

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ
по специальности «Хирургия»
вторая квалификационная категория

1. Данный вид непроходимости относится к странгуляционной непроходимости

1. Опухоль сигмовидной кишки
2. Внедрение участка кишечной петли в просвет другой кишки
3. Заворот кишечника
4. Каловые камни в сигмовидной кишке

2. Основным клиническим признаком илеофemorального (венозного) тромбоза нижней конечности являются:

1. Внезапные («кинжальный удар», «укус змеи») резкие боли в конечности, бледность конечности
2. Появление участков гиперемии кожи и инфильтратов в подкожной клетчатке
3. Полная потеря чувствительности, контрактура и паралич конечности
4. Синдром «перемежающейся хромоты»
5. Резкий отек всей конечности, цианоз

3. Типичное место для дренирования плевральной полости с целью эвакуации крови при гемотораксе является:

1. Пятое межреберье по средней ключичной линии
2. Третье межреберье по передней подмышечной линии
3. Седьмое межреберье по задней подмышечной линии.
4. Второе межреберье по средней ключичной линии

4. При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показано:

1. Ушивание перфоративного отверстия, дренирование брюшной полости.
2. Иссечение дивертикула в пределах здоровых тканей, ушивание отверстия, дренирование брюшной полости.
3. Резекция части сигмовидной кишки, наложение анастомоза, дренирование брюшной полости
4. Резекция части сигмовидной кишки, наложение анастомоза, лапаростомия
5. Резекция части сигмовидной кишки, выведение одноствольной колостомы (операция Гартмана 1), дренирование брюшной полости

5. Какой зонд используется для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода?

1. Бейкера
2. Блэкмора
3. Желудочно-кишечный двухканальный зонд
4. Силиконовый зонд снабженный баллоном для уменьшения объема желудка
5. Миллера-Эбботта

6. Больная была прооперирована по поводу перекрута кисты правого яичника, через двое суток развился тромбоз правой подвздошной и бедренной вены, выраженный отек конечности, цианоз. Наиболее опасным вариантом дальнейшего развития осложнения является:

1. Гангрене нижней конечности
2. Развитие в последующем «Посттромбофлебитического синдрома» с инвалидизацией
3. Развитие трофической язвы голени
4. Тромбоэмболия в легочную артерию
5. Развитие ДВС-синдрома

7. Термин нозокомиальная инфекция обозначает.

1. Инфекционные заболевания, связанные с пребыванием, лечением и обследованием в лечебно-профилактических учреждениях
2. Инфекционные заболевания распространяющиеся через верхние дыхательные пути
3. Любая гноеродная инфекция
4. Генерализация инфекции с образованием септикопиемических очагов в организме

8. Что является характерным признаком в первые часы развития острого деструктивного аппендицита?

1. Частый жидкий стул
2. Появление болей в области эпигастрии
3. Подъем температуры тела до $38,0 - 38,5^0$ С
4. Неукротимая рвота
5. Схваткообразные боли в животе

9. Прогрессирующий перитонит приводит к развитию –

1. Полиорганной недостаточности
2. ДВС-синдрому,
3. Динамической кишечной непроходимости
4. Всех перечисленных осложнений

10. Права граждан РФ в области оказания медицинской помощи наиболее детально регламентированы в:

1. Конституция Российской Федерации 1993 г.
2. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан
3. Административный кодекс РФ
4. Уголовный кодекс РФ
5. Приказы и рабочие инструкции Министерства здравоохранения РФ.

11. Наиболее часто механическая желтуха обусловленная раком головки поджелудочной железы протекает по следующему клиническому типу:

1. Желтушно-болевая форма
2. Желтушно-холециститная
3. Желтушно-панкреатическая
4. Желтушно-септическая
5. Желтушно-безболевая

12. . Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих формах грыжи

1. Прямой паховой грыже
2. Скользящей грыже
3. Ущемленной грыже
4. Врожденной паховой грыже
5. Грыже пищеводного отверстия диафрагмы

13. Что является самым опасным осложнением острого аппендицита?

1. Перфорация червеобразного отростка
2. Вовлечение в процесс маточных придатков (яичников и труб)
3. Развитие аппендикулярного абсцесс
4. Пилефлебит (гнойный тромбофлебит воротной вены)

14. В каком месте выполняют дренирование плевральной полости при неосложнённом спонтанном пневмотораксе?

1. В любой наиболее удобной точке.
2. Во 2 межреберье по среднеключичной линии
3. В 5 межреберье по среднеподмышечной линии
4. В седьмом или восьмом межреберье между средней подмышечной и лопаточной линиями

15. Определение «геморроя»

1. Варикозное расширение вен прямой кишки
2. Тромбоз варикозно-расширенных вен прямой кишки
3. Гиперплазия кавернозных тел в терминальной части прямой кишки
3. Острое воспаление кавернозных тел прямой кишки
4. Полипозные разрастания слизистой прямой кишки

16. . У больной сразу после операции по поводу диффузно-токсического зоба (струмэктомия) появилась осиплость голоса, больная стала поперхиваться. Какое осложнение возникло у больной?

1. Повреждение возвратного нерва
2. Повреждение трахеи
3. Тиреотоксический криз
4. Гематома шеи
5. Повреждение парашитовидных желез

17. Что является основной причиной развития гнойного холангита?

1. Описторхоз
2. Рак поджелудочной железы
3. Присоединение инфекции на фоне нарушения оттока желчи через общий желчный проток (стриктуры, холедохолитиаз)
4. Сепсис
5. Панкреонекроз

18. Наибольшая опасность острого флеботромбоза нижних конечностей заключается в том, что он может привести к:

1. Гангрене нижней конечности
2. Развитие в последующем «Посттромбофлебетического синдрома» с инвалидизацией
3. Развитие трофической язвы голени
4. Тромбоэмболия в легочную артерию
5. Развитие ДВС-синдрома

19. При поступлении больных с острым холециститом в стационар тактика предполагает:

1. Все больные с острым холециститом должны быть экстренно прооперированы при поступлении.
2. Холецистит лечится консервативно.
3. Экстренная операция выполняется при наличии перитонита, остальные больные лечатся консервативно, при отсутствии эффекта в течении 24 часов – операция.
4. Выполнение УЗИ, при наличии камней в желчном пузыре – экстренная операция.

