

**ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ**  
**по специальности «Хирургия»**  
**первая квалификационная категория**

**1.** 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

**2.** У больного с острым панкреатитом в течение суток отмечается ухудшение состояния. Жалобы на боли в животе, T-37,5, Живот болезненный, появились симптомы раздражения брюшины и напряжение брюшной стенки, лейкоцитоз до 14.000, увеличение палочкоядерных форм до 10%. На УЗИ и КТ - наличие жидкости (до 0,5 л) в брюшной полости, выраженная инфильтрация тканей вокруг железы, но жидкостных образований в паропанкреатической клетчатке нет. Выберите наиболее оптимальный вариант действий.

1. Продолжить проведение интенсивной консервативной терапии в отделении реанимации
2. Выполнение лапароскопического дренирования брюшной полости;
3. Выполнение широкой лапаротомии, ревизии и дренирование брюшной полости.
4. Наложение лапаростомы
5. Широкая лапаротомия, абдоминализация железы, дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости

**3.** 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

**4.** 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

**5.** Послеоперационная летальность при остром аппендиците в Российской Федерации составляет

1. 0,2 – 0,3%
2. 2 – 3 %
3. 5 – 6 %
4. 11,5%
5. 0%

**6.** В приемное отделение дежурной больницы поступил больной с болями в животе. Дежурный врач после осмотра не считает, что у больного имеется острый аппендицит, но полностью исключить диагноз не может. Действия врача –

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

**7.** Какие причина является основными при развитии 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

**8.** Наибольшая опасность развития у больного в послеоперационном периоде флеботромбоза нижних конечностей заключается в том, что он может привести:

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

**9.** 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

**10.** Какой из документов детально регламентирует и защищает права больных в части добровольного согласия или отказа от медицинского вмешательства?

1. Конституция Российской Федерации 1993 г.
2. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан 2011 г.
3. Административный кодекс РФ
4. Уголовный кодекс РФ
5. Приказы и рабочие инструкции Минздравсоцразвития РФ.

**11.** Какой объем операции должен быть выполнен при остром обтурационном холецистите (эмпиема ж.пузыря), осложненным отечным панкреатитом.

1. Холецистостомия.
2. Холецистостомия, марсупиализация и дренирование сальниковой сумки
3. Холецистэктомия, дренирование общего желчного протока через культю желчного пузыря
4. Холецистэктомия, абдоминализация поджелудочной железы по Козлову, дренирование сальниковой сумки и паропанкреатического пространства.

**1.12.** Выберите наиболее частую причину абсцесса печени (Россия)?

1. Осложнения гнойного холангита, холангиогенный путь
2. Переход гнойного процесса с соседних органов (контактный путь) – при прободении язв или переходе воспалительного гнойного процесса с желчного пузыря, при аппендиците, перитоните;
3. В результате травмы живота (тупая травм, проникающие ранения).
4. Нагноение кист простых и паразитарных, опухолей, метастазов
5. Гематогенный занос инфекции в печень при сепсисе

**13.** Показанием к плановому оперативному лечению при язвенной болезни ДПК в настоящее время является:

1. Колезная язва
2. Пенетрирующая язва
3. Непродолжительный эффект от консервативной терапии
4. Язвенный стеноз, декомпенсация
5. Все перечисленное

**14.** При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показано:

1. Ушивание перфоративного отверстия, дренирование брюшной полости.
2. Иссечение дивертикула в пределах здоровых тканей, 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

**15.** У больного, 48 лет, в легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого заболевания оптимальным методом является:

1. Исследование мокроты на ВК и атипичные клетки.
2. Бронхоскопия
3. Исследование промывных вод при бронхоскопии
4. Катетеризационная биопсия при бронхоскопии
5. Трансторакальная игловая биопсия

**16.** Синдром Ляриша это:

1. Стеноз почечных артерий и симптоматическая гипертония
2. Окклюзионное поражение артерий нижней конечности, сопровождающийся мигрирующим тромбофлебитом подкожных вен.
3. Окклюзия бифуркации брюшного отдела аорты атеросклеротической природы.
4. Стеноз чревного ствола
5. Стеноз плечеголового ствола

**17.** Термин нозокомиальная инфекция обозначает?

1. Инфекционные заболевания, связанные с пребыванием, лечением и

- обследовани $\ddot{e}$ м 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

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

1. Разрыв селезенки с развитием тяжелой кровопотери
2. З $\ddot{a}$ брюшинная гематома
3. Ушиб почек
4. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря

**19.** У больной 50 лет в течение 3 недель отмечается интенсивная желтушность кожных покровов, подъем билирубина до 400 мкмоль/л, преимущественно прямой фракции, похудание. Болевой синдром отсутствует. При пальпации определяется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Какое заболевание можно предположить в первую очередь.

1. Рак желчного пузыря
2. Рак печени
3. Рак головки поджелудочной железы
4. Острый обтурационный холецистит
5. Описторхоз

**20.** Классификация язвенного кровотечения FORREST II A степени предполагает

1. Среднюю степень кровопотери
2. Венозный характер кровотечения
3. Наличие тромбированного сосуда в дне язвы (эндоскопическая картина)
4. Снижение показателя Гематокрита ниже 30%

**21.** При операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у мужчины 28 лет было установлено, что яичко расположено внутри грыжевого мешка, что говорит о том, что эта грыжа:

1. Врожденная.
2. Запущенная
3. Скользящая
4. Прямая

**22.** Какая операция показана в случае выявления при лапаротомии разрыва диафрагмальной поверхности селезенки длиной 2 см, обусловленного переломом VIII ребра. Кровопотеря 1500 мл.

