

Тесты

Хирургия

1. Объединяющими признаками всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости являются:

1. Постепенное начало, медленное течение, нет необходимости в срочной операции
2. Острое начало, быстрое течение, необходимость срочной операции
3. Подострое начало, нет необходимости в срочной операции
4. Острое начало, быстрое течение, необходимость операции в плановом порядке
5. Подострое начало, необходимость операции в плановом порядке

2. Свободный газ в брюшной полости определяется при:

1. острый холецистит
2. острый аппендицит
3. перфоративная язва желудка
4. острая кишечная непроходимость
5. острый панкреатит

3. Защитное мышечное напряжение характерно для:

1. острого перитонита
2. отечной формы панкреатита
3. инвагинации кишечника
4. желудочного кровотечения
5. хронического калькулезного холецистита

4. Симптом Ситковского наблюдается при:

1. остром холецистите
2. остром панкреатите
3. остром аппендиците
4. почечной колике
5. остром гастрите

5. При синдроме «острого живота» необходимо:

1. сделать очистительную клизму
2. ввести обезболивающее
3. ввести спазмолитики
4. промыть желудок
5. срочно госпитализировать больного

6. Характер рвоты при остром панкреатите:

1. однократная
2. многократная, не приносящая облегчения
3. многократная, приносящая облегчение
4. отсутствует
5. рвота с изжогой

7. Причина механической желтухи при холецистите:

1. печеночная недостаточность
2. гемолиз эритроцитов
3. закупорка камнем общего желчного протока
4. нарушение обмена веществ
5. лихорадка

8. Опоясывающая боль наблюдается при:

1. холецистите
2. кишечной непроходимости
3. перфоративной язве желудка
4. травме селезенки
5. панкреатите

9. Достоверный признак перитонита

1. болезненность живота при пальпации
2. неотхождение газов и кала
3. симптомы раздражения брюшины
4. метеоризм
5. рвота

10. «Чаши Клойбера» на рентгенограмме характерны для:

1. кишечного кровотечения
2. разрыва печени
3. кишечной непроходимости
4. перфорации кишечника
5. острого панкреатита

11. Какие противопоказания к операции при остром аппендиците:

1. старческий возраст
2. дети до 14 лет
3. гипертоническая болезнь
4. нет противопоказаний
5. беременность

12. Какая операция выполняется при остром перитоните:

1. диагностическая
2. плановая
3. срочная
4. экстренная
5. отсроченная

13. Симптом Кохера наблюдается при остром:

1. холицистите
2. парапроктите
3. панкреатите
4. аппендиците
5. пиелонефрите

14. Характер и локализация болей при остром холецистите:

1. схваткообразные боли
2. постоянные, сильные в правой подвздошной области
3. постоянные, резкие боли в правом подреберье
4. «кинжальные» в эпигастрии
5. опоясывающие, тупого характера

15. Симптом острого холецистита:

1. Воскресенского
2. Пастернацкого
3. подающей капли
4. Ситковского
5. Ортнера

16. Анализ крови и мочи на содержание амилазы выполняют при подозрении на:

1. кишечное кровотечение
2. острый парапроктит
3. острый панкреатит
4. острый перитонит
5. острый гепатит

17. «Доскообразный» живот наблюдается при:

1. повреждении печени
2. желудочном кровотечении
3. остром аппендиците
4. перфоративной язве желудка
5. остром панкреатите

18. Характер и локализация болей при остром аппендиците:

1. постоянные, резкие боли в правом подреберье
2. постоянные, сильные боли в правой подвздошной области
3. опоясывающие, тупого характера
4. схваткообразная боль
5. «кинжальные» в эпигастрии

19. Основным в лечении панкреатита является использование:

1. антибиотиков
2. спазмолитиков
3. обезболивающих

- 4.ингибиторов протеаз
5. ингибиторов протонной помпы

20. «Серп» воздуха при рентгенографии брюшной полости характерен для:

1. кишечной непроходимости
2. перфоративной язвы
3. кровоточащей язвы
4. панкреатита
5. плеврита

21. Механическая желтуха — это осложнение:

1. острого панкреатита
2. острого аппендицита
3. острого холецистита
4. острого дуоденита
5. вирусного гепатита

Рана. Первичная хирургическая обработка. Кровотечения. Виды кровотечения. Остановка кровотечения.

22. Дайте наиболее полный правильный ответ: кровотечение – это:

1. Излияние крови в ткани
2. Излияние крови во внешнюю среду
3. Излияние крови в полости организма
4. Излияние крови во внешнюю среду и ткани
5. Излияние крови в ткани, полости организма или во внешнюю среду

23. По анатомической классификации кровотечения разделяют на:

1. Продолжающиеся, остановившиеся
2. Внутренние, наружные
3. Ранние, поздние
4. Артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные
5. Первичные, вторичные

24. К временной остановке кровотечения относят:

1. Перевязку сосудов в ране
2. Перевязку сосуда на протяжении
3. Наложение сосудистого шва
4. Наложение давящей повязки, жгута
5. Прошивание сосуда

25. Какой из перечисленных методов является окончательной остановкой кровотечения?

1. Наложение жгута
2. Пальцевое прижатие сосудов
3. Наложение зажима на сосуд

4. Перевязка сосуда
5. Наложение давящей повязки

26. При каком кровотечении используют наложение жгута?

1. Артериальном
2. Венозном
3. Капиллярном
4. Паренхиматозном
5. Альвеолярном

27. Сколько фаз имеет течение раневого процесса?

1. Одну
2. Две
3. Три
4. Четыре
5. Пять

28. Какие раны заживают первичным натяжением?

1. Асептические
2. Раны с малой зоной повреждения
3. Раны с большой зоной повреждения
4. Асептические раны с малой зоной повреждения, края которых плотно соприкасаются
5. Асептические раны с малой зоной повреждения

29. Как называется операция, направленная на лечение раны?

1. Иссечение раны
2. Рассечение раны
3. Хирургическая обработка раны
4. Туалет раны
5. Дренирование раны

30. Какой технический прием из перечисленных не применяется во время проведения хирургической обработки ран?

1. Рассечение раны
2. Пересечение раны
3. Рассечение с частичным иссечением
4. Частичное иссечение раны
5. Полное иссечение раны

31. Что лежит в основе клинической классификации хирургической обработки ран?

1. Наличие некротических тканей и инородных тел в ране
2. Временной фактор
3. Наличие кровотечения
4. Развитие инфекции в ране
5. Попадание инфекции в рану

32. В какие сроки после хирургической обработки накладываются отсроченные первичные швы?

1. Сразу
2. Через сутки
3. Через 3-6 суток
4. Через 10-15 суток
5. Через 20-30 и более суток

33. Применение каких лекарственных препаратов для лечения ран во вторую фазу наиболее целесообразно?

1. Гипертонических растворов
2. Протеолитических ферментов
3. Антикоагулянтов
4. Лекарственных препаратов на мазевой основе
5. Антибактериальных средств

34. К механической антисептики относятся следующие мероприятия, за исключением:

1. Туалет раны
2. Первичная хирургическая обработка раны
3. Вскрытие гнойников, пункция абсцессов
4. Дренирование раны
5. Вторичная хирургическая обработка раны

35. Первичная хирургическая обработка раны проводится, за исключением:

1. Путем иссечения краев, стенок и дна раны вместе с посторонними предметами и зонами некроза
2. Позволяет превратить инфицированную рану в стерильную
3. Обработывают кожу вокруг раны, снимая при этом расслоенный эпидермис, следы раневого экссудата, остатки креолы
4. Удаляются все ткани, которые касались нестерильных предметов и внешней среды
5. Основной метод лечения свежееинфицированной раны

36. Показаниями к выполнению первичной или вторичной хирургической обработки является наличие глубокой раны с расхождением краев не менее:

1. 2 см
2. 3 см
3. 1 см
4. 0,5 см
5. 4 см

37. Ранняя хирургическая обработка проводится в срок до:

1. 48 часов
2. 6 часов
3. 12 часов
4. 24 часов

5. 1 часа

38. В какие сроки выполняется отсроченная хирургическая обработка:

1. до 24 часов после нанесения раны
2. с 12 до 24 часов с момента ранения
3. с 6 до 12 часов с момента ранения
4. до 12 часов после нанесения раны
5. с 24 до 48 часов после нанесения раны

39. В какие сроки накладывают ранний вторичный шов:

1. до 24 часов
2. до 3 суток
3. до 21 суток
4. до 28 суток
5. после 28 суток

40. Поздняя хирургическая обработка выполняется в сроки:

1. с 48 до 72 часов после нанесения раны
2. с 24 до 48 часов после нанесения раны
3. до 12 часов после нанесения раны
4. до 24 часов после нанесения раны
5. с 12 до 24 часов с момента ранения;

41. В какие сроки накладывают первично-отсроченный шов:

1. на 7 – 21 сутки после ПХО
2. сразу после завершения операции
3. сразу после завершения ПХО
4. в течение 1-6суток после ПХО
5. до 24 часов

42. В какие сроки накладывают поздний вторичный шов:

1. до 24 часов
2. до 3 суток;
3. до 21 суток
4. после 3 суток
5. после 21 суток

Б.К.

43. Какая хирургическая тактика должна быть при продолжающемся кишечном кровотечении неясной этиологии?

1. Диагностическая и лечебная фиброгастродуоденоскопия
2. Диагностическая и лечебная фиброколоноскопия
3. Диагностическая лапаротомия с переходом в лечебную
4. Регионарная гипотермия
5. Инфузионно-трансфузионная терапия с диагностической энтерографией.

44. У молодого больного, поступившего в клинику с желудочно-кишечным кровотечением, при экстренной гастроуденоскопии обнаружена хроническая язва двенадцатиперстной кишки с тромбированным крупным сосудом. Какая должна быть тактика?

1. Срочная операция
2. Консервативное лечение
3. Эмболизация сосудов желудка
4. Наблюдение, операция в случае рецидива кровотечения
5. Профилактика рецидива кровотечения диатермокоагуляцией

45. Какое исследование целесообразно назначить больному для уточнения источника желудочно-кишечного кровотечения, возникшего на фоне острого инфаркта миокарда?

1. Рентгеноскопию желудка
2. Фиброгастроуденоскопию
3. Обзорную рентгенографию живота
4. Диагностическую лапароскопию
5. Сонографическое исследование органов брюшной полости

46. Дайте наиболее полный правильный ответ, кровотечение – это излияние крови:

1. Во внешнюю среду
2. В полости организма
3. В ткани организма
4. В ткани, полости организма или во внешнюю среду
5. Во внешнюю среду и полости организма

47. Какие кровотечения различают по анатомической классификации?

1. Первичные, вторичные
2. Скрытые внутренние, скрытые наружные
3. Артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные
4. Ранние, поздние
5. Наружные, внутренние

48. Сонная артерия при кровотечении из нее прижимается к

1. Височной кости
2. Углу нижней челюсти
3. Поперечному отростку 6 шейного позвонка
4. Теменной кости
5. Ключице

49. Какая наиболее частая причина кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта?

1. Портальная гипертензия
2. Распадающаяся опухоль желудка
3. Язва желудка или двенадцатиперстной кишки
4. Эрозивный гастрит
5. Синдром Маллори-Вейсса

50. На какие основные группы делятся все способы остановки кровотечений?

1. Временные, окончательные
2. Физические, механические
3. Механические, биологические
4. Надежные, ненадежные
5. Доврачебные, врачебные

51. Симптомом суставного панариция является:

1. Веретенообразное утолщение пальца в области сустава
2. Колбообразная форма пальца
3. Отсутствие гиперемии
4. Крепитация секвестров
5. Отсутствие болезненности

52. Какой из указанных методов лечения является основным при флегмоне срединного ладонного пространства кисти?

1. Антибактериальное
2. Симптоматическое
3. Оперативное
4. Физиотерапевтическое
5. общеукрепляющее

53. Какое обезболивание не желательно применять при панариции и флегмонах кисти?

1. общее обезболивание
2. проводниковое
3. в/венное
4. в/костное
5. инфильтрационное по А.В. Вишневскому

54. При каком панариции вынужденно производят ампутацию:

1. Сухожильном
2. Костном
3. Суставном
4. Пандактилите
5. Кожном

55. При карбункуле шеи в стадии инфильтрата применяют:

1. Крестообразный разрез
2. Компресс с мазью вишневского
3. Пункцию инфильтрата
4. Компресс с протеолитическими ферментами
5. Пузыри со льдом

56. Чем опасен фурункул верхней губы?

1. Развитием перитонита
2. Развитием воспаления плевры

3. Тромбозом сагиттального венозного синуса
4. Развитием подчелюстного лимфаденита
5. Развитием паротита

57. При вскрытии панариция применяют:

1. Местную анестезию по Вишневскому
2. Спинальную анестезию
3. Проводниковую анестезию по Оберсту-Лукашевичу
4. Инфильтративная анестезия
5. Новокаиновая блокада

58. Укажите наиболее опасное осложнение пенетрирующих, гастродуоденальных язв:

1. Профузное кровотечение
2. Малигнизация
3. Прободение в свободную брюшную полость
4. Стеноз
5. Перитонит

59. Локализация места кровотечения при синдроме Меллори-Вейса:

1. Разрыв слизистой пищевода
2. Разрыв слизистой желудка
3. Разрыв слизистой места перехода пищевода в желудок
4. Разрыв слизистой 12 п. Кишки
5. Кровотечение из полипов желудка

60. Из клинических признаков кровотечения меньше всего может служить критерием тяжести кровопотери:

1. Кровавая рвота
2. Качество пульса и величина артериального давления
3. Частота дыхательных движений
4. Признаки периферической вазоконстрикции
5. Мелена

61. О влиянии микроциркуляторных расстройств на состояние внутренних органов в условиях гиповолемии, вызванной кровопотерей, проще всего судить по функциональным нарушениям со стороны:

1. Мозга
2. Сердца
3. Легких
4. Кишечника
5. Почек

62. Для начальной терапии кровотечений, возникающих на почве острых изъязвлений и язв, используется

1. Блокада H₂-рецепторов гистамина
2. Антациды
3. Селективная инфузия вазопрессина

4. Внутривенные инфузии и промывания желудка ледяной водой
5. Витамин А в больших дозах

63. Наиболее частое осложнение при баллонной тампонаде кровоточащих вен пищевода:

1. Аспирация
2. Обструкция трахеи
3. Некроз участков слизистой
4. Некроз пищевода
5. Разрыв пищевода

64. Массивное кровотечение из толстой кишки может быть первым и единственным проявлением болезни при:

1. Дивертикулезе
2. Диффузном семейном полипозе
3. Злокачественных новообразованиях
4. Неспецифическом язвенном колите
5. Эндометриозе кишечника

65. Какой степени кровопотери соответствует дефицит ОЦК 20% при кровотечении?

1. I степени
2. II степени
3. III степени
4. IV степени
5. Незначительная

66. Какой степени кровопотери соответствует дефицит ОЦК 30% при кровотечении?