20. Выберите определение в наибольшей степени соответствующее юридическому термину «Врачебная ошибка»?

1. Добросовестное заблуждение врача в диагнозе и методах лечения, возникшее вследствие объективных и субъективных причин, несовершенства медицинских знаний, техники и т.п. (ответственность не наступает).
2. Неблагоприятный исход лечения, результаты которого нельзя предвидеть, а следовательно предотвратить из-за объективно складывающихся обстоятельств, хотя врач действует в полном соответствии с принятыми правилами (ответственность не наступает).
3. Недобросовестное оказание медицинской помощи, ошибки в диагнозе и лечении вследствие нарушения принятых правил и методов лечения (наказуемое деяние)
4. Невыполнение должностным лицом своих профессиональных служебных обязанностей если подобное действие или бездействие повлекли за собой причинение тяжкого вреда здоровью пациента или его смерть (Ст. 293 УК)

21. Данный вид непроходимости относится к обтурационной непроходимости

1. Опухоль сигмовидной кишки
2. Внедрение участка кишки в просвет другой кишки
3. Ущемленная грыжа

4. Заворот кишечника

22. У больного во время экстренной лапаротомии обнаружено в брюшной полости до 1500 мл крови. При дальнейшей ревизии установлено, что источником кровотечения является разрыв диафрагмальной поверхности селезенки длиной 2 см. Какой объем операции должен быть выполнен:

1. Электрокоагуляция раны селезенки
2. Ушивание раны селезенки.
3. Ушивание раны селезенки с подшиванием ее к диафрагмальной поверхности.
4. Спленэктомия
5. Тампонада раны с использованием для остановки кровотечения таких средств как: Тахокомб, гемостатическая губка.

23. Самым тяжелым осложнением острого аппендицита является

1. Кровотечение из червеобразного отростка
2. Вовлечение в процесс маточных придатков (яичников и труб)
3. Развитие аппендикулярного инфильтрата
4. Пилефлебит

24. Наиболее характерным признаком облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей является –

1. Появление «вечерних» отеков нижних конечностей
2. Синюшный цвет конечностей
3. Появление трофической язвы в области медиальной лодыжки
4. Синдром полинейропатии: жжение и онемение в кончиках пальцев стоп, потеря чувствительности на отдельных участках конечности, ощущение «ползания мурашек»
5. Синдром «перемежающейся хромоты»

25. Для механической желтухи обусловленной холедохолитиазом наиболее вероятно развития следующего симптомокомплекса:

1. Появление желтухи без признаков болевого синдрома
2. Появление желтухи после острого приступа болей в правом подреберье иррадиирующих в поясницу, правое плечо, ключицу, правую половину шеи и область сердца
3. Появления желтухи после злоупотребления алкоголем, появления опоясывающих болей, неукротимой рвоты, гипердиастазурии
4. Диспепсические явления, T-38,0°C, слабость, медленное развитие желтухи, появление тупых болей в области печени, увеличение размеров печени

26. При классификация язвенного кровотечения по FORREST наличие I A степени предполагает наличие у больного

1. Снижение показателей гематокрита до 35-30%
2. Венозный характер кровотечения
3. Эндоскопическую картину струйного кровотечения из язвы

4. Легкую степень кровопотери
5. Кровопотеря без снижения или с незначительным снижением артериального давления (120/80 – 110/70 мм рт ст)

27. Рентгенологическим признаком прободной язвы является:

1. Появление чаш Клойбера и аркад
2. Участки затемнение брюшной полости
3. Появление уровней жидкости в отложих местах брюшной полости
4. Серп воздуха под правым куполом диафрагмы

28. При бронхоэктатической болезни наиболее информативным из методов исследования является

1. Флюорография
2. Рентгеноскопия органов грудной клетки
3. Бронхография
4. Томография
5. Компьютерная томография

29. Экзофтальм, тахикардия, тремор пальцев рук, раздражительность, повышенная Т тела, снижение массы тела характерны для:

1. Тиреотоксического зоба
2. Эндемического зоба
3. Спорадического зоба
4. Тиреоидита
5. Узлового зоба загрудинной локализации

30. «Проба Шварца» при кишечной непроходимости это:

1. Контрастная энтерография – дача больному раствора сульфата бария через рот, исследование его пассажа по часам
2. Введение раствора сульфата бария в сигмовидную и ободочную кишку в виде клизмы, тугое наполнение
3. Введение раствора сульфата бария в тонкий кишечник через зонд, проведенный через ДПК, тугое наполнение
4. Все перечисленные варианты

31. Признаком превращения аппендикулярного инфильтрата в аппендикулярный абсцесс является –

1. Появление признаков местного или диффузного перитонита
2. Повышение Т тела до гектических цифр (38⁰С и выше)
3. Отек и гиперемия правой половины живота
4. Частый жидкий стул
5. Появление признаков кишечной непроходимости

32. «Чикагская классификации Сепсиса» (Принятая на согласительной конференции Американского общества торакальных хирургов и врачей медицины экстренных состояний, АССР/SCCM, 1991 г.) предполагает следующие формы:

1. Синдром системной воспалительной реакции (SIRS), Сепсис, Тяжелый сепсис, Септический шок.
2. Бактериальный и грибковый, грамотрицательный и грамположительный сепсис.
3. Тонзиллогенный, отогенный, одонтогенный, раневой, гинекологический сепсис
4. Молниеносный, острый, подострый сепсис, хронический сепсис

