

## Тестовые вопросы для I рубежного контроля по дисциплине «Хирургические болезни в ОВП»

**Название ОП:** 6B10101 «Общая медицина»

**Код дисциплины:** OVP 7302-1

**Название дисциплины:** «Хирургические болезни в ОВП»

**Объем учебных часов/кредитов:** 240 ч. (8 кредитов)

**Курс и семестр изучения:** 7 курс

**Контрольно – измерительные средства:** Тестовые вопросы для  
I-II рубежного контроля

Шымкент 2025г.



Кафедра «Общая хирургия»

2. из 57

Тестовые вопросы для I рубежного контроля по дисциплине «Хирургические болезни в ОВП»

**Составитель****Рамазанов Ж.А.****Протокол № 11. 24.06.2025г.**
  
**Заведующий кафедрой к.м.н., и.о.доцента**
**Жумагулов К.Н.**

## Тестовые вопросы для I рубежного контроля по дисциплине «Хирургические болезни в ОВП»

- <question>Опасно применять при подозрении на острый аппендицит:
- <variant>очистительную клизму
  - <variant>пузырь со льдом
  - <variant>антибиотики
  - <variant>промывание желудка
  - <variant>экстренную лапаротомию
- <question>Наиболее характерный симптом для гангренозной формы острого аппендицита:
- <variant>уменьшение болевых ощущений и тахикардия
  - <variant>"доскообразный" живот
  - <variant>внезапное усиление болей в правой подвздошной области
  - <variant>схваткообразные боли в животе
  - <variant>понос
- <question>Характерными особенностями клинических проявлений острого аппендицита у детей являются:
- <variant>выраженность симптомов раздражения брюшины, повторные рвоты, лейкоцитоз
  - <variant>слабая выраженность болевого синдрома
  - <variant>отсутствие лейкоцитоза в крови
  - <variant>нормальная температура
  - <variant>отсутствие рвоты
- <question>Характерные признаки острого аппендицита у пожилых людей:
- <variant>слабая выраженность болевого синдрома.
  - <variant>неукротимая рвота
  - <variant>гектический характер температуры тела
  - <variant>выраженность симптомов раздражения брюшины
  - <variant>высокий лейкоцитоз
- <question>66-летний больной обратился с жалобами на повышение температуры, боли в подвздошной области и признаки кишечного дискомфорта. При пальпации в правой подвздошной области - ригидность мышц, что является характерным для:
- <variant>острого аппендицита
  - <variant>заворота сигмовидной кишки
  - <variant>дивертикулита
  - <variant>болезни Гиршпрунга
  - <variant>язвенного колита

<question>Усиление боли при резком отдергивании руки после предварительного надавливания на брюшную стенку называется симптомом:

- <variant>Щеткина- Блюмберга
- <variant>Воскресенского
- <variant>Раздольского
- <variant>Ситковского
- <variant>Ровзинга

<question>Усиление пальпаторной болезненности в правой подвздошной области в положение на левом боку называется симптомом:

- <variant>Бартомье-Михельсона
- <variant>Воскресенского
- <variant>Ровзинга
- <variant>Ситковского
- <variant>Раздольского

<question>Осложнение острого аппендицита являющийся противопоказанием к операции:

- <variant>аппендикулярный инфильтрат
- <variant>перитонит
- <variant>сепсис
- <variant>пилефлебит,
- <variant>аппендикулярный абсцесс

<question>Оптимальным методом дифференциальной диагностики острого аппендицита и острого холецистита является:

- <variant>УЗИ
- <variant>лапароскопия
- <variant>холецистография
- <variant>ангиография
- <variant>определение лейкоцитарного индекса

<question>Три наиболее частые причины острого живота в убывающем порядке:

- <variant>острый аппендицит - острая кишечная непроходимость
  - перфорация полого органа
- <variant>острый аппендицит - гастроинтестинальное кровотечение
  - острая кишечная непроходимость
- <variant>перфорация полого органа- острый аппендицит - острая кишечная непроходимость
- <variant>острый аппендицит- перфорация полого органа - кровотечение
- <variant>перфорация полого органа - кровотечение - острый аппендицит

<question>Характерный симптом острого аппендицита:

- <variant>Кохера
- <variant>Ортнера
- <variant>Курвуазье
- <variant>Мерфи
- <variant>Вали

<question>При остром аппендиците воспалительный процесс начинается в:

- <variant>слизистой оболочке отростка
- <variant>серозной оболочке отростка

<variant>слизистой оболочке слепой кишки

<variant>подслизистой оболочке отростка

<variant>брюжейке отростка

<question>Симптом Кохера при остром аппендиците - это:

<variant>перемещение боли от эпигастрии в правую подвздошную область

<variant>перемещение боли от пупочной области к правой подвздошной области

<variant>боль в точке Ланца

<variant>боль в точке Кюмеля

<variant>боль по всему животу

<question>Форма относящаяся к динамической кишечной непроходимости:

<variant>паралитическая

<variant>спаечная

<variant>обтурационная

<variant>странгуляционная

<variant>инвагинационная

<question>Патология не вызывающая странгуляционную кишечную непроходимость:

<variant>обтурация просвета кишечника изнутри опухолью

<variant>заворот

<variant>узлообразование

<variant>ущемление кишки в грыжевых воротах

<variant>спайка

<question>Ситуации в которых возможно возникновение обтурационной кишечной непроходимости:

<variant>закупорка просвета кишечника желчным камнем, опухолью

<variant>операционная травма

<variant>Рихтеровское ущемление

<variant>ретроградное ущемление

<variant>спайка

<question>Прощупывание баллонообразной раздутой петли кишечника при кишечной непроходимости - это симптом:

<variant>Валия

<variant>Матье-Склярова

<variant>Шланге

<variant>Кивуля

<variant>Воскресенского

<question>Видимая перистальтика кишечника наблюдается при:

<variant>механической кишечной непроходимости

<variant>асците

<variant>заболеваниях почки

<variant>острых воспалительных заболеваниях органов живота

<variant>кахексии

<question>Зонд для интубации тонкого кишечника - называется:

<variant>Шалькова

<variant>Блекмора

<variant>желудочный

<variant>мочевой

<variant>Житнюка

<question>Характерный симптом острой кишечной непроходимости:

- <variant>Валя
- <variant>Вознесенского
- <variant>Ортнера
- <variant>Лексера
- <variant>Ровзинга

<question>Ранним рентгенологическим признаком острой кишечной непроходимости является:

- <variant>образование чашек Клойбера
- <variant>скопление воздуха под правым куполом диафрагмы
- <variant>пневматизация
- <variant>расширение грудной клетки
- <variant>высокое стояние левого купола диафрагмы

<question>Вид кишечной непроходимости относящийся к странгуляционной:

- <variant>заворот
- <variant>обтурация желчным камнем
- <variant>опухоль кишечника
- <variant>обтурация глистным комком
- <variant>парез кишечника

<question>Характерный признак обтурационной кишечной непроходимости:

- <variant>постоянная боль в животе
- <variant>схваткообразная боль в животе
- <variant>рвота цветом кофейной гущи
- <variant>доскообразный живот
- <variant>положительный симптом Ровзинга

<question>Вид кишечной непроходимости сопровождающийся выделением крови из прямой кишки:

- <variant>инвагинационный
- <variant>паралитический
- <variant>спастический
- <variant>обтурационный
- <variant>заворот тонкой кишки

<question>Симптом каловой рвоты возникает при:

- <variant>поздней стадии кишечной непроходимости
- <variant>остром аппендиците
- <variant>остром холецистите
- <variant>остром панкреатите
- <variant>синдроме Маллори-Вейсса

<question>Наиболее характерными болями в животе для острой механической кишечной непроходимости являются:

- <variant>схваткообразные
- <variant>приступообразные
- <variant>ноющие
- <variant>колющие
- <variant>тупые

<question>Признаки симптомом Склярова:

- <variant>"шум плеска"

- <variant>"шум падающей капли"
- <variant>метеоризм
- <variant>высокий тимпанит
- <variant>раздутая, пустая ампула прямой кишки
- <question>Симптомом "обуховской больницы" называется:
- <variant>раздутая, пустая ампула прямой кишки
- <variant>местный высокий тимпанит
- <variant>ассиметрия живота
- <variant>разлитой тимпанит
- <variant>отсутствие перистальтики кишечника
- <question>Методами исследования острой кишечной непроходимости являются:
- <variant>обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- <variant>хромоцистоскопия
- <variant>эзофагоскопия
- <variant>транслюмбальная аортография по Дос-Сантосу
- <variant>дуоденальное зондирование
- <question>Осложнением странгуляционной кишечной непроходимости являются:
- <variant>перитонит
- <variant>спаечная болезнь
- <variant>кишечное кровотечение
- <variant>желтуха
- <variant>кишечные свищи
- <question>Для обтурационной кишечной непроходимости характерно:
- <variant>вздутие живота
- <variant>гиперспленизм
- <variant>рвота цвета кофейной гущи
- <variant>доскообразный живот
- <variant>симптом Гоманса
- <question>Для паралитической кишечной непроходимости характерно:
- <variant>резкое равномерное вздутие живота
- <variant>симптом Ситковского
- <variant>пульсирующие боли в животе
- <variant>симптом Цеге-Мантелейфеля
- <variant>симптом перемежающей хромоты
- <question>Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является:
- <variant>спайки брюшной полости
- <variant>инородные тела
- <variant>опухоли
- <variant>гельминты
- <variant>желчные камни
- <question>Тостокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается
- <variant>злокачественными опухолями кишечника
- <variant>инородными телами
- <variant>желчными камнями
- <variant>спайками брюшной полости
- <variant>гельминтами

<question>Заворот тонкой кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости:

- <variant>странгуляционной
- <variant>обтурационной
- <variant>смешанной
- <variant>спастической
- <variant>динамической

<question>При обследовании больного с острой кишечной непроходимостью установлено: симптомы Цеге-Мантейфеля и "обуховской больницы"

положительны, которые являются характерными для:

- <variant>заворота сигмовидной кишки
- <variant>илеоцекальной инвагинации
- <variant>обтурации опухолью восходящей кишки
- <variant>заворота тонкой кишки
- <variant>спаечной тонкокишечной непроходимости

<question>Характерным признаком странгуляционной непроходимости является:

- <variant>заворот
- <variant>обтурация желчным камнем
- <variant>сдавление опухолью извне
- <variant>копростаз
- <variant>обтурация толстой кишки опухолью

<question>Правильной тактикой при обтурационной кишечной непроходимости является:

- <variant>оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий
- <variant>только консервативное лечение
- <variant>новокаиновая блокада по Лорин-Эпштейну
- <variant>плановая операция
- <variant>назогастральная интубация

<question>Больной жалуется на боли по всему животу, тошноту, сухость во рту, рвоту, общую слабость. Заболел остро 25 часов назад. Внезапно появились сильные боли в эпигастральной области, тошнота, потемнение в глазах. В дальнейшем боли приобрели нарастающий характер, присоединилось вздутие живота, перестали отходить газы.

Данное состояние является признаком:

- <variant>кишечной непроходимости
- <variant>абдоминальной формы инфаркта миокарда
- <variant>крупозной пневмонии
- <variant>острой почечной недостаточности
- <variant>неспецифического язвенного колита

<question>Дополнительное диагностическое мероприятие необходимое при подозрении на кишечную непроходимость:

- <variant>обзорная рентгенография
- <variant>контрастное исследование пищевода
- <variant>торакоскопия
- <variant>лапароцентез
- <variant>обзорная урография

<question>Появление у больного с острым животом при обзорной рентгенографии свободного газа под куполом диафрагмы является признаком:

- <variant>перфоративной язвы желудка

<variant>острого панкреатита

<variant>болезни Крона

<variant>синдрома Меллори - Вейса

<variant>острого аппендицита

<question>Наиболее частой причиной развития перитонита является:

<variant>перфоративный аппендицит

<variant>послеоперационные осложнения

<variant>острые травмы живота

<variant>перфоративный холецистит

<variant>кишечная непроходимость

<question>Характерным симптомом перфорации полого органа в свободную брюшную полость является:

<variant>свободный газ под правым куполом диафрагмы

<variant>высокий лейкоцитоз

<variant>отсутствие перистальтических шумов

<variant>положительный симптом раздражения брюшины

<variant>притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости

<question>Больные не принимают вынужденное положение при:

<variant>желудочно-кишечном кровотечении

<variant>острых воспалительных заболеваниях (перитонит)

<variant>непроходимости кишечника

<variant>почечной колике

<variant>перфорации язвы желудка

<question>Заболеваниями протекающими с возникновением симптомов раздражения брюшины являются:

<variant>острые воспалительные заболевания брюшной полости

<variant>тетрада Фалло

<variant>желудочно-кишечное кровотечение

<variant>почечная колика

<variant>синдром Бадда-Киари

<question>Притупление в отлогих местах живота является признаком:

<variant>перфорации полых органов

<variant>непроходимости кишечника

<variant>желудочно-кишечного кровотечения

<variant>острого холецистита

<variant>острого панкреатита

<question>Наиболее часто встречающимся симптомом "острого живота" является:

<variant>напряжение мышц живота

<variant>боли в животе

<variant>рвота, задержка стула

<variant>резкая бледность

<variant>ползание мурашек в ногах

<question>При исследовании на догоспитальном этапе ... не проводятся.

<variant>лапароскопия

<variant>анализ крови на лейкоцитоз и гемоглобин

<variant>анализ мочи

<variant>аускультация

<variant>перкуссия

<question>Симптом соответствующий перфорации желчного пузыря в свободную брюшную полость:

<variant>шок, перитонит

<variant>желтуха

<variant>панкреатит

<variant>симптом Курвуазье

<variant>свободная жидкость

<question>Появление болезненности при надавливании на диафрагмальный нерв над ключицей справа в области ножек грудино-ключичной мышцы является симптомом:

<variant>Мюсси

<variant>Курвуазье

<variant>Мерфи

<variant>Воскресенского

<variant>Ровзинга

<question>При остром холецистите появление болезненности, при глубоком вдохе и пальпации правого подреберья является симптомом:

<variant>Мерфи

<variant>Ортнера

<variant>Курвуазье

<variant>Георгиевского

<variant>Ситковского

<question>Нормальное количество общего билирубина крови в единицах СИ составляет:

<variant>от 8,5 до 20,5 мкмоль/л

<variant>от 0,1 до 1,0 мкмоль/л

<variant>от 1,0 до 2,0 мкмоль/л

<variant>от 4,0 до 6,0 мкмоль/л

<variant>от 10 до 15 мкмоль/л

<question>Нормальное количество прямого билирубина крови в единицах СИ составляет:

<variant>от 0,0 до 4,3 мкмоль/л

<variant>от 0,1 до 0,2 мкмоль/л

<variant>от 0,2 до 0,3 мкмоль/л

<variant>от 0,3 до 0,4 мкмоль/л

<variant>от 0,01 до 0,2 мкмоль/л

<question>Нормальное количество непрямого билирубина крови в единицах СИ составляет:

<variant>от 1,7 до 13 мкмоль/л

<variant>от 0,1 до 0,2 мкмоль/л

<variant>от 0,2 до 0,3 мкмоль/л

<variant>от 0,3 до 0,6 мкмоль/д

<variant>от 0,4 до 2,1 мкмоль/л

<question>Наиболее частой причиной транзиторной желтухи при желчекаменной болезни являются:

<variant>вентильный камень холедоха

<variant>сфинктерит

<variant>дуоденит

<variant>дискинезия желчных путей

<variant>гнойный холангит

<question>У больного с постхолецистэктомическим синдромом после приема алкоголя появились опоясывающие боли в верхней половине живота, многократная рвота, коллапс.

Диагноз:

<variant>геморрагический панкреонекроз

<variant>острый гастрит

<variant>закупорка холедоха- камнем

<variant>острый панкреатит

<variant>острый аппендицит

<question>Характерным признаком механической желтухи на фоне

холедохолитиаза будет:

<variant>гипербилирубинемия

<variant>лейкопения

<variant>акрацианоз

<variant>синяя флегмазия

<variant>симптом Мебиуса

<question>Патология, для которой характерен симптом Курвуазье:

<variant>рак головки поджелудочной железы

<variant>острый панкреатит

<variant>хронический калькулезный холецистит

<variant>цирроз печени

<variant>дуоденостаз

<question>Показанием к папиллосфинктеротомии является:

<variant>ущемленные камни БДС и стеноз 3 степени

<variant>язва желудка

<variant>распространенный стеноз терминального отдела холедоха более 2 см

<variant>холангит

<variant>язвы двенадцатиперстной кишки

<question>Операцией ,применяемой при стенозе Фатерова сосочка является:

<variant>папиллосфинктеротомия

<variant>холецистоэзофагостомия

<variant>холецистодуоденостомия

<variant>наружное дренирование холедоха

<variant>букирование Фатерова сосочка

<question>Метод применяющийся у лиц старческого возраста для устранения

механической желтухи за счет холедохолитиаза:

<variant>папиллотомия эндоскопическая

<variant>наружное дренирование холедоха

<variant>билиодигестивный анастомоз

<variant>транспеченочный дренаж

<variant>удаление структур

<question>В тактике лечения ущемленной грыже не применяется:

<variant>экстренное вправление грыжи

<variant>вскрытие грыжевых ворот

<variant>проверка жизнеспособности ущемленного органа

<variant>оперативное лечение

<variant>вскрытие грыжевого мешка

<question>Мероприятиями первоочередного характера при ущемленной грыже являются:

- <variant>срочная операция
- <variant>применение аналгетиков
- <variant>применение спазмолитиков
- <variant>общая теплая ванна
- <variant>вправление грыжи

<question>Вид грыжи характерным для которой является гастро-эзофагальный рефлюкс:

- <variant>аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- <variant>травматическая диафрагмальная
- <variant>Морганы через щель Ларрея
- <variant>Богдалека
- <variant>паразофагеальная

<question>У больного паховая грыжа, она часто ущемляется, при этом больной отмечает учащенные позывы на мочеиспускание и боли над лобком. Диагноз:

- <variant>скользящая грыжа
- <variant>грыжа запирательного отверстия
- <variant>прямая паховая грыжа
- <variant>бедренная грыжа
- <variant>косая грыжа

<question>Тактика при самопроизвольном вправлении грыжи:

- <variant>наблюдение за больным в условиях стационара
- <variant>отпустить домой и оперировать в плановом порядке
- <variant>показана экстренная операция - грыжесечение
- <variant>лапаротомия с ревизией канатика
- <variant>постельный режим в домашних условиях

<question>Тактика врача при часто ущемляющей грыже, у пожилых больных:

- <variant>оперативное лечение
- <variant>назначение ношения бандажа
- <variant>диспансерное наблюдение
- <variant>консервативное лечение
- <variant>общая теплая ванна

<question>Наиболее частая локализация болей при остром панкреатите:

- <variant>эпигастральная область
- <variant>грудная клетка
- <variant>правая подвздошная область
- <variant>малый таз
- <variant>левая подвздошная область

<question>Наиболее характерная зона иррадиации при остром панкреатите:

- <variant>поясница с обеих сторон
  - <variant>грудная клетка
  - <variant>низ живота
  - <variant>левая половина живота
  - <variant>правая половина живота
- <question>При остром панкреатите может быть:
- <variant>рвота многократная, не приносящая облегчение
  - <variant>рвота эпизодическая

- <variant>рвота однократная, приносящая облегчение  
<variant>рвота однократная ,не приносящая облегчение  
<variant>отсутствие рвоты
- <question>Характерные для острого панкреатита симптомы:  
<variant>Мейо-Робсона, Воскресенского  
<variant>Ситковскрго, Ровзинга  
<variant>Кохера, Бартомье-Михельсона  
<variant>Кулленкамфа, Коупа  
<variant>Щеткина-Блюмberга
- <question>При отечной форме острого панкреатита желчный пузырь может быть:  
<variant>увеличенным, застойным  
<variant>спавшимся  
<variant>гангренозно измененным  
<variant>деформированным  
<variant>атрофированным
- <question>Шок и коллапс при остром деструктивном панкреатите вызывается:  
<variant>ферментной токсемией  
<variant>отеком поджелудочной железы  
<variant>билиарной гипертензией  
<variant>динамической непроходимостью кишечника  
<variant>гормонами
- <question>Метод исследования наиболее информативный для диагностики острого панкреатита:  
<variant>лапароскопия  
<variant>диагностический пневмоперитониум  
<variant>обзорная рентгеноскопия  
<variant>гастродуоденоскопия  
<variant>ирригоскопия
- <question>У больного 26 лет, заболевшего 12 часов назад - геморрагический панкреонекроз. Ему показано:  
<variant>экстренная лапаротомия  
<variant>выжидательная тактика  
<variant>лечебная катетеризация чревной артерии  
<variant>чрезкожная гепатохолиодохостомия  
<variant>торакоцентез
- <question>У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14 день от поступления в клинику появилась гектическая температура, тахикардия, ознобы, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево. Пальпируется инфильтрат в эпигастрии. Диагноз:  
<variant>абсцесс сальниковой сумки  
<variant>пневмония  
<variant>забрюшинная флегмона  
<variant>киста поджелудочной железы  
<variant>бедренная грыжа
- <question>Исчезновение печеночного тупости при перфорации язвы это симптом:  
<variant>Спижарного  
<variant>Ситковского  
<variant>Валя

<variant>Воскресенского

<variant>Жибера

<question>У больного язвенной болезнью 12 п.к. с пятилетним стажем эвакуация бария из желудка через 6-12 часов. Ваш диагноз:

<variant>субкомпенсированная стадия стеноза

<variant>эвакуация не нарушена

<variant>компенсированная стадия стеноза

<variant>декомпенсированная стадия стеноза

<variant>перфорация

<question>У больных декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка может произойти остановка сердца из-за нарушения обмена:

<variant>калия

<variant>кальция

<variant>натрия

<variant>хлоридов

<variant>железа

<question>У больного с декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка появился симптом " сведения кистей рук" на автору это:

<variant>симптом Трусско

<variant>симптом Хвостека

<variant>симптом Бернштейна

<variant>симптом Спицарского

<variant>симптом Кулленкампфа

<question>Для прободной язвы желудка в первые 6 часов не типичен следующий симптом:

<variant>мягкий живот

<variant>резкие внезапные боли в животе

<variant>доскообразный живот

<variant>рвота

<variant>исчезновение печеночной тупости

<question>Женщина 28 лет жалуется на боли в эпигастрии после приема пищи, а также наочные и "голодные" боли. Диагноз:

<variant>язва 12 перстной кишки

<variant>язва желудка

<variant>хронический панкреатит

<variant>хронический холецистит

<variant>хронический гастрит

<question>Причиной исчезновения печеночной тупости при прободной язве желудка является:

<variant>наличие свободного газа в брюшной полости

<variant>вздутие кишечника

<variant>высокое стояние диафрагмы

<variant>интерпозиция кишечных петель между печенью и брюшной стенкой

<variant>наличие жидкости в брюшной полости

<question>Стрессовая язва желудка проявляется чаще:

<variant>кровотечением

<variant>перфорацией

<variant>пенетрацией

<variant>малигнизацией

<variant>стенозом

<question>Наиболее частой причиной язвообразования является:

<variant>повышенная выработка соляной кислоты

<variant>персистирование H.pylori

<variant>голодание

<variant>нарушение моторной функции желудка и 12п/кишки

<variant>пониженная выработка соляной кислоты

<question>Синдром приводящей петли развивается:

<variant>после резекций желудка по Бильрот 2

<variant>после селективной vagotomии

<variant>после пристеночной энтеростомии

<variant>по Гофмейстереру-Финстереру

<variant>после резекции желудка по Бильрот-I

<question>Предрасполагающим фактором в развитии синдрома приводящей петли после резекции желудка по Бильрот II является:

<variant>дуоеностаз

<variant>рефлюкс-эзофагит

<variant>спастический колит

<variant>хронический холецистит

<variant>хронический панкреатит

<question>Метод оперативного вмешательства являющиеся наиболее обоснованным для устранения синдрома приводящей петли:

<variant>реконструкция гастроэнтероанастомоза по Ру

<variant>субтотальная резекция желудка,

<variant>тотальная резекция желудка (гастрэктомия) с анастомозом,

<variant>рассечение спаек и сращений,

<variant>дезинвагинация

<question>Рецидивные пептические язвы после резекций желудка по Бильрот 2 возникают:

<variant>на месте прежних язв желудка

<variant>в кардиальном отделе желудка

<variant>в отводящей петле тощей кишки

<variant>в восходящем отделе толстого кишечника

<variant>в подвздошной кишке

<question>Характер анемии чаще наблюдающийся после резекции желудка:

<variant>железодефицитная анемия

<variant>гемолитическая анемия

<variant>гипопластическая анемия

<variant>анемия Аддисона-Бирмера

<variant>гиперпластиическая анемия

<question>Симптом наиболее характерный для обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

<variant>"голодные" боли

<variant>боли сразу после приема пищи

<variant>тошнота

<variant>аэрофагия

<variant>лихорадка

<question>Наиболее характерным рентгенологическим признаком язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является:

<variant>"ниша"

<variant>деформация двенадцатиперстной кишки

<variant>спазм привратника

<variant>ускоренная эвакуация контрастного вещества

<variant>радиарная конвергенция складок слизистой оболочки

<question>Препаратам, нейтрализующим соляную кислоту является:

<variant>антациды

<variant>спазмолитики

<variant>витамины

<variant>Н 2 гистоминоблокаторы

<variant>биостимуляторы

<question>Препарат не способствующий улучшению репаративных возможностей слизистой желудка:

<variant>ацетилсалициловая кислота

<variant>алоэ

<variant>солкосерил

<variant>метилурацил

<variant>тисмин

<question>Лекарственные средства, применяемые для уменьшения желудочной секреции при гастродуodenальных язвах:

<variant>гастросидин, гастроцептин

<variant>новокаин, лидокаин

<variant>солкосерил, алоэ

<variant>но-шпа, папаверин

<variant>витамины группы "В"

<question>Перфорация гастродуodenальных язв происходит чаще:

<variant>весенне-осенний период

<variant>летом

<variant>только осенью

<variant>в любое время года с одинаковой часттой

<variant>только весной

<question>Перфорируются чаще всего язвы:

<variant>пилорического отдела желудка

<variant>кардиального отдела желудка

<variant>тела желудка

<variant>нисходящего отдела 12 перстной кишки

<variant>восходящего отдела 12 перстной кишки

<question>Перфорация язвы сопровождается:

<variant>«кинжалной» болью

<variant>схваткообразными болями в животе

<variant>опоясывающей болью в животе

<variant>тупой ноющей болью в правом подреберье

<variant>болью с иррадиацией в спину

<question>Пальпаторно со стороны живота при перфорации язвы передней стенки отмечается:

<variant>напряжение мышц брюшной стенки

<variant>равномерное вздутие живота

<variant>локальная асимметрия живота

<variant>пастозность передней брюшной стенки

<variant>живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрис

<question>Особенности клиники острого аппендицита у беременных

<variant>высокое расположение червеобразного отростка

<variant>боли в левом подреберье

<variant>низкое расположение червеобразного отростка

<variant>боли над лоном.