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.** 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

**24.** Оптимальным сроком выполнения некротомии у больных с циркулярными глубокими ожогами конечностей является

1. Непосредственно на месте происшествия.
2. 1-ый час после травмы.
3. 4 – 8 часов после травмы
4. Через 2 – 3 суток после травмы и отсутствия признаков ожогового шока
5. В поздние сроки, одновременно с пересадкой кожи

**25.** Больной 60 лет, поступил с жалобами на лихорадку, озноб кашель, боли в правой половине грудной клетки, одышку. На Р-грамме гр.клетки определяется гомогенное затемнение средней доли левого легкого. Установлено что в течение последнего года врачи уже 4 раза диагностировали правостороннюю среднедолевую пневмонию. Какое заболевание вероятно в данном случае:

1. Бронхоэктатическая болезнь.
2. Туберкулез
3. Периферический рак легкого
4. Рак бронха
5. Центральный рак легкого

**26.** Классификация язвенного кровотечения FORREST I A степени предполагает

1. Легкую степень кровопотери
2. Венозный характер кровотечения
3. Эндоскопическую картину струйного кровотечения из язвы
4. Снижение показателя Гематокрита до 35-30 %

**27.** При каких заболеваниях на Рентгенограммах определяется газ в желчном пузыре и желчных протоках?

1. Описторхоз
2. Деструктивный холецистит
3. Наличие внутренней фистулы между желчными протоками и кишечником-
4. Присоединение анаэробной инфекции (анаэробный холецистит)
5. Панкреонекроз

**28.** Следствием, какого заболевания является посттромботическая болезнь нижних конечностей.

1. Острого тромбоза подвздошной, бедренной или подколенной артерии
2. Тромбоэмболии в артерии нижних конечностей у больных с заболеваниями сердца и атеросклерозом аорты
3. Флеботромбоза с поражением глубоких вен нижних конечностей
4. Тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей
5. Компьютерная томография

**29.** Синдром Мириizzi, как причина механической желтухи, это:

1. Высокая стриктура желчных протоков (гепатикохоледох)
2. Сдавнение холедоха извне большим камнем, фиксированном в гартмановском кармане, возможно частичное перемещение этого камня в холедох через пролежень
3. Склерозирующий холангит
4. Сочетание стриктуры большого дуоденального сосочка с холедохолитиазом.
5. Стриктура долевых печеночных протоков в области их бифуркации

**30.** Согласно Ст. 13. Закона об охране здоровья граждан РФ (2011 г.) предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях:

1. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых

отравлений и поражений

2. По запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.
3. В случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему
4. При обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах
5. Во всех перечисленных случаях.

**31.** Во время операции при ущемленной паховой грыжи обнаружено, что в грыжевом мешке расположены две петли тонкой кишки. Такое ущемление называется

1. Ретроградным.
2. Рихтеровским
3. Эластическим
4. Скользящей грыжей
5. Грыжей Литтре

**32.** «Чикагская классификации Сепсиса» (Принятая на согласительной конференции Американского общества торакальных хирургов и врачей медицины экстренных состояний, ACCP/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-ой 32 лет, жалуется на боли в животе, для уточнения диагноза выполнена лапароскопия. Найден плотный инфильтрат в правой подвздошной области, образованный кишечником и сальником. Признаков перитонита нет, T – 37,2. В крови лейкоцитоз до 12.000, без сдвига формулы влево. Ваши действия

1. Завершить лапароскопию, лечение больного консервативное.
2. Лапаротомия доступом по Волковичу-Дьяконову, разъединение инфильтрата, аппендэктомии
3. Широкая срединная лапаротомия, разъединение инфильтрата, аппендэктомии
4. Широкая срединная лапаротомия, резекция инфильтрата, наложение межкишечного анастомоза
5. Широкая срединная лапаротомия, резекция инфильтрата, выведение



## еюностомы

**34.** Какая операция показана при несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей с трофическими изменениями кожи и подкожной клетчатки:

1. Бебкока
2. Пальма-Эсперона
3. Нарата
4. Троянова-Тренделенбурга
5. Линтона

**35.** При недиагностированных ранениях пищевода развивается

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

**36.** Для диагностики повреждений пищевода наиболее часто выполняют

1. Торакоскопию
2. Эзофагоскопию
3. Рентгеноскопию пищевода с контрастированием
4. Диагностическую пункцию
5. Селективную ангиографию

**37.** Скользящей грыжей называется

1. Грыжа, которая свободно вправляется в брюшную полость
2. Только паховые грыжи, которые свободно вправляются в брюшную полость
3. Грыжа, у которой значительная часть стенки грыжевого мешка, образована органом, частично покрытым брюшиной (мочевой пузырь, слепая кишка и т.п.)
4. Все неущемленные грыжи

**38.** . Самым тяжелым осложнением острого аппендицита является

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

5. Развитие аппендикулярного перитонита

**39.** Показанием для экстренной торакотомии является:

1. Обширная подкожная эмфизема
2. Тампонада сердца
3. Гемоторакс
4. Открытый пневмоторакс
5. Двусторонний пневмоторакс

**40.** 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.

**41.** Назовите ту из классификаций, которая не является классификацией перитонита

1. Стадия шока, стадия мнимого благополучия, стадия перитонита
2. Реактивная фаза, токсическая фаза, терминальная фаза
3. Отсутствие признаков сепсиса, сепсис, тяжелый сепсис, инфекционно-токсический шок
4. Серозный, серозно-фибринозный, гнойный, гнойно-фибринозный

**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 1мин, 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. Интенсивное (профузное) кровотечение из язвы ДПК;
3. Кровотечение из тонкой кишки.
4. Кровотечение из поперечно-ободочной кишки
5. Кровотечение из прямой кишки

**43.** При нарастающей эмфиземе средостения выполняют:

1. Дренирование плевральной полости
2. Надгрудинную медиастинотомию
3. Разрезы в местах максимального скопления воздуха
4. Пункцию плевральных полостей толстыми иглами

**44.** Признаком превращения аппендикулярного инфильтрата в аппендикулярный абсцесс является –

1. Развитие местного перитонита
2. Повышение T тела до гектических цифр ( $38^{\circ}\text{C}$  и выше)
3. Отек и гиперемия правой половины живота
4. Развитие кишечной непроходимости

**45.** Показанием для экстренной торакотомии является:

1. Обширная подкожная эмфизема
2. Тампонада сердца
3. Тотальный гемоторакс
4. Открытый пневмоторакс
5. Двусторонний пневмоторакс

**46.** . Клиническими признаками 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 по ходу подкожных вен
3. Полная потеря чувствительности, контрактура и паралич конечности
4. Синдром «перемежающейся хромоты»
5. Резкий отек всей конечности, цианоз

**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 запирающей 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.** К какому виду непроходимости относится непроходимость вызванная ущемлением в грыжевых воротах петли тощей кишки?