1. I степени
2. II степени
3. III степени
4. IV степени
5. Незначительная

67. Какой объем кровопотери не требует возмещения препаратами крови?

1. В пределах 5% ОЦК
2. В пределах 10% ОЦК
3. В пределах 20% ОЦК
4. В пределах 30% ОЦК
5. В пределах 40% ОЦК

68. Наиболее частый возбудитель фурункула:

1. Стрептококк
2. Гонококк
3. Пневмококк
4. Стафилококк

5. Бактериоды

69. Флегмона – это:

1. Гнойное воспаление потовых желез
2. Ограниченное гнойное воспаление клетчатки
3. Неограниченное гнойное воспаление клетчатки
4. Гнойное воспаление сальных желез
5. Асептическое воспаление потовых желез

70. Абсцесс – это:

1. Гнойное воспаление потовых желез
2. Ограниченное гнойное воспаление клетчатки
3. Неограниченное гнойное воспаление клетчатки
4. Гнойное воспаление сальных желез
5. Не ограниченное гнойное воспаление клетчатки

71. Фурункул – это:

1. Гнойное воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей
2. Гнойное воспаление потовых желез
3. Гнойное воспаление сальных желез
4. Абактериальное воспаление сальных желез
5. Воспаление молочных желез

72. Карбункул – это:

1. Гнойное воспаление нескольких волосяных фолликулов и окружающих тканей
2. Гнойное воспаление нескольких потовых желез
3. Гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и окружающих тканей
4. Воспаление нескольких волосяных фолликулов
5. Воспаление окружающих тканей

73. Наиболее частая локализация карбункула:

1. Ладонная поверхность кистей
2. Подошвенная поверхность стоп
3. Задняя поверхность шеи
4. медиальная поверхность голени
5. тыльная поверхность стопы

74. Фурункул не возникает на:

1. Промежности
2. Голове
3. В подмышечных областях
4. Ладонных поверхностях кистей рук
5. В наружном слуховом проходе

75. Развитию карбункула способствует:

1. Гипертиреоз
2. Сахарный диабет
3. Гипопаратиреоз
4. Гормональный сбой
5. Гломерулонефрит

76. Общие явления характерны для:

1. Фурункула
2. Гидраденита
3. Карбункула
4. Фурункулеза
5. Панариция

77. Благоприятный исход при прорыве абсцесса:

1. В полости организма
2. В просвет полого органа
3. На поверхность тела
4. В плевральную полость
5. В брюшную полость

78. Наиболее характерны явления интоксикации при:

1. Лимфадените
2. Фурункуле
3. Гидрадените
4. Флегмоне
5. Абсцессе

79. Рожей называется острая хирургическая инфекция, в основе которой лежит капиллярный лимфангит дермы, вызванный:

1. Пневмококком
2. Стафилококком
3. Кишечной палочкой
4. Стрептококком
5. Протеом

80. Различают следующие клинические формы рожи:

1. Эритематозную, эмфизематозную
2. Флегмонозную, абсцедирующую, буллезную
3. Эритематозную, буллезную, флегмонозную, некротическую
4. Септическую, эритематозную, некротическую
5. Бессимптомную

81. Наиболее часто при роже поражаются:

1. Слизистые оболочки
2. Лицо, голова, нижние конечности

3. Верхние конечности, грудная клетка
4. Предплечье, слизистые оболочки
5. Пальцы кистей

82. При роже противопоказаны:

1. Антигистаминные препараты
2. Ультрафиолетовое облучение
3. Влажные повязки и ванны
4. Рентгенотерапия
5. Противовоспалительные препараты

83. Какой тип воспалительной реакции не бывает при хирургической инфекции?

1. Альтернативный
2. Альтеративный
3. Экссудативный
4. Пролиферативный
5. Комбинированный

84. Какая стадия местных изменений при развитии острой хирургической инфекции не развивается?

1. Серозно-инфильтративная
2. Индуративная
3. Гнойно-некротическая
4. Латентная
5. Хроническая

85. Какой метод дренирования полости гнойника предпочтительнее?

1. Пассивный
2. Активный
3. Применение программированных систем с активной аспирацией
4. Комбинированный
5. Все ответы верны

86. Площадь ожога всей верхней конечности по «правилу девяток» составляет:

1. 1%.
2. 9%.
3. 18%.
4. 27%.
5. 36%.

87. Площадь ожога обеих нижних конечностей по «правилу девяток» составляет:

1. 9%.
2. 18%.
3. 27%.
4. 36%.
5. 45%.

88. Из местных симптомов для ожога I степени характерно все, кроме:

1. Гипертермии.
2. Болезненности.
3. Покраснения.
4. Отека.
5. Гиперестезии.

89. Для ожогового шока характерно:

1. Слабо выраженная эректильная фаза.
2. Ярко выраженная эректильная фаза.
3. Отсутствие торпидной фазы.
4. Повышение ЦВД.
5. Увеличение ОЦК.

90. Объем первой помощи при ожогах предполагает все, кроме:

1. Введения обезболивающих.
2. Наложения сухой асептической повязки.
3. Наложения мазевой повязки.
4. Профилактики асфиксии при ожоге верхних дыхательных путей.
5. Организации доставки в лечебное учреждение.

91. В течение какого минимального времени необходимо проводить локальное охлаждение при ожогах?

1. 15–20 мин.
2. 40–60 мин.
3. 1–2 ч.
4. 3–4 ч.
5. 1–2 сут

92. Укажите характерные изменения при ожоге II степени:

1. Гиперемия, отек и наличие пузырей.
2. Гиперемия и отек кожи.
3. Обугливание мягких тканей.
4. Наличие струпа.
5. Диapedезное кровотечение.

93. Какие слои покровных тканей повреждаются при ожогах I степени?

1. Поверхностный слой эпидермиса.
2. Весь эпидермальный слой кожи с его отслойкой.
3. Эпидермис с частичным некрозом верхушек сосочкового слоя.
4. Все слои кожи.
5. Кожа и подлежащие ткани.

94. Какой участок тела более всего подвергается отморожению?

1. Верхние конечности.
2. Нижние конечности.
3. Мочка уха.
4. Грудная клетка
5. Дыхательные пути.

95. Какой из перечисленных факторов более всего оказывает содействие переохлаждению организма?

1. Курение.
2. Авитаминоз.
3. Тяжелая работа.
4. Избыточное употребление алкоголя.
5. Повышенная влажность окружающей среды

96. Основной причиной дегенеративных изменений и некроза тканей при холодовой травме является:

1. Плазмопотеря.
2. Паралич нервных окончаний.
3. Дисфункция мышц.
4. Нарушение кровотока.
5. Прекращение потоотделения

97. Дореактивный период в течение отморожения включает время:

1. Непосредственного воздействия холода.
2. От начала действия холода до согревания.
3. Согревания.
4. После восстановления температуры тела.
5. От начала действия холода до отторжения струпа

98. Что недопустимо при оказании первой помощи пострадавшему от холодовой травмы?

1. Растирание теплой чистой рукой.
2. Растирание мягкой тканью.
3. Растирание снегом.
4. Обработка согретых участков спиртом.
5. Наложение теплоизолирующей повязки.

99. К местным инфекционным осложнениям отморожений относится все, кроме:

1. Лимфангита, лимфаденита.
2. Тромбофлебита.
3. Абсцесса, флегмоны.
4. Гидраденита.
5. Рожи.

100. II фаза замерзания – это:

1. Приспособительная реакция.
2. Ступор.
3. Сопор.
4. Угасание жизненных функций.
5. Клиническая смерть.

101. Какая хирургическая тактика должна быть при продолжающемся кишечном кровотечении неясной этиологии?

1. Диагностическая и лечебная фиброгастродуоденоскопия
2. Диагностическая и лечебная фиброколоноскопия
3. Диагностическая лапаротомия с переходом в лечебную
4. Регионарная гипотермия
5. Инфузионно-трансфузионная терапия с диагностической энтерографией.

102. У молодого больного, поступившего в клинику с желудочно-кишечным кровотечением, при экстренной гастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва двенадцатиперстной кишки с тромбированным крупным сосудом. Какая должна быть тактика?

1. Срочная операция
2. консервативное лечение
3. Эмболизация сосудов желудка
4. Наблюдение, операция в случае рецидива кровотечения
5. Профилактика рецидива кровотечения диатермокоагуляцией

103. Какое исследование целесообразно назначить больному для уточнения источника желудочно-кишечного кровотечения, возникшего на фоне острого инфаркта миокарда?

1. Рентгеноскопию желудка
2. Фиброгастродуоденоскопию
3. Обзорную рентгенографию живота
4. Диагностическую лапароскопию
5. Сонографическое исследование органов брюшной полости

104. Дайте наиболее полный правильный ответ, кровотечение – это излияние крови:

1. во внешнюю среду
2. в полости организма
3. в ткани организма
4. в ткани, полости организма или во внешнюю среду
5. во внешнюю среду и полости организма

105. Какие кровотечения различают по анатомической классификации?

1. первичные, вторичные
2. скрытые внутренние, скрытые наружные
3. артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные
4. ранние, поздние
5. наружные, внутренние

106. Сонная артерия при кровотечении из нее прижимается к

1. носочной кости
2. углу нижней челюсти

3. поперечному отростку VI шейного позвонка
4. теменной кости
5. ключице

107. Какая наиболее частая причина кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта?

1. Портальная гипертензия
2. Распадающаяся опухоль желудка
3. Язва желудка или двенадцатиперстной кишки
4. Эрозивный гастрит
5. Синдром Маллори-Вейсса

108. На какие основные группы делятся все способы остановки кровотечений?

1. временные, окончательные
2. физические, механические
3. механические, биологические
4. надежные, ненадежные
5. доврачебные, врачебные

109. Симптомом суставного панариция является:

1. веретенообразное утолщение пальца в области сустава
2. колбообразная форма пальца
3. отсутствие гиперемии
4. крепитация секвестров
5. отсутствие болезненности

110. Какой из указанных методов лечения является основным при флегмоне срединного ладонного пространства кисти?

1. антибактериальное
2. симптоматическое
3. оперативное
4. физиотерапевтическое
5. общеукрепляющее

111. Какое обезболивание не желательно применять при панариции и флегмонах кисти?

1. общее обезболивание
2. проводниковое
3. в/венное
4. в/костное
5. инфильтрационное по А.В. Вишневскому

112. При каком панариции вынужденно производят ампутацию:

1. сухожильном
2. костном
3. суставном
4. пандактилите
5. кожном

113. При карбункуле шеи в стадии инфильтрата применяют:

1. крестообразный разрез
2. компресс с мазью Вишневского
3. пункцию инфильтрата

4. компресс с протеолитическими ферментами
5. пузыри со льдом

114. Чем опасен фурункул верхней губы?

1. развитием перитонита
2. развитием воспаления плевры
3. тромбозом сагиттального венозного синуса
4. развитием подчелюстного лимфаденита
5. развитием паротита

115. При вскрытии панариция применяют:

1. Местную анестезию по Вишневскому
2. Спинальную анестезию
3. Проводниковую анестезию по Оберсту-Лукашевичу
4. Инфильтративная анестезия
5. Новокаиновая блокада

116. Укажите наиболее опасное осложнение пенетрирующих, гастродуоденальных язв:

1. профузное кровотечение
2. малигнизация
3. прободение в свободную брюшную полость
4. стеноз
5. перитонит

117. Локализация места кровотечения при синдроме Меллори-Вейса:

1. разрыв слизистой пищевода
2. разрыв слизистой желудка
3. разрыв слизистой места перехода пищевода в желудок
4. разрыв слизистой 12 п. кишки
5. кровотечение из полипов желудка

118. Из клинических признаков кровотечения меньше всего может служить критерием тяжести кровопотери:

1. Кровавая рвота
2. Качество пульса и величина артериального давления
3. Частота дыхательных движений
4. Признаки периферической вазоконстрикции
5. Мелена

119. О влиянии микроциркуляторных расстройств на состояние внутренних органов в условиях гиповолемии, вызванной кровопотерей, проще всего судить по функциональным нарушениям со стороны:

1. Мозга
2. Сердца
3. Легких
4. Кишечника
5. Почек

120. Для начальной терапии кровотечений, возникающих на почве острых изъязвлений и язв, используется:

1. Блокада H₂-рецепторов гистамина
2. Антациды

3. Селективная инфузия вазопрессина
4. Внутривенные инфузии и промывания желудка ледяной водой
5. Витамин А в больших дозах

121. Наиболее частое осложнение при баллонной тампонаде кровоточащих вен пищевода:

1. Аспирация
2. Обструкция трахеи
3. Некроз участков слизистой
4. Некроз пищевода
5. Разрыв пищевода

122. Массивное кровотечение из толстой кишки может быть первым и единственным проявлением болезни при:

1. Дивертикулезе
2. Диффузном семейном полипозе
3. Злокачественных новообразованиях
4. Неспецифическом язвенном колите
5. Эндометриозе кишечника

123. Какой степени кровопотери соответствует дефицит ОЦК 20% при кровотечении?

1. I степени
2. II степени
3. III степени
4. IV степени
5. Незначительная

124. Какой степени кровопотери соответствует дефицит ОЦК 30% при кровотечении?

1. I степени
2. II степени
3. III степени
4. IV степени
5. Незначительная

125. Какой объем кровопотери не требует возмещения препаратами крови?

1. В пределах 5% ОЦК
2. В пределах 10% ОЦК
3. В пределах 20% ОЦК
4. В пределах 30% ОЦК
5. В пределах 40% ОЦК

126. Истоками большой подкожной вены нижних конечностей является:

1. Краевая медиальная вена.
2. Краевая латеральная вена.
3. Передняя большеберцовая вена.
4. Подколенная вена.
5. Тыльная плюсневая вена.

127. Истоками малой подкожной вены нижних конечностей является:

1. Передняя больше-берцовая вена.

2. Тыльная плюсневая вена.
3. Краевая медиальная вена.
4. Краевая латеральная вена.
5. Подколенная вена.

128. Глубокие вены нижних конечностей берут свое начало от:

1. Подошвенных пальцевых вен.
2. Подошвенных плюсневых вен.
3. Латеральных подошвенных вен.
4. Передних больше-берцовых вен.
5. Медиальных подошвенных вен.

129. В гемодинамике венозной системы первостепенную функциональную роль играют:

1. Сокращение мышц конечностей.
2. Движение конечностей.
3. Клапаны вен.
4. Присасывающее действие грудной клетки.
5. Турбулентное движение крови в венах.

130. Несостоятельность коммуникантных вен определяется следующими пробами:

1. Дельбе-Петерса.
2. Червякова.
3. Окснера.
4. Пратта.
5. Фирта.