<variant>боли по всему животу.

<question>Боль в эпигастрии спускается через 4-6 часов в правую подвздошную область – это симптом:

<variant>Кохера

<variant>Бартомье-Михельсона

<variant>Раздольского

<variant>Ситковского

<variant>Ровзинга

<question>Тактика врача при поступлении больного в прием покой с диагнозом «аппендикулярный инфильтрат»

<variant>госпитализация в хирургическое отделение

<variant>экстренная операция

<variant>отправить домой

<variant>направление больного к терапевту поликлиники по месту жительства для амбулаторного лечения

<variant>УЗИ исследование

<question>Если невозможно исключить диагноз острый аппендицит, то необходимо:

<variant>доставить в хирургическое отделение

<variant>проводить консервативное лечение

<variant>назначить антибиотикотерапию

<variant>динамическое наблюдение

<variant>направить в поликлинику

<question>Функции червеобразного отростка в организме:

<variant>иммунокоррегирующая

<variant>пищеварительная

<variant>защитная

<variant>эндокринная

<variant>кроветворная

<question>В основе патогенеза острого аппендицита лежит:

<variant>инфекционный процесс

<variant>нарушение перистальтики кишечника

<variant>аллергический компонент

<variant>влияние глистной инвазии

<variant>нейрорефлекторные нарушения

<question>Симптом Ровзинга при остром аппендиците характеризуется:

<variant>усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине

<variant>усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью

<variant>перемещением болей с околопупочной области в эпигастрий

<variant>перемещение болей с эпигастральной области в правую подвздошную область

<variant>усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку

<question>При остром аппендиците симптом Ситковского характеризуется:

<variant>усилением болей в правой подвздошной области при перемене положения больного со спины на левый бок

<variant>усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью

<variant>перемещением болей с околопупочной области в правую подвздошную область

<variant>усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине

<variant>усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку

<question>Симптом Раздольского при остром аппендиците характеризуется:

<variant>усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью при положении больного на спине

<variant>усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине

<variant>перемещением болей с околопупочной области в правую подвздошную область

<variant>перемещение болей с эпигастральной области в правую подвздошную область

<variant>усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку

<question>Симптом Кюмеля при остром аппендиците характеризуется:

<variant>перемещением болей с околопупочной области в правую подвздошную область

<variant>усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью

<variant>перемещением болей с эпигастральной области в правую подвздошную область

<variant>усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине

<variant>усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку

<question>Наиболее распространенная классификация острого аппендицита:

<variant>Колесова

<variant>Кузина

<variant>Савельева

<variant>Маята

<variant>Вишневского

<question>Симптом Бартомье-Михельсона при остром аппендиците характеризуется:

<variant>усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку

<variant>усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью

<variant>перемещением болей с околопупочной областью в правую подвздошную область

<variant>перемещение болей с эпигастральной области в правую подвздошную область  
<variant>усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений в левой подвздошной области при положении больного на спине  
<question>Симптом Образцова при остром аппендиците характеризуется:  
<variant>усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области и при поднимании больным выпрямленную правую ногу  
<variant>усилением болей при перкуссии над правой подвздошной областью  
<variant>перемещение болей с эпигастральной области в правую подвздошную область  
<variant>усилением болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движениях в левой подвздошной области при положении больного на спине  
<variant>усилением болей в правой подвздошной области при пальпации этой области в положении больного на левом боку  
<question>Симптом Ровзинга характерен для:  
<variant>острого аппендицита  
<variant>перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки  
<variant>острого холецистита  
<variant>острого панкреатита  
<variant>острой кишечной непроходимости  
<question>Симптом Ситковского определяется при:  
<variant>остром аппендиците  
<variant>тромбозе мезентериальных сосудов  
<variant>паралитической кишечной непроходимости  
<variant>перитоните  
<variant>спастической кишечной непроходимости  
<question>Симптом «рубашки» (Воскресенского) определяется при:  
<variant>остром аппендиците  
<variant>остром лактационном мастите  
<variant>остром холецистите  
<variant>циррозе печени  
<variant>остром парапроктите  
<question>Афттор симптома «рубашки»:  
<variant>Воскресенский  
<variant>Вишневский  
<variant>Ситковский  
<variant>Спижарный  
<variant>Раздольский  
<question>У лиц пожилого и старческого возраста наиболее частое осложнение:  
<variant>аппендикулярный инфильтрат  
<variant>сепсис  
<variant>пилемеллит  
<variant>перитонит  
<variant>periаппендикулярный абсцесс  
<question>У детей наиболее частое осложнение:  
<variant>разлитой перитонит  
<variant>пилемеллит  
<variant>сепсис  
<variant>аппендикулярный инфильтрат

<variant>periаппендикулярный абсцесс

<question>Сроки для выполнения аппендэктомии в плановом порядке после перенесенного аппендикулярного инфильтрата

<variant>3-4 мес

<variant>1 мес

<variant>5-6 мес

<variant>8-10 мес

<variant>1 год

<question>Характерным признаком острой механической кишечной непроходимости является:

<variant>схваткообразные боли в животе

<variant>постоянные боли в животе

<variant>однократная рвота

<variant>кровавая рвота.

<variant>быстрое снижение ОЦК

<question>У больного наблюдается кровянистые выделения из прямой кишки. Вид непроходимости: кровянистые выделения из прямой кишки:

<variant>инвагинации

<variant>паралитической

<variant>спастической

<variant>завороте тонкой кишки

<variant>инфаркт кишечника

<question>Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается:

<variant>злокачественными опухолями кишечника

<variant>иородными телами

<variant>желчными камнями

<variant>спайками брюшной полости

<variant>гельминтами

<question>Причина странгуляционной кишечной непроходимости:

<variant>узлообразование

<variant>парез кишечника

<variant>острая задержка мочи.

<variant>опухоль кишечника

<variant>копростаз

<question>Симптом Валия при острой кишечной непроходимости характеризуется:

<variant>определенением фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона при пальпации живота

<variant>тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота

<variant>риgidностью брюшной стенки в виде надутого мяча

<variant>определенением «шума плеска» при аускультации живота

<variant>расширением ампулы прямой кишки и зиянием ануса

<question>Симптом Склярова при острой кишечной непроходимости характеризуется:

<variant>определенением «шума плеска» при аускультации живота

<variant>определенением фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона

<variant>тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота

<variant>риgidностью брюшной стенки в виде надутого мяча баллона при пальпации живота

<variant>расширением ампулы прямой кишки и зиянием ануса

<question>Симптом Обуховской больницы при острой кишечной непроходимости характеризуется:

<variant>расширением ампулы прямой кишки и зиянием ануса

<variant>высоким тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота

<variant>риgidностью брюшной стенки в виде надутого мяча при сильном растяжении кишечника

<variant>определением «шума плеска» при аусcultации живота

<variant>определением фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона при пальпации живота

<question>Симптом Кивуля при острой кишечной непроходимости характеризуется:

<variant>тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота

<variant>риgidностью брюшной стенки в виде надутого мяча

<variant>симптомом «шума плеска» при аускультации живота

<variant>фиксированным и растянутым петлей кишечника в виде баллона при пальпации

<variant>расширение ампулы прямой кишки и зиянием ануса

<question>Симптом Цеге-Мантейфеля при острой кишечной непроходимости – это:

<variant>невозможность введения более 500-700 мл жидкости при выполнении клизмы

<variant>риgidность брюшной стенки в виде надутого мяча

<variant>симптомом «шума плеска» при аускультации живота

<variant>определение при пальпации живота фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона

<variant>расширение ампулы прямой кишки и зиянием заднего прохода

<question>Симптом Мондора при острой кишечной непроходимости характеризуется:

<variant>риgidностью брюшной стенки в виде надутого мяча

<variant>тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота

<variant>определением «шума плеска» при аускультации живота

<variant>определением фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона при пальпации живота

<variant>выслушиванием дыхательных шумов и сердечных тонов через брюшную стенку

<question>Симптом Шланге при острой кишечной непроходимости характеризуется:

<variant>видимой на глаз перистальтикой кишечника на передней брюшной стенке

<variant>тимпаническим звуком с металлическим оттенком при перкуссии живота

<variant>риgidностью брюшной стенки в виде надутого мяча

<variant>определением «шума плеска» при аускультации живота

<variant>определением фиксированной и растянутой петли кишечника в виде баллона при пальпации живота

<question>Этиологический фактор обтурационной кишечной непроходимости:

<variant>опухоли кишечника

<variant>обильный прием пищи.

<variant>отравление организма солями тяжелых металлов

<variant>тупая травма живота

<variant>голодание

<question>Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости являются:

<variant>спайки брюшной полости

<variant>инородные тела

<variant>желчные камни

<variant>опухоли

<variant>гельминты

<question>Самым информативным методом обследования для ранней диагностики острой тонкокишечной непроходимости является:

<variant>обзорная рентгеноскопия брюшной полости

<variant>лапароскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>УЗИ брюшной полости

<variant>колоноскопия

<question>При осмотре в приемном отделении больного с ущемленной паховой грыжей, давностью более 2 часов произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Тактика:

<variant>наблюдение за больным в условиях стационара

<variant>экстренное грыжесечение

<variant>больной может быть отпущен домой

<variant>лапаротомия с ревизией кишечника и грыжесечение

<variant>экстренная лапароскопия

<question>Ранним признаком ущемления наружной грыжи брюшной стенки является:

<variant>болезненность и напряжение грыжевого выпячивания

<variant>тошнота и рвота

<variant>вправимость грыжевого содержимого

<variant>расширение пахового канала

<variant>высокая температура

<question>Тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи при наличии перитонеальных симптомов:

<variant>показана экстренная операция

<variant>больного можно отпустить домой и оперировать затем в плановом порядке

<variant>показано амбулаторное лечение

<variant>не оперировать больного, назначить анальгетики

<variant>все из предложенного неверно

<question>Первоочередные мероприятия при ущемленной паховой грыже многочасовой давности:

<variant>срочная операция

<variant>теплая ванна

<variant>попытка вправления грыжи

<variant>назначение спазмолитиков

<variant>назначение анальгетиков

<question>При ущемлении грыжи показана экстренная операция:

<variant>из-за возможного некроза ущемленного органа

<variant>из-за болевой реакции

<variant>из-за возможных рецидивов ущемления

<variant>из-за возможного вправления грыжи

<variant>трудности диагностики

<question>Фактор, способствующий образованию послеоперационных грыж:

<variant>нагноение раны

<variant>парез кишечника в послеоперационном периоде

<variant>запоры

<variant>нарушение иннервации брюшных мышц

<variant>раннее вставание с постели после операции

<question>У больного острый инфаркт миокарда и ущемленная грыжа .Лечение:

<variant>срочно оперировать в сочетании с интенсивной кардиальной терапией

<variant>наблюдение, холод на живот

<variant>произвести вправление грыжи

<variant>наложить бандаж

<variant>ввести внутривенно спазмолитики

<question>Ранним признаком ущемления грыжи брюшной стенки является:

<variant>невправимость грыжи

<variant>лейкоцитоз

<variant>грыжевое выпячивание

<variant>повышение температуры тела

<variant>гиперемия в области грыжи

<question>Клинические признаки ущемления тонкой кишки при внутренних грыжах:

<variant>схваткообразные боли в животе

<variant>диарея

<variant>коллапс

<variant>симптомы раздражения брюшины

<variant>дегидратация

<question>Симптом отсутствия печеночной тупости при перкуссии:

<variant>Спижарного

<variant>Юдина

<variant>Бейли

<variant>Дъелафуа

<variant>Элекера

<question>При аусcultации передней брюшной стенки в эпигастральной области ощущается толчок газов, проникающих через отверстие. Это симптом:

<variant>Юдина

<variant>Спижарного

<variant>Бейли

<variant>Дъелафуа

<variant>Элекера

<question>Симптом Юдина при перфоративной язве желудка:

<variant>при аускультации передней брюшной

стенки в эпигастральной области ощущается толчок газов, проникающих через отверстие

<variant>иррадиация боли в плечо и надключичную область

<variant>отсутствие печеночной тупости при перкуссии

<variant>чувства озноба и усиление боли в эпигастрии до перфорации

<variant>острая «кинжалная» боль в животе

<question>Рентгенологический признак перфоративной язвы :

<variant>пневмoperitoneum

<variant>пневмоторакс

<variant>эмфизема

<variant>чашечки Клойбера

<variant>пневматоз кишечника

<question>Диагностике перфоративной язвы желудка:

<variant>обзорная рентгеноскопия брюшной полости

<variant>УЗИ

<variant>КТ

<variant>селективная ангиография

<variant>радиоизотопное сканирование

<question>Мужчина 34 лет доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии с клиникой распространенного перитонита. За сутки до поступления отмечает резкие боли в эпигастрии, холодный пот, но через несколько часов боли стихли. Диагноз:

<variant>перфоративная язва

<variant>острый аппендицит

<variant>острый панкреатит

<variant>острая спаечная кишечная непроходимость

<variant>ущемленная грыжа

<question>Перфорация язвы сопровождается:

<variant>кинжалной болью

<variant>схваткообразными болями

<variant>опоясывающей болью

<variant>тупой ноющей болью

<variant>болью иррадирующей в спину

<question>Показание к экстренному хирургическому лечению язвенной болезни:

<variant>перфорация

<variant>пенетрация

<variant>малигнизация

<variant>стеноз

<variant>обострение язвенной болезни

<question>Болезненность при пальпации в левом реберно- позвоночному углу при остром панкреатите носит название симптома:

<variant>Мейо- Робсона

<variant>Воскресенского

<variant>Грюнвальда

<variant>Мондора

<variant>Грея- Тернара

<question>Из лекарственных препаратов при остром панкреатите не применяются:

<variant>морфин

<variant>гордокс

<variant>контрикал

<variant>5-фторурацил

<variant>атропин

<question>Наиболее частый симптом острого панкреатита:

<variant>опоясывающие боли в эпигастральной области

<variant>тошнота и однократная рвота

<variant>запоры

<variant>повышение температуры

<variant>вздутие живота

<question> Современный метод операции при остром холецистите:

<variant> лапароскопическая холецистэктомия

<variant> открытый метод доступом по кохеру

<variant> открытый метод доступом по федорову

<variant> холецистэктомия от дна

<variant> холецистэктомия от шейки

<question> Лечение деструктивного холецистита:

<variant> экстренная операция

<variant> лапароскопия

<variant> консервативное лечение

<variant> при неэффективности лечения, операция

<variant> отсроченная операция

<question> Симптом характерный для клинической картины острого холецистита:

<variant> Ортнера-Грекова

<variant> Керте

<variant> Ситковского

<variant> Воскресенского

<variant> Курвуазье

<question> Появление болезненности при надавливании над ключицей справа в области ножек грудино-ключичной мышцы является симптомом:

<variant> Мюсси

<variant> Мерфи

<variant> Ровзинга

<variant> Курвуазье

<variant> Воскресенского

<question> Функция желчного пузыря:

<variant> депонирование и концентрация желчи

<variant> синтез и выделение желчных кислот

<variant> создание гипертензии во внепеченочных желчных путях

<variant> активация холестерина и желчных кислот

<variant> образование связанного билирубина

<question> После холецистэктомии при контрольном ультразвуковом исследовании нормальным размером общего желчного протока является:

<variant> 0,5-1,0 см

<variant> 0,3-0,5 см

<variant> 1,2-1,5 см

<variant> 1,5-1,8 см

<variant> 1,8-2,0 см

<question> Количество желчи поступающее в кишечник за сутки в норме:

<variant> 700-1000 мл

<variant> 300 мл

<variant> 500 мл

<variant> 1000-1200 мл

<variant> 1500 мл

<question> Симптом острого холецистита:

<variant> Мюсси-Георгиевского

<variant> Ситковского

<variant> Бартомье-Михельсона

<variant> Ровзинга

<variant> Керте

<question> Характерный симптом острого холецистита:

<variant> Ортнера

<variant> Ситковского

<variant> Бартомье-Михельсона

<variant> Ровзинга

<variant> Керте

<question> Укажите на объективный симптом острого холецистита:

<variant> Мерфи

<variant> Воскресенского

<variant> Бартомье-Михельсона

<variant> Ровзинга

<variant> Керте

<question> Симптом Ортнера-Грекова при остром холецистите характеризуется:

<variant> усилением болей в правом подреберье при поколачивании по правой реберной дуге

<variant> болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы

<variant> резкой болезненностью при надавливании на точку проекции дна желчного пузыря

<variant> болезненностью в левом реберно-позвоночном углу

<variant> исчезновением пульсации брюшной аорты в эпигастральной области

<question> Симптом Мерфи при остром холецистите характеризуется:

<variant> непроизвольной задержкой дыхания при вдохе при надавливании в область правого подреберья

<variant> болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы

<variant> резкой болезненностью при поколачивании по правой реберной дуге

<variant> болезненностью в левом реберно-позвоночном углу

<variant> исчезновением пульсации брюшной аорты в эпигастральной области

<question> Билиокардиальный синдром, это симптом:

<variant> Боткина

<variant> Грекова

<variant> Образцова

<variant> Спицарного

<variant> Керте

<question> Симптом Боткина при остром холецистите характеризуется:

<variant> болью в правом подреберье с иррадиацией в область сердца

<variant> болезненностью при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы

<variant> резкой болезненностью при поколачивании по правой реберной дуге

<variant> резкой болезненностью при надавливании на точку проекции дна желчного пузыря

<variant> болезненностью в левом реберно-позвоночном углу

<question>При дифференциальной диагностике острого аппендицита и следует использовать симптом:

- <variant>Мерфи
- <variant>Керте
- <variant>Мондора
- <variant>Воскресенского
- <variant>Пастернацкого

<question>Условия для выполнения УЗИ почек:

- <variant>исследование выполняется натощак
- <variant>мочевой пузырь должен быть наполнен
- <variant>накануне исследования делают очистительную клизму
- <variant>исследование выполняется натощак, накануне делается очистительная клизма, мочевой пузырь должен быть наполнен
- <variant>никакой подготовки не требуется

<question>Размер конкремента выявляемый при УЗИ почек:

- <variant>конкременты размером свыше 5 мм
- <variant>только одиночные конкременты
- <variant>любые камни
- <variant>только рентген негативные
- <variant>только рентген позитивные

<question>При гидroneфрозе с помощью УЗИ почек можно:

- <variant>оценить функциональное состояние почки
- <variant>определить размеры чашечек, лоханки, их содержимое и стояние паренхимы
- <variant>установить стадию процесса и оценить прогноз
- <variant>проследить за сокращением чашечек и лоханки и бразованием болюса
- <variant>определить тактику, выбрать вид вмешательства

<question>Подготовка для выполнения УЗИ мочевого пузыря:

- <variant>мочевой пузырь должен быть наполнен
- <variant>мочевой пузырь должен быть опорожнен
- <variant>никакой подготовки не требуется
- <variant>накануне исследования делают очистительную клизму
- <variant>накануне исследования делают очистительную клизму и удаляют волосы на лобке

<question>С помощью УЗИ мочевого пузыря могут быть выявлены:

- <variant>конкременты, образования
- <variant>пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- <variant>недостаточность мочеиспускания
- <variant>воспалительные заболевания
- <variant>склероз шейки мочевого пузыря

<question>При УЗИ простаты диагностируются:

- <variant>только те заболевания, которые сопровождаются изменением размеров простаты
- <variant>аденома, рак, склероз и абсцесс простаты
- <variant>все заболевания предстательной железы
- <variant>аденома простаты, острый и хронический простатит
- <variant>только те заболевания, которые сопровождаются изменением структуры простаты

<question>Уровень мочевины в сыворотке крови здорового человека:

<variant>2,5 - 9 ммоль/л

<variant>1,5 - 2,5 ммоль/л

<variant>9 - 10,5 ммоль/л

<variant>30 - 50 ммоль/л

<variant>50 - 100 мг. %

<question>Олигурическое состояние диуреза:

<variant>диурез менее 500 мл

<variant>диурез менее 600 мл

<variant>диурез менее 700 мл

<variant>диурез менее 1000 мл

<variant>диурез менее 1200 мл

<question>Причиной почечной колики является:

<variant>камень мочеточника

<variant>воспалительные заболевания мочевого пузыря

<variant>тромбоз мезентеральных сосудов

<variant>острый пиелонефрит

<variant>нарушение свертываемости крови

<question>Тошнота, рвота, метеоризм, встречается при почечной колике это связано:

<variant>существующими анастомозами околопочечного, солнечного и чревного нервных плетений

<variant>изменением Ph - мочи

<variant>обратным током мочи (рефлюксами)

<variant>повышением содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови

<variant>повышением артериального давления крови

<question>... нерв играет ведущую роль в иррадиации боли при почечной колике:

<variant>Подвздошно-подчревной нерв

<variant>Срамной нерв

<variant>Седалищный нерв

<variant>Подвздошно-паховый нерв

<variant>Нервы крестцового сплетения

<question>При каких заболеваниях могут быть боли, напоминающие почечную колику:

<variant>острый аппендицит, острый холецистит

<variant>стенокардия, ИБС

<variant>сухой плеврит сухой плеврит

<variant>тромбофлебит геморроидальных узлов

<variant>боли при фибромиоме матки

<question>Частота мочеиспускания в норме у взрослого человека:

<variant>4-6 раз в сутки

<variant>1-3 раза в сутки

<variant>3-4 раза в сутки

<variant>8-10 раз в сутки

<variant>10-15 раз в сутки

<question>Современные методы определения остаточной мочи:

<variant>ультразвуковой

<variant>рентгенологический

<variant>физикальный

<variant>биохимический

<variant>инструментальный

<question>Оптимальные данные пробы Зимницкого у здорового человека:

<variant>количество дневной мочи 2/3 и ночной - 1/3 суточного диуреза а ее плотность выше, чем в ночное время дневное

<variant>количество мочи в дневное время должно быть , а ее плотность выше, чем в ночное время

<variant>количество мочи и ее относительная плотность должны быть независима от времени суток

<variant>количество мочи в ночное время должно быть больше дневного и ее относительная плотность должна быть выше в ночных порциях

<variant>количество мочи в ночное время должно быть меньше дневного и относительная плотность должна быть меньше, чем в дневное время

<question>Что лежит в основе почечной колики:

<variant>камень мочеточника

<variant>острое нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей вследствие их закупорки или сдавления

<variant>тромбоз мезентеральных сосудов

<variant>острый пиелонефрит

<variant>нарушение свертываемости крови

<question>Чем объясняется тошноту, рвоту, метеоризм, встречающийся при почечной колике:

<variant>существующими анастомозами околопочечного, солнечного и чревного нервных сплетений

<variant>изменением Ph – мочи

<variant>обратным током мочи ( рефлюксами)

<variant>повышением содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови

<variant>повышением артериального давления крови

<question>Термин "крипторхизм" означает:

<variant>ретенция яичка на пути следования

<variant>облитерация вагинального отростка

<variant>варикозное расширение вен семенного канатика

<variant>отсутствие обоих яичек

<variant>отсутствие одного яичка

<question>Возникновение крипторхизма объясняется:

