

## 1. НАРУЖНОЙ ГРЫЖЕЙ ЖИВОТА НАЗЫВАЮТ

1. выходение внутренних органов из брюшной полости через искусственное отверстие брюшной стенки без париетальной брюшины

2. выходение части органа или целого органа, не покрытые брюшиной, через естественные отверстия

3. выходение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной из брюшной полости через естественные или искусственные отверстия под кожу

4. выходение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной через щели в мышечно-апоневротическом слое тазового дна при целостности кожных покровов

5. внедрение органов брюшной полости в грудную через естественные или искусственные отверстия диафрагмы.

2. Предрасполагающие факторы в развитии наружной грыжи

1. тяжелый физический труд

2. наследственность

3. трудные роды

4. пол

5. возраст

3. Предрасполагающие факторы, способствующие образованию наружной грыжи

1. послеоперационные рубцы

2. частые роды

3. атрофия мышц передней брюшной стенки

4. длительный кашель

5. затрудненное мочеиспускание

4. Производящие факторы в развитии наружной грыжи живота

1. наследственность

2. трудные роды

3. пол

4. запоры

5. длительный кашель

5. Производящие факторы, способствующие возникновению грыжи

1. затрудненное мочеиспускание

2. тяжелый физический труд

3. атрофия мышц передней брюшной стенки

4. быстрое похудание

5. травма брюшной стенки

6. Элементы грыжи

1. устье грыжевого мешка

2. грыжевой мешок

3. грыжевые ворота

4. содержимое грыжевого мешка

5. грыжевая вода

7. Виды грыж в зависимости от анатомического расположения

1. мечевидного отростка

2. послеоперационные

3. врожденные

4. промежностные

5. боковые грыжи живота

8. Слабость \_\_\_\_\_ пахового канала играет важную роль в развитии прямой паховой грыжи

1. передней стенки

2. задней стенки

3. верхней стенки

4. нижней стенки

5. всех стенок

9. Косая паховая грыжа развивается вследствие слабости \_\_\_\_\_ пахового канала

1. передней стенки

2. задней стенки

3. верхней стенки

4. нижней стенки

5. всех стенок

10. В стационар поступил больной с паховой грыжей. при пальпации грыжевого выпячивания ощущается дольчатое строение мягкой консистенции, а при перкуссии определяется

притупление перкуторного звука. Определите содержимое грыжевого мешка.

1. петли тонкого кишечника

2. слепая кишка

3. большой сальник

4. сигмовидная кишка

5. поджелудочная железа

11. У больного с пупочной грыжей при пальпации грыжевого выпячивания ощущается образование эластичной консистенции, а при перкуссии определяется тимпанический звук. Определите содержимое грыжевого мешка

1. мочевого пузыря

2. кишечник

3. поджелудочная железа

4. большой сальник

5. печень

12. <Грыжевой водой> называется жидкость, содержащаяся в \_\_\_\_\_.

1. просвете ущемленной кишки

2. брюшной полости

3. грыжевом мешке

4. тканях, окружающих грыжевой мешок

5. мошонке

13. По клиническому течению различают следующие виды грыж

1. вправимые

2. невправимые

3. травматические

4. грыжи с явлениями воспаления

5. Послеоперационные

14. В зависимости от клинического течения выделяют следующие виды грыж

1. боковые грыжи живота

2. грыжи с явлениями ущемления

3. грыжи от усилия

4. грыжи с явлениями копростазы

5. врожденные грыжи

15. Характерный симптом наружной грыжи живота:

1. <гробовой тишины>

2. <рубашки>

3. <Обуховской больницы>

4. <кашлевого толчка>

5. <френикус>

16. Характерные признаки косой паховой грыжи:

1. грыжевой мешок располагается медиальнее от семенного канатика

2. грыжевой мешок располагается кнаружи от семенного канатика

3. содержимое грыжевого мешка не опускается в мошонку

4. содержимое грыжевого мешка опускается в мошонку

5. грыжевое выпячивание находится под паховой связкой

17. Характерные признаки прямой паховой грыжи:

1. грыжевой мешок располагается медиальнее от семенного канатика

2. грыжевой мешок располагается кнаружи от семенного канатика

3. выходит через наружную паховую ямку

4. выходит через медиальную паховую ямку

5. грыжевое выпячивание имеет округлую форму и располагается под паховой связкой

18. Метод исследования, позволяющий дифференцировать пахово-мошоночную грыжу от гидроцеле

1. экскреторная урография

2. пункционная биопсия

3. диафаноскопия

4. ирригоскопия

5. колоноскопия

19. Виды ущемлений грыж

1. эластическое ущемление

2. ретроградное ущемление

3. гартмановское ущемление

4. рихтеровское ущемление

5. обуховское ущемление

20. Клинические признаки ущемленной грыжи
1. внезапное начало
  2. резкие боли в области грыжевого выпячивания
  3. выраженный симптом «кашлевого толчка»
  4. признаки острой кишечной непроходимости
  5. невраправимость грыжевого выпячивания в брюшную полость
21. Тактика врача при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи
1. лапаротомия и ревизия кишечника
  2. экстренная операция – грыжесечение
  3. экстренная лапароскопия
  4. наблюдение больного в хирургическом стационаре
  5. отправить больного домой с рекомендацией явиться через 1 сутки
22. Экстренная операция выполняется при \_\_\_\_\_ грыже.
1. скользящей
  2. разущемившейся
  3. послеоперационной вентральной многокамерной
  4. ущемленной
  5. Невправимой
23. Критерием скользящей грыжи является:
1. участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенного органа
  2. участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально расположенного органа
  3. участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного органа
  4. наличие грыжевой воды в грыжевом мешке
  5. отсутствие грыжевого содержимого
24. Паховая грыжа наиболее часто встречается:
1. у женщин
  2. у мужчин
  3. у детей
  4. у беременных женщин
  5. у послеоперационных больных
25. Осложнениями наружных грыж живота являются:
1. ущемление
  2. синдром Лериша
  3. невраправимость
  4. перитонит
  5. болезнь Гиршпрунга
26. Осложнения грыжи
1. холелитаз
  2. копростаз
  3. холедохолитиаз
  4. механическая желтуха
  5. воспаление
27. Ретроградным ущемлением называют:
1. ущемление послеоперационной вентральной грыжи
  2. ущемление врожденной грыжи
  3. ущемление части кишечной стенки
  4. грыжи, когда в грыжевом мешке расположены несколько неизмененных кишечных петель, а связующие их ущемленные петли кишечника находятся в брюшной полости
  5. грыжи, в которых одной из стенок грыжевого мешка является орган
28. Назовите вид ущемления, если в грыжевом мешке расположены несколько неизмененных кишечных петель, а связующие их ущемленные петли кишечника находятся в брюшной полости:
1. эластическое ущемление
  2. грыжа Литтре
  3. ретроградное ущемление
  4. рихтеровское ущемление
  5. каловое ущемление
29. Рихтеровское ущемление – это:
1. разущемившаяся послеоперационная вентральная грыжа
  2. ущемление врожденной паховой грыжи
  3. грыжи, когда в грыжевом мешке расположены несколько кишечных петель, а связующие их ущемленные петли кишечника находятся в брюшной полости
4. ущемление части кишечной стенки, противоположная линии прикрепления брыжейки
5. ущемление многокамерной послеоперационной грыжи
30. Назовите вид ущемления, если ущемляется только часть кишечной стенки, противоположная линии прикрепления брыжейки:
1. эластическое ущемление
  2. грыжа Литтре
  3. ретроградное ущемление
  4. рихтеровское ущемление
  5. каловое ущемление
31. Термином <грыжа Рихтера> обозначается:
1. паховая грыжа
  2. бедренная грыжа
  3. воспаление грыжевого мешка
  4. пристеночное ущемление кишечника
  5. Невправимость
32. Грыжа Литтре – это:
1. ретроградное ущемление кишечника
  2. пристеночное ущемление кишечника
  3. ущемление дивертикула Меккеля
  4. эластическое ущемление
  5. каловое ущемление
33. При ущемлении тонкого кишечника развивается следующий вид острой кишечной непроходимости:
1. инвагинация
  2. паралитическая кишечная непроходимость
  3. спастическая кишечная непроходимость
  4. странгуляционная кишечная непроходимость
  5. обтурационная кишечная непроходимость
34. Критерии оценки жизнеспособности кишки при ущемленной грыже:
1. цвет серозной оболочки кишки
  2. перистальтика кишечника
  3. пульсация сосудов брыжейки
  4. наличие грыжевой воды
  5. блеск серозной оболочки кишечника
35. Факторы, способствующие образованию послеоперационных грыж:
1. нагноение раны
  2. парез кишечника в послеоперационном периоде
  3. заживление послеоперационной раны первичным натяжением
  4. нарушение иннервации брюшной стенки
  5. бронхопневмония, развившаяся после операции
36. К специальным физикальным методам исследования при наружных грыжах живота относятся:
1. пальпация
  2. перкуссия
  3. аускультация
  4. определение грыжевых ворот
  5. определение симптома «кашлевого толчка»
37. В грыжевом мешке часто обнаруживаются \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_.
1. мочевой пузырь
  2. слепая кишка
  3. большой сальник
  4. сигмовидная кишка
  5. +петли тонкого кишечника
38. Грыжи по происхождению бывают
1. вправимые
  2. врожденные
  3. невраправимые
  4. грыжи с явлениями копростаз
  5. приобретенные
39. Редкие виды грыж
1. паховые грыжи
  2. бедренные грыжи
  3. промежностные грыжи
  4. пупочные грыжи
  5. седалищные грыжи
40. Скользящей грыжей называют:

1. грыжи, у которой одной из стенок грыжевого мешка составляет орган
2. грыжи, образующиеся в области послеоперационного рубца
3. грыжи, когда в грыжевом мешке расположены несколько кишечных петель
4. грыжи с несколькими грыжевыми мешками
5. врожденные вправимые грыжи
41. При скользящей грыже частью стенки грыжевого мешка могут быть:
  1. мочевого пузыря
  2. желудок
  3. тонкий кишечник
  4. часть восходящей ободочной кишки
  5. часть поперечно ободочной кишки
42. В грыжевом мешке различают:
  1. ворота
  2. шейку
  3. брыжейку
  4. тело
  5. дно
43. В состав илеоцекального отдела желудочно-кишечного тракта входят:
  1. терминальный отдел подвздошной кишки
  2. червеобразный отросток
  3. восходящая ободочная кишка
  4. слепая кишка
  5. баугиниева заслонка
44. Возможные варианты расположения червеобразного отростка в брюшной полости:
  1. ретроцекальное
  2. ретроректальное
  3. подпеченочное
  4. ретроперитонияльное
  5. интрамуральное
45. Укажите на варианты расположения червеобразного отростка:
  1. ретроцекальное
  2. ретроректальное
  3. подпеченочное
  4. ретроперитонияльное
  5. медиальное
46. Этиологические факторы острого аппендицита:
  1. дисфагия
  2. хронические заболевания желудочно-кишечного тракта
  3. холемия
  4. ангионевротические нарушения
  5. гормональные нарушения в организме
47. Причины развития острого аппендицита:
  1. глистная инвазия
  2. хронические заболевания желудочно-кишечного тракта
  3. дисгормональные нарушения в организме
  4. инородные тела в полости червеобразного отростка
  5. пищевая аллергия
48. В основе патогенеза острого аппендицита лежит:
  1. нарушение перистальтики кишечника
  2. инфекционный процесс
  3. аллергический компонент
  4. влияние глистной инвазии
  5. нейрорефлекторные нарушения
49. Деструктивные формы острого аппендицита:
  1. острый флегмонозный аппендицит
  2. аппендикулярный инфильтрат
  3. периаппендикулярный абсцесс
  4. острый гангренозный аппендицит
  5. острый перфоративный аппендицит
50. Осложнения острого аппендицита:
  1. аппендикулярная колика
  2. аппендикулярный инфильтрат
  3. острый гангренозный аппендицит
  4. перитонит
  5. пилефлебит
51. К осложнениям острого аппендицита относятся:
  1. аппендикулярная колика
  2. перивезикальный инфильтрат
  3. острый гангренозный аппендицит
  4. пилефлебит
  5. сепсис
52. После приступа острого аппендицита может развиться \_\_\_\_\_
  1. хронический абортивный аппендицит
  2. хронический резидуальный аппендицит
  3. первично-хронический аппендицит
  4. вторично-хронический аппендицит
  5. хронический рецидивирующий аппендицит
53. Формы хронического аппендицита:
  1. первично-хронический аппендицит
  2. вторично-хронический аппендицит
  3. хронический резидуальный аппендицит
  4. хронический рецидивирующий аппендицит
  5. хронический абортивный аппендицит
54. Клинические симптомы острого аппендицита:
  1. Раздольского
  2. Ортнера-Грекова
  3. Бартомье-Михельсона
  4. Мерфи
  5. Мюсси-Георгиевского
55. Для острого аппендицита характерны следующие симптомы:
  1. Куллена
  2. Кохера-Волковича
  3. Спигарного
  4. Ровзинга
  5. Керте
56. Специфические симптомы острого аппендицита:
  1. Ситковского
  2. Склярова
  3. Кюммеля
  4. Образцова
  5. Ортнера
57. Какой симптом острого аппендицита наблюдается чаще при ретроперитонияльном расположении червеобразного отростка?
  1. Образцова
  2. Ровзинга
  3. Ситковского
  4. Бартомье-Михельсона
  5. Раздольского
58. При остром аппендиците симптом Кохера-Волковича характеризуется:
  1. усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью
  2. перемещением болей с окологрудиной области в правое подреберье
  3. перемещением болей с эпигастральной области в правую подвздошную область
  4. усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине
  5. усилением болей в правой подвздошной области при глубокой пальпации этой области в положении больного на левом боку
59. При остром аппендиците симптом Раздольского характеризуется:
  1. усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью при положении больного на спине
  2. усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине
  3. перемещением болей с окологрудиной области в правую подвздошную область
  4. перемещение болей с эпигастральной области в правую подвздошную область
  5. усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку
60. При остром аппендиците симптом Ровзинга характеризуется:

1. усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью
2. усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине
3. перемещением болей с околопупочной области в эпигастрий
4. перемещение болей с эпигастральной области в правую подвздошную область
5. усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку
61. При остром аппендиците симптом Ситковского характеризуется:
  1. усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью
  2. перемещением болей с околопупочной области в правую подвздошную область
  3. усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине
  4. усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку
  5. усилением болей в правой подвздошной области при перемене положения больного со спины на левый бок
62. При остром аппендиците симптом Кюммеля характеризуется:
  1. усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью
  2. перемещением болей с околопупочной области в правую подвздошную область
  3. перемещением болей с эпигастральной области в правую подвздошную область
  4. усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине
  5. усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку
63. При остром аппендиците симптом Бартомье-Михельсона характеризуется:
  1. усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью
  2. перемещением болей с околопупочной областью в правую подвздошную область
  3. перемещение болей с эпигастральной области в правую подвздошную область
  4. усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине
  5. усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку
64. При остром аппендиците симптом Образцова характеризуется:
  1. усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью
  2. усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области и при поднимании больным выпрямленную правую ногу
  3. перемещение болей с эпигастральной области в правую подвздошную область
  4. усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине
  5. усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку
65. Клинические признаки острого аппендицита:
  1. многократная рвота и понос
  2. перемещение болей с эпигастральной области в правую подвздошную область
  3. боли в животе опоясывающего характера
  4. боли в правой подвздошной области с иррадиацией в наружные половые органы и промежность
5. боль в правой подвздошной области без иррадиации и субфебрильная температура
66. Особенности течения острого аппендицита у детей:
  1. боли в животе выражены незначительно
  2. многократная рвота и понос
  3. разлитая боль по всему животу
  4. температура тела нормальная
  5. температура тела высокая
67. Особенности течения острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста:
  1. бурное течение заболевания
  2. частое развивается разлитой перитонит
  3. стертость клинической картины заболевания
  4. часто развивается аппендикулярный инфильтрат
  5. защитное напряжение мышц брюшной стенки не определяется
68. Симптом Ровзинга наиболее характерен для:
  1. перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки
  2. острого холецистита
  3. острого панкреатита
  4. острого аппендицита
  5. острой кишечной непроходимости
69. При каком хирургическом заболевании наблюдается симптом Раздольского?
  1. остром аппендиците
  2. остром холецистите
  3. остром панкреатите
  4. острой кишечной непроходимости
  5. ущемленной грыже
70. Симптом Ситковского определяется при:
  1. тромбозе мезентериальных сосудов
  2. паралитической кишечной непроходимости
  3. перитоните
  4. спастической кишечной непроходимости
  5. остром аппендиците
71. Симптом «рубашки» определяется при
  1. механической желтухе
  2. внутреннем геморрое
  3. остром аппендиците
  4. язвенном кровотечении
  5. остром парапроктите
72. Дифференциальная диагностика острого аппендицита проводится со следующими заболеваниями
  1. перфоративная язва двенадцатиперстной кишки
  2. болезнь Гиршпрунга
  3. синдром Меллори-Вейса
  4. правосторонняя трубная беременность
  5. острый тромбоз мезентериальных сосудов
73. С какими из указанных заболеваний наиболее трудно проводить дифференциальную диагностику при остром аппендиците?
  1. правосторонняя плевропневмония
  2. ущемленная паховая грыжа
  3. перфоративная язва двенадцатиперстной кишки
  4. болезнь Крона
  5. острый панкреатит
74. Каким из указанных заболеваний трудно проведение дифференциальной диагностики острого аппендицита?
  1. правосторонней почечной коликой
  2. острым холециститом
  3. дивертикулитом Меккеля
  4. острой кишечной непроходимостью
  5. желудочно-кишечным кровотечением
75. Укажите с какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику острого аппендицита:
  1. перфоративная язва 12-перстной кишки
  2. Язвенная болезнь ДПК, осложненная кровотечением
  3. Синдром Меллори-Вейса
  4. Трещина анального канала
  5. острый тромбоз мезентериальных сосудов

76. Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику острого аппендицита:
1. Правосторонняя трубная беременность
  2. Цирроз печени
  3. Мочекаменная болезнь
  4. Рак большого дуоденального сосочка
  5. геморрой
77. При проведении дифференциальной диагностики между острым панкреатитом и острым аппендицитом в пользу последнего имеют значения следующие симптомы:
1. Керте
  2. Кохера-Волковича
  3. Ровзинга
  4. Мондора
  5. Образцова
78. При проведении дифференциальной диагностики между острым холециститом и острым аппендицитом в пользу последнего имеют значения следующие симптомы:
1. Ситковского
  2. Ортнера
  3. Мерфи
  4. Раздольского
  5. Кера
79. При трудных диагностических ситуациях с целью окончательной установки диагноза «острый аппендицит» применяется \_\_\_\_\_.
1. лапароцентез
  2. УЗИ
  3. лапароскопия
  4. колоноскопия
  5. ЭРХПГ
80. Какое осложнение острого аппендицита наиболее часто наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста?
1. сепсис
  2. пилефлебит
  3. перитонит
  4. аппендикулярный инфильтрат
  5. периаппендикулярный абсцесс
81. Какое осложнение острого аппендицита наиболее часто наблюдается у детей?
1. разлитой перитонит
  2. пилефлебит
  3. сепсис
  4. аппендикулярный инфильтрат
  5. периаппендикулярный абсцесс
82. Противопоказанием к аппендэктомии является:
1. инфаркт миокарда
  2. наличие у больных психических отклонений
  3. аппендикулярный инфильтрат
  4. беременные женщины
  5. больные в глубокой старости
83. Тактика врача при аппендикулярном инфильтрате
1. госпитализация больного в колопроктологическое отделение+выполнение экстренной операции
  2. госпитализация больного в терапевтическое отделение+консервативное лечение
  3. госпитализация больного в хирургическое отделение+консервативное лечение
  4. больной не госпитализируется+проведение вакцинации в поликлинике
  5. больному специальное лечение не проводится+наблюдение в поликлинике
84. Состав консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата
1. антибиотикотерапия
  2. химиотерапия
  3. витаминотерапия
  4. дезинтоксикационную терапия
  5. лучевую терапия
85. Исходы аппендикулярного инфильтрата
1. малигнизация
  2. рассасывание
  3. стенозирование
  4. абсцедирование
  5. переход в хроническую форму
86. Сроки для выполнения аппендэктомии в плановом порядке после перенесенного аппендикулярного инфильтрата
1. 1 мес.
  2. 2-3 мес.
  3. 5-6 мес.
  4. 8-10 мес.
  5. 1 год
87. Возможные осложнения после аппендэктомии:
1. инфильтрат послеоперационной раны
  2. нагноение послеоперационной раны
  3. кровотечение из раны брюшной стенки
  4. лигатурные свищи
  5. развитие аппендикулярного инфильтрата
88. Суточное количество желчи, поступающее за сутки в кишечник
1. 300 мл
  2. 500 мл
  3. 700-1000 мл
  4. 1000-1200 мл
  5. 1500 мл
89. Функция желчного пузыря:
1. депонирование и концентрация желчи
  2. синтез и выделение желчных кислот
  3. создание гипертензии во внепеченочных желчных путях
  4. активация холестерина и желчных кислот
  5. образование связанного билирубина
90. Холедох имеет следующие отделы:
1. супрадуоденальный
  2. интрадуоденальный
  3. ретродуоденальный
  4. панкреатический
  5. интрамуральный
91. Нормальный диаметр общего желчного протока в норме составляет:
1. 0,3-0,5 см
  2. 0,5-1,0 см
  3. 1,2-1,5 см
  4. 1,5 -1,8 см
  5. 1,8 -2,0 см
92. Треугольник кало образован следующими анатомическими образованиями:
1. общей печеночной артерией, желчным пузырем, печенью
  2. желчным пузырем, холедохом, двенадцатиперстной кишкой
  3. пузырной артерией, пузырным протоком, общим печеночным протоком
  4. общей печеночной артерией, пузырной артерией, карманом Гартмана
  5. общей печеночной артерией, собственной печеночной артерией, печенью
93. В состав желчи входят
1. вода
  2. желчные соли
  3. желчные кислоты
  4. холецистокинин
  5. холестерин
94. Компоненты желчи, составляющие <холесто-холестериновый индекс>
1. билирубин
  2. холестерин
  3. вода
  4. желчные кислоты
  5. пигменты
95. Нормальные уровни общего билирубина в крови
1. 8,0-20,5 мкмоль/л
  2. 20,5-25,0 мкмоль/л
  3. 25,0-30,0 мкмоль/л
  4. 31,0-35,0 мкмоль/л
  5. 25,0- 40,0 мкмоль/л
96. Укажите когда желчь называют литогенной?

1. при снижении уровня холестерина
  2. при повышении уровня желчных кислот
  3. при повышении уровня холестерина
  4. при повышении лецитина
  5. при снижении активности липазы
97. Лабораторный показатель, подтверждающий механическую желтуху
1. высокий уровень непрямого билирубина в крови
  2. высокий уровень прямого билирубина в крови
  3. высокий уровень холестерина
  4. высокий уровень АЛТ и АСТ
  5. повышение стеркобилина в кале
98. Для исследования желчного пузыря и желчевыводящих протоков широко применяются
1. компьютерная томография
  2. медиасинография
  3. спирография
  4. ирригоскопия
  5. УЗИ
99. Метод исследования, позволяющий уточнить причину механической желтухи
1. УЗИ
  2. лапароцентез
  3. РХПГ
  4. обзорная рентгенография брюшной полости
  5. лапароскопия
100. Наиболее распространенный метод инструментального исследования при холелитиазе (ЖКБ):
1. лапароскопия
  2. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
  3. ирригоскопия
  4. УЗИ
  5. ФГДС
101. Факторы, способствующие образованию камней в желчном пузыре
1. тромбоз мезентеральных сосудов
  2. нарушение обмена веществ в организме
  3. синдром Мэллори-Вейса
  4. хроническая инфекция стенки желчного пузыря
  5. застой желчи в желчном пузыре
102. Предрасполагающие факторы желчнокаменной болезни
1. наследственность
  2. дискинезия желчевыводящих протоков
  3. синдром Лериша
  4. атрезия внепеченочных желчевыводящих протоков
  5. эндокринные заболевания
103. К факторам камнеобразования в желчном пузыре относятся:
1. гиподинамия
  2. желчная гипертензия
  3. возраст
  4. пол
  5. язва желудка
104. Острый обтурационный холецистит развивается вследствие \_\_\_\_\_.
1. рака большого дуоденального сосочка
  2. нарушения обмена веществ в печени
  3. стриктуры терминального отдела холедоха
  4. закупорки камнем шейки желчного пузыря
  5. застоя желчи в желчном пузыре
105. Осложнения острого обтурационного холецистита
1. перивезикальный инфильтрат
  2. рак желчного пузыря
  3. эмпиема желчного пузыря
  4. цирроз печени
  5. перфорация желчного пузыря
106. Укажите деструктивные формы острого холецистита:
1. острый флегмонозный холецистит
  2. деформация желчного пузыря
  3. водянка желчного пузыря
  4. острый гангренозный холецистит
  5. острый перфоративный холецистит
107. Укажите на возможные осложнения в желчном пузыре при хроническом рецидивирующем течении холецистита:
1. перивезикальный инфильтрат
  2. деформация желчного пузыря
  3. эмпиема желчного пузыря
  4. водянка желчного пузыря
  5. рак желчного пузыря
108. Холелитиазом называют \_\_\_\_\_.
1. рубцово-стенотические изменения желчевыводящих протоков
  2. наличие камней в желчных протоках
  3. острое воспаление стенки холедоха
  4. наличие камней в желчном пузыре
  5. деформация желчного пузыря
109. Холедохолитиаз называют \_\_\_\_\_.
1. деформация желчного пузыря
  2. острое воспаление стенки холедоха
  3. хроническое воспаление стенки желчных протоков
  4. наличие камней в желчных протоках
  5. стриктура терминального отдела холедоха
110. Осложнением холедохолитиаза является:
1. киста печени
  2. синдром Курвазье
  3. рак желчного пузыря
  4. рак головки поджелудочной железы
  5. холангит
111. Клинические признаки холангита:
1. интоксикация, повышенная температура тела, рвота
  2. боли в правом подреберье, наличие желтухи, озноб
  3. общая слабость, увеличение печени, дисфагия
  4. внезапное начало, повышение температуры, увеличение селезенки
  5. определение увеличенного безболезненного желчного пузыря, желтуха, диарея
112. Причины механической желтухи
1. холелитиаз
  2. холедохолитиаз
  3. сморщивание желчного пузыря
  4. обтурация пузырного протока
  5. стриктура терминального отдела общего желчного протока
113. Клинические признаки, характерные для механической желтухи
1. обесцвеченный кал
  2. дисфагия
  3. диарея
  4. темно-коричневый цвет мочи
  5. билирубинемия
114. У больной Н. 2 года назад выявлена желчнокаменная болезнь. При поступлении в стационар предъявляет жалобы на боли в правом подреберье, обесцвечивание кала и потемнение цвета мочи. На биохимическом анализе крови уровень билирубина 122,5 мкмоль/л. Определите осложнение ЖКБ у данного пациента.
- 1) цирроз печени
  - 2) рак большого дуоденального сосочка
  - 3) рак желчного пузыря
  - 4) механическая желтуха
  - 5) холемическое кровотечение
115. Типичная клиническая картина механической желтухи:
1. желтушность кожных покровов, повышенная температура тела
  2. билирубинемия, повышение температуры тела
  3. мелена, рвота
  4. болевой синдром, темный цвет мочи, цианоз живота
  5. холемия, ахолия, желтушность склер и кожных покровов
116. Укажите на осложнения механической желтухи, угрожающие жизни больного:
1. парез кишечника
  2. печеночная недостаточность

3. дуоденогастральный рефлюкс
4. холемическое кровотечение
5. образование внутреннего свища
117. Синдром Курвуазье определяется при
  1. паралитической кишечной непроходимости
  2. ущемленной грыже
  3. аппендикулярном инфильтрате
  4. злокачественной опухоли головки поджелудочной железы
  5. циррозе печени
118. Под синдромом Курвуазье подразумевается:
  1. цирротические изменения печени
  2. безболезненное увеличение желчного пузыря на фоне желтухи
  3. резко болезненный, увеличенный желчный пузырь
  4. увеличенный, безболезненный желчный пузырь без признаков желтухи
  5. желтуха после холецистэктомии
119. Клинические симптомы острого холецистита
  1. Мюсси-Георгиевского
  2. Ортнера-Грекова
  3. Бартомье-Михельсона
  4. Мерфи
  5. Керте
120. Основные симптомы острого холецистита
  - 1) Мондор
  - 2) Мерфи
  - 3) Куллен
  - 4) Керте
  - 5) +Кер
121. Симптом Ортнера-Грекова при остром холецистите характеризуется
  1. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы
  2. усилением болей в правом подреберье при поколачивании по правой реберной дуге
  3. резкой болезненностью при надавливании на точку проекции дна желчного пузыря
  4. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  5. исчезновением пульсации брюшной аорты в эпигастральной области
122. Симптом Мюсси-Георгиевского при остром холецистите характеризуется
  1. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа
  2. резкой болезненностью при поколачивании по правой реберной дуге
  3. резкой болезненностью при надавливании на точку проекции дна желчного пузыря
  4. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  5. исчезновением пульсации брюшной аорты в эпигастральной области
123. <Френикус> симптом, определяющийся при остром холецистите по другому называется симптомом
  1. Ортнера-Грекова
  2. Мюсси-Георгиевского
  3. Мерфи
  4. Кера
  5. Боткина
124. Симптом Кера при остром холецистите характеризуется
  1. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы
  2. резкой болезненностью при поколачивании по правой реберной дуге
  3. резкой болезненностью при надавливании на точку проекции дна желчного пузыря
  4. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  5. исчезновением пульсации брюшной аорты в эпигастральной области
125. Симптом Мерфи при остром холецистите характеризуется
  1. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы
  2. резкой болезненностью при поколачивании по правой реберной дуге
  3. резкой болезненностью при надавливании на точку проекции дна желчного пузыря
  4. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  5. исчезновением пульсации брюшной аорты в эпигастральной области
1. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы
2. резкой болезненностью при поколачивании по правой реберной дуге
3. усилением болей при надавливании на точку проекции дна желчного пузыря и одновременном глубоком акте дыхания
4. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
5. исчезновением пульсации брюшной аорты в эпигастральной области
126. Симптом Боткина при остром холецистите характеризуется
  1. болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы
  2. резкой болезненностью при поколачивании по правой реберной дуге
  3. резкой болезненностью при надавливании на точку проекции дна желчного пузыря
  4. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  5. боли в правом подреберье иррадируют в область сердца
127. Билио-кардиальный синдром, характерный для острого холецистита, по другому называется симптомом
  - 1) Мюсси-Георгиевского
  - 2) Кера
  - 3) Мерфи
  - 4) Боткина
  - 5) Керте
128. При дифференциальной диагностике от острого аппендицита следует использовать следующие симптомы, характерные для острого холецистита:
  1. Мюсси-Георгиевского
  2. Ортнера-Грекова
  3. Бартомье-Михельсона
  4. Мерфи
  5. Кохера-Волковича
129. Консервативные методы лечения ЖКБ
  1. лапароскопия
  2. лапароскопическая холецистэктомия
  3. холелитолитизис
  4. эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ)
  5. холелитотрипсия
130. Противопоказания к операции при неосложненной ЖКБ
  1. беременность
  2. инфаркт миокарда
  3. холедохолитиаз
  4. механическая желтуха
  5. старческий возраст больного с признаками сердечно-легочной недостаточности
131. Показанием к экстренной операции при остром холецистите является:
  1. хронический рецидивирующий холецистит
  2. желчная колика
  3. острый холецистопанкреатит с синдромом желтухи
  4. острый холецистит без признаков перитонита
  5. острый холецистит с клинической картиной перитонита
132. Для консервативного лечения острого холецистита применяются
  1. спазмолитики
  2. инфузионная терапия
  3. химическая терапия
  4. протеолитические ферменты
  5. антибиотики
133. Контрастные вещества, применяющиеся для исследования желчевыводящих протоков
  1. омниopak
  2. верографин
  3. барий
  4. сорбифер
  5. гипак
134. Показания к интраоперационной холангиографии:
  1. острый деструктивный холецистит
  2. расширение холедоха более 1,0 см в диаметре
  3. желтуха до операции и в анамнезе

