211. Какой метод хирургического лечения необходимо выбрать при ткане-расплавляющей форме газовой гангрены?
1. ПХО раны;
 2. Хирургическую обработку раны растворами перекиси водорода или марганцевокислого калия;

3. Гильотинную ампутацию;

4. Хирургическую обработку раны растворами галлоидов;
5. Ампутацию с формированием культи.

212. При проведении пункции плевральной полости получено до 1,0 литра серозного экссудата. Как следует закончить пункцию?

1. Извлечь иглу;
- 2. Ввести антибиотики и потом извлечь иглу;**
3. Установить дренажную трубку;
4. Установить систему для внутривидеоплеврального лаважа;
5. Установить систему для постоянной вакуум-аспирации.

213. У больного сахарным диабетом развился карбункул межлопаточной области. Какой метод хирургического лечения необходимо выбрать?

1. вскрытие гнойника продольным разрезом и некрэктомия;
2. вскрытие гнойника поперечным разрезом и некрэктомия;
3. иссечение в пределах здоровых тканей;
- 4. крестообразный разрез и некрэктомия;**
5. вскрытие и дренирование гипертоническими марлевыми салфетками.

214. У больного правосторонний гнойный плеврит. В какой точке нужно установить плевральный дренаж?

1. во 2-ом межреберье по среднеключичной линии;
2. в 5-6 межреберье по лопаточной линии;
3. в 6-7 межреберье по лопаточной линии;
4. в 4-5 межреберье по задней подмышечной линии;
- 5. в 7-8 межреберье по задней подмышечной линии.**

215. На рентгенограмме больного с плевритом определяется уровень жидкости и скопление газа над ним. Каков наиболее вероятный характер инфекции?

1. стафилококковый;
2. стрептококковый;
3. синегнойный;
4. колибациллярный;
- 5. гнилостный.**

216. Управляемая лапаростомия применяется для:

1. более четкого соприкосновения тканей;
2. предупреждения нагноения раны;
- 3. повторной санации брюшной полости;**
4. профилактики эвентрации органов брюшной полости;
5. профилактики послеоперационного пареза кишечника.

217. Установка зонда Шалькова не показана при:

1. местном перитоните;

2. разлитом перитоните;
3. диффузном перитоните;
4. наложении энтероэнтероанастомоза при экстренных операциях;
5. острой тонкокишечной непроходимости.

218. При наличии в брюшной полости выпота в правом и левом боковых каналах и малом тазу следует выставить диагноз:

1. местный перитонит;
2. диффузный перитонит;
- 3. разлитой перитонит;**
4. тотальный перитонит;
5. нераспространенный перитонит.

219. К принципам общего лечения гнойно-воспалительных заболеваний не относится:

1. антибактериальная терапия;
2. дезинтоксикационная терапия;
3. иммуностимуляция;
- 4. санация гнойного очага;**
5. коррекция гомеостаза.

220. При гипопротеемии на фоне тяжелого перитонита показано внутривенное введение:

1. гемодеза, полидеза;
2. полиглюкина, реополиглюкина;
3. глюкозы;
- 4. альбумина, вамина, полиамина;**
5. физиологического раствора.

221. Токсический гемолиз эритроцитов при тяжелой интоксикации организма проявляется:

- 1. гипербилирубинемией;**
2. гипопротеемией;
3. гиперпротеемией;
4. уремией;
5. гиперглюкоземией.

222. Признаком тяжелого течения гнойно-воспалительного процесса в формуле крови является:

1. снижение цветного показателя;
2. тромбоцитопения;
- 3. увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов;**
4. эритроцитоз;
5. эозинофилия.

223. Смещение средостения при экссудативном плеврите происходит за счет:
1. развития спаечного процесса;
 2. скопления жидкости в плевральной полости;
 3. скопления газа в плевральной полости;
 4. острого расширения сердца;
 5. высокого стояния купола диафрагмы.
224. Хирургическое лечение не показано при:
1. костно-суставном туберкулезе;
 2. актиномикозе;
 3. **органный стадии сифилиса;**
 4. проказе;
 5. бруцеллезе.
225. При эмфизематозной форме газовой гангрены отделяемое из раны:
1. обильное гнойное;
 2. скудное гнойное;
 3. обильное серозное;
 4. обильное серозно-геморрагическое;
 5. **скудное серозно-геморрагическое.**
226. Высокоэффективным методом лечения анаэробной гангрены является:
1. **гипербарическая оксигенация;**
 2. вакуумирование раны;
 3. проточное промывание раны;
 4. обкалывание антибиотиками;
 5. УФО раны.
227. Какой метод оперативного лечения наиболее целесообразен при карбункуле затылочной области?
1. пункция;
 2. иссечение;
 3. вскрытие и дренирование;
 4. крестообразное вскрытие;
 5. **крестообразное вскрытие и некрэктомия.**
228. Если после вскрытия флегмоны у больного снизилась температура тела, но сохраняется обильное гнойное отделяемое из раны, необходимо:
1. назначить УФО раны;
 2. **выполнить ревизию раны и сделать контрпертурные разрезы;**
 3. назначить посев крови;
 4. назначить рентгенотерапию;
 5. усилить антибиотикотерапию.

229. Септический шок обусловлен:

1. прорывом гноя в полость;
- 2. массивным поступлением микробов и их токсинов в кровь;**
3. сочетанием кровопотери и сепсиса;
4. внезапным иммунодефицитом;
5. длительной интоксикацией.

Тесты на применение (нет каз. варианта)

230. Больной 65 лет, страдающей сахарным диабетом, произведена ампутация с/з правого бедра по поводу влажной гангрены стопы. В послеоперационном периоде нагноение раны – швы сняты. Состояние больной ухудшается, гноя в ране нет, но грануляции вялые. Температура тела 39-40⁰С. Рс –120-130 в минуту. Печень выступает на 3-4 см ниже реберной дуги, селезенка увеличена. Суточный диурез 300-400 мл. В общем анализе крови резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Каков наиболее вероятный диагноз?

1. остеомиелит.
- 2. послеоперационный сепсис.**
3. острая почечная недостаточность.
4. инфекционный гепатит
5. гангрена культи правого бедра

231. У больного на третий день после получения колотой раны правой голени при обработке земельного участка повысилась температура тела до 39-40⁰С, развился выраженный отек правой нижней конечности, определяется подкожная эмфизема. Положительный симптом «лигатуры» (Мельникова). Состояние больного тяжелое, симптомы выраженной интоксикации. Каков наиболее вероятный диагноз?

1. сепсис;
2. флегмона нижней конечности;
- 3. газовая гангрена;**
4. остеомиелит;
5. столбняк.

232. В приемный покой доставлена молодая женщина на третьи сутки после внебольничного аборта. Жалуется на боли по всему животу, слабость, повышение температуры тела до 38-39⁰С, частые жидкий стул и позывы к мочеиспусканию. Состояние тяжелое. Пульс –112 в минуту. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот болезненный во всех отделах, в нижних отделах мышечный дефанс. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Каков наиболее вероятный диагноз?

1. сепсис;
2. эндометрит;
3. острый цистит;

4. перитонит;

5. острый энтероколит.

233. После ушиба ногтевой фаланги 3 пальца левой кисти, через 3 дня усилились боли, развился отек фаланги, под ногтевой пластинкой появились белое образование. Каков наиболее вероятный диагноз?

1. сухожильный панариций;
2. паронихия;
3. суставной панариций;
4. костный панариций;

5. подногтевой панариций.

234. У кормящей матери на левой молочной железе появилось болезненное уплотнение, занимающее 2 наружных квадранта. Гиперемии и флюктуации нет. Температура тела 38⁰С. Наиболее вероятный диагноз и тактика?

1. острый серозный мастит. Консервативное лечение;
2. интрамаммарный мастит. Оперативное лечение;
- 3. острый инфильтративный мастит. Консервативное лечение;**
4. хронический инфильтративный мастит. Консервативное лечение;
5. панмастит. Мастэктомия.

235. У больного с суставным панарицием в области дистального межфалангового сочленения после длительного неэффективного лечения развился пандактилит. Необходимые действия?

