

Тестовый контроль по специальности
«сердечно-сосудистая хирургия»
все категории

1. Топографо-анатомические взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка в пределах сонного треугольника шеи (снаружи - внутрь)
 1. внутренняя яремная вена - общая сонная артерия – блуждающий нерв
 2. общая сонная артерия - внутренняя яремная вена – блуждающий нерв
 3. внутренняя яремная вена - блуждающий нерв - общая сонная артерия
 4. блуждающий нерв - общая сонная артерия - внутренняя яремная вена

2. При оперативном доступе к общей сонной артерии линия кожного разреза проходит
 1. от угла нижней челюсти
 2. от уровня верхнего края щитовидного хряща
 3. по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы
 4. верно любое из перечисленного

3. Бифуркация общей сонной артерии чаще всего соответствует
 1. углу нижней челюсти
 2. подъязычной кости
 3. верхнему краю щитовидного хряща
 4. нижнему краю щитовидного хряща
 5. верно все перечисленное

4. В операционной ране наружная сонная артерия по отношению к внутренней сонной артерии располагается
 1. кпереди и медиально
 2. кзади и медиально
 3. кзади и латерально
 4. кпереди и латерально

5. Оперативное вмешательство при каротидной тромбоздартерэктомии характеризуется всем перечисленным, за исключением
 1. продольного разреза вдоль внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы
 2. соответствия проекции бифуркации средней трети разреза
 3. соответствия проекции бифуркации верхней трети разреза
 4. задняя поверхность бифуркации не выделяется

6. С целью предупреждения повреждения сонного гломуса при операции каротидной тромбоздартерэктомии вскрытие стенки артерии осуществляется через
 1. переднюю стенку общей сонной артерии по направлению к стенке внутренней сонной артерии
 2. переднюю стенку общей сонной артерии по направлению к устью наружной сонной артерии
 3. внутреннюю стенку общей сонной артерии по направлению к устью наружной сонной артерии

7. При операции по поводу наружных поверхностных флебэкстаций вен шеи первоначально выявляется
 1. электазированный отрезок сосуда
 2. неизменные сегменты сосуда

3. существенного значения не имеет

8. При резекции аневризмы внутренней яремной вены трансплантат должен быть

1. длиннее резецированной вены на 2-3 см
2. короче резецированной вены на 2-3 см
3. равным длине резецированной вены
4. длина существенного значения не имеет

9. Для создания маммаро-коронарного анастомоза выделение внутренних грудных артерий, возможно, всеми перечисленными способами, кроме

1. через срединную продольную стернотомию
2. от уровня II межреберного промежутка до самого устья артерии
3. от уровня V-VI межреберных промежутков
4. не доходя до устья артерии

10. Наибольшими возможностями подхода к различным отделам сердца обладает

1. продольная срединная стернотомия
2. переднебоковая торакотомия
3. заднебоковая торакотомия
4. поперечная срединная торакотомия

11. При операции субтотальной перикардэктомии по отношению к отделам сердца иссечение перикарда осуществляется в следующей последовательности

1. от устья полых вен к правому предсердию, правому желудочку, далее к устьям аорты и легочного ствола, к левому желудочку
2. от левого желудочка к устьям легочного ствола и аорты, правому желудочку, правому предсердию и далее к устьям полых вен

12. Для пункции сердечной сорочки непосредственно прилежащим к передней грудной стенке является

1. передний верхний карман перикарда
2. передний нижний карман перикарда
3. задний верхний карман перикарда
4. задний нижний карман перикарда

13. Верхняя полая вена по отношению к полости перикарда является

1. полностью внутриперикардальным сосудом
2. частично внутриперикардальным сосудом
3. полностью внеперикардальным сосудом

14. Ниже места впадения непарной вены верхняя полая вена прилежит

1. к плечеголовному стволу
2. к корню правого легкого
3. к грудному потоку

15. От выпуклой полуокружности дуги аорты справа налево в норме отходят сосуды в следующем порядке

1. правая общая сонная артерия - правая подключичная артерия - левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия
2. правый плечеголовный ствол - левый плечеголовный ствол
3. плечеголовный ствол - левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия

4. легочный ствол - плечеголовной ствол - левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия

16. При подключично-легочном анастомозе по Блелоку - Тауссиг анастомоз накладывается между

1. подключичной артерией проксимальнее отхождения ветвей
2. подключичной артерией дистальнее отхождения ветвей
3. легочной артерией проксимальнее долевых ветвей
4. верхней долевой ветвью легочной артерии
5. верно № 1. и № 3.