1. Странгуляционной
2. Обтурационной
3. Инвагинационной
4. Смешанной
5. Спастической

**50.** Больной госпитализирован в стационар с дз. Острый калькулезный холецистит. В течение суток состояние его резко ухудшилось. Признаки выраженной интоксикации, подъем Т до 39,5 С<sup>0</sup> Обращает на себя внимание появление "потрясающих" ознобов, сменяющихся "проливным" потом. Объективно: субиктеричность склер и кожных покровов. Печень увеличена, пальпация ее болезненная. Лейкоциты крови 25000 на мкл. Э-1, Ю- 2, П-30, С-55, Л-10, М-2. Общий билирубин крови - 90 мкмольЛ. Чем можно объяснить ухудшение состояния больного:

1. Развитием панкреонекроза
2. Развитием гнойного холангита
3. Развитием сепсиса
4. Развитием гепатита

**51.** 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.

**52.** Типичное место для дренирования плевральной полости с целью эвакуации крови:

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

**53.** Какой вид кишечной непроходимости возникает при закрытии просвета сигмовидной кишки раковой опухолью?

1. Обтурационная
2. Странгуляционная
3. Инвагинационная
4. Паралитическая

**54.** 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

**55.** 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

**56.** Данный шовный материал относится к группе **нерассасывающихся** материалов:

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

**57.** Лабораторным критерием инфицирования панкреонекроза является увеличение прокальцитонина до:

1. 0,5 нг/мл
2. 0,5 – 1,0 нг/мл
3. 1,0 – 2,0 нг/мл
4. Более 2,0 нг/мл

**58.** Для оценки прогноза летального исхода применяют следующую шкалу

1. APACHE
2. SOFA
3. MODS
4. Глазго

**59.** Что такое болезнь Бюргера

1. Атеросклеротическая окклюзия брюшной аорты на уровне ее бифуркации
2. Быстро прогрессирующее облитерирующее поражение артерий конечностей, протекающее одновременно с артериальным и венозным тромбозом
3. Стриктура почечных артерий, сопровождающаяся синдромом артериальной гипертензии
4. Стриктура или атеросклеротическое поражение чревного ствола сопровождающаяся образованием гигантской язвы желудка

**60.** В дежурную больницу доставлен ребенок 14 лет с тупой травмой живота, который нуждается в оперативном лечении. Но родители и законные представители ребенка, которые могут дать согласие на операцию, отсутствуют. Ваши действия:

1. Операция экстренная, выполняется по жизненным показаниям, чье либо согласие не требуется.
2. Без согласия родителей оперировать нельзя, нужно предпринять все усилия для розыска родителей или обратиться в органы опеки
3. Достаточно согласия самого ребенка
4. Собрать врачебный консилиум, его решение в отсутствие родителей будет достаточным основанием для выполнения экстренной операции

**61.** Для тампонады сердца характерны:

1. Тахикардия, тахипноэ, цианоз.
2. Брадикардия, брадипноэ, бледность кожных покровов

3. Гипотония, набухание шейных вен, ослабление сердечных тонов, расширение границ сердца, повышение центрального венозного давления.
4. Гипертензия, тахикардия, усиление сердечного толчка

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

1. Использование любых сетчатых имплантатов для выполнения всех видов герниопластики:
2. Использование сетчатых имплантатов для выполнения **не натяжных** методов герниопластики
4. Операция при паховой грыже, когда грыжевой мешок без вскрытия погружается в брюшную полость obturatorом «пробкой» выполненной из сетки в виде волана, а сверху задняя стенка закрывается, как при методе Лихтинштейна
5. 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.

**63.** При выявлении тотальной мышечной контрактуры конечности у больных с острой непроходимостью магистральных артерий показано:

1. Первичное восстановление артериального кровотока
2. Восстановление артериального кровотока в сочетании с фасциотомией
3. Восстановление артериального кровотока после предварительной перфузии конечности по системе «артерия-вена»
4. Ампутация конечности

**64.** У больного 1 год назад было ранение ДПК, по поводу которого был наложен гастроэнтероанастомоз на длинной петле с межкишечным анастомозом. В настоящее время больной поступил по экстренным показанием с клиникой желудочного кровотечения 2 ст. по Березову. На ФГДС обнаружена обширная кровоточащая (Forrest 1A) пептическая язва анастомоза. Ваша тактика.

1. Консервативное лечение.
2. Снятие гастроэнтероанастомоза, ушивание отверстий на желудке и ДПК.
3. Резекция желудка по Билрот-2 с наложением нового гастроэнтероанастомоза.
4. Резекция желудка по Ру

**65.** У больного во время операции была обнаружена крупная киста (до 10 см Д) тела поджелудочной железы. При вскрытии просвета кисты обнаружено, что ее содержимое носит гнойный характер. Какой объем операции нужно выполнить?