<variant>механическим препятствием и гормональной недостаточностью

<variant>тератогенной теорией

<variant>эндокринной теорией

<variant>нарушением эмбриогенеза

<variant>нарушением иннервации яичка

<question>Причинами крипторхизма являются:

<variant>фиброзные спайки по ходу пахового канала

<variant>удлинение семенной артерии

<variant>недоразвитие мошонки

<variant>отсутствие Гунтеровского тяжа

<variant>недоразвитие влагалищного отростка брюшины

<question>По локализации яичка различают следующие формы крипторхизма:

<variant>инвагинальный и абдоминальный

- <variant>лобковый
- <variant>мошоночный
- <variant>бедренный
- <variant>промежностный
- <question>Причинами истинного крипторхизма является:
  - <variant>соединительно-тканная перегородка в паховом канале
  - <variant>варикозное расширение вен семенного канатика
  - <variant>нарушение процесса облитерации вагинального отростка брюшины
  - <variant>повышение кремастерного рефлекса
  - <variant>повышение абсорбционной способности вагинального отростка брюшины
- <question>Ложный крипторхизм обусловлен:
  - <variant>повышенным кремастерным рефлексом
  - <variant>врожденным недоразвитием яичек
  - <variant>недоразвитием пахового канала
  - <variant>облитерацией вагинального отростка брюшины
  - <variant>сниженной абсорбционной способностью вагинального отростка брюшины
- <question>Основным симптомом крипторхизма является:
  - <variant>отсутствие яичка в мошонке
  - <variant>расширение наружного отверстия пахового канала
  - <variant>увеличение всей мошонки
  - <variant>варикозное расширение вен яичка
  - <variant>увеличение размера яичка
- <question>Крипторхизм часто сочетается с:
  - <variant>паховой грыжей
  - <variant>полиорхизмом
  - <variant>уретероцеле
  - <variant>мегаколоном
  - <variant>эписпадией
- <question>Для диагностики крипторхизма в трудных случаях рекомендуется:
  - <variant>лапароскопия
  - <variant>экстренная урография
  - <variant>радиоизотопная нефросцинтиграфия
  - <variant>обзорная рентгенография
  - <variant>ретроградная пиелография
- <question>Частым осложнением крипторхизма является:
  - <variant>нарушение сперматогенеза
  - <variant>остро возникающая водянка оболочек яичка и семенного канатика
  - <variant>ущемление яичка в грыжевом мешке
  - <variant>заворот яичка
  - <variant>озлокачествление
- <question>Наиболее радикальным методом оперативного лечения при крипторхизме является операция ....
  - <variant>Китли-Торека-Герцена
  - <variant>Иванисевича
  - <variant>Палома
  - <variant>Соколова
  - <variant>Шюллера

<question> При крипторхизме одномоментная орхидопексия показана при:

- <variant> длинной сосудистой ножке яичка
- <variant> абдоминальной форме
- <variant> ложном крипторхизме

<variant> двухстороннем крипторхизме

<variant> одностороннем крипторхизме

<question> При крипторхизме двухэтапная орхидопексия показана:

<variant> при короткой сосудистой ножке яичка

<variant> только при 2-х сторонней форме

<variant> у детей до 1 года

<variant> у детей старше 12-14 лет

<variant> при ложном крипторхизме

<question> Обязательным этапом оперативного вмешательства при крипторхизме

является:

<variant> мобилизация, перевязка и отсечение вагинального отростка брюшины

<variant> рассечение оболочек яичка и сшивание их в вывороченном положении

<variant> ушивание наружного отверстия пахового канала

<variant> ушивание внутреннего отверстия пахового канала

<variant> перевязка тестикулярной вены

<question> При крипторхизме нарушение репродуктивной функции яичек связано с:

<variant> повышенной температурой окружающей ткани

<variant> пониженной температурой окружающей ткани

<variant> ущемлением яичек

<variant> расширением тестикулярных вен

<variant> отсутствием облитерации в вагинальном отростке брюшины

<question> Анорхизм означает:

<variant> врожденное отсутствие обоих яичек

<variant> врожденное отсутствие одного яичка

<variant> отклонение яичка от пути следования

<variant> задержка яичка в пути следования

<variant> незаращение вагинального отростка брюшины

<question> Монорхизм означает:

<variant> врожденное отсутствие одного яичка

<variant> врожденное отсутствие обоих яичек

<variant> задержка яичка в паховом канале

<variant> незаращение вагинального отростка брюшины

<variant> отклонение яичка от пути следования

<question> Наружное ухо состоит из:

<variant> ушной раковины, наружного слухового прохода

<variant> ушной раковины, стремечка

<variant> барабанной полости

<variant> молоточка, наковальни

<variant> улитки, слуховой трубы

<question> Длина слуховой трубы у взрослых:

<variant> 3,5 см

<variant> 1 см

<variant> 2 см

<variant>3 см

<variant>4 см

<question>Носовые раковины состоят из:

<variant>костной ткани, подслизистой и слизистых оболочек

<variant>костной ткани

<variant>слизистой оболочки

<variant>хряща костной ткани

<variant>хряща

<question>Репозицию костных отломков носа... если травма является проникающей в полость черепа

<variant>следует отложить

<variant>сделать в экстренном порядке

<variant>сделать через 2 часа

<variant>следует проводить в срочном порядке

<variant>только с трепанацией черепа

<question>Основная местная причина носовых кровотечений:

<variant>травма

<variant>гипертоническая болезнь

<variant>специфические инфекционные болезни

<variant>грипп

<variant>болезни крови

<question>Основные общие причины носовых кровотечений:

<variant>гипертоническая болезнь

<variant>травма

<variant>опухоль носа

<variant>инородное тело носа

<variant>атрофические процессы полости носа

<question>Местонахождение Киссельбахово сплетения:

<variant>в передненижнем отделе носовой перегородки, в 1-1,5 см от свободного края

<variant>на границе между костным и хрящевым отделом

<variant>в области нижних носовых раковин

<variant>в области сошника

<variant>в области задних отделов носовой перегородки

<question>Положение, которое нужно придать больному при носовом кровотечении:

<variant>вертикальное

<variant>полусидячее

<variant>лежачее

<variant>постельный режим

<variant>неподвижное

<question>Основная экстренная помощь при носовых кровотечениях из зоны

Киссельбаха:

<variant>передняя тампонада носа

<variant>зандяя тампонада

<variant>теплый компресс

<variant>вливание кровозаменителей и крови

<variant>полуспиртовый копресс

<question>Нарушение функции носа, которое может отразиться на нормальном умственном и физическом развитии детского организма:

- <variant>дыхательная
- <variant>обоняательная
- <variant>резонаторная
- <variant>защитная
- <variant>секреторная

<question>Максимальный срок нахождения заднего тампона носа:

- <variant>до 72 часов
- <variant>до 12 часов
- <variant>до 24 часов
- <variant>до 48 часов
- <variant>до 8 часов

<question>Система, относящаяся к системе слухового анализатора:

- <variant>звукопроведения, звуковосприятия
- <variant>пищеварения
- <variant>резонаторная
- <variant>обоняательная рецепция
- <variant>лимфообращения

<question>Длина наружного слухового прохода:

- <variant>2,5 см
- <variant>1 см
- <variant>2 см
- <variant>3 см
- <variant>5 см

<question>В наружном слуховом проходе у новорожденных отсутствует стенка:

- <variant>костная часть слухового прохода
- <variant>верхняя стенка наружного слухового прохода
- <variant>нижняя стенка наружного слухового прохода
- <variant>кожно-перепончатая часть
- <variant>задняя стенка

<question>Барабанная перепонка состоит из слоев:

- <variant>эпидермальный, фиброзный, слизистый
- <variant>эпидермальный
- <variant>фиброзный
- <variant>слизистый
- <variant>хрящевой

<question>Нижней стенкой наружного слухового прохода является:

- <variant>околоушная железа
- <variant>высочная кость
- <variant>средняя черепная ямка
- <variant>барабанная перепонка
- <variant>скелетная кость

<question>Адекватным раздражителем слухового анализатора является:

- <variant>звуковая волна
- <variant>угловое ускорение
- <variant>прямолинейное ускорение

<variant>изменения положения головы

<variant>центральное ускорение

<question>Причиной серной пробки является:

<variant>гиперсекреция серы

<variant>недостаточный туалет уха

<variant>частые наружные отиты

<variant>инородное тело в наружном слуховом проходе

<variant>гипосекреция серы

<question>Для серной пробки нехарактерным является:

<variant>боль в ухе

<variant>внезапное понижение слуха

<variant>заложенность уха

<variant>автофония

<variant>шум в ухе

<question>Наличие бусинки в полости носа подтверждено при передней риноскопии.

Метод извлечения инородного тела, который не допустим в данном случае:

<variant>осторожное извлечение инородного тела пинцетом

<variant>с помощью изогнутого пуговчатого зонда

<variant>высмаркивание

<variant>с помощью тупого крючка

<variant>высмаркивание после закапывания в нее сосудосужающих капель

<question>Ринолит - это

<variant>инородное тело, которое при длительном пребывании в полости носа

<variant>покрывается известковыми и фосфатными солями

<variant>инородное тело, плотно закупоривающие носовые ходы

<variant>твердые частицы пищи, попавшие в полость носа через хоаны при рвоте или срыгивании

<variant>инородное тело твердой консистенции

<question>Наиболее частая локализация инородного тела в полости носа:

<variant>нижний носовой ход

<variant>преддверие носа

<variant>область хоан

<variant>средний носовой ход

<variant>верхний носовой ход

<question>Время, на которое ставится задний тампон при носовых кровотечениях:

<variant>48 часов

<variant>36 часов

<variant>24 часа

<variant>12 часов

<variant>2 недели

<question>Наиболее частая причина кровотечения, возникающая после аденоомии:

<variant>неполное удаление носоглоточной миндалины

<variant>не выявление до операции нарушения свертываемости крови

<variant>повреждение аденоомой сосудов соседних областей

<variant>реактивный ответ сосудистых сплетений носовых раковин на операцию.

<variant>повреждение подслизистого слоя

<question>Первая помощь ребенку при кровотечении после аденоомии:

<variant>немедленное повторное тщательное выскачивание носоглотки adenotomom

<variant>задняя тампонада носоглотки

<variant>достаточно консервативной гемостатической терапии

<variant>дать ребенку кусок льда в рот

<variant>перевязка наружной сонной артерии

<question>Тактика при асфиксии:

<variant>срочная трахеотомия

<variant>верхняя бронхоскопия

<variant>эзофагоскопия

<variant>интубация

<variant>прямая ларингоскопия

<question>Во время удаления серной пробки из уха у больного появился приступ кашля.

Это связано с:

<variant>раздражением блуждающего нерва

<variant>раздражением ушного нерва

<variant>раздражением тройничного нерва

<variant>раздражением барабанной струны

<variant>раздражением лицевого нерва

<question>Методы остановки кровотечения из Киссельбахова сплетения:

<variant>прижигание ляписом и гальванокаустика

<variant>задняя тампонада носа

<variant>сосудосуживающие капли

<variant>переливание крови

<variant>вливание кровезаменителей

<question>Методы остановки носового кровотечения после операции на решетчатой

кости:

<variant>передняя и задняя тампонада носа

<variant>прижигание ляписом

<variant>лазеротерапия

<variant>обработка с перекисью водорода

<variant>введение сосудосуживающи препаратов

<question>Тактика для остановки профузного носового кровотечения после травмы

перегородки носа:

<variant>перевязка наружной сонной артерии

<variant>перевязка внутренней сонной артерии

<variant>прижигание кровоточащего сосуда

<variant>гемостатическая терапия

<variant>сосудосуживающие препараты

<question>Положение, которое следует придать больному с повреждением гортани в

момент кровотечения:

<variant>горизонтальное с поворотом на пораженную сторону

<variant>полусидячее с несколько запрокинутой головой

<variant>постельный режим

<variant>ложить на живот

<variant>неподвижное

<question>При осмотре в слуховом проходе обнаружено шевелящееся насекомое.

Тактика:

<variant>промывание уха теплым дезинфицирующим раствором

<variant>удаление пинцетом

<variant>удаление щипцами

<variant>закапывание в ухо содоглицериновых капель

<variant>закапывание в ухо нескольких капель спирта или подогретого жидкого масла

<question>Фурункул – это:

<variant>гнойное воспаление волоссяных фолликулов и окружающих тканей

<variant>воспаление сальных желез кожи

<variant>воспаление потовых желез кожи

<variant>острое гнойное воспаление подкожно жировой клетчатки

<variant>воспаление кожи

<question>Опасность расположения фурункула на лице характеризуется:

<variant>тромбозом кровеносных сосудов мозга

<variant>возникновением гайморита

<variant>региональным лимфаденитом

<variant>образованием рубца на лице

<variant>образованием флегмоны

<question>Осложнение, не характерное для фурункула:

<variant>миозит

<variant>лимфангит и лимфаденит

<variant>сепсис

<variant>флегмона

<variant>гнойный менингит

<question>Локализация, фурункула являющаяся показанием к госпитализации:

<variant>губа

<variant>плечо

<variant>голень

<variant>бедро

<variant>стопа

<question>Воспаление нескольких фолликулов расположенных в разных местах

называется:

<variant>фурункулез

<variant>карбункул

<variant>сыздауық

<variant>флегмона

<variant>экзема

<question>Частое осложнение фурункула:

<variant>тромбофлебит

<variant>сепсис

<variant>артрит

<variant>плексит

<variant>коксит

<question>Лечение фурункула в инфильтративной стадии:

<variant>консервативное

<variant>оперативное

<variant>рентгенотерапия

<variant>лучевая терапия

<variant>химиотерапия

<question>При фурункуле запрещается:

<variant>сдавливание

<variant>согревающий компрес

<variant>УВЧ терапия

<variant>антибактериальная терапия

<variant>обработка 70% этиловым спиртом

<question>Острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочек и сальных желез с образованием обширного некроза кожи и подкожной клетчатки называется;

<variant>карбункул

<variant>фурункул

<variant>гидраденит

<variant>рожистое воспаление

<variant>эритематозный

<question>Чаще всего карбункул вызывается:

<variant>стафилококком

<variant>пневмококком

<variant>стрептококком

<variant>кишечной палочкой

<variant>гонококком

<question>Карбункул часто встречается на ... .

<variant>затылке

<variant>передней поверхности запястье

<variant>стопе

<variant>лице

<variant>промежности

<question>Хирургический разрез карбункула:

<variant>крестообразный

<variant>полулунный

<variant>круговой

<variant>паралельно

<variant>секторально

<question>При абсцессе показано:

<variant>срочная операция

<variant>наблюдения за больным

<variant>назначение полноценного питания для поднятия защитных сил организма

<variant>консервативное лечение

<variant>пункция с отсасыванием гноя

<question>Отличие флегмоны от абсцесса:

<variant>расплавление гнойного процесса

<variant>ограничение гнойного процесса

<variant>глубокое расположения гноя

<variant>нет наличия гноя

<variant>поверхностное расположение гноя

<question>Флегмона:

<variant>межтканевое расплавление острого гнойного воспаления

- <variant>острое гнойное воспаление потовых желез
- <variant>воспаление нескольких волоссяных мешочеков и сальных желез с образованием обширного некроза кожи и подкожной клетчатки
- <variant>ограниченный гнойник
- <variant>воспаление кожи и подкожной жировой клетчатки
- <question>При абсцессе в анализах крови наблюдается:
- <variant>лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы
- <variant>повышение тромбоцита и гемоглобина
- <variant>снижение СОЭ, снижение лейкоцитов
- <variant>увеличение эритроцитов, увеличение гемоглобина
- <variant>лейкоцитопения, уменьшение гемоглобина
- <question>Абсцесс:
- <variant>ограниченное гнойное воспаление ткани
- <variant>гнойное воспаление волоссяных фолликулов
- <variant>гнойное воспаление лимфатических узлов
- <variant>воспаление кожи и подкожной жировой клетчатки
- <variant>воспаление костной ткани
- <question>Дифференциальную диагностику абсцесса проводят с :
- <variant>флегмоной
- <variant>режью
- <variant>гидроаденитом
- <variant>панарицией
- <variant>лимфаденитом
- <question>Радикальное лечение абсцесса:
- <variant>вскрытие и дренирование
- <variant>пункция абсцедированной полости
- <variant>инфузионно и дезинтоксикационная терапия
- <variant>обкалывание антибиотиками вокруг абсцесса
- <variant>физиотерапевтические мероприятия
- <question>Основной местный клинический признак абсцесса:
- <variant>флюктуация
- <variant>боль
- <variant>местное повышение температуры
- <variant>отек
- <variant>гиперемия
- <question>При подозрении на абсцесс, в первую очередь надо провести:
- <variant>пункцию
- <variant>разрез
- <variant>масляный компресс
- <variant>согревающий компресс
- <variant>лечение лазером
- <question>Клетки, участвующие в фагоцитозе:
- <variant>лейкоциты
- <variant>эритроциты
- <variant>фибробласты
- <variant>тучные клетки
- <variant>тромбоциты

<question>Реакции организма в ответ на внедрившуюся в него инфекцию:

<variant>гиперергическая

<variant>нормергическая

<variant>нормотоническая

<variant>гипертензивная

<variant>астеническая

<question>Источники и пути внедрения инфекции в организм:

<variant>экзогенный, эндогенный

<variant>кишечный, бронхиальный

<variant>энтеральный, парентеральный

<variant>воздушный, капельный, контактный, имплантационный

<variant>подкожный, кожный

<question>Развитию гноеродных микробов препятствует:

<variant>стойкий иммунитет

<variant>анемия

<variant>кахексия

<variant>авитаминоз

<variant>наличие мертвых тканей, гематом

<question>Защитные барьеры организма пренетсвующие проникшую гноеродной инфекция:

<variant>кожа и слизистая оболочка

<variant>фасция

<variant>брюшина

<variant>плевра

<variant>подкожная клетчатка

<question>Признак, общей реакции организма на внедрение гноеродных микробов:

<variant>лихорадка

<variant>гипотермия

<variant>брадикардия

<variant>отек

<variant>гиперемия

<question>Изменения, возникающие при острой хирургической инфекции в морфологическом составе крови:

<variant>сдвиг лейкоцитарной формулы влево

<variant>эритроцитоз

<variant>лейкопения

<variant>лимфоцитоз

<variant>сдвиг лейкоцитарной формулы вправо

<question>Мероприятие против развития хирургической инфекции:

<variant>профилактика травм, своевременное лечение

<variant>отказ от вредных привычек

<variant>полнаценное питание

<variant>антибактериальное лечение

<variant>повышение культуры населения

<question>Частое гнойно инфекционное осложнение встречается при заболеваниях:

<variant>сахорным диабетом

<variant>сердечной недостаточностью

<variant>злокачественными новообразованиями  
<variant>хронической почечной недостаточностью  
<variant>закрытого повреждения головного мозга  
<question>Наиболее частой причиной развития гнойной инфекции являются:  
<variant>стафилококк  
<variant>кишечная палочка  
<variant>пневмококк  
<variant>стрептококк  
<variant>синегнойная палочка  
<question>Гнилостное расплавление тканей характерно для процесса вызываемого возбудителем:  
<variant>кишечной палочкой  
<variant>пневмококком  
<variant>стафилококком  
<variant>синегнойной палочкой  
<variant>гонококком  
<question>Локализация гидраденита:  
<variant>подмышечная впадина  
<variant>паховая складка  
<variant>шея  
<variant>спина  
<variant>лицо  
<question>Основной возбудитель гидраденита является:  
<variant>стафилококк  
<variant>гонококк  
<variant>синегнойная палочка  
<variant>кишечная палочка  
<variant>вирусы  
<question>Предрасполагающий фактор развитии гидраденита:  
<variant>потливость  
<variant>голод  
<variant>ожирение  
<variant>анемия  
<variant>бессонница  
<question>Дифференциальную диагностику гидраденита проводится:  
<variant>лимфаденитом  
<variant>лимфангиитом  
<variant>эризипелоидом  
<variant>рожей  
<variant>фурункулом  
<question>Быстрое распространение воспалительного процесса с кожи в глубь тканей при панарициях связано с:  
<variant>особенностями строения подкожно-жировой клетчатки пальца  
<variant>особенностями строения кожи пальца  
<variant>особенностями кровообращения пальцев  
<variant>особенностями расположения нервов  
<variant>отсутствием волосяных фолликулов на ладонной поверхности

<question>Метод, обезболивания при операциях на пальцах:

<variant>Оберста-Лукашевича

<variant>Вишневского

<variant>смазывания кожи анальгетиками

<variant>холодовая анестезия

<variant>внутривенная анестезия

<question>Возникновение отеков на тыльной поверхности кисти при наличии воспаления в области ладони объясняется особенностями ....

<variant>кровообращения и лимфо обращения кисти

<variant>строения кожи тыла кисты

<variant>строения кожи ладони

<variant>кровообращения кисти

<variant>строения подкожно жировой клетчатки

<question>При ... показано ампутация пальца.

<variant>пандактилите

<variant>подкожном панариций

<variant>паранохии

<variant>сухожильном панариций

<variant>тендовагините

<question>Некрэктомия, производится при:

<variant>карбункуле

<variant>фурункуле

<variant>абсцедирующем фурункуле

<variant>гидрадените

<variant>флегмоне

<question>Дети не болеют:

<variant>гидраденитом

<variant>фурункулом

<variant>карбункулом

<variant>абсцессом

<variant>флегмоной

<question>Новокаиновая блокада по Лорин-Эпштейну (семенного канатика, круглой связки) является эффективной при почечной колике с локализацией камня в:

<variant> В нижней трети мочеточника

<variant> В верхней трети мочеточника

<variant> В средней трети мочеточника

<variant> В почечной лоханке

<variant> Локализация не имеет значения

<question>Признаком почечной колики при УЗИ является:

<variant> Дилатация ЧЛС и верхней трети мочеточника

<variant> Округлое эхонегативное образование в почке с тонкими стенками

<variant> Гипоэхогенное образование в собирательной системе почки

<variant> Солидное образование в почке

<variant> Неоднородность паренхимы почки

<question>Признаками опухоли почки при УЗИ являются: 1. Четкость неровных контуров

2. Неоднородность эхоструктуры 3. Солидное образование 4. Отсутствие дорсального

усиления 5. Наличие акустической тени

- <variant> Верно 1,2,3,4
- <variant> Верно 2,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,3,4,5
- <variant> Верно 1,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,3,5

<question>Признаками острого гнойного заболевания почки при УЗИ являются: 1.

Увеличение размеров почки 2. Ограничение подвижности почки 3. Неоднородность паренхимы 4. Гиперэхогенная структура с акустической тенью 5. Наличие гипоэхогенного образования в паренхиме почки или паранефрии с неровными контурами

- <variant> Верно 1,2,3,5
- <variant> Верно 1,2,3,4,5
- <variant> Верно 2,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,3,4
- <variant> Верно 1,3,4,5

<question>Признаками травмы почки при УЗИ являются: 1. Округлое эхонегативное образование с четким контуром в почке 2. Дилатация ЧЛС 3. Эхонегативное образование в паранефрии 4. Прерывистость контура почки 5. Ограничение подвижности почки

- <variant> Верно 2,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,3,4
- <variant> Верно 1,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,3,5

<question>Наиболее информативным методом диагностики паренефрита является:

- <variant> УЗИ
- <variant> Экскреторная урография
- <variant> Изотопная ренография
- <variant> Обзорная рентгенография мочевых путей
- <variant> Паранефральная пункция

<question>При остром цистите из инструментальных методов исследования показаны:

- <variant> Цистоскопия - в исключительных случаях
- <variant> Цистоскопия - в большинстве случаев
- <variant> Цистоскопия противопоказана
- <variant> Катетеризация мочевого пузыря
- <variant> Уретроскопия

<question>Дифференциальную диагностику острого цистита следует проводить с: 1.

Острым пиелонефритом 2. Острым простатитом 3. Острым аппендицитом 4.