131. Несостоятельность остиальных клапанов определяется следующими пробами:

1. Фирта и Хейхала.
2. Тальмана.
3. Шейниса.
4. Махорнера и Окснера.
5. Гакенбруха

132. При функциональной реовазографии большие дыхательные волны с подъемом выше 20мм от изолинии характерны для больных:

1. Выраженным варикозом вен и полной реканализацией глубоких вен.
2. Выраженным варикозом вен с неполной реканализацией глубоких вен.
3. Умеренным варикозом вен и неполной реканализацией глубоких вен.
4. Умеренным варикозом вен и отсутствием реканализации
5. Умеренным варикозом вен

133. При болезни Паркс-Вебера-Рубашова варикозные вены возникают вследствие:

1. Тромбоз глубоких вен.
2. Тромбоз поверхностных вен.
3. Тромбоз артериол.
4. Попадание артериальной крови в венозную через крупные шунты.

5. Попадание артериальной крови в венозную через мелкие артерио-венозные шунты.

134. При болезни Пратта-Видаля-Барраки варикозные вены возникают вследствие:

1. Тромбоэмболия артерий.
2. Тромбоз глубоких вен.
3. Сброс артериальной крови через артерио-венозные анастомозы.
4. Сброс артериальной крови в вену более крупные шунты.
5. Сброс артериальной крови в вену при травмах сосудов.

135. Для II-стадии ПТФС характерны:

1. Нормальная окраска кожных покровов.
2. Выраженная пигментация кожи и постоянные отеки ног.
3. Снижение температуры тела.
4. Потеря чувствительности кожных покровов.
5. Снижение чувствительности кожных покровов

136. Операция Маделунга:

1. Высокая перевязка большой подкожной вены.
2. Резекция большой подкожной вены в области бедра.
3. Удаление расширенных вен из небольшого разреза по ходу основного ствола.
4. Подкожная экстракция расширенных вен.
5. Удаление подкожной вены через лампасный разрез

137. Синдром Клиппель-Треноне:

1. Наличие артерио-венозных анастомозов.
2. Гипоплазия сосудов.
3. Болезни с поражением глубоких вен конечности и таза.
4. Посттравматические артерио-венозные свищи.
5. Илеофemorальный флеботромбоз.

138. Назовите наиболее важный фактор, определяющий клиническую картину, диагностику, тактику лечения травмы сосудов:

1. Микробное загрязнение.
2. Проникновение в просвет сосуда.
3. Состояние кожных покровов.
4. Механизм воздействия повреждающей силы.
5. Временный фактор.

139. Клиника врожденной извитости дуги аорты характеризуется:

1. Общей перфузией.
2. Нарушением мозгового кровообращения.
3. Синдромом коарктации аорты.
4. Выраженным болевым синдромом.
5. Деформацией грудной клетки.

140. Кто первым предпринял попытку фрагментировать, раздробить тромб:

1. Сабанеев И.Ф. в 1895г.
2. Клейн И.Ф. в 1863г.
3. Львов В.В. в 1867г.
4. Деруе в 1880г.
5. Хеллуел в 1759г.

141. Кто первый в мире произвел успешную попытку удаления эмбола из бедренной артерии:

1. Шах-Парониации М.В. в 1865г.
2. Сабанеев И.Ф. в 1895г.
3. Вреден Р.Р. в 1897г.
- 4 Морозов А.И. в 1910г.
- 5) Стюарт Г. в 1905г.

142. Кто впервые в мире произвел прямую эмболэктомию из бифуркации аорты с хорошим исходом:

1. Байэр Н. в 1913г.
2. Гессэ Э.Р. в 1914г.
3. Спасокукоцкий С.И. в 1914г.
4. Кэй Э. в 1922г.
5. Джанелидзе Д.Д. 1926г.

143. В каком году Фогарти предложил балонный катетер:

1. 1960г.
2. 1962г.
3. 1957г.
4. 1968г.
5. 1973г.

144. Нормальное венозное давление в срединной локтевой вене:

1. 50-80мм. вод.ст.
2. 80-100мм. вод.ст.
3. 100-150мм. вод.ст.
4. 50-150мм. вод.ст.
5. 150-200мм. вод.ст.

145. При острых тромбозах сосудов некротические процессы в конечностях по сравнению с эмболией сосудов развивается:

1. Молниеносно.
2. В течении 3-7часов.
3. Медленно на 10-12сутки.
4. В течении 1-2суток.
5. В течении 3-5суток.

146. Для II-а степени ишемии конечности при эмболии по Савельеву характерно:

1. Отсутствие симптомов ишемии.
2. Ощущение онемения.
3. Нарушение чувствительности и активных движений в суставах.
4. Развитие субфасциальных отеков.
5. Развитие контрактуры мышц.

147. При острой эмболии нижней брыжеечной артерии возникает следующие симптомы:

1. Боли умеренные в эпигастриальной области.
2. Вздутие кишечника.
3. Напряжение мышц брюшной стенки.
4. Запоры.
5. Сильные боли в животе, жидкий стул с примесью крови.

148. Характерный симптом при синдроме шейного ребра:

1. Болевой синдром.
2. Симптом Мануйлова.
3. Трофические язвы.
4. Жжение.
5. Ограничение движения

149. Кем был предложен термин “ангина абдоминалис”:

1. Соует в 1912г
2. Басселли в 1903г.
3. Лаутман в 1942г.
4. Миккельсен в 1958г.
5. Мануйлов 1974 г.

150. Факторы приводящие к острому нарушению висцеральному кровообращению:

1. Атеросклероз.
2. Неспецифический аортоартериит.
3. Эмболия.
4. Фибромышечная дисплазия.
5. Экстравазальное сдавление.

151. Чаще какая артерия подвергается экстравазальному сдавлению при СХАИ:

1. Верхняя брыжеечная артерия.
2. Чревный ствол.
3. Нижняя брыжеечная артерия.
4. Диафрагмальная артерия.
5. Печеночная артерия.

152. Частые причины экстравазального сдавления чревного ствола:

1. Ганглии солнечного сплетения.
2. Опухоли.
3. Серповидная связка диафрагмы.

4. Аневризма аорты.

5. Остеохондроз

153. В каком году и кем при помощи ангиографии поставлен дифференциальный диагноз брюшной ангины при стенозе верхней брыжеечной артерии:

1. Басселли в 1903г.

2. Соует в 1912г.

3. Лауфман 1942г.

4. Миккельсен 1958г.

5. Шлейнберг 1943г.

154. Первую операцию протезирования брюшной аорты в Кыргызстане произвел:

1. Ахунбаев И.К.

2. Мамакеев М.М.

3. Намазбеков М.Н.

4. Рыскулов К.Р.

5. Ниязов Б.С.

155. Операция обходного аорто-бедренного шунтирования показана при:

1. Стенозе внутренней подвздошной артерии.

2. Окклюзии внутренней подвздошной артерии.

3. Стенозе глубокой бедренной артерии.

4. Стенозе наружной подвздошной артерии.

5. Окклюзии общих подвздошных артерий.

156. Экстраанатомические операции показаны при:

1. Высокой окклюзии брюшной аорты.

2. Высоком стенозе брюшной аорты.

3. Сочетание окклюзии брюшной аорты в тяжелом соматическом состоянии.

4. Окклюзии общих подвздошных артерий.

5. Окклюзии внутренних подвздошных артерий.

157. . При вазоренальной гипертензии нижняя граница диастолического АД:

1. 60мм.рт.ст.

2. 70-80мм.рт.ст.

3. 90мм.рт.ст.

4. 100мм.рт.ст.

5. выше 100мм.рт.ст.

158. Одним из этиологических факторов в развитии ВРГ является:

1. Поликистоз.

2. Фибромышечная дисплазия.

3. Гломерулонефрит.

4. Пиелонефрит.

5. Нефролитиаз.

159. Тромбоэмболия легочной артерии возникает вследствие отрыва тромба из:

1. Бедренной артерии.
2. Локтевых вен.
3. Брыжеечных вен.
4. Подколенных вен.
5. Ушко левого предсердия.

160. Для расслаивающей аневризмы грудной аорты II-типа характерны:

1. Расслоение дуги аорты.
2. Разрыв грудного отдела аорты.
3. Расслоение нисходящего отдела аорты.
4. Расслоение восходящей аорты.
5. Расслоение дуги и сонных артерий.

161. При расслаивающей аневризме III-типа происходит расслоение:

1. Восходящей аорты.
2. Дуги аорты.
3. Нисходящий отдел грудной аорты с переходом в брюшную аорту.
4. Дуги аорты и сонных артерий.
5. Восходящей и дуги аорты.

162. При расслаивающей аневризме I-II типа возникает:

1. Митральная недостаточность.
2. Острая артериальная недостаточность.
3. Коронарная недостаточность.
4. Острые инфаркты.
5. ИБС.

163. Для I-типа аневризм брюшной аорты характерны поражение:

1. Проксимальный сегмент брюшной аорты с вовлечением висцеральных ветвей.
2. Инфраренальный сегмент.
3. Инфраренальный сегмент с вовлечением нижней брыжеечной артерии.
4. Область бифуркации брюшной аорты.
5. Бифуркации брюшной аорты и подвздошной артерии.

164. При I-типе расслоения аорты по Де Беки расслоение начинается:

1. В нисходящем отделе аорты.
2. В дуге аорты.
3. В восходящем отделе аорты с распространением на грудной и брюшной аорты.
4. Только брюшной отдел аорты.
5. аорта

165. Под коарктацией аорты подразумевается:

1. Расширение брюшного отдела аорты.
2. Сужение дуги аорты.

3. Врожденное сегментарное сужение грудной аорты.
4. Врожденное расширение грудной аорты.
5. Сужение восходящей аорты.

166. Объясните причину появления напряжения мышц в правой подвздошной области, возникающего при прободной язве 12-перстной кишки:

1. Рефлекторные связи через спинномозговые нервы.
2. Скопление воздуха в брюшной полости.
3. Затекание кислого желудочного содержимого по правому боковому каналу.
4. Развивающийся разлитой перитонит.
5. Висцеро-висцеральные связи с червеобразным отростком.

167. Боль в правом плече может быть скорее при:

1. Остром аппендиците
2. Перфорации язвы желудка
3. Перфорации язвы двенадцатиперстной кишки
4. остром холецистите
5. остром панкреатите

168. Синдром Мэллори-Вейса:

1. Стойкий спазм кардиального сфинктера
2. Стеноз привратника
3. Трещина слизистой оболочки кардиального отдела желудка
4. "Целующиеся" язвы 12-перстной кишки
5. язва пилорического отдела

169. Тактика семейного врача при прикрытой перфорации язвы:

1. Плановая госпитализация в хирургический стационар
2. Экстренная госпитализация в хирургический стационар в. госпитализация в терапевтический стационар
3. Наблюдение в поликлинике у терапевта
4. направить к гастроэнтерологу
5. назначит капельницы

170. Метод исследования, решающий в диагностике и выборе тактики при язвенном кровотечении:

1. УЗИ
2. Рентгенологический
3. Лабораторный
4. Эндоскопический
5. Радиоактивный

171. Тактика при лечении больных с язвенным желудочным кровотечением, неустойчивым гемостазом:

1. Продолжение гемостатической терапии
2. Повторная лечебная эндоскопия
3. Экстренная операция

4. Продолжение интенсивной терапии, подготовка к срочной операции

5. Операция в плановом порядке

172. Минимальный объем резекции желудка при язвенной болезни ДПК:

1. 1/3

2. 2/3

3. 3/4

4. 1/2

5. Субтотальная

173. Клинические симптомы прободной язвы:

1. «Кинжальные боли в животе», доскообразное напряжение мышц, язвенный анамнез

2. Опоясывающие боли в верхней половине живота, многократная рвота, задержка газов

3. Схваткообразные боли в животе, вздутие живота, рвота

4. Сильные боли в верхней половине живота, повышение артериального давления, потеря сознания

5. Сильные боли в правой половине живота, желтуха, лихорадка

174. Осложнение, наиболее специфичное после выполнения неадекватного объема резекции у больного с язвенной болезнью ДПК:

1. Стеноз гастроэнтероанастомоза

2. Гастрит культи желудка

3. Демпинг-синдром

4. Пептическая язва анастомоза

5. Гипогликемический синдром

175. Осложнением язвенной болезни желудка не является:

1. Стеноз привратника

2. Пенетрация

3. Перфорация

4. Гастрит

5. дуоденит

176. Среди препаратов, применяемых для лечения язвенной болезни 12-перстной кишки одна из групп указана неправильно:

1. Гистаминоблокаторы

2. Н-2 блокаторы

3. Нестероидные противовоспалительные средства

4. Антацидные препараты

5. Седативные средства

177. Объем резекции желудка – 2/3 при операциях по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки обусловлен:

1. Особенности кровоснабжения желудка

2. Необходимостью сохранения достаточного для нормального пищеварения объема культи желудка

3. Необходимостью удаления гастрин- и кислотопродуцирующей зоны желудка
4. Является оптимальным для наложения надежного гастроэнтеро-анастомоза
5. Все ответы правильные

178. Для какого осложнения язвенной болезни желудка характерно вынужденное положение больного с приведенными к животу ногами и доскообразное напряжение брюшных мышц?

1. Пенетрация язвы в малый сальник
2. Прикрытая перфорация
3. Перфорация в свободную брюшную полость
4. Пенетрация в поджелудочную железу
5. Декомпенсированный стеноз привратника, протекающий с выраженными водно-электролитными нарушениями

179. Для кровоточащей язвы 12-перстной кишки характерны следующие признаки:

1. Усиление болей в животе
2. Рвота «кофейной гущей»
3. Уменьшение болевого синдрома
4. Брадикардия
5. Мелена

180. Для какого осложнения язвенной болезни 12-перстной кишки характерно исчезновение болей в эпигастрии и появление мелены?

1. Пилородуоденальный стеноз
2. Перфорация язвы
3. Кровотечение из язвы
4. Малигнизация язвы
5. Пенетрация язвы в поджелудочную железу

181. Болезнь оперированного желудка, которая лечится оперативным путем:

1. Демпинг-синдром
2. Гипогликемический синдром
3. Рефлюкс-гастрит
4. Хронический панкреатит
5. С-м дефицита лактазы

182. Симптом, характерный для демпинг-синдрома

1. Сосущая боль под ложечкой
2. Желание прилечь, слабость
3. Брадикардия
4. Повышение АД
5. Резкое чувство голода

183. Симптом, характерный для синдрома приводящей петли

1. Мелена
2. Рвота слизью

3. Ассиметрия живота за счет выпухания в левом подреберье
4. Изжога
5. Ассиметрия живота за счет выпухания в правом подреберье

184. Оптимальным методом лечения больного, 28 лет, с дуоденальной язвой, осложненной субкомпенсированным пилородуоденальным стенозом, будет:

1. Субтотальная резекция желудка
2. Селективная проксимальная ваготомия
3. Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дренирующей операцией
4. Трункулярная ваготомия
5. Гастроэнтероанастомоз (задний)

185. Больной, 30 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, головокружение, рвоту, дегтеобразный стул. Боли в животе не беспокоят. Ваш предварительный диагноз?