33. Б-ому 32 лет, с болями в животе, для уточнения диагноза по экстренным показаниям была выполнена лапароскопия. Найден плотный инфильтрат в правой подвздошной области, образованный кишечником и сальником. Признаков перитонита нет, Т – 37,2. В крови лейкоцитоз до 12.000, без сдвига формулы влево. Ваши действия

1. Завершение лапароскопии, дальнейшее лечение больного консервативное.
2. Лапаротомия доступом по Волковичу-Дьяконову, разъединение инфильтрата, аппендэктомии
3. Широкая срединная лапаротомия, разъединение инфильтрата, аппендэктомии
4. Широкая срединная лапаротомия, разекция инфильтрата, наложение межкишечного анастомоза
5. Широкая срединная лапаротомия, разекция инфильтрата, выведение еюностомы

34. Данное заболевание не является причиной механической желтухи

1. Холедохолитиаз (камень общего желчного протока)
2. Рак головки поджелудочной железы
3. Гепатит
4. Рак большого дуоденального сосочка.
5. Хронический индуративный панкреатит

35. При не диагностированных травматических ранениях пищевода развивается:

1. Медиастинит
2. Плеврит
3. Перикардит
4. Бронхоплевральный свищ
5. Экстраперикардальная тампонада сердца

36. Какой из перечисленных симптомов является симптомом острого аппендицита?

1. Симптом Бартомье-Михельсона
2. Симптом Ортнера
3. Симптом Обуховской больницы
4. Симптом Мейо-Робсона

5. Симптом Керте

37. Наиболее достоверным инструментальным методом диагностики тромботических поражений глубоких вен нижней конечностей в настоящее время является

1. Исследование свертываемости крови
2. Доплерография сосудов нижней конечности
3. Флебография
4. Термография конечности
5. Компьютерная томография нижних конечностей

38. Данный вид кишечной непроходимости относится к странгуляционной

1. Опухоль сигмовидной кишки
2. Внедрение участка кишки в просвет другой кишки
3. Ущемленная грыжа
4. Заворот кишечника
5. Закрытие просвета кишки желчным камнем

39. Что такое «рихтеровское ущемление»?

1. Ущемление скользящей грыжи
2. Ущемление участка стенки кишки без закрытия ее просвета (пристеночное ущемление)
3. Ущемление нескольких кишечных петель одновременно
4. Ущемление грыжи стенкой которой является мочевого пузыря

40. Синдром Ляриша это -

1. Злокачественно протекающая форма облитерирующего эндартериита
2. Тромбоз подколенной артерии
3. Сочетание облитерирующего эндартериита с тромбофлебитом
4. Атеросклероз с преимущественным поражением бифуркации брюшной аорты
5. Тромбоз нижней полой вены

41. Симптом Керте при остром панкреатите это:

1. Болезненность и резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы
2. Невозможность пальпаторно определить пульсацию брюшной аорты через переднюю брюшную стенку из-за отека поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки
3. Появление участков цианоза на боковых стенках живота
4. Резкая болезненность при пальпации поясничной области в левом реберно-позвоночном углу

42. Больной 28 лет поступил по экстренным показаниям с жалобами на резкую слабость, жидкий черный стул, снижение АД до 80/40, Пс.- нитевидный 120 в 1 мин, кожные покровы резко бледные. В приемном отделении у больного вновь был обильный жидкий стул, на сей раз вишневого цвета. На что наиболее вероятно указывает вишневый характер стула.

1. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
2. Интенсивный (профузный) характер кровотечения из язвы ДПК;
3. Кровотечение из тонкой кишки.
4. Кровотечение из поперечно-ободочной кишки
5. Кровотечение из прямой кишки

43. Для диагностики повреждений пищевода наиболее часто выполняют

1. Торакоскопию
2. Рентгеноскопию органов грудной клетки
3. Рентгеноскопию пищевода с контрастированием
4. Диагностическую пункцию средостения
5. Торакоскопию

44. При образовании аппендикулярного инфильтрата, лечение заключается в следующем –

1. Экстренное выполнение операции с иссечением и удалением инфильтрата из брюшной полости из местного доступа
2. Широкая лапаротомия с иссечением и удалением аппендикулярного инфильтрата
2. Экстренное выполнение операции с разьединением инфильтрата и удалением червеобразного отростка
4. Консервативное лечение, после рассасывания инфильтрата через 4 – 6 месяцев выполнение операции в плановом порядке - аппендектомии

45. Для какого вида травмы характерна ложная анурия с признаками развивающегося перитонита

1. Разрыв селезенки с развитием тяжелой кровопотери
2. Забрюшинная гематома
3. Ушиб почек
4. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря

46. . Термин **нозокомиальная инфекция** обозначает?

1. Инфекционные заболевания, связанные с пребыванием, лечением и обследованием в лечебно-профилактических учреждениях
2. Инфекционные заболевания распространяющиеся через верхние-дыхательные пути
3. Любая гноеродная инфекция
4. Генерализация инфекции с образованием септикопиемических очагов в организме

47. Во время операции по поводу ущемлённой Бедренной грыжи, выполняется этап рассечения ущемляющего кольца (грыжевых ворот), при этом планируется рассечение лакунарной (жимбернатовой) связки. Какая опасность подстерегает хирурга на этом этапе:

1. Ранение забрюшинной части мочевого пузыря

2. Ранение мочеточника
3. Повреждение пахового нервного сплетения и стойкий болевой синдром после операции
4. Повреждение бедренной артерии
5. Повреждение запирательной артерии, аномально отходящей от нижней надчревной артерии

48. Повышение содержание в крови Прокальцитонина указывает на наличие у больного -

1. ДВС- синдрома
2. Тяжелого аутоимунного заболевания
3. Тяжелой инфекции, сепсиса
4. Косвенно указывает на наличие онкологического заболевания
5. Всего перечисленного

49. Данный шовный материал относится к группе нерассасывающихся материалов:

1. Кетгут
2. Викрил
3. ПГА
4. Пролен (Полипропилен)
5. Дексон

50. В соответствии с Законом об охране здоровья граждан РФ информация о состоянии его здоровья и характере заболевания не предоставляется гражданину только в этом случае:

1. Информация о состоянии здоровья не может быть представлена гражданину против его воли.
2. Тяжелый и неизлечимый характер заболевания.
3. При обращении с такой просьбой к лечащему врачу близких родственников больного.
4. При угрозе массового поражения населения: особо опасные инфекции, радиационная угроза, распространение токсинов в водоемах и пр.