4. острый панкреатит
5. холедохолитиаз установленный до операции
135. Что означает термин «холедохолитотомия»?
1. вскрытие просвета холедоха
  2. дренирование холедоха
  3. вскрытие просвета холедоха и удаления камней из него
  4. наложение анастомоза между холедохом и дуоденум
  5. наложение глухого шва на холедох
136. Осложнения после холецистэктомии
1. инфильтрат послеоперационной раны
  2. нагноение послеоперационной раны
  3. обтурация пузыря протока
  4. лигатурные свищи
  5. развитие перивезикального инфильтрата
137. Симптом Ортнера-Грекова определяется при \_\_\_\_\_
1. остром аппендиците
  2. остром панкреатите
  3. острой кишечной непроходимости
  4. остром холецистите
  5. перфоративной язве ДПК
138. Симптом Мюсси-Георгиевского характерен для \_\_\_\_\_
1. перитонита
  2. острого панкреатита
  3. острой кишечной непроходимости
  4. острого холецистита
  5. перфоративной язвы желудка
139. Симптом Мерфи характерен для \_\_\_\_\_
1. острого парапроктита
  2. острого холецистита
  3. острой кишечной непроходимости
  4. острого панкреатита
  5. механической желтухи
140. Положительный симптом Керра характерен для \_\_\_\_\_
1. острого холецистита
  2. острого панкреатита
  3. острой кишечной непроходимости
  4. острого аппендицит
  5. желудочно-кишечного кровотечения
141. Билио-кардиальный синдром определяется при \_\_\_\_\_
1. остром аппендиците
  2. остром панкреатите
  3. остром холецистите
  4. острой странгуляционной непроходимости
  5. перфоративной язве ДПК
142. Стол, назначаемый при ЖКБ и холецистите
1. 1
  2. 5
  3. 9
  4. 15
  5. 4
143. Виды острой кишечной непроходимости по уровню препятствия
- 1) полная
  - 2) частичная
  - 3) тонкокишечная
  - 4) толстокишечная
  - 5) хроническая
144. Виды острой кишечной непроходимости по клиническому течению
1. полная
  2. частичная
  3. подострая
  4. высокая
  5. низкая
145. Виды острой кишечной непроходимости по механизму возникновения
1. низкая
  2. механическая
  3. частичная
4. динамическая
5. высокая
146. Виды механической кишечной непроходимости
1. спастическая
  2. обтурационная
  3. паралитическая
  4. странгуляционная
  5. инвагинация
147. К смешанной форме кишечной непроходимости относятся
1. заворот кишечника
  2. инвагинация
  3. ущемление петель кишечника в грыжевых воротах
  4. инфильтративный рак кишечника
  5. спаечная кишечная непроходимость
148. Виды динамической кишечной непроходимости
1. спастическая
  2. обтурационная
  3. паралитическая
  4. странгуляционная
  5. инвагинация
149. Причины обтурационной кишечной непроходимости:
1. желчные камни
  2. новообразования, исходящие из соседних органов
  3. заворот кишечной петли вокруг своей оси
  4. ущемление кишечных петель в грыжевых воротах
  5. инородные тела
150. Этиологические факторы обтурационной кишечной непроходимости:
1. рубцовые изменения стенки кишечника
  2. при инородных телах желудочно-кишечного тракта
  3. при отравлении солями тяжелых металлов
  4. кисты соседних органов
  5. при закрытых травмах брюшной полости
151. Причины странгуляционной кишечной непроходимости
1. парез кишечника
  2. узлообразование
  3. ущемление кишечной петли в грыжевых воротах
  4. опухоль кишечника
  5. заворот кишечника
152. Признаки паралитической кишечной непроходимости
1. непостоянные боли в животе
  2. задержка стула и газов
  3. частый, жидкий стул
  4. постоянные распирающие боли в животе
  5. прогрессирующее вздутие живота
153. Методы исследования, используемые при острой кишечной непроходимости
1. диафаноскопия
  2. обзорная рентгенография брюшной полости
  3. ФГДС
  4. спирография
  5. пассаж бариевой взвеси по кишечнику
154. Причины возникновения паралитической кишечной непроходимости
1. тромбоз брыжеечных сосудов
  2. перитонит
  3. наличие спаек в брюшной полости
  4. травмы головного мозга
  5. опухоль кишечника
155. Причины возникновения странгуляционной кишечной непроходимости
1. закрытия просвета кишки опухолями, исходящими из соседних органов
  2. ущемления кишечных петель в грыжевых воротах
  3. рубцового сужения просвета кишечника
  4. заворота кишечной петли вокруг своей оси
  5. закупорки просвета кишечника клубками аскарид
156. Причины возникновения спастической кишечной непроходимости
1. отравление солями тяжелых металлов
  2. перитонит
  3. травмы спинного мозга



4. передозировка наркотиками
5. травматические операции на кишечнике
157. Причины динамической кишечной непроходимости
  1. забрюшинная флегмона
  2. опухоли головного мозга
  3. опухоли кишечника
  4. наличие спаек в брюшной полости
  5. сепсис
158. Динамическая кишечная непроходимость характеризуется
  1. усиленной перистальтикой
  2. перекрытием просвета кишечника
  3. полным прекращением перистальтики
  4. стойким спазмом мускулатуры кишечника
  5. наличием спаек в брюшной полости
159. Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости
  1. схваткообразные боли в животе
  2. диарея
  3. вздутие живота
  4. задержка стула и газа
  5. холемия
160. Симптомы острой кишечной непроходимости
  1. Склярова
  2. Ситковского
  3. Кивуля
  4. Керге
  5. Валя
161. Клинические симптомы острой кишечной непроходимости
  1. Спасокукоцкого
  2. Ситковского
  3. Спигарного
  4. Кюммеля
  5. Кивуля
162. Симптомы, характерные для заворота сигмовидной кишки
  1. Шимана-Данса
  2. Кохера-Волковича
  3. Цеге-Мантейфеля
  4. Обуховской больницы
  5. Образцова
163. Среди перечисленных симптомов острой кишечной непроходимости наиболее характерными для заворота сигмовидной кишки являются:
  1. Цеге-Мантейфеля
  2. Обуховской больницы
  3. Кивуля
  4. Склярова
  5. Валя
164. Симптом Валя при острой кишечной непроходимости характеризуется
  1. тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота
  2. ригидностью брюшной стенки в виде надутого мяча
  3. определением «шума плеска» при аускультации живота
  4. определением фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона при пальпации живота
  5. расширением ампулы прямой кишки и зиянием ануса
165. Симптом Склярова при острой кишечной непроходимости характеризуется
  1. тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота
  2. ригидностью брюшной стенки в виде надутого мяча
  3. определением «шума плеска» при аускультации живота
  4. определением фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона при пальпации живота
  5. расширением ампулы прямой кишки и зиянием ануса
166. Симптом Обуховской больницы при острой кишечной непроходимости характеризуется
  1. высоким тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота
  2. ригидностью брюшной стенки в виде надутого мяча при сильном растяжении кишечника
  3. определением «шума плеска» при аускультации живота
  4. определением фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона при пальпации живота
  5. расширением ампулы прямой кишки и зиянием ануса
167. Характеристика симптома Кивуля при острой кишечной непроходимости
  1. тимпанический звук с металлическим оттенком при перкуссии живота
  2. ригидность брюшной стенки в виде надутого мяча
  3. симптом «шума плеска» при аускультации живота
  4. фиксированная и растянутая петля кишечника в виде баллона при пальпации
  5. расширение ампулы прямой кишки и зияние ануса
168. Симптом Цеге-Мантейфеля при острой кишечной непроходимости характеризуется
  1. невозможность введения не более 500-700 мл жидкости при выполнении клизмы
  2. ригидность брюшной стенки в виде надутого мяча
  3. симптом «шума плеска» при аускультации живота
  4. определение при пальпации живота фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона
  5. расширение ампулы прямой кишки и зияние ануса
169. Симптом Спасокукоцкого при острой кишечной непроходимости характеризуется
  1. тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии
  2. ригидностью брюшной стенки в виде надутого мяча
  3. симптомом «шума плеска» при аускультации
  4. симптомом звука «падающей капли» при аускультации живота
  5. расширением ампулы прямой кишки и зиянием отверстия заднего прохода
170. Симптом Шимана-Данса при острой кишечной непроходимости характеризуется
  1. металлический оттенок тимпанического звука при перкуссии над растянутой петлей кишечника
  2. ригидность брюшной стенки в виде надутого мяча при сильном растяжении кишечника
  3. «пустая» правая подвздошная область и ее западение
  4. определение фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона при пальпации
  5. расширение ампулы прямой кишки и зиянием отверстия заднего прохода
171. Симптом Лотейссена при острой кишечной непроходимости характеризуется
  1. тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота
  2. ригидностью брюшной стенки в виде надутого мяча
  3. определением «шума плеска» при аускультации живота
  4. определением фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона при пальпации живота
  5. выслушиванием дыхательных шумов и сердечных тонов через брюшную стенку
172. Симптом Мондора при острой кишечной непроходимости характеризуется
  1. тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота
  2. ригидностью брюшной стенки в виде надутого мяча
  3. определением «шума плеска» при аускультации живота
  4. определением фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона при пальпации живота
  5. выслушиванием дыхательных шумов и сердечных тонов через брюшную стенку
173. Симптом Валя характерен для
  - 1) острого аппендицита
  - 2) острого панкреатита
  - 3) острой кишечной непроходимости
  - 4) острого холецистита

- 5) перфоративной язвы желудка
174. Симптом Кивуля характерен для \_\_\_\_\_
1. острой кишечной непроходимости
  2. острого панкреатита
  3. острого аппендицита
  4. острого холецистита
  5. перфоративной язвы желудка
175. Симптом Шимана-Данса характерен для \_\_\_\_\_
- 1) заворота сигмовидной ободочной кишки
  - 2) паралитической кишечной непроходимости
  - 3) спастической кишечной непроходимости
  - 4) заворота слепой кишки
  - 5) илеоцекальной инвагинации
176. Симптом Спасокукоцкий характерен для \_\_\_\_\_
1. желудочно-кишечного кровотечения
  2. острого панкреатита
  3. острого аппендицита
  4. острой кишечной непроходимости
  5. перфоративной язвы
177. Симптом Скларов характерен для \_\_\_\_\_
1. острого аппендицита
  2. острого панкреатита
  3. острой кишечной непроходимости ішектің жедел түйілуі
  4. острого холецистита
  5. перфоративной язвы
178. Симптом Цеге-Мантейфеля характерен для \_\_\_\_\_
1. паралитической кишечной непроходимости
  2. заворота слепой кишки
  3. ущемления петли кишечника в грыжевых воротах
  4. заворота сигмовидной ободочной кишки
  5. илеоцекальной инвагинации
179. Симптом <Обуховской больницы> характерен для \_\_\_\_\_
1. паралитической кишечной непроходимости
  2. заворота слепой кишки
  3. заворота сигмовидной ободочной кишки
  4. илеоцекальной инвагинации
  5. ущемления петли кишечника в грыжевых воротах
180. В больницу госпитализирован больной У., 45 лет. Диагноз: острая кишечная непроходимость. При обследовании отмечается «пустая» правая подвздошная область и ее западение. Для какого симптома острой кишечной непроходимости характерны эти признаки?
1. Цеге-Мантейфеля
  2. Обуховской больницы
  3. Валя
  4. Спасокукоцкого
  5. Шимана-Данса
181. Рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости
1. чаши Клойбера
  2. складки Керкринга
  3. долихосигма
  4. пневматоз кишечника
  5. Пневмоперитонеум
182. Рентгенологические признаки, характерные для тонкокишечной непроходимости:
1. признаки «органых труб» или «арок»
  2. ширина чаш Клойбера больше, чем высота
  3. пневмоперитонеум
  4. видны складки Керкринга
  5. пневматоз кишечника
183. Рентгенологический симптом «светлого живота» характерен для:
1. динамической кишечной непроходимости
  2. узлообразования
  3. заворота тонкой кишки
4. заворота сигмовидной кишки
5. заворота слепой кишки
184. Характерные рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости:
1. высота чаш Клойбера превалирует над шириной
  2. ширина чаш Клойбера больше, чем высота
  3. видны полулунные складки слизистой («гаустры»)
  4. видны складки Керкринга
  5. уровни жидкости не имеют ровной поверхности
185. Какие рентгенологические признаки характерны для толстокишечной непроходимости:
1. высота чаш Клойбера превалирует над шириной
  2. ширина чаш Клойбера больше, чем высота
  3. на фоне газа видны полулунные складки слизистой («гаустры»)
  4. на фоне газа видны складки Керкринга
  5. уровни жидкости не имеют ровной поверхности
186. Больной Д., доставлен в стационар с клиникой острой кишечной непроходимости. при ирригоскопии определяется дефект наполнения в восходящей кишке с четкими контурами в виде «двузубца». Определите вид острой кишечной непроходимости
1. заворот слепой кишки
  2. узлообразование
  3. заворот тонкой кишки
  4. илеоцекальная инвагинация
  5. обтурационная кишечная непроходимость на фоне опухоли слепой кишки
187. Заворот сигмовидной кишки чаще встречается:
1. у детей
  2. у подростков
  3. у мужчин
  4. у женщин
  5. у пожилых людей
188. Наиболее частой причиной ранней послеоперационной кишечной непроходимости является:
1. узлообразование
  2. заворот кишечника
  3. инвагинация
  4. спайки в брюшной полости
  5. ущемление кишечных петель в грыжевых воротах
189. Инвагинация кишечника наиболее часто встречается \_\_\_\_\_.
1. у детей
  2. у подростков в период полового созревания
  3. у лиц пожилого возраста
  4. у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет
  5. у женщин в климактерическом периоде
190. Обтурационная кишечная непроходимость может быть осложнением:
1. острого панкреатита
  2. острого аппендицита
  3. мочекаменной болезни
  4. желчнокаменной болезни
  5. порфириновой болезни
191. Вид кишечной непроходимости, при котором отмечается кровянистые выделения из заднего прохода в виде «малинового желе»
1. обтурационная тонкокишечная непроходимость
  2. заворот тонкой кишки
  3. паралитическая непроходимость
  4. спастическая непроходимость
  5. инвагинация
192. В клинической картине странгуляционной кишечной непроходимости ведущими симптомами являются:
1. острые внезапные боли в животе
  2. асимметрия живота
  3. полное отсутствие перистальтики
  4. равномерное вздутие живота
  5. многократная рвота
193. Виды острой кишечной непроходимости, при которых проводится только консервативное лечение
1. странгуляционная
  2. обтурационная

3. паралитическая
  4. спаечная
  5. инвагинация
194. Назовите вид кишечной непроходимости, при которой проводится только консервативная терапия
1. странгуляционная
  2. обтурационная
  3. инвагинация
  4. спаечная
  5. спастическая
195. Исследования, проводимые при подозрении на непроходимость толстой кишки
1. ирригоскопия
  2. лапароскопия
  3. лапароцентез
  4. фиброколоноскопия
  5. ЭРХПГ
196. Рентгенологический метод исследования, подтверждающий патологию ободочной кишки
1. фиброколоноскопия
  2. лапароскопия
  3. лапароцентез
  4. ирригоскопия
  5. фиброгастродуоденоскопия
197. Эндоскопический метод исследования, подтверждающий патологию ободочной кишки
1. ирригоскопия
  2. лапароскопия
  3. лапароцентез
  4. фиброколоноскопия
  5. фиброгастродуоденоскопия
197. Рентгенологический метод исследования ободочной кишки, при котором контрастное вещество вводится через прямую кишку
- 1) пассаж бария по желудочно-кишечному тракту
  - 2) фиброколоноскопия
  - 3) ирригоскопия
  - 4) ЭРХПГ
  - 5) диафаноскопия
198. Эндоскопический метод исследования ободочной кишки
- 1) ЭРХПГ
  - 2) фиброколоноскопия
  - 3) ирригоскопия
  - 4) ФГДС
  - 5) МРТ
199. Перитонитом называется \_\_\_\_\_
1. острое или хроническое воспаление париетальной и висцеральной брюшины
  2. наличие жидкости в брюшной полости
  3. повреждение целостности брюшины
  4. внедрение в брюшную полость инфекции без признаков воспаления
  5. спаечный процесс в брюшной полости
201. Клинические стадии перитонита
1. «мнимого благополучия»
  2. реактивная
  3. токсическая
  4. рецидивирующая
  5. терминальная
202. Клинические признаки терминальной стадии перитонита
1. адинамия
  2. рвота желудочным и кишечным содержимым с каловым запахом
  3. резкая брадикардия, гипертония
  4. живот резко вздут, перистальтика кишечника отсутствует
  5. рвоты не бывает
203. Клинические признаки, наблюдаемые при терминальной стадии перитонита
1. уменьшение боли в животе
  2. положительный симптом «гробовой тишины»
  3. кишечные шумы усилены
  4. живот участвует в акте дыхания
  5. лицо Гиппократово
204. Виды перитонита в зависимости от пути попадания микрофлоры в брюшную полость
1. первичный
  2. вторичный
  3. третичный
  4. острый
  5. подострый
205. Тактика хирурга после установления диагноза разлитого гнойного перитонита:
1. наблюдение за больным в динамике
  2. консервативное лечение в условиях хирургического отделения
  3. экстренная операция
  4. массивная антибактериальная терапия
  5. госпитализировать и выполнить операцию в срочном порядке
206. Пути попадания микрофлоры в брюшную полость при первичном перитоните
1. гематогенный путь
  2. через маточные трубы
  3. лимфогенный путь
  4. при перфорации полых органов
  5. через воспаленный червеобразный отросток
207. При вторичных перитонитах микрофлора в брюшную полость попадает
1. через воспаленный червеобразный отросток
  2. через маточные трубы
  3. лимфогенным путем
  4. гематогенным путем
  5. при перфорации полых органов
208. Симптом \_\_\_\_\_ характерен для перитонита
1. Кохера-Волковича
  2. Мюсси-Георгиевского
  3. Ортнера-Грекова
  4. Щеткина-Блюмберга
  5. Грея-Тернера
209. Симптом Щеткина-Блюмберга характерен для \_\_\_\_\_
- 1) острого аппендицита
  - 2) острого панкреатита
  - 3) острого парапроктита
  - 4) перитонита
  - 5) острого холецистита
210. Симптом Щеткина-Блюмберга характеризуется
1. выраженной болезненностью при перкуссии над очагом воспаления
  2. не участием передней брюшной стенки в акте дыхания
  3. резкой болезненностью при глубокой пальпации в правом подреберье на высоте вдоха
  4. резкой болезненностью при быстром отнятии руки, после постепенного надавливания на зону болезненности
  5. «доскообразное» напряжение мышц живота
211. Первая фаза перитонита называется \_\_\_\_\_ стадией.
1. токсической
  2. шоковой
  3. реактивной
  4. терминальной
  5. компенсированной
212. Вторая фаза перитонита называется \_\_\_\_\_ стадией.
1. токсической
  2. декомпенсированной
  3. реактивной
  4. терминальной
  5. компенсированной
213. Третья фаза перитонита называется \_\_\_\_\_ стадией.
1. токсической