17. Закрытие дефекта аорто-легочной перегородки I типа (локализация на медиальной стенке проксимального отдела восходящей части аорты) проводится

1. через поперечное вскрытие аорты
2. через поперечное вскрытие легочного ствола
3. возможны оба варианта
4. ни один из перечисленных вариантов

18. От передней поверхности аорты на уровне тела I поясничного позвонка из-под нижнего края поджелудочной железы отходит

1. верхняя брыжеечная артерия
2. средняя надпочечная и почечные артерии
3. артерия яичка или яичника
4. нижняя брыжеечная артерия

19. С целью обнажения инфраренального сегмента брюшной части аорты необходимая мобилизация двенадцатиперстной кишки осуществляется

1. пересечением брыжейки тонкой кишки
2. пересечением трейцевой связки
3. возможно и то, и другое
4. ни тем, ни другим способом

20. По отношению к брюшной аорте нижняя полая вена располагается

1. слева от аорты
2. спереди от аорты
3. сзади от аорты
4. справа от аорты

21. Положительное воздействие гемодилюции при ЭКК заключается

1. в улучшении транспорта кислорода в периферические органы и ткани
2. в улучшении микроциркуляции в условиях нормо- и гипотермии
3. в снижении количества и тяжести осложнений ЭКК
4. в экономии резервов донорской крови
5. во всем перечисленном

22. Оптимальный уровень гематокрита во время ЭКК равен

1. 30-32%
2. 18-30%
3. 15-28%

23. "Безопасное" время остановки кровообращения при температуре в носоглотке 18°C составляет (согласно Kirklin с коллегами)

1. 60 мин
2. 40 мин
3. 30 мин

24. Симптом "тройки" при коарктации аорты образуется

1. престенотически и постстенотически расширенным отделом аорты
2. дугой аорты и стволом легочной артерии
3. дугой аорты и левой легочной артерией
4. левой подключичной артерией и стволом легочной артерии

25. Легочный рисунок при тетраде Фалло

1. усилен за счет артериального русла
2. усилен за счет венозного русла
3. обеднен

26. Врожденный порок сердца формируется

1. в течение первого месяца эмбриогенеза
2. в течение первых двух месяцев эмбриогенеза
3. в течение всего периода развития плода
4. после рождения

27. Гипертензия малого круга приводит

1. к гипертрофии средней оболочки мелких мышечных артерий
2. к клеточной пролиферации интимы сосудов
3. к склерозу внутренней оболочки мелких сосудов
4. к истончению средней оболочки
5. ко всему перечисленному

28. Легочная гипертензия является следствием

1. гиповолемии малого круга кровообращения
2. гиперволемии малого круга кровообращения
3. гиперволемии большого круга кровообращения
4. гиповолемии большого круга кровообращения

29. Открытый артериальный проток с большим артериовенозным сбросом крови приводит

1. к диастолической перегрузке правого желудочка
2. к диастолической перегрузке левого желудочка
3. к систолической перегрузке левого желудочка
4. к систолической перегрузке правого желудочка
5. к диастолической перегрузке обоих желудочков

30. Открытый артериальный проток с высокой легочной гипертензией приводит

1. к диастолической перегрузке правого желудочка
2. к систолической перегрузке правого желудочка
3. к систолической перегрузке левого желудочка
4. к диастолической перегрузке левого желудочка
5. к систолической перегрузке правого и диастолической перегрузке левого желудочков

31. Для открытого артериального протока с большим артериовенозным сбросом характерна следующая аускультативная картина

1. систолический шум
2. систолодиастолический шум

3. диастолический шум
4. отсутствие шума
5. шум Грехем Стила

32. Наиболее ценным диагностическим методом при открытом артериальном протоке является

1. катетеризация правых отделов сердца
2. ангиокардиография из правых отделов сердца
3. катетеризация левых отделов сердца
4. аортография

33. Срочное хирургическое вмешательство в ближайшем послеоперационном периоде после операции перевязки открытого артериального протока требуется в случае

1. синдрома Горнера
2. появления подкожной эмфиземы
3. обильного поступления крови по дренажам
4. напряженного пневмоторакса