1. Прободная язва (атипичная)
2. Панкреонекроз
3. Стеноз привратника
4. Инфаркт кишечника
5. Желудочно-кишечное кровотечение

186. Наиболее распространенная лапароскопическая операция при желчнокаменной болезни:

1. Холецистэктомия с ревизией желчных путей
2. Холецистэктомия
3. Холедохолитотомия
4. Идеальная холецистолитотомия
5. холедохолитотомия

187. Больному с гангренозным холециститом показано:

1. Отсроченная операция
2. Операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии
3. Консервативное лечение
4. Экстренная операция
5. Принятие решения зависит от возраста больного

188. Симптомы перфорации желчного пузыря:

1. Усиление болей, появление симптома Щеткина-Блюмберга
2. По всему животу, иррадиация боли в правое плечо
3. Увеличенный болезненный желчный пузырь, симптомы Ортнера, Образцова
4. Положительный симптом Ортнера
5. Положительный симптом Образцова

189. Интраоперационная холангиография при холецистэктомии используется для:

1. Выявления холангита
2. Исследования перистальтики общего желчного протока
3. Исследования тонуса сфинктера Одди

4. Ретроградного заполнения внутрипеченочных желчных протоков

5. Исключения конкрементов в протоках

190. Какой из указанных симптомов характерен для острого холецистита:

1. Симптом Ровзинга

2. Симптом Мерфи

3. Симптом Ситковского

4. Симптом Пастернацкого

5. Симптом Мейо-Робсона

191. Какая из перечисленных морфологических характеристик входит в классификацию острого холецистита:

1. Индуративный

2. Язвенно-некротический

3. Гангренозный

4. Псевдотуморозный

5. Поликистозный

192. Выберите характеристику болевого синдрома при остром холецистите:

1. Внезапные "кинжальные" боли

2. Нарастающие приступообразные боли

3. Постоянные ноющие боли

4. Интенсивные схваткообразные боли

5. Постоянные опоясывающие боли

193. Какие диспептические расстройства характерны для острого холецистита:

1. Горечь во рту, тошнота, рвота

2. Неукротимая рвота

3. Изжога, отрыжка кислым

4. Задержка стула и газов

5. Профузные поносы

194. . Симптом острого холецистита:

1. Подающей капли

2. Пастернацкого

3. Ситковского

4. Ортнера

5. кохера

195. Для решения вопроса о срочности операции при остром холецистите наибольшее значение имеет:

1. Интенсивность болей

2. Давность заболевания

3. Число приступов в анамнезе

4. Наличие перитонита

5. Наличие камней в желчном пузыре

196. Холецистэктомия от дна выполняют в одном из следующих случаев:

1. У больного пожилого возраста
2. При наличии явлений холангита
3. При сморщенном желчном пузыре
4. При вколоченном камне шейки желчного пузыря
5. При наличии воспалительного инфильтрата в области шейки желчного пузыря

197. В хирургическое отделение поступил больной 81 года. При обследовании заподозрен острый флегмонозный холецистит. Какой метод исследования следует использовать в первую очередь для уточнения диагноза?

1. Ультразвуковое сканирование брюшной полости
2. Инфузионную холецистхолангиографию
3. Лапароскопию
4. Ретроградную панкреатохолангиографию
5. Чрескожнуючреспеченочнуюхолецистхолангиографию

198. Какую операцию необходимо произвести больному 81 года с острым флегмонозным холециститом и тяжелым общим состоянием:

1. Холецистэктомия
2. Лапароскопическуюхолецистостомию под местной анестезией
3. Холецистостомию на протяжении
4. Лапароскопическое дренирование подпеченочного пространства
5. Холецистолитотомию

199. Для диагностики неосложненной желчнокаменной болезни следует отдать предпочтение:

1. Эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии
2. Лапароскопии
3. Ультрасонографии
4. Чрескожнойчреспеченочнойхолангиографии
5. Фракционному дуоденальному зондированию

200. Механическую желтуху не может обусловить:

1. Камень общего желчного протока
2. Камень пузырного протока
3. Опухоль большого дуоденального сосочка
4. Рак головки поджелудочной железы
5. Хронический индуративный панкреатит

201. Механическая желтуха – это осложнение:

1. Острого панкреатита
2. Острого аппендицита
3. Острого холецистита
4. Острого дуоденита
5. острого гастрита

202. Острый холецистит может осложниться всем нижеперечисленным, кроме:

1. Механической желтухи
2. Портальной гипертензии
3. Гнойного холангита
4. Подпеченочного абсцесса
5. Ущемления камня в большом дуоденальном соске

203. При обследовании больного 67 лет Вы диагностировали острый гангренозный холецистит и местный перитонит. Ваша лечебная тактика?

1. Консервативное лечение в связи с пожилым возрастом больного
2. Операция при отсутствии эффекта от консервативного лечения
3. Принятие тактического решения зависит от срока заболевания
4. Показана отсроченная операция (в «холодном периоде»)
5. Экстренное оперативное лечение

204. При обследовании больного 77 лет с выраженной сердечной недостаточностью выявлен деструктивный холецистит с явлениями перитонита в правом подреберье. Какому методу лечения следует отдать предпочтение?

1. Лапароскопической холецистостомии
2. Операции холецистэктомии
3. Операции холецистостомии
4. Чрескожной чреспеченочной холангиостомии
5. Только консервативному методу лечения

205. Для клинической картины гнойного холангита характерны все перечисленные признаки, кроме:

1. Озноба
2. Гектической температуры
3. Пареза кишечника
4. Умеренных болей в правом подреберье
5. Желтухи

206. Шок и коллапс при остром панкреатите вызываются:

1. Панкреатогенным перитонитом
2. Сдавлением дистального отдела холедоха и холемией
3. Ферментной токсемией
4. Билиарной гипертензией
5. Динамической кишечной непроходимостью

207. Эзофагогастродуоденоскопия у больных острым панкреатитом позволяет:

1. Уточнить распространенность поражения железы
2. Уточнить локализацию процесса в поджелудочной железе
3. Оценить состояние большого дуоденального сосочка
4. Определить форму острого панкреатита
5. Подтвердить факт острого панкреатита

208. Рвота, не приносящая облегчения, характерна для:

1. Катарального аппендицита
2. Хронического холецистита
3. Острого панкреатита
4. Невправимой грыжи
5. острого гастрита

209. Основным в лечении панкреатита является использование:

1. Антибиотиков
2. Спазмолитиков
3. Обезболивающих
4. Ингибиторов протеаз
5. миорелаксанты

210. Характер и локализация болей при остром аппендиците:

1. Постоянные, сильные боли в правой подвздошной области
2. Постоянные, резкие боли в правом подреберье
3. Опоясывающие, тупого характера
4. «Кинжальные» в эпигастрии
5. нет болей

211. Анализ крови и мочи на содержание амилазы выполняют при подозрении на:

1. Кишечное кровотечение
2. Острый проктит
3. Острый панкреатит
4. Острый перитонит
5. Острый гастрит

212. Рвота при остром панкреатите:

1. Многократная, не приносящая облегчения
2. Однократная
3. Многократная, приносящая облегчение
4. Отсутствует
5. два или три раза

213. В диагностике панкреонекроза наиболее информативным исследованием будет:

1. Лапароскопия
2. Ультрасонография
3. Эзофагогастроскопия
4. Исследование мочи на содержание амилазы
5. Исследование крови на содержание панкреатических ферментов

214. Больному с неясным диагнозом «острого живота» в срочном порядке произведена лапароскопия, при которой обнаружены серозный выпот в брюшной полости и множественные пятна стеатонекроза. Ваш диагноз?

1. Туберкулезный перитонит

2. Жировой панкреонекроз
3. Болезнь Крона
4. Неокклюзивный инфаркт тонкой кишки
5. Все ответы неверны

215. В классификацию острого панкреатита входят следующие формы заболевания:

1. Псевдотуморозный панкреатит
2. Отечный панкреатит
3. Жировой панкреонекроз
4. Инфильтративный панкреатит
5. Геморрагический панкреонекроз

216. В диагностике острого панкреатита наиболее информативны:

1. Обзорная рентгенокопия брюшной полости
2. Целиакография
3. МРТ
4. Лапароскопия
5. Ультрасонография

217. У больного, перенесшего месяц назад панкреонекроз, в верхних отделах живота определяется объемное образование, умеренно болезненное с флюктуацией в центре. Живот мягкий без перитонеальных явлений. Температура и формула крови – в пределах нормы. Ваш диагноз?

1. Опухоль поджелудочной железы
2. Абсцесс сальниковой сумки
3. Ложная киста поджелудочной железы
4. Истинная киста поджелудочной железы
5. Псевдотуморозный панкреатит

218. У больного диагностирован жировой панкреонекроз. Ваша тактика?

1. Показана лапаротомия с дренированием сальниковой сумки
2. Показана лапаротомия с дренированием забрюшинной клетчатки и сальниковой сумки
3. Показана интенсивная инфузионная терапия, включая антиферментные и цитостатические препараты
4. Целесообразно выполнить каудальную резекцию поджелудочной железы и дренирование сальниковой сумки
5. Все ответы неверны

219. Клиническая картина панкреонекроза характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. Опоясывающих болей в животе
2. Многократной рвоты
3. Артериальной гипертензии в первые часы заболевания
4. Коллапса
5. Тахикардии

220. Осложнениями острого панкреатита может быть все, кроме:

1. Абсцесса сальниковой сумки
2. Печеночно-почечной недостаточности
3. Кисты поджелудочной железы
4. Перитонита
5. Сдавления тонкой кишки в области Трейца связки с явлениями непроходимости

221. Заворот кишечника – непроходимость:

1. Смешанная
2. Странгуляционная
3. Спастическая
4. Паралитическая
5. Обтурационная

222. «Чаша Клойбера» при рентгенографии брюшной полости характерны для:

1. Кишечной непроходимости
2. Прободной язвы
3. Кровоточащей язвы
4. Острого панкреатита
5. острого аппендицита

223. При кишечной непроходимости живот:

1. Не изменен
2. Доскообразный
3. Асимметричен, вздут
4. Втянут
5. нормальной конфигурации

224. Для механической кишечной непроходимости не характерно:

1. Вздутие живота
2. Схваткообразные боли
3. Исчезновение печеночной тупости
4. Задержка стула и газов
5. Бессимптомное течение

225. Для дифференциальной диагностики острой кишечной непроходимости от прободной язвы желудка в первую очередь следует использовать:

1. Пневмогастрографию
2. Рентгеноскопию желудка
3. Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
4. Гастроскопию
5. Лапароскопию

226. У больной, 70 лет, сутки назад развился заворот сигмовидной кишки. На операции обнаружен ее некроз, резкое вздутие ободочной кишки. Оптимальным вариантом вмешательства в этой ситуации будет:

1. Двухствольная сигмостомия
2. Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец в конец»

3. Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «бок в бок»
4. Резекция сигмовидной кишки с наложением одноствольной колостомы
5. Все ответы неверны

227. Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

1. Завороте тонкой кишки
2. Завороте сигмовидной кишки
3. Илео-цекальной инвагинации
4. Обтурационной толстокишечной непроходимости
5. Парезе тонкой кишки

228. Появление симптома «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:

1. Наличием выпота в брюшной полости
2. Скоплением жидкости и газа в приводящих петлях кишечника
3. Скоплением жидкости и газа в отводящих петлях кишечника
4. Наличием жидкости и газа в брюшной полости
5. Все ответы неправильные

229. При подготовке больного с механической кишечной непроходимостью к операции противопоказано одно из перечисленных мероприятий:

1. Аспирация желудочного содержимого
2. Инфузионная терапия
3. Спазмолитическая терапия
4. Введение препаратов, усиливающих перистальтику кишечника
5. Постановка сифонной клизмы

230. Для заворота тонкой кишки не характерно:

1. Симптом Цеге-Мантейфеля
2. Ассиметрия живота
3. «Шум плеска»
4. Рвота многократная
5. Схваткообразные боли в животе

231. У больного, 76 лет, с трансмуральным инфарктом миокарда заподозрен острый деструктивный аппендицит с признаками перитонита. Ваши действия?

1. Экстренная операция
2. Наблюдение и операция при появлении симптомов перитонита
3. Назначение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия и операция при неэффективности этой терапии
4. Операция при подтверждении диагноза путем лапароскопии
5. Все ответы неверные

232. Значение в дифференциальной диагностике острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний имеют:

1. Клинический анализ крови, пункция заднего свода, гинекологический анамнез
2. Вагинальное исследование, пункция заднего свода, гинекологический анамнез

3. Все верно
4. Симптом Ровзинга, клинический анализ крови, вагинальное исследование
5. Клинический анализ крови, вагинальное исследование, пункция заднего свода
6. Симптом Ровзинга, вагинальное исследование

233. При осмотре живота больного с острым аппендицитом чаще определяется:

1. Не участвует в дыхании
2. Ограничение подвижности правой половины
3. Вздутие
4. Видимая перистальтика
5. Правильной формы

234. Особенности острого аппендицита при медиальной локализации отростка

1. Гектическая лихорадка
2. Позывы на мочеиспускание, тенезмы
3. Рвота
4. Обильный жидкий стул, вздутие живота
5. Нет боли

235. При каком доступе при остром аппендиците можно повредить A. Epigastricainferior:

1. Волковича-Дьяконова
2. Поперечном
3. Трансректальном
4. При лапаротомии
5. При лапароскопии

236. Симптом острого аппендицита:

1. Боли в эпигастрии с переходом в правую подвздошную область
2. Кашицеобразный стул
3. Изнурительная рвота
4. Значительная интоксикация
5. Лихорадка

237. При остром аппендиците характерно положение больного лежа на:

1. Правом боку
2. Левом боку
3. Спине, с опущенным головным концом
4. Животе
5. Сидя

238. Достоверный симптом аппендицита

1. Разлитая боль в животе
2. Тошнота
3. Вздутие живота
4. Симптом Щеткина-Блюмберга
5. Симптом падающей капли

239. Симптом Ситковского наблюдается при:

1. Остром холецистите
2. Остром панкреатите
3. Остром аппендиците
4. Почечной колике
5. Остром гастрите

240. Противопоказания к операции при остром аппендиците:

1. Старческий возраст
2. Отсутствуют
3. Гипертоническая болезнь
4. Острая пневмония
5. Железо-дефицитная анемия

241. Симптом Кохера наблюдается при остром:

1. Аппендиците
2. Холецистите
3. Парапроктите
4. Панкреатите
5. Гастрите

242. В общем анализе крови при остром аппендиците:

1. Ускорение СОЭ
2. Анемия
3. Лейкоцитоз
4. Изменений нет
5. Повышение количества эритроцитов

243. На амбулаторном приеме Вы заподозрили у больной острый аппендицит. Что целесообразно предпринять?