2. декомпенсированной
3. реактивной
4. терминальной
5. компенсированной
214. Виды перитонита по характеру выпота в брюшной полости
1. серозный
  2. геморрагический
  3. фиброзный
  4. гнойный
  5. фибринозный
215. Виды перитонита по характеру клинического течения
1. острый
  2. компенсаторный
  3. прогрессирующий
  4. abortивный
  5. хронический
216. Особые формы перитонита
1. паразитарный
  2. сифилитический
  3. канцероматозный
  4. фибропластический
  5. туберкулезный
217. Особые формы перитонита
1. паразитарный
  2. сифилитический
  3. канцероматозный
  4. тромбозный
  5. туберкулезный
218. При не выявлении источника перитонит называют
- 1) канцероматозным
  - 2) фиброзным
  - 3) криптогенным
  - 4) третьичным
  - 5) первичным
219. Заболевание, осложнением которого является ферментативный перитонит
1. тромбоз мезентериальных сосудов
  2. холецистит
  3. панкреатит
  4. перфоративная язва двенадцатиперстной кишки
  5. странгуляционная кишечная непроходимость
220. Заболевания, приводящие к развитию перитонита
1. стриктура терминального отдела холедоха
  2. острый обтурационный холецистит
  3. сужение большого дуоденального соска
  4. тромбоз мезентериальных сосудов
  5. механическая желтуха
221. Наиболее частой причиной развития перитонита является \_\_\_\_\_.
1. перфорация гастродуоденальной язвы
  2. острый обтурационный холецистит
  3. странгуляционная кишечная непроходимость
  4. ущемление грыжи
  5. острый аппендицит
222. Наиболее информативный метод диагностики перитонита
1. ирригоскопия
  2. лапароскопия
  3. компьютерная томография
  4. фиброгастродуоденоскопия
  5. обзорная рентгенография брюшной полости
223. Патологический процесс, являющийся примером местного перитонита
1. холедохолитаз
  2. синдром Лериша
  3. асцитическая жидкость
  4. перивезикальный абсцесс
  5. болезнь Гиршпрунга
224. Сколько физиологических сужений у пищевода:
1. 2
  2. 3
  3. 4
4. 5
5. 6
225. Между левым краем стенки пищевода и дном желудка образуется \_\_\_\_\_
- 1) пилорус
  - 2) угол Гиса
  - 3) кардия
  - 4) связка Трейца
  - 5) треугольник Пти
226. Место перехода пищевода в желудок называется \_\_\_\_\_.
1. пилорусом
  2. углом Гиса
  3. кардией
  4. связкой Трейца
  5. треугольником ПТИ
227. Под действием \_\_\_\_\_ развивается колликационный некроз пищевода
1. уксусной кислоты
  2. ацетона
  3. тосола
  4. каустической соды
  5. серной кислоты
228. Химический элемент, вызывающий коагуляционный некроз пищевода
1. уксусная кислота
  2. ацетон
  3. каустическая сода
  4. нашатырный спирт
  5. тосол
229. Клинические стадии химического ожога пищевода
1. острая
  2. хронического эзофагита
  3. образования стриктуры
  4. рецидивная
  5. стадия поздних осложнений
230. Как называется первая стадия химического ожога пищевода
- 1) период острого коррозивного эзофагита
  - 2) период хронического эзофагита
  - 3) период образования стриктуры
  - 4) период перфорации стенки пищевода
  - 5) период поздних осложнений
231. Как называется вторая стадия химического ожога пищевода?
1. период острого коррозивного эзофагита
  2. период хронического эзофагита
  3. период образования стриктуры
  4. период перфорации стенки пищевода
  5. период поздних осложнений
232. Как называется третья стадия химического ожога пищевода?
1. период острого коррозивного эзофагита
  2. период хронического эзофагита
  3. период образования стриктуры
  4. период поздних осложнений
  5. период перфорации стенки пищевода
233. Как называется четвертая стадия химического ожога пищевода?
1. период острого коррозивного эзофагита
  2. период хронического эзофагита
  3. период образования стриктуры
  4. период органического сужения пищевода
  5. период поздних осложнений
234. Клинические признаки острого периода химического ожога пищевода
- 1) боли в ротовой полости, гортани и за грудиной
  - 2) гиперсаливация
  - 3) ахолия
  - 4) затрудненное глотание
  - 5) эйфория

235. При химических ожогах пищевода с целью снижения саливации применяется \_\_\_\_\_
- 1) папаверин
  - 2) супрастин
  - 3) промедол
  - 4) атропин
  - 5) реополиглюкин
236. При химических ожогах пищевода с целью снятия спазма применяется \_\_\_\_\_
- 1) папаверин
  - 2) супрастин
  - 3) промедол
  - 4) атропин
  - 5) реополиглюкин
237. Какие наркотические анальгетики применяются для снятия болевого синдрома при химических ожогах пищевода ?
- 1) баралгин
  - 2) анальгин
  - 3) промедол
  - 4) кетонал
  - 5) морфин
238. Антигистаминные препараты, применяемые при химических ожогах пищевода:
- 1) баралгин
  - 2) димедрол
  - 3) анальгин
  - 4) супрастин
  - 5) лазикс
239. Препараты для перорального применения при ожогах пищевода уксусной кислотой:
- 1) 70% этиловый спирт
  - 2) 3% раствор перекиси водорода
  - 3) 2% раствор натрия гидрокарбоната
  - 4) 3% нашатырный спирт
  - 5) алмагель
240. Препараты для перорального применения при ожогах пищевода каустической содой:
- 1) 70% этиловый спирт
  - 2) 1,5% уксусной кислоты
  - 3) 2% раствор натрия гидрокарбоната
  - 4) 3% нашатырный спирт
  - 5) 3% раствор перекиси водорода
241. Состав микстуры для перорального применения с первых суток после химического ожога пищевода
- 1) папаверин
  - 2) раствор новокаина
  - 3) подсолнечное масло
  - 4) анальгин
  - 5) антибиотики
242. Кортикостероидный препарат для профилактики стриктуры послехимического ожога пищевода
- 1) папаверин
  - 2) супрастин
  - 3) промедол
  - 4) преднизолон
  - 5) димедрол
243. Поздние осложнения химического ожога пищевода
- 1) облитерация просвета пищевода
  - 2) перфорация пищевода
  - 3) органическое сужение пищевода
  - 4) развитие хронического эзофагита
  - 5) рак пищевода
244. Основной клинический признак поздних осложнений химического ожога пищевода
1. ахолия
  2. гиперсаливация
  3. асцит
  4. дисфагия
  5. симптом Курвазье
245. На какие сутки начинают раннее бужирование пищевода после химического ожога
- 1) 1-2
  - 2) 2-3
  - 3) 3-5
- 4) 5-8
- 5) 9-11
246. Показание для бужирования пищевода:
1. гастроэзофагальный рефлюкс
  2. рубцовая стриктура пищевода
  3. ахалазия кардии
  4. диффузный спазм пищевода
  5. инородное тело пищевода
247. Укажите на позднее осложнение ожога пищевода:
1. Кровотечение
  2. Эзофагит
  3. Медиастенит
  4. Стриктура пищевода
  5. Ахалазия кардии
248. Нарушение рефлекторного раскрытия кардии называется \_\_\_\_\_
- 1) ахалазией кардии
  - 2) гастроэзофагальным рефлюксом
  - 3) рефлюкс-эзофагитом
  - 4) дивертикулом пищевода
  - 5) стриктурой пищевода
249. Основные клинические признаки ахалазии кардии
1. ахолия
  2. дисфагия
  3. холемическое кровотечение
  4. регургитация
  5. загрудинные боли
250. Рентгенологические признаки ахалазии кардии:
1. <пневмоперитонеум>
  2. <пневмоторакс>
  3. <чаши Клойбера>
  4. признак <мышинного хвоста>
  5. <складки Керкрина>
251. \_\_\_\_\_ является характерным симптомом ахалазии кардии
1. кровохарканье
  2. парадоксальная дисфагия
  3. изжога
  4. икота
  5. частая отрыжка
252. Метод лечения ахалазии кардии:
1. кардиодилатация
  2. бужирование пищевода
  3. установка зонда Блекмора
  4. операция Ниссена
  5. резекция пищевода
253. Заболевания, приводящие к рефлюкс-эзофагиту:
1. хронический эрозивный гастрит
  2. грыжи диафрагмального отверстия пищевода
  3. синдром Мэллори-Вейса
  4. синдром Рейно
  5. пилородуоденальный стеноз
254. Характерный симптом рефлюкс-эзофагита:
1. кровохарканье
  2. парадоксальная дисфагия
  3. изжога
  4. икота
  5. частая отрыжка
255. Симптом "изжога" чаще всего наблюдается при \_\_\_\_\_
1. гастроэзофагальный рефлюкс
  2. опухоль пищевода
  3. дивертикул пищевода
  4. рубцовый стеноз пищевода
  5. инородное тело пищевода
256. Информативный метод диагностики дивертикула пищевода:
1. рентгеноконтрастное исследование
  2. эндоскопия
  3. УЗИ
  4. КТ
  5. селективная ангиография

257. Осложнение гастроэзофагального рефлюкса:
1. Эзофагит
  2. Перфорация
  3. Кровотечение
  4. стриктура пищевода
  5. рак пищевода
258. Нехарактерное осложнение инородного тела пищевода:
1. Кровотечение
  2. Перфорация
  3. Эзофагит
  4. Медиастенит
  5. рубцовая стриктура пищевода
259. Инкреторная функция поджелудочной железы заключается в выработке следующих гормонов
1. глюкагона
  2. секретина
  3. инсулина
  4. липокаина
  5. адреналина
260. Экскреторная функция поджелудочной железы заключается в выработке следующих ферментов
1. энтерокиназа
  2. амилаза
  3. липаза
  4. липокаин
  5. трипсиноген
261. Порядок патологических процессов, наблюдаемых при остром панкреатите:
1. воспаление, аутолиз, дегенерация
  2. дегенерация, аутолиз, воспаление
  3. аутолиз, дегенерация, воспаление
  4. аутолиз, воспаление, дегенерация
  5. дегенерация, воспаление, аутолиз
262. Основные морфологические изменения, наблюдаемые при остром панкреатите
- 1) отек поджелудочной железы
  - 2) геморрагический панкреонекроз
  - 3) флегмонозный панкреонекроз
  - 4) жировой панкреонекроз
  - 5) катаральный панкреатит
263. Виды острого панкреатита по клиническому течению
1. первичный
  2. вторичный
  3. абортивный
  4. рецидивный
  5. прогрессивный
264. Виды острого панкреатита по распространенности патологического процесса:
1. компенсаторный
  2. субкомпенсаторный
  3. очаговый
  4. субтотальный
  5. тотальный
265. Клинические периоды острого панкреатита
1. панкреатогенного шока и гемодинамических нарушений
  2. <мнимого благополучия>
  3. перитонита
  4. функциональной недостаточности паренхиматозных органов
  5. гнойных осложнений
266. Клинические симптомы острого панкреатита
1. Грея-Тернера
  2. Кохар-Волковича
  3. Мюсси-Георгиевского
  4. Мейо-Робсона
  5. Ортнера-Грекова
267. Специфические симптомы острого панкреатита
1. Мондора
  2. Воскресенского
  3. Мерфи
  4. Керге
  5. Кюммель
268. Симптомы острого панкреатита:
- 1) Валя
  - 2) Воскресенского
  - 3) Холстеда
  - 4) Кивуля
  - 5) Кера
269. Характерные клинические признаки острого панкреатита
1. стул в виде <мелены>
  2. многократная рвота
  3. пневмоперитонеум
  4. опоясывающие боли в животе
  5. схваткообразные боли в животе
270. Симптом Мейо-Робсона при остром панкреатите характеризуется
1. резистентностью и болезненностью в области проекции поджелудочной железы
  2. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  3. отсутствием пульсации брюшной аорты в эпигастральной области из-за отека и инфильтрации поджелудочной железы
  4. цианозом отдельных участков передней поверхности живота
  5. появлением фиолетово-мраморных пятен на туловище
271. Симптом Керге при остром панкреатите характеризуется
1. резистентностью и болезненностью в области проекции поджелудочной железы
  2. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  3. отсутствием пульсации брюшной аорты в эпигастральной области из-за отека и инфильтрации поджелудочной железы
  4. цианозом отдельных участков передней поверхности живота
  5. появлением фиолетово-мраморных пятен на туловище при наличии боли и напряжений в эпигастральной области
272. Симптом Воскресенского при остром панкреатите характеризуется
1. резистентностью и болезненностью в области проекции поджелудочной железы
  2. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  3. отсутствием пульсации брюшной аорты в эпигастральной области из-за отека и инфильтрации поджелудочной железы
  4. цианозом отдельных участков передней поверхности живота
  5. появлением фиолетово-мраморных пятен на туловище при наличии боли и напряжений в эпигастральной области
273. Симптом Холстеда при остром панкреатите характеризуется
1. резистентностью и болезненностью в области проекции поджелудочной железы
  2. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  3. отсутствием пульсации брюшной аорты в эпигастральной области из-за отека и инфильтрации поджелудочной железы
  4. цианозом отдельных участков передней поверхности живота
  5. появлением фиолетово-мраморных пятен на туловище при наличии боли и напряжений в эпигастральной области
274. Симптом Мондора при остром панкреатите характеризуется
1. резистентностью и болезненностью в области проекции поджелудочной железы
  2. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  3. отсутствием пульсации брюшной аорты в эпигастральной области из-за отека и инфильтрации поджелудочной железы