Парапроктитом 5. Колитом

- <variant> Верно 1,2,3,4
- <variant> Верно 1,3,4
- <variant> Верно 1,2
- <variant> Верно 2,4
- <variant> Верно 3,4

<question>Признаком цистита при неясном диагнозе является:

- <variant> Лейкоцитурия
- <variant> Азотемия
- <variant> Отсутствие боли при пальцевом ректальном или влагалищном исследовании

<variant> Гематурия

<variant> Припухлость над лоном

<question> К симптомам неосложненной скользящей грыжи мочевого пузыря относятся:

1. Увеличение грыжевого выпячивания при наполнении мочевого пузыря
2. Исчезновение грыжевого выпячивания после опорожнения мочевого пузыря
3. Мочеиспускание в несколько приемов
4. Затрудненное учащенное болезненное мочеиспускание
5. Гематурия

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<variant> Верно 1,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,5

<question> Ведущим симптомом при травме уретры является:

<variant> Уретроррагия

<variant> Макрогематурия

<variant> Задержка мочеиспускания

<variant> Промежностная гематома

<variant> Частое болезненное мочеиспускание

<question> Наиболее частой причиной внебрюшного разрыва мочевого пузыря является:

<variant> Перелом костей таза со смещением

<variant> Ятrogenная травма

<variant> Удар в живот при переполненном мочевом пузыре

<variant> Падение с высоты

<variant> Переполнение мочевого пузыря

<question> Наиболее частой причиной внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря является:

<variant> Удар в живот при переполненном мочевом пузыре

<variant> Перелом костей таза со смещением

<variant> Ятrogenная травма

<variant> Падение с высоты

<variant> Переполнение мочевого пузыря

<question> При травме мочевого пузыря первоначальное рентгенологическое исследование включает:

<variant> Ретроградную цистографию

<variant> Уретрографию

<variant> Экскреторную урографию

<variant> Пневмоцистографию

<variant> Обзорную урографию

<question> Основными признаками повреждения почки являются: 1. Боль в пясничной области 2. Припухлость в поясничной области 3. Гематурия 4. Нарушение функции почки

5. Лихорадка

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<variant> Верно 1,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,5

<question> При острой задержке мочи вследствиеadenомы простаты катетеризацию мочевого пузыря следует начинать катетером: 1. Мочеточниковым 2. Металлическим 3. Нелатона 4. Тимана

- <variant> Верно 3,4
- <variant> Верно 1,3
- <variant> Верно 1,4
- <variant> Верно 2,3
- <variant> Верно 1,2

<question> При подозрении на инфаркт почки наиболее информативным является:

- <variant> Аортоангиография
- <variant> Эксcretорная урография
- <variant> Почечная венография
- <variant> Ретроградная пиелография
- <variant> УЗИ

<question> Фурункул, как правило, называется:

- <variant> Страфилококком
- <variant> Стрептококком
- <variant> Гонококком
- <variant> Синегнойной палочкой
- <variant> Протеем

<question> Лечение фурункула включает: 1. Протирание окружающей кожи 70° спиртом 2. Выдавливание и повязки с гипертоническим раствором поваренной соли при наличии некроза 3. Обкладывание пеницилином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата 4. Прием сульфаниламидных препаратов внутрь 5. Ультрафиолетовое облучение

- <variant> Верно 1,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,3,4
- <variant> Верно 1,2,3,4,5
- <variant> Верно 2,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,4,5

<question> При карбункуле шеи показано: 1. Согревающий компресс с мазью Вишневского 2. Антибиотики внутримышечно 3. Сульфаниламидные препараты внутрь 4.

Витаминотерапия 5. Ультрафиолетовое облучение

- <variant> Верно 2,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,3,4
- <variant> Верно 1,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,4,5

<question> Возбудителем гидраденита чаще всего является:

- <variant> Страфилококк
- <variant> Стрептококк
- <variant> Протей
- <variant> Синегнойная палочка
- <variant> Кишечная палочка

<question> Для флегмоны характерно: 1. Общее недомогание 2. Повышение температуры тела 3. Локальная болезненность 4. Локальная гиперемия кожи 5. Полость с гноем, окруженная капсулой

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,3,4,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<variant> Верно 1,2,4,5

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<question> В этиологии парапроктита характерно проникновение инфекции в параректальную клетчатку через: 1. Трецины заднего прохода 2. Воспаленные геморроидальные узлы 3. Бытовым путем 4. Поврежденную слизистую оболочку прямой кишки 5. Расчесы области заднего прохода

<variant> Верно 1,2,4,5

<variant> Верно 1,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,2,3,5

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<question> Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются:

<variant> Гемолитическим стрептококком

<variant> Пневмококком

<variant> Протеем

<variant> Синегнойной палочкой

<variant> Стафилококком

<question> При фурункуле лица с высокой температурой применяется: 1. Строгий постельный режим 2. Широкое раскрытие гнойного очага 3. Пища в жидким состоянии 4.

Инфузационная дезинтоксикационная терапия

<variant> Верно 1,3

<variant> Верно 1,4

<variant> Верно 2,3

<variant> Верно 2,4

<variant> Верно 1,2

<question> Возбудителем рожи является:

<variant> Стрептококк

<variant> Золотистый стафилококк

<variant> Кишечная палочка

<variant> Ассоциация микроорганизмов

<variant> Синегнойная палочка

<question> К осложнениям оперативного лечения гнойного паротита относится:

<variant> Парез ветвей лицевого нерва

<variant> Флегмона шеи

<variant> Остеомиелит нижней челюсти

<variant> Свищ

<variant> Парез ветвей тройничного нерва

<question> Наиболее опасные осложнения флегмоны шеи: 1. Гнойный медиастинит 2.

Гнойный менингит 3. Сдавление дыхательных путей 4. Прорыв гноя в пищевод 5. Сепсис

<variant> Верно 1,2,4,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<variant> Верно 1,3,4,5

<question> После установления диагноза острого гнойного медиастинита в первую очередь необходимы:

- <variant> Хирургическое лечение
- <variant> Иммунотерапия
- <variant> Дезинтоксикационная терапия
- <variant> Массивная антибиотикотерапия
- <variant> Гемотрансфузия

<question> При рецидивирующй роже нижних конечностей наиболее частым осложнением бывает:

- <variant> Лимфостаз
- <variant> Тромбофлебит
- <variant> Периостит
- <variant> Остеомиелит
- <variant> Сепсис

<question> При гнилостном парапроктите целесообразно применение:

- <variant> Метроджила и клиндамицина
- <variant> Гентамицина
- <variant> Вибрамицина
- <variant> Клафорана
- <variant> Любой из перечисленных антибиотиков

<question> Основной опасностью фурункула лица является:

- <variant> Развитие восходящего лицевого тромбофлебита
- <variant> Выраженная интоксикация
- <variant> Угроза развития осложнений со стороны органов зрения
- <variant> Нарушение дыхания засчет отека
- <variant> Образование некрозов кожи с последующим грубым рубцеванием

<question> Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде являются: 1. Сахрный диабет 2. Предшествующие инфекционные заболевания 3. Ожирение 4. Авитаминоз

- <variant> Верно 1,2
- <variant> Верно 1,4
- <variant> Верно 2,3
- <variant> Верно 3,4
- <variant> Верно 1,3

<question> Операцию артrotomии при гнойном артрите производят:

- <variant> При многократных повторных пункциях сустава, не дающих эффекта
- <variant> При обширном разрушении суставных концов костей
- <variant> При наличии гноя в полости сустава
- <variant> При разрушении связочного аппарата сустава
- <variant> При резко выраженным болевом синдроме

<question> К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся: 1. Боль 2. Нарушение функции сустава 3. Деформация сустава 4. Выраженная гиперемия кожи 5.

Прогрессирующая мышечная атрофия конечностей

- <variant> Верно 1,2,3,5
- <variant> Верно 2,3,4,5
- <variant> Верно 1,3,4,5
- <variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<question>Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со следующими симптомами: 1. Распространенные судороги мышц туловища и конечностей 2.

Повышение температуры тела до 42° С 3. Отсутствие сознания 4. Резко выраженная тахикардия 5. Задержка мочеиспускания

<variant> Верно 1,2,4,5

<variant> Верно 1,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<question>Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при:

1. Ушибленной ране головы 2. Термическом ожоге бедра 2-й степени 3. Остром гангренозном аппендиците 4. Открытом переломе плеча 5. Закрытом переломе голени

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<variant> Верно 1,2,4,5

<question>При лечении столбняка применяется: 1. Противостолбнячная сыворотка 2.

Столбнячный антитоксин 3. Мышечные релаксанты 4. Хлоралгидрат 5. Нейролептики

<variant> Верно 1,2,4,5

<variant> Верно 1,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<question>В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны: 1. Экстренная

операция 2. Введение антибиотиков 3. Переливание крови 4. Введение витаминов 5.

Создание функционального покоя пораженной области

<variant> Верно 2,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<question>К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита

относятся:

<variant> Наличие гнойно-воспалительного процесса

<variant> Общее или местное охлаждение

<variant> Перенесенные инфекции

<variant> Травма кости

<variant> Авитаминоз

<question>Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается: 1. Нижний метафиз бедра 2. Верхний метафиз бедра 3. Нижний метафиз голени 4. Верхний метафиз голени

<variant> Верно 1,4

<variant> Верно 1,3

<variant> Верно 2,3

<variant> Верно 3,4

<variant> Верно 1,2

<question> При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются:

- <variant> В головном мозге
- <variant> В легких
- <variant> В селезенке
- <variant> В печени
- <variant> В сердце

<question> К средствам специфической иммунотерапии при сепсисе, вызванном стафилококком, относятся:

- <variant> Антистафилококковая плазма и стафилококковый анатоксин
- <variant> Левамизол
- <variant> Т-активин
- <variant> Лейкомасса
- <variant> Тромбоцитарная масса

<question> Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются:

- <variant> Внутривенный и эндолимфатический
- <variant> Внутримышечный и внутривенный
- <variant> Пероральный
- <variant> Внутрикостный и внутримышечный
- <variant> Эндолимфатический

<question> Антибактериальную терапию при сепсисе следует начинать:

- <variant> С момента установления диагноза
- <variant> После получения антибиотикограмм
- <variant> При обнаружении первичного очага или метастатических гнойников
- <variant> При положительных посевах крови
- <variant> При неадекватном вскрытии первичного очага

<question> При стафилококковом сепсисе из антибактериальных препаратов целесообразно принимать:

- <variant> Цефалоспорины
- <variant> Природные пенициллины
- <variant> Полусинтетические пенициллины
- <variant> Нитрофураны и макролиды
- <variant> Полусинтетические пенициллины

<question> При синегнойном сепсисе целесообразно применять:

- <variant> Гентамицин и клиндамицин
- <variant> Фурагин калия
- <variant> Оксациллин
- <variant> Метроджил
- <variant> Сульфаниламиды

<question> Антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса следует применять:

- <variant> Местно в рану
- <variant> Ректально
- <variant> Внутримышечно
- <variant> Внутривенно

<variant> Внутриартериально

<question>Палочка синезеленого гноя в ране может быть обнаружена при: 1.

Синегнойном сепсисе 2. Стaphилококковом сепсисе 3. Протейном сепсисе 4. Анаэробном сепсисе 5. Столбняке

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,2,4,5

<variant> Верно 1,2,3,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<variant> Верно 1,3,4,5

<question>Активную иммунизацию при стафилококковом сепсисе следуют проводить с помощью:

<variant> Нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина

<variant> Антистафилококкового бактериофага

<variant> Антистафилококковой плазмы

<variant> Антистафилококкового иммуноглобулина

<variant> Введение гамма-глобулина

<question>К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относятся: 1. Вскрытие гнойного очага 2. Ограниченнное введение жидкости 3. Внутримышечное введение антибиотиков 4. Переливание крови 5. Введение витаминов

<variant> Верно 1,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,5

<question>Для септикопиемии характерны:

<variant> Метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани

<variant> Общая слабость, истощение организма

<variant> Резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных метастазов

<variant> Гектическая температура

<variant> Относительное стихание процесса к концу образования метастазов

<question>К осложнениям сепсиса относятся: 1. Септические кровотечения 2.

Тромбоэмболия артерий конечностей или внутренних органов 3. Асцит, анасарка 4.

Септический эндокардит 5. Пневмония

<variant> Верно 1,2,4,5

<variant> Верно 1,3,4,5

<variant> Верно 1,2,3,4

<variant> Верно 1,2,3,4,5

<variant> Верно 2,3,4,5

<question>При наличии поддиафрагmalьного абсцесса показана:

<variant> Срочная операция-вскрытие абсцесса

<variant> Пункция абсцесса

<variant> Наблюдение

<variant> Консервативная терапия

<variant> Лапароскопия

<question>Внебрюшинный способ вскрытия поддиафрагmalьного абсцесса по Клермону предполагает:

<variant> Отслоение тупым путем поперечной фасции вместе с брюшиной от нижней поверхности диафрагмы

<variant> Отслоение тупым путем только поперечной фасции

<variant> Подход к гнойнику через грудную полость со вскрытием плевры

<variant> Подход к гнойнику через грудную полость без вскрытия плевры

<variant> Подход к гнойнику через разрез передней брюшной стенки

<question> Задний поддиафрагмальный абсцесс под левым куполом диафрагмы вскрывается:

<variant> По А.В.Мельникову

<variant> Через косой доступ в левом подреберье

<variant> Через верхне-срединный доступ

<variant> По Клермону

<variant> Путем использования всех вышеуказанных методов

<question> При расположении поддиафрагмального абсцесса сзади венечной связки абсцесс вскрывают:

<variant> По А.В.Мельникову

<variant> Лапароскопическим способом

<variant> По Клермону

<variant> Через верхне-срединный доступ

<variant> Пункцией и дренированием под контролем УЗИ

<question> Анаэробная неклостридиальная инфекция наиболее чувствительна к:

<variant> Метронидазолу

<variant> Гентамицину

<variant> Левомицетину

<variant> Стрептомицину

<variant> Пенициллину

<question> Наиболее сильно угнетает костный мозг:

<variant> Левомицетин

<variant> Гентамицин

<variant> Канамицин

<variant> Ампициллин

<variant> Кефзол

<question> Образование активного иммунитета угнетает:

<variant> Стaphилококковый анатоксин

<variant> Антистафилококковый иммуноглобулин

<variant> Антистафилококковая плазма и стaphилококковый анатоксин

<variant> Сывороточный полииммуноглобулин

<variant> Антисинегнойная плазма

<question> Некроз печеночных клеток может вызвать:

<variant> Тетрациклин

<variant> Цефтриаксон

<variant> Эритромицин

<variant> Левомицетин

<variant> Пенициллин

<question> Из указанных антибиотиков при сальмонеллезе должен применяться:

<variant> Левомицетин

<variant> Оксациллин

<variant> Эритромицин

<variant> Тетрациклин

<variant> Пенициллин

<question>Флегмона забрюшинного пространства как осложнение острого аппендицита развивается при:

<variant> Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка

<variant> Местном перитоните в правой подвздошной области

<variant> Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка

<variant> Медиальном расположении червеобразного отростка

<variant> Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки

<question>О нарушении функции печени при ожоговом шоке свидетельствуют: 1.

повышение уровня билирубина в сыворотке крови 2. гипергликемия 3. протромбинемия

4. повышение активности трансаминаз

<variant> верно 1,2

<variant> верно 1,3

<variant> верно 3,4

<variant> верно 4

<variant> верно 2,3

<question>Классификация глубины поражения , принятая для химических ожогов , выделяет:

<variant> четыре степени

<variant> три степени

<variant> две степени

<variant> пять степеней

<variant> аналогична классификации при термических ожогах

<question> Антибиотикомерапия у обожженных применяется :

<variant> при развитии осложнений

<variant> при ограниченных глубоких ожогах с профилактической целью

<variant> при поверхностных ожогах

<variant> для лечения обожженных в условиях поликлиники

<variant> не применяется

<question>Абсолютным показанием для выполнения ампутации обожженной конечности или крупных ее сегментов является:

<variant> полная гибель конечности (ее сегментов) в результате травмы

<variant> сдавление конечности циркулярным струпом

<variant> острый гнойный артрит

<variant> ампутация с целью уменьшения общей площади термических поражений и снижения интоксикации

<variant> с целью улучшения сердечной деятельности

<question>Клиническая картина при термическом глубоком поражении крупных суставов в первые дни после травмы характеризуется следующими признаками: 1. ожоговый струп включает в себя капсулу сустава 2. пострадавшие испытывают боли в суставах 3.

пострадавшие испытывают ограничение движения в суставах 4. отмечается повышение температуры

<variant> верно 1,3

<variant> верно 2,3

<variant> верно 3,4

<variant> верно 1,4

<variant> верно 1

<question>При термических ожогах 111 А степени в обязательном порядке повреждается

: 1. весь сетчатый слой кожи 2. частично органеллы кожи эпителиального характера

3. сосочковый слой 4. частично подкожно-жировая клетчатка

<variant> верно 2,3

<variant> верно 2,4

<variant> верно 3,4

<variant> верно 1,3

<variant> верно 1,2

<question>Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится:

<variant> к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки кой

<variant> к наложению на обожженную конечность повязки с мазью Вишневского

<variant> к закрытию раны спиртовой повяз

<variant> наложение повязки с левомиколем

<variant> наложение повязки с фурациллином

<question>Для ожогового шока характерны: 1. нормальная температура тела 2. гипертермия

3. гиповолемия 4. анемия

<variant> верно 1,3

<variant> верно 1,4

<variant> верно 2,3

<variant> верно 3,4

<variant> верно 1,2

<question>Для острой ожоговой токсемии характерны : 1. гемоконцентрация 2. анемия

3. выраженная интоксикация 4. гипо- и диспротеинемия

<variant> верно 2,3,4

<variant> верно 1,2,3

<variant> верно 1,3,4

<variant> верно 3,4

<variant> верно 1,2,3

<question>Для коррекции ацидоза больному в ожоговом шоке следует ввести: 1. лактасол

2. трис-буфер 3. полиглюкин 4.5% раствор соды

<variant> верно 2,4

<variant> верно 1,3

<variant> верно 2,3

<variant> верно 3,4

<variant> верно 1,2

<question>Основными симптомами ожога от вольтовой дуги являются : 1. наличие меток тока 2. характерная локализация повреждения 3. металлизация кожи 4. поражение органа зрения

<variant> верно 2,3,4 верно

<variant> 1,2,3

<variant> верно 1,3,4

<variant> верно 2,3

<variant> верно 1,2,3,4

<question>При обнаружении в ранах грамотрицательной инфекции следует применить :

- 1.борную мазь 2.фурацилиновую мазь 3. мафенид 4.йодопироновую мазь
  - <variant> верно 1,3,4
  - <variant> верно 1,2,3,4
  - <variant> верно 1,2,3
  - <variant> верно 2,3,4
  - <variant> верно 2,4

<question>После отторжения некрозов на ожоговую рану следует накладывать :

- 1.биологическое покрытие 2. мазь на жировой основе 3.мазь на водорастворимой основе
- 4.повязку с гипертоническим раствором
  - <variant> верно 1,2
  - <variant> верно 2,3
  - <variant> верно 3,4
  - <variant> верно 1,3
  - <variant> верно 1,4

<question>Первым клиническим признаком острой ожоговой токсемии является :

- <variant> повышение температуры тела
- <variant> нормализация диуреза
- <variant> анемия
- <variant> диспротеинемия
- <variant> снижение АД

<question>Свободная аутодермопластика при ожогах мягких тканей свода черепа показана :1.при ограниченных по площади глубоких поражениях 2. при глубоких ожогах выше одной трети площади свода черепа 3.при поверхностных ожогах 4.при распространенных глубоких ожогах

- <variant> верно 1,4
- <variant> верно 1,3
- <variant> верно 2,3
- <variant> верно 3,4
- <variant> верно 1,2

<question>Для открытого лечения ожогов 2 степени лица и кистей предпочтение следует отдать:

- <variant> аэрозолям
- <variant> мази на основе ПЭГ(полиэтиленгликоля)
- <variant> биологическим покрытиям
- <variant> раствор фурацилина
- <variant> лазеротерапии

<question>Для лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой , следует применять: 1. раствор фурацилина 2. раствор диоксидина 3. левомеколь 4.пропоцеум

- <variant> верно 2,3
- <variant> верно 1,4
- <variant> верно 3,4
- <variant> верно 1,3
- <variant> верно 1,2

<question>Аутодермопластика на лице при глубоких ожогах производится:

- <variant> сплошными трансплантатами аутокожи без насечек и перфораций

<variant> перфорированными трансплантатами аутокожи

<variant> полнослойными кожными трансплантатами

<variant> кожно-фасциальными аутотрансплантатами

<variant> расщепленным лоскутом

<question>Наиболее выраженным бактерицидным действием обладают: 1.дебризан

2.дермазин 3.левосин .4диоксицоль

<variant> верно 2,4

<variant> верно 1,3

<variant> верно 2,3

<variant> верно 3,4

<variant> верно 1,2

<question>Регионарные абактериальные изоляторы применяются при лечении обожженных с целью:1. предупреждения перекрестного инфицирования в условиях стационара 2.лучшего заживления глубоких ожогов 3.создания оптимальных условий для эпителилизации поверхностных ожогов 4.создания оптимальных условий для лечения больных с глубокими ожогами

<variant> верно 1,2,4

<variant> верно 1,3,4

<variant> верно 1,2,3

<variant> верно 2,3,4

<variant> верно 1,2,3,4

<question>Наиболее выраженным бактерицидным действием среди применяемых растворов обладают: 1. растворы фурацилина 2.растворы фурагина калия 3.растворы мафенида ацетата 4. растворы перекиси водорода

<variant> верно 2,3

<variant> верно 1,3

<variant> верно 1,4

<variant> верно 3,4

<variant> верно 1,2

## Тестовые вопросы для II рубежного контроля по дисциплине

### «Хирургические болезни в ОВП».

<question>Мужчина Ф., 17 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку, слабость. Вышеуказанный клиника появилась после занятий в спортзале. Объективно: дыхание - ортопное, цианоз кожных покровов.

При перкуссии отмечается коробочный звук в правой половине грудной клетки, при аусcultации дыхание над правым легким не прослушивается. ЧД 28 в минуту. Диагноз:

<variant>спонтанный пневмоторакс справа

<variant>буллезная эмфизема

<variant>эмфизема средостения

<variant>бронхоэкстатическая болезнь

<variant>ушиб грудной клетки справа

<question>Мужчина, 29 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в грудной клетке, слабость, одышку, повышение температуры до 37,50С. Из анамнеза: неделю назад во время драки получил удар в область грудной клетки. Принимал обезболивающие. В анализе крови эритроциты 2,9x1012, гемоглобин 90 г/л, гематокрит 28%, лейкоциты 9,8x109. На рентгенограмме обнаружен свернувшийся гемоторакс справа.

Лечение:

<variant>торакоскопия с санацией и дренированием

<variant>пункция плевральной полости

<variant>дренирование плевральной полости

<variant>внутриплевральное введение ферментов

<variant>проводить комбинированную антибиотикотерапию

<question>Показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является:

<variant>продолжающееся кровотечение в плевральную полость

<variant>пневмоторакс

<variant>гемоторакс

<variant>свернувшийся гемоторакс

<variant>факт проникающего ранения

<question>При спонтанном пневмотораксе дренирование плевральной полости целесообразно в ...

<variant>2 межреберье по среднеключичной линии

<variant>6 межреберье по средней аксилярной линии

<variant>7 межреберье по задней аксилярной линии

<variant>8 межреберье по задней аксилярной линии

<variant>2 дренажа во 2-м и в 8-м межреберьях по среднеключичной линии

<question>Больной попал в автомобильную катастрофу. Состояние при поступлении тяжелое: выраженная одышка, кровохарканье; диагностирован левосторонний гемопневмоторакс, под кожная эмфизема левой половины грудной клетки, переходящая на шею и лицо, гнусавость голоса. Рентгенологически выявлен перелом V, VI, VII ребер по

среднеключичной и средней аксилярной линии, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Лечение:

<variant>торакотомия, ушивание раны легкого

<variant>только дренирование плевральной полости

<variant>гемостатическая консервативная терапия

<variant>искусственная вентиляцию легких

<variant>экстраплевральный остеосинтез

<question>Больная 4 часа назад получила множественные ножевые ранения грудной клетки. Из раны левой половины грудной клетки было обильное кровотечение. АД снижалось до 90/70 мм. рт. ст. Состояние средней тяжести. Кожные покровы розового цвета. Пульс 92 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм. рт. ст. Гемопневмоторакса нет. Лечение:

<variant>первичная хирургическая обработка ран грудной клетки

<variant>плевральная пункция справа

<variant>плевральная пункция слева

<variant>левостороннюю торакотомию

<variant>дренирование левой плевральной полости

<question>Больной 29 лет, поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. 3 дня назад после поднятия груза весом около 60 кг. сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в правое плечо, одышка. При поступлении состояние удовлетворительное, пульс 94 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым легким дыхание резко ослаблено, хрипов нет. Диагноз:

<variant>спонтанный неспецифический пневмоторакс

<variant>фибринозный плеврит

<variant>плевропневмония

<variant>межреберная невралгия

<variant>миозит

<question>Больной 29 лет, поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. 3 дня назад после поднятия груза весом около 60 кг сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в правое плечо, одышка. При поступлении состояние удовлетворительное: пульс 94 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым легким дыхание резко

ослаблено, хрипов нет. При рентгенологическом исследовании - обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение следует начать с ...

<variant>плевральной пункции и аспирации воздуха

<variant>дренирования плевральной полости

<variant>торакоскопии

<variant>немедленной торакотомии

<variant>симптоматического лечения

<question>Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Доставлен в тяжелом состоянии: эйфория, кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД - 80/20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Рана грудной стенки 2 см, располагается слева по паракардиальной линии на уровне III-го межреберья. Дыхание над левым легким резко ослаблено, в задне-нижних отделах имеет место укорочение перкуторного звука. Ваш предварительный диагноз:

<variant>ранение крупных сосудов средостения

<variant>ранение левого легкого

<variant>торако-абдоминальное ранение

<variant>ранение сердца

<variant>плевро-пульмональный шок

<question>Больной 50 лет, получил ножевое ранение левой половины грудной клетки, состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, АД - 40/20 мм рт. ст., пульс периферических сосудов не определяется. Рана грудной клетки слева располагается в 5-м межреберье, 1,5 см. длиной, по паракардиальной линии, тоны сердца глухие, дыхание слева резко ослаблено. Подозревается ранение сердца. Лечение следует начать с ...