1. Наложение цистозэнтеро анастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом.
2. Наложение цистозэнтеро анастомоза на выключенной петле
3. Наружное дренирование кисты
4. Резекция части железы вместе с кистой

**66.** Данный симптом не является симптомом острого панкреатита:

1. Вздутие верхней половины живота
2. Симптом Керте
3. Симптом Мейо-Робсона
4. Симптом Воскресенского
5. Симптом Спигарского

**67.** Для лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки, чаще всего используют:

1. Консервативное лечение
2. Операцию иссечения свища в пределах здоровых тканей
3. Операцию иссечения свища с одновременным восстановлением целостности анального сфинктера
4. Лигатурный метод (иссечение свища с одновременным проведением лигатуры и затягиванием лигатуры в несколько этапов).
5. Операцию Лонга

**68.** Больной 65 лет оперируется по поводу острой кишечной непроходимости, обнаружена опухоль сигмовидной кишки, полностью обтурирующей ее просвет. Кишка проксимальней опухоли дилатирована. Опухоль и кишка подвижны, видимых метастазов нет. Какая операция показана больному в данном случае.

1. Наложение двустольной колостомы проксимальнее опухоли
2. Наложение цекостомы
3. Резекция сигмовидной кишки вместе с опухолью и дилатированной частью, наложение анастомоза
4. Резекция сигмовидной кишки вместе с опухолью и выведение одноствольной колостомы (операция Гартмана, 1 этап)



**69.** В настоящее время под термином «нозокомиальная инфекция» понимают

1. Больничную пневмонию
2. Все инфекционные заболевания и осложнения, 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

**70.** При операции по поводу паховой грыжи у мужчины 28 лет было установлено, что в состав стенки грыжевого мешка входит стенка мочевого пузыря такая грыжа является:

1. Врожденная.
2. Запущенная
3. Скользящая
4. Прямая

**71.** Основные клинические признаки напряженного пневмоторакса:

1. Положение раненого на здоровом боку, тахикардия, затруднения при вдохе
2. Положение раненого на поврежденном боку, брадикардия, затруднения при выдохе
3. Вынужденное сидячее положение раненого, одышка, цианоз, набухание шейных вен
4. Положение на корточках, кровохарканье, асфиксия
5. Положение на спине, поверхностное дыхание, нарушение сознания.

**72.** Больному по поводу калькулезного холецистита выполнена операция холецистэктомия, желтухи в анамнезе не было, холедох во время операции обычного размера. Через сутки после операции у больного клиника быстро нарастающей желтухи, Билирубин общий 150 мкмоль/л, прямой – 110. Кожные покровы иктеричные, моча темного цвета. T-37,1, На дуоденоскопии БДС обычной формы, но желчи в ДПК не обнаружено. Какое осложнение нужно заподозрить в первую очередь

1. Ятрогенное повреждение с перевязкой общего желчного протока
2. Развитие гепатита;
3. Развитие холангита.

4. Холедохолитаз
5. Рак головки поджелудочной железы

**73.** Множественные мелкие абсцессы печени, как правило, развиваются:

1. При остром гангренозном холецистите
2. При описторхозе
3. При нагноении кист и опухолей печени
4. При гнойном холангите
5. При поддиафрагмальном абсцессе

**74.** В этиологии острого гнойного парапроктита главное значение имеет:

1. Анальная трещина.
2. Воспаление анальных желез
3. Выпадение прямой кишки
4. Геморрой
5. Общие септические заболевания

**75.** Постхолецистэктомический синдром может быть обусловлен:

1. Рубцовым стенозом общего желчного протока
2. Стриктурой большого дуоденального сосочка
3. «Забытым» камнем общего желчного протока
4. Индуративным панкреатитом
5. Всем перечисленным

**76.** Термин «третичный перитонит» обозначает:

1. Перитонит протекающий на фоне снижения защитных сил организма, которые неспособны адекватно справиться с инфекционным процессом. Отличается стертой клинической картиной, медленно прогрессирующей эндогенной интоксикацией и полиорганной дисфункцией.
2. Перитонит причина, которого не установлена
3. Перитонит, обусловленный внедрением инфекционного фактора в брюшную полость во время операции или других медицинских вмешательствах.
4. Специфический перитонит (туберкулезный, сифилитический, карциноматозный и пр.).

**77.** Какой путь проникновения инфекции в молочную железу является основным при возникновении послеродового стафилококкового мастита

1. Через трещины сосков
2. Лимфогенный
3. Гематогенный
4. Лактогенный

**78.** Данный антибиотик содержит ингибитор  $\beta$ -лактамаз, что делает его активным в отношении  $\beta$ -лактамазо-устойчивых микроорганизмов:

1. Амоксиклав.
2. Цефотаксим.
3. Ципрофлоксацин
4. Гентамицин
5. Метронидазол

**79.** К характерным изменениям при сахарном диабете относятся:

1. Склероз артериол.
2. Развитие болезни Бюргера
3. Петлистый артериальный тромбоз
4. Тромбоз бедренной и подколенной артерии
5. Флеботромбоз глубоких вен

**80.** Что является самой частой причиной нарушения мезентериального кровообращения?

1. Тромбоз мезентериальных вен
2. Тромбоз мезентериальных артерий
3. Артериальная эмболия
4. Неокклюзионное поражение мезентериальных артерий (ангиоспазм, атеросклероз)

**81.** Больной доставлен с подозрением на торокоабдоминальное ранение. Колотая рана в 8-м межреберье по передней аксилярной линии справа. Выберите наиболее оптимальный вариант обследования в данных обстоятельствах:

1. Торакоскопию и лапароскопию.
2. Лапаротомию
3. Лапаротомию и торакоскопию
4. Рентгенография груди в двух проекциях и лапароскопия
5. Рентгенография груди и лапароцентез

**82.** Классификация сепсиса, принятая на согласительной конференции Американского общества торакальных хирургов и врачей медицины экстренных состояний в 1991 г. и известная, как «Чикагская конференция сепсиса» предполагает следующие формы:

1. Ранний (обратимый), промежуточный (прогрессивный), рефрактерный (необратимый)..
2. Синдром системной воспалительной реакции (SIRS), Сепсис, Тяжелый сепсис, Септический шок.
3. Тонзиллогенный, отогенный, одонтогенный, раневой, гинекологический сепсис
4. Молниеносный, острый, подострый сепсис, хронический сепсис