51. Больному с ущемленной бедренной грыжей во время операции разущемление грыжи производится за счет:

1. Рассечение лакунарной (джимбернатовой) связки.
2. Рассечения пупартовой связки
3. Рассечение гребневой (куперовой) связки
4. Рассечение фасции бедра

52. В больницу поступил больной с болями в животе. Дежурный врач после осмотра не считает, что у больного имеется о. аппендицит, но полностью исключить диагноз не может. Действия врача –

1. Выполнить операцию в любом случае
2. Отпустить больного домой. Если будет хуже, больной может обратиться в

- больницу повторно
3. Отправить больного в другую больницу, где имеется более совершенное оборудование и квалифицированные специалисты
 4. Госпитализировать с Дз. Острый аппендицит? для наблюдения в хирургическое отделение

53. У больного в результате длительного запойного употребления алкоголя возникла многократная рвота, рвота быстро приобрела геморрагический характер в виде алой крови и сгустков, наиболее вероятная причина развития данного кровотечения:

1. Синдром Мейллори-Вейса
2. Язва двенадцатиперстной кишки
3. Распадающаяся опухоль желудка
4. Острые язвы желудка
5. Варикозное расширение вен пищевода

54. Для болевого синдрома при острой obturационной кишечной непроходимости наиболее характерно:

1. Схваткообразный характер болей
2. Постоянный, выраженный характер болей
2. Иррадиация болей в поясницу, половые органы, и внутреннюю поверхность бедра.
3. Иррадиация болей в правую плечо, правую половину шеи, область сердца
4. Опоясывающий характер болей

55. Больной 42 лет по поводу желчнокаменной болезни была выполнена плановая холецистэктомия. Через месяц после операции вновь начала отмечать приступы болей в правом подреберье, которые сопровождались субиктеричностью склер и кожи, потемнением мочи. Наиболее эффективным методом диагностики в данном случае будет:

1. УЗИ
2. Диагностическая лапароскопия
3. Диагностическая лапаротомия
4. Эндоскопическая ретроградная холангио панкреато графия (ЭРХПГ)
5. «Пер оральная» холангиография (с использованием таблетированных препаратов для контрастирования желчных протоков).

56. Для острого деструктивного аппендицита в начале заболевания наиболее характерно:

1. Внезапное возникновение сильных болей в правой подвздошной области
2. Появление болей в эпигастрии и постепенное их перемещение в правую подвздошную область
3. Появление схваткообразных болей в правой подвздошной области
4. Появление тошноты, рвоты, затем возникновение болей в правой подвздошной области
5. Появление частого жидкого стула, затем появление болей в правой

подвздошной области

57. Классификация шока по стадиям предполагает деление его на

1. Компенсацию, субкомпенсацию, декомпенсацию
2. Легкую, средней тяжести, тяжелую
3. Реактивную, токсическую, терминальную
4. Ранний (обратимый) шок, промежуточный (прогрессивный), рефрактерный (необратимый)

58. К группе антибиотиков устойчивых к действию фермента бета-лактамазы микроорганизмов относятся:

1. Карбапенемы
2. Амоксиклав
3. Цефоперазон-сульбактам
4. Сульперазон
5. Все перечисленное

59. У больного с жалобами на боли в правом подреберье на УЗИ обнаружен полип желчного пузыря с явлениями холестероза. Лечение?

1. Медикаментозное, назначение статинов
2. Санаторно-курортное
3. Эндоскопическое, удаление полипа желчного пузыря
4. Хирургическое, удаление желчного пузыря

60. При остром ишиоректальном паропроктите показаны:

1. Пункция абсцесса, промывание полости гнойника, введение антибиотиков
2. Вскрытие гнойника через просвет прямой кишки
3. Вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки
4. Вскрытие абсцесса, иссечение крипты в анальном канале, дренирование абсцесса
5. Пункция гнойника, отсасывание гноя, пункционное установление дренажей.

61. У больного после выполнения аппендектомии по поводу гангренозного аппендицита развился абсцесс Дугласового пространства. Лечение данного осложнения-

1. Консервативное. Назначение антибиотиков, придание положения Фовлера
2. Выполнение ниже-срединной лапаротомии, вскрытие абсцесса и дренирование
3. Вскрытие абсцесса через операционную рану в правой подвздошной области
4. Вскрытие абсцесса доступом по Н. И. Пирогову
5. Вскрытие абсцесса через переднюю стенку прямой кишки

62. Для механической желтухи характерен цвет кожных покровов

1. Лимонно-желтый
2. Желто-зеленый
3. Красно-желтый
4. Шафрановый

63. Операция Габриэля это:

1. Иссечение пароректального свища вместе с анальной криптой и внутренним свищевым отверстием треугольным лоскутом, направленным в просвет прямой кишки.
2. Резекция дистального участка сигмовидной кишки вместе с патологическим очагом (опухоль, некроз, перфоративное отверстие) с выведением прксимального ее конца на переднюю брюшную стенку (одноствольная, концевая колостома)
3. Лечение сложных пароректальных свищей путем проведение через свищи лигатуры и затягивание этой лигатуры в несколько этапов, до полного ее прорезывания.
4. Циркулярное иссечение дистального отдела слизистой прямой кишки с одновременной прошиванием геморроидальных сосудов с помощью специального сшивающего аппарата