4. цианозом отдельных участков передней поверхности живота
5. появлением фиолетово-мраморных пятен на туловище при наличии боли и напряжений в эпигастральной области
275. Симптом Куллена при остром панкреатите характеризуется
  1. резистентностью и болезненностью в области проекции поджелудочной железы
  2. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  3. отсутствием пульсации брюшной аорты в эпигастральной области из-за отека и инфильтрации поджелудочной железы
  4. появлением желтовато-цианотичной окраски кожи в области пупка
  5. появлением фиолетово-мраморных пятен на туловище при наличии боли и напряжений в эпигастральной области
276. Симптом Грея-Тернера при остром панкреатите характеризуется
  1. резистентностью и болезненностью в области проекции поджелудочной железы
  2. болезненностью в левом реберно-позвоночном углу
  3. появлением цианоза боковых стенок живота
  4. появлением желтовато-цианотичной окраски кожи в области пупка
  5. появлением фиолетово-мраморных пятен на туловище при наличии боли и напряжений в эпигастральной области
277. Лабораторные показатели острого панкреатита
  1. диастаза крови
  2. АЛТ и АСТ
  3. диастаза мочи
  4. коагулограмма
  5. креатинин
278. Нормальные величины активности амилазы в сыворотке крови
  1. 6-8 мг/ч мл
  2. 12-32 мг/ч мл
  3. 35-50 мг/ч мл
  4. 2-4 мг/ч мл
  5. 8-10 мг/ч мл
279. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет \_\_\_\_\_ единицы
  1. 16
  2. 32
  3. 64
  4. 25
  5. 8-10
280. Основные методы диагностики при остром панкреатите
  1. лапароскопия
  2. УЗИ
  3. компьютерная томография
  4. фиброколоноскопия
  5. ирригоскопия
281. Лапароскопические признаки острого панкреатита
  1. наличие геморрагической жидкости в брюшной полости
  2. изменение цвета тонкого кишечника
  3. «стеариновые бляшки» на органах брюшной полости
  4. наличие спаечного процесса в брюшной полости
  5. гастростаз
282. Ранние осложнения острого панкреатита
  1. абсцесс сальниковой сумки
  2. гиповолемический шок
  3. абсцесс забрюшинной клетчатки
  4. ферментативный перитонит
  5. киста поджелудочной железы
283. Поздние осложнения острого панкреатита
  1. острая почечная недостаточность
  2. печеночная недостаточность
  3. панкреатогенный перитонит
  4. абсцесс сальниковой сумки
  5. киста поджелудочной железы
284. Отдаленные осложнения после перенесенного острого панкреатита
  1. сахарный диабет
  2. печеночная недостаточность
  3. панкреатогенный перитонит
  4. киста поджелудочной железы
  5. абсцесс сальниковой сумки
285. Диетический стол, назначаемый при панкреатите:
  1. 1
  2. 4
  3. 5
  4. 9
  5. 15
286. При остром панкреатите для угнетения экскреторной функции поджелудочной железы используются
  1. спазмолитики
  2. антибиотики
  3. анальгетики
  4. цитостатики
  5. ингибиторы протеаз
287. Цитостатики, применяемые для снижения экскреторной функции поджелудочной железы при остром панкреатите:
  - 1) контрикал
  - 2) гордокс
  - 3) 5-фторурацил
  - 4) платифиллин
  - 5) фторафур
288. При отстром панкреатите цитостатики применяются для \_\_\_\_\_
  - 1) профилактики гнойных осложнений
  - 2) коррекции водно-электролитного баланса
  - 3) снижения активности ферментов поджелудочной железы
  - 4) снижения экскреторной функции поджелудочной железы
  - 5) снятия болевого синдрома
289. При остром панкреатите для снижения активности ферментов применяется \_\_\_\_\_
  1. цитостатики
  2. ингибиторы протеаз
  3. анальгетики
  4. спазмолитики
  5. антибиотики
290. Ингибиторы протеаз при остром панкреатите применяются для \_\_\_\_\_
  1. угнетения экскреторной функции поджелудочной железы
  2. регуляции водно-электролитного баланса организма
  3. инактивации ферментов поджелудочной железы с целью профилактики вторичных воспалительных процессов
  5. с целью купирования болевого синдрома
291. При остром панкреатите для снижения активности ферментов поджелудочной железы применяются ингибиторы-протеаз:
  1. атропин
  2. фторафур
  3. контрикал
  4. гордокс
  5. папаверин
292. Наркотические анальгетики, применяющиеся с целью купирования болевого синдрома при остром панкреатите
  1. морфин
  2. промедол
  3. анальгин
  4. баралгин
  5. фентанил
293. Ненаркотические препараты, применяющиеся с целью купирования болевого синдрома при остром панкреатите
  1. морфин
  2. промедол
  3. анальгин
  4. баралгин
  5. фентанил

294. Для снятия болевого синдрома при остром панкреатите применяются:
1. в/в введение 1% раствора морфина
  2. блокада круглой связки печени
  3. Паравертебральная блокада
  4. в/в введение глюкоза-новокаиновой смеси
  5. паранефральная блокада
295. Для улучшения эвакуации панкреатических ферментов в просвет 12-перстной кишки при остром панкреатите применяется \_\_\_\_\_
1. спазмолитики
  2. антибиотики
  3. анальгетики
  4. цитостатики
  5. ингибиторы протеаз
296. Спазмолитики при остром панкреатите применяются для \_\_\_\_\_
- 1) снижения экскреторной функции поджелудочной железы
  - 2) коррекции водно-электролитного баланса
  - 3) иноктивации ферментов поджелудочной железы
  - 4) улучшения эвакуации панкреатических ферментов в просвет 12-перстной кишки
  - 5) снятия болевого приступа
297. Спазмолитики, применяемые для улучшения эвакуации панкреатических ферментов в просвет 12-перстной кишки при остром панкреатите:
1. атропин
  2. папаверин
  3. анальгин
  4. платифиллин
  5. но-шпа
298. Для коррекции водно-электролитного баланса при остром панкреатите применяется
1. спазмолитики
  2. препараты крови
  3. инфузионная терапия
  4. цитостатики
  5. ингибиторы протеаз
299. Инфузионная терапия при остром панкреатите применяются для \_\_\_\_\_
- 1) снижения экскреторной функции поджелудочной железы
  - 2) коррекции водно-электролитного баланса
  - 3) иноктивации ферментов поджелудочной железы
  - 4) улучшения эвакуации панкреатических ферментов в просвет 12-перстной кишки
  - 5) снятия болевого синдрома
300. Для коррекции водно-электролитного баланса при остром панкреатите применяются:
1. 0,9% раствор хлорида натрия
  2. раствор Рингера
  3. эритроцитарная масса
  4. свежемороженая плазма
  5. 1,5% раствор Реамберина
301. При остром панкреонекрозе применяется метод дренирования сальниковой сумки по \_\_\_\_\_
1. Пиковскому
  2. Вишневскому
  3. Шалимову
  4. Федорову
  5. Керу
302. Самое грозное осложнение абсцесса поджелудочной железы?
1. интоксикация
  2. аррозивное кровотечение
  3. парапанкреатический инфильтрат
  4. мезентериальный тромбоз
  5. желтуха
303. Какое исследование является наиболее простым и доступным методом окончательной диагностики наружного панкреатического свища:
1. КТ поджелудочной железы
2. УЗИ поджелудочной железы
  3. фистулография
  4. МРТ исследование
  5. ЭРХПГ
304. Наиболее информативный метод диагностики кисты поджелудочной железы:
1. ЭРХПГ
  2. исследование пассажа бария по кишечнику
  3. биохимическое исследование
  4. УЗИ
  5. ирригоскопия
305. Наиболее частая клиничко-морфологическая форма острого панкреатита:
1. отечный панкреатит
  2. жировой панкреонекроз
  3. геморрагический панкреонекроз
  4. гнойный панкреатит
  5. жировой панкреонекроз с ферментативным перитонитом
306. Наиболее характерными для острого панкреатита являются боли:
1. ноющие
  2. опоясывающие
  3. схваткообразные
  4. кинжальные
  5. тупые
307. Больному с панкреатитом в первые трое суток назначают:
1. стол 15
  2. стол 5а
  3. стол 9
  4. стол 10
  5. голод
308. В первые трое суток заболевания острым панкреатитом противопоказано применение:
1. УЗИ
  2. гастроскопии
  3. ЭРХПГ
  4. рентгеноскопии органов брюшной полости
  5. лапароскопии
309. Симптом Керте определяется при \_\_\_\_\_
- 1) остром аппендиците
  - 2) остром холецистите
  - 3) остром панкреатите
  - 4) острой кишечной непроходимости
  - 5) перфоративной язве желудка
310. Симптом Мейо-Робсона характерен для \_\_\_\_\_
- 1) остром аппендиците
  - 2) остром холецистите
  - 3) остром панкреатите
  - 4) острой кишечной непроходимости
  - 5) перфоративной язве ДПК
311. Положительный симптом Воскресенского характерен для \_\_\_\_\_
- 1) пилородуоденального стеноза
  - 2) острого холецистита
  - 3) перитонита
  - 4) острого панкреатита
  - 5) перфоративной язве желудка
312. Симптом Грей-Тернера определяется при \_\_\_\_\_
- 1) остром аппендиците
  - 2) остром холецистите
  - 3) остром панкреатите
  - 4) тромбозе мезентериальных сосудов
  - 5) пилородуоденальном стенозе
313. Симптом Мондора определяется при \_\_\_\_\_
- 1) остром аппендиците
  - 2) остром холецистите



- 3) острым панкреатите  
4) пилородуоденальном стенозе  
5) перфоративной язве ДПК

314. Симптом Холстеда характерен для \_\_\_\_\_

- 1) острого аппендицита
- 2) острого холецистита
- 3) острого панкреатита
- 4) острой кишечной непроходимости
- 5) перфоративной язвы ДПК

315. Симптом Куллена характерен для \_\_\_\_\_

- 1) острого аппендицита
- 2) острого холецистита
- 3) острого панкреатита
- 4) острой кишечной непроходимости
- 5) перфоративной язвы ДПК

316. Среди осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречаются

1. стеноз
2. перфорация
3. малигнизация
4. кровотечение
5. Пенетрация

317. Клинические формы перфорации гастродуоденальной язвы

1. мнимая перфорация
2. перфорация в брюшную полость
3. прикрытая перфорация
4. субклиническая перфорация
5. атипичная перфорация

318. Клинические периоды перфоративной язвы

1. шока
2. гемодинамических нарушений
3. компенсации
4. мнимого благополучия
5. перитонита

319. Клинические признаки периода <шока> при перфоративной язве

1. резкое напряжение мышц передней брюшной стенки
2. отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки
3. вздутие живота
4. бледность кожных покровов
5. вынужденное положение на правом боку

320. Симптом Спигарного характерен для \_\_\_\_\_

1. острого панкреатита
2. пилородуоденального стеноза
3. перфорации пилородуоденальной язвы
4. острой кишечной непроходимости
5. кровотечения из язвы ДПК

321. Симптом Дъелафуа характерен для \_\_\_\_\_

1. острого аппендицита
2. острого холецистита
3. острого панкреатита
4. пилородуоденального стеноза
5. перфорации пилородуоденальной язвы

322. Симптом Элекера характерен для \_\_\_\_\_

1. острого аппендицита
2. острого холецистита
3. острого панкреатита
4. пилородуоденального стеноза
5. перфорации пилородуоденальной язвы

323. Симптом Юдина характерен для \_\_\_\_\_

1. острого аппендицита
2. острого холецистита
3. острого панкреатита
4. пилородуоденального стеноза
5. перфорации пилородуоденальной язвы

324. Характерные симптомы перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

1. Дъелафуа

2. Склярова
3. Спигарного
4. Спасокукоцкого
5. Мондора

325. Характерные симптомы перфоративной язвы желудка

1. Кюммеля
2. Керте
3. Юдина
4. Мерфи
5. Элекера

326. Симптом Дъелафуа при перфоративной язве характеризуется

1. иррадиацией болей в правое плечо и надключичную область
2. исчезновением печеночной тупости при перкуссии
3. усилением боли в эпигастральной области и чувством озноба до наступления перфорации
4. внезапной и интенсивной болью, как <удар ножом> в живот
5. выслушиванием <серебристого> шума, выходящего из перфорационного отверстия при аускультации живота

327. Симптом \_\_\_\_\_ характеризуется возникновением внезапной и интенсивной боли в животе, как <удар ножом>

1. Юдина
2. Спигарного
3. Бейли
4. Дъелафуа
5. Элекера

328. Симптом Спигарного при перфоративной язве характеризуется

1. иррадиацией болей в правое плечо и надключичную область
2. исчезновением печеночной тупости при перкуссии
3. усилением боли в эпигастральной области и чувством озноба до наступления перфорации
4. внезапной и интенсивной болью, как <удар ножом> в живот
5. выслушиванием <серебристого> шума, выходящего из перфорационного отверстия при аускультации живота

329. Симптом \_\_\_\_\_ при перфоративной язве характеризуется перкуторным исчезновением печеночной тупости

1. Юдина
2. Спигарного
3. Бейли
4. Дъелафуа
5. Элекера

330. Симптом Юдина при перфоративной язве характеризуется

1. иррадиацией болей в правое плечо и надключичную область
2. исчезновением печеночной тупости при перкуссии
3. усилением боли в эпигастральной области и чувством озноба до наступления перфорации
4. внезапной и интенсивной болью, как <удар ножом> в живот
5. выслушиванием <серебристого> шума, выходящего из перфорационного отверстия при аускультации живота

331. Симптом \_\_\_\_\_ при перфоративной язве характеризуется аускультативным выслушиванием <серебристого> шума, выходящего из перфорационного отверстия

1. Юдина
2. Спигарного
3. Бейли
4. Дъелафуа
5. Элекера

332. Симптом Элекера при перфоративной язве характеризуется

1. иррадиацией болей в правое плечо и надключичную область
2. исчезновением печеночной тупости при перкуссии

3. усилением боли в эпигастральной области и чувством озноба до
4. наступления перфорации
5. внезапной и интенсивной болью, как <удар ножом> в живот
6. выслушиванием <серебристого> шума, выходящего из перфорационного отверстия при аускультации живота
333. Симптом \_\_\_\_\_ при перфоративной язве характеризуется иррадиацией болей в правое плечо и правую надключичную область
1. Юдина
  2. Спигарного
  3. Бейли
  4. Дьелафуа
  5. Элекера
334. Характерный рентгенологический признак перфоративной язвы
1. пневмоторакс
  2. пневмоперитонеум
  3. эмфизема
  4. чаши Клойбера
  5. пневматоз кишечника
335. Пневмоперитонеум характеризуется наличием \_\_\_\_\_ в брюшной полости
1. свободной жидкости
  2. свободного газа
  3. инфильтрата
  4. абсцесса
  5. спаечного процесса
336. Клинические признаки периода <мнимого благополучия> при перфорации гастродуоденальной язвы
1. живот втянут, имеет <ладьевидную> форму
  2. живот вздут, напряжение мышц брюшной стенки ослабевает
  3. самочувствие больного улучшается
  4. определяется симптом <гробовой тишины>
  5. +перистальтика кишечника вялая
337. Клинические признаки периода <разлитого перитонита> перфоративной гастродуоденальной язвы
1. живот втянут, имеет <ладьевидную> форму
  2. живот резко вздут
  3. перистальтика кишечника вялая
  4. определяется симптом <гробовой тишины>
  5. черты лица заострены
338. В отличие от тромбозмболии мезентериальных сосудов для перфоративной язвы характерны
1. внезапная боль в животе без четкой локализации
  2. внезапная и <кинжальная> боль в эпигастральной области
  3. относительно пожилой возраст больного
  4. относительно молодой возраст
  5. наличие у больного сопутствующих сердечных заболеваний
339. В отличие от острого панкреатита для перфоративной язвы характерны
1. резкая боль в эпигастральной области <опоясывающего> характера
  2. внезапная и <кинжальная> боль в эпигастральной области
  3. многократная рвота, не приносящие облегчение
  4. живот мягкий, отмечается резкая болезненность в эпигастральной области
  5. резкое напряжение мышц передней брюшной стенки
340. Виды язвенного кровотечения
1. резидуальные
  2. скрытые
  3. abortивные
  4. явные
  5. прогрессирующие
341. Язвенные кровотечения бывают \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_.
1. резидуальные
  2. обтурационные
  3. abortивные
4. массивные
5. профузные
342. При \_\_\_\_\_ язвенном кровотечении наблюдается многократная рвота с присоединением обильного жидкого <дегтеобразного> стула
1. продолжающемся
  2. скрытом
  3. массивном
  4. возобновлении
  5. хроническом
343. Рвота со сгустками крови, повторяющаяся через короткие промежутки времени наблюдается при \_\_\_\_\_ кровотечении
1. массивном
  2. продолжающемся
  3. возобновлении
  4. хроническом
  5. профузном
344. Рвота «кофейной гущей», повторяющаяся через длительные промежутки времени наблюдается при \_\_\_\_\_ кровотечении
1. массивном
  2. продолжающемся
  3. возобновлении
  4. хроническом
  5. профузном
345. Шоковый индекс при желудочно-кишечном кровотечении определяется отношением \_\_\_\_\_.
1. форменных элементов крови к плазме
  2. пульса к систолическому АД
  3. систолического АД к диастолическому АД
  4. пульса к частоте дыхания
  5. пульса к количеству эритроцитов
346. Показатели для определения тяжести язвенного кровотечения
1. частота пульса
  2. уровень артериального давления
  3. показатель гематокрита
  4. частота дыхания
  5. частота черного стула
347. Тяжесть язвенного кровотечения определяется \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_.
1. уровнем диастолического давления
  2. количеством эритроцитов
  3. временем свертывания крови
  4. количеством лейкоцитов
  5. уровнем гемоглобина
348. Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику при пилородуоденальном язвенном кровотечении
- 1) синдром Рейно
  - 2) синдром Мэллори-Вейса
  - 3) болезнь Гиршпрунга
  - 4) геморроидальное кровотечение
  - 5) эрозивный гастрит
349. При пилородуоденальном язвенном кровотечении назначаются \_\_\_\_\_
1. антикоагулянты
  2. цитостатики
  3. гемостатические препараты
  4. ингибиторы протеаз
  5. антигистаминные препараты
350. Гемостатические препараты, применяемые при гастродуоденальном язвенном кровотечении:
1. 1%-1,0 раствор викасола
  2. 5%-400,0 раствор глюкозы
  3. 0,9%-400,0 раствор хлорида натрия
  4. 5%-2,0 раствор аскорбиновой кислоты
  5. 5%-100,0 раствор аминакапрона
351. Вследствие пилородуоденального язвенного кровотечения развивается \_\_\_\_\_ шок.
- 1) гиповолемический
  - 2) геморрагический