1. Немедленно госпитализировать больную
2. Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную через 4-6 часов
3. Проконтролировать в течение 12-24 часов динамику температуры тела и количество лейкоцитов в крови
4. Назначить противовоспалительную терапию и осмотреть больную на следующий день
5. Наблюдать больную амбулаторно и госпитализировать при ухудшении состояния

244. Острый катаральный аппендицит проявляется следующими клиническими признаками:

1. Симптомом Кохера-Волковича
2. Симптомом Бартомье-Михельсона
3. Повышением температуры тела
4. Симптомом Ровзинга
5. Симптомом Щеткина-Блюмберга

245. Операция «аппендэктомия» при остром аппендиците противопоказана:

1. При аппендикулярном инфильтрате
2. Остром инфаркте миокарда
3. Беременности 36-40 недель
4. Непереносимости новокаина
5. Нарушении свертываемости крови

246. Первичный гангренозный аппендицит развивается вследствие:

1. Тромбоза нижней брыжеечной вены
2. Стеноза устья подвздошно-ободочной артерии
3. Неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты
4. Участвия в воспалительном процессе бактериальной инфекции
5. Тромбоза артерии червеобразного отростка

247. Какой из симптомов острого аппендицита редко встречается у людей пожилого возраста?

1. Незначительная боль в правой подвздошной области
2. Высокая температура тела
3. Мышечное напряжение в правой подвздошной области
4. Задержка стула
5. Умеренный лейкоцитоз

248. Какое из указанных ниже исследований наименее информативно в диагностике острого аппендицита?

1. Лабораторное исследование (особенно – количество лейкоцитов крови)
2. Лапароцентез
3. Ректальное исследование
4. Подмышечная и ректальная термометрия
5. Клиническое обследование с определением зоны болезненности при пальпации и перкуссии защитного напряжения мышц.

249. Пилефлебит обычно является осложнением:

1. Прободной язвы желудка
2. Заворота тонкой кишки
3. Инфаркта тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии
4. Деструктивного аппендицита
5. Распадающейся опухоли слепой кишки с явлениями параколического лимфаденита

250. Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:

1. В первые двое суток с момента заболевания
2. На 3-4 сутки с момента заболевания
3. На 7-9 сутки с момента заболевания
4. В раннем периоде после аппендэктомии
5. В позднем периоде после операции аппендэктомии

Тестовые вопросы по травматологии – ортопедии для ВОП

- 1.** Сколько физиологических искривлений имеется в позвоночном отделе у взрослого:
 1. 2
 2. 3
 3. 4
 4. 5
 5. 6

- 2.** Что не относится к методам обследования позвоночника:
 1. компьютерная томография
 2. ядерно-магнитно-резонансная томография
 3. компьютерно-пульсовая диагностика
 4. рентгенография
 5. спондилография

- 3.** Болезнь Шойермана-Мау – это:
 1. остеохондропатия апофизов тел позвонков
 2. травматический спондилит
 3. остеохондропатия тела позвонка
 4. анкилозирующий спондилоартрит
 5. остеохондроз позвоночника

- 4.** Болезнь Кальве-это:
 1. остеохондропатия позвонков
 2. травматический спондилит
 3. остеохондропатия тела позвонка
 4. анкилозирующий спондилоартрит
 5. остеохондропатия апофизов тел позвонков

- 5.** При подозрении на перелом позвоночника в поясничном отделе транспортировка пострадавших:
 1. невозможно
 2. производится в положении лежа на спине на жестких носилках или щите
 3. производится в положении лежа на животе на жестких носилках или щите
 4. производится в положении сидя
 5. производится в положении на боку

- 6.** При подозрении на перелом позвоночника в шейном отделе пострадавшие транспортируются лежа на:
 1. спине с запрокинутой головой
 2. спине с головой, приведенной к груди
 3. спине с наложенной шиной – воротником
 4. боку
 5. на животе с запрокинутой головой

7. Какой вид повреждений можно заподозрить в случае локальной болезненности, пастозности кожи, крепитации в области остистых отростков:

1. ушиб мягких тканей, разрыв межостистой связки
2. перелом позвонка
3. перелом тела позвонка
4. перелом остистого отростка
5. перелом поперечных отростков

8. Что называется «окончатый перелом ребер»:

1. перелом со смещением
2. перелом поперечной линии
3. перелом без смещения
4. перелом по типу зеленой веточки
5. фрагментированный перелом ребер

9. Если вывих произошел между 6-м и 7-м шейным позвонками, то вывихнутым позвонком считается:

1. 6-й позвонок
2. 5-й позвонок
3. 4-й позвонок
4. 7-й позвонок
5. 6-й и 5-й позвонки

10. К переломам сопровождающимся с нарушением целостности тазового кольца, относится:

1. перелом крыла подвздошной кости
2. перелом лонной кости
3. перелом губы вертлужной впадины
4. перелом лонной и седалищной кости с одной стороны
5. перелом лонной и седалищной костей с разных сторон

11. Не сопровождается с нарушением целостности тазового кольца:

1. перелом дна вертлужной впадины
2. разрыв крестцово-подвздошного сочленения с одной стороны
3. разрыв лонной сочленения и перелом подвздошной кости
4. перелом лонной и седалищной костей с одной стороны
5. разрыв лонного сочленения и вертикальный перелом крестца

12. К комбинированным переломам относится:

1. открытый перелом переднего отдела таза
2. перелом вертлужной впадины и термический ожог промежности и ягодиц
3. перелом лонной и седалищной костей с разрывом мочевого пузыря
4. перелом подвздошной кости и разрыв тонкого кишечника
- перелом костей таза и ЧМТ

13. Симптом Томпсона при выявлении разрыва ахиллесова сухожилия проявляется:

1. западением в области разрыва ахиллова сухожилия
2. невозможностью стоять и ходить на пальцах поврежденной ноги
3. отсутствием подошвенного сгибания стопы поврежденной конечности при сдавлении трехглавой мышцы голени
4. ощущением щелчка при разрыве ахиллова сухожилия
5. наличие кровоподтека в области ахиллова сухожилия

14. При консервативном лечении перелома ключицы применяются для иммобилизации ключицы все перечисленные повязки, кроме:

- 1.шины Кузьминского
- 2.8-образной повязки
- 3.колец Дельбе
- 4.гипсовой повязки по Турнеру
- 5.воротник Шанца

15. Клинически выделяют следующие переломы лопатки кроме:

- 1.тело
- 2.углов
- 3.отростков
- 4.шейки
- 5.бугорков

16. При абдукционном переломе хирургической шейки плеча угол, образованный фрагментами, открыт:

- 1.кнутри и кзади
- 2.кнаружи и кзади
- 3.кнутри и кпереди
- 4.углового смещения нет
- 5.кзади и кверху

17. При аддукционном переломе хирургической шейке плеча отломки смещены так, что образуют угол, открытый:

- 1.кнутри и кзади
- 2.кнаружи и кзади
- 3.кнаружи и кпереди
- 4.кнутри и кпереди
- 5.углового смещения нет

18. Переломы хирургической шейки плеча классифицируются:

- 1.как абдукционные и аддукционные
- 2.как компрессионные
- 3.как экстензионные
- 4.как инверсионные
- 5.как эверсионные

19. Линия Гюнтера – это:

- 1.линия оси плеча
- 2.линия оси предплечья

3. линия, соединяющая надмыщелки плеча в положении разгибания предплечья
4. линия, соединяющая большой и малый бугорки плеча
5. линии соединяющие надмыщелки плеча с верхушкой локтевого отростка

20. При переломе головки лучевой кости резко ограничены:

1. сгибание предплечья
2. разгибание предплечья
3. вращение предплечья
4. отведение предплечья
5. приведение предплечья

21. Повреждение Галиацци – это:

1. изолированный перелом локтевой кости
2. изолированный перелом лучевой кости
3. перелом локтевой кости и вывих головки лучевой
4. перелом лучевой кости и вывих головки локтевой
5. перелом лучевой кости в типичном месте

22. Радио-ульнарный угол в норме равен:

1. 5°
2. 10°
3. 20°
4. 30°
5. 40°

23. Различают следующие виды вывихов кроме:

1. свежий
2. несвежий
3. застарелый
4. привычный
5. прогрессирующий

24. Вывих акромиального конца ключицы характеризуется:

1. признаком Маркса
2. симптомом «треугольной подушки»
3. симптомом «клавиши»
4. пружинящим движением в плечевом поясе
5. симптом Перельмана

25. Неполный вывих акромиального конца ключицы происходит:

1. при полном разрыве акромиально-ключичной и ключично-клювовидной связок
2. при разрыве только акромиально-ключичной связки
3. при разрыве только клювовидно-ключичной связки
4. при растяжении ключично-акромиальной связки
5. при разрыве ключично-реберной связки

26. Для уточнения диагноза «полный» или «неполный» вывих акромиального конца ключицы необходима рентгенограмма:

1. надплечья, в положении больного лежа
2. надплечья, в положении больного стоя
3. обоих надплечий, стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны
4. обоих надплечий в положении больного «лежа»
5. положении Тренделенбурга

27. Плечо при вывихе кажется:

1. удлинненным
2. укороченным
3. не меняет длины
4. деформировано
5. отведено

28. После вправления вывиха плечо следует фиксировать с помощью:

1. косыночной повязки
2. мягкой повязки
3. гипсовой повязки
4. торако-бронхиальной повязки
5. кокситная повязка

29. Вывихи обеих костей предплечья не могут быть:

1. кпереди
2. кзади
3. с расхождением костей
4. кнутри
5. вколоченные

30. «Свежим» вывихом плеча называется вывих, давностью:

1. до 2-х недель
2. 1 неделя
3. 3 дня
4. 4 недели
5. свыше 4-х недель

31. «Несвежим» вывихом плеча называется вывих, давностью:

1. до 2-х недель
2. 1 неделя
3. 3 недели
4. 4 недели
5. свыше 4-х недель

32. «Застарелым» вывихом плеча называется вывих, давностью:

1. до 2-х недель

- 2.1 неделя
- 3.3 недели
- 4.4 недели
- 5.свыше 4-х недель

33. Наиболее характерным симптомом для травматического вывиха является:

- 1.сильная боль
- 2.«костный» хруст
- 3.возможность производить пассивные движения
- 4.«пружинящие» сопротивления
- 5.симптом щелчка

34. Основными признаками перелома шейки бедра являются все перечисленные, кроме:

- 1.болей в тазобедренном суставе
- 2.укорочения конечности
- 3.симптома Гирголова
- 4.симптома «прилипшей пятки»
- 5.ротация конечности внутрь

35. Как проверить симптом «баллотирования» надколенника

- 1.сжатие коленного сустава
- 2.сжатие надпателлярного заворота
- 3.надавливание надколенника
- 4.надавливание в подколенную область
- 5.перкуссия надколенника

36. Угол Белера в норме составляет

- 1.20°
- 2.30°
- 3.40°
- 4.50°
- 5.60°

37. Симптом прилипшей пятки встречается при:

- 1.Переломах пятки
- 2.Переломах диафиза бедра
- 3.Переломах голени, стопы
- 4.Разрыве мышц бедра
- 5.Переломах таза и шейки бедренной кости

38. Полидактилия –это:

- 1.Отсутствие пальцев кисти или стопы
- 2.Увеличение количества пальцев кисти или стопы
- 3.Полное или частичное сращение двух или нескольких пальцев кисти или стопы
- 4.Деформация пальцев кисти или стопы
- 5.Увеличение объема пальцев кисти или стопы

39. Линия Шентона в норме проходит:

- 1.По внутренневерхнему краю запирающего отверстия и переходит на медиальную поверхность шейки бедра

2. По нижневнутреннему краю запирающего отверстия и переходит на внутреннюю поверхность шейки бедра
3. по верхнему краю запирающего отверстия
4. горизонтальная линия, соединяющая оба V-образных хряща
5. линия проходящая по оси бедра

40. Как правильно измерить анатомическую длину бедра

1. от передней верхней ости подвздошной кости до щели коленного сустава
2. от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края надколенника
3. от большого вертела до щели коленного сустава
4. от головки бедренной кости до нижнего края надколенника
5. от щели тазобедренного сустава до щели коленного сустава

41. HALLUX VALGUS – это:

1. Плоская стопа
2. Отклонение пальцев стопы внутрь
3. Отклонение первого пальца стопы кнутри
4. Термин, обозначающий плоскостопие
5. Отклонение первого пальца стопы кнаружи

42. Остеохондропатия головки бедра называется:

1. Болезнь Легга-Кальве-Пертеса
2. Болезнь Келлера
3. Болезнь Кинбека
4. Болезнь Кюмеля
5. Болезнь Кальве

43. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости - это:

1. Болезнь келлера 1
2. Болезнь келлера 2
3. Болезнь Кальве
3. Болезнь Осгуд-Шлаттера
4. Болезнь Шейермана-Мау
5. болезнь Кальве

44. Как правильно измерить анатомическую длину голени:

1. От нижнего края надколенника до щели голеностопного сустава
2. От щели коленного сустава до щели голеностопного сустава
3. От нижнего края надколенника до нижнего края внутренней лодыжки
4. От щели коленного сустава до нижнего края наружной лодыжки
5. От бугристости большеберцовой кости до нижнего края внутренней лодыжки

45. В каком положении больного измеряется функциональное укорочение или удлинение конечности:

1. Сидя
2. Стоя на одной ноге
3. Лежа на спине
4. Стоя на двух ногах

5. Лежа на боку

46. Ось нижней конечности проходит через:

1. Передне- верхнюю ость подвздошной кости, середину надколенника внутреннюю лодыжку
2. Передне- верхнюю ость подвздошной кости, середину надколенника наружную лодыжку
3. Большой вертел, середину надколенника и внутреннюю лодыжку
4. Передне- верхнюю ость подвздошной кости, середину или внутренний край надколенника, между первым и вторым пальцем стопы

5. Большой вертел, середину надколенника, между первым и вторым пальцем стопы

47. Как измерить истинную или анатомическую длину нижней конечности:

1. От передней верхней ости подвздошной кости до подошвенной поверхности пятки
2. От щели тазобедренного сустава до нижнего края наружной лодыжки
3. От щели тазобедренного сустава подошвенной поверхности пятки
4. От большого вертела до нижнего края внутренней лодыжки
5. От большого вертела до нижнего края наружной лодыжки

48. Ось верхней конечности проходит через:

1. Головки плечевой, лучевой и локтевой костей
2. Акромиальный отросток лопатки, головку плечевой кости и шиловидный отросток лучевой кости
3. Головку плечевой кости, головку лучевой кости и середину между лучевой и локтевой костями в лучезапястном суставе
4. Головку плечевой кости, головку лучевой кости и шиловидный отросток лучевой кости
5. Головку плечевой кости, головку лучевой кости и конец третьего пальца

49. Как измерить анатомическую длину предплечья:

1. От суставной щели локтевого сустава до шиловидного отростка локтевой кости
2. От локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости
3. От суставной щели локтевого сустава до шиловидного отростка лучевой кости
4. От суставной щели локтевого сустава до суставной щели лучезапястного сустава
5. От локтевого отростка до суставной щели лучезапястного сустава

50. Как измерить анатомическую длину плеча:

1. От акромиального отростка до суставной щели локтевого сустава
2. От акромиального отростка до локтевого отростка или наружного надмыщелка плечевой кости
3. От акромиального отростка до внутреннего надмыщелка плеча
4. От головки плечевой кости до головки лучевой кости
5. От большого бугра плечевой кости до локтевого отростка или наружного надмыщелка

Тесты по Лор болезням для ординаторов 1 года.