64. Наиболее частой причиной возникновения спонтанного пневмоторакса является:

1. Разрывы плевральных сращений.
2. Разрыв врожденной кисты легкого
3. Разрыв эмфизематозных пузырей (булл) легкого
4. Разрыв бронха
5. Прорыв абсцесса легкого

65. Основной причиной тромбоза бедренной артерии является

1. Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей
2. Тромбоз сосудов малого таза
3. Операции на органах брюшной полости
4. Заболевания крови
5. Заболевания сердца

66. Во время операции по поводу ущемлённой Бедренной грыжи, выполняется этап рассечения ущемляющего кольца (грыжевых ворот), при этом планируется рассечение лакунарной (жимбернатовой) связки. Какая опасность подстерегает хирурга на этом этапе:

1. Ранение забрюшинной части мочевого пузыря
2. Ранение мочеточника
3. Повреждение пахового нервного сплетения и стойкий болевой синдром после операции
4. Повреждение бедренной артерии
5. Повреждение запирательной артерии, аномально отходящей от нижней надчревной артерии

67. В хирургическом лечении перитонита термин - лапаротомия «по программе» обозначает:

1.	Последовательное выполнение через каждые 24-48 часов ряда релапаротомий для санации брюшной полости.
2.	Выполнение любой лапаротомий у больных с перитонитом по жизненным показаниям
3.	Выполнение у больных перенесших перитонит операций по устранению последствий заболевания – закрытие кишечных свищей, устранение эвентераций и т.п.
4.	Выполнение во время операции у больных с перитонитом комплекса мероприятий в соответствии с требованиями государственного стандарта

68. Это осложнение характерно преимущественно для язвенной болезни тела желудка и практически не встречается при язвенной болезни ДПК

1. Язвенное кровотечение
2. Перфорация язвы
3. Язвенный стеноз
4. Малигнизация язвы
5. Пенетрация язвы в окружающие органы

69. Данная причина не является причиной Постхолецистэктомического синдрома

1. Холедохолитиаз
2. Рубцовая стриктура общего желчного протока
3. Хронический индуративный панкреатит
4. Цирроз печени
5. Неполное удаление желчного пузыря

70. Современная методика лечения грыж – UHS (Ultrapro Hernia System) предполагает:

1. Не натяжные методы герниопластики с использованием любых сетчатых имплантантов
2. Выполнение пластики грыжевых ворот передней брюшной стенки с помощью эндоскопических (лапароскопических) методов
3. Операция при паховой грыже, когда грыжевой мешок без вскрытия погружается в брюшную полость obturatorом «пробкой- Plug» выполненной из сетки в виде волана, а сверху задняя стенка закрывается, как при методе Лихтинштейна
4. Использование специального сетчатого устройства для obturatorного метода лечения паховых грыж. Устройство имеет сложную форму и состоит из надфасциальной пластины, коннектора и подфасциальной пластины, по виду все это напоминает большую сетчатую запонку.

71. Противопоказанием для выполнения ретроградной эндоскопической холангиографии является:

1. Острый панкреатит
2. Механическая желтуха
3. Хронический панкреатит
4. Наличие камней в протоках поджелудочной железы

5. Холедохолитиаз

72. Больной 29 лет внезапно почувствовал сильные боли в левой половине грудной клетке, нехватку воздуха. Травм не было, Т тела нормальная, бронхо-легочных заболеваний не отмечал. Дыхание над левым легким не выслушивается, смещение средостения влево. Какую патологию можно заподозрить?

1. Инфаркт миокарда
2. Спонтанный неспецифический пневмоторакс;
3. Фибринозный плеврит.
4. Ущемленную диафрагмальную грыжу
5. Бронхопневмонию

73. Обезболивание при вскрытии подкожного панариция ногтевой фаланги 2 пальца кисти заключается в:

1. Внутривенный наркоз
2. Местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому
3. Анестезия по Оберсту-Лукашевичу
4. Анестезия по Усольцевой - Брауну
5. Перидуральная анестезия

74. Основной причиной острого нарушения мезентерильного кровообращения является:

1. Артериальная эмболия.
2. Образование тромбов в мезентериальных артериях
3. Тромбоз мезентериальных вен
4. Неокклюзионные поражения мезентериальных сосудов (ангиоспазм, нарушение центральной гемодинамики и пр.)

75. У больного с варикозным расширением вен нижних конечностей решается вопрос об оперативном лечении – венэктомии. При определении показаний и объема операции в настоящее время наиболее эффективным является –

1. Использование функциональных проб
2. Флебодиагностика
3. Реовазография
4. Ультразвуковая доплерография
5. Компьютерная томография

76. В приемное отделение доставлен больной с болями в животе и подозрением на о.аппендицит. Впечатление об о. аппендиците у дежурного врача не складывается, но и полностью исключить этот диагноз он не может. Его действия:

1. Выполнить операцию в любом случае
2. Отпустить больного домой. Если будет хуже, может обратиться в больницу повторно
3. Отправить больного в другую больницу, где имеется более совершенное оборудование и квалифицированные специалисты
4. Госпитализировать для динамического наблюдения

77. Согласно ФЗ №323 об охране здоровья граждан РФ информация о состоянии его здоровье и характере заболевания не предоставляется гражданину только в этом случае:

1. Информация о состоянии здоровья не может быть представлена гражданину против его воли.
2. Тяжелый и неизлечимый характер заболевания.
3. При обращении с такой просьбой к лечащему врачу близких родственников больного.
4. При угрозе массового поражения населения: особо опасные инфекции, радиационная угроза, распространение токсинов в водоемах и пр.