**83.** Что является основной причиной заболевания женщин послеродовым стафилококковым маститом

1. Госпитальная инфекция, распространение Золотистого стафилококка среди персонала род.домов и палат новорожденных.
2. Простудные заболевания, переохлаждения
3. Наличие сопутствующих заболеваний, перенесенные заболевания в период беременности
4. Несоблюдение правил кормления ребенка и нарушение требований гигиены

**84.** Противопоказанием к операции у больных с аппендицитом является:

1. Острый инфаркт миокарда
2. Беременность 35-40 недель
3. Плотный аппендикулярный инфильтрат
4. Гематологические заболевания с нарушением свертываемости крови
5. Все перечисленное

**85.** При остром ишеоректальном парапроктите показано:

1. Пункция гнойника и введение дренажей для промывания гнойной полости
2. Вскрытие гнойника через просвет прямой кишки
3. Вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки
4. Вскрытие гнойника с иссечением крипты в анальном канале, дренирование абсцесса.

**86.** Болезнь Золингера-Эллисона это:

1. Развитие гормональной ulcerогенной аденомы поджелудочной железы. Сопровождается образованием постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки и язвенными кровотечениями
2. Заболевание крови, сопровождающиеся резким снижением количества тромбоцитов и капиллярными кровотечениями из слизистой желудочно-кишечного тракта.
3. Тромбоз печеночных вен, сопровождается развитием признаков портальной гипертензии, появлением геморрагического трансудата в брюшной полости.
4. Врожденные подслизистые телеангиоэктазы, ведущие к рецидивирующим и стойким кровотечениям, которые могут возникнуть в различных отделах желудочно-кишечного тракта

**87.** Классификация язвенного пилородуоденального стеноза предполагает деление его на:

1. 1, 2 и 3 степени
2. Легкая, средняя, тяжелая степень
3. Стадии компенсации, субкомпенсации, декомпенсации
4. Осложненный, не осложненный

**88.** Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

1. Наличие конкрементов в панкреатических протоках (хронический калькулезный панкреатит)
2. Подозрение на рак общего желчного протока
3. Наличие у больного механической желтухи
4. Холедохолитиаз
5. Наличие признаков острого панкреатита

**89.** 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

**90.** Операция грыжесечения при бедренной грыже, выполненная через паховый доступ, называется:

1. Руджи-Парлавеччио

2. Шолдайсу
3. Бассини
4. Лихтинштейну

**91.** Классификация J. Forrest предполагает

1. Степень язвенного стеноза
2. Степень кровопотери при язвенном кровотечении
3. Клиническую стадию при перфорации язвы, в зависимости от сроков с момента перфорации.
4. Эндоскопическую картину в зависимости от состояния язвенного кровотечения

**92.** В больницу по экстренным показаниям доставлен больной со спонтанным пневмотораксом, какая помощь ему должна быть оказана

1. Только наблюдение в условиях стационара.
2. Плевральная пункция с аспирацией воздуха
3. Дренирование плевральной полости с активной аспирацией
4. Торакоскопия
5. Торакотомия

**93.** Больной 55 лет, обнаружил у себя интенсивную желтушность кожных покровов. Темная моча, кал белого цвета. Приступов печеночной колики не отмечал. Помимо этого в течение последних месяцев отмечает потерю веса на 12 кг. При пальпации определяется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Какое заболевание наиболее вероятно можно предположить.

1. Рак желчного пузыря
2. Холедохолитиаз
3. Рак головки поджелудочной железы
4. Острый обтурационный холецистит
5. Стриктуру большого дуоденального сосочка

**94.** Лабораторным критерием инфицирования панкреонекроза является концентрация прокальцитонина в крови начиная с:

1. 0,1 н/мл
2. 0,5 н/мл
3. 1,0 н/мл
4. 2,0 н/мл

**95.** При трансформации аппендикулярного инфильтрата в аппендикулярный абсцесс больному показано:

1. Интенсивное консервативное лечение
2. Выполнение аппендектомии
3. Вскрытие абсцесса доступом по Н.И.Пирогову
4. Вскрытие абсцесса через стенку прямую кишку в точке пролябирующего гнойника
5. Выполнение срединной лапаротомии, ревизия абсцесса

**96.** Данный признак, полученный во время ЭРХПГ является достоверным признаком хронического панкреатита

1. Расширение главного и добавочных протоков поджелудочной железы
2. Наличие по ходу главного протока поджелудочной железы стриктур, деформация протоков, изъеденность их контуров.
3. Наличие камней в протоках поджелудочной железы
4. Все перечисленные признаки

**97.** Ниже какого уровня гемоглобина при острой кровопотере необходимо произвести переливание эритроцитной массы?

1. Менее 100 г/л.
2. Менее 90 г/л.
3. Менее 80 г/л.
4. Менее 70 г/л.
5. Менее 60 г/л

**98.** У больной 35 лет, через двое суток после выполнения искусственного прерывания беременности внезапно возник сильный отек правой конечности. Болевой синдром выражен незначительно. Измерение окружности правого бедра показало увеличение размеров по сравнению с левым на 40%, нога синюшная, практически безболезненная, в 1/3 бедра с переходом на живот имеется варикозное расширение подкожных вен. Диагноз?

1. Острый тромбоз бедренной артерии.
2. Острый илеофemorальный флеботромбоз.
3. Острый тромбофлебит большой подкожной вены
4. Синдром Ляриша
5. Перфорация матки, забрюшинная флегмона

**99.** При выполнении резекции тонкой кишки при острой кишечной непроходимости предпочтительным способом анастомозирования является:

1. Бок в бок
2. Конец в конец

3. Конец в бок
4. Антирефлюксные анастомозы

**100.** Основным возбудителем гнойного послеродового мастита в настоящее время является

1. *Staphylococcus aureus*
2. *Streptococcus pyogenes*
3. *B. coli communis*
4. *Fusobacterium spp*
5. *Enterobacteriaceae spp*

**101.** У больного с острым панкреатитом в течение суток отмечается ухудшение состояния. Жалобы на боли в животе, T- 37,5, Живот болезненный, напряжен, симптомы раздражения брюшины, лейкоцитоз до 12.000, увеличение палочкоядерных форм до 10%. На УЗИ и КТ отмечено наличие жидкости (до 0,5 л) в брюшной полости, выраженная инфильтрация тканей вокруг железы, но жидкостных образований в паропанкреатической клетчатке нет. Выберите наиболее оптимальный вариант действий.