1. частые солевые ванны, облучение кварцем и внутрикостное введение антибиотиков;
2. широкие лампасные разрезы с внутрикостным введением антибиотиков;
- 3. экзартикуляция пальца.**
4. вскрытие межфаланговых сочленений с иссечением некрозов мягких тканей.
5. удаление дистальной фаланги пальца, внутрикостное введение антибиотиков.

236. У больного с абсцессом 7-8 сегмента печени развился правосторонний серозный плеврит до уровня 6-7 ребра. При ультразвуковом исследовании в плевральной полости определяется до 800 мл жидкости. Необходимая тактика?

1. внутривидеальное введение антибиотиков;
2. установка дренажа во 2-м межреберье по средне-ключичной линии, внутривидеальное введение антибиотиков;
3. установка дренажа в 7-м межреберье по задней подмышечной линии, внутривидеальное введение антибиотиков;
4. установка дренажей во 2-е и 7-е межреберье по тем же линиям, внутривидеальное введение антибиотиков;

5. пункция плевральной полости в 7-ом межреберье по задней подмышечной линии, внутривенное введение антибиотиков.

237. У больного на правой голени после незначительной царапины кожи на 3-е сутки появилась яркая гиперемия кожи с четкими изрезанными границами, высокая температура тела, жгучая боль и признаки общей интоксикации. Наиболее вероятный диагноз, необходимое лечение?

1. Рожистое воспаление, иммобилизация конечности, УФО, дезинтоксикационная и антибактериальная терапия.

2. Флегмона голени, вскрытие, иммобилизация, дезинтоксикационная терапия и антибактериальная терапия.

3. Абсцесс голени, закрытый метод лечения, дезинтоксикационная терапия и антибактериальная терапия.

4. Инфицированная рана, ПХО, дезинтоксикация, антибактериальная терапия.

5. Гангрена конечности, ампутация.

238. Больной поступил через двое суток с болями в животе. При осмотре клиника перитонита. На операции обнаружена перфоративная язва желудка, гнойно-фибринозный выпот по правому и левому боковым каналам и в малом тазу. Сформулируйте диагноз.

1. Перфоративная язва желудка. Диффузный перитонит.

2. Перфоративная язва желудка. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Токсическая фаза.

3. Перфоративная язва желудка. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Реактивная фаза.

4. Перфоративная язва желудка. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Терминальная фаза.

5. Перфоративная язва желудка. Диффузный фибринозно-гнойный перитонит. Терминальная фаза.

239. У больного с хроническим гематогенным остеомиелитом 5 дней назад была вскрыта флегмона правого плеча. Несмотря на проводимое лечение сохраняется высокая температура тела. При ревизии гнойной полости обнаружен подкожный затек длиной 7-8 см. Необходимые действия?

1. сменить антибиотик;

2. сменить антисептик для обработки раны;

3. установить вдоль затека дренажную трубку;

4. сделать дополнительный разрез над гнойным затеком;

5. делать частые перевязки.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Тесты на запоминание

240. Основной путь заражения эхинококком человека:

1. проглатывание яиц эхинококка;

2. проглатывание личинок эхинококка;
3. попадание личинки на кожу;
4. попадание в кровь при укусе животных;
5. контактное заражение при операциях.

241. К окончательным хозяевам эхинококка относится:

1. свинья;
- 2. волк;**
3. корова;
4. овца;
5. коза.

242. Первым барьером для эхинококка при проникновении паразита в кровь является:

1. легкие;
2. селезенка;
3. сердце;
4. почки;
- 5. печень.**

243. К промежуточным хозяевам эхинококка относится:

1. собака;
2. волк;
- 3. корова;**
4. лиса;
5. шакал.

244. Присоски и крючья имеет зародыш:

1. печеночной двуустки;
- 2. эхинококка;**
3. аскариды;
4. амёбы;
5. кошачей двуустки.

245. К хирургическим осложнениям аскаридоза не относится:

1. аппендицит;
2. кишечная непроходимость;
3. перфорация кишечника;
4. холангит;
- 5. гнойный плеврит.**

246. К хирургическим осложнениям амебиаза не относится:

1. аппендицит;
- 2. кишечная непроходимость;**
3. перфорация кишечника;

4. абсцесс печени;
5. абсцесс легких.

247. Поражение лимфатической системы характерно для:

1. амебиаза;
2. аскаридоза;
3. описторхоза;
- 4. филяриатоза;**
5. эхинококкоза.

248. К гельминтозам гепатобилиарной системы и поджелудочной железы не относится:

1. фасциолез;
2. описторхоз;
- 3. филяриатоз;**
4. лямблиоз;
5. эхинококкоз.

249. При паразитарных заболеваниях в формуле крови наблюдается:

1. лейкоцитоз;
2. эритроцитоз;
3. тромбоцитопения;
- 4. эозинофилия;**
5. сдвиг лейкоцитарной формулы влево;

250. Заражение описторхозом происходит при:

1. контакте с плотоядными животными;
2. контакте с травоядными животными;
3. недостаточной термической обработке мяса;
- 4. недостаточной термической обработке рыбы;**
5. употреблении некипяченого молока;

251. При хирургическом лечении эхинококкоза печени не применяется:

1. краевая резекция печени с кистой;
2. эхинококкотомия;
3. идеальная эхинококкэктомия;
4. гемигепатэктомия;
- 5. гепатэктомия.**

252. Метод капитонажа применяется при хирургическом лечении:

1. фасциолеза;
2. описторхоза;
3. филяриатоза;
- 4. эхинококкоза;**
5. лямблиоза.

253. К промежуточным хозяевам альвеококкоза относится:

1. собака;
2. волк;
- 3. ондатра;**
4. лиса;
5. шакал.

254. Неинформативный метод исследования при эхинококкозе (альвеококкозе):

1. компьютерная томография;
2. ультразвуковое исследование;
3. радионуклидное сканирование печени;
- 4. эзофагогастродуоденоскопия;**
5. ангиография.

255. К окончательным хозяевам альвеококкоза относятся:

1. мыши;
2. крысы;
3. ондатры;
- 4. лисы;**
5. суслики.

Тесты на понимание

256. У больного эхинококкозом печени поднялась температура до 39-40⁰, озноб, боли в правом подреберье, признаки интоксикации организма. Какое осложнение развилось?

1. пневмония;
- 2. нагноение эхинококковой кисты;**
3. острый аппендицит;
4. острый энтероколит;
5. плеврит

257. У больного эхинококкозом печени на операции было произведено полное вылушивание эхинококковой кисты. Какой вид операции произведен?

1. открытая эхинококкэктомия;
2. краевая резекция печени;
- 3. закрытая эхинококкэктомия;**
4. эхинококкотомия;
5. капитонаж эхинококковой кисты.

258. У больного эхинококкозом печени появились иктеричность склер и кожных покровов, ахоличный стул. Какое осложнение развилось?

1. нагноение эхинококковой кисты;
2. гепатит;
3. разрыв эхинококковой кисты;

4. механическая желтуха;

5. реактивный плеврит.

259. У больного с аскаридозом появились схваткообразные боли и вздутие живота, задержка стула и газов. На обзорной рентгенографии брюшной полости видны уровни жидкости в растянутых петлях кишечника. Какое осложнение развилось?

1. аппендицит;

2. кишечная непроходимость;

3. перфорация кишечника;

4. холангит;

5. гепатит.

260. В приемный покой доставлен больной с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, высокую температуру тела. Из анамнеза – часто употребляет в пищу малосольную вяленую рыбу. При осмотре у больного явные признаки острого холецистита и гнойной интоксикации. Какое паразитарное заболевание следует предположить?

1. амебиаз;

2. аскаридоз;

3. описторхоз;

4. филяриатоз;

5. эхинококкоз.

261. У больного положительная кожная проба Казони. Какое паразитарное заболевание следует предположить?

1. амебиаз;

2. аскаридоз;

3. описторхоз;

4. филяриатоз;

5. эхинококкоз.

262. На обзорной рентгенографии брюшной полости больного с аскаридозом обнаружен «серп» газа под куполом диафрагмы. Какое осложнение развилось?