<variant>Торакотомии

<variant>комплекса реанимационных мероприятий

<variant>пункции плевральной полости

<variant>пункции перикарда

<variant>дренирования плевральной полости

<question>Больной 25 лет лет был избит 3 дня назад. На рентгенограмме:

Ваш полный диагноз:

<variant>тупая травма грудной клетки. тотальный пневмоторакс справа. гемоторакс справа

<variant>открытая травма грудной клетки. тотальный пневмоторакс справа. гемоторакс справа

<variant>тупая травма грудной клетки. малый пневмоторакс справа. гемоторакс справа

<variant>тупая травма грудной клетки. перелом 2-3 ребра справа. тотальный пневмоторакс справа. гемоторакс справа

<variant>открытая травма грудной клетки. малый пневмоторакс справа. гемоторакс справа

<question>Больной упал с высоты 3-го этажа. Жалобы на затруднение дыхания.

Умеренный акроцианоз. АД 90/50 мм рт.ст., пульс 100 в 1 мин. Пальпаторно отмечается перелом со смещением 6 ребра слева. Аускультативно: дыхание слева резко ослаблено.

Тактика врача скорой медицинской помощи:

<variant>блокада места перелома, иммобилизационная повязка на грудную клетку, доставить в клинику

<variant>только блокада места перелома, иммобилизационная повязка на грудную клетку, дренирование по Бюлау

<variant>блокада места перелома, дренирование по Бюлау

<variant>тугая повязка на грудную клетку, доставить в клинику

<variant>иммобилизационная повязка на грудную клетку, дренирование по Бюлау

<question>Больной упал с высоты 3-го этажа 2 дня назад. Жалобы на боли в левой половине грудной клетки. АД 110/60 мм рт.ст., пульс 90 в 1 мин. Тонны сердца ясные, ритмичные. Пальпаторно отмечается перелом со смещением 6 ребра слева.

Аускультативно дыхание слева незначительно ослаблено. На рентгенограмме -

Пневмоторакс слева. Ваша тактика с обоснованием:

<variant>плевральная пункция, так как нет признаков напряженного пневмоторакса и нарушения функции сердца

<variant>торакотомия, ушивание раны легкого, так как имеется воздух в плевральной полости, необходимо остановить поступление воздуха из раны легкого

<variant>торакотомия, ушивание раны легкого, так как имеется воздух в плевральной полости, сдавление органов средостения

<variant>плевральная пункция, так как имеется воздух в плевральной полости, необходимо остановить поступление воздуха из раны легкого

<variant>торакотомия, ушивание раны легкого, так как имеется воздух в плевральной полости, срок травмы длительный

<question>У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и задней аксилярной линии (справа - 4 ребра, слева - 3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным перелом 4 ребра справа и 3 ребра слева, синусы свободные, легочные поля чистые. Лечение:

<variant>дренирование обеих плевральных полостей

<variant>введение игл в подкожную клетчатку

<variant>торакотомия

<variant>лампасные разрезы на коже грудной клетки и шеи

<variant>интубация трахеи, так как имеется перелом ребер с двух сторон

<question>Больной с ножевым ранением грудной клетки находится в стационаре 3 часа. Было произведено дренирование плевральной полости справа. АД 110/70 мм. рт. ст., пульс 90 в 1 мин. Получает инфузионную терапию, гемотрансфузию, гемостатики. Со слов самочувствие не страдает. По дренажу из плевральной полости выделилось до 250 мл. геморрагического отделяемого за последний час. Проба Ревилуа-Грегуара положительная. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую тактику:

<variant>торакотомия, положительная проба Ревилуа-Грегуара свидетельствует о продолжающемся кровотечении и данный объем кровопотери является прямым показанием к операции

<variant>гемостатическая терапия, так как состояние больного стабильное, положительная проба Ревилуа-Грегуара свидетельствует о продолжающемся кровотечении

<variant>гемостатическая терапия, так как состояние больного стабильное, положительная проба Ревилуа-Грегуара свидетельствует об остановившемся кровотечении

<variant>торакотомия, положительная проба Ревилуа-Грегуара свидетельствует о продолжающемся кровотечении, необходим оперативный метод гемостаза

<variant>гемостатическая терапия, так как состояние больного стабильное, положительная проба Ревилуа-Грегуара свидетельствует о продолжающемся кровотечении, объем отделяемого небольшой

<question>Больной с ножевым ранением грудной клетки находится в стационаре 3 часа. На рентгене гемоторакс. Было произведено дренирование плевральной полости справа. АД 110/70 мм рт.ст., пульс 90 в 1 мин. Получает инфузионную терапию, гемотрансфузию, гемостатики. Со слов самочувствие не страдает. По дренажу из плевральной полости выделилось до 250 мл геморрагического отделяемого за последний час. Проба Ревилуа-Грегуара положительная. На операции выявлено повреждение межреберной артерии. Полный клинический диагноз:

<variant>проникающее колото-резанное ранение грудной клетки справа. Ранение межреберной артерии. Внутригрудное кровотечение

<variant>проникающее колото-резанное ранение грудной клетки справа. Гемоторакс справа. Продолжающееся кровотечение

<variant>проникающее колото-резанное ранение грудной клетки справа. Гемоторакс справа

<variant>проникающее колото-резанное ранение грудной клетки справа. Ранение межреберной артерии. Гемопневмоторакс справа. Внутригрудное кровотечение

<variant>проникающее колото-резанное ранение грудной клетки справа. Ранение межреберной артерии. Свернувшийся гемоторакс справа

<question>В приемный покой доставлен больной после дорожно-транспортного происшествия. При объективном осмотре был заподозрен гемоторакс. Для подтверждения диагноза необходима:

<variant>пункция плевральной полости

<variant>перкуссия

<variant>аусcultация

<variant>рентгенография

<variant>рентгеноскопия

<question>Больной Н., 35 лет, доставлен бригадой скорой помощи с места ДТП. Со слов больного, во время ДТП получил тупую травму грудной клетки. Жалуется на боли в грудной клетке, одышку, затрудненное дыхание, общую слабость. Объективно: кожные покровы бледные, АД = 90 / 60 мм. рт. ст. Холодный, липкий пот. На обзорной рентгенограмме – перелом 5-6 ребер, жидкость в плевральной полости. Локально: гематома, крепитация, болезненность в области грудной клетки. Предварительный диагноз:

<variant>гидроторакс

<variant>пневмоторакс

<variant>абсцесс легкого

<variant>ушиб грудной клетки

<variant>Гангrena лёгкого

<question>При клиническом обследовании больного Ш., 19 лет, с травмой грудной клетки выявлена подкожная эмфизема. Предварительный диагноз:

<variant>Пневмоторакс

<variant>Гастроторакс

<variant>Гемоперикард

<variant>Гемоторакс

<variant>Разрыв купола диафрагмы

<question>У больного при пальпации выявляется болезненность и крепитация в проекции 7-9 ребер слева. Аускультативно: дыхание слева ослаблено, перкуторно: тимпанит. Причиной появления тимпанического звука, является...

<variant>наличие воздуха в плевральной полости

<variant>повышение воздушности легкого

<variant>наличие жидкости в плевральной полости

<variant>ателектаз легкого

<variant>смещение средостения в сторону повреждения

<question>Чаще всего, при травме грудной клетки происходит перелом ...

<variant>6-9 ребер

<variant>4-5 ребер

<variant>3 ребро

<variant>9-10 ребер

<variant>11-12 ребер

<question>В приемный покой доставлен больной после дорожно-транспортного происшествия. При объективном осмотре был заподозрен гемоторакс. Для подтверждения диагноза, необходимо:

<variant>пункция плевральной полости

<variant>аускультация

<variant>рентгенография

<variant>рентгеноскопия

<variant>перкуссия

<question>Больной В., 42 лет, поступил в стационар с клиникой проникающего колото-резанного ранения грудной клетки. Произведена пункция плевральной полости со стороны поражения с целью проведения пробы Рувилуа – Грегуара, которая оказалась положительной. Данная пробы свидетельствует о...

<variant>продолжающемся кровотечении

<variant>нагноение содержимого плевральной полости

<variant>клапанном пневмотораксе

<variant>величине кровотечения в плевральную полость

<variant>величине пневмоторакса

<question>Укажите пассивный метод аспирации содержимого плевральной полости:

<variant>по Бюлау

<variant>водоструйный отсос

<variant>система Субботина – Пертеса

<variant>отсасывание с помощью шприца Жанэ

<variant>система Боброва

<question>При клиническом обследовании больного Ш., 19 лет с травмой грудной клетки выявлена подкожная эмфизема. Наиболее вероятный диагноз:

<variant>Пневмоторакс

<variant>Гастроторакс

<variant>Гемоперикард

<variant>Гемоторакс

<variant>Разрыв купола диафрагмы

<question>Показаниями к широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является ...

<variant>продолжающееся кровотечение в плевральную полость

<variant>пневмоторакс

<variant>гемоторакс

<variant>свернувшийся гемоторакс

<variant>сам факт проникающего ранения

<question>Больной, 29 лет, около 2 ч. назад внезапно почувствовал сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватку воздуха. Травмы не было, легочные заболевания отрицают. Температура тела нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается.

При перкуссии определяется коробочный звук слева и смещение средостения вправо.

Можно заподозрить ... Диагноз:

<variant>спонтанный неспецифический пневмоторакс

<variant>инфаркт миокарда

<variant>фибринозный плеврит

<variant>ущемленную диафрагмальную грыжу

<variant>туберкулез

<question>С целью обезболивания при множественных переломах ребер производят:

<variant>шейную вагосимпатическую новокаиновую блокаду на стороне повреждения

<variant>новокаиновую блокаду звездчатого узла на шее

<variant>паравертебральную новокаиновую блокаду

<variant>ретро плевральную новокаиновую блокаду

<variant>блокаду мест переломов ребер

<question>При выявлении источника легочного кровотечения, наиболее диагностическим способом является:

<variant>Бронхоскопия

<variant>Рентгенография в 2-3 проекциях

<variant>Томография

<variant>Бронхография

<variant>Торакоскопия

<question>Достоверным признаком легочного кровотечения является:

<variant>кровь в бронхах при бронхоскопии

<variant>выделение крови изо рта

<variant>кашель с выделением алой пенистой крови

<variant>затемнение в легком

<variant>экссудат в плевральной полости

<question>У больного 45 лет, находящегося на амбулаторном лечении по поводу ОРВИ врач при осмотре выявляет следующие симптомы: ЧД – 48 в минуту, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, справа при перкуссии отмечается выраженный тимпанит до 3 ребра, ниже которого – отчетливо выявляется притупление перкуторного звука. Перечисленные физикальные данные характерны для ...

<variant>пиопневмоторакса

<variant>буллы легкого

<variant>пиоторакса

<variant>абсцесса легкого

<variant>пневмоторакса

<question>Рентген-признаком пневмогидроторакса является:

<variant>наличие однородного затемнения с горизонтальным уровнем в сочетании с просветлением в верхнем полюсе

<variant>наличие однородного затемнения

<variant>наличие однородного просветления

<variant>наличие двояковыпуклого затемнения

<variant>патогномоничные признаки отсутствуют

<question>Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться с:

<variant>обзорной рентгенографии

<variant>томографии легких

<variant>прицельной рентгенографии

<variant>бронхографии

<variant>суперэкспонированной рентгенографии

<question>Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает при:

<variant>буллезной болезни легких

<variant>абсцессе легкого

<variant>эхникокке легкого

<variant>при центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза

<variant>при кавернозном туберкулезе легких

<question>На 4-е сутки после ушивания перфоративной язвы желудка у больного, страдающего эмфиземой легких, развился спонтанный пневмоторакс. Местом дренирования плевральной полости для устранения пневмоторакса является:

<variant>второе межреберье по средней ключичной линии

<variant>восьмое межреберье по задней аксилярной линии

<variant>седьмое межреберье по передней аксилярной линии

<variant>четвертое межреберье по передней подмышечной линии

<variant>пятое межреберье по средней ключичной линии

<question>Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является:

<variant>разрыв эмфизематозных пузырей легких

<variant>разрыв плевральных сращений

<variant>разрыв врожденных кист легкого

<variant>разрыв бронха

<variant>прорыв абсцесса легкого

<question>При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости целесообразно:

<variant>во 2-м межреберье по среднеключичной линии

<variant>по средней аксилярной линии в 6 межреберье

<variant>2 дренажа: во 2-м межреберье среднеключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксилярной линии

<variant>в 7-м межреберье по задней аксилярной линии

<variant>в 8-м межреберье по задней аксилярной линии

<question>Поступил больной с внутри плевральным кровотечением. Какие пробы необходимые для выяснения, продолжающего ли кровотечения?

<variant>Рувилуа – Грегуара

<variant>Петрова

<variant>Эфендиева

<variant>Зельдовича

<variant>Филлипса - Ван - Слайка

<question>Больному выполнена вагосимпатическая блокада. Критерием правильности ее выполнения является ...

<variant>Триада Горнера

<variant>Триада Пути

<variant>Прекращение кашля

<variant>Бледность кожи лица и шеи на стороне производства блокады

<variant>Наличие симптома прерванного вдоха

<question>Больной Ч., 26 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку, слабость. Вышеуказанная клиника появилась после физического перенапряжения. Общее состояние больного тяжелое. Ортопное. Цианоз кожных покровов. При перкуссии отмечается коробочный звук в правой половине грудной клетки, при аусcultации дыхание над правым легким не прослушивается. Частота дыхательных движений – 26 - 30 в минуту. На обзорной рентгенографии грудной клетки пневмоторакс и полный коллапс легкого. Дренирование плевральной полости целесообразно:

<variant>во 2-м межреберье по среднеключичной линии

<variant>по средней аксилярной линии в 6 межреберье

<variant>в 7-м межреберье по задней аксилярной линии

<variant>в 8-м межреберье по задней аксилярной линии

<variant>по задней аксилярной линии

<question>Характерным признаком разрыва легкого при тупой травме является:

<variant>гемо-пневмоторакс

<variant>гемоторакс

<variant>пневмоторакс

<variant>затемнение легкого при рентгенологическом исследовании

<variant>кровохарканье

<question>Больной 45 лет попал в автомобильную аварию. Доставлен в тяжелом состоянии с жалобами на одышку, кровохарканье, парадоксальное дыхание правой половины грудной клетки, где при рентгенологическом исследовании выявлен оскольчатый перелом ребра справа по среднеключичной и средней подмышечной линии с отхождением отломков 1У ребра, которое сломано по 3-м линиям, гемоторакс. АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс 115 ударов в минуту, слабого наполнения, напряженный. При плевральной пункции эвакуирована кровь, которая свертывается в шприце, в шприц свободно поступает воздух. Лечение:

<variant>немедленная торакотомия с ушиванием ткани легкого, остеосинтезом ребер

<variant>дренирование плевральной полости

<variant>пункция плевральной полости

<variant>консервативная антибактериальная терапия

<variant>искусственная вентиляция легких

<question>Для спонтанного пневмоторакса НЕ характерно:

<variant>кашель с мокротой

<variant>боли в грудной клетке

<variant>одышка

<variant>отсутствие дыхательных шумов на стороне поражения

<variant>тимпанический перкуторный звук

<question>Для удаления воздуха из плевральной полости пункцию проводят:

<variant>во 2 межреберье по среднеключичной линии

<variant>в 8-9 межреберье по задней аксилярной линии

<variant>в 5 межреберье по среднеключичной линии

<variant>в области яремной вырезки

<variant>в надключичной области

<question>Флюорографический метод (метод профилактического обследования

населения) обладает:

<variant>большой пропускной способностью, по сравнению с другими

<variant>рентгенологическими методиками

<variant>меньшей лучевой нагрузкой на пациента и персонал

<variant>экономически, дешевидной по сравнению с рентгенографией

<variant>удобством из-за распространенность одномоментностью исследования

<question>Больной, обратился с жалобами на слезотечение, светобоязнь, резь и боль в правом глазу. Из анамнеза выясниено, что вчера во время работы в саду веткой повредил глаз. При осмотре: зрение ОД – 0.4 н/к, ОС – 1.0. Объективно: ОД - периорбитаальная инъекция, роговица в центре при осмотре боковым светом – опалесцирует, потеряна зеркальность в оптической зоне. Врач инстилировал в конъюнктивальную полость 0.1% р-р флюоресцина. Участок роговицы размером 2.0x1.5 мм окрасился в зеленоватый цвет.

Диагностика :

<variant>травматическая эрозия роговицы; истилляции антибиотиков и препаратов, улучшающие регенеративные процессы

<variant>ползучая язва роговицы; парабульбарные инъекции антибиотиков и кортикостероидов

<variant>белмо роговицы; кератопластика

<variant>травматическая эрозия роговицы; истилляции альбуцида, антибиотиков и витаминов

<variant>непроникающее ранение роговицы, госпитализация в стационар

<question>Электросварщик С., 28 лет, в течение нескольких минут работал без щитка. Через 5 часов появилась боль, резь, жжение в обоих глазах. Он обратился к врачу в ближайшую поликлинику. При осмотре ОИ - имеется выраженная гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока, множественные эрозии роговицы, светобоязнь, блефароспазм. Лечение:

<variant>инстилляции 30% альбуцида

<variant>холодные примочки

<variant>инстилляции любого анестетика

<variant>инстилляции 0,25% р-ра левомицетина

<variant>инстилляции р-ра гидрокортизона

<question>Для исследования световой чувствительности используют:

<variant>Адаптометр

<variant>щелевую лампу

<variant>тонометр

<variant>аномалоскоп

<variant>цветотест Белоцкого- Фридмана

<question>Преломление света в оптической системе называется:

<variant>Рефракция

<variant>аккомодация

<variant>адаптация

<variant>конвергенция

<variant>цикlopлегия

<question>Главные оптические преломляющие среды глаза:

<variant>роговица и хрусталик

<variant>радужка и цилиарное тело

<variant>конъюнктива и склеры

<variant>зрачок, зубчатая линия и лимб

<variant>мышцы и конъюнктива

<question>Наиболее полно передний отрезок глазного яблока можно исследовать:

<variant>биомикроскопией

<variant>офтальмоскопией

<variant>тонометрией

<variant>периметрией

<variant>скиаскопией

<question>Гомонимная гемианопсия- это:

<variant>выпадение наружных половин поля зрения

<variant>выпадение височной половины зрения в одном глазу и носовой - в другом

<variant>выпадение внутренних половин поля зрения

<variant>концентрическое сужение поля зрения в одном глазу

<variant>концентрическое сужение поля зрения в обоих глазах

<question>Больная 55 лет, жалобы на постепенное снижение зрения левого глаза. Острота зрения OS =0,8 не корректирует, ВГД -38 мм рт. ст. Поле зрения OS сужено до 300 с верхней стороны. Объективно: OS - радужка атрофична, распыления пигмента по ее поверхности, псевдоэксфолиации. Гониоскопически: угол передней камеры открыт.

Тонография: OS

P0 =35; C=0,10; F=2,5; КБ=250. Диагноз и лечение.

<variant>о/угольная глаукома, III с, глубокая непроникающая склерэктомия

<variant>о/угольная глаукома, I с, глубокая непроникающая склерэктомия

<variant>з/угольная глаукома, III а, миотики

<variant>з/угольная глаукома, III с, иридэктомия

<variant>з/угольная глаукома, острый приступ глаукомы, в течение 24 ч медикаментозное лечение

<question>Жалобы у больного на снижение зрения, “туман” и боль слева после контузии глаза. Объективно: OS - застойная инъекция глазного яблока, отек роговицы, передняя камера неравномерная: внизу мелкая, вверху глубокая, иридодонез; зрачок овальной формы, виден экватор хрусталика. OS ВГД= 40 мм рт. ст. OS Острота зрения - 0,02 с кроп.sph (+) 10,0 дптр.=0,9. Диагноз. Тактика лечения.

<variant>Факотопическая глаукома, подвыших хрусталика. Интракапсулярная экстракция хрусталика

<variant>Факолитическая глаукома, подвыших хрусталика. Экстракапсулярная экстракция хрусталика

<variant>Факотопическая глаукома, подвыших хрусталика. Экстракапсулярная экстракция хрусталика

<variant>Факолитическая глаукома, иридоциклит. Интракапсулярная экстракция хрусталика

<variant>Факотопическая глаукома, подвыших хрусталика. Медикаментозное лечение

<question>Больная 50 лет видела хорошо. Сейчас левый глаз плохо видит в очках. Зрение OS - 0,1 не корр. Объективно: OS- субатрофия стромы радужки; на глазном дне соотношение экскавации к диску зрительного нерва (Э/ OS 0,8-0,9; ОД 0,4-0,5. В поле зрения: OS сужение периферических границ в верхнее-внутреннем квадранте до 100 от точки фиксации. ВГД OS - 25-26 мм.рт.ст. Диагноз.

<variant>о/угольная глаукома III а

<variant>о/угольная глаукома III с

<variant>о/угольная глаукома I с

<variant>з/угольная глаукома III а

<variant>з/угольная глаукома острый приступ глаукомы.

<question>У больной периодически появляется “туман” перед глазами утром после сна. Объективно: ОИ - небольшой отек роговицы, передняя камера мелкая; на глазном дне видимых отклонений нет. Поле зрения ОИ в норме. ВГД ОД-32 мм.рт.ст., OS-35 мм.рт.ст. ОИ угол передней камеры закрыт, при корнеокомпрессии радужка отошла, стали видны все элементы угла. Диагноз

<variant>ОД-з/у глаукома I в, OS-з/у глаукома I с

<variant>ОД-о/у глаукома I в, OS-о/у глаукома I с

<variant>ОД-о/у глаукома III в, OS-о/у глаукома III с

<variant>ОД-з/у глаукома III в, OS-з/у глаукома III с

<variant>ОИ - Иридоциклит с гипертензией.

<question>Больного беспокоит сильная боль в ОД, иррадирующая в правую половину головы, тошнота, рвота. Глаз заболел внезапно утром, после нервного стресса.

Объективно: ОД -застойная инъекция, зрачок широкий; передняя камера мелкая. При гониоскопии ОД угол передней камеры закрыт. ВГД ОД 41 мм.т.ст. Диагноз. Сроки хирургического лечения при неэффективности консервативного лечения.

<variant>острый приступ глаукомы. 12 часов

<variant>острый приступ глаукомы. 6 часов

<variant>з/угольная глаукома, iii с 12 часов

<variant>з/угольная глаукома, iv с 12 часов

<variant>о/угольная глаукома, i с. 12 часов

<question>Больная, 65 лет, жалуется на боль, резкое снижено зрение в правом глазу. Из анамнеза стало известно, что зрение на правый глаз постепенно падало без видимого покраснения и боли. Объективно: ОД - смешанная инъекция глазного яблока; отек роговицы; передняя камера глубокая; хрусталик мутный, молочного цвета. Острота зрения ОД -светоощущение с правильной светопроекцией, ВГД ОД-37 мм.рт.ст. Диагноз.

Рекомендуемое лечение.

<variant>факолитическая глаукома. перезрелая катаракта. экстракция катаракты

<variant>острый иридоциклит. зрелая катаракта. антибиотики, кортикоステроиды

<variant>острый приступ глаукомы. миотики, отвлекающая терапия

<variant>перезрелая катаракта. острый иридоциклит. удаление катаракты

<variant>факотопическая глаукома. перезрелая катаракта. экстракция катаракты

<question>Больной 60 лет, случайно заметил, что левый глаз не видит. ВГД ОС 50 мм.рт.ст. Объективно:

ОС – на глазном дне экскавация и атрофия головки зрительного нерва. При гониоскопии угол передней камеры открыт, средней ширины. Диагноз. Дополнительное исследование.

<variant>открытоугольная глаукома (ОУГ), периметрия

<variant>закрытоугольная глаукома (ЗУГ), оптическая когерентная томография

<variant>вторичная глаукома, электрофизиологическое исследование

<variant>офтальмогипертензия, кампиметрия

<variant>стериоидная глаукома, экзофтальмометрия

<question>Больной 50 лет, жалуется на боли в левом глазу и левой половине головы, затуманивание зрения, радужные круги, тошноту, рвоту. Боль отдает в эпигастральную область. Заболевания с характерными жалобами. Тактика врача.

<variant>острый приступ глаукомы. Миотики, отвлекающая терапия. Срочная госпитализация

<variant>ОУГ. Медикаментозное амбулаторное лечение

<variant>ЗУГ. Мидриатики, амбулаторное лечение

<variant>острый иридоциклит. Лечение амбулаторно

<variant>uveit. Противовоспалительное лечение в стационаре

<question> Больная 35 лет. Жалобы на боль и снижение зрения правого глаза. При осмотре: ОД смешанная инъекция, на задней поверхности роговицы преципитаты, зрачок узкий, задняя краевая синехия, бомбаж радужки. Острота зрения ОД-0,5 не корр. ВГД-35 мм.рт.ст. Поле зрения не изменено. Левый глаз здоров. Диагноз. Тактика лечения.