1. Продолжить проведение интенсивной консервативной терапии в отделении реанимации
2. Выполнение лапароскопического дренирования брюшной полости;
3. Выполнение широкой лапаротомии, ревизии и дренирование брюшной полости.
4. Наложение лапаростомы
5. Широкая лапаротомия, абдоминализация железы, дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости

**102.** Больной вследствие перенесенной сосудистой операции постоянно получает препарат Варфарин. Назовите, какой из перечисленных показателей является наиболее информативным для контроля за свертывающей системой крови в данном случае

1. Международное нормализованное отношение (МНО)
2. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
3. Время рекальцификации плазмы (ВРП)
4. Растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК)

**103.** Показанием к плановому оперативному лечению при язвенной болезни ДПК в настоящее время является:

1. Колезная язва
2. Пенетрирующая язва



3. Непродолжительный эффект от консервативной терапии, частые обострения
4. Язвенный стеноз, декомпенсация
5. Все перечисленное

**104.** Больному 52 лет, без тяжелой сопутствующей патологии, планируется выполнение веноэктомии на правой нижней конечности по поводу варикозного расширения вен, венозной недостаточности, какой вид анестезии предпочтителен в данном случае:

1. Местная инфильтрационная анестезия
2. Региональная (проводниковая) анестезия, блок n. ilioinguinalis, n. genitofemoralis
3. Внутривенный наркоз
4. Эндотрахеальный наркоз с ИВЛ
5. Эпидуральная анестезия

**105.** Симптом Грефе это:

1. Редкое мигание
2. Экзофтальм
3. Слабость конвергенции, утрата способности фиксировать взгляд на близком расстоянии, при этом глазные яблоки расходятся и занимают исходное положение
4. Отставание верхнего века от радужной оболочки при фиксации взгляда на медленно перемещающемся вниз предмете, при этом между верхним веком и радужной оболочкой остается белая полоска склеры
5. При фиксации взгляда на медленно перемещающемся вверх предмете между нижним веком и радужной оболочкой остается белая полоска склеры

**106.** Данный метод не является методом лечения паховой грыжи:

1. Метод Лихтинштейна
2. Метод Шолдисса
3. Метод Руджи-Парлавеччио
4. Метод Пастемпского

**107.** Термин нозокомиальная инфекция обозначает?

1. Инфекция резистентная к антибиотикам
2. Инфекционные заболевания, связанные с пребыванием, лечением и обследованием в лечебно-профилактических учреждениях
2. Инфекционные заболевания распространяющиеся через верхние-

дыхательные пути

3. Любая гнойная инфекция
4. Генерализация инфекции с образованием септикопиемических очагов в организме

**108.** Наиболее частой причиной провоцирующей развития Диффузно-токсического зоба является

1. Психическая травма
2. Недостаточное содержание йода в окружающей среде
3. Наличие в организме факторов, обуславливающих недостаточное всасывания йода в кишечнике
4. Занос инфекции в щитовидную железу из других органов
5. Повышенная радиоактивность

**109.** Поражение сосудов нижних конечностей при сахарном диабете чаще всего имеет характер:

1. Флеботромбоза глубоких вен
2. Развития синдрома Ляриша
3. Сочетание явлений эндартериита и тромбофлебита глубоких вен
4. Сочетание микроангиопатии (склероз капилляров и артериол) с быстро прогрессирующим атеросклерозом (макроангиопатией) .
5. Эндартериита сосудов нижних конечностей (воспалительное поражение сосудов от мелких к крупным)

**110.** У 6-го 29 лет выявлен гангренозный абсцесс легкого, осложненный легочным кровотечением. Какой метод лечения в этой ситуации наиболее эффективен?

1. Гемостатическая терапия
2. Искусственный пневмоторакс
3. Резекция легкого
4. Тампонада дренирующего бронха
5. Пневмоперитонеум

**111.** Во время операции по поводу ущемленной паховой грыжи было обнаружено, что в грыжевом мешке расположены две петли тонкой кишки. Такое ущемление называется

1. Ретроградным.
2. Рихтеровским
3. Эластическим
4. Скользящей грыжей  
Грыжей Литтре

**112.** При инструментальной остановке кровотечения из язвенного дефекта ДПК наиболее эффективным методом является

1. Создание вокруг язвенного дефекта плотного инфильтрационного валика с помощью эндоскопической инъекционной иглы и масляного раствора для инъекций
2. Облучение язвенного дефекта лазером
3. Аргон-плазменная коагуляция.
4. Коагуляция кровоточащего сосуда
5. Коагуляция кровоточащего сосуда на протяжении

**113.** По своей этиологии Диффузный токсический зоб относится

1. Заболевание возникающее в результате врожденного дефекта иммунного контроля, аутоиммунное заболевание
2. Не специфическое, асептическое воспалительное заболевание
3. Инфекционно-воспалительное заболевание, гематогенный занос инфекции из соседних органов
4. Нарушение обмена веществ, нарушение всасывания йода в кишечнике, нарушение его усвоения

**114.** У больного при скрининговом УЗ исследовании был обнаружен полип желчного пузыря. В каких случаях это является показанием для оперативного лечения

1. Если у больного имеются клинические проявления сходные с клиникой печеночной колики или холецистита
2. Полипы размером от 10 до 20 мм;
3. Полипы имеющие при УЗ контроле отчетливую тенденцию к росту
4. Крупные полипы на широком основании
5. Во всех перечисленных случаях

**115.** Методом оказания экстренной помощи больному с неспецифическим спонтанным пневмотораксом является

1. Медикаментозное.
2. Плевральная пункция с аспирацией воздуха
3. Дренирование плевральной полости с активной аспирацией
4. Торакоскопия с дренированием плевральной полости
5. Торакотомия

**116.** Больной 40 лет, перенес 10 лет назад резекцию желудка по Бильрот-2 (модиф. Гофмейстера-Финстерера на длинной петле), В настоящее время

доставлен с профузным кровотечением из крупной пептической язвы гастроэнтероанастомоза. Наиболее оптимальным вариантом оперативных действий является.