1. аппендицит;

2. кишечная непроходимость;

3. перфорация кишечника;

4. холангит;

5. гепатит.

263. У больного с гельминтозом имеется слоновость нижних конечностей и мошонки. Какое паразитарное заболевание следует предположить?

1. амебиаз;

2. аскаридоз;

3. описторхоз;
- 4. филяриатоз;**
5. эхинококкоз.

264. У больного с гельминтозом открылось кишечное кровотечение. Осложнение какого паразитарного заболевания следует предположить?

- 1. амебиаз;**
2. аскаридоза;
3. описторхоза;
4. альвеококкоза;
5. эхинококкоза.

265. При патологоанатомическом вскрытии умершего обнаружена большая увеличенная печень, на разрезе печень имеет вид «ноздреватого сыра», имеется много мелких пузырей с гноевидным содержимым. Какое паразитарное заболевание следует предположить?

1. амебиаз;
2. аскаридоз;
3. описторхоз;
- 4. альвеококкоз;**
5. эхинококкоз.

Пластическая хирургия и трансплантология

266. Аутогенная трансплантация – это когда при заборе и пересадке тканей донор и реципиент:

- 1. одно и то же лицо;**
2. однояйцевые близнецы;
3. родственники первой степени;
4. представители одного биологического вида;
5. принадлежат к разным биологическим видам.

267. Аллогенная трансплантация – это когда при заборе и пересадке тканей донор и реципиент:

1. одно и то же лицо;
2. одно яйцевые близнецы;
3. родственники первой степени
- 4. представители одного биологического вида;**
5. принадлежат к разным биологическим видам.

268. Изогенная трансплантация – это когда при заборе и пересадке тканей донор реципиент:

1. одно и то же лицо;
- 2. одно яйцевые близнецы;**
3. родственники первой степени;

4. представители одного биологического вида;
5. принадлежат к разным биологическим видам.

269. Ксеногенная трансплантация – это когда при заборе и пересадке тканей донор и реципиент:

1. одно и то же лицо;
2. одно яйцевые близнецы;
3. родственники первой ступени;
4. представители одного биологического вида;
5. **принадлежат к разным биологическим видам.**

270. Сингенная трансплантация – это когда при заборе и пересадке тканей донор и реципиент:

1. одно и то же лицо;
2. одно яйцевые близнецы;
3. **родственники первой ступени;**
4. представители одного биологического вида;
5. принадлежат к разным биологическим видам.

271. Не является показанием к пластике мигрирующим стебельчатым лоскутом:

1. дефект кисти;
2. дефект предплечья;
3. **дефект бедра;**
4. дефект голени;
5. дефект стопы.

272. Отдаленная связанная кожная пластика по В.П.Филатову- это метод пластики:

1. стебельчатым лоскутом;
2. мостовидным лоскутом;
3. артеризованным кожно-жировым лоскутом;
4. **круглым мигрирующим стебельчатым лоскутом;**
5. расщепленным кожным лоскутом.

273. Расщепленный кожный лоскут для трансплантации представляет собой:

1. срезанный слой эпидермис;
2. **эпидермис и часть собственно кожи;**
3. собственно кожу;
4. собственно кожу с тонким слоем подкожной клетчатки;
5. узкие полосы собственно кожи.

274. Трансплантат для аутодермопластики по способу Лоусона-Краузе представляет собой:

1. кусочки кожи диаметром 0,3-0,5 см;
2. полосы расщепленной кожи размером до 3x5 см;

3. полнослойный лоскут – «сито»;
- 4. цельный полнослойный лоскут кожи;**
5. полнослойный лоскут с насечками в шахматном порядке;

275. Укажите неприемлемый метод консервирования тканей и органов для трансплантации:

1. криоконсервирование;
- 2. в гипертоническом растворе натрия хлорида;**
3. лиофилизация;
4. в парафине;
5. в растворе альдегида.

276. Критерием смерти мозга донора не является:

1. глубокой безрефлекторной комы;
- 2. отсутствие кашлевого рефлекса при эндотрахеальном отсасывании;**
3. полного центрального паралича дыхания;
4. изоэлектрической линии при энцефалографии;
5. резкого снижения интракраниального кровообращения.

277. Какое осложнение после вшивания сосудистого протеза не бывает:

1. раннего тромбоза протеза;
2. вторичного отдаленного тромбоза протеза;
3. инфицирования эксплантата;
- 4. атеросклероза эксплантата;**
5. аневризма анастомоза.

278. Реплантация- это пересадка органа или ткани:

1. повторная после отторжения;
2. на новое анатомическое место;
- 3. обратно на прежнее место.**
4. собственно кожи с тонким слоем подкожной клетчатки;
5. узких полос собственно кожи.

279. Какой метод не повышает эффективность аллотрансплантации :

1. иммунологическое типирование;
2. замена гепатолимфоидной системы;
3. неспецифическая иммунодепрессия;
4. селективная элиминация
- 5. иммуностимуляция.**

280. Брефопластика – это пересадка:

1. аутокожи;
2. кожи трупа;
- 3. кожи эмбриона;**
4. кожи однояйцевых близнецов;

5. кожи родственников первой степени.

281. Сосудистый шов впервые в мире применил:

1. Филатов В.П.
2. Склифосовский Н.В.
3. Реверден Дж. Л.
4. Пирогов Н.И.
5. **Каррель А.**

282. Не производится пластика местными тканями при дефекте:

1. кожи;
2. апоневроза;
3. костей;
4. сухожилий;
5. **сердца.**

283. При пластике дефектов кожи не используется:

1. сшивание мобилизованных лоскутов;
2. послабляющие разрезы на лоскуте;
3. подвижные кожно-жировые лоскуты на ножке;
4. экспандерная дерматотензия;
5. **кожно-мышечный лоскут.**

284. Перфорирование кожного лоскута используют с целью:

1. улучшения косметического эффекта;
2. **значительно увеличить размеры донорской кожи;**
3. уменьшить размеры донорской кожи;
4. обеспечение лучшего приживления;
5. улучшения питания.

285. Стебельчатый лоскут для перенесения кожи не применяется на:

1. животе;
2. груди;
3. **лице;**
4. шее;
5. конечности.

286. Реваскуляризированный лоскут не применяется при:

1. закрытии обширных дефектов кожи;
2. **пластике глазного яблока;**
3. фаллопластике;
4. замещении дефектов костей;
5. реплантации пальцев.

287. К свободной кожной пластике относится:

1. пластика собственно кожи с тонким слоем подкожной клетчатки;

2. мостовидная пластика;
3. Z-образная пластика;
4. пластика мигрирующим лоскутом;
5. пластика стебельчатым лоскутом.

288. К несвободной кожной пластике относится:

1. способ Яценко-Реввердена;
2. способ Тирша;
3. способ Яновича-Чаинского-Дэйвиса;
- 4. способ Филатова;**
5. способ Лоусона-Краузе.

289. Трансплантат для аутодермопластики по способу Яновича-Чаинского-Дэйвиса представляет собой:

1. срезаемый слой эпидермиса;
2. эпидермис и часть собственно кожи;
- 3. собственно кожу;**
4. собственно кожу с тонким слоем подкожной клетчатки;
5. узкие полосы собственно кожи.

290. Трансплантат для аутодермопластики по способу Яценко-Реввердена представляет собой:

- 1. срезаемый слой эпидермиса;**
2. эпидермис и часть собственно кожи;
3. собственно кожу;
4. собственно кожу с тонким слоем подкожной клетчатки;
5. узкие полосы собственно кожи.

На понимание

291. Врач вызван в операционную для первичной хирургической обработки раны больного с открытым переломом дистальной трети большеберцовой кости с дефектом мягких тканей. Какой метод реконструкции не приемлем в данном случае?

1. перемещение питающей кожи (Филатовский лоскут) с другой ноги;
2. перемещение кожно-фасциального лоскута;
3. перемещение свободного лоскута (с наличием микрососудистых анастомозов);
4. перемещение мышечного лоскута;
- 5. кожного трансплантата.**

292. Что из ниже перечисленного со стороны реципиента является противопоказанием для трансплантации почки?