1. Пальцевое исследование носоглотки производят при:

1. переломе носа
2. остром рините
3. аденоидных вегетациях
4. хроническом рините
5. евстахеите

2. Что видно при задней риноскопии:

1. три носовые раковины, дно полости носа
2. хоаны, сошник, устья слуховых труб, задние концы носовых раковин
3. носовая перегородка, дно полости носа
4. мягкое небо, небные миндалины
5. твердое небо, корень языка

3. Поставьте диагноз: у больного общее состояние удовлетворительное, увеличены и уплотнены, безболезненны при пальпации подчелюстные и затылочные лимфоузлы, затылочной характер насморка, неприятный запах из носа, гнусоватый оттенок голоса. При передней риноскопии: перфорация в костной части носовой перегородки, в хрящевом отделе язва с салным дном и с медно-красной инфильтрацией вокруг.

1. туберкулез полости носа
2. риносклерома
3. актиномикоз
4. сифилис полости носа
5. дифтерия полости носа

4. Куда открывается лобно- носовой канал:

1. в верхний носовой ход
2. в средний носовой ход
3. в нижний носовой ход
4. в общий носовой ход
5. в носоглотку

5. Куда открывается носослезный канал:

1. в верхний носовой ход
2. в нижний носовой ход
3. в средний носовой ход
4. в носоглотку
5. в общий носовой ход

6. Поставьте диагноз: у больного выраженная сухость в носу и глотке отсутствие обоняния, зловонный запах из носа. При передней риноскопии: широкие носовые ходы, резкая атрофия носовых раковин, слизистая оболочка полости носа истончена и покрыта зеленовато-желтыми корками с неприятным запахом.

1. риносклерома
2. дифтерия полости носа
3. хронический атрофический ринит

- 4. озена
- 5. туберкулез полости носа

7. Поставьте диагноз: у больного периодическое затруднение носового дыхания, чихание, насморк, зуд в носу. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа отечная, бледная, носовые раковины застойны, носовые ходы сужены, в них слизисто-водянистое отделяемое, плохая сокращаемость при смазывании адреналином. В периферической крови: эозинофилия или лимфоцитоз.

- 1. хронический катаральный насморк
- 2. хронический гипертрофический насморк
- 3. хронический атрофический насморк
- 4. вазомоторный насморк
- 5. аллергический насморк

8. В пределах какого возраста не показаны хирургические вмешательства по поводу искривления костей носа:

- 1. от 10 до 18 лет
- 2. от 15 до 17 лет
- 3. от 20 до 22 лет
- 4. до 5-6 лет
- 5. от 25 до 27 лет

9. Укажите на осложнение, которое не встречается при остром рините:

- 1. фронтит
- 2. этмоидит
- 3. заглоточный абсцесс
- 4. гайморит
- 5. средний отит

10. Какое наиболее оптимальное сосудосуживающее средство применяют при остром рините в раннем детском возрасте:

- 1. нафтизин
- 2. санорин
- 3. эфедрин
- 4. проторгол
- 5. адреналин

11. Чем характеризуется 1 степень гипертрофии небных миндалин:

- 1. миндалина занимает 1/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева
- 2. миндалина занимает 2/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева
- 3. миндалина в пределах небных дужек
- 4. миндалина на дне миндаликовой ложа
- 5. миндалина доходит и соприкасается с противоположной

12. Чем характеризуется 2 степень гипертрофии небных миндалин:

- 1. миндалина занимает 1/3 расстояния от небной дужки до средней линии зева

2. миндалины в пределах небных дужек
3. миндалина занимает $2/3$ расстояния от небной дужки до средней линии зева
4. миндалина на дне миндаликового ложа
5. миндалина доходит до язычка и соприкасается с противоположной

13. Чем характеризуется 3 степень гипертрофии небных миндалин:

1. миндалина занимает $1/3$ расстояния от небной дужки до средней линии зева
2. миндалина в пределах небных дужек
3. миндалина занимает $2/3$ расстояния от небной дужки до средней линии зева
4. миндалина на дне миндаликового ложа
5. миндалина доходит до язычка и соприкасается с противоположной

14. Чем характеризуются нормотрофные небные миндалины:

1. миндалина занимает $1/3$ расстояния от небной дужки до средней линии зева
2. миндалина в пределах небных дужек
3. миндалина занимает $2/3$ расстояния от небной дужки до средней линии зева
4. миндалина на дне миндаликового ложа
5. миндалина доходит до язычка и соприкасается с противоположной

15. Чем характеризуются атрофические небные миндалины:

1. миндалина занимает $1/3$ расстояния от небной дужки до средней линии зева
2. миндалина в пределах небных дужек
3. миндалина занимает $2/3$ расстояния от небной дужки до средней линии зева
4. атрофическая миндалина
5. миндалина доходит до язычка и соприкасается с противоположной

16. Формы ангины по классификации Б.С.Преображенского:

1. катаральная, фолликулярная, лакунарная, фибринозная, герпетическая, флегмонозная, язвенно-некротическая и смешанная
2. катаральная, фолликулярная, гипертрофическая, фибринозная
3. лакунарная, фибринозная, атрофическая
4. фолликулярная, язвенно-некротическая
5. катаральная, гипертрофическая, атрофическая

17. Какой вид хирургического вмешательства показан при боковом паратонзиллярном абсцессе:

1. вскрытие абсцесса
2. абсцесс-тонзиллэктомия
3. пункция абсцесса
4. дренирование абсцесса
5. лакунотомия

18. Какая миндалина располагается у устья слуховых труб:

1. небная
2. глоточная
3. трубная

4. язычная
5. гортанная

19. Какая мышца расширяет голосовую щель:

1. щито-подъязычная
2. грудинно-щитовидная
3. грудинно-подъязычная
4. боковая перстне-черпаловидная
5. задняя перстне-черпаловидная

20. Какая мышца в основном замыкает передние 2/3 голосовой щели:

1. косая черпаловидная
2. черпало-надгортанная
3. боковая перстне-черпаловидная
4. поперечно-черпаловидная
5. щито-черпаловидная

21. Какая мышца играет главную роль в процессе голосообразования?

1. внутренняя щито-черпаловидная
2. черпалонадгортанная
3. щито-подъязычная
4. перстне-щитовидная
5. щито-надгортанная

22. Какая функция из перечисленных не характерна для гортани?

1. защитная
2. увлажняющая
3. голосообразовательная
4. дыхательная
5. разделительная

23. Сколько отделов гортани вы знаете?

1. 3
2. 2
3. 4
4. 1
5. 5

24. Глотка участвует в следующих жизненно важных функциях?

1. сосание, глотание
2. голосо и речеобразование
3. акт дыхания
4. защитные механизмы при приёме пищи и дыхании

5. всё вышеперечисленное

25. Какие видимые изменения встречаются в ухе при отосклерозе?

1. изменения барабанной перепонки не характерны
2. перфорация барабанной перепонки
3. гиперемия барабанной перепонки
4. утолщение барабанной перепонки
5. втянутость барабанной перепонки

26. О чем говорит латерализация опыта Вебера в больную сторону?

1. о одностороннем поражении звукопроводящего аппарата
2. о двустороннем поражении звуковоспринимающего аппарата
3. о одностороннем поражении звуковоспринимающего аппарата
4. о двустороннем поражении звукопроводящего аппарата
5. норма

27. Какое анатомическое образование отвечает за звуковосприятие?

1. сосцевидный отросток
2. барабанная перепонка
3. кортиева орган
4. слуховые косточки
5. наружный слуховой проход

28. С чем сообщается костный лабиринт посредством окна преддверия?

1. со слуховой трубой
2. с передней черепной ямкой
3. с барабанной полостью
4. с сосцевидным отростком
5. с задней черепной ямкой

29. Где расположен спиральный орган?

1. в костной улитке
2. в перепончатой улитке
3. в преддверии
4. в барабанной полости
5. в полукружных каналах

30. У больного 40 лет при обследовании выявлен склеротический тип сосцевидного отростка. О каком процессе в ухе свидетельствует этот признак?

1. антриг

2. евстахеит
3. о хроническом заболевании среднего уха
4. фурункул наружного уха
5. диффузный наружный отит

31. О чем можно думать при выявлении у ребенка грудного возраста болезненности от давления на козелок?

1. о заболевании среднего уха
2. о евстахеите
3. о неврите лицевого нерва
4. о лабиринтите
5. о воспалении клеток решетчатого лабиринта

32. От чего зависит сила голоса?

1. от объема грудной клетки
2. от размера гортани
3. от напряжения выдыхаемого воздуха , силы смыкания голосовых связок и амплитуды их колебания
4. от силы смыкания голосовых связок

33. От чего зависит тембр голоса?

1. от пола
2. от особенностей анатомического устройства и изменения спользования своими резонаторами
3. от величины <адамового яблока>
- 4) от длины шеи

34. Чем обусловлен симптом <хруст гортани>?

1. трением черпаловидных хрящей друг с другом
2. трением черпаловидных хрящей с перстневидным хрящом
3. трением щитовидного хряща с перстневидным хрящом
4. трением щитовидного хряща с надгортанником

35. Что является абсолютным показанием для срочной трахеотомии?

1. инородное тело гортани
2. дифтерия гортани
3. флегмонозный ларингит
4. подскладочный ларингит
5. асфиксия любой этиологии

36. Что изучает фониатрия?

1. голосообразование, заболевание голосового аппарата и их профилактика, лечение
2. заболевания глотки, их профилактика и лечение
3. заболевания гортаноглотки, их профилактика и лечение
4. изучает механизм защитной функции гортани

5. изучает механизмы рефлекторного кашля

37. К какой функции гортани относится рефлекторный кашель?

- 1) дыхательной
- 2) голосообразовательной
- 3) защитной
- 4) фонаторной
- 5) речевой

38. Типы строения сосцевидного отростка?

1. пневматический
2. диплоэтический
3. склеротический
4. все вышеперечисленное
5. ничего из вышеперечисленного

39. Что такое отек гортани?

1. катаральное воспаление слизистой оболочки, подслизистого слоя и внутренних мышц гортани
2. судорожное сужение голосовой щели
3. нозолологическая единица, а одно из проявлений многих патологических процессов воспалительной и невоспалительной этиологии
4. диффузная или ограниченная гиперплазия эпителиального покрова гортани
5. атрофия железистого аппарата слизистой оболочки гортани

40. Что такое острый ларингит?

1. катаральное воспаление слизистой оболочки, подслизистого слоя и внутренних мышц гортани
2. судорожное сужение голосовой щели
3. не нозолологическая единица, а одно из проявлений многих патологических процессов воспалительной и невоспалительной этиологии
4. диффузная или ограниченная гиперплазия эпителиального покрова гортани
5. атрофия железистого аппарата слизистой оболочки гортани

41. Чем характеризуется хронический стеноз?

1. развивается в течение нескольких суток до недели
2. развивается в течение недели и дольше
3. развивается в течение нескольких часов до суток
4. развивается в течение секунд, минут
5. наблюдается при инородных телах гортани, дифтерии

42. Ведущий симптом стеноза гортани?

1. экспираторная одышка
2. инспираторная одышка
3. акроцианоз
4. диффузный цианоз

5. дыхание типа Чейна-Стокса

43. Какое заболевание характеризуется тремя ведущими симптомами: лающий кашель, изменение голоса, стенотическое дыхание?

1. гортанная ангина
2. хондроперихондрит гортани
3. флегмонозный ларингит
4. острый ларинготрахеит
5. травма гортани

44. Функции носоглотки?

1. дыхательная
2. пищеварительная
3. обонятельная
4. перекрест дыхательных и пищеварительных путей
5. комбинированная

45. Слои стенки глотки?

1. фиброзная оболочка
2. слизистая
3. мышечный слой
4. адвентиция
5. всё вышеперечисленное

46. После какого исследования производится окончательная верификация опухолевого процесса?

1. прямая ларингоскопия
2. непрямая ларингоскопия
3. задняя риноскопия
4. цитологическое и гистологическое исследование
5. рентгенотомография

47. При помощи каких методов исследования гортани устанавливают папилломатоз гортани?

1. наружный осмотр и пальпация
2. прямая ларингоскопия
3. непрямая ларингоскопия
4. прямая и непрямая ларингоскопия
5. микроларингоскопия

48. Отосклероз - это?

1. заболевание евстахиевой трубы
2. воспаление слухового нерва
3. воспаление внутреннего уха
4. профессиональное заболевание
5. дистрофические изменения костей, в основном стремени

49. Что такое коникотомия?

1. рассечение колец трахеи
2. рассечение черпало-надгортанной складки
3. рассечение щито-перстневидной связки
4. рассечение связки между перстневидным хрящом и кольцами трахеи
5. рассечение перстневидной связки

50. Какова в среднем длина слуховой трубы?

1. 3,5 см
2. 10 см
3. 20 см
4. 1 см
5. 6 см

Тесты по урологии

1. Бесплодие у мужчин может возникать

1. при врожденных и хромосомных аномалиях развития половых органов
2. при тяжелых инфекционно-токсических воздействиях
3. при экзогенных и привычных интоксикациях
4. хронические заболевания
5. правильно все перечисленное

2. Нарушения сперматогенеза при варикоцеле возникают вследствие

1. местного повышения температуры
2. гипоксии
3. местного понижения температуры
4. уменьшение размера яичка
5. правильно А), В), D)

3. Нижней границей нормы количества сперматозоидов в 1 мл является (по критерию ВОЗ)

1. 15 млн
2. 40 млн
3. 60 млн
4. 80 млн
5. 10 млн

4. При фибропластической индукции полового члена наблюдаются

1. боли и искривление полового члена при эрекции
2. бляшки хрящевой консистенции в белочной оболочке и кавернозных телах полового члена
3. абсцедирование кавернозных тел
4. нарушение мочеиспускания
5. правильно 1 и 2

5. Основная причина смерти больных аденомой простаты 3-й стадии:
 1. спонтанный разрыв мочевого пузыря
 2. ХПН
 3. пострениальная анурия + острый гнойный пиелонефрит
 4. Хроническая задержка мочи
 5. хронический обструктивный пиелонефрит + ХПН.

6. Наиболее информативным рентгенологическим методом диагностики аденомы предстательной железы является:
 1. обзорная урография
 2. экскреторная урография с нисходящей цистографией
 3. осадочная пневмоцистография
 4. ретроградная уретерография
 5. лакунарная пневмоцистография по Кнайзе-Шоберу.