1. Гастротомия, прошивание кровоточащего сосуда
2. Гастрэктомия, езофагоэнтеро-анастомоз
3. Резекция (резекция части культи желудка и кишки с анастомозом), наложение гастроэнтероанастомоза по Ру (на выключенной петле)
4. Иссечение пептической язвы в пределах здоровых тканей (иссечение прилегающих стенок желудка и ДПК), наложение нового гастроэнтероанастомоза по Бильрот -2

**117.** У больного с кишечное непроходимостью во время операции обнаружен крупный спаечный штрэнг между кишечной стенкой и париетальной брюшиной, в образованном окне ущемлена петля тощей кишки. Такой вид непроходимости относиться к:

1. Обтурационной
2. Странгуляционной
3. Инвагинационный
4. Смешанной

**118.** Дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей предполагает:

1. Ультразвуковое сканирование с визуализацией на экране в режиме реального времени структуры сосуда и анализ разделенных по направлению потоков крови в просвете сосуда
2. Черезкожное измерение напряжение кислорода
3. Ангиография (контрастная рентгенография) с визуализацией сосудистого дерева в 2-х проекциях (прямой и боковой)
4. Регистрация колебаний электрического сопротивления тканей в зависимости от кровенаполнения конечностей
5. Получение послойных поперечное изображений конечностей с помощью вращающихся вокруг рентгеновской трубки

**119.** В настоящее время профилактика гнойных осложнений при выполнении операций на органах желудочно-кишечного тракта (контаминированные и условно-контаминированные операции) предполагает профилактическое введение антибиотиков, которые должны вводиться:

1. В/В за 10 минут до выполнения кожного разреза
2. В/В сразу же после выполнения лапаротомии
3. Антибиотик должен вводиться В/В медленно в течение всего оперативного вмешательства.

4. Антибиотик должен вводиться только по завершению «грязного» этапа операции.

**120.** Больному в плановом порядке выполняется операция по поводу кисты (10 см в диаметре) хвоста поджелудочной железы. При вскрытии кисты ее содержимое имеет гнойный характер. Какой объем операции должен быть выполнен в данном случае.

1. Наложение цистоэнтероанастомоза
2. Наложение гастроэнтероанастомоза
3. Резекция хвоста поджелудочной железы вместе с кистой
4. Наружное дренирование кисты с помощью трубок и тампонов

**121.** По рекомендации ВОЗ по гистологическому определению предраковых поражений предраковым заболеванием желудка является:

1. Хронический атрофический гастрит
2. Хроническая язва желудка
3. Полипоз желудка
4. Болезнь Манетрие
5. Гастрит культи желудка

**122.** Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является:

1. Разрыв плевральных сращений
2. Разрыв врожденных кист легкого
3. Разрыв эмфизематозных пузырей легких
4. Разрыв бронха
5. Прорыв абсцесса легкого

**123.** Б-у 28 лет, была выполнена операция по поводу гангренозного аппендицита. Через сутки состояние больного резко ухудшилось, Т 39, Лабораторные признаки тяжелой интоксикации. Желтушность кожных покровов. Пальпируется увеличенная болезненная печень, живот умеренно вздут, не напряжен, практически безболезненный. Нарастает печеночно-почечная недостаточность. Наиболее вероятное осложнение.

1. Пилефлебит
2. Острый сывороточный гепатит
3. Поддиафрагмальный правосторонний абсцесс
4. Послеоперационный перитонит

**124.** Больной с признаками местного перитонита взят на операцию. После лапаротомии обнаружен дивертикулез сигмовидной кишки, перфорация одного из дивертикулов с образованием пристеночного абсцесса объемом до 50 мл. Тактика:

1. Иссечение дивертикула в пределах здоровых тканей, ушивание полученного дефекта на кишке, дренирование брюшной полости.
2. Ушивание перфоративного отверстия, дренирование брюшной полости.
3. Резекция сигмовидной кишки вместе с дивертикулами, наложение анастомоза.
4. Экономная резекция части сигмовидной кишки, вместе с перфоративным отверстием, стенками абсцесса, наложение анастомоза, дренирование брюшной полости
5. Резекция части сигмовидной кишки, выведение одноствольной колостомы (операция Гартмана 1), дренирование брюшной полости

**125.** Основным клиническим признаком, заставляющим заподозрить у больного наличие механической кишечной непроходимости, является:

1. Прогрессирующий характер болевого синдрома.
2. Наличие болевого шока
3. Внезапное начало болей
4. Схваткообразный характер болей

**126.** К какой группе оперативных вмешательств вы бы отнесли – Плановую лапаротомию, без источников воспаления в брюшной полости, с вскрытием просвета кишечника и наложением первичного анастомоза, в отсутствии тяжелой сопутствующей патологии

1. «Чистая» операция
2. Условно-контаминированная операция
3. Контаминированная операция
4. «Грязная» операция

**127.** Перемещение болей (симптом Кохера-Волковича) в начальной стадии острого аппендицита предполагает:

1. Появление болей в эпигастрии, а затем перемещение болей в правую подвздошную область.
2. Появление болей по всему животу, а затем концентрация болей в правой подвздошной области.
3. Появление болей вокруг пупка, а затем перемещение болей в правую подвздошную область.
4. Всего перечисленного

**128.** Плотно фиксированный ко дну язвы тромб-сгусток крови, не смываемый струей жидкости соответствует активности кровотечения по Forrest (1974):