1. положительный туберкулиновый тест без клинических признаков острого туберкулеза;

2. незаживающая язва 12 п. кишки;

3. поликистоз почек;
4. наличие варикозно расширенных вен нижних конечностей;
5. наличие трофических язв на нижней конечности.

293. Приживление костных трансплантатов не требует:

1. адекватного сосудистого ложа для трансплантата;
2. хорошего контакта трансплантата и реципиентной поверхности;
3. отсутствия инфицирования реципиентной поверхности;
- 4. тщательного удаления надкостницы с кости до проведения трансплантации**
5. гистосовместимости донора и реципиента.

ДЕОНТОЛОГИЯ. ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

294. Болезненное состояние или повреждение, обусловленное деятельностью мед.работника:

1. деонтология
- 2. ятрогения**
3. канцерогения
4. патология
5. гомогения

295. Сохранение врачебной тайны относится к разделу хирургии:

1. асептика
2. антисептика
3. детоксикация
- 4. деонтология**
5. денервация

295. Действия хирурга, столкнувшегося во время операции с непредвиденной ситуацией:

1. отказаться от выполнения дальнейшей операции и уйти
2. быстро закончить операцию и скрыть находку
- 3. вызвать старшего коллегу и продолжить операцию с ним+**
4. закончить операцию и рекомендовать больному дообследование
5. закончить операцию и описать случай неоперабельным

296. Врач должен скрыть от больного истинный диагноз и сообщить родственникам при следующем заболевании:

1. сифилис
- 2. рак**
3. гепатит
4. туберкулез
5. эхинококкоз

297. Определение «субординации»:

- 1. подчинение младшего по должности старшему**
2. выполнение всех пожеланий больного
3. способность убеждать и слушать больного
4. самостоятельный анализ осложнений заболевания
5. участие в клиническом разборе

298. Действия хирурга при обнаружении не вскрытого абсцесса радикально предыдущим хирургом:

1. сказать больному об этом и рекомендовать пожаловаться
2. отказаться от дальнейшего лечения, не объясняя причин
3. отправить обратно к хирургу, проводившему вскрытие
4. раскритиковать предыдущего хирурга и долечить
- 5. оперировать повторно, не упрекая предыдущего хирурга**

299. Действие медсестры хирургического отделения, узнавшей в беседе с больным, готовящийся к операции о недоверии и боязни к хирургу:

1. отговорить больного от оперативного лечения
2. подтвердить опасения больного и критиковать хирурга
3. рекомендовать больному другую клинику
- 4. успокоить больного и рассеять его сомнения**
5. сказать, что ничего не знает о хирурге

300. Тактика лечащего врача для больного после ампутации конечности с депрессией, подавленным состоянием и нервозностью:

1. во время перевязок и встреч не разговаривать с больным
- 2. проводить психотерапевтические беседы и настраивать на лучшее**
3. отчитать больного и пригрозить, что откажется его лечить
4. сказать больному, что отправит его в психбольницу
5. вызвать психиатра и попытаться перевести к ним

301. Действие заведующего хирургическим отделением во время обхода при обнаружении вскрытия постинъекционного абсцесса ягодичной области разрезом, перпендикулярным правильному:

- 1. вызвать хирурга после обхода в свой кабинет и сделать замечание**
2. тут же высказать порицание хирургу перед больными и объявить выговор
3. написать рапорт на хирурга в органы здравоохранения
4. устроить собрание и сделать замечание хирурга перед коллективом отделения
5. на всеобщей врачебной конференции огласить данный случай

302. Действие заведующего отделением при обнаружении кровотечения из операционной раны при вставании больного в первые сутки после операции с разрешения медсестры:

1. сообщить больному, что виноват оперировавший хирург
2. обвинить больного в несоблюдении послеоперационного режима
3. провести беседу с оперировавшим хирургом и обвинить его
4. созвать собрание медсестер и уволить медсестру
5. **успокоить больного и остановить кровотечение**

303. Операция, выполняемая в условиях поликлиники:

1. **удаление липомы**
2. удаление камня мочевого пузыря
3. устранение кишечной непроходимости
4. извлечение инородного тела пищевода
5. ушивание язвы желудка

304. Тактика врача поликлиники при обращении больного с панарицием I пальца левой кисти:

1. вызвать бригаду скорой помощи
2. направить больного в хирургическое отделение
3. **самостоятельно оперировать**
4. назначить консервативное лечение на дому
5. отправить к народному целителю

305. Действие врача поликлиники при затруднении выставления диагноза больному с жалобами на боли в животе, с уровнем лейкоцитов в крови – $12,0 \times 10^9/\text{л}$:

1. отправить к терапевту на осмотр
2. **срочно направить в хирургическое отделение**
3. назначить физиопроцедуры
4. рекомендовать антибактериальную терапию
5. наблюдать еще неделю

306. В поликлинику обратился больной с рожистым воспалением левой голени эритематозной формы. От направления в стационар больной отказался. Хирург назначил амбулаторное лечение. При этом противопоказано:

1. антибактериальная терапия
2. дезинтоксикационная терапия
3. физиолечение
4. **мазевые повязки**
5. витаминотерапия

307. Тактика участкового врача для больного с мерцательной аритмией, внезапно появившимися сильными болями в правой верхней конечности, отсутствием пульса на лучевой артерии:

1. назначение обезболивающих и лечение на дому
2. назначение спазмолитиков
3. назначение противоаритмических средств на дому
4. назначение тепла на конечность
5. **срочное направление в хирургический стационар**

СОВРЕМЕННЫЕ СИНТЕТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ В ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ

308. При каком заболевании используется проленовая сетка в хирургии?

1. **грыжи живота**
2. камни холедоха
3. варикозные узлы
4. нагноение раны
5. киста яичника

309. К рассасывающемуся шовному материалу относится:

1. сталь
2. лавсан
3. титан
4. фторполимер
5. **кетгут**

310. Срок полного рассасывания хромированного кетгута:

1. 10-20 дней
2. 30-40 дней
3. 50-60 дней
4. 70-80 дней
5. **90-100 дней**

311. Для проведения импульсов от искусственного водителя ритма к мышце сердца используется нить:

1. полиолефин
2. **флексон**
3. дексон
4. максон
5. монософ

312. В хирургии широко применяются полимеры, изготовленные на основе:

1. акриловой кислоты

2. соляной кислоты
3. серной кислоты
4. уксусной кислоты
5. яблочной кислоты

313. В восстановительной кардиохирургии для замещения дефектов стенок и перегородок сердца применяются:

1. полиолефин
2. конский волос

3. полимер

4. кетгут
5. шелк

314. Какой шовный материал по времени быстрее всех рассасывается?

1. капросин
2. полисорб
3. дексон

4. биосин

5. максон

315. Назовите атравматический шовный материал с иглой, относящийся к нейлонам:

1. васкуфил

2. новафил

3. монософ
4. биосин
5. дексон

316. В каком году впервые возникла идея применения синтетических материалов в хирургии?

1. 1959

2. 1969
3. 1979
4. 1989
5. 1999

317. Какой полимер, применяемый для протезирования, состоит из чередующихся атомов кислорода и силикона?

1. ивалон
2. тефлон
3. нейлон
4. силластик

5. сурджипро

318. В каком году впервые Джерсани предложил имплантировать в молочную железу жидкий парафин?

1. 1887

2. 1907

3. 1937

4. 1957

5. 1977

319. Как называется синтетический полимерный гипс, используемый для иммобилизации?

1. монолак

2. полисорб

3. биосин

4. тикрон

5. скотчкаст

320. Какой шовный материал, разработанный в России, обладает способностью ускорять регенерацию поврежденных тканей?

1. шелк

2. капрон

3. биофин

4. биосин

5. тикрон

321. Какова биологическая прочность простого кетгута?

1. 3-5 дней

2. 7-10 дней+

3. 12-15 дней

4. 18-20 дней

5. 22-25 дней

322. Какой шовный материал нельзя применять при протезировании?