34. Анатомически частичный атриовентрикулярный канал характеризуется наличием

1. вторичного дефекта межпредсердной перегородки
2. открытого овального окна
3. первичного дефекта межпредсердной перегородки с нарушением развития атриовентрикулярных клапанов
4. дефекта межжелудочковой перегородки

35. Для полной формы атриовентрикулярного канала присущи все перечисленные признаки, кроме

1. сообщения на уровне предсердий
2. сообщения на уровне желудочков
3. фиброзные кольца атриовентрикулярных отверстий сформированы правильно
4. расщепления створки митрального клапана и трикуспидального формируют вентральную и дорсальную створки
5. расположения обоих клапанных отверстий в горизонтальной плоскости

36. Радикальная коррекция при двойном отхождении аорты и легочной артерии от правого желудочка со стенозом легочной артерии включает

1. закрытие дефекта межжелудочковой перегородки
2. перемещение аорты в левый желудочек
3. устранение стеноза устья легочной артерии
4. создания внутри правого желудочка тоннеля между дефектом межжелудочковой перегородки и устьем аорты
5. верно № 3. и № 4.

37. При эхокардиографии у больных с двойным отхождением от правого желудочка выявляется

1. наличие дефекта межжелудочковой перегородки
2. отсутствие митрального полулунного контакта
3. не визуализируются сосуды, отходящие от левого желудочка
4. расположение обоих магистральных сосудов спереди от межжелудочковой перегородки
5. все перечисленное

38. Наиболее частой аномалией сердца, сочетающейся с болезнью Дауна, является

1. стеноз легочной артерии
2. коарктация аорты
3. дефект межжелудочковой перегородки
4. дефект эндокардиальных подушечек (атриовентрикулярная коммуникация)
5. атрезия легочной артерии

39. Митральный стеноз чаще всего формируется вследствие

1. миокардита
2. инфекционного эндокардита
3. ревматизма
4. всего перечисленного

40. Заметные гемодинамические изменения при митральном стенозе появляются при уменьшении площади митрального отверстия

1. до 3-3.5 см²
2. до 2-2.5 см²
3. до 1 см²
4. менее 1 см²

41. Гемодинамика малого круга кровообращения при митральном стенозе характеризуется

1. повышением легочно-капиллярного давления
2. гиперволемией
3. гиповолемией
4. верно № 1. и № 2.

42. Легочная гипертензия наблюдается при всех перечисленных пороках, за исключением

1. порока митрального клапана
2. наличия сброса крови слева направо
3. стеноза легочной артерии
4. порока аортального клапана
5. эмболии легочной артерии

43. У больных с митральным стенозом наиболее часто встречается

1. пароксизмальная предсердная тахикардия
2. трепетание предсердий
3. синусовая брадикардия
4. левопредсердный ритм
5. мерцательная аритмия

44. Наиболее ранним симптомом митрального стеноза является

1. периферические отеки
2. боли в брюшной полости вслед за увеличением печени
3. сердцебиение вследствие предсердной аритмии
4. одышка
5. ортопноэ

45. К осложнениям, специфичным для больных с протезами клапанов, относятся

1. тромбоз и системные эмболии
2. парапротезные фистулы и нарушения функции протеза
3. инфекционный эндокардит
4. геморрагические осложнения

5. все перечисленные

46. Наиболее частой локализацией миксомы является

1. левый желудочек
2. левое предсердие
3. правое предсердие
4. правый желудочек
5. левое предсердие и правое предсердие

47. Для вариантной стенокардии Принцметалла характерно

1. хороший прогноз при медикаментозном лечении
2. при ЭКГ-исследовании смещение сегмента ST вниз
3. β -блокаторы показаны
4. желудочковые аритмии встречаются нечасто
5. у большинства больных выявляется спазм при интактных коронарных артериях

48. Характерным ЭКГ-признаком наличия постинфарктной аневризмы сердца является

1. застывший подъем сегмента ST
2. стойкое снижение сегмента ST
3. блокада левой ножки пучка Гисса
4. атриовентрикулярная блокада I степени
5. отсутствие зубца Q

49. Для инфаркта правого желудочка не характерно

1. гипотония
2. отек легких
3. повышение центрального венозного давления
4. парадоксальный пульс
5. симптом Куссмауля