7. Показание к одномоментной чреспузырной аденомэктомии:
 1. наличие аденомы 1-ой степени
 2. наличие больших размеров аденомы 2 ст.
 3. наличие уретерогидронефроз
 4. острая задержка мочи
 5. наличие дивертикула мочевого пузыря

8. Наиболее частая локализация метастазов рака предстательной железы:
 1. кости таза
 2. легкие
 3. печень
 4. позвоночник
 5. регионарные лимфатические узлы

9. Ранним клиническим признаком рака предстательной железы является:
 1. острая задержка мочи
 2. безболезненная гематурия
 3. пульсирующие боли в промежности
 4. интоксикационный синдром
 5. выраженная дизурия, изнуряющая ноктурия

10. Признак рака предстательной железы стадии T2NOMO:
 1. задержка мочи, выраженная ноктурия
 2. предстательная железа каменистой плотности без четких границ
 3. недержание мочи
 4. дизурия
 5. одна из долей очень плотная, бугристая, границы железы четкие

11. Характерным симптомом для III стадии аденомы предстательной железы является:
 1. затрудненное мочеиспускание
 2. парадоксальная ишурия
 3. остаточной мочи 300 мл
 4. чувство неполного опорожнения мочевого пузыря
 5. боли в промежности

12. К этиологическим факторам мочекаменной болезни относятся

1. нарушение фосфорно-кальциевого обмена
2. нарушение обмена щавелевой кислоты
3. нарушение пуринового обмена
4. нарушение цистинового обмена
5. все перечисленное

13. При щелочной реакции мочи могут образоваться

1. мочекислые (уратные) камни
2. цистиновые камни
3. фосфатные камни
4. смешанные камни
5. оксалатные камни

14. Гиперкальцемиа и гиперкальциурия способствуют образованию

1. цистиновых камней
2. мочекислых (уратных) камней
3. оксалатных камней
4. смешанных камней
5. уратных камней

15. К рентгеноконтрастным типам камней относятся все перечисленные, кроме

1. оксалатов
2. фосфатов
3. смешанных
4. цистиновые
5. уратов

16. У больного двусторонние рентгеноконтрастные коралловидные камни почек. Подозрение на гиперпаратиреоз. В план диагностики следует включить

1. исследование ренина, альдостерона крови
2. определение кальция, фосфора сыворотки крови и суточной мочи
3. определение паратгормона, кальцитонина крови
4. денситометрия
5. все, кроме 1

17. Поллакиурия – это

1. увеличение диуреза
2. учащение дневного и ночного мочеиспусканий при обычном 3. количестве суточной мочи
3. учащение ночного мочеиспускания
4. задержка мочи
5. учащение дневного мочеиспускания

18. Дизурия встречается

1. при камне мочевого пузыря
2. при остром пиелонефрите
3. при гиперактивном мочевом пузыре (ГАМП)
4. орхите
5. при 1, 3

19. Способ диагностики камней мочевого пузыря:

1. цистоскопия

2. цистография
 3. экскреторная урография
 4. утерерография
 5. правильно 1,2,3
20. Теория, наиболее точно объясняющая механизм камнеобразования:
1. ионная
 2. коллоидно-кристаллоидная
 3. абактериальная
 4. матричная
 5. осмодиуретическая
21. Какая из форм аномалий почечной структуры по клиническому течению аналогична аплазии почки
1. поликистоз
 2. мультикистоз
 3. губчатая почка
 4. дермоидная киста
 5. гипоплазия
22. Мультикистоз почки у взрослых - это заболевание
1. одностороннее
 2. двустороннее
 3. врожденное
 4. приобретенное
 5. всегда одностороннее, врожденное
23. формы гипоспадии у мальчиков
1. тотальная (полная)
 2. головчатая
 3. стволовая
 4. мошоночная
 5. правильно 2,3
24. Для паховой ретенции яичка характерно
1. смещение яичка при пальпации в сторону бедра
 2. смещение яичка при пальпации по ходу пахового канала
 3. отсутствие яичка при пальпации
 4. недоразвитие соответствующей половины мошонки
 5. все перечисленное
25. При прямой травме живота и поясничной области чаще повреждается:
1. паренхима почки
 2. почечная лоханка
 3. мочеточник
 4. сосуды почки
 5. все перечисленное
26. Мочеточник чаще всего повреждается:
1. в верхней трети
 2. в средней трети
 3. в нижней трети
 4. в интрамуральной части

5. все перечисленное

27. При внебрюшном разрыве мочевого пузыря обязательным рентгенографическим исследованием является:

1. ретроградная цистография
2. уретрография
5. цистоскопия
6. пневмоцистография
7. пневмоперитонеум

28. При изолированном разрыве уретры показано:

1. цистостомия
2. установка постоянного катетера
3. цистостомия + дренирование малого таза
4. цистостомия + дренирование через промежность урогематомы и проведение по уретре постоянного катетера
5. все перечисленное

29. К ранним осложнениям травмы уретры относятся:

1. стриктура уретры
2. флебиты таза и промежности, уросепсис
3. кровотечение
4. мочевые свищи
5. все перечисленное

30. Какая почка травмируется чаще?

1. правая
2. Левая
3. Верхняя
4. Нижняя
5. все перечисленные

31. Первоместосредипричинтравмыпочекзанимаеттравматизм

1. бытовой
2. уличный
3. спортивный
4. умственный
5. все перечисленные

32. Чашетравмыпочеквозникаюту:

1. девочек 1,5 лет
2. мальчиков 1,5 лет
3. девочек 8-16 лет
4. мальчиков 8-16 лет
5. все перечисленные

33. Что не относится к закрытым повреждениям почки?

1. ушиб
2. подкапсульный разрыв паренхимы
3. отрыв от почечной ножки
4. резаная рана

5. пулевая рана

34. Какой клинический признак не относится к триаде симптомов при повреждении почки

1. боль в поясничной области
2. потеря сознания
3. отечность поясничной области
4. кровь в моче
5. дизурия

35. Основным методом диагностики при повреждении почки:

1. Цистоскопия
2. рентгенологическое исследование
3. УЗИ
4. ангиография
5. сцинтиграфия

36. Повреждение почки нужно дифференцировать с травматическим повреждением:

1. органов брюшной полости
2. органов средостения
3. органов дыхания
4. нижних конечностей
5. все перечисленные

37. Нужно ли госпитализировать больного с травмами почки?

1. да, обязательно
2. на усмотрение врача
3. нет, госпитализация не нужна
4. амбулаторное наблюдение
5. все перечисленные

38. Показания к оперативному лечению при травме почки все, кроме:

1. нарастание признаков внутреннего кровотечения
2. быстрое увеличение околопочечной гематомы
3. нарастание гиперазотемии
4. появление отеков
5. все перечисленные

39. Показания к нефрэктомии:

1. разрыв капсулы
2. Ушиб
3. разрыв фиброзной капсулы
4. подкапсульный разрыв паренхимы
5. все перечисленные

40. Признаки травмы мочеточника все, кроме:

1. кровь в моче
2. боль в паху
3. боль в поясничной области
4. лихорадка
5. все перечисленные

41. Лечение при закрытой травме мочеточника:

1. Медикаментозное
2. оперативное
3. стентирование
4. физиолечение
5. все перечисленные

42. Виды открытых травм мочевого пузыря, кроме:

1. Огнестрельные
2. ушибленные
3. Ножевые
4. ятрогенные
5. все перечисленные

43. Виды закрытых повреждений мочевого пузыря:

1. внебрюшинные и внутрибрюшинные
2. внетазовые и внутритазовые
3. внутренние и внешние
4. открытые и закрытые
5. все перечисленные

44. При внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря урина:

1. попадает в брюшную полость
2. изливается в окружающие мягкие ткани
3. остается в мочевом пузыре
4. выходит через мочеиспускательный канал
5. все перечисленные

45. При внебрюшинном разрыве мочевого пузыря урина:

1. попадает в брюшную полость
2. изливается в окружающие мягкие ткани
3. остается в мочевом пузыре
4. выходит через мочеиспускательный канал
5. все перечисленные

46. Внебрюшинные повреждения дифференцируют:

1. разрыв почки
2. Нефроптозом
3. травмой заднего отдела мочеиспускательного канала
4. травмой переднего отдела мочеиспускательного канала
5. все перечисленные

47. Лечение при разрыве мочевого пузыря:

1. только медикаментозное
2. оперативное
3. Катетеризация
4. дренирование
5. все перечисленные

48. Травмы мочеиспускательного канала чаще всего сочетаются с переломами:

1. бедренной кости
2. костей таза
3. Ключицы

4.ребер

5. все перечисленные

49. У кого чаще встречаются травмы мочеиспускательного канала?

1. у мужчин

2. у женщин

3. у собак

50. 4. у детей

5. все перечисленные

51. Наиболее частот встречающиеся симптомы повреждения мочеиспускательного канала в се, кроме:

1. Уретроррагия

2. дизурические расстройства

3. белок в моче

4. урогематома

5. повышение температуры тела

52. Один из основных методов диагностики травмы уретры:

1. Рентгенологический

2. УЗИ

3. ретроградная уретрография

4. ректальное исследование

5. все перечисленные

53. Стриктурой мочеиспускательного канала называется:

1. стойкое сужение его просвета

2. стойкое расширение его просвета

3. его перегиб

4. его смещение

5. все перечисленные

54. Сколько различают периодов развития стриктуры мочеиспускательного канала

1. 4

2. 6

3. 2

4. 3

5. 7

55. При ушибе яичка наблюдаются все признаки кроме:

1. боль в области мошонки

2. болевой шок

3. цианоз паховой области

4. гематома мошонки

5. все перечисленные

56. К закрытым повреждениям полового члена относят все, кроме:

1. Ушиб

2. Перелом

3. Вывих

4.огнестрельнооеранение

5. укус

57. Больной слышит хруст, возникает резкая боль, эрекция прекращается. Быстро наступает отечность члена, он увеличивается в размерах и приобретает багрово-инюшную окраску. Это наблюдается при повреждении полового члена:

1. Вывихе

2. переломе

3. Ущемлении

4. ушибе

5. все перечисленные

58. Корень полового члена смещается в ткани мошонки, промежности или под кожу области лобка. Это наблюдается при повреждении полового члена:

1. вывихе

2. Переломе

3. Ущемлении

4. ушибе

5. все перечисленные

59. Повреждения пениса подразделяются на:

1. открытые и закрытые

2. внутренние и внешние

3. изогнутые и прямые

4. верхние и нижние

5. все перечисленные

60. При травмах полового члена в отношении жизни больного прогноз:

1. Благоприятный

2. Неблагоприятный

3. как повезет

4. летальный исход

5. все перечисленные

ТЕСТЫ ПО НЕЙРОХИРУРГИИ ДЛЯ АТТЕСТАЦИИ ВОП КЛИНИЧЕСКАЯ ОРДИНАТУРА 1 ГОДА ОБУЧЕНИЯ

1. Травматическое сдавление головного мозга может быть обусловлено:
 1. Отеком головного мозга
 2. Внутрочерепными гематомами
 3. Гиперсекрецией ликвора
 4. Субарахноидальным кровоизлиянием
 5. Отсутствием ликвора

2. Что характерно для открытой черепно-мозговой травмы:
 1. Травматическое повреждение кожи и апоневроза без повреждений костей черепа
 2. Линейные переломы костей свода черепа
 3. Повреждение мягких тканей головы в месте приложения травмы
 4. Повреждение кости черепа без нарушения целостности кожи
 5. Переломы основания черепа

3. К какому виду черепно-мозговой травмы указывает оторрея:
 1. Закрытая черепно-мозговая травма
 2. Проникающая черепно-мозговая травма
 3. Открытая черепно-мозговая травма
 4. Сочетанная черепно-мозговая травма
 5. Комбинированная травма

4. Какой черепной нерв поражается при невриномах слухового нерва:
 1. Зрительный
 2. Обонятельный
 3. Вестибуло-кохлеарный
 4. Тройничный
 5. Лицевой

5. Сроки стационарного лечения при сотрясениях головного мозга:
 1. 7-10 дней
 2. До 25 суток
 3. 3 дня
 4. 1 месяц
 5. 2 месяца

6. Какой вид оперативного вмешательства более предпочтителен при эпидуральных гематомах:
 1. Удаление гематомы через трепанационные отверстия
 2. Резекционная трепанация черепа
 3. Костно-пластическая трепанация черепа
 4. Стереотаксическое удаление гематомы
 5. Лучевая терапия

7. На что может указывать симптом «очков», появившийся через 2-3 суток после черепно-мозговой травмы?

1. На перелом основания черепа
2. Ушиб мягких тканей глазницы
3. Перелом костей носа
4. Перелом верхней стенки глазницы
5. Перелом нижней челюсти

8. Методом исследования исключаяющим или подтверждающим наличие субарахноидального кровоизлияния является:

1. Электроэнцефалография
2. Радиоизотопное исследование головного мозга
3. Допплерография
4. Эхо ЭС
5. Люмбальная пункция

9. Для каких процессов характерно наличие "светлого" промежутка:

1. Сотрясение головного мозга
2. Ушиб мозга
3. Сотрясение тяжелой степени
4. Перелом черепа
5. Гематома

10. Если при осмотре у больного выявлена гематома в области сосцевидного отростка, то это:

1. Перелом основания черепа в области передней черепной ямки
2. Перелом основания черепа в области средней черепной ямки
3. Перелом основания черепа в области задней черепной ямки
4. Линейный перелом свода черепа
5. Перелом носа

11. На основании каких рентгенологических признаков диагностируется перелом основания черепа:

1. Симптом "молнии"
2. Симптом двуконтурности
3. Симптом Арана
4. МРТ исследования
5. На снимке признаков нет, диагностика на основании симптомов

12. Как выглядит ЭЭГ при эпилептическом статусе:

1. Снижение биопотенциалов
2. Сплошная прямая линия
3. Повышение амплитуды потенциалов
4. Отсутствие потенциалов
5. Появление острых пик-волн

13. Какая клиническая картина при хронических субдуральных гематомах:

1. Быстрое развитие сопорозно-коматозного состояния
2. течение 2-х суток
3. в течении 3 суток
4. Изменений сознания не отмечается
5. Расстройство сознания спустя две недели

14. Для сотрясения головного мозга характерно:

1. Длительная потеря сознания
2. Потеря сознания на короткое время
3. Расходящееся косоглазие
4. Эпилептические припадки
5. Парез стопы

15. Клиника при субарахноидальном кровоизлиянии:

1. Быстрое развитие коматозного состояния
2. Эпилептические припадки, психомоторное возбуждение
3. Тахикардия, гипотония
4. Головокружение, тошнота
5. Прояснение сознания

16. У больного потеря сознания 3 мин. головная боль, амнезия, однократная рвота, нистагм, положительный симптом Гуревича. У больного:

1. Ушиб мозга средней тяжести
2. Внутречерепная гематома
3. Гидроцефалия
4. Перелом основания мозга
5. Сотрясение мозга

17. Признаки характерные для внутречерепных гематом:

1. Тахикардия
2. Прогрессирующее ухудшение состояния
3. Нистагм
4. Тошнота
5. Анизокория

18. Какие лечебно-диагностические мероприятия показаны при субарахноидальном кровоизлиянии:

1. Искусственная вентиляция легких
2. Гипербарическая оксигинация
3. Люмбальная пункция
4. Цистернография
5. КТ головного мозга

19. Общемозговые симптомы, вегетативные нарушения и астенический синдром характерны для:

1. Сотрясения головного мозга
2. Ушиба мозга с субарахноидальным кровоизлиянием
3. Перелома основания черепа
4. Эпидуральной гематомы
5. Опухоли мозга