<variant> вторичнаяuveальная глаукома. Атропин 1%, адреналин 0,1%

<variant> вторичная факоморфическая глаукома. Пилокарпин 1%

<variant>uveит с гипертензией. Кортикостероиды

<variant> вторичная факолитическая глаукома. Бетоптик С 0,5%

<variant> вторичная факотопическая глаукома. Хирургическое лечение

<question> Тактика хирурга, при наличии торчащего в глазу куска проволоки

<variant> удалить, закапать антибактериальные капли, наложить бинокулярную повязку, ввести противостолбнячную сыворотку по Безредке по показаниям

<variant> удалить, закапать антибактериальные капли, наложить монокулярную повязку, ввести противостолбнячную сыворотку по Безредке по показаниям

<variant> удалить, заложить антибактериальную мазь, наложить монокулярную повязку, ввести противостолбнячную сыворотку по Безредке по показаниям

<variant> зафиксировать инородное тело, закапать антибактериальные капли, наложить монокулярную повязку, ввести противостолбнячную сыворотку по Безредке по показаниям

<variant> удалить, заложить антибактериальную мазь, наложить монокулярную повязку, ввести противостолбнячную сыворотку по Безредке по показаниям

<variant> закапать антибактериальные капли, наложить монокулярную повязку, ввести противостолбнячную сыворотку по Безредке по показаниям

<question> Кольца Ландольда применяется для определения:

<variant> остроты зрения

<variant> аномалии цветоощущения

<variant> угла косоглазия

<variant> размеров слепого пятна

<variant> рефракции

<question> На проекционном периметре можно определить:

<variant> границы поля зрения

<variant>рефракцию глаза

<variant>аномалии цветоощущения

<variant>остроту зрения

<variant>величину внутриглазного давления

<question>При установлении диагноза "анальная трещина" показанием для ирригоскопии является:

<variant>выделение крови в конце акта дефекации каплями

<variant>слизисто-кровянистые выделения из ануса

<variant>кровотечение струйкой в конце акта дефекации

<variant>выделение малых порций алой крови

<variant>«стулобоязнь»

<question>Причинами первичного анального зуда могут быть:

<variant>сахарный диабет

<variant>воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала

<variant>глистная инвазия

<variant>гепатит и пиэлонефрит

<variant>несоблюдение гигиены

<question>В патогенезе геморроя ведущими являются:

<variant>характер питания

<variant>сосудистый фактор

<variant>механический фактор

<variant>фактор хронических запоров

<variant>у женщин фактор беременности и родов

<question>При первой стадии геморроя внутренние узлы:

<variant>кровоточат, но не выпадают из анального канала

<variant>выпадают, но вправляются самостоятельно

<variant>выпадают и самостоятельно не вправляются

<variant>кровоточат при дефекации, выпадают и вправляются самостоятельно

<variant>не кровоточат и не выпадают

<question>При третьей стадии геморроя внутренние узлы :

<variant>выпадают, для вправления необходимо ручное пособие

<variant>выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно

<variant>увеличены и кровоточат при дефекации

<variant>увеличены, кровоточат при дефекации

<variant>постоянно выпадают и не вправляются

<question>Самые частые первоначальные симптомы хронического геморроя: 1. кровотечение 2. боли после дефекации 3. выпадение узлов 4. анальный зуд 5. кишечный дискомфорт

<variant>2 ,4

<variant>1,3

<variant>1,4

<variant>4

<variant>1,2,3,4 и 5

<question>При обращении к врачу ведущими симптомами хронического геморроя являются: 1.кровотечение 2.выпадение узлов 3.боли в заднем проходе 4.кишечный дискомфорт .5 анальный зуд

<variant>1,2,3

<variant>1, 3

<variant>2, 4

<variant>4

<variant>1,2,3,4 и 5

<question>Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются:

1. темным цветом крови 2. алым цветом крови 3. наличием сгустков 4. периодичностью 5. постоянством

<variant>1,2,3

<variant>1,3

<variant>2, 4

<variant>4

<variant>1,2,3,4 и 5

<question> Консервативное лечение хронического геморроя должно быть направлено на :

1. устранение боли
2. улучшение микроциркуляции
3. улучшение кровотока в геморроидальных узлах
4. уменьшение хрупкости сосудистых стенок
5. остановку кровотечения

<variant> 1, 2, 3

<variant> 1, 3

<variant> 2, 4

<variant> 4

<variant> 1, 2, 3, 4 и 5

<question> К малоинвазивным методикам лечения хронического геморроя относятся: 1. инфракрасная коагуляция 2 .электрокоагуляция 3. склеротерапия 4. лигирование узлов латексными кольцами 5. шовное лигирование геморроидальных сосудов

<variant> 1, 2, 3

<variant> 1, 3

<variant> 2, 4

<variant> 4

<variant> 1 ,2, 3, 4 и 5

<question> При остром геморрое первичным является:

<variant> тромбоз

<variant> воспаление

<variant> только при кровоточащем геморрое — тромбоз

<variant> при геморрое с выпадением узлов первичным является воспаление

<variant> единого мнения не существует

<question> Синонимом острого геморроя правильнее всего можно назвать:

<variant> острый тромбоз геморроидальных узлов

<variant> сфинктерит

<variant> анусит

<variant> воспаление геморроидальных узлов

<variant> тромбофлебит геморроидальных узлов

<question>Присоединение инфекции при остром тромбозе геморроидальных узлов всегда приводит к:

<variant>нарушению микроциркуляции в слизистой прямой кишки

<variant>развитию парапроктита

<variant>образованию свищей прямой кишки

<variant>к восходящему тромбозу сосудов прямой кишки

<variant>улучшению микроциркуляции в слизистой оболочке дистальной части прямой кишки за счёт усиления притока крови к очагам, воспаления

<question>Острая трещина заднего прохода — это:

<variant>дефект слизистой анального канала, часто с повреждением мышечной оболочки

<variant>воспаление параректальной клетчатки

<variant>дефект слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки

<variant>криптиз

<variant>пектеноз

<question>Острая анальная трещина чаще всего локализуется:

<variant>на задней стенке анального канала

<variant>на передней стенке анального канала

<variant>на 3-х часах по циферблату

<variant>на 9 часах по циферблату

<variant>Однако часто на задней и передней стенках

<question>Для острой анальной трещины нехарактерно:

<variant>выделение гноя

<variant>боли в заднем проходе

<variant>спазм сфинктера

<variant>скучные выделения крови

<variant>"стулобоязнь"

<question>Для острой анальной трещины более характерны боли:

<variant>во время дефекации

<variant>постоянные

<variant>после дефекации

<variant>до дефекации

<variant>ночные

<question>Хирургическое лечение острой анальной трещины показано:

<variant>при безуспешной консервативной терапии, когда появляется уплотнение краёв, "сторожевой бугорок"

<variant>сразу после установления диагноза

<variant>через две недели курса консервативной терапии

<variant>через два месяца после начала заболевания

<variant>Только в случае выраженного спазма сфинктера

<question>Мужчина 48 лет, водитель обратился к врачу с жалобами на периодические выделение крови из заднего прохода в момент дефекации, чувство жжения, стул склонен к запорам, питание нерегулярное, алкоголем не злоупотребляет, болен около 10 лет, к врачам за помощью не обращался. Диагноз:

<variant>хроническая задняя анальная трещина

<variant>хронический наружный геморрой

<variant>хронический внутренний геморрой

<variant>хронический наружный и внутренний геморрой

<variant>хронический смешанный геморрой

<question>Для оказания врачебной помощи Вас пригласили в соседний дом к больному 56 лет. Со слов жены, много лет страдавший геморроем муж 2 часа назад, возвратившись из туалета, пожаловался на возникшее у него значительное кровотечение в момент дефекации. При осмотре: больной адинамичен, лежит, отмечается бледность кожных покровов, жалуется на общую слабость, головокружение, выявлено продолжающееся кровотечение из заднего прохода непрекращающейся алоей струйкой. АД=90 и 40 мм рт ст. пульс на периферических артериях слабого наполнения, 116 ударов в 1 мин. Тактика:

<variant>хирургическое лечение в условиях стационара

<variant>наблюдение в динамике дома

<variant>амбулаторное лечение с применением местных препаратов

<variant>госпитализация больного

<variant>не обязательное госпитализация больного

<question>Молодая женщина, 30 лет, вернувшись из недельной командировке, обратилась за помощью к своему участковому врачу с жалобами на нестерпимо сильные боли в заднем проходе при дефекации. Из анамнеза: нерегулярный прием пищи в командировке, том числе и "всухомятку", обусловил непривычную для нее задержку стула до 3-4 дней, при этом первая дефекация сопровождалась сильнейшей болью в заднем проходе с умеренным кровотечением. Вчера, уже в домашних условиях, очередной акт дефекации вызвал еще более интенсивную боль в анусе вплоть до кратковременного обморока. При осмотре области ануса имеет место его спазм, однако, при осторожном разведении его складок пальцами удалось увидеть по задней полуокружности в переходной складке, на границе кожи и слизистой оболочки, имеется дефект длиной около 1 см, с каплями алоей крови. Дальнейшее исследование не представляется возможным из-за болезненной реакции пациентки.

Проводимые диагностические манипуляции для уточнения диагноза:

<variant>пальцевое исследование

<variant>аноскопия

<variant>ректороманоскопия

<variant>исследование ректальным зеркалом

<variant>фистулография

<question>На амбулаторном приеме к участковому врачу обратилась за помощью медсестра, 28 лет, периодически страдающая запорами. Самостоятельно делала себе очистительные клизмы, 10 дней назад, во время выполнения одной из них, поранила ткани заднего прохода треснувшим стеклянным наконечником. После этого решила обходиться без клизм, первый же акт дефекации сопровождался сильными болями. Аналогичные ощущения имели место и при последующих дефекациях без клизм. При осмотре области ануса отмечается его спазм, при осторожном разведении складок выявлены линейные дефекты, располагающиеся на 5 и 7 часах на границе кожи и слизистой оболочки, длиной 2 и 2,5 см, с неровными рваными краями, проникающие до мышечного слоя. Диагноз:

<variant>анальная трещина

<variant>криптиит

<variant>внутренний геморрой

<variant>парапроктит

<variant>наружный геморрой

<question>Больной, 56 лет, на приеме у участкового врача предъявляет жалобы на значительные затруднения при опорожнении кишечника, чередующиеся с периодическим недержанием жидкого кала и, как правило, газов. Считает себя больным около года, когда впервые, на фоне привычных запоров, каждый акт дефекации стал сопровождаться болью,

сначала сильной, со временем менее интенсивной, облегчал состояние очистительными клизмами, приемом слабительных средств, теплыми сидячими ванночками. В течение последнего месяца симптомы затруднения дефекации и недержания кишечного содержимого стали прогрессировать.

При осмотре анальной области определяется зияние ануса кольцевидной формы диаметром до 1-1,5 см, ввести палец через это ригидное кольцо не представилось возможным, на 6 и 12 часах на кожном крае ануса имеются омозолелые с подрытыми краями язвы 2x3x1 см, с гноем и фибрином, умеренно болезненные. Диагноз:

<variant>передняя и задняя анальная трещина

<variant>криптизит

<variant>внутренний геморрой

<variant>неполный внутренний свищ прямой кишки

<variant>подкожный парапроктит

<question>Больной Б обратился с жалобами на появившийся у него месяц назад дискомфорт в состоянии здоровья: некоторое недомогание, повышение температуры тела до 37,5-38° С, тупые боли в промежности, усиливающиеся при дефекации, в кале иногда отмечает наличие примеси крови, слизи, гноя. В анамнезе - стул с многолетними запорами, хронический геморрой с умеренными кровотечениями и болями. Объективно: общее состояние удовлетворительное, в области промежности справа от ануса определяется болезненный инфильтрат 8х6х5 см, кожа над ним не изменена, флюктуации нет. При исследовании пальцем прямой кишки в анальном канале имеется плотное, болезненное образование, на пальце - кровь, пальпируются увеличенные паховые лимфатические узлы справа. Диагноз:

<variant>острый парапроктит

<variant>острый геморрой

<variant>острый тромбоз геморроидальных узлов

<variant>тромбоз внутреннего геморроидального узла

<variant>полип прямой кишки

<question>Женщина, 30 лет обратилась с жалобами на нестерпимо сильные боли в заднем проходе при дефекации. Из анамнеза: нерегулярный прием пищи в том числе и "всухомятку", обусловил непривычную для нее задержку стула до 3-4 дней, при этом первая дефекация сопровождалась сильнейшей болью в заднем проходе, где как бы "что-то лопнуло", с умеренным кровотечением. Вчера, уже в домашних условиях, очередной акт дефекации вызвал еще более интенсивную боль в анусе вплоть до кратковременного обморока, сегодня появился императивный позыв на стул, но больная не в силах перенести ожидаемую при этом боль и просит оказать ей немедленную помощь, иначе она

готова на суицидный поступок. При осмотре области ануса имеет место его спазм, однако, при осторожном разведении его складок пальцами удалось увидеть на 6 часах в переходной складке, на границе кожи и слизистой оболочки, линейный дефект длиной около 1 см, с каплями алой крови. Дальнейшее исследование не представляется возможным из-за болезненной реакции пациентки. Диагноз:

<variant>острая задняя анальная трещина

<variant>острый геморрой

<variant>абсцесс эпителиального копчикового хода

<variant>острый тромбоз геморроидальных узлов

<variant>острый парапроктит

<question>У больной И, 24 лет, в послеродовом периоде возникли упорные запоры по 5-6 дней, на этом фоне одна из очередных дефекаций сопровождалась сильными болями в анальной области и умеренным кровотечением. Последующие редкие опорожнения кишки были умеренно болезненными, но по прошествии 1-1,5 часов возникали сильнейшие спазматические боли в анусе, длиющиеся до 3-4 часов непрерывно, такое состояние наблюдается уже в течение месяца, что очень тревожит и нервирует больную - кормящую мать. При осмотре анальной области отмечается наличие увеличенных внутренних геморроидальных узлов без признаков кровотечения, на 6 часах на границе кожи и слизистой оболочки - линейный дефект длиной около 1,5 см с ровными краями, от введения пальца в прямую кишку с диагностической целью пришлось отказаться вследствие сфинктероспазма и болезненной ответной реакции. Тактика:

<variant>новокаиновая блокада

<variant>наложение латексных колец

<variant>геморроидэктомия

<variant>иссечение анальной трещины

<variant>тромбэктомия

<question>Больной 42 лет жалуется на сильные боли в области заднего прохода, усиливающиеся при ходьбе и в положения сидя. Боли возникли после обильного приема острой пищи и алкоголя. Общее состояние больного средней тяжести. Температура тела 37.6 градусов. В области заднего прохода определяются синюшно-багровые, напряженные, резко болезненные узлы. Диагноз:

<variant>острый тромбоз геморроидальных узлов

<variant>острый парапроктит

<variant>хронический парапроктит

<variant>острая анальная трещина

<variant>эрозивный проктосигмоидит

<question>Больной 53 лет около 20 лет страдает геморроем с практический постоянными необильными геморроидальными кровотечениями. В течение последнего года трижды был тромбоз геморроидальных узлов. От предложенной операции больной отказался. В связи с нарастающей слабостью и снижением работоспособности обратился к хирургу.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Бледен. Нв - 68 г/л, Эр - 2,1 x 10 12.

Диагноз:

<variant>хронический геморрой

<variant>острый парапроктит

<variant>хронический парапроктит

<variant>острая анальная трещина

<variant>тромбоз геморроидальных узлов

<question>Больной 72 лет обратился на прием к проктологу с жалобами на боли в области заднего прохода, болезненность при дефекации. Больному в первую очередь показано:

<variant>пальцевое исследование

<variant>аноскопия

<variant>ректороманоскопия

<variant>ирригоскопия

<variant>обзорная рентгенография органов брюшной полости

<question>Больной 45 лет обратился с жалобами на боли в области ануса, усиливающиеся после акта дефекации, выделение алой крови из ануса. При пальцевом исследовании определяется дефект слизистой на 6 часах условного циферблата, резко болезненный при пальпации. Диагноз:

<variant>хроническая анальная трещина

<variant>хронический криптит

<variant>хронический парапроктит

<variant>неполный внутренний свищ прямой кишки

<variant>анальная баҳромка

<question>Ректороманоскопия показана при:

<variant>хронической анальной трещиной

<variant>при тромбозах геморроидальных узлов

<variant>при острой анальной трещины

<variant>остром парапроктите

<variant>остром геморроем

<question>Операция по Куперу это:

<variant>перевязка внутреннего геморроидального узла

<variant>иссечение наружного геморроидального узла

<variant>иссечение внутреннего геморроидального узла

<variant>перевязка наружного и внутреннего геморроидального узла

<variant>иссечение свища прямой кишки

<question>Бессимптомный геморрой характеризуется:

<variant>наличием внутренних геморроидальных узлов при осмотре

<variant>увеличением наружного геморроя при дефекации

<variant>увеличением внутреннего геморроя при дефекации

<variant>увеличением наружного и внутреннего геморроя при дефекации

<variant>увеличением паховых узлов

<question>Состав спирт-новокаиновой блокады применяемое при трещине анального канала:

<variant>5 мл 2 % р-р новокаина 1 мл 70% этилового спирта

<variant>2 мл 1% р-р новокаина 2 мл 96% этилового спирта

<variant>3 мл 0,5 % р-р новокаина 1,5 мл 80 % этилового спирта

<variant>1 мл 2 % р-р новокаина 3 мл 70% этилового спирта

<variant>5 мл 2 % р-р новокаина 1 мл 40% этилового спирта

<question>Всегда ли применяется дозированная сфинктеротомия при анальной трещине

<variant>при наличии болевого синдрома

<variant>всегда

<variant>при наличии сторожевого бугра

<variant>при наличии каллезной язвы

<variant>неиспользуется

<question>Мужчина 30 лет обратился с жалобами на склонность к запорам в течение последнего года и выделения алои крови в конце акта дефекации в последние 2 дня. Необходимое исследование для уточнения диагноза:

<variant>колоноскопия, пальцевое ректальное исследование

<variant>УЗИ

<variant>обзорная рентгенография брюшной полости, эзофагоскопия

<variant>контрастная исследование ЖКТ

<variant>ирригография

<question>Больная поступила в плановом порядке на оперативное лечение по поводу геморроя II степени. При ректальном исследовании выявлены геморроидальные узлы на 3, 7, 11 часах. Планируется операция:

<variant>Миллиган-Моргана в модификации НИИ проктологии

<variant>Миллиган-Моргана без модификации

<variant>Субботина

<variant>рас сечение тромбированного узла и удаление некротических масс

<variant>с перевязкой узла

<question>Анальная трещина чаще расположена на:

<variant>задней полукружности анального канала

<variant>правой полукружности анального канала

<variant>левой полукружности анального канала

<variant>передней полукружности анального канала

<variant>передней и задней полукружности анального канала

<question>Длина прямой кишки составляет:

<variant>14-18 см

<variant>10-12 см

<variant>20-30 см

<variant>1-2 метров

<variant>50 см

<question>Основные симптомы трещины прямой кишки

<variant>боль, кровотечение, возникающие в момент дефекации

<variant> боль, выделение слизи

<variant> обильное кровотечение, зуд

<variant> кровотечение, незначительные боли после дефекации

<variant> выделение гноя, слизи, крови

<question> При пальцевом исследовании прямой кишки на 11 часах и 3 см от заднепроходного отверстия выявлено образование размерами 1,5x2см, мягко эластической консистенции, болезненная на ощупь, незначительно выступает в просвет. Диагноз:

<variant> геморрой

<variant> подслизистый парапроктит

<variant> полип

<variant> рак

<variant> ворсинчатая опухоль

<question> В связи жалобами на запоры больному планируется колоноскопия подготовить кишечник к исследованию в срочном порядке. Метод:

<variant> фортранс по схеме

<variant> бесшлаковая диета в течении недели

<variant> очистительная клизма в течении 3 суток

<variant> форлакс по схеме

<variant> гипертоническая клизма

<question> Триада симптомов – кровотечение и жгучая боль в области заднего прохода при акте дефекации, анальный зуд в течение длительного времени беспокоят больную.

Диагноз:

<variant> трещина прямой кишки

<variant> геморрой

<variant> ректит

<variant> сфинктерит

<variant> опухоль прямой кишки

<question> Больному с диагнозом трещина прямой кишки предполагается операция:

<variant> иссечение трещины заднего прохода

<variant> геморроидэктомия

<variant>резекция прямой кишки

<variant>полипэктомия

<variant>резекция прямой кишки с низведением

<question>При пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 3 см от заднего прохода выявлены несколько узловых образования размерами 1,5x2см, малоподвижные, мягко-эластической консистенции. Операция:

<variant>геморроидэктомия

<variant>экстирпация прямой кишки

<variant>колостомия

<variant>полипэктомия

<variant>резекция прямой кишки с низведением

<question>Этиологическим фактором при врожденной косолапости является:

<variant>дисплазия

<variant>внутриутробная травма

<variant>родовая травма

<variant>порок первичной закладки

<variant>внутриутробный полиомиелит

<question>Основной симптом косолапости:

<variant>эквинсу стопы

<variant>экскаватус стопы

<variant>вальгус стопы

<variant>варус стопы

<variant>приведение переднего отдела стопы

<question>Больной с косолапостью при ходьбе:

<variant>наступает на наружный край стопы

<variant>не хромает

<variant>ходит, переступая "нога за ногу"

<variant>наступает на внутренний край стопы

<variant>хромает

<question>При косолапости наиболее заинтересован:

<variant>передняя большеберцовая мышца

<variant>длинный сгибатель пальцев

<variant>задняя большеберцовая мышца

<variant>ахиллово сухожилие

<variant>длинный сгибатель 1 пальца

<question>Консервативное лечение косолапости начинают:

<variant>с рождения

<variant>через 1 месяц после рождения

<variant>через 3 месяца после рождения

<variant>через полгода после рождения

<variant>в возрасте 1 года

<question>Консервативное лечение косолапости включает:

<variant>гипсовые повязки

<variant>массаж и ЛФК

<variant>редрессацию

<variant>мягкое бинтование и ЛФК

<variant>гипсовые повязки по Виленскому

<question>Консервативное лечение косолапости продолжается

<variant>до 1 года

<variant>до 6 месяцев

<variant>до 2.5-3 лет

<variant>до 5-летнего возраста

<variant>до исправления элементов косолапости

<question>Оперативное лечение при врожденной косолапости начинают

<variant>с 2-летнего возраста

<variant>с 12-месячного возраста

<variant>с 6-месячного возраста

<variant>с 5-летнего возраста

<variant>с 10-летнего возраста

<question>Гипсовая иммобилизация после операции при врожденной косолапости продолжается:

<variant>6 месяцев

<variant>2 месяца

<variant>3 месяца

<variant>1 месяц

<variant>до 1 года

<question>Клинические признаки врожденной косолапости:

<variant>подошвенное сгибание, супинация, приведение

<variant>подошвенное сгибание, пронация, приведение

<variant>подошвенное сгибание, пронация, отведение

<variant>тыльное сгибание, пронация, отведение

<variant>только супинация и приведение

<question>При косолапости наиболее заинтересован:

<variant>длинный сгибатель пальцев

<variant>передняя большеберцовая мышца

<variant>задняя большеберцовая мышца

<variant>ахиллово сухожилие

<variant>длинный сгибатель 1 пальца

<question>Консервативное лечение косолапости включает:

<variant>гипсовые повязки

<variant>массаж и ЛФК

<variant>редрессацию

<variant>мягкое бинтование и ЛФК

<variant>гипсовые повязки по Виленскому

<question>Функциональный метод лечения врожденной косолапости:

<variant>наложение повязок по Финку-Эттингеру

<variant>наложение кокситных гипсовых повязок

<variant>наложение гипсовой повязки по Виленскому

<variant>наложение гипсовой повязки по Тер-Егизарову - Шептуну

<variant>ношение ортопедической обуви

<question>Наиболее эффективный метод оперативного лечения врожденной косолапости:

<variant>операция по Зачепину

<variant>операция по Заградничеку

<variant>операция по Волкову

<variant>операция Штурма

<variant>операция Микулича

<question>Дальнейшая ортопедическая иммобилизация при косолапости после снятия гипсовой повязки:

<variant>ортопедическая обувь

<variant>ортопедические стельки

<variant>ортопедические аппараты

<variant>протезы рабочие

<variant>ортопедические корсеты

<question>Лечебный кабинет, где проводится лечение врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками:

<variant>ортопедический кабинет детской поликлиники

<variant>ортопедическое отделение детской больницы

<variant>хирургический кабинет поликлиники

<variant>кабинет педиатра

<variant>детское хирургическое отделение

<question>Консервативное лечение косолапости начинают

<variant>с рождения

<variant>через 1 месяц после рождения

<variant>через 3 месяца после рождения

<variant>через полгода после рождения

<variant>в возрасте 1 года

<question>Врожденный вывих бедра среди пороков развития опорно-двигательного аппарата занимает:

<variant>первое место

<variant>второе место

<variant>третье место

<variant>четвертое место

<variant>пятое место

<question>Патологическая анатомия пораженного сустава зависит от:

<variant>возраста и степени патологии

<variant>времени воздействия вредного фактора на плод в эмбриогенезе

<variant>этиологии

<variant>патогенеза

<variant>локализации

<question>Достоверный клинический симптом врожденного вывиха бедра у грудных детей:

<variant>симптом соскальзывания

<variant>укорочение ноги

<variant>симптом Тренделенбурга

<variant>ограничение отведения бедра

<variant>асимметрия кожных складок

<question>Для рентгенодиагностики врожденного вывиха бедра у детей до 4 месяцев применяют схему:

<variant>Хильгенрайнера

<variant>Пути

<variant>Кальве

<variant>Омбредана

<variant>Дюпюитрена

<question>Показанием к консервативному лечению врожденного вывиха бедра является:

<variant>рентгенологическое подтверждение заболевания

<variant>укорочение ноги

<variant>асимметрия кожных складок на бедре

<variant>неправильное положение ноги

<variant>ограничение отведения бедра

<question>Лечение детей грудного возраста с врожденным вывихом бедра проводится в поликлинике с помощью:

<variant>подушки Фрейка

<variant>шины Томаса

<variant>шины Белера

<variant>шины Петерсона

<variant>ортопедических трусов

<question>К осложнению консервативного лечения вывиха бедра в раннем возрасте относят:

<variant>дистрофические изменения головки бедра

<variant>перелом шейки бедра

<variant>кокса вальга

<variant>кокса вара

<variant>гену вальгум

<question>Классическое консервативное лечение врожденного вывиха бедра у детей старшего возраста проводится методом:

<variant>Пачи-Лоренца

<variant>Волкова

<variant>Маркса

<variant>Орталани

<variant>Смит-Патерсона

<question>В настоящее время в основе консервативного лечения врожденного вывиха бедра лежит принцип:

<variant>функционального лечения

<variant>постоянного вытяжения

<variant>комбинированного лечения

<variant>классический

<variant>насильственный Лоренца

<question>Показанием к оперативному лечению врожденного вывиха бедра является:

<variant>безуспешность консервативного лечения

<variant>утиная походка

<variant>хромота

<variant>ранняя диагностика

<variant>тератогенный вывих бедра

<question>Наиболее часто применяют оперативный доступ ... к тазобедренному суставу при открытых внутрисуставных операциях.