- 3) гематогенный  
4) анафилактический  
5) септический
352. Рентгенологический признак пенетрирующей язвы  
1. плоская язвенная ниша  
2. <улиткообразный> желудок  
3. <каскадный> желудок  
4. глубокая язвенная ниша  
5. пневмоперитонеум
353. Клинические стадии стенозирующей пилородуоденальной язвы  
1. компенсированная  
2. субкомпенсированная  
3. abortивная  
4. декомпенсированная  
5. компрессионная
354. Основной метод исследования при пилородуоденальном стенозе  
1. КТ  
2. МРТ  
3. ЭРХПГ  
4. рентгеноскопия  
5. колоноскопия
355. В стадии компенсации пилородуоденального стеноза эвакуация взвеси бария задерживается на \_\_\_\_\_ часов  
1) 1-2  
2) 3-4  
3) 6-12  
4) 12-18  
5) 20-24
356. В стадии субкомпенсации пилородуоденального стеноза эвакуация взвеси бария задерживается на \_\_\_\_\_ часов  
1) 1-2  
2) 3-4  
3) 6-12  
4) +12-24  
5) 24-36
357. В стадии декомпенсации пилородуоденального стеноза эвакуация взвеси бария задерживается более, чем на \_\_\_\_\_ часов  
1) 5  
2) 10  
3) 15  
4) 20  
5) 24
358. Симптом «шум плеска» в желудке определяется при \_\_\_\_\_  
1. язвенном кровотечении  
2. малигнизации  
3. пенетрации  
4. пилородуоденальном стенозе  
5. перфорации
359. При подозрении на малигнизацию язвы желудка больному назначается \_\_\_\_\_  
1. компьютерная томография  
2. биопсия  
3. ирригоскопия  
4. рентгеноскопия  
5. аутопсия
360. После резекции желудка может развиться  
1. болезнь Крона  
2. болезнь Гиршпрунга  
3. болезнь Бюргера  
4. Демпинг-синдром  
5. синдром Рейно
361. Синдром приводящей петли бывает после операции:  
1. резекция желудка по Бильрот-1  
2. резекция желудка по Бильрот -2  
3. Гастрэктомии  
4. проксимальная резекция желудка  
5. ваготомия с пилоропластикой
362. Эндоскопический метод исследования, применяемые для диагностики патологии желудка и ДПК  
1. ЭРХПГ
2. фиброколоноскопия  
3. ирригоскопия  
4. ФГДС  
5. МРТ
363. Диета Мейленграхта назначается при \_\_\_\_\_  
1) пилородуоденальном стенозе  
2) перфорации пилородуоденальной язвы  
3) при язвенном пилородуоденальном кровотечении  
4) остром холецистопанкреатите  
5) острой странгуляционной кишечной непроходимости
364. Стол, назначаемый при язвенной болезни 12-перстной кишки  
1) 1  
2) 5  
3) 9  
4) 15  
5) 4
365. Для оценки состоятельности клапанного аппарата коммуникантных вен нижних конечностей используются следующие функциональные пробы  
1. Пратта-2  
2. Троянова-Тренделенбурга  
3. Гольдфлама  
4. Тальмана  
5. трехжгутовая проба Шейниса
366. Проходимость глубоких вен нижних конечностей оцениваются следующими функциональными пробами  
1. Троянова-Тренделенбурга  
2. Тальмана  
3. Пратта-1  
4. Пратта-2  
5. Дельбе-Пертеса
367. Предрасполагающие факторы в развитии варикозного расширения вен нижних конечностей  
1. врожденная недостаточность венозной стенки и клапанов вен  
2. нейроэндокринные расстройства  
3. черепно-мозговая травма  
4. понижение тонуса стенок вен  
5. локальная гипоксия тканей н/конечностей
368. Клинические признаки варикозного расширения вен нижних конечностей  
1. быстрая утомляемость, чувство тяжести и распирания в ногах  
2. судороги в икроножных мышцах  
3. перемежающаяся хромота  
4. нижняя конечность приобретает бледную окраску, становится холодным на ощупь  
5. появляется пигментация кожных покровов нижней трети голени
369. Характерные клинические проявления варикозного расширения вен нижних конечностей  
1. атрофия мышц голени и стоп  
2. на артериях стоп пульсация не определяется  
3. отек голени и стоп появляется к вечеру  
4. утолщение и ломкость ногтей стоп  
5. на нижней трети голени образуются трофические язвы
370. Клиническая симптомы варикозного расширения вен нижних конечностей  
1. индурация подкожной клетчатки  
2. выпадение волос на пораженной конечности  
3. отек голени и стоп исчезают к утру следующего дня  
4. появление болей в пораженной конечности в покое  
5. кожа становится блестящей и теряет эластичность
371. Для варикозного расширения вен нижних конечностей характерны  
1. появление отека голени и стоп к вечеру  
2. судороги в икроножных мышцах  
3. на нижней трети голени образуются трофические язвы  
4. выпадение волос на пораженной конечности  
5. отеки голени исчезают к утру следующего дня

372. Клинические признаки острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей
1. отсутствует пульсация на подколенной артерии
  2. с первых суток от начала заболевания нарастают отек и цианоз конечности
  3. резкая боль и чувство распирания в пораженной конечности
  4. атрофия мышц нижней конечности
  5. болезненность в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы
373. Осложнения варикозного расширения вен нижней конечностей
1. атрофия мышц нижних конечностей
  2. трофические язвы
  3. пигментация кожных покровов нижней трети голени
  4. острый тромбофлебит расширенных вен
  5. кровотечение из варикозных узлов
374. Инструментальные методы исследования для диагностики варикозного расширения вен нижних конечностей
1. флебография
  2. флебоманометрия
  3. термометрия кожи
  4. дуктография
  5. биопсия
375. Инструментальные методы диагностики, применяемые при варикозном расширении вен нижних конечностей
1. ультразвуковая доплерография
  2. спирография
  3. ирригоскопия
  4. флебография
  5. диафаноскопия
376. Для флебографии вен нижних конечностей используются следующие контрастные вещества
1. верографин
  2. взвесь бария
  3. тромбовар
  4. урографин
  5. омниopak
377. Дифференциальный диагноз при варикозном расширении вен нижних конечностей необходимо проводить со следующими заболеваниями
1. лимфаденит
  2. бедренная грыжа
  3. вторичное (симптоматическое) расширение вен
  4. острый тромбофлебит
  5. облитерирующий атеросклероз сосудов
378. По внешнему виду расширенных вен различают следующие формы варикозного расширения вен нижних конечностей
1. змеевидную
  2. колбасовидную
  3. мешотчатую
  4. сетчатую
  5. цилиндрическую
379. Больная Ж., поступила в клинику с подозрением на острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. при осмотре отмечается возникновение болей в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы. Определите симптом данного заболевания
1. плантарной ишемии Оппеля
  2. Панченко
  3. Гольдфлама
  4. Хоманса
  5. Самуэlsa
380. Применяющиеся способы лечения варикозного расширения вен нижних конечностей
1. консервативные
  2. склерозирующие
  3. химиотерапевтические
  4. хирургические
  5. Лучевые
381. Противопоказания к операции при варикозном расширении вен нижних конечностей
1. беременность
  2. старческий возраст больного
  3. наличие декомпенсированных сопутствующих заболеваний
  4. наличие гнойничковых заболеваний кожи
  5. резко выраженное расширение просвета вен
382. В основе \_\_\_\_\_ лежит только дистрофическое поражение артерий
1. облитерирующего атеросклероза
  2. облитерирующего эндартериита
  3. болезни Рейно
  4. диабетической ангиопатии
  5. облитерирующего тромбангиита
383. Облитерирующий эндартериит чаще наблюдается у \_\_\_\_\_.
1. Детей
  2. Подростков
  3. Женщин
  4. мужчин
  5. лиц пожилого возраста
384. Этиологические факторы облитерирующего эндартериита
1. травмы нижних конечностей
  2. заболевания сердца
  3. метаболические нарушения
  4. отморожения
  5. курение
385. Клинические стадии облитерирующего эндартериита
1. компенсации
  2. субкомпенсации
  3. декомпенсации
  4. мнимого лагополучия
  5. деструктивных изменений
386. Функциональные пробы, свидетельствующие о недостаточности артериального кровоснабжения нижних конечностей
1. Гаккенбруха
  2. Шамова
  3. Гольдфлама
  4. Тальмана
  5. Шейниса
387. Клиническая симптомы облитерирующего атеросклероза артерии нижних конечностей
1. появление отека голени и стоп к вечеру
  2. выпадение волос на пораженной конечности
  3. отек голени и стоп исчезают к утру следующего дня
  4. появление болей в икроножных мышцах при ходьбе
  5. перемежающаяся хромота
388. Синдром Лериша характеризуется
1. дистрофическим поражением артерий дистальных отделов нижних конечностей
  2. атеросклеротическим поражением мезентериальных сосудов
  3. атеросклеротическим поражением терминального отдела брюшной аорты и подвздошных артерий
  4. ангиотрофоневрозом мелких концевых артерий
  5. варикозным расширением коммуникантных вен голени
389. Этиологические факторы абсцесса легкого
1. спонтанный пневмоторакс
  2. гемосидероз легкого
  3. травма грудной клетки
  4. пневмония
  5. пневмосклероз
390. Клинические периоды абсцесса легкого
1. период шока
  2. период до вскрытия абсцесса в бронх
  3. период субкомпенсации
  4. период после вскрытия абсцесса в бронх
  5. период декомпенсации
391. Осложнения абсцесса легкого
1. малигнизация
  2. развитие пневмокониоза
  3. легочное кровотечение

4. пиопневмоторакс
5. формирование бронхоэктазов
392. Перечислите осложнения абсцесса легкого
  1. эмфизема легкого
  2. эмпиема плевры
  3. ателектаз легкого
  4. пневмосклероз
  5. сепсис
393. Клинические признаки начального периода абсцесса легкого
  1. боли в грудной клетке при глубоком вдохе
  2. гнойная мокрота со зловонным запахом
  3. положительный симптом "кашлевого толчка"
  4. повышение температуры тела
  5. кровохарканье
394. В период до прорыва абсцесса легкого в бронх выявляются следующие физикальные данные:
  1. исчезновение печеночной тупости
  2. болезненность при пальпации грудной клетки
  3. укорочение перкуторного звука
  4. амфорическое дыхание при аускультации
  5. отставание в акте дыхания пораженной части грудной клетки
395. Характерные клинические признаки абсцесса легкого после прорыва в бронх
  1. изнуряющий сухой кашель
  2. гнойная мокрота со зловонным запахом
  3. выделение слизистой мокроты без запаха
  4. трехслойная мокрота
  5. укорочение перкуторного звука
396. Физикальные данные, выявляемые в период после прорыва абсцесса легкого в бронх
  1. исчезновение печеночной тупости
  2. болезненность при пальпации грудной клетки
  3. коробочный перкуторный звук
  4. при аускультации амфорическое дыхание
  5. диффузные сухие хрипы
397. Слои отстоявшейся мокроты при абсцессе легкого
  1. серозный
  2. геморрагический
  3. пенистый
  4. гнойный
  5. сквамозный
398. Характерный симптом гангрены легкого
  1. длительный сухой кашель
  2. гектическая лихорадка
  3. черный стул
  4. субфебрильная температура
  5. появление синюшных пятен на передней поверхности грудной клетки
399. Ранний и постоянный признак гангрены легкого
  1. длительный сухой кашель
  2. субфебрильная температура
  3. кровохарканье
  4. обильная зловонная мокрота
  5. пальцы в виде "барабанных палочек"
400. В диагностике абсцесса легкого основным и обязательным методом исследования является
  1. бронхоскопия
  2. бронхография
  3. бактериологическое исследование мокроты
  4. рентгенологическое исследование
  5. радиоизотопное исследование
401. Типичная рентгенологическая картина абсцесса легкого
  1. полость деструкции с очагами обсеменения
  2. полость с уровнем жидкости и перифокальной инфильтрацией
  3. участок инфильтрации легочной ткани без четких границ
  4. полость с уровнем жидкости без перифокальной инфильтрации
  5. обширное затемнение в легком без четких границ
402. Типичная рентгенологическая картина бронхоэктатической болезни
  1. полость деструкции с очагами обсеменения
  2. полость с уровнем жидкости и перифокальной инфильтрацией
  3. участок инфильтрации легочной ткани неомогенного характера без четких границ
  4. ячеистый рисунок в нижних отделах легкого
  5. тонкостенная полость без перифокальной инфильтрации
403. Основной метод лечения хронических абсцессов легкого
  1. комплексное консервативное лечение в условиях стационара
  2. санаторно-курортное лечение
  3. амбулаторное лечение
  4. диспансерное наблюдение
  5. радикальная операция
404. Условный срок, который считается критерием перехода острого абсцесса легкого в хроническую форму
  1. 1 мес.
  2. 2 мес.
  3. 4 мес.
  4. 6 мес.
  5. 1 год
405. Признаки периода <клиническое выздоровление> при остром абсцессе легкого характеризуются
  1. исчезновением рентгенологических симптомов абсцесса легкого
  2. полным исчезновением клинических проявлений заболевания
  3. сохранением субфебрильной температуры тела и выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты к моменту выписки
  4. выявлением сухой полости в легком при рентгенологическом исследовании
  5. рентгенологически обнаружением полости с инфильтрацией легочной ткани в ее окружности
406. Период <клиническое улучшение> при остром абсцессе легкого характеризуется
  1. исчезновением рентгенологических симптомов абсцесса легкого
  2. полным исчезновением клинических проявлений заболевания
  3. сохранением субфебрильной температуры тела и выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты к моменту выписки
  4. выявлением сухой полости в легком при рентгенологическом исследовании
  5. рентгенологически обнаружением полости с инфильтрацией легочной ткани в ее окружности
407. Период <полное выздоровление> при остром абсцессе легкого характеризуется
  1. исчезновением рентгенологических симптомов абсцесса легкого
  2. полным исчезновением клинических проявлений заболевания
  3. сохранением субфебрильной температуры тела и выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты к моменту выписки
  4. выявлением сухой полости в легком при рентгенологическом исследовании
  5. рентгенологически обнаружением полости с инфильтрацией легочной ткани в ее окружности
408. Парапневмонической эмпиемой плевры называется
  1. гнойный плеврит, при котором занос инфекции осуществляется из отдаленных органов
  2. гнойный плеврит, развивающийся одновременно с пневмонией
  3. гнойный плеврит, развивающийся после пневмонии или при гнойных заболеваниях средостения и грудной стенки
  4. гнойный плеврит, когда в плевральную полость вскрывается большой абсцесс легкого, имеющий сообщение с крупным бронхом.