1. нейлон

2. капрон

3. шелк

4. лавсан

5. тефлон

Ожоги. Электротравмы.

Запоминание

324. При какой степени ожога происходит гибель всей дермы

1. 1 степени.

2. 2 степени.

3. 3а степени.

4. 3б степени.

5. 4 степени.

325. При поверхностных ожогах минимальный объем поражения кожи при котором развивается ожоговая болезнь:

1. 1%.

2. 10%.

3. 15%.

4. 20%.

5. 30%.

326. Ожоговая болезнь при глубоких ожогах возникает при поражении площади кожи:

1. 10%.

2. 8%.

3. 5%.

4. 4%.

5. 3%.

327. К какому периоду течения ожоговой болезни относится септикотоксемия:

1. первому

2. второму

3. третьему

4. четвертому

5. пятому

328. Сколько времени длится ожоговый шок:

1. 2-72 часа.

2. 4 суток.

3. 5-6 суток.

4. 7-10 суток.

5. 10-12 суток.

329. НАИБОЛЕЕ эффективный метод быстрого закрытия ожоговой поверхности при лечении ожогов 3б и 4 степени:

1. ПХО раны.

2. Открытый метод.

3. Аутодермопластика.

4. УФО раны.

5. закрытый метод.

330. НАИБОЛЕЕ предпочтительное действие в первые секунды или минуты при оказании первой помощи при химических ожогах:

1. Антибактериальная терапия.

2. Вакцинация.

3. Дезинтоксикационная терапия.
- 4. Удаление химического вещества с поверхности кожи с дальнейшим промыванием места струёй воды.**
5. Введение наркотиков.

331. При каком химическом ожоге нежелательно промывание водой:

1. Азотной кислотой.
2. Серной кислотой.
3. Соляной кислотой.
4. Солями тяжелых металлов.
- 5. Негашенной известью.**

332. В чем НЕ проявляется действие высоковольтного тока при электротравмах:

1. Потеря сознания.
2. Падение АД.
3. Остановка дыхания.
- 4. Озноб.**
5. Фибрилляция желудочков сердца.

333. Клиника 1 степени отморожения:

- 1. Жгучая боль, зуд, цианоз кожи.**
2. Образование пузырей отслоенного эпидермиса. Отечность.
3. Зуд, отслоение эпидермиса.
4. Парестезии. Образование пузырей отслоенного эпидермиса.
5. Изменение состава крови. Парестезии.

334. Причиной мгновенной смерти при электротравме НЕ является:

1. Резкое падение АД.
2. Остановка дыхания.
- 3. Кровотечение.**
4. Фибрилляция желудочков.
5. Острая сердечная недостаточность.

335. Осложнением отморожений не может быть:

1. Сепсис.
2. Абсцесс, флегмона.
3. Остеомиелит.
4. Гангрена.
- 5. Ложный сустав.**

336. В клинике общего охлаждения не бывает стадии:

1. Адинамическая.
2. Ступорозная.
3. Судорожная.
- 4. Реактивная**

5. Терминальная.

337. При ожоге дыхательных путей НЕ бывает:

1. Одышка.
2. Осиплость голоса.
3. Мучительный кашель.
4. **Мелена.**
5. Отложение копоти на язычке мягкого неба, дужках миндалин.

338. Коррекция гомеостаза при ожогах проводится без учета:

1. Глубины и величины ожога.
2. Показателей гемоконцентрации по эритроцитам, гемоглобину, гематокриту.
3. Почасового диуреза.
4. АД.
5. **Неврологического статуса**

Понимание

339. Больной Г. 35 лет получил термический ожог. При поступлении в клинику определяется отслойка эпидермиса с образованием пузырей на коже обеих кистей ОПРЕДЕЛИТЕ степень ожога.

1. 1 степень.
2. **2 степень.**
3. 3А степень.
4. **3Б степень**
5. 4 степень.

340. Больной С. 28 лет водитель. Был облит бензином, который загорелся. Ожог всей задней поверхности туловища. НАИБОЛЕЕ точная площадь ожога по правилу «девятки»?

1. 1%.
2. 9%.
3. **18%.**
4. 36%.
5. 27%.

341. Больной Т. 30 лет поступил сразу же после ожоговой травмы через два часа. Больной возбужден, неадекватно оценивает свое состояние. Возбуждение быстро сменилось заторможенностью и адинамией. НАИБОЛЕЕ подходящая стадия ожоговой болезни,

1. Реконвалесценция.
2. Септикотоксемия.
3. **Ожоговый шок, торпидная фаза.**
4. Острая ожоговая токсемия.

5. Ожоговый шок, эректильная фаза.

342. Больной М. 45 лет. После получения обширного ожога 3А степени. Состояние тяжелое. Профессор при осмотре определил данное состояние как ожоговую токсемию. Каким суткам **СООТВЕТСТВУЕТ** данное состояние?

1. 1-2 сутки.
2. 3-4 сутки.
3. 5-6 сутки.
- 4. 7-8 сутки.**
5. 9-10 сутки.

343. Больная Л. 55 лет, 10-е сутки в стационаре после получения ожога 3А степени. Присоединилась пневмония, в крови высеян стафилококк. Период ожоговой болезни:

1. Ожоговый шок.
2. Ожоговая токсемия.
- 3. Септикотоксемия.**
4. Реконвалесценции.
5. Полиорганная недостаточность.

344. Больной Т. 60 лет. Проведен курс консервативной терапии по поводу ожога бедра без эффекта. Рекомендовано оперативное лечение в виде аутодермопластики. Какая степень ожога у больного?

1. 1.
2. 2.
3. 3А.
- 4. 3Б-4.**

345. Больной Д. 55 лет, работник химической промышленности. Доставлен с клиникой коагуляционного некроза кожи правого предплечья. **НАИБОЛЕЕ** вероятная причина ожога?

1. Щелочь.
2. Бензин.
- 3. Кислота.**
4. Пар.
5. Соли тяжелого металла.

346. У больного С. 50 лет, картина влажного некроза кожи нижней конечности справа. Наиболее вероятная причина ожога?

1. Кислота
- 2. Щелочь**
3. Пар
4. Бензин
5. Соли тяжелого металла.

347. Больной О. 35 лет доставлен в приемное отделение без сознания. При осмотре на правой ладони имеются некротические изменения в диаметре 2-3 см сквозного характера. **НАИБОЛЕЕ** вероятная причина ожога?

1. Пар.
2. Бензин.
3. Щелочь.
- 4. Электроток.**
5. Кислота.

348. Больная У. 48 лет в быту при тушении пожара получила ожог. Врач, осмотревший больную, констатировал гибель всей дермы. Какая эта степень ожога?

1. 1 степень.
2. 2 степень.
3. 3А степень.
- 4. 3Б степень.**
5. 4 степень.

Применение

349. Больной 30 лет через 2 часа после ожоговой травмы. Клиника ожогового шока. Что из предложенных лечебных мероприятий наиболее целесообразно?

1. обработка ожоговой раны.
2. антибиотикотерапия.
- 3. комплекс противошоковых мероприятий.**
4. гемодиализ.
5. гемосорбция.

350. Больной 45 лет находится на лечении в отделении 8 суток по поводу обширного ожога 3А степени; какая это стадия ожоговой болезни?

- 1. стадия токсемии. .**
2. стадия септикотоксемии.
3. стадия шока .
4. стадия реконвалесценции .
5. стадия полиорганной недостаточности.

351. **НАИБОЛЕЕ** эффективные мероприятия при оказании первой доврачебной помощи при отморожении н/конечностей.

- 1. снять обувь, поместить конечности в ванну с температурой 17-18°C, постепенно повышая температуру воды, теплоизолирующие повязки.**
2. растереть пострадавшую конечность снегом, наложить повязку.
3. поместить конечность в горячую (30-40°C) ванну, наложить мазевую повязку.

4. дать горячее питье, массировать пострадавшую конечность.
5. дать алкоголь, иммобилизовать конечность.

352. У больной ожог кожи промежности 3А степени. Выберите **НАИБОЛЕЕ** приемлемый медикамент для обработки ожоговой поверхности.