78. Оперативное лечение бедренной грыжи с использованием пахового доступа называется:

1. По Лихтенштейну(I. Lichtenstein)
2. По Кукуджанову
3. По Шолдису (E. Shouldice)
4. По Бассини
5. По Руджи-Парлавеччо

79. Основной причиной развития облитерирующего эндартериита сосудов нижних конечностей является

1. Злоупотребление алкоголем
2. Гиперхолестеринемия
3. Курение переохлаждение
4. Хронические воспалительные заболевания
5. Интоксикация, отравление солями тяжелых металлов

80. Начальными проявлениями столбняка являются:

1. Вялость, головная боль, боли в спине и затылке, тризм, дисфагия, напряжение затылочных мышц
2. Вялость, тошнота, рвота, боли в суставах, выраженный отек вокруг раны
3. Повышенная соливация, слезотечение, высокая температура, выраженный отек и крепитация вокруг раны
4. Повышение температуры тела, понос, резкая слабость, птоз, нарушение зрения (двоение в глазах, туман в глазах, косоглазие, нарушение аккомодации), нарушение глотания, сухость во рту, осиплость голоса, невнятная речь, паралич мягкого неба

81. При поступлении больных с острым холециститом в стационар тактика предполагает:

1. Все больные с острым холециститом должны быть экстренно прооперированы при поступлении.
2. Холецистит лечится консервативно, затем операция в плановом порядке.
3. Экстренная операция выполняется при наличии перитонита, остальные больные лечатся консервативно, при отсутствии эффекта в течении 24 часов – операция.
4. Выполнение УЗИ, при наличии камней в желчном пузыре – экстренная

операция.

82. Наиболее характерным поздним осложнением острого панкреатита, панкреонекроза является:

1. Развитие аденомы В-клеток
2. Развитие сахарного диабета
3. Камни поджелудочной железы
4. Развитие псевдо кисты (кист) поджелудочной железы
5. Кальцификация поджелудочной железы

83. При наличии у больного острого аппендицита оперативное лечение противопоказано в случае:

1. Острого инфаркта миокарда
2. Беременности 39-40 недель
3. Заболеваниях с тяжелым нарушением свертываемости крови (гемофилия, инфаркт миокарда и т.п.)
4. Образование плотного аппендикулярного инфильтрата
5. Образование аппендикулярного абсцесса

84. Характерным признаком кластридиальной гангрены нижней конечности, так называемый симптомом А.Ф. Бердяева, является:

1. Резкий отек конечности.
2. Болезненность по ходу нейро-сосудистого пучка.
3. Особый звонкий хруст при сбривании волосков вокруг раны
4. Появление подэпидермальных пузырей
5. Выпирание мышц из раны

85. Симптом «часовых стекол» и «барабанных палочек» наиболее характерен для:

1. Пороков сердца
2. Туберкулеза
3. Актиномикоза
4. Только бронхоэктатической болезни
5. Нагноительных заболеваний легких и плевры

86. Грыжевой мешок врожденной паховой грыжи образован:

1. Pariетальной брюшиной
2. Стенкой мочевого пузыря
3. Влагалищным отростком брюшины
4. Предбрюшинной жировой клетчаткой (предбрюшинной липомой)
5. Висцеральной брюшиной

87. Оперативное лечение карбункула в области шеи предполагает:

1. Вскрытие гнойника
2. Крестообразный разрез карбункула, некроэктомия
3. Иссечение карбункула - пораженной кожи и подлежащих тканей
4. Пункционное вскрытие гнойника, установка системы для промывания.

88. Синдром «перемежающейся хромоты» характерен для:

1. Острого тромбоза подкожных вен нижних конечностей
2. Илеофemorального тромбоза
3. Венозной недостаточности нижних конечностей
4. Острого тромбоза бедренной артерии
5. Облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей

89. Больной 76 лет доставлен в приемное отделение в тяжелом состоянии с клиникой перфоративной язвы ДПК и разлитого перитонита, через 12 часа с момента перфорации. Больному была предложена операция от которой он, ссылаясь на «слабое сердце» (постинфарктный кардиосклероз, НК2, артериальная гипертония 3 ст), родственники больного согласны на операцию, ваши действия?

1. У больного перитонит, поэтому не взирая на отказ больного и опираясь на согласие родственников больному выполняется операция
2. Провести консилиум не менее чем из 3 врачей, поставить в известность администрацию больницы, по решению консилиума операция, несмотря на отказ больного
3. Так как больной отказывается от операции, после всех разъяснений и получения росписи больного он отправляется домой машиной СП для проведения
4. С учетом наличия тяжелой сопутствующей патологии и тяжелого перитонита лечение в данном случае должно быть только консервативным (постоянная аспирация желудочного содержимого, антибиотики и т.д.)
5. Больной должен быть помещен в АРО для терапии, одновременно продолжать его убеждать в необходимости операции, при получении согласия немедленная операция

90. К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относятся:

1. Склероз артериол и капилляров.
2. Аутоиммунное поражение артерий среднего и мелкого калибра
3. Петлистый артериальный тромбоз
4. Тромбоз бедренной и подколенной артерии
5. Флеботромбоз глубоких вен

91. Ретроцекальное и ретроперитонеальное расположение воспаленного червеобразного отростка вызывает комплекс симптомов напоминающий –

1. Заболевания правой почки (мочекаменная болезнь, пиелонефрит)
2. Воспалительные заболевания правых придатков (аднексит, нарушение питания кисты правого яичника)
3. Заболевания желчного пузыря и желчных протоков. Печеночную колику, острый холецистит.
4. Кишечную инфекцию, частый жидкий стул, высокую температуру

92. Данный шовный материал относится к группе синтетических рассасывающихся шовных материалов:

1. Пролен
2. Полипропилен
3. Полиэстер (лавсан)
4. Викрил
5. Капрон

93. Какой объем операции должен быть выполнен при остром обтурационном калькулезном холецистите осложненном реактивным отечным панкреатитом:

1. Наложение холецистостомы
2. Холецистэктомия, дренирование холедоха через культю пузырного протока, дренирование брюшной полости
3. Холецистэктомия, вскрытие и дренирование сальниковой сумки
4. Холецистэктомия, холедохотомия, ревизия холедоха, установка в холедохе T – образного дренажа
5. Холецистостомия, абдоминализация поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и паропанкреатической клетчатки

94. В приемное отделение доставлен больной с кровотечением из язвы луковицы ДПК. Показанием к экстренной операции в данном случае будет являться:

1. Длительный язвенный анамнез, упорное течение язвенной болезни, низкая эффективность от консервативной терапии .
2. Каллезный и пенетрирующий характер язвенной болезни, эндоскопическая картина рубцово-язвенной деформации луковицы ДПК.
3. Отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, молодой возраст пациента.
4. Признаки (эндоскопические и клинические) продолжающегося кровотечения
5. Все перечисленное

95. Наиболее эффективным методом диагностики тромбоза глубоких вен конечности в настоящее время является

1. Ретроградная флебография
2. Допплерография вен конечности
3. Реовазография
4. Измерение венозного давления
5. Термография конечности

96. .Классификация кровопотери по Березову-Горбашко предполагает наличие следующих степеней:

1. Скрытая, явная
2. 1 (легкая), 2 (средней степени), 3 (тяжелая)
3. Компенсация, субкомпенсация, декомпенсация
4. Острая, подострая, хроническая
5. IA, IB, IIА, IIВ, IIC, III

97. Данный антибиотик содержит ингибитор β -лактамаз, что делает его активным в отношении β -лактамазо-устойчивых микроорганизмов (госпитальной инфекции):

1. Цефоперазон-сульбактам (Сульперазон).
2. Цефотаксим.
3. Ципрофлоксацин
4. Гентамицин
5. Метронидазол

98. Клиническими признаки илеофemorального (венозного) тромбоза являются

1. Внезапные («кинжальный удар», «укус змеи») резкие боли в конечности, бледность конечности
2. Появление участков гиперемии кожи и инфильтратов в подкожной клетчатке по ходу подкожных вен
3. Полная потеря чувствительности, контрактура и паралич конечности
4. Синдром «перемежающейся хромоты»
5. Резкий отек всей конечности, цианоз

99. Основными этиологическими факторами развития облитерирующего эндартериита сосудов нижних конечностей являются –

1. Стресс
2. Сахарный диабет
3. Курение и переохлаждения
4. Злоупотребление алкоголем
5. Отравление солями тяжелых металлов

100. Темно-вишневый или черный частый жидкий стул (мелена) является признаком -

1. Кровотечения из пищевода
2. Интенсивного кровотечения из язвы ДПК
3. Геморроидального кровотечения
4. Эрозивного гастрита
5. Неспецифического язвенного колита

101. Для ВИЧ – инфекции характерно:

1. Преимущественно продолжительный (до 5-7 лет) скрытый период заболевания;
2. Преимущественно не продолжительный (1-2 г) скрытый период заболевания;
3. Преимущественно отсроченное присоединение вторичных заболеваний;
4. Преимущественно быстрое присоединение вторичных заболеваний;
5. В среднем инкубационный период от 3-х недель до 3-х месяцев;
6. В среднем инкубационный период от 1 года до 3-х лет;

102. Действия медицинского персонала в случае порезов, уколов с нарушением целостности кожных покровов:

1. Снять перчатки;
2. Выдавить кровь;
3. Вымыть руки с мылом;
4. Обработать руки 70 % этиловым спиртом;
5. Смазать рану 5 % спиртовым раствором йода;
6. Заклеить рану лейкопластырем.

103. В какие сроки рекомендуется назначать постконтактную профилактику после травмы инструментом, контаминированным ВИЧ:

1. желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 48 часов после травмы;
2. желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 24 часов после травмы;
3. желательно в первые два часа после травмы, не позднее 72 часов после травмы.

104. Наиболее верное утверждение:

Кто проводит до и послетестовое консультирование по ВИЧ-инфекции:

1. только врачи-инфекционисты;
2. любой специалист направляющий пациента на обследование;
3. только сотрудники центра СПИД.

105. При несчастном случае на производстве необходимо:

1. Провести эпидрасследование несчастного случая на производстве;
2. Сообщить родственникам больного о произошедшей аварийной ситуации;
3. Оказать себе самопомощь;
4. Провести дезинфекцию биологического материала, вызвавшего аварию;
5. Зарегистрировать аварийную ситуацию в специальном журнале по учету несчастных случаев на производстве;
6. Взять расписку с больного о том, когда он был последний раз обследован на наличие антител к ВИЧ;
7. Поставить в известность об аварии вышестоящее руководство;
8. Обследовать медработника на наличие антител к ВИЧ, используя экспресс тесты, с последующим обследованием методом ИФА;
9. Составить акты о несчастном случае на производстве;
10. Желательно в первые два часа, но не позднее 72 часов с момента аварии, начать прием калетры (лопинавир/ритонавир) + комбивира (зидовудин/ламивудин);

11. Желательно в первые два часа, но не позднее 48 часов с момента аварии, начать прием калетры (лопинавир/ритонавир) + комбивира (зидовудин/ламивудин);

12. В дальнейшем наблюдаться у доверенного врача и обследоваться на антитела к ВИЧ в течение года каждые 3 месяца.