<variant>Смитта-Петерсона

<variant>Дейнека

<variant>Олье-Мерфи-Лекреса

<variant>Каплана

<variant>Лангенбека

<question>Обезболивание при операции на тазобедренном суставе:

<variant>интубационный наркоз

<variant>комбинированный наркоз

<variant>масочный наркоз

<variant>местное обезболивание

<variant>применение закиси азота

<question>При врожденном вывихе бедра проводят паллиативные операции ...

<variant>Шанца

<variant>Исакова

<variant>Лефлера

<variant>Сегизбаева

<variant>Заградничека

<question>Комбинированный метод операции при врожденном вывихе бедра:

<variant>Леффлера – Заградничека

<variant>Баирова

<variant>Лудлоффа

<variant>Павлика

<variant>Рухмана

<question>Простым способом открытого вправления врожденного вывиха бедра является метод:

<variant>Богданова

<variant>Зацепина

<variant>Ланца

<variant>Штурма

<variant>Ковалева

<question>Для оценки рентгенограмм тазобедренных суставов при диагностике их дисплазии используются:

1. Схема Кобба

2. Схема V.Putti

3. Схема H.Hilgenreiner

4. Схема С.А.Рейнберга

5. Линия Шумахера

<variant>2; 3; 4

<variant>1; 2; 4

<variant>2; 4; 5

<variant>2; 3; 5

<variant>3; 4; 5

<question>Открытое вправление врожденного вывиха бедра проводят способом:

<variant>Кодевиль-Колонна

<variant>Зацепина

<variant>Штурма

<variant>Богданова

<variant>Ковалева

<question>Перемежающаяся хромота характерно при:

<variant>облитерирующем эндартериите

<variant>постстромбоэмболитическом синдроме

<variant>артрите

<variant>остеомиелите

<variant>тромбофлебите

<question>Атеросклероз сосудов конечностей приводит к:

<variant>гангрене

<variant>роже

<variant>варикозному расширению вен

<variant>артрозу

<variant>асциту

<question>Послеоперационные эмболии легочной артерии чаще всего являются, следствием:

<variant>флеботромбозов

<variant>абсцессов

<variant>флегмоны

<variant>лимфаденитов

<variant>эндартериита

<question>Эмболия не может быть вызвана:

<variant>костным отломком

<variant>сгустком крови

<variant>воздухом

<variant>жиром

<variant>колонией микробов

<question>При остром тромбозе показано:

<variant>антикоагулянты

<variant>антибиотики

<variant>активные движения

<variant>пиявки

<variant>противовоспалительные препараты

<question>К симптуму окклюзии бедренной артерии не относятся:

<variant>гиперемия конечности

<variant>отсутствие пульсации

<variant>похолодание конечности

<variant>боли

<variant>потеря чувствительности конечности

<question>Препараты, необходимые для консервативного лечения тромбоэмболии артерий:

<variant>антикоагулянты

<variant>спазмолитики

<variant>антигемофильтная плазма

<variant>препараты кальция

<variant>желатина 10 %

<question>Воздушная эмболия особенно опасно и часто встречается при ранении вен:

<variant>наружной яремной

<variant>воротной вены печени

<variant>внутренней яремной

<variant>подключичной

<variant>бедренной

<question>Острый тромбоз артерии развивается при:

<variant>атеросклерозе

<variant>переохлаждении организма

<variant>ожоговой болезни

<variant>резком ухудшении регионарного кровотока

<variant>холецистите

<question>Для тромбоэмболии легочной артерии характерно:

<variant>интенсивная боль в грудной клетке

<variant>брадикардия

<variant>гипертремия

<variant>неукротимая икота

<variant>снижение АД

<question>При остром тромбозе мезентериальных артерий в стадии ишемии показано:

<variant>тромбэктомия

<variant>назначение гепарина

<variant>сплекэктомия

<variant>сосудосуживающие препараты

<variant>сосудорасширяющие препараты

<question>Ангиография:

<variant>рентгеноконтрастное исследование кровеносных сосудов

<variant>рентгенография без введения контрастных веществ в сосуды

<variant>рентгенография лимфатических узлов

<variant>введение катетера внутрь сосуда

<variant>шунтирование сосуда

<question>Консервативная терапия против тромбоза и эмболии, включает:

<variant>антикоагулянты

<variant>сульфаниламиды

<variant>ингибиторы протеолитических ферментов

<variant>антидепрессанты

<variant>спазмолитики

<question>Причинами эмболии магистральных сосудов является:

<variant>атеросклеротическая кардиомиопатия

<variant>мочекаменная болезнь

<variant>гипертензивный синдром

<variant>острый холецистит

<variant>врожденные пороки сердца

<question>При эмболии легочной артерии необходимо назначение:

<variant>антикоагулянтов

<variant>антибиотиков

<variant>полиглюкина

<variant>гипостатиков

<variant>слабительны средств

<question>Первый признак при эмболии сосудов конечностей:

<variant>болевой синдром

<variant>сухожильная контрактура

<variant>деформация суставов

<variant>гипертермия кожи

<variant>гипотония

<question>Артерия, наиболее часто подвергающиеся эмболии и тромбозам:

<variant>верхняя брыжеечная

<variant>нижняя брыжеечная

<variant>лучевая

<variant>сонная

<variant>подвздошная

<question>При развитии гангрены конечности показано:

<variant>ампутация

<variant>консервативное лечение

<variant>антибактериальная терапия

<variant>дезинтоксикационная терапия

<variant>сульфаниламиды

<question>Основной причиной эмболии, является заболевание ... .

<variant>сердечно-сосудистой системы

<variant>почек

<variant>легких

<variant>печени

<variant>желудочно кишечного тракта

<question>Антоцидом антикоагулянта непрямого действия, является:

<variant>викасол

<variant>паповерин

<variant>но - шпа

<variant>пенициллин

<variant>никотиновая кислота

<question>При передозировке гепарина может возникнуть:

<variant>геморрагический синдром

<variant>гипертермия

<variant>инфаркт

<variant>ишемия

<variant>стенокардия

<question>Наиболее информативным методом диагностики, острой артериальной непроходимости, является:

<variant>ангиография

<variant>общий анализ крови

<variant>рентгенография

<variant>определение свертываемости крови

<variant>УЗИ

<question>Воспаление вены называется:

<variant>флебит

<variant>мастит

<variant>отит

<variant>лимфоаденит

<variant>гидроаденит

<question>Клинические признаки острого флебита:

<variant>лейкоцитоз, повышение температуры тела

<variant>тошнота, рвота

<variant>моноцитоз

<variant>лимфоцитоз

<variant>перемежающая хромата

<question>Больные при декомпенсации венозного кровообращения не предъявляют жалоб на:

<variant>повышение температуры тела

<variant>отеки на нижних конечностях

<variant>сильнейшие боли в нижних конечностях

<variant>гиперпигментация кожных покровов нижней трети голени

<variant>наличие трофических язв голени

<question>Основной метод лечения, при остром мезентериальном нарушении кровообращения:

<variant>хирургическое

<variant>иглотерапия

<variant>УВЧ терапия

<variant>гемодиализ

<variant>антибактериальная терапия

<question>Лечение, острых артериальных эмболий:

<variant>удаление эмбола

<variant>консервативное

<variant>новокайновая блокада

<variant>санаторно-курортное

<variant>антибактериальная

<question>По клиническим течениям тромбофлебит делится:

<variant>острый, подострый, хронический

<variant>латентный, хронически

<variant>острый, латентный

<variant>острый, подострый

<variant>острый, хронически

<question>Флеботромбоз это:

<variant>образование тромба без воспаление вен

<variant>воспаление вен

<variant>образование тромбов при воспалении вен

<variant>образование трофических ран

<variant>воспаление и кровотечение из вен

<question>Один из основных осложнений тромбофлебита:

<variant>тромбоэмболия легочной артерий

<variant>аллергическая реакция

<variant>кровотечение из вен

<variant>хроническая сосудистая недостаточность

<variant>анемение конечностей

<question>Основные клинические проявление веностаза

<variant>набухание стопы

<variant>покраснение голени и стопы

<variant>потливость

<variant>сухость кожи

<variant>снижение тургора кожи

<question>При остром тромбозе противопоказано:

<variant>активное движение

<variant>ведение антибиотиков

<variant>применение пиявки

<variant>противовоспалительные средства

<variant>применение антикоагулянтов

<question>Контрастный препарат, для проведения флегмографий:

<variant>верографин, уротросин

<variant>супрастин, тавигил

<variant>тробицин, гектомицин

<variant>реопирин, амидопирин

<variant>платифиллин, баралгин

<question>Антикоагулянт, действующий на тромбы:

<variant>гепарин

<variant>синнумор

<variant>феналин

<variant>пелентон

<variant>уронероза

<question>После перенесенного тромбофлебита частое расположения раны:

<variant>в области внутренней поверхности голени

<variant>нижней треть голени

<variant>задней поверхности голени

<variant>наружной поверхности голени

<variant>наружная часть стопы

<question>Характерный синдром, после тромбофлебита:

<variant>появление в нижней части голени незаживающие раны

<variant>перемежающая хромата

<variant>появление пятен на коже

<variant>признак Хоманса

<variant>ломкость ногтей

<question>Паронихии – это воспаление ... .

<variant>околоногтевого валика

<variant>всех тканей

<variant>кости

<variant>мягких тканей кисти

<variant>сухожилий

<question>Тендовагинит - это воспаление ... .

<variant>сухожилий и его влагалище

<variant>всех тканей пальца

<variant>околоногтевой кожи

<variant>тканей межпальцевого пространства

<variant>сухожилий

<question>Окклюзионная повязка применяется при:

<variant>переломах ребер

<variant>капиллярном кровотечении

<variant>ушибе грудной клетки

<variant>венозном кровотечении

<variant>вывихах

<question>Перелом «по типу зеленой веточки»:

<variant>поднадкостичный перелом

<variant>открытый перелом

<variant>перелом со смещением

<variant>врожденный перелом

<variant>патологический прелом

<question>Не характерный симптом при включенном переломе:

<variant>крепитация

<variant>нарушение функции

<variant>боль

<variant>смещение отломков

<variant>укорочение конечности

<question>Основной клинический симптом при переломе ребер:

<variant>крепитация

<variant>гематома в области травмы

<variant>отставание в акте дыхания на стороне травмы

<variant>боль

<variant> затрудненое дыхание

<question> Постепенная репозиция костных отломков при переломе бедра:

<variant> склерное вытяжение

<variant> ручная репозиция

<variant> репозиция с помощью аппарата Соколовского

<variant> интраоперационная репозиция

<variant> аппаратом Илизарова

<question> Аппарата Илизарова не показано при переломе:

<variant> по типу «зеленой веточки»

<variant> со смещением по длине

<variant> со смещением под углом

<variant> вколооченным переломе

<variant> с боковыми смещениями

<question> Образование псевдоартроза происходит при ... .

<variant> сращение костей с нарушением анатомического строения

<variant> сращение костей с плохой функцией

<variant> сращение костей с искривлением

<variant> отсутствие сращения костей с их подвижностью

<variant> сращение костей с укорочением

<question> Закрытые переломы трубчатых костей со смещением, чаще приводят к осложнению:

<variant> укорочению конечности

<variant> обезвоживанию организма

<variant> обмороку, коллапсу, шоку

<variant> остеомиелиту

<variant> истощению организма

<question> Открытые переломы трубчатых костей чаще приводят к осложнениям:

<variant> остеомиелиту

<variant> обезбоживанию организма

<variant> обмороку, коллапсу, шоку

<variant> истощению организма

<variant> укорочению конечностей

<question> При открытых переломах трубчатых костей предпочитаете проводить:

<variant> первичную хирургическую обработку раны + штифтование костных отломков и гипсовая повязка

<variant> первичную хирургическую обработку раны + гипсовая повязка

<variant> одномоментную репозицию костных отломков и гипсовая повязка

<variant> первичную хирургическую обработку раны + скелетное вытяжение + гипсовая повязка

<variant> скелетное вытяжение + гипсовая повязка

<question> При закрытых переломах трубчатых костей со смещением проводить:

<variant> скелетное вытяжение + гипсовая повязка

<variant> первичную хирургическую обработку раны + гипсовая повязка

<variant> первичную хирургическую обработку раны + штифтование костных отломков и гипсовая повязка

<variant> первичную хирургическую обработку раны + скелетное вытяжение + гипсовая повязка

<variant> одномоментную репозицию костных отломков и гипсовая повязка

<question> Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с :

<variant> дренажа плевральной полости

<variant> трахеостомии

<variant> блокады межреберных нервов

<variant> вагосимпатической блокады

<variant> интубации

<question> Наиболее часто встречается вывих:

<variant> плеча

<variant> нижней челюсти

<variant> ключицы

<variant>бедра

<variant>голеностопного суставо

<question>По этиологическому признаку к вывихам не относятся:

<variant>полный вывих

<variant>травматический

<variant>привычный

<variant>врожденный

<variant>патологический

<question>Чаще всего встречается врожденный вывих:

<variant>бедра

<variant>плеча

<variant>предплечья

<variant>лучезапястного сустава

<variant>основной фаланги 1 пальца

<question>Симптомом вывиха является:

<variant>изменение относительной длины конечности и пустота в суставной поверхности

<variant>изменение абсолютной длины конечности

<variant>патологическая подвижность в поврежденном суставе

<variant>крепитация

<variant>под кожная эмфизема

<question>Обследуя сустав при вывихе, в нем можно не выявить симптом:

<variant>ложной подвижности

<variant>отсутствие активных движений

<variant>резкого ограничения пассивных движений

<variant>пружинящего сопротивления

<variant>ступенчатого западения

<question>Не характерный симптом для вывиха сустава конечности:

<variant>крепитация

<variant>болезненность

<variant>деформация

<variant>изменение длины конечности

<variant>вынужденное положение конечности

<question>Основные моменты вправления плеча при вывихе по способу Кохера:

<variant>тяга книзу и наружу одновременно с ротацией плеча внутрь и кисть направляем противоположную сторону

<variant>сгибание предплечья в локтевом суставе

<variant>приведение плеча к туловищу

<variant>отведение плеча назад с одновременной ротацией внутрь

<variant>тяга книзу и отведение предплечья назад

<question>R-графия при вывихах назначается с целью:

<variant>определить вывих, сопровождается ли с повреждением кости

<variant>определить повреждения суставной капсулы

<variant>определить вывих, сопровождается ли с повреждением крупных сосудов

<variant>определить, есть ли гемартроз

<variant>определить вывих, врожденный или приобретенный

<question>Продолжительность срока иммобилизации вывиха плеча после вправлении:

<variant>2-3 нед

<variant>5-7 нед

<variant>4-5 нед

<variant>6-8 нед

<variant>5 дней

<question>Метод, вправления вывиха плеча:

<variant>Кохера

<variant>Спасокукоцкого

<variant>Бергмана

<variant>Листера

<variant>Ландштейнера

<question>Продолжительности срока иммобилизации вывиха предплечья после вправления:

- <variant>5 - 7 дня
- <variant>2 - 3 дня
- <variant>15 - 18 дней
- <variant>20 - 25 дней
- <variant>25 - 30 дней

<question>Метод вправления вывиха бедра:

- <variant>Джанелидзе
- <variant>Мота
- <variant>Гиппократа
- <variant>Бергмана
- <variant>Листера

<question>При вывихах ... давности показано оперативное вмешательство.

- <variant>6 - 8 недельной
- <variant>2 - 5 дневной
- <variant>3 - 4 недельной
- <variant>8 - 10 дневной
- <variant>12 - 15 дневной

<question>Явный признак вывиха сустава:

- <variant>пружинящие движение конечностей
- <variant>болезненность
- <variant>гиперемия
- <variant>крепитация
- <variant>ограничение движении

<question>Частая причина вывихов сустава:

- <variant>травмы
- <variant>опухолевые заболевания
- <variant>снижение иммунитета

<variant>врожденные пороки развития

<variant>патологические изменения

<question>В классификации вывиха сустава относится такие определения:

<variant>со смещением, без смещения

<variant>полный, неполный

<variant>врожденный, приобретенный

<variant>первичный, постоянный

<variant>осложненный, неосложненный

<question>На основании ... ставится окончательный диагноз вывиха.

<variant>рентгенографии

<variant>УЗИ

<variant>ангиографии

<variant>анализа крови

<variant>биопсии

<question>Первая помощь при открытом вывихе:

<variant>закрыть солфеткой и доставить в больницу

<variant>вправить и бинтовать

<variant>промывание холодной водой и вправить

<variant>промывание теплой водой и вправить

<variant>срочно надо доставить в больницу

<question>При переломе верхней трети бедра центральный отломок смещается:

<variant>кпереди и кнаружи

<variant>кпереди и кнутри

<variant>кнаружи

<variant>кзади и кнаружи

<variant>кзади и кнутри

<question>При переломе верхней трети бедра периферический отломок смещается:

<variant>кзади и кнутри

<variant>кпереди и кнаружи

<variant>кнаружи

<variant>кзади и кнаружи

<variant>кпереди и кнутри

<question>Обследование пострадавшего с жалобами на боли в области плеча следует начинать с:

<variant>опроса

<variant>рентгенологического исследования

<variant>определения уровня гемоглобина крови

<variant>выявления крепитации в области плеча

<variant>определения патологической подвижности кости

<question>Оказываемый элемент первой помощи на месте происшествия пострадавшему с переломом длинной трубчатой кости:

<variant>иммобилизация конечности транспортной шиной

<variant>использование шины Белера

<variant>обезболивание места перелома

<variant>выполнение репозиции отломков

<variant>выполнить скелетное вытяжение

<question>Время и место проведения репозиции костных отломков при открытом переломе:

<variant>в операционной ближащее время после поступления

<variant>на месте получения травмы

<variant>при транспортировке в стационар

<variant>во время санитарной обработки в приемном отделении

<variant>в реанимационном отделении

<question>При появлении отека и болей на месте перелома, после наложения циркулярной гипсовой повязки, необходимо:

<variant>рассечь повязку по всей длине и развести ее края

<variant>фиксировать конечность в приподнятом положении

<variant>ввести обезболивающее средство

<variant>наложить согревающий компресс

<variant>принять мочегонное средство

<question>Для облегчения снятия гипсовой повязки, линию разреза смягчают, смачивая:

<variant>гипертоническим раствором натрия хлорида

<variant>скипидаром

<variant>эфиром

<variant>перекисью водородой

<variant>спиртом

<question>Жировая эмболия может быть осложнением:

<variant>перелома трубчатых костей

<variant>переливаний крови

<variant>внутривенных вливаний препаратов жировой эмульсии

<variant>полостных операции

<variant>в последствии травм черепа

<question>Чрезмерно длительная иммобилизация при переломе приводит к:

<variant>контрактуре

<variant>псевдоартрозу

<variant>интерпозиции мягких тканей

<variant>эпифизеолизу

<variant>гемартрозу

<question>Неблагоприятная локализация перелома для процесса консолидации:

<variant>эпифизарные

<variant>метафизарные

<variant>диафизарные

<variant>перелом лучевой кости в типичном месте

<variant>перелом ребер

<question>Неосложненным перелом называется:

<variant>закрытый перелом без повреждений нервов, сосудов, без смещения костей

<variant> открытый перелом одной кости

<variant> перелом с вывихом

<variant> перелом с разрывом суставной капсулы

<variant> перелом с интерпозицией ткани

<question> Первичная костная мозоль образуется в течение . . .

<variant> 4 -х недель

<variant> одной недели

<variant> 10 дней

<variant> 2 - х недель

<variant> 3 - х недель

<question> Умеренная гематома в области перелома:

<variant> усиливает процесса регенераций костей

<variant> не влияет на процесса регенераций

<variant> останавливает процесса регенераций костей

<variant> ухудшает процессы регенераций костей

<variant> приводить к смещению костных отломков

<question> Нехарактерный симптом простого перелома костей:

<variant> отсутствие пульсации

<variant> боль

<variant> нарушение функций

<variant> деформация

<variant> укорочение конечности

<question> Основные причины смещения костных отломков при переломе:

<variant> спастической сокращения мышцы

<variant> повреждение капсулы суставов

<variant> сочетание с остеомиелитом

<variant> повреждение мышц

<variant> повреждений сухожилий

<question>Репозиция костных отломков бывают:

- <variant>одномоментной
- <variant>отложенный
- <variant>поздний
- <variant>ранний
- <variant>временная

<question>Иммобилизация костных отломков в правильном положении, осуществляется методом:

- <variant>гипсовой повязки
- <variant>скелетного вытяжения
- <variant>ортопедической обуви
- <variant>бинтования
- <variant>транспортных шин

<question>Достаточно ... слоев гипсового бинта, необходимое для получения прочной повязки.

- <variant>5 – 7
- <variant>3 - 4
- <variant>9 - 10
- <variant>11 - 12
- <variant>15 - 18

<question>Вид гипсовой повязки, применяемый при несложных свежих переломах пальцев:

- <variant>лонгетная
- <variant>циркулярная
- <variant>лонгетно-циркулярная
- <variant>окончатая
- <variant>мостовая

<question>При переломе ... кости, требующий иммобилизацию гипсовой повязкой, нужно захватывать три сустава.

- <variant>бедренной

<variant>лучевой

<variant>малоберцовой

<variant>локтевой

<variant>большеберцовой

<question>Положение, являющееся функционально выгодным для лучезапястного сустава при наложении гипсовой повязки:

<variant>тыльное сгибание

<variant>сгибание под прямым углом

<variant>сгибание в сторону ладонной поверхности

<variant>выпрямленное положение

<variant>небольшое отведение и сгибание под углом 120 градуса

<question>Шина, используемая для вытяжения при переломе бедренной кости:

<variant>Беллера

<variant>Дитерихса

<variant>Крамера

<variant>Цито

<variant>Кузьминского

<question>Для фиксаций перелома ключицы применяют шину ... .

<variant>Кузьминского

<variant>Крамера

<variant>Цито

<variant>Дитерихса

<variant>Беллера

<question>Показано оперативное лечение при переломах костей, если ... перелом.

<variant>открытый

<variant>поперечный

<variant>закрытый

<variant>косой

<variant>винтообразный

<question> Срок консолидаций при переломе диафиза бедренной кости:

<variant> 2,0- 2,5 мес

<variant> 20- 30 дней

<variant> 1 -1,5 мес

<variant> 3,0- 3,5 мес

<variant> 1,5- 2,0 мес

<question> Условия, способствующие образованию ложного сустава при переломе кости:

<variant> неправильное положение костных отломков и интерпозиция

<variant> повреждение нервов при переломе

<variant> повреждение крупных сосудов при переломе

<variant> повреждение мышцы при переломе

<variant> чрезмерно длительная иммобилизация

<question> Поднадкостничные переломы костей часто встречается у ....

<variant> детей

<variant> мужчин

<variant> женщин

<variant> стариков

<variant> больных с сахарным диабетом

<question> Перелом типа "зеленой ветки" встречается у ....