1. синтомициновая эмульсия.

2. иодонат.
3. борная кислота.
4. спирт этиловый.
5. салициловая кислота.

353. В отделение доставлен пострадавший в тяжелом состоянии с глубоким отморожением н/конечностей. Назначьте лечение:

1. в/в, в/а реополиглюкин, фибринолизин, стрептодеказа, целиаза; в/в гепарин.

2. горячее питье, горячая ванна, массаж.
3. антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия
4. в/в фибриноген, хлористый кальций.
5. гемотрансфузия, плазмаферез.

Вывихи. Переломы.

Запоминание

354. Удельный вес пострадавших с переломами костей среди всех травматологических больных по статистике ВОЗ:

1. 1%
2. 5%
- 3. 7%**
4. 10%
5. 15%

355. Патологические изменения при переломах костей и их сращении **НЕ** включают:

1. Период асептического воспаления
2. Период созревания первичной костной мозоли
3. Период формирования вторичной костной мозоли
- 4. Период эпителизации**
5. Период архитектурной перестройки костной мозоли.

356. Период асептического воспаления продолжается:

1. 1-2 суток.
2. 2-3 суток.
- 3. 7-10 суток.**
4. 11-15 суток.

5. 16-21 суток

357. Первичная костная мозоль формируется в течение:

1. 1-2 недели.
2. 3 недели.
- 3. 4-5 недель**
4. 6 недель
5. 7 недель.

358. Выберите источник формирования костной мозоли.

1. Эпителиальные клетки
- 2. Клетки периоста**
3. Остеокласты
4. Железистые клетки
5. Макрофаги

359. Клинический симптом перелома кости вероятный:

- 1. Боль**
2. Гиперемия
3. Патологическая подвижность
4. Флюктуация
5. Крепитация костных отломков

360. Достоверный клинический симптом перелома кости:

1. Боль
- 2. Патологическая подвижность**
3. Деформация
4. Отек конечности
5. Нарушение функции

361. К транспортным средствам относится:

1. Гипсовая повязка
2. Шина Кузьминского
3. Петля Глиссона
4. Аппарат Илизарова
- 5. Пневматическая шина**

362. К этапам лечения переломов костей не относится:

- 1. Вправление.**
2. Репозиция.
3. Растяжение.
4. Иммобилизация.
5. Стимуляция процессов консолидации.

363. К абсолютным показаниям оперативного лечения переломов костей не относится:
1. Открытые переломы.
 2. **Замедленная консолидация.**
 3. Ложный сустав.
 4. Интерпозиция мягких тканей.
 5. Поперечный диафизарный перелом трубчатой кости.
364. При лечении переломов костей у детей не используют метод:
1. Гипсовых повязок.
 2. **Скелетного вытяжения.**
 3. Лейкопластырного вытяжения.
 4. Гипсовой кровати
 5. Аппаратного вытяжения.
365. Возможное место проведения спиц при скелетном вытяжении:
1. Остистый отросток позвонка
 2. **Пяточная кость**
 3. Диафиз бедра
 4. Передняя верхняя ость подвздошной кости
 5. Лодыжки.
366. Из нижеперечисленных методов лечения переломов к оперативным относится:
1. применение компрессионно-дистракционного остеосинтеза
 2. **интрамедуллярный остеосинтез**
 3. наложение шины Кузьминского
 4. скелетное вытяжение
 5. вытяжение на наклонной плоскости
367. Не мешает сращению перелома кости:
1. Интерпозиция мягких тканей.
 2. Некоррегированное смещение отломков.
 3. Разрушение надкостницы.
 4. **Плотное сопоставление отломков.**
 5. Переломовывих.
368. Смещение отломков при переломах костей не бывает:
1. По длинной оси
 2. По поперечной оси
 3. **Эпифизарным**
 4. Ротационным
 5. Под углом

369. Женщина 58 лет выпала из окна 2-го этажа. Жалуется на боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при попытке сесть или повернуться. Пальпация остистого отростка 1 поясничного позвонка болезненна. Наиболее вероятный диагноз?

1. Компрессионный перелом 1 поясничного позвонка. .

2. Ушиб позвоночника. .
3. Острый посттравматический радикулит. .
4. Отрыв поперечного отростка 1 поясничного позвонка. .
5. Ушиб мягких тканей поясничной области.

370. Обратился больной 30 лет с жалобами на боли в правом плече, которые появились 3 часа назад, когда он, сняв пальто, хотел его повесить на вешалку. Год назад перенес травматический вывих правого плеча. Объективно: вынужденное положение конечности, ступенчатая деформация в области правого плечевого сустава. Движения в суставе невозможны. Наиболее вероятный диагноз?

1. Привычный вывих правого плеча.

2. Плексит справа.
3. Разрыв суставной капсулы правого плечевого сустава.
4. Разрыв связок правого плечевого сустава.
5. Перелом плеча справа.

371. Больной 50 лет упал на ступеньках крыльца, ударился бедром, вызвал скорую помощь. Беспокоят боли в бедре. Встать не может. Правая конечность короче левой на 5 см. Стопа ротирована кнаружи. Бедро деформировано, увеличено в объеме, пальпация его в с/з болезненна. Здесь же определяется патологическая подвижность. Наиболее вероятный диагноз?

1. Закрытый перелом диафиза правого бедра со смещением по длинной оси.

2. Закрытый перелом бедра со смещением под углом.
3. Вывих правого бедра.
4. Переломо-вывих шейки правого бедра.
5. Ушиб мягких тканей правого бедра, межмышечная гематома.

372. Мальчик 14 лет упал на вытянутую левую руку. Беспокоят боли в левой ключице. Объективно отмечается болезненность и припухлость в области левой ключицы. Движения в плечевом суставе ограничено из-за болей. Наиболее вероятный диагноз?

1. разрыв грудино-ключичного сочленения.
2. подкожная гематома левой надключичной области.
3. открытый перелом левой ключицы.
- 4. закрытый перелом левой ключицы.**
5. вывих в грудино-ключичном сочленении слева.

373. Обратился мужчина 67 лет с жалобами на боли в обеих височно-нижнечелюстных суставах, которые появились во время зевоты. При осмотре рот открыт, жевательные мышцы напряжены, щеки уплощены, подбородок вытягивается вперед. Наиболее вероятный диагноз?

1. перелом нижней челюсти.
2. правосторонний вывих нижней челюсти.
- 3. двусторонний вывих нижней челюсти.**
4. привычный вывих нижней челюсти.
5. столбняк, тризм .

374. Больному с вывихом правого бедра врач обезболит и вправит вывих по Кохеру, наложил заднюю гипсовую лонгету. Какое действие было пропущено врачом?

- 1. Он должен был выполнить больному рентгенографию дважды: до и после вправления вывиха.**
2. Врач все сделал правильно.
3. Он должен был выполнить рентгенографию бедра, после чего вправлять вывих.
4. Врач должен был вправить вывих и после этого сделать контрольную рентгенографию.
5. Он должен был наложить циркулярную гипсовую повязку.

375. Доставлена в ППХ женщина 45 лет, попавшая в ДТП. Сознание сохранено. Жалуется на боли в грудной клетке, невозможность сделать вдох из-за болей. При обследовании обнаружено: грудная клетка деформирована за счет западения правой половины. Здесь же на протяжении 2-го-8 ребер по среднеключичной линии болезненность при пальпации, которая распространяется латерально до подмышечных линий. Определяется крепитация костных отломков и подкожная эмфизема. Наиболее вероятный диагноз?

1. ушиб грудной клетки.
2. перелом ребер и грудины
3. закрытый множественный фрагментарный перелом ребер справа
- 4. закрытый множественный фрагментарный перелом ребер справа, осложненный разрывом легкого.**
5. закрытый перелом грудины, ушиб сердца

376. При выезде на место происшествия хирург обследовал пострадавшего; мужчина 32 лет прыгнул с 3-го этажа. Сознание спутанное, положение на спине. При дотрагивании до остистого отростка 1 поясничного позвонка больной стонет, появляется страдальческая гримаса на лице. Движения в верхних конечностях сохранены, в нижних отсутствуют. При покалывании иглой в области стоп – пострадавший не реагирует. Наиболее вероятный диагноз?