20. На что может указывать симптом "очков" появившийся через 2-3 суток после ЧМТ:

1. Сотрясение головного мозга
2. Перелом основания черепа
3. Ушиб мозга с субарахноидальным кровоизлиянием
4. Опухоли мозга
5. Субдуральная гематома

21. При полном поперечном травматическом поражении спинного мозга на уровне сегмента С4, больной может погибнуть от:

1. Остановки дыхания
2. Задержки мочи
3. Остановки сердца
4. Запора
5. Поноса

22. Какие инструментальные методы диагностики применяют для диагностики иневризм:

1. Пневмоэнцефалография
2. Электромиография
3. Церебральная ангиография
4. Миелография
5. Эхо ЭС

23. Какие рентгенологические признаки говорят о внутричерепной гипертензии:

1. Углубление турецкого седла
2. Остеопороз костей черепа
3. Усиление пальцевидных вдавлений
4. Патологические дефекты черепа
5. Перелом черепа

24. Переломы основания черепа относятся к:

1. Закрытым
2. Консолидированным
3. Открытым
4. Проникающим
5. Комбинированным

25. Субдуральные гематомы локализуются:

1. Между черепом и твердой мозговой оболочкой
2. Между ТМО и паутинной оболочкой
3. Внутри желудочков мозга

4. Внутри вещества мозга
5. Внутри желудочков

26. Для ушиба головного мозга характерно, кроме:

1. кратковременная утрата сознания
2. наличие очаговых симптомов
3. менингеальные симптомы
4. патологическая ритмика на ЭЭГ
5. отсутствие клиники

27. Ликворея из наружного слухового прохода, носа, рта, кровоподтеки в области век, височной мышцы, сосцевидного отростка, поражение ЧМН, общемозговые симптомы характерны для:

1. перелома свода черепа
2. субарахноидального кровоизлияния
3. субдуральной гематомы
4. сотрясения мозга
5. перелома основания черепа

28. Признаки эпилептического припадка:

1. психо-моторное возбуждение
2. тонико-клонические судороги
3. миоз
4. мидриаз
5. снижение памяти

29. Какие лечебно-диагностические мероприятия показаны при субарахноидальном кровоизлиянии:

1. Искусственная вентиляция легких
2. Гипербарическая оксигинация
3. Люмбальная пункция
4. Цистернография
5. КТ головного мозга

30. Общемозговые симптомы, вегетативные нарушения и астенический синдром характерны для:

1. Сотрясения головного мозга
2. Ушиба мозга с субарахноидальным кровоизлиянием
3. Перелома основания черепа
4. Эпидуральной гематомы
5. Опухоли мозга

ТЕСТЫ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ

1. В желтом пятне находятся:

1. колбочки и палочки
2. палочки
3. колбочки
4. отсутствуют колбочки
5. больше колбочек, чем палочек

2. Верхняя прямая мышца иннервируется:

1. отводящим нервом
2. зрительным нервом
3. блоковидным нервом
4. лицевым нервом
5. глазодвигательным нервом

3. В кровоснабжении радужной оболочки и цилиарного тела принимают участие:

1. задние короткие цилиарные артерии
2. задние длинные цилиарные артерии
3. центральная артерия сетчатки
4. надглазничная артерия
5. решетчатые артерии

4. Функцией цилиарного тела является:

1. преломление световых лучей
2. продукция внутриглазной жидкости
3. отток внутриглазной жидкости
4. продукция слезы
5. регулирование потока световых лучей

5. Сужение зрачка осуществляется за счет работы:

1. m. ciliaris
2. m. sphincter pupillae
3. m. levatorpalpebraesuperioris
4. m. dilatator pupillae
5. m. orbicularis oculi

6. Глубина орбиты равна:

1. 10 см
2. 4-5 см
3. 8-9 см
4. 6-7 см
5. 11-12 см

7. Диск зрительного нерва это:

1. место наилучшего зрения
2. место скопления биполярных клеток
3. место выхода из сетчатки зрительного нерва
4. место скопления колбочек
5. место скопления палочек

8. Зрительный нерв имеет:

1. 4 оболочки
2. 5 оболочек
3. 2 оболочки
4. 6 оболочек
5. 3 оболочки

9. В толще радужки находится:

1. m. rectus lateralis
2. m. dilatator pupillae
3. m. oblique inferior
4. m. orbicularisoculi
5. m. obliquesuperior

10. Слезная железа делится на пальпебральную и орбитальную части:

1. сухожилием мышцы поднимающей верхнее веко
2. теноновой капсулой
3. тарзоорбитальной фасцией
4. сухожилием круговой мышцы
5. мышцей Риолана

11. Длина зрительного нерва взрослого человека в среднем составляет:

1. 45 мм
2. 35 мм
3. 55 мм
4. 25 мм
5. 15 мм

12. Слеза орошает:

1. камеры глаза
2. своды конъюнктивы
3. решетчатые пазухи
4. переднюю камеру
5. ретробульбарное пространство

13. К оптическим средам глаза относится:

1. хориоидея
2. зрительный нерв
3. хрусталик
4. цилиарное тело
5. сетчатка

14. Склера состоит из:

1. 5 слоев
2. 3 слоев
3. 6 слоев
4. 8 слоев
5. 2 слоев

15. Основная функция хрусталика:

1. продукция внутриглазной жидкости

2. защитная
3. преломление световых лучей
4. энергетическая
5. светочувствительная

16. Стекловидное тело фиксировано:

1. к сетчатке
2. к цинновым связкам
3. к передней капсуле хрусталика
4. к трабекулярной зоне
5. к склеральной шпоре

17. Палочки осуществляют:

1. дневное зрение
2. сумеречное зрение
3. центральное зрение
4. предметное зрение
5. цветное зрение

18. Колбочки осуществляют:

1. периферическое зрение
2. сумеречное зрение
3. светоощущение
4. центральное зрение
5. ночное зрение

19. Хориоидея является:

1. аккомодационным аппаратом глаза
2. энергетической базой сетчатки
3. продуцирует внутриглазную жидкость
4. преломляет световые лучи
5. регулирует световой поток

20. Антагонистом *m. sphincter pupillae* является:

1. *m. orbicularis oculi*
2. *m. ciliaris*
3. *m. levator palpebrae superior*
4. *m. rectus lateralis*
5. *m. dilatator pupillae*

21. К слою мроговицы относится:

1. слой крупных сосудов
2. боуменова мембрана
3. стекловидная пластинка
4. наружный сетчатый слой
5. слой нервных волокон

22. Острота зрения определяется:

1. по таблицам Рабкина
2. по методу Гиршберга
3. по кольцам Ландольта
4. по периметру

5. адаптометром

23. Острота зрения становится нормальной:

1. к 3-4 годам
2. с рождения
3. к 5-7 годам
4. к 2 годам
5. к 1 году

24. У здорового человека при обследовании обнаружена скотома. Охарактеризуйте её:

1. положительная
2. центральная
3. патологическая
4. относительная
5. отрицательная

25. Слепое пятно это:

1. относительная скотома
2. положительная скотома
3. абсолютная скотома
4. патологическая скотома
5. физиологическая скотома

26. Выпадение двух компонентов цветового зрения называется:

1. аномальная трихромазия
2. монохромазия
3. протаномалия
4. трихромазия
5. дихромазия

27. Фотопическое зрение это:

1. сумеречное зрение
2. ночное зрение
3. периферическое зрение
4. центральное зрение
5. дневное зрение

27. Острота зрения зависит:

1. от величины рассматриваемого объекта
2. от расстояния до рассматриваемого объекта
3. от величины оптопов
4. от угла зрения
5. от угла между зрительной и оптической осями глаза

28. Острота зрения равная 1,0:

1. свидетельствует о наличии астигматизма
2. исключает наличие любой аметропии
3. не исключает наличие гиперметропии
4. исключает наличие гиперметропии
5. не исключает наличие миопии

29. Миопу в 3,0 Д в 50 лет нужны для чтения очки:

1. + 2,0 Д
2. + 1,0 Д
3. не нуждается
4. - 1,0 Д
5. - 3,0 Д

30. Мышечная астигматизация развивается:

1. при эметропии
2. при гиперметропии
3. при миопии
4. при пресбиопии
5. при астигматизме

31. Гиперметропия средней степени включает гиперметропию:

1. от 1 до 3 диоптрий
2. от 2 до 5 диоптрий
3. от 3 до 5 диоптрий
4. от 2 до 6 диоптрий
5. от 3 до 6 диоптрий

32. В рецепте очки, кроме вида и силы очкового стекла, необходимо указать:

1. форму очкового стекла
2. модель оправы
3. цвет оправы
4. межзрачковое расстояние
5. вид крепления стекол

33. К клиническим видам рефракции относится:

1. анизометропия
2. амблиопия
3. астигматизм
4. эметропия
5. пресбиопия

34. Пресбиопия проявляется раньше при следующем состоянии:

- а) эметропии
- б) миопии
3. гиперметропии
- г) астигматизме
- д) афакии

35. Какие очки необходимы для работы гиперметропу в 2,0 D в 40 лет?

1. + 2,0 D
2. + 3,0 D
3. + 1,0 D
4. - 2,0 D
5. + 4,0 D

36. Двоение иначе называется:

1. конвергенция
2. дивергенция
3. девиация

4. окклюзия
5. диплопия

37. Информативным методом исследования роговицы является:

1. офтальмоскопия
2. биомикроскопия
3. гониоскопия
4. скиаскопия
5. диафаноскопия

38. Аккомодация зависит от:

1. состояния цинновых связок
2. возраста
3. состояния зрачка
4. глубины передней камеры
5. состояния нервной системы

39. Пресбиопия это:

- а) помутнение хрусталика
- б) возрастное усиление аккомодации
- в) расстройство аккомодации при интоксикации
- г) возрастное ослабление аккомодации
- д) прогрессирующее ослабление зрения у школьников

40. Слабым видом рефракции является:

1. миопия
2. гиперметропия
3. пресбиопия
4. астигматизм
5. эмметропия

41. Сочетание в одном глазу различных видов рефракций или различных степеней одного вида рефракций называется:

1. анизейконией
2. анизометропией
3. астигматизмом
4. анизокорией
5. амблиопией

42. Рефракция это:

1. аномалия развития глаза
2. нарушение бинокулярного зрения
3. функция сетчатки
4. преломление лучей в оптической системе
5. патология сетчатки

43. Картина глазного дна в норме:

1. отсутствие макулярного рефлекса
2. наличие макулярного рефлекса
3. отсутствие фовеолярного рефлекса
4. миелиновые волокна у диска зрительного нерва
5. перераспределение пигмента

44. Объем стекловидного тела взрослого человека составляет:

1. 7 мл
2. 6 мл
3. 4 мл
4. 3 мл
5. 2 мл

45. Скотопическое зрение это:

1. сумеречное зрение
2. ночное зрение
3. периферическое зрение
4. центральное зрение
5. дневное зрение

46. Для исследования центрального зрения используют:

1. кампиметр
2. пигментную таблицу профессора Рабкина
3. таблицу Сивцева
4. аномалоскоп
5. ретиноскоп

47. Какой вид рефракции самый сильный:

1. эметропия
2. гиперметропия
3. астигматизм
4. анизометропия
5. миопия

48. Объективным методом определения рефракции являются:

1. периметрия, скиаскопия
2. адаптометрия, офтальмометрия
3. рефрактометрия, офтальмоскопия
4. скиаскопия, рефрактометрия
5. офтальмометрия, визометрия

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ПО ОНКОЛОГИИ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ 1 ГОДА ОБУЧЕНИЯ

1. К факультативному предраку могут быть отнесены
 1. болезнь Боуэна
 2. хронический хейлит
 3. пигментная ксеродерма
 4. эритроплакия Кейра
 5. меланоз Дюбрея

2. К облигатному предраку могут быть отнесены
 1. пигментная ксеродерма
 2. старческая атрофия кожи
 3. рубцовая атрофия кожи
 4. болезнь Крона
 5. кератома

3. К облигатному предраку можно отнести
 1. неспецифический язвенный колит
 2. болезнь Крона
 3. гиперпластический полип
 4. диффузный семейный полипоз толстой кишки
 5. геморрой

4. Генетические маркеры не обнаружены
 1. при раке желудка
 2. при ретинобластоме
 3. при опухоли Вилмса
 4. при хроническом миелолейкозе
 5. при медулярном раке щитовидной железы

5. Определенное отношение к возникновению лимфомы Беркитта и рака носоглотки у человека имеет аденовирус
 1. вирус Эпштейн - Барра (возбудитель инфекционного мононуклеоза)
 2. Рарова-вирус
 3. вирус из группы вирусов оспы
 4. вирус из группы вирусов herpes
 5. вирус ЦМВ

6. К наследственно-детерминированным могут быть отнесены опухоли рабдомиосаркома
 1. ретинобластома
 2. острый лимфобластный лейкоз
 3. лимфосаркома
 4. опухоль Юинга
 5. карцинома

7. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении

онкологических операций направлено

1. на обеспечение антибластики
2. на обеспечение абластики
3. на снижение риска хирургических вмешательств
4. на максимальное сохранение функции органа
5. удаление регионарных лимфоузлов

8. Факторами, предрасполагающими к тромбозам легочной артерии, являются длительная катетеризация крупных вен

1. операции на органах малого таза и нижних конечностях
2. длительное неподвижное положение в постели, пожилой возраст
3. посттромботический синдром
4. все ответы правильные

9. Тромбоз легочной артерии может проявляться следующими синдромами (синдромом)

1. легочно-плевральным
2. кардиальным
3. абдоминальным и почечным
4. церебральным
5. всеми перечисленными

10. К расширенной операции следует относить

1. удаление опухоли в пределах здоровых тканей
2. удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
3. удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
4. удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
5. правильного ответа нет

11. К комбинированной операции следует относить

1. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером
2. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами, и клетчаткой в зоне операции
3. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
4. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания
5. все ответы правильные

12. Термину «операбельность» больше всего соответствует

1. состояние больного, позволяющее выполнить операцию
2. состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию
3. выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию
4. правильного ответа нет
5. выполнение комбинированной операции

13. На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние
1. тип роста опухоли
 2. гистологическая структура опухоли
 3. наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
 4. наличие отдаленных метастазов
 5. возраст больного
14. Предоперационная подготовка гепарином (по Коккару) целесообразна
1. при наличии гиперкоагуляции
 2. больным с избыточным весом
 3. при наличии тромбэмболических осложнений в анамнезе
 4. при наличии варикозно-расширенных подкожных вен нижних конечностей
 5. все ответы правильные
15. Радикальная резекция молочной железы оправдана при локализации опухоли
1. в верхневнутреннем квадранте
 2. в верхненаружном квадранте
 3. в нижневнутреннем квадранте
 4. в нижненаружном квадранте
 5. в центральном квадранте
16. Показанием для паллиативной мастэктомии может быть
1. наличие изъязвленной опухоли
 2. тяжелые сопутствующие заболевания
 3. преклонный возраст больной
 