5. гнойный плеврит, когда в плевральную полость вскрывается небольшой абсцесс легкого, не имеющего сообщения с крупным бронхом
409. Метапневманической эмпиемой плевры называется
  1. гнойный плеврит, при котором занос инфекции осуществляется из отдаленных органов
  2. гнойный плеврит, развивающийся одновременно с пневмонией
  3. гнойный плеврит, развивающийся после пневмонии или при гнойных заболеваниях средостения и грудной стенки
  4. гнойный плеврит, когда в плевральную полость вскрывается большой абсцесс легкого, имеющий сообщение с крупным бронхом.
  5. гнойный плеврит, когда в плевральную полость вскрывается небольшой абсцесс легкого, не имеющего сообщения с крупным бронхом
410. Основными факторами, обуславливающими развитие абсцесса легкого являются
  1. пневмония
  2. аспирация
  3. пневмосклероз
  4. бронхиальная обструкция
  5. пневмококиоз
411. У больного р., 34 лет, находящегося на стационарном лечении по поводу абсцесса легкого внезапно появились резкие боли в грудной клетке, одышка. при осмотре кожа покрыта холодным потом, отмечается акроцианоз. пульс – 96 уд. в 1 мин., АД – 90/50 мм.рт.ст. при перкуссии грудной клетки в верхних отделах определяется коробочный звук, в нижних отделах – тупость. при аускультации дыхательные шумы не проводятся. Назовите развившееся осложнение абсцесса легкого
  1. легочное кровотечение
  2. подкожная эмфизема
  3. сепсис
  4. пиопневмоторакс
  5. развитие метастатических абсцессов
412. Классические признаком бронхоэктатической болезни
  1. кашель с выделением гнойной мокроты
  2. выраженную одышку
  3. пальцы в виде <барабанных палочек>
  4. ногти в виде <часовых стеклышек>
  5. боли в грудной клетке на стороне поражения
413. Клиническая картина бронхоэктатической болезни характеризуется
  1. острым бурным течением
  2. длительным течением с периодическими обострениями
  3. длительный кашель с выделением мокроты
  4. болями в груди и одышкой
  5. притуплением перкуторного звука
414. Решающий метод диагностики при бронхоэктатической болезни
  1. обзорная рентгенография грудной клетки
  2. бронхоскопия
  3. бронхография
  4. анализ мокроты
  5. спирография
415. Наиболее частая локализация бронхоэктазов
  1. нижняя доля правого легкого
  2. средняя доля правого легкого
  3. нижняя и средняя доли правого легкого
  4. нижняя доля левого легкого
  5. нижние доли обеих легких
416. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является:
  1. Разрыв плевральных сращений
  2. Разрыв врожденных кист легкого
  3. Разрыв субплевральных легочных булл
  4. Разрыв бронха
  5. Прорыв абсцесса легкого
417. Методы лечения спонтанного пневмоторакса:
  1. Наблюдение
  2. Плевральная пункция с аспирацией воздуха
  3. Дренажирование плевральной полости с активной аспирацией воздуха
4. Торакоскопия, дренирование плевральной полости
5. Торакотомия
418. При закрытой травме грудной клетки характерным рентгенологическим признаком повреждения легкого является:
  1. Пневмоторакс
  2. Гемоторакс
  3. Смещение средостения в здоровую сторону
  4. Расширение корня легкого
  5. Увеличение тени сердца
419. Типичное место для дренирования плевральной полости при пневмотораксе:
  1. Пятое межреберье по средней ключичной линии
  2. Третье межреберье по передней подмышечной области
  3. Седьмое межреберье по задней подмышечной области
  4. Второе межреберье по средней ключичной линии
  5. Выбор точки не имеет значения
420. Типичное место для дренирования плевральной полости при гемотораксе:
  1. Пятое межреберье по средней ключичной линии
  2. Третье межреберье по передней подмышечной области
  3. Седьмое межреберье по задней подмышечной линии
  4. Второе межреберье по средней ключичной линии
  5. Выбор точки не имеет значения
421. Часто наблюдаемые признаки при проникающем ранении грудной клетки
  1. Пневмоторакс
  2. кровотечение из раны
  3. повышение АД
  4. подкожная эмфизема
  5. кровохарканье
422. Основные рентгенологические признаки пиопневмоторакса:
  1. Округлая тень, интенсивная, гомогенная с четким контуром
  2. Округлая полость с уровнем жидкости и перефокальной инфильтрацией
  3. Интенсивное затемнение с множественными мелкими полостями без четких контуров
  4. Коллабированное легкое с уровнем жидкости в плевральной полости
  5. Интенсивная тень треугольной формы
423. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились внезапно сильные боли в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии - коробочный звук. Средостение перкуторно смещено вправо. Ваш диагноз:
  1. Экссудативный плеврит
  2. Инфаркт миокарда
  3. Туберкулез легкого
  4. Спонтанный пневмоторакс
  5. Ущемленная диафрагмальная грыжа
424. По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. Наиболее простой диагностический метод:
  1. Торакоскопия
  2. Рентгеноскопия и рентгенография грудной клетки
  3. Плевральная пункция
  4. Сканирование легких
  5. Бронхоскопия
425. Геморроем \_\_\_\_\_ называется
  1. отек слизистой оболочки прямой кишки
  2. отек стенки прямой кишки
  3. расширение кавернозных тел прямой кишки
  4. трещина заднего прохода
  5. хроническое воспаление параректальной клетчатки
426. Факторы, способствующие развитию геморроя
  1. тяжелый физический труд
  2. дисбактериоз
  3. хронические запоры
  4. кровотечение при дефекации
  5. длительная сидячая работа
427. К осложнениям геморроя относятся

1. малигнизация геморроидальных узлов
2. кровотечение из геморроидальных узлов
3. тромбоз геморроидального узла
4. стеноз анального канала
5. ущемление геморроидальных узлов
428. Типичные клинические признаки геморроя
  1. кровотечение в момент дефекации или тотчас после нее
  2. чувство инородного тела в области заднего прохода
  3. зуд в области заднего прохода
  4. боль в момент дефекации или тотчас после нее
  5. выпадение геморроидальных узлов
429. Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз геморроя
  1. илеоцекальная инвагинация
  2. рак прямой кишки
  3. трещина заднего прохода
  4. острый парапроктит
  5. заворот сигмовидной кишки
430. Определите стадию геморроя, если у больного геморроидальные узлы выпадают при небольшой физической нагрузке, самостоятельно узлы не вправляются, больной вправляет их рукой
  1. субклиническая стадия
  2. I стадия
  3. II стадия
  4. III стадия
  5. декомпенсированная стадия
431. Виды острого парапроктита в зависимости от локализации гнойников
  1. подслизистый
  2. подкожный
  3. интрамуральный
  4. ишиоректальный
  5. пельвиоректальный
432. Клинические признаки острого подкожного парапроктита
  1. частый жидкий стул
  2. повышение температуры
  3. боли усиливающиеся во время дефекации
  4. гиперемия перианальной области
  5. выделение крови из заднего прохода после акта дефекации
433. Наиболее часто встречается острый парапроктит
  1. ретроректальный
  2. подкожный
  3. ишиоректальный
  4. подслизистый
  5. пельвиоректальный
434. На практике наиболее редко встречается острый парапроктит
  1. подслизистый
  2. ишиоректальный
  3. пельвиоректальный
  4. ретроректальный
  5. подкожный
435. Для диагностики хронического парапроктита используют
  1. пальцевое исследование прямой кишки
  2. дуктографию
  3. ректороманоскопию
  4. фистулографию
  5. флебографию
436. Предрасполагающие факторы трещины заднего прохода
  1. геморрой
  2. тромбоз мезентериальных сосудов
  3. запоры
  4. кровотечение при дефекации
  5. грубые манипуляции при аноскопии
437. Основные клинические признаки трещины заднего прохода
  1. зуд в области ануса
  2. чувство инородного тела в области заднего прохода
  3. боль в момент дефекации
  4. кровотечение при дефекации
  5. спазм сфинктера
438. Виды хронического парапроктита по анатомическому признаку
  1. полный
  2. неполный
  3. наружный
  4. внутренний
  5. сложный
439. Виды хронического парапроктита по отношению свищевого хода к волокнам сфинктера
  1. интрасфинктерный
  2. инфрасфинктерный
  3. супрасфинктерный
  4. трансфинктерный
  5. экстрасфинктерный
440. Виды хронического парапроктита по расположению внутреннего отверстия свища
  1. верхний
  2. нижний
  3. передний
  4. задний
  5. боковой
441. Заболевание прямой кишки, характеризующийся наличием свища
  1. острый парапроктит
  2. хронический парапроктит
  3. геморрой
  4. трещина заднего прохода
  5. выпадение прямой кишки
442. Характерные клинические признаки хронического парапроктита
  1. наличие свища
  2. гнойное отделяемое из свища
  3. боль время во дефекации
  4. кровотечение после дефекации
  5. чередование периодов обострений и ремиссий
443. Факторы, способствующие выпадению прямой кишки геморрой
  1. слабость мышц тазового дна
  2. частая трещина заднего прохода
  3. повышение внутрибрюшного давления
  4. хронический парапроктит
  5. хронический парапроктит
444. Укажите на стадию выпадения прямой кишки, если у больного выпадение кишки отмечается при акте дефекации и больших физических нагрузках, затем кишка самостоятельно вправляется
  1. субклиническая стадия
  2. I стадия
  3. II стадия
  4. III стадия
  5. декомпенсированная стадия
445. Укажите на стадию выпадения прямой кишки, если у больного кишка выпадает при дефекации и больших физических нагрузках, самостоятельно не вправляется, больные сами вправляют их рукой
  1. субклиническая стадия
  2. I стадия
  3. II стадия
  4. III стадия
  5. декомпенсированная стадия
446. Укажите на стадию выпадения прямой кишки, если у больного кишка выпадает при небольшой физической нагрузке, самостоятельно кишка не вправляется
  1. субклиническая стадия
  2. I стадия
  3. II стадия
  4. III стадия
  5. декомпенсированная стадия
447. Осложнения трещины заднего прохода
  1. геморрой
  2. выпадение прямой кишки
  3. парапроктит

4. рак прямой кишки  
5. формирование свища прямой кишки
448. Геморoidalные узлы часто локализуются на \_\_\_\_\_ часах по циферблату
1. 1, 6
  2. 5, 8, 12
  3. 3, 7, 11
  4. 2, 6, 8
  5. 4, 10
449. К паразитарным заболеваниям относятся \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_
- 1) пневмокоциоз
  - 2) альвеококкоз
  - 3) гемосидероз
  - 4) эхинококкоз
  - 5) дивертикулез
450. Формы эхинококкоза:
- 1) кистозная
  - 2) альвеолярная
  - 3) инфильтративная
  - 4) узловая
  - 5) экзофитная
451. Наиболее часто эхинококковые кисты локализуются в \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_
- 1) толстом кишечнике
  - 2) печени
  - 3) селезенке
  - 4) легком
  - 5) желудке
452. Высокоинформативный метод исследования, применяемый в диагностике эхинококкоза печени
- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
  - 2) УЗИ
  - 3) ЭРХПГ
  - 4) ФГДС
  - 5) ирригоскопия
453. При эхинококкозе в общем анализе крови обнаруживается
- 1) лейкоцитоз
  - 2) лейкопения
  - 3) анемия
  - 4) эозинофилия
  - 5) тромбоцитопения
454. Для диагностики эхинококкоза применяется проба
- 1) Гольдфлама
  - 2) Гаккенбруха
  - 3) Казони
  - 4) Тальмана
  - 5) Манту
455. Наиболее часто наблюдаемые осложнения кистозной формы эхинококкоза печени
- 1) желтуха
  - 2) разрыв кисты
  - 3) метастазирование кисты
  - 4) нагноение кисты
  - 5) инфильтрация кисты
456. Промежуточный хозяин эхинококка
- 1) собака
  - 2) лиса
  - 3) волк
  - 4) кошка
  - 5) человек
457. Основной хозяин эхинококка
- 1) собака
  - 2) домашние мыши
  - 3) голуби
  - 4) крупный рогатый скот
  - 5) человек
458. Первая стадия эхинококкоза легких характеризуется
- 1) выделением зловонной мокроты
  - 2) бессимптомным течением
  - 3) развитием острого медиастенита
  - 4) болями в грудной клетке, одышкой
  - 5) выделением слизистой мокроты
459. Вторая стадия эхинококкоза легких характеризуется
- 1) выделением зловонной мокроты
  - 2) бессимптомным течением
  - 3) развитием острого медиастенита
  - 4) болями в грудной клетке, одышкой
  - 5) выделением слизистой мокроты
460. Облитерирующий эндартериит наиболее часто наблюдается у \_\_\_\_\_
- 1) 14-17-летних подростков
  - 1) 20-25-летних беременных женщин
  - 2) 20-30-летних мужчин
  - 3) 40-50-летних женщин
  - 4) 50-65-летних мужчин
461. В основе облитерирующего эндартериита лежит:
- 1) развитие атеросклероза в артерии
  - 2) окклюзия мезентериальных сосудов
  - 3) дистрофическое повреждение артерий
  - 4) образование тромба в просвете артерий
  - 5) закупорка просвета артерий эмболом
462. Клинические стадии облитерирующего эндартериита
- 1) функциональной компенсации
  - 2) субкомпенсации
  - 3) декомпенсации
  - 4) деструктивных изменений
  - 5) гнойных осложнений
463. Симптом «перемежающаяся хромота» характерен для \_\_\_\_\_
- 1) варикозного расширения вен
  - 2) окклюзии мезентериальных артерий
  - 3) облитерирующего эндартериита
  - 4) посттромбофлебитического синдрома
  - 5) синдрома Рейно
464. Больной Р. 38 лет состоит на диспансерном учете с диагнозом <Облитерирующий эндартериит>. Больной предъявляет жалобы на боли в обеих икроножных мышцах, появляющиеся после прохождения 1000 метров, которые исчезают после остановки и отдыха. Определите клиническую стадию заболевания.
- 1) субклиническая
  - 2) функциональной компенсации
  - 3) субкомпенсация
  - 4) декомпенсация
  - 5) деструктивных изменений
465. Больной Т. 40 лет состоит на диспансерном учете с диагнозом <Облитерирующий эндартериит>. Больной предъявляет жалобы на боли в обеих икроножных мышцах, появляющиеся после прохождения 200 метров, которые исчезают после очередной остановки и отдыха. Определите клиническую стадию заболевания.
- 1) субклиническая
  - 2) функциональной компенсации
  - 3) субкомпенсация
  - 4) декомпенсация
  - 5) деструктивных изменений
466. Больной П. 39 лет состоит на диспансерном учете с диагнозом <Облитерирующий эндартериит>. Больной предъявляет жалобы на постоянные боли в обеих нижних конечностях. Самостоятельно может пройти всего 25-50 метров. Определите клиническую стадию заболевания.
- 1) субклиническая
  - 2) функциональной компенсации
  - 3) субкомпенсация
  - 4) декомпенсация
  - 5) деструктивных изменений
467. Больной Л. 40 лет состоит на диспансерном учете с диагнозом <Облитерирующий эндартериит>. Больной предъявляет жалобы на постоянные боли в стопе. При объективном осмотре на нескольких пальцах стопы обнаружены



трофические язвы. Определите клиническую стадию заболевания.

- 1) субклиническая
- 2) функциональной компенсации
- 3) субкомпенсация
- 4) декомпенсация
- 5) деструктивных изменений

468. Для определения недостаточности артериального кровообращения нижней конечности применяются следующие функциональные пробы:

- 1) Гаккенбруха
- 2) Пратта-2
- 3) Оппеля
- 4) Тальмана
- 5) Гольдфлама

469. Функциональные пробы для определения недостаточности артериального кровообращения нижней конечности:

- 1) Гаккенбрух
- 2) Самюэлс
- 3) Шейнис
- 4) Шамова
- 5) Тальман

470. Симптом Гольдфлама при облитерирующем эндартериите характеризуется:

- 1) положение больного лежа на спине, при сгибании и разгибании в голеностопном суставе приподнятой конечности больной отмечает быструю усталость
- 2) сидя на кушетке, при закидывании больной ноги на здоровую, больной отмечает появление болей и онемения в больной конечности
- 3) побледнение подошвы пораженной конечности при поднятии нижних конечностей в положении лежа
- 4) замедление восстановления окраски ногтевой пластины пораженной конечности после предварительного надавливания
- 5) при сгибании и разгибании в голеностопном суставе приподнятой конечности отмечается быстрое побледнение подошвы пораженной конечности

471. Симптом Самюэляса при облитерирующем эндартериите характеризуется:

- 1) положение больного лежа на спине, при сгибании и разгибании в голеностопном суставе приподнятой конечности больной отмечает быструю усталость
- 2) сидя на кушетке, при закидывании больной ноги на здоровую, больной отмечает появление болей и онемения в больной конечности
- 3) побледнение подошвы пораженной конечности при поднятии нижних конечностей в положении лежа
- 4) замедление восстановления окраски ногтевой пластины пораженной конечности после предварительного надавливания
- 5) при сгибании и разгибании в голеностопном суставе приподнятой конечности отмечается быстрое побледнение подошвы пораженной конечности

472. Инструментальные методы исследования при облитерирующих заболеваниях нижних конечностей

- 1) ирригоскопия
- 2) реовазография
- 3) УЗД
- 4) флебография
- 5) ангиография

473. Препараты, применяемые для улучшения микроциркуляции и улучшения реологии крови при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей

- 1) Папаверин
- 2) Гепарин
- 3) Реополиглюкин
- 4) Трентал
- 5) Фторурацил

474. Спазмолитики, применяемые при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей

- 1) Но-шпа
- 2) Папаверин

- 3) Баралгин
- 4) Кетонал
- 5) Контрикал

475. Облитерирующий атеросклероз наблюдается:

- 1) у 14-17-летних подростков
- 2) у 20-25-летних беременных женщин
- 3) у 20-30-летних мужчин
- 4) у 40-50-летних женщин
- 5) у 50-65-летних мужчин

476. Артерии, поражающиеся при синдроме Лериш

1. Подвздошные
2. Бифуркация аорты
3. Бедренная
4. Большеберцовые
5. Подколенная

477. При сочетании облитерирующего эндартериита и тромбоза поверхностных вен нижних конечностей выставляется диагноз:

- 1) синдром Лериш
- 2) болезнь Бюргера
- 3) облитерирующий атеросклероз
- 4) тромбоз мезентериальных сосудов
- 5) варикозная болезнь

478. При подъеме по лестнице, проявление симптома «перемежающейся хромоты» и появление боли в мышцах поясницы и бедра при ходьбе характерны для:

- 1) тромбоза поверхностных вен
- 2) облитерирующего эндартериита
- 3) облитерирующего атеросклероза
- 4) синдрома Лериша
- 5) варикозной болезни