50. 52-летний больной поступил в клинику с диагнозом инфаркта миокарда переднеперегородочной области. Через 3 дня появился голосистолический шум высокой интенсивности с максимумом у нижнего левого края грудины. При пальпации в этой области определяется дрожание. При катетеризации полостей сердца у этого больного с большей вероятностью будет выявлена

1. гигантские Y волны на кривых давления левого предсердия
2. Нормальное давление при заклинивании легочных капилляров
3. насыщение крови кислородом в легочной артерии выше, чем в правом предсердии
4. патологии при катетеризации выявлено не будет
5. насыщение крови кислородом в легочной артерии ниже, чем в правом предсердии

51. Процент закрытия аутовенозных аортокоронарных шунтов на почве атеросклероза в течение 10-летнего периода составляет

1. 10%
2. 30%
3. 50%
4. 70%
5. 90%

52. Для больных ишемической болезнью сердца наиболее важным прогностическим показателем является

1. частота стенокардических приступов

2. уровень толерантности к физической нагрузке при велоэргометрии
3. количество желудочковых экстрасистол при нагрузке
4. регулярность выполнения физических упражнений
5. курение более 20 сигарет в день

53. Типичный синдром Марфана включает

1. высокий рост
2. длинные конечности
3. подвывих хрусталика
4. "паукообразные" пальцы
5. все перечисленное

54. Аневризма брюшной аорты - это расширение аорты

1. на 2 см
2. в 2.5 раза
3. не менее чем в 2 раза
4. не менее чем в 3 раза

55. При коарктации аорты пульсация на нижних конечностях

1. сохранена
2. ослаблена
3. отсутствует
4. ослаблена или отсутствует

56. При коарктации аорты пульсация межреберных артерий

1. усилена
2. не определяется
3. ослаблена

57. Показанием к использованию экплантата при коарктации аорты является

1. длинный суженный сегмент аорты
2. неадекватный диаметр верхнего сегмента аорты
3. аневризма грудной аорты
4. технические осложнения
5. все перечисленное

58. При врожденной извитости дуги аорты стенка аорты

1. имеет обычное строение
2. имеет обычное строение, но истончена
3. мышечный слой замещен соединительной тканью, имеется кальциноз
4. утолщена

59. По локализации среди окклюзий брюшной аорты следует различать

1. низкие
2. средние
3. высокие
4. все перечисленные

60. Причиной окклюзии брюшной аорты является

1. атеросклероз
2. неспецифический аортоартериит
3. постэмболические окклюзии

4. травматический тромбоз
5. все перечисленное

61. Наиболее частым вариантом реконструкции при поражении брюшной аорты является

1. аорто-бедренное шунтирование
2. аорто-бедренное протезирование
3. экстраанатомическое шунтирование
4. эндартерэктомия из аорты
5. тромбэмболэктомия из аорты

62. Наиболее часто поражение экстракраниальных артерий определяет

1. атеросклероз
2. неспецифический аортоартериит
3. экстравазальные компрессии
4. сифилис
5. все перечисленное

63. Среди инструментальных методов исследования больных с облитерирующим эндартериитом следует отдавать предпочтение

1. реовазографии
2. ультразвуковой доплерографии
3. капилляроскопии
4. ультразвуковой доплерографии и радиоизотопному определению регионарного кровотока
5. осциллографии

64. При производстве рентгеноконтрастной ангиографии у больного с облитерирующим эндартериитом необходимо исследование

1. бедренно-подколенного сегмента
2. общей бедренной артерии, глубокой артерии бедра и подколенной артерии
3. аортоподвздошного сегмента, бедренно-подколенного сегмента и артерий стопы в 2 проекциях
4. подколенной артерии и всех артерий голени
5. аорто-подвздошно-бедренно-подколенного сегмента, артерий голени и стопы в 2 проекциях в условиях "реактивной гиперемии"

65. Для уточнения степени поражения артерий голени у больного с эндартериитом, если при ангиографии все артерии поражены, целесообразно

1. ультразвуковая доплерография
2. реовазография
3. интраоперационная ревизия и ангиография
4. ультрасонография
5. дальнейшее обследование нецелесообразно

66. Больному с облитерирующим эндартериитом IV стадии и невозможностью выполнить типичную реконструктивную операцию (изолированный сегмент подколенной артерии) показано

1. ампутация конечности на уровне нижней трети бедра
2. ампутация конечности на уровне верхней трети голени
3. попытка реваскуляризации конечности путем шунтирования в изолированный сегмент подколенной артерии
4. поясничная симпатэктомия, консервативное лечение и местная некрэктомия