106. Назовите отличия в обслуживании ВИЧ-инфицированного пациента при проведении парентеральной процедуры:

1. Одноразовые: маска, халат, перчатки, очки;
2. Одеть двойные латексные перчатки;
3. Наличие дополнительной емкости с дез.раствором максимальной концентрации;
4. Дополнительно обработать руки для проведения хирургических вмешательств
5. Обработать ногтевые фаланги спиртовым раствором йода из аптечки;
6. Выполнять процедуру в присутствии дублера.

107. В каких случаях антитела к ВИЧ могут не обнаруживаться в ИФА у ВИЧ-инфицированных лиц:

1. На ранних сроках инфицирования ;
2. В терминальной стадии;
3. При грубых нарушениях сроков доставки сыворотки крови или нарушений условий хранения;
4. В период беременности.

108. Ваши действия при попадании крови ВИЧ – инфицированного пациента на слизистую оболочку глаза медработника:

1. Промыть слизистую 0,01% раствором перманганата калия, не тереть слизистую;
2. Обильно промыть слизистую водопроводной водой, в случае отсутствия централизованного водоснабжения, стерильной аптечной водой из флакона;
3. Промыть слизистую 20 % раствором сульфацила натрия;
4. Провести последующий комплекс мероприятий по несчастному случаю на производстве в ЛПУ.

109. Наиболее частой причиной болей в животе у пациентов в поздней стадии ВИЧ-инфекции является:

1. Туберкулез;
2. Злокачественная;
3. Саркома Копоши;
4. ЦМВ -инфекция.

110. Вероятность развития панкреатита возрастает у пациентов получающих схему ВААРТ включающую:

1. Ставудин;
2. Ридонозин;
3. Лопиновир/ритонавир;
4. Ламивудин;
5. Эфавиренц.

111. Какие из перечисленных онкологических заболеваний не являются СПИД индикаторными:

1. Рак печени;
2. Рак тонкой кишки;
3. Рак шейки матки;
4. Рак легкого.

112. Наименьшая концентрация ВИЧ определяется:

1. в крови;
2. во влагалищном секрете;
3. в околоплодных водах;
4. в грудном молоке.

113. Метод окончательного подтверждения серопозитивности к ВИЧ:

1. исследование сыворотки методом ИФА в 2-х тест системах;
2. выявление антигена с помощью иммунофлюоресцентных методов;
3. исследование сыворотки методом иммуноблота;
4. исследование методом полимеразной цепной реакции

114. Работники каких профессий, учреждений подлежат тестированию на ВИЧ при прохождении мед.осмотров :

1. медперсонал специализированных учреждений по ВИЧ-инфекции, связанный непосредственно с диагностикой, обследованием, лечением, обслуживанием ВИЧ-инфицированных;
2. инфекционисты, гематологи, медицинский персонал службы крови;
3. медперсонал родильных домов, отделений;
4. медперсонал хирургических стационаров и режимных кабинетов;
5. сотрудники клиничко – диагностических лабораторий.

115. Наиболее частыми поражениями токсоплазменной этиологии у больных СПИДом является:

1. интерстициальная пневмония;
2. энтерит;
3. энцефалит;
4. миокардит.

116. Триада ВИЧ-деменции:

1. парестезии;
2. нарушение когнитивной функции;
3. двигательные расстройства;
4. вялая реакция зрачков на свет;
5. нарушение поведения;

117. Какие из перечисленных факторов увеличивают возможность заражения ВИЧ-инфекцией при половых контактах:

1. большое количество половых партнеров;
2. анальный секс;
3. гемоконтакт при половом акте;
4. неспецифические воспалительные заболевания мочеполовой системы;
5. сопутствующие ЗППП;
6. возраст партнера до 25 лет;
7. оральный секс.

118. Анонимное обследование на ВИЧ – инфекцию проводится в следующих случаях:

1. По желанию пациента;
2. При отсутствии у пациента документов удостоверяющих личность;
3. При обследовании пациента для получения сертификата об отсутствии ВИЧ - инфекции.

119. При попадании биологической жидкости (крови) пациента на слизистую оболочку носа рекомендуется обработка:

1. 1% раствором протаргола, 0,05% раствором перманганата;
2. 2% раствором борной кислоты, 0,01% раствором перманганата;
3. Промыть водой.

120. В каких случаях антитела к ВИЧ могут не обнаруживаться в ИФА у ВИЧ – инфицированных лиц:

1. На ранних сроках инфицирования (первые 2 недели после заражения);
2. В терминальной стадии;
3. При грубых нарушениях сроков доставки сыворотки крови или нарушений условий хранения;
4. В период беременности.

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

- А) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
- Б) один из родителей;
- В) законный представитель гражданина;
- Г) медицинский работник;
- Д) все вышеперечисленные.

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

- А) экспертиза временной нетрудоспособности;
- Б) экспертиза качества медицинской помощи;
- В) военно-врачебная экспертиза;
- Г) медико-социальная экспертиза;
- Д) экспертиза профессиональной пригодности;
- Е) экспертиза связи заболевания с профессией;
- Ж) судебно-медицинская;
- З) судебно-психиатрическая экспертиза;
- И) все вышеперечисленные.

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

- А). на срок не более 15 дней;
- Б) на срок не более 30 дней;
- В) на весь срок нетрудоспособности.

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

- А) государственный контроль;
- Б) ведомственный контроль;
- В) внутренний контроль;
- Г) все вышеперечисленные.

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

- А) не чаще чем два раза в год;
- Б) не чаще чем один раз в год;
- В) не чаще одного раза в 2 года.

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

- А) пациент и его законный представитель;
- Б) родственники;
- В) работодатели.

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

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. №514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

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

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

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

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

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

- А) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- Б) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- В) приоритет охраны здоровья детей;
- Г) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- Д) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- Е) доступность и качество медицинской помощи;
- Ж) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

З) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

И) соблюдение врачебной тайны;

К) всё вышеперечисленное.