1. I a
2. I b
3. II a
4. II b
5. III

**129.** У больного при скрининговом УЗ исследовании выявлен полипоз желчного пузыря. Жалоб связанных с патологией желчных протоков у больного нет. В каких случаях это является показанием к оперативному лечению

1. Если у больного имеются клинические проявления сходные с клиникой печеночной колики или холецистита
2. Полипы размером от 10 до 20 мм;
3. Полипы имеющие при УЗ контроле отчетливую тенденцию к росту
4. Крупные полипы на широком основании
5. Во всех перечисленных случаях

**130.** Общие правила профилактики профессионального заражения ВИЧ – инфекцией, выполняемые медицинским персоналом:

1. При оказании медицинской помощи, работе с биологическими жидкостями, каждый пациент рассматривается как потенциальный источник ВИЧ – инфекции;
2. Каждое рабочее место, где возможен контакт с биологическими жидкостями, должно быть обеспечено аптечками для экстренной профилактики ВИЧ – инфекции при аварийных ситуациях;
3. Все медицинские манипуляции производятся в медицинских перчатках;
4. Во избежание риска микротравматизма нельзя использовать жесткие щетки для мытья рук;
5. Разборку, мойку, ополаскивание медицинского инструментария, пипеток, лабораторной посуды, приборов или аппаратов, которые соприкасались с биологическими жидкостями необходимо проводить только после предварительной дезинфекции;
6. Всех пациентов, получающих парентеральные процедуры в ЛПУ обследовать на антитела к ВИЧ.

**131.** 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.

133. Перечислите факторы, от которых зависит риск заражения ВИЧ – инфекцией при аварийном случае у медицинского работника:

1. Вирусная нагрузка пациентов;
2. Стадия заболевания пациента;
3. Степень контаминации заразным материалом инструмента;
4. Степень нарушения целостности кожных покровов, слизистых оболочек;
5. Оперативность и качество оказания самопомощи;
6. Своевременность проведения постконтактной химиопрофилактики антиретровирусными препаратами;
7. Квалификационной категории медицинского работника

134. Дотестовое консультирование по ВИЧ-инфекции включает в себя:

1. Определение наличия или отсутствия у обследуемого индивидуальных факторов риска;
2. Возможные последствия тестирования;
3. Оценку информированности освидетельствуемого по вопросам профилактики ВИЧ - инфекции;
4. Предоставление информации о путях передачи ВИЧ и способах защиты от заражения ВИЧ;
5. Предоставление информации о видах помощи доступных для инфицированного ВИЧ;
6. Осмотр на наличие признаков заболевания.

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

1. 112;
2. 113;
3. 109.

136. 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.



137. Для установления факта инфицированности ВИЧ у взрослого (без уточнения клинической стадии) достаточно:

1. Определение CD-4 клеток;
2. Определение уровня иммуноглобулина;
3. Наличие полового контакта с ВИЧ-инфицированным;
4. Обнаружение в крови антител к ВИЧ методом иммунного блотинга;
5. Наличие саркомы Капоши;
6. Наличие генерализованной лимфаденопатии.

138. При несчастном случае на производстве Вы должны:

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.

139. Каковы основные цели существующей в настоящее время антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции:

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

140. 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.

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

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

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

1. Ставудин;
2. Диданозин;
3. Лопиновир/ритонавир;
4. Ламивудин;
5. Эфавиренз.

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

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

144. Перечислите препараты для экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекции в ЛПУ:

1. 70\* этиловый спирт, спиртовой раствор йода, вода (водопроводная или стерильная), калетра (лопинавир/ритонавир), комбивир (зидовудин/ламивудин);
2. хлоргексидин 20%, октисепт или октинеде, спирт этиловый 70\*, 10% протаргол, водный раствор йода 5%;

3. 6% перекись, спирт этиловый 70\*, 5% раствор йода, 40% сульфацил, перманганат калия 0,05%, 10% протаргол.

145. Перечислите действующие в настоящее время коды для направлений при обследовании на антитела к ВИЧ:

1. 102,104,108,109,113,117,115,126,118,121,123,127,200,112.
2. 102,103,104,108,109,112,113,115,118,120,200.
3. 102,104,108,109,113,117,115,118,126,127,122,125,200.

146. Основной причиной полной потери зрения у больных СПИДом является:

1. ЦМВ-инфекция.
2. длительное лихорадящее состояние;
3. туберкулез.

147. Выберите правильное утверждение относительно ВИЧ-инфекции:

1. с каждым годом количество живущих ВИЧ-инфицированных увеличивается;
2. отсутствует сезонность в заболевании;
3. социальные факторы не являются ведущими в распространении ВИЧ-инфекции;
4. большое количество нозокомиальных заражений;
5. до настоящего времени болеют только лица, употребляющие наркотики и работники коммерческого секса;
6. ведущие пути: половой и наркотический;
7. высокий риск заражения при анальном сексе.

148. Дотестовое консультирование по ВИЧ – инфекции предусматривает:

1. Получение информированного согласия на обследование;
2. Оценка поведенческих рисков инфицирования;
3. Обучение безопасному в плане заражения ВИЧ – инфекцией поведению;
4. Оказание психологической поддержки.

149. Укажите препараты для лечения токсоплазмоза у больных с ВИЧ-инфекцией:

1. фолиевая кислота;
2. ганцикловир;
3. бисептол;
4. фансидар;
5. эритромицин;
6. пиремитамин-сульфадиазин.

150. В направлении на обследование на антитела к ВИЧ персональные данные пациента (ФИО, адрес и т.д.) указываются:

1. При предъявлении пациентом документа, удостоверяющего личность;
2. Вне зависимости от факта предъявления пациентом документа, удостоверяющего личность.

151. 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.

152. 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.

153. 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.

154. 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.

155. 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.

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

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

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

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

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

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

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

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011 г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011 г. №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».

160. 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.