5. метатарзальная ампутация стопы

67. Наиболее часто у больных с облитерирующим эндартериитом выполняется

1. бедренно-подколенное шунтирование
2. реконструкция глубокой артерии бедра
3. эндартерэктомия из поверхностной бедренной артерии
4. бедренно-тибиальное шунтирование и симпатэктомия
5. все перечисленное

68. Наилучшим действием при внутриартериальном введении в пораженную конечность у больного с облитерирующим эндартериитом обладает

1. новокаин
2. реополиглюкин
3. раствор перекиси водорода
4. проставазин
5. данный метод лечения не эффективен

69. Для болезни Рейно характерно

1. боли в нижних конечностях при понижении температуры
2. боли в нижних конечностях при ходьбе, преимущественно в пальцах
3. боли, онемение в пальцах верхних конечностей
4. боли, онемение в пальцах верхних конечностей, которые провоцируются низкой температурой
5. все перечисленное

70. Варикозное расширение вен нижних конечностей имеет

1. врожденное происхождение - ангиодисплазия
2. врожденное происхождение - артерио-венозные свищи
3. приобретенное происхождение - компенсация недостаточности глубокой венозной системы
4. полиэтиологическое происхождение, где слабость венозной стенки играет очень важную роль
5. невыясненную этиологию

71. В классификации варикозного расширения вен следует выделять

1. первичный варикоз
2. вторичный варикоз
3. стадии компенсации и декомпенсации
4. наличие трофических расстройств
5. все перечисленное

72. Митральный стеноз чаще всего является следствием

1. Ревматизма.
2. Инфекционного эндокардита.
3. Системной красной волчанки.
4. Атеросклероза.

73. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет

1. 1-2 кв.см.
2. 4-6 кв.см.
3. 8-10 кв.см.
4. Все ответы неправильные.

74. Систолическое артериальное давление в левом предсердии в норме составляет

1. 4-5 мм рт.ст.
2. 8-10 мм рт.ст.
3. 20-25 мм рт.ст.
4. Все ответы неправильные.

75. Причиной возникновения органической недостаточности митрального клапана может быть

1. Ревматизм.
2. Склеродермия.
3. Ревматоидный полиартрит.
4. Септический эндокардит.
5. Все перечисленное.

76. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть

1. Ревматизм.
2. Атеросклероз.
3. Врожденная патология клапана.
4. Все перечисленное.
5. Ничего из перечисленного.

77. Среди клапанных пороков сердца чаще всего отмечается поражение

1. Аортального клапана.
2. Митрального клапана.
3. 3-х створчатого клапана.
4. Клапана легочной артерии.

78. Среди клапанных пороков сердца врожденным чаще всего является стеноз

1. Аортального клапана.
2. Митрального клапана.
3. 3-х створчатого клапана.
4. Клапана легочной артерии.

79. Ревматизм чаще всего приводит к развитию

1. Аортального стеноза.
2. Митрального стеноза.
3. Стеноза легочной артерии.
4. Митральной недостаточности.

80. "Критическим" считается уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия до

1. 6 кв.см.
2. 4 кв.см.
3. 3 кв.см.
4. 2 кв.см.
5. 1 кв.см и менее.

81. Митральный стеноз чаще всего является следствием

1. Ревматизма.
2. Инфекционного эндокардита.

3. Системной красной волчанки.
4. Атеросклероза.

82. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет

1. 1-2 кв.см.
2. 4-6 кв.см.
3. 8-10 кв.см.
4. Все ответы неправильные.

83. Систолическое артериальное давление в левом предсердии в норме составляет

1. 4-5 мм рт.ст.
2. 8-10 мм рт.ст.
3. 20-25 мм рт.ст.
4. Все ответы неправильные.

84. Причиной возникновения органической недостаточности митрального клапана может быть

1. Ревматизм.
2. Склеродермия.
3. Ревматоидный полиартрит.
4. Септический эндокардит.
5. Все перечисленное.

85. Причиной развития стеноза устья аорты могут быть

1. Ревматизм.
2. Атеросклероз.
3. Врожденная патология клапана.
4. Все перечисленное.
5. Ничего из перечисленного.