479. Наиболее информативный метод диагностики при облитерирующем атеросклерозе для определения локализации, распространенности и степени пораженности артерий (стеноз, окклюзия):

1. термография
2. реовазография
3. ангиография
4. УЗИ
5. флебография

480. Симптом «перемежающейся хромоты» наблюдается при \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_

- 1) варикозной болезни
- 2) болезни Рейно
- 3) облитерирующем эндартериите
- 4) облитерирующем атеросклерозе
- 5) остром тромбозе вен нижних конечностей

481. Симптом «перемежающейся хромоты» характеризуется:

- 1) «утиной» походкой
- 2) прыжком на одной ноге
- 3) появлением боли при прохождении определенного расстояния и исчезновением болевого синдрома после остановки и отдыха
- 4) при прохождении определенного расстояния появлением боли попеременно в обеих нижних конечностях
- 5) ощущением стягивания мышц нижних конечностей при ходьбе

482. Что такое болезнь Рейно:

1. Ангиотрофоневроз с поражением мелких концевых артерий и артериол
2. Ангиотрофоневроз с поражением крупных артерий
3. Атеросклеротическое поражение терминального отдела брюшной аорты
4. Атеросклеротическое поражение подвздошных артерий
5. Атеросклероз подколенных, бедренных артерий

483. Наиболее часто поражающиеся артерии при болезни Рейно:

- 1) артерии голени
- 2) артерии плеча
- 3) бедренная артерия
- 4) артерии пальцев
- 5) Подвздошные артерии

484. Этиологические факторы болезни Рейно:
- 1) хронические травмы пальцев
  - 2) отморожения пальцев
  - 3) хронические заболевания сердца
  - 4) постоянные стрессовые ситуации
  - 5) Варикозное расширение поверхностных вен
485. Клинические стадии болезни Рейно:
- 1) функциональная компенсация
  - 2) декомпенсация
  - 3) ангиоспастическая
  - 4) ангиопаралитическая
  - 5) трофопаралитическая
486. Основные этиологические факторы тромбоза мезентериальных сосудов:
- 1) цирроз печени
  - 2) заболевания сердца
  - 3) закрытые травмы живота
  - 4) эхинококкоз печени
  - 5) малигнизация язвы желудка
487. Заболевания, характеризующиеся ишемией и некрозом кишечника:
- 1) Синдром Лериш
  - 2) облитерирующий тромбангиит
  - 3) облитерирующий эндартериит
  - 4) тромбоз мезентериальных сосудов
  - 5) облитерирующий атеросклероз
488. Заболевания, развивающиеся вследствие тромбоза мезентериальных сосудов
- 1) острая странгуляционная кишечная непроходимость
  - 2) инвагинация
  - 3) острая паралитическая кишечная непроходимость
  - 4) острая обтурационная кишечная непроходимость
  - 5) острая спастическая кишечная непроходимость
489. Острый тромбоз характеризуется:
- 1) обростанием тромба в просвете вены
  - 2) воспалением стенки вены
  - 3) воспалением стенки вены и образованием в его просвете тромба
  - 4) сужением просвета вены
  - 5) облитерацией просвета вены
490. Антикоагулянты прямого действия, применяемые при остром тромбозе поверхностных вен нижних конечностей:
- 1) ацетилсалициловая кислота
  - 2) трентал
  - 3) гепарин
  - 4) гептрал
  - 5) клексан
491. Антиагреганты, применяемые при остром тромбозе поверхностных вен нижних конечностей:
- 1) гептрал
  - 2) ацетилсалициловая кислота
  - 3) клексан
  - 4) трентал
  - 5) гепарин
492. Посттромбофлебитический синдром - это \_\_\_\_\_.
- 1) симптомокомплекс, развивающийся после острого тромбоза поверхностных вен нижних конечностей
  - 2) симптомокомплекс, развивающийся после тромбоза глубоких вен нижних конечностей
  - 3) Патологический процесс, развивающийся вследствие атеросклероза терминального отдела аорты и подвздошных артерий
  - 4) воспаление поверхностных вен нижних конечностей
  - 5) образование тромба в поверхностных венах нижних конечностей
493. Ранний признак посттромбофлебитического синдрома
- 1) боли в мышцах голени при длительном стоянии
  - 2) отсутствие пульсации подколенной артерии
  - 3) индурация мягких тканей в нижней трети голени
  - 4) образование мокнувшей экземы в нижней трети голени
  - 5) пигментация кожи стопы и голени
494. Клинические формы посттромбофлебитического синдрома
- 1) отечно-болевая
  - 2) варикозная
  - 3) язвенная
  - 4) осложненная
  - 5) смешанная
495. Высокоинформативный метод исследования в диагностике посттромбофлебитического синдрома
- 1) ангиография
  - 2) реовазография
  - 3) флебография
  - 4) флебоманометрия
  - 5) термометрия
496. Укажите наиболее опасное осложнение тромбоза глубоких вен нижних конечностей:
1. Острый тромбоз
  2. Облитерирующий тромбангиит
  3. Флебит варикозных узлов
  4. тромбоз легочной артерии
  5. пилефлебит
497. Симптом, характерный для острого илеофemorального тромбоза:
1. Атрофия мышц голени
  2. Лимфостаз
  3. Гипотрихоз
  4. Синяя и белая флегмазия
  5. Появление индурации кожи
498. Диетический стол, назначаемый при диабетической ангиопатии сосудов нижних конечностей:
- 1) 1
  - 2) 5
  - 3) 9
  - 4) 15
  - 5) 4
499. Экстренная хирургическая операция выполняется \_\_\_\_\_.
- 1) при устном согласии больного
  - 2) при письменном согласии больного
  - 3) без согласия больного
  - 4) решением врача приемного отделения
  - 5) приказом главного врача
500. Психическому больному операция по поводу ущемленной паховой грыжи выполняется \_\_\_\_\_.
- 1) при письменном согласии соседа
  - 2) решением врача приемного отделения
  - 3) приказом главного врача
  - 4) при письменном согласии законного представителя
  - 5) без никакого согласия
501. Операция по поводу острого аппендицита несовершеннолетнему подростку выполняется \_\_\_\_\_.
- 1) при согласии его родственника
  - 2) решением врача приемного отделения
  - 3) при письменном согласии его законного представителя
  - 4) приказом главного врача
  - 5) при согласии его сопровождающего лица
502. При отсутствии сопровождающего законного представителя психическому больному операция по поводу странгуляционной кишечной непроходимости выполняется \_\_\_\_\_.
- 1) по приказу главного врача
  - 2) без никакого согласия
  - 3) решением суда исполнителя
  - 4) решением консилиума
  - 5) после того, как приедут его родственники или законный представитель

503. В клинику поступил неизвестный больной в безсознательном состоянии после дорожно-транспортного происшествия. ему экстренная операция выполняется \_\_\_\_\_.

- 1) по согласии больного, после восстановления его сознания
- 2) решением консилиума
- 3) по согласии его родственников, после того как они придут
- 4) решением правоохранительных органов
- 5) по приказу главного врача

504. Больному с диагнозом язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением, переливание препаратов крови проводится \_\_\_\_\_.

- 1) без согласия больного
- 2) по устному согласию больного
- 3) по письменному согласию больного
- 4) по решению врача
- 5) по приказу главного врача

505. ПРИ \_\_\_\_\_ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1) аппендикулярном инфильтрате
- 2) неврвправимой паховой грыже
- 3) острым отечном панкреатите
- 4) паралитической кишечной непроходимости
- 5) илеоцекальной инвагинации

506. ТРУДОВОЙ ДОГОВОР ВСТУПАЕТ В СИЛУ \_\_\_\_\_.

- 1) от времени начала работы, указанное в индивидуальном трудовом договоре
- 2) от времени начала работы, указанное в коллективном трудовом договоре
- 3) от момента подачи заявления о приеме на работу
- 4) от момента двустороннего подписания или от времени, указанного в трудовом договоре
- 5) от момента подачи заявления работодателю

507. НОЧНОЙ РАБОТОЙ СЧИТАЕТСЯ ВРЕМЯ \_\_\_\_\_.

- 1) от 18 часов до 7 часов утра
- 2) от 20 часов до 8 часов утра
- 3) от 22 часов до 6 часов утра
- 4) от 24 часов до 6 часов утра
- 5) от 21 часа до 5 часов утра

508. ВИДЫ ДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗЫСКАНИЯ

- 1) предупреждение, выговор, строгий выговор, расторжение трудового договора по инициативе работодателя
- 2) предупреждение, строгий выговор, увольнение с работы
- 3) выговор, строгий выговор, расторжение трудового договора
- 4) выговор, расторжение индивидуального трудового договора
- 5) предупреждение, строгий выговор, расторжение трудового договора

509. ВРЕМЯ ИСПЫТАТЕЛЬНОГО СРОКА ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА \_\_\_\_\_.

- 1) не должно превышать двух месяцев
- 2) не должно превышать трех месяцев
- 3) не должно превышать одного месяца
- 4) по согласии работника может превышать шести месяцев
- 5) определяется только профсоюзным комитетом

510. ПО ТРУДОВОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРУДОВОГО ВРЕМЕНИ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ \_\_\_\_\_ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ

- 1) 41
- 2) 40
- 3) 36
- 4) 24
- 5) 42

511. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- 1) амбулаторная и стационарная

- 2) государственная и частная
- 3) специализированная врачебная помощь
- 4) доврачебная медицинская помощь;

специализированная врачебная помощь; специальная медицинская помощь; высокоспециализированная медицинская помощь; медико-социальная помощь.

- 5) специализированная врачебная помощь, медико-социальная помощь

512. \_\_\_\_\_ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЕМ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРА

- 1) нагрузка коечного фонда
- 2) частота несоответствий клинического и патологоанатомического диагнозов
- 3) опытность врачей
- 4) опытность среднего медперсонала
- 5) обеспеченность лекарственными препаратами

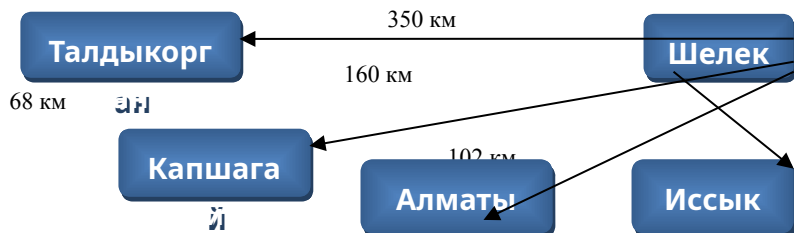
513. СОХРАНЯЕТ ЛИ СИЛУ КОЛЛЕКТИВНЫЙ ТРУДОВОЙ ДОГОВОР В СЛУЧАЕ СМЕНЫ СОБСТВЕННИКА ПРЕДПРИЯТИЯ?

- 1) прекращает свое действие
- 2) его действие сохраняется в течение трех месяцев
- 3) сразу подписывается новый коллективный трудовой договор
- 4) не прекращает свое действие до истечения срока коллективного трудового договора
- 5) продолжает действовать и вступает в силу при изменении структуры и состава нового предприятия

514. ЕЖЕДНЕВНО В ТЕЧЕНИЕ РАБОЧЕГО ДНЯ РАБОТНИКУ ДОЛЖЕН ПРЕДОСТАВЛЯТЬСЯ ПЕРЕРЫВ ДЛЯ ОТДЫХА И ПРИЕМА ПИЩИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ \_\_\_\_\_.

- 1) 30 минут
- 2) 50 минут
- 3) 1 час
- 4) 2 часа
- 5) 1,5 часа

515. ЖИТЕЛЯ ГОРОДА КАПШАГАЙ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ГОСТЯХ В ПОСЕЛКЕ ШЕЛЕК, С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ВРАЧ "СКОРОЙ ПОМОЩИ" ДОЛЖЕН ДОСТАВИТЬ В \_\_\_\_\_.



- 1) Областную больницу г. Талдыкорган
- 2) Городскую больницу г. Капшагай
- 3) Областную больницу г. Алматы
- 4) Шелекскую районную больницу
- 5) Городскую больницу г. Исык

516. ВРАЧ "СКОРОЙ ПОМОЩИ" С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ 17 ЛЕТНЕГО ЖИТЕЛЯ АУЕЗОВСКОГО РАЙОНА ДОЛЖЕН ДОСТАВИТЬ В \_\_\_\_\_.

- 1) Городскую больницу №4
- 2) Центральную городскую клиническую больницу
- 3) Городскую детскую больницу №1
- 4) Городскую клиническую больницу №7
- 5) Больницу скорой медицинской помощи

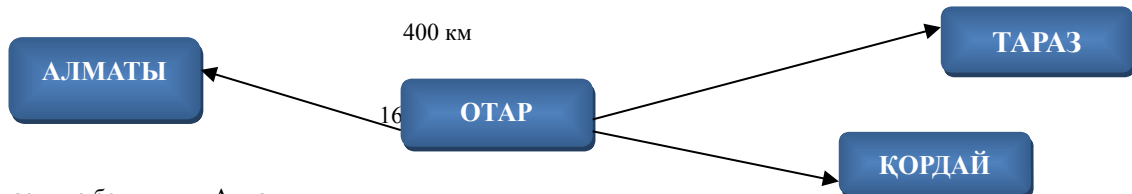
517. ВРАЧ "СКОРОЙ ПОМОЩИ" С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ 16 ЛЕТНЕГО ЖИТЕЛЯ БОСТАНДЫКСКОГО РАЙОНА ДОЛЖЕН ДОСТАВИТЬ В \_\_\_\_\_.

- 1) Городскую больницу №4
- 2) Центральную городскую клиническую больницу
- 3) Городскую детскую больницу №1
- 4) Городскую клиническую больницу №7
- 5) Больницу скорой медицинской помощи

518. ПАЦИЕНТКА Д., 58 ЛЕТ, ЖИТЕЛЬНИЦА ГОРОДА НОВОСИБИРСКА, СЛЕДОВАВШАЯ ПАССАЖИРСКИМ ПОЕЗДОМ БЫЛА СНЯТА НА СТАНЦИИ АЛМАТЫ-1 С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ. ВРАЧ "СКОРОЙ ПОМОЩИ" ПАЦИЕНТКУ ДОЛЖЕН ДОСТАВИТЬ В \_\_\_\_\_.

- 1) Городскую больницу №4
- 2) Центральную городскую клиническую больницу
- 3) Диагностический Центр
- 4) Центр Медицины катастроф
- 5) Больницу скорой медицинской помощи

519. На ж/д станции Отар (Кордайский район Джамбульской обл.) с поезда Бишкек-Новокузнецк врачом скорой помощи с диагнозом «острый аппендицит» был снят житель города Бишкек В. 15 лет. Куда необходимо доставить больного?



- 1) в областную больницу г. Алматы
- 2) в областную больницу г. Тараз
- 3) в №7 городскую клиническую больницу г. Алматы
- 4) в №1 городскую детскую больницу
- 5) в больницу скорой неотложной помощи г. Алматы

520. Послеоперационный период – это \_\_\_\_\_.

- 1) время, отведенное для перевода больного с операционного блока в реанимационное отделение
- 2) время от окончания операции до заживления раны
- 3) время от момента выписки больного до полного выздоровления
- 4) время от окончания операции до полного выздоровления больного
- 5) время, отведенное для перевода больного с реанимационного отделения в хирургическое

521. Ранний послеоперационный период - это \_\_\_\_\_.

- 1) время, отведенное для перевода больного с операционного блока в реанимационное отделение
- 2) время от окончания операции до заживления раны
- 3) время от момента выписки больного до полного выздоровления
- 4) время от окончания операции до выписки больного из стационара
- 5) время, отведенное для перевода больного с реанимационного отделения в хирургическое

522. Поздний послеоперационный период – это \_\_\_\_\_.

- 1) время, отведенное для перевода больного с операционного блока в реанимационное отделение
- 2) время от окончания операции до заживления раны
- 3) время от момента выписки больного до полного выздоровления
- 4) время от окончания операции до выписки больного из стационара
- 5) время, отведенное для перевода больного с реанимационного отделения в хирургическое

523. Симультантная операция – это \_\_\_\_\_.

- 1) поочередное выполнение всех этапов одной операции
- 2) выполнение этапов одной операции в разное время

- 3) операция, выполняемая с применением эндовидеирургических устройств
- 4) одновременное выполнение нескольких операций одному больному
- 5) операция выполняемая под рентгенологическим контролем

524. Укажите на название специальных операций

- 1) диагностическая
  - 2) микрохирургическая
  - 3) симультантная
  - 4) эндоваскулярная
  - 5) эндоскопическая
525. Относится к эндоскопической операции
- 1) фиброгастродуоденоскопия
  - 2) лапароскопическая холецистэктомия
  - 3) удаление тромба из просвета артерии с помощью зонда Фогарти
  - 4) фиброколоноскопия
  - 5) диагностическая лапароскопия