1. ушиб позвоночника.

2. закрытый перелом 1-го поясничного позвонка.
- 3. перелом 1-го поясничного позвонка с повреждением вещества спинного мозга.**
4. остеохондроз. Радикулалгия.
5. отрыв остистого отростка первого поясничного позвонка.

377. Пострадавший 53 лет упал, ушиб область бедра справа. Встать самостоятельно не смог. Доставлен машиной скорой помощи. Обследован: в средней трети бедра определяется болезненность и припухлость, здесь же определяется патологическая подвижность. Правое бедро короче левого на 7 см. Наиболее вероятный диагноз?

1. ушиб мягких тканей бедра, гематома.
2. закрытый перелом шейки бедра.
3. вывих правого бедра.
- 4. перелом диафиза бедра со смещением отломков по длине.**
5. перелом диафиза бедра со смещением отломков по ширине.

378. Женщине 38 лет на производстве упал тяжелый предмет на левую голень. Доставлена бригадой скорой помощи. При обследовании установлено: на границе с н/з левой голени имеется большая припухлость и гематома. Голень в области перелома деформирована, ось голени искривлена, стопа ротирована наружу. Укорочение левой голени на 3 см. Здесь же в области припухлости определяется крепитация костных отломков. Наиболее вероятный диагноз?

1. закрытый перелом малоберцовой кости.
2. закрытый перелом большеберцовой кости.
3. ушиб мягких тканей, гематома голени.
- 4. закрытый перелом обеих костей голени.**
5. вывих в голеностопном суставе.

На применение

379. У пострадавшего 53 лет диагностирован перелом диафиза бедра со смещением отломков по длине. Наиболее целесообразный метод лечения в данном случае.

1. одномоментная ручная репозиция под местным обезболиванием, иммобилизация гипсовой лонгетой.
2. лечить методом скелетного вытяжения.
3. применить аппарат Илизарова.
- 4. металлоостеосинтез под наркозом.**
5. кокситная гипсовая повязка.

380. Мужчина 32 лет. ДЗ: компрессионный перелом 1-го поясничного позвонка с повреждением вещества спинного мозга. Наиболее целесообразно применить:

1. вытяжение больного на наклонной плоскости за подмышечные впадины.
2. иммобилизацию с помощью корсетной гипсовой повязки.
3. **оперативное лечение – освободить сдавленный участок спинного мозга, поставить металлическую или костную распорку в проекции сдавления мозга.**
4. симптоматическое лечение.
5. вытяжение больного на наклонной плоскости с использованием петли Глиссона.

381. Мужчина 30 лет. ДЗ: привычный вывих правого плеча. Наиболее целесообразный метод лечения?

1. Вправить вывих, иммобилизовать плечо с помощью повязки Дезо.
2. **оперировать больного – укрепить оперативно связочный аппарат сустава.**
3. оперировать больного – резецировать сустав.
4. применить фиксацию коррегирующим аппаратом.
5. вправить вывих, иммобилизовать плечо с помощью повязки Вельпо.

382. Мальчик 14 лет. ДЗ: закрытый перелом с/з левой ключицы. Выберите метод лечения.

1. А) гипсовая иммобилизация повязкой Дезо.
2. В) операция - остеосинтез.
3. **С) фиксация с помощью ватно-марлевых колец.**
4. D) гипсовая иммобилизация повязкой Вельпо.
5. E) лейкопластырное вытяжение.

383. Женщина 45 лет. ДЗ: закрытый множественный фрагментарный перелом ребер справа, осложненный разрывом легкого. На рентгенограмме в правом синусе жидкость, Предложите наиболее эффективный метод лечения.

1. оперативное лечение – торакотомия, ушивание разрыва легкого.
2. **фиксация фрагментов ребер путем подкожного вытяжения, наблюдение в динамике, вагосимпатическая блокада.**
3. паравертебральная новокаиновая блокада.
4. короткая новокаиновая блокада, фиксация гипсовой повязкой.
5. оперативное лечение – торакотомия, остеосинтез.

**Закрытые повреждения. Повреждения мягких тканей.
Травматический токсикоз. Повреждения внутренних органов и
черепа.**

На запоминание

384. Закрытое повреждение – это:

1. повреждение, сопровождающееся нарушением функций подлежащих органов.
2. повреждение мягких тканей.

3. повреждение, не сопровождающееся нарушением целостности кожи или слизистой оболочки.

4. повреждение, сопровождающееся повреждением подлежащих полых органов.
5. повреждение мышц, сухожилий, костей, кожи.

385. К закрытым повреждениям НЕ относятся:

1. ушиб.
2. сотрясение.
- 3. ушибленная рана.**
4. сдавление.
5. растяжение.

386. В результате медленного и длительного воздействия повреждающей силы возникает следующее повреждение мягких тканей:

1. сотрясение.
2. ушиб.
- 3. сдавление.**
4. разрыв.
5. гематома.

387. Оперативное вмешательство возможно при наличии экстравазата:

1. экхимозы.
2. суггилляции.
3. петехии.
- 4. гематомы.**
5. телеангиоэктазии.

388. Клинический симптом НЕ характерный при ушибе мягких тканей конечности:

1. боль.
2. припухлость.
- 3. гиперемия.**
4. нарушение функций конечности.
5. деформация.

389. В патогенезе травматического токсикоза ведущим фактором является:

1. кровопотеря.
- 2. плазموпотеря.**
3. инфекция.
4. электролитные нарушения.
5. гипоксия.

390. В каком органе при СДС (синдром длительного сдавливания) преобладают анатомо-физиологические нарушения:

1. печени.
2. легких.
- 3. почках.**
4. сердце.
5. поджелудочной железе.

391. При СДС (синдроме длительного сдавливания) в почках нарушены процессы:

1. фильтрации.
2. реабсорбции.
- 3. фильтрации и реабсорбции.**
4. ни фильтрации ни реабсорбции.
5. регенерации.

392. Метаболические электролитные нарушения при СДС (синдроме длительного сдавливания) характеризуются:

1. алкалозом.
- 2. ацидозом, гиперкалиемией.**
3. показатель pH остается в пределах нормы.
4. развитием гипокалиемии.
5. гипохлоремией.

393. В клинике СДС (синдрома длительного сдавливания) отсутствует период:

1. компрессии.
2. посткомпрессии.
- 3. продромальный**
4. период восстановительный.
5. период прогрессирующей почечной недостаточности

394. Наиболее эффективен при СДС (синдроме длительного сдавливания) метод экстракорпоральной детоксикации:

1. гемосорбция.
2. лимфосорбция.
3. плазмоферез.
- 4. гемодиализ.**
5. ксеносорбция.

395. Оперативные пособия, НЕ применяемые при СДС:

1. широкие лампасные разрезы мягких тканей н/конечностей.
2. ампутация н/конечностей.
- 3. лапаротомия.**
4. некрэктомия.
5. некротомия.

396. Трепанация черепа показана при:

1. ушибе головного мозга.
2. сотрясении головного мозга.
3. сдавлении головного мозга субдуральной гематомой.
4. переломе основания черепа.
5. переломе височно-теменной области черепа.

397. Пневмоторакс НЕ бывает:

1. закрытый.
2. открытый.
3. прикрытый.
4. клапанный.
5. тотальный.

398. Воздушная эмболия НЕ развивается при:

1. свище между бронхом и легочной веной.
2. переломах длинных трубчатых костей.
3. ранениях подключичной вены.
4. нарушении техники в/в инфузий.
5. осложненном переломе ключицы.

На понимание

399. Пострадавший мужчина 40 лет час тому назад упал с высоты (дерева), сознание не терял, беспокоят боли в животе. При объективном обследовании: PMS 100 в'. Язык влажный. Живот не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации болезненность в области левого подреберья, где отмечается умеренная мышечная ригидность. В отлогих местах живота отмечается притупление перкуторного звука. Hb 102 г/л. Эр. $3,5 \cdot 10^{12}$. Наиболее вероятный диагноз:

1. перитонит.
2. разрыв селезенки, гемоперитонеум.
3. разрыв полого органа.
4. острой патологии брюшной полости нет.
5. разрыв печени.