86. Среди клапанных пороков сердца чаще всего отмечается поражение

1. Аортального клапана.
2. Митрального клапана.
3. 3-х створчатого клапана.
4. Клапана легочной артерии.

87. Среди клапанных пороков сердца врожденным чаще всего является стеноз

1. Аортального клапана.
2. Митрального клапана.
3. 3-х створчатого клапана.
4. Клапана легочной артерии.

88. Ревматизм чаще всего приводит к развитию

1. Аортального стеноза.
2. Митрального стеноза.
3. Стеноза легочной артерии.
4. Митральной недостаточности.

89. "Критическим" считается уменьшение площади левого атриовентрикулярного отверстия до

1. 6 кв.см.

2. 4 кв.см.
3. 3 кв.см.
4. 2 кв.см.
5. 1 кв.см.

90. Из врожденных пороков у взрослых чаще всего встречается

1. Дефект межпредсердной перегородки.
2. Аномалия Эбштейна.
3. Стеноз легочной артерии.
4. Тетрада Фалло.
5. Комплекс Эйзенменгера.

91. Сброс крови слева - направо при дефекте межпредсердной перегородки можно выявить с помощью

1. Допплерэхокардиографии.
2. Цветового доплеровского картирования.
3. Радионуклидной вентрикулографии.
4. Всего перечисленного.
5. Правильно 1 и 2.

92. Аортокоронарография проводится в условиях

1. местной анестезии
 2. мониторинга ЭКГ
 3. ингаляции паров пентрана
 4. ингаляции закиси азота
 5. общей комбинированной анестезии
- а. все ответы правильны
б. правильны 2, 3
в. правильны 3, 4
г. правильны 1, 2
д. правильны 2, 5

93. Целесообразно ли у кардиохирургических больных перед оперативным вмешательством на сердце добиваться ликвидации мерцательной аритмии?

1. да
2. нет
3. тахисистолическую форму следует перевести в нормосистолическую
4. тахисистолическую форму следует перевести в брадисистолическую
5. правильно б. и в.

94. Лечение сердечной недостаточности включает все перечисленное, кроме

1. постельного режима
2. применения сердечных гликозидов
3. применения диуретиков
4. ограничения потребления калия

95. Применение 100% O₂ в течение длительного времени приводит

1. к повреждению сурфактанта
2. к увеличению PaO₂
3. к гипокапнии
4. к токсическому отеку легких
5. не оказывает вредного влияния

- а. все ответы правильны
- б. правильны 1, 2, 4
- в. правильны 1, 2, 3
- г. правильны 3, 4
- д. правильны 5

96. Податливость легких определяется

- 1. размером легких
- 2. возрастом
- 3. эластичностью легочной ткани
- 4. глубиной анестезии
- 5. размерами пациента

97. Цианоз становится заметен, когда насыщение артериальной крови кислородом ниже

- 1. 100%
- 2. 80%
- 3. 85%
- 4. 90%
- 5. 95%

98. Удаление миксомы следует производить вместе

- 1. с отсечением ножки миксомы
- 2. с удалением ножки с площадкой эндокарда (при прикреплении к стенке ЛП)
- 3. с иссечением части межпредсердной перегородки у основания ножки миксомы
- 4. верно № 2. и № 3.
- 5. возможно все перечисленное

99. Наиболее частой причиной смерти при аортальном стенозе является

- 1. сердечная недостаточность
- 2. нарушение внутрисердечной гемодинамики
- 3. нарушение ритма
- 4. коронарная недостаточность
- 5. отек легких

100. Высокое систолическое давление в левом желудочке характерно

- 1. для митральной недостаточности
- 2. для аортального стеноза
- 3. для митрального стеноза
- 4. для аортальной недостаточности

101. Кто имеет право подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?

- 1. гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
- 2. один из родителей;
- 3. законный представитель гражданина;
- 4. медицинский работник;
- 5. все вышеперечисленные.

102. Какие виды экспертиз проводятся в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ?

1. экспертиза временной нетрудоспособности;
2. экспертиза качества медицинской помощи;
3. военно-врачебная экспертиза;
4. медико-социальная экспертиза;
5. экспертиза профессиональной пригодности;
6. экспертиза связи заболевания с профессией;
7. судебно-медицинская;
8. судебно-психиатрическая экспертиза;
9. все вышеперечисленные.

103. На какой срок может выдать листок нетрудоспособности врач единолично?