<variant> детей

<variant> больных с сахарным диабетом

<variant> больных авитаминозом

<variant> стариков

<variant> больных с остеомиелитом

<question> Ручная репозиция применяется при:

<variant> переломах костей пальцев

<variant> диафизарном переломе бедренной кости

<variant> переломе диафиза плечевой кости

<variant>переломах костей голени

<variant>внутрисуставных переломах

<question>Циркулярная гипсовая повязка при свежих переломах может привести к осложнению:

<variant>венозному стазу конечности

<variant>параличу дистального отдела конечности

<variant>остеомиелиту дистального отдела

<variant>образованию ложного сустава

<variant>нарушению функции сустава

<question>Первая помощь при открытом переломе костей конечности с повреждением крупной артерии:

<variant>наложения жгута, иммобилизация

<variant>транспортировка

<variant>ведение лекарственных средств, вызывающих спазм сосудов

<variant>введение обезболивающих средств

<variant>наложение повязки

<question>Срок образования первичной костной мозоли предплечья ... недель.

<variant>4-5

<variant>2-3

<variant>1 - 2

<variant>5 - 6

<variant>7 - 8

<question>При ... чаще всего операция не производится.

<variant>переломе тазовой кости

<variant>переломе бедренной кости

<variant>патологических переломах

<variant>переломе костей черепа

<variant>переломе ключицы

<question>Абсолютный признак перелома:

<variant>патологическая подвижность, крепитация

<variant>боль

<variant>деформация

<variant>нарушение функции

<variant>гиперемия

<question>Часто подвергается вывиху:

<variant>плечевой сустав

<variant>стопа

<variant>надколенник

<variant>предплечья

<variant>кисть

<question>При ...переломе срок консолидации протекает медленно.

<variant>эпифизарном

<variant>диафизарном

<variant>метафизарном

<variant>винтообразном

<variant>поперечном

<question>Наиболее опасный перелом для жизни:

<variant>основания черепа

<variant>седалищный кость

<variant>поясничный отдел позвоночника

<variant>грудина

<variant>шейка бедра

<question>Более информативный метод диагностики перелома:

<variant>рентгенография

<variant>опрос

<variant>осмотр

<variant>перкуссия

<variant>пальпация

<question>Гипсовая повязка, накладываемая при свежем переломе голени:

<variant>лонгетная

<variant>циркулярная

<variant>лангетно-циркулярная

<variant>кокситная

<variant>окончатая

<question>Переломы, лечащиеся оперативным путем:

<variant>перелом с интерпозицией мягких тканей

<variant>перелом со смещением

<variant>вколоченный перелом

<variant>косой перелом

<variant>винтообразный перелом

<question>Виды смещения отломков при переломе костей:

<variant>под углом

<variant>комбинированные

<variant>эпифизарные

<variant>диафизарные

<variant>метафизарные

<question>Костная мозоль не состоит из ... слоя.

<variant>фасциального

<variant>эндостального

<variant>периостального

<variant>интрамедиарного

<variant>парасосального

<question>Наиболее достоверный клинический признак при переломе костей:

<variant>деформация

<variant>боль место перелома

<variant>отек

<variant>ограничение функции

<variant>кровоизлияние

<question>Показания к ручной репозиции:

<variant>перелом лучевой кости в типичном месте

<variant>неполный перелом позвоночника

<variant>перелом бедра

<variant>перелом таза

<variant>компрессионный перелом

<question>К общим причинам замедленного сращения переломов относится:

<variant>сахарный диабет больного

<variant>неправильное сопоставление костных отломков

<variant>нарушение иннервации места перелома

<variant>интерпозиция мягких тканей

<variant>свободная фиксация гипсового лонгета

<question>Осложнение, при травме позвоночника:

<variant>повреждение спинного мозга

<variant>полимиелит

<variant>разрыв мышц

<variant>воздушная эмболия

<variant>кровотечение, острая анемия

<question>Иммобилизации, после вправления перелома.

<variant>гипсовая повязка

<variant>шина Крамера

<variant>шина Белер

<variant>мягкая бинтования

<variant>пневматическая шина

<question>По причине, переломы классифицируются:

<variant>врожденные и приобретенные

<variant>открытый, закрытый

<variant>полный, неполный

<variant>сложное, простое

<variant>со смещением, без смещения

<question>Некоторые к классификациям переломов:

<variant>легкая, средняя, тяжелая

<variant>открытый, закрытый

<variant>полный, неполный

<variant>простое, сложное

<variant>со смещением, без смещения

<question>Некоторый вид смещений костей:

<variant>косая

<variant>вращательная

<variant>по длине

<variant>по ширине

<variant>угольная

<question>После снятия гипсовой повязки, применение ... более эффективно.

<variant>лечебного массажа

<variant>холодного компресса

<variant>витаминотерапии

<variant>нагрузки на суставы

<variant>обезболивающих препаратов

<question>При переломе ключицы применяется, шина:

<variant>Кузьминского

<variant>Белера

<variant>Цито

<variant>Крамера

<variant>Дитерихса

<question>При накладывании гипсового лангета на верхнюю конечность, предплечье должно находится под углом на ... градус в сгибательном положении.

<variant>90

<variant>70

<variant>75

<variant>20

<variant>50

<question>При повреждении плеча обследование начинаем с:

<variant>сбора анамнеза

<variant>рентгенологического снимка

<variant>пальпации

<variant>анализа крови

<variant>УЗИ

<question>Первая помощь при травме длиннотрубчатых костей:

<variant>транспортная иммобилизация

<variant>наложения шины Белера

<variant>обезболивания

<variant>вправление

<variant>скелетное вытяжение

<question>При сложной травме, с целью профилактикой шока не применяется.

<variant>сопоставление костных отломков

<variant>транспортная иммобилизация

<variant>остановка кровотечения

<variant>ведение анальгетиков

<variant>обезболивание

<question>Положение больного, при транспортировке с травмами поясничного позвонка:

<variant>на живот

<variant>на здоровом боку

<variant>на спине

<variant>в позе лягушки

<variant>в сидячем положении

<question>Не применяется транспортная иммобилизация:

<variant>сетчатая

<variant>шина Крамера

<variant>шина Дитерихса

<variant>пневматическая шина

<variant>шина Белера

<question>Транспортировка в позе лягушки применяется при переломе:

<variant>таза

<variant>позвоночника

<variant>лопаточной кости

<variant>бедра

<variant>голени

<question>Нхождения иммобилизующего гипса на долгое время приводить к ... .

<variant>контрактуре

<variant>псевдоартрозу

<variant>отеку

<variant>гемоартрозу

<variant>эпифизеолизу

<question>К общим причинам замедленного сращения переломов относится:

<variant>авитаминоз

<variant>интерпозиция

<variant>нарушение кровеносных сосудов

<variant>попадание инфекций

<variant>нарушение иннерваций

<question>Если в области перелома наблюдается отек, то накладываем:

<variant>гипсовую лонгету

<variant>циркулярную гипсовую повязку

<variant>лонгентно циркулярную повязку

<variant>окончатую гипсовую повязку

<variant>мостовидную гипсовую повязку

<question>Причина, ложного сустава:

<variant>неправильное расположение костных отломков

<variant>повреждение нервов

<variant>повреждение крупных сосудов

<variant>повреждение мышцы

<variant>нахождение гипсовой повязки на долгое время

<question>Вид гипсовой повязки при открытых переломах:

<variant>окончатая

<variant>лангетная

<variant>циркулярная

<variant>лангетно-циркулярная

<variant>гипсовый корсет

<question>Вид гипсовой повязки при повреждениях тазо-бедренного сустава:

<variant>кокситная

<variant>лангетная

<variant>циркулярная

<variant>лангетно-циркулярная

<variant>окончатая

<question>Возраст начала заболевания деформирующим артрозом:

<variant>30 лет

<variant>40 лет

<variant>старше 40 лет

<variant>старше 50 лет

<variant>старше 60 лет

<question>Причины артоза врожденного характера:

<variant>врожденный вывих бедра

<variant>варусная деформация шейки бедра

<variant>вальгусная деформация шейки бедра

<variant>родовая травма

<variant>этиология артоза только приобретенного характера

<question>Этиологические причины артозов:

<variant>последствия травмы

<variant>последствие воспалительных изменений в суставе

<variant>перенесенные остеохондропатии

<variant>последствие обменно-гемморальных нарушений

<variant>врожденные причины

<question>Узелки Гебердена и Бушара указывают на поражение:

<variant>суставов запястья

<variant>межфаланговых суставов

<variant>коленных суставов

<variant>локтевых суставов

<variant>узелков при артозах не бывает

<question>Стартовые боли в суставах указывают на:

<variant>ревматоидный артрит

<variant>ревматический артрит

<variant>артроз

<variant>подагру

<variant>псориаз

<question>Лабораторные показатели характерные для артозов:

<variant>увеличение мукопротеидов

<variant>увеличение общего белка

<variant>повышение щелочной фосфатазы

<variant>изменение белковых фракций

<variant>увеличение мочевой кислоты

<question>Показания к оперативному вмешательству при артрозах:

<variant>прогрессирующее течение

<variant>контрактура сустава в порочном положении

<variant>стойкий болевой синдром

<variant>выраженная тугоподвижность двух одноименных суставов

<variant>деформация конечности или сустава

<question>При ... степени ожога потребуется оперативное лечение.

<variant>IIIб-IV

<variant>IIIа-IV

<variant>II-IIУ

<variant>только- IIУ

<variant>IIIа

<question>При ожогах 2 степени выздоровление наступает через:

<variant>6-10 дней

<variant>3-5 дней

<variant>9-12 дней

<variant>14-16 дней

<variant>3-4 дней

<question>Для ожогового шока характерно:

<variant>длительная эректильная фаза

<variant>короткая эректильная фаза

<variant>вялость, сонливость, иногда потеря сознания

<variant>высокая температура до 400, ознобы

<variant>торпидная фаза короткая или отсутствует

<question>Причиной смерти при ожогах чаще является осложнение:

<variant>шок

<variant>токсемия

<variant>кровотечение

<variant>инфекция

<variant>эмболия

<question>При ожоге сухой известью наблюдается:

<variant>колликвационный некроз

<variant>гиперемия кожи

<variant>кровоизлияние

<variant>коагуляционный некроз

<variant>образование пузырей

<question>В период ожоговой токсемии в крови отмечается:

<variant>увеличение гемоглобина, эритроцитов, лейкопения

<variant>анемия, лейкоцитоз

<variant>увеличение гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитоз

<variant>анемия, лейкопения

<variant>нормальные показатели гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов

<question>Ожоги классифицирует по:

<variant>I,II,IIIА,IIIБ,IV степени

<variant>IA,IB,II,III,IV степени

<variant>I,II,III,IIIА, IV степени

<variant>I,II,III,IVА,IVБ степени

<variant>I,IIА,IIБ,III,IV степени

<question>Метод наиболее точного определения площади ожога тела:

<variant>метод Б.Н.Постникова

<variant>"правило девяток"

<variant>"правило ладони"

<variant>по специальным таблицам

<variant>метод Вилявина (квадраты на поле силуэтов)

<question>При формулировании диагноза ожога в истории болезни не отмечается:

<variant>длительность воздействия травмирующего агента

<variant>вид ожога и травмирующий агент

<variant>степень ожога

<variant>общая площадь ожога

<variant>площадь глубокого ожога

<question>Из местных симптомов для ожога I степени не характерно:

<variant>гипостезия

<variant>болезненность

<variant>покраснение

<variant>отек

<variant>гипертерзия

<question>Из местных симптомов при ожоге II степени не отмечается:

<variant>гипостезия

<variant>болезненность

<variant>гиперемия

<variant>пузыри

<variant>отек

<question>Ожоговая болезнь у взрослых развивается при поверхностных ожогах более ... поверхности тела.

<variant>25-30 %

<variant>5 %

<variant>10 %

<variant>15 %

<variant>20 %

<question>Ожоговая болезнь у взрослых развивается при глубоких ожогах более ... поверхности тела.

<variant>10%

<variant>3%

<variant>5%

<variant>15%

<variant>25%

<question>Неверно указанная стадия течения ожоговой болезни:

<variant>острая легочная недостаточность

<variant>ожоговый шок

<variant>острая токсемия

<variant>септикотоксемия или сепсис

<variant>реконвалесценция

<question>Объем первой помощи при ожогах не включает:

<variant>наложение мазевой повязки

<variant>введение обезболивающих

<variant>наложение сухой асептической повязки

<variant>наложение мазевой повязки

<variant>организацию доставки в лечебное учреждение

<question>При химических ожогах объем первой помощи не включает:

<variant>наложение мазевой повязки

<variant>промывание проточной водой

<variant>обработку нейтрализующими растворами

<variant>обезболивание

<variant>организацию доставки пострадавшего в лечебное учреждение

<question>Признаки ожога III А степени:

<variant>нежная корочка

<variant>потеря чувствительности

<variant>отек, гиперемия

<variant>пузыри

<variant>плотная корочка /струп/

<question>По ... глубина поражения при ожогах делятся на пять степеней.

<variant>Крейбиух

<variant>Пирогову

<variant>Ландштейнеру

<variant>Листеру

<variant>Джанелидзе

<question>Некроз верхушек сосочкового слоя происходит при ... степени термического ожога:

<variant>III A

<variant>I

<variant>II

<variant>IV

<variant>III Б

<question>Площади ожога определяется по схеме:

<variant>Постникова

<variant>Крейбиха

<variant>Кохера

<variant>Спасокукоцкого

<variant>Ситковского

<question>Площадь повреждения тела ... при ожоге I-II степени может привести к смерти:

<variant>70 % и выше

<variant>10 % и выше

<variant>20 % и выше

<variant>40 % и выше

<variant>30 % и выше

<question>Действие щелочей на ткани человека:

<variant>растворяют белки

<variant>коагулирует белки

<variant>повышает количество белков

<variant>расщепляет белки на аминокислоты

<variant>не омывает жиры

<question>Раствор, используемый при ожоге фосфором:

<variant>5% раствор сульфата меди

<variant>2% раствор гидрокарбоната натрия

<variant>2% раствор уксусной кислоты

<variant>5% гипертонический раствор натрия хлорида

<variant>2% раствор лимонной кислотой

<question>Особенности течения ожогового шока:

<variant>продолжительность эректильной фазы

<variant>отсутствие эректильной фазы

<variant>отсутствие торпидной фазы

<variant>увеличение ОЦК

<variant>усиление слабости

<question>Изменения крови при ожогах:

<variant>повышение содержание гемоглобина и эритроцитов

<variant>уменьшение уровня лейкоцитов

<variant>уменьшение уровня эритроцитов

<variant>увеличение плазмы крови

<variant>снижением уровня цветного показателя

<question>Нагноившиеся ожоговые раны лечат ... методом.

<variant>закрытым

<variant>открытым

<variant>смешанным

<variant>полуоткрытым

<variant>полузакрытым

<question>Кислоты и соли тяжелых металлов, действуя на ткани, приводят:

<variant>к коагуляции белков

<variant> растворяют белки

<variant> расщепляют белки

<variant> растворяют жиры

<variant> к квалификации белков

<question> В стационар поступил пострадавший с термическим ожогом II степени, 50 % поражения кожи, лечебные мероприятия начинают с:

<variant> введением противошоковых препаратов

<variant> обработки пораженных поверхностей

<variant> введением противостолбнячной сыворотки

<variant> местной анестезии

<variant> переливаниям крови

<question> Тяжесть ожогового шока зависит от:

<variant> степени и площади ожога

<variant> пола

<variant> окружающей среды

<variant> возраста пострадавшего

<variant> сопутствующих заболеваний

<question> Симптом, не характерный для ожога первой степени:

<variant> потеря тактильной чувствительности

<variant> отек

<variant> гиперемия

<variant> боль

<variant> эритема

<question> К глубоким ожогам относится ... степень.

<variant> 3Б и 4

<variant> 2

<variant> 3А

<variant> 1- 2

<variant> 2-3А

<question>Площадь повреждения ... поверхности тела при ожоге 4 степени может привести к смерти:

- <variant>10 - 20 %
- <variant>5 - 10 %
- <variant>50 %
- <variant>до 5 %
- <variant>10-15 %

<question>Характерными особенностями ожогового шока является:

- <variant>длительный период торpidной фазы
- <variant>гиперволемия
- <variant>потеря сознания в первые минуты после ожога
- <variant>гиперкарния
- <variant>полиурия

<question>По правилу девяток спина равень:

- <variant>18%
- <variant>20%
- <variant>10%
- <variant>9%
- <variant>36%

<question>По правилу девяток голова и шея равни:

- <variant>9%
- <variant>5%
- <variant>7%
- <variant>12%
- <variant>18%

<question>По правилу девяток правая верхняя конечность равень:

- <variant>9%
- <variant>3%
- <variant>18%

<variant>5%

<variant>36%

<question>Поверхностный ожог лечится, ... способом.

<variant>открытым

<variant>закрытым

<variant>полу открытым

<variant>полу закрытым

<variant>смешанным

<question>Наличие пузырей с асептической серозной жидкостью характерно для отморожения:

<variant>II-степени

<variant>I-степени

<variant>III-степени

<variant>IV-степени

<variant>III-IV-степени

<question>Деморкационная линия при отморожениях - III-IV степени выявляется через:

<variant>3-4 недели

<variant>3-4 дня

<variant>1-2 недели

<variant>1-2 месяца

<variant>2 месяца и более

<question>Самоотторжение мертвых тканей при отморожениях происходит через:

<variant>1-2 месяца

<variant>2-3 недели

<variant>3-4 недели

<variant>1-2 недели

<variant>2 месяца и позже

<question>Дореактивный период отморожений включает время:

<variant>от начала действия холода до согревания

<variant>непосредственного воздействия холода

<variant>согревания

<variant>после восстановления температуры тела

<variant>от начала действия холода до отторжения струпа

<question>Реактивный период в течении отморожения включает время:

<variant>согревания

<variant>непосредственного воздействия холода

<variant>от начала действия холода до согревания

<variant>после восстановления температуры тела

<variant>от начала действия холода до отторжения струпа

<question>В раннем реактивном периоде отморожении не наблюдается:

<variant>некроз тканей

<variant>болевая реакция

<variant>повышения температуры тканей

<variant>отек и цианоз тканей

<variant>токсемия

<question>Для позднего реактивного периода отморожений характерно появление:

<variant>некроза тканей

<variant>болевой реакции

<variant>повышение температуры тканей

<variant>отек и цианоз тканей

<variant>токсемия

<question>При отморожений II степени дно вскрытого пузыря имеет цвет:

<variant>розовый

<variant>белый

<variant>синюшный

<variant>фиолетовый

<variant>черно-серый

<question>При оказании первой помощи пострадавшему от холодовой травмы не допустимо:

- <variant>растирание снегом
- <variant>растирание теплой чистой рукой
- <variant>растирание мягкой тканью
- <variant>обработка согретых участков спиртом
- <variant>наложение теплоизолирующей повязки

<question>Экстренная специфическая профилактика столбняка не обязательна при отморожениях:

- <variant>I степени
- <variant>II степени
- <variant>III степени
- <variant>IV степени
- <variant>типа "траншейной стопы"

<question>Некроз тканей при отморожении обусловлен:

- <variant>расстройством кровообращения
- <variant>непосредственным воздействием холода
- <variant>расстройством иннервации
- <variant>нарушением венозного оттока
- <variant>понижением местной температуры

<question>Наиболее часто отморожению подвергаются:

- <variant>конечности
- <variant>туловище
- <variant>голова
- <variant>шея
- <variant>промежность

<question>При отморожениях выделяют:

- <variant>четыре степени
- <variant>три степени

<variant>две степени

<variant>одну степень

<variant>пять степеней

<question>Первая помощь при отморожениях заключается:

<variant>в быстром согревании пораженной части тела

<variant>в профилактике инфекционных осложнений

<variant>в хирургическом лечении

<variant>в лечение инфекционных осложнений

<variant>в инфузионной терапии

<question>Поверхностные отморожения отмечаются при:

<variant>I - II ст

<variant>III ст

<variant>III - IV ст

<variant>IV ст

<variant>всех степенях

<question>Основной клинический симптом при отморожениях I степени:

<variant>бледность кожи с мраморным оттенком

<variant>общая слабость

<variant>гипергидроз

<variant>отек стопы, кистей

<variant>сонливость

<question>Наиболее частое осложнение при отморожениях:

<variant>нагноение

<variant>слоновость

<variant>пневмония

<variant>нефриты

<variant>невриты

<question>При I степени отморожения проводится:

<variant>протирание кожи спиртом и согревания

<variant>кожная пластика

<variant>вскрытие и удаление пузырей

<variant>ампутация конечностей

<variant>некротомия

<question>При II степени отморожения проводится:

<variant>согревание, вскрытие пузырей, повязка с мазью

<variant>ампутация конечностей

<variant>некротомия

<variant>протирания холдом

<variant>кожная пластика

<question>К отморожению второй степени характерно:

<variant>появления пузырей

<variant>некроза глубоколежащих тканей

<variant>признаки воспаления

<variant>отеки и покраснения кожи

<variant>потеря чувствительности

<question>Больному с отморожением обязательно надо вести:

<variant>противостолбнячную сыворотку

<variant>противогангренозную сыворотку

<variant>витамины

<variant>антирабарическую вакцину

<variant>прозерин

<question>Характерные степени отморожений:

<variant>I,II,III,IV

<variant>I,II,III,IIIА,IV

<variant>I,II,III,IV,V

<variant>I,II,III,IVА,IVБ

<variant>I,II,IIIА,IIIБ

<question>Скалъпированная рана чаще может локализоваться в ....

<variant>волосистой части головы

<variant>области грудной клетки

<variant>области голени

<variant>области передней брюшной стенки

<variant>области промежности

<question>Резанная рана наносится:

<variant>скальпелем

<variant>кирпичом

<variant>штыком

<variant>осколком снаряда

<variant>топором

<question>Повреждение считают непроникающим несмотря на проникновение раны через ... .

<variant>сухожильное влагалище

<variant>париетальную плевру

<variant>твердую мозговую оболочку

<variant>париетальную брюшину

<variant>синовиальную оболочку сустава

<question>Наиболее грозное ранее осложнение при колотой ране:

<variant>повреждение жизненно важных органов и кровотечение

<variant>шок

<variant>внесение инфекции

<variant>хроническая анемия

<variant>сепсис

<question>Ушибленная рана наносится ... .

<variant>камнем

<variant>ножном

<variant>топором

<variant>штыком

<variant>стеклом

<question>Если ... не производится первичная хирургическая обработка .

<variant>в ране имеются признаки воспаления

<variant>рана имеет ровные края

<variant>рана небольших размеров

<variant>рана не кровоточит

<variant>рана огнестрельная

<question>После огнестрельных ран с повреждением костей часто встречается осложнение:

<variant>остеомиелит

<variant>кровотечение

<variant>контрактура

<variant>вывих

<variant>нагноение

<question>Необходимое условие, обуславливающее первичное заживление раны:

<variant>плотное соприкосновение краев раны

<variant>наличие в ране кровянных сгустков

<variant>наличие в ране инородного тела

<variant>наличие в ране дренажа

<variant>наличие инфекции

<question>Если вокруг швов появились гиперемия и выделяется гной, необходимо:

<variant>снять швы, дренировать

<variant>повязки с мазью

<variant>повязки с гипертоническим раствором

<variant>физиотерапия

<variant>компресс

<question>Для свежей раны не характерно:

<variant>подергивания мышц

<variant>боли

<variant>кровотечения

<variant>зияние раны

<variant>зияния, кровотечения

<question>По инфицированности выделяют раны:

<variant>гнойные, свежеинфицированные, асептические

<variant>резанные, асептические, отравленные

<variant>асептические, скальпированные, гнойные

<variant>рубленные, свежеинфицированные, асептические

<variant>чистые, свежеинфицированные, зараженные

<question>Проникающей раной живота называется рана с повреждением:

<variant> pariетальной брюшины

<variant> кожи

<variant>мышц

<variant>апоневроза

<variant>подкожной жировой клетчатки

<question>Степень зияния раны обуславливается:

<variant>направлением эластических волокон кожи, мышц и сухожилий

<variant>глубиной повреждения

<variant>повреждением нервных стволов

<variant>повреждением фасций

<variant>повреждением мышц и сухожилий

<question>Рана, заживающая быстрее других:

<variant>резаная

<variant>рубленая

<variant>укушенная

<variant>ушибленная

<variant>размозженная

<question>В огнестрельной ране различают все зоны повреждения, кроме зоны ....

<variant>воспаления

<variant>раневого канала

<variant>молекулярного сотрясения

<variant>первичного некроза

<variant>кровоизлияния

<question>Более вероятно развитие инфекции в ране:

<variant>укушенной

<variant>резаной

<variant>рубленой

<variant>расположенной на лице

<variant>скальпированной

<question>Ушибленную рану от рубленой отличает:

<variant>наличия размозженных тканей

<variant>наличия кровоподтека по краю раны и кровотечение

<variant>разной глубины повреждения

<variant>менее выраженного кровотечения

<variant>нарушения целости нервных стволов и костей

<question>Для ускорения заживления раны при лечении в фазе дегидратации необходимы:

<variant>наложение мазевых повязок

<variant>частые перевязки

<variant>применение ферментов

<variant>наложение повязок с гипертоническими растворами

<variant>лечебная гимнастика