400. Женщина 60 лет, упала, спускаясь по лестнице, ушибла правое бедро неделю тому назад. Обратилась к хирургу с жалобами на боли в области правого бедра, припухлость, повышение температуры до $38,5^\circ$. При обследовании хирург обнаружил в с/з правого бедра по наружно передней поверхности болезненность, припухлость, гиперемию, в центре – участок размягчения. Положительный симптом флюктуации, На иболее, вероятен диагноз:

1. абсцесс правого бедра.
2. ушиб мягких тканей правого бедра. Гематома.
3. нагноившаяся гематома правого бедра.

4. посттравматический поверхностный тромбофлебит правого бедра.
5. глубокий тромбофлебит нижних конечностей.

401. Спортсмен – тяжелоатлет поднял штангу на соревнованиях, почувствовал резкую боль в правом плече, невозможность напрягать плечо из-за боли. Доставлен в ППХ. При обследовании хирург обнаружил деформацию в области правого плеча, при пальпации определил дефект в области m.biceps, этот дефект увеличился при просьбе хирурга напрячь мышцы плеча. Наиболее вероятен диагноз:

1. ушиб, гематома правого плеча.
2. разрыв связок плечевого сустава.
- 3. разрыв двуглавой мышцы плеча.**
4. диафизарный перелом правой плечевой кости.
5. растяжение связок плечевого сустава.

402. Спортсмен-футболист обратился к врачу с жалобами на боли в левом коленном суставе, усиливающиеся при спуске по лестнице. Периодически боль усиливается, бывают эпизоды, когда больной, присев на корточки, не может встать самостоятельно. Врач при обследовании обнаружил болезненность при пальпации на уровне суставной щели, ротационные движения в суставе также болезненны. Обнаружено также небольшое количество выпота в полостях сустава. Назовите наиболее вероятный диагноз.

1. разрыв связок левого коленного сустава.
2. ушиб сустава.
- 3. разрыв мениска сустава.**
4. вывих левого коленного сустава.
5. артрит левого коленного сустава.

403. Женщину 50 лет извлекли из-под завала, где она пребывала в течение 10 часов. Беспокоят боли в обеих ногах, нарастающий отек ног, общая слабость. При обследовании: кожные покровы бледные. PMS 100 в'. АД 90/70 мм рт.ст. Кожа ног багрово-синяя, с кровоизлияниями, пузырями. Мягкие ткани ног деревянистой плотности. Что развилось у женщины наиболее вероятно:

1. травматический шок.
2. геморрагический шок.
- 3. травматический токсикоз.**
4. анаэробная инфекция.
5. тромбоз глубоких вен н/конечностей.

404. К нейрохирургу бригада скорой помощи доставила женщину 35 лет с места ДТП. Женщина в сознании. Жалуется на головную боль, тошноту, шум в ушах, женщина рассказала, что будучи пассажиркой в такси, почувствовала резкий удар, столкновение с другим автомобилем, потеряла сознание. При

транспортировке в больницу была рвота. Врач при обследовании очаговой неврологической симптоматики не обнаружил. Что вероятнее всего произошло?

1. ушиб головного мозга.
2. **сотрясение головного мозга.**
3. сдавление головного мозга.
4. перелом основания черепа.
5. вдавленный перелом теменной кости.

405. В ППХ доставлен мужчина 35 лет с места автокатастрофы. В сознании, беспокоит одышка, затрудненное дыхание. При обследовании выявлено: кожные покровы цианотичны, число дыхательных движений 36 в минуту, PS 110 ударов в минуту, грудная клетка ассиметрична, выбухает левая половина ее, где межреберные промежутки увеличены. Над левым легким перкуторный звук коробочный, дыхание не прослушивается. Средостение смещено вправо. Предположительный диагноз:

1. закрытый пневмоторакс.
2. **напряженный пневмоторакс.**
3. ушиб легкого.
4. экссудативный плеврит.
5. гемоторакс.

406. Доставлен мужчина 30 лет из автомастерской, где по неосторожности 1 час тому назад был придавлен машиной к стене гаража. Сознание не терял. PMS 100 в'. Кожные покровы бледные. АД 100/70 мм рт.ст. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует ограниченно – правая половина отстает. При пальпации правого подреберья болезненность. Здесь же определяется мышечное напряжение. Перкуторно-притупление в отлогих местах живота. Hb – 100 г/л. Эp. $3,1 \cdot 10^{12}/л$. О какой патологии можно предположить с большей достоверностью?

1. разрыв селезенки.
2. **разрыв печени.**
3. разрыв полого органа.
4. разрыв поджелудочной железы.
5. разрыв почки.

407. Мужчина 28 лет. Сутки тому назад получил удар тяжелым предметом по голове. Была кратковременная потеря сознания, болела голова. За медицинской помощью не обращался, сегодня резко усилилась головная боль, тошнота, появилась рвота, что было поводом для обращения к врачу. При обследовании обнаружена анизокория, девиация языка, сглаженность носогубной складки справа; во время осмотра врача у больного появились судороги. Больного госпитализировали в нейрохирургическое отделение. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен?

1. ушиб мозга.

2. сотрясение головного мозга.
- 3. сдавление головного мозга, субдуральная гематома.**
4. перелом основания черепа.
5. перелом теменной кости.

408. 5 суток тому назад мальчик 15 лет извлечен из-под завала. Сейчас беспокоит общая слабость, тошнота, сухость во рту, боли в пояснице, отеки на лице, выделяется мало мочи. Нижние конечности отечны, видны пузыри с прозрачным отделяемым. При обследовании обнаружено: ОАК: Нб – 90 г/л. Эр. $3,2 \cdot 10^{12}/л$, креатинин – 300 ммоль/л, калий – 6,0 ммоль/л. Больше оснований поставить следующий период травматического токсикоза:

1. эндогенного шока.
- 2. полиорганной (почечной) недостаточности.**
3. септикотоксемии.
4. компрессии.
5. восстановительного.

На применение

409. У мужчины 40 лет ДЗ: разрыв селезенки, гемоперитонеум. Давность травмы 2 часа тому назад. Что целесообразней предпринять:

1. гемостатическая терапия, гемотрансфузия.
2. лапаротомия, ушивание разрыва, аспирация крови из брюшной полости.
- 3. лапаротомия, спленэктомия, реинфузия.**
4. лапароскопия, аспирация крови из брюшной полости.
5. лапароцентез, дренирование брюшной полости.

410. Женщина 60 лет. ДЗ: нагноившаяся гематома правого бедра. Наиболее эффективное лечение:

1. физиолечение, спиртовые компрессы, антибиотикотерапия.
2. пункция гематомы, аспирация содержимого.
- 3. разрез, санация, дренирование полости гематомы.**
4. иссечение гематомы с последующим наложением глухого шва.
5. пункция гематомы, антибиотикотерапия.

411. Женщина 50 лет, извлеченная 1 час тому назад из-под завала доставлена в ППХ с ДЗ: травматический токсикоз. Выберите правильный вариант лечебных мероприятий:

- 1. тугое бинтование, обкладывание льдом конечностей, противошоковая терапия.**
2. ваго-симпатическая блокада.
3. ампутация конечностей.
4. гемодиализ.
5. широкие лампасные разрезы.

412. Мужчина 28 лет, клинически подозрение на субдуральную гематому, сдавление головного мозга. **НАИБОЛЕЕ** рациональный объем обследования:

1. электроэнцефалография.
2. рентгенография черепа в 2-х проекциях.
- 3. компьютерная томография.**
4. ультразвуковое исследование.
5. доплерография.

413. Мальчик 15 лет. ДЗ: травматический токсикоз. Фаза почечной недостаточности. Выберите **НАИБОЛЕЕ** рациональное лечебное мероприятие:

1. гемотрансфузия.
- 2. гемодиализ.**
3. иммуностимуляция.
4. плазмоферез.
5. лимфосорбция.