1. на срок не более 15 дней;
2. на срок не более 30 дней;
3. на весь срок нетрудоспособности.

104. Какие формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности определены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ»?

1. государственный контроль;
2. ведомственный контроль;
3. внутренний контроль;
4. все вышеперечисленные.

105. Как часто может гражданин выбирать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

1. не чаще чем два раза в год;
2. не чаще чем один раз в год;
3. не чаще одного раза в 2 года.

106. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

1. пациент и его законный представитель;
2. родственники;
3. работодатели.

107. Каким Приказом в настоящее время утвержден порядок выдачи листков нетрудоспособности?

1. приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;

2. приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. №514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»;
3. приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

108. Каким Приказом в настоящее время утверждена форма бланка листка нетрудоспособности?

1. приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
2. приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
3. приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

109. Каким приказом утверждена Инструкция о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения?

1. приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
2. приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
3. приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

110. Укажите основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
2. приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
3. приоритет охраны здоровья детей;
4. социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
5. ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
6. доступность и качество медицинской помощи;
7. недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
8. приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
9. соблюдение врачебной тайны;
10. всё вышеперечисленное.

111.Использование 2-х перчаток в случае прокола контаминированной иглой уменьшает риск заражения в:

1. В 6 раз;
2. В 2 раза;
3. В 15 раз;
4. Не уменьшает.

112.Перечислите, что нужно сделать при несчастном случае на производстве в ЛПУ:

1. Поставить в известность заведующую отделением или вышестоящего по должности медработника;
2. Обратиться к доверенному по ВИЧ-инфекции врачу ЛПУ;
3. Выполнить генеральную уборку по эпид.показаниям;
4. Зарегистрировать в журнале аварийную ситуацию;
5. Начать принимать в первые 2 часа (но не позднее 72 часов) калетру+ комбивир в течение 1 месяца по схеме ВААРТ;
6. Принимать АЗТ (азитомидин) в течении 2 месяцев;
7. Составить акты о несчастном случае на производстве;
8. Оказать себе самопомощь и организовать дезинфекцию;
9. Срочно принять антибиотики;
10. Сообщить о ситуации родственникам больного;
11. Медработнику пройти обследование на наличие антител к ВИЧ.

113.Выберите признаки, характерные для ВИЧ-инфекции:

1. Вирусная антропонозная инфекция;
2. Преимущественно отсроченное присоединение вторичных заболеваний;
3. Преимущественно быстрое присоединение вторичных заболеваний;
4. Имеет контактный механизм передачи;
5. Заразность на протяжении всего заболевания;
6. Заразность в манифестной стадии заболевания;
7. Верно все выше перечисленное;
8. Лечение избавляет от вируса.

114.К какой группе вирусов относится ВИЧ?

1. Семейство ортовирусов, подсемейство лентивирусов;
2. Семейство ретровирусов, подсемейство лентивирусов;
3. Семейство ретровирусов, подсемейство флаовирусов.

115.В высушенных клетках крови при комнатной температуре активность вируса может сохраняться:

1. До 7 суток;
2. До 5 суток;
3. До 3 суток.

116.При обследовании пациента по клиническим показаниям в направлении указывается код:

1. 113;
2. 118;
3. 115.

117.Как долго может продолжаться бессимптомное течение ВИЧ-инфекции?

1. От 1 месяца, но не более 7 лет;
2. От 1 месяца до 7 лет и более, в среднем 5 – 7 лет

118.Выраженный иммунодефицит наблюдается у пациентов с ВИЧ-инфекцией при СД 4:

1. 300 и выше;
2. Менее 200;
3. При любом уровне СД 4.

119.Действия медицинских работников при уколе контаминированной иглой:

1. Обработать дезраствором и снять перчатки, выдавить каплю крови, промыть место прокола проточной водой, затем обработать 5% спиртовым раствором йода, 70% спиртом и перманганатом калия;
2. Снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70 градусным этиловым спиртом, затем смазать ранку 5% раствором йода;
3. Обработать дезраствором и снять перчатки, выдавить из раны кровь, вымыть руки с мылом проточной водой, обработать руки 96% спиртом, затем рану 5% раствором йода.

120.Какие основные цели современной АРВТ:

1. Максимальное подавление репликации ВИЧ;
2. Полная элиминация вируса из организма;
3. Сохранение функции иммунной системы;
4. Повышение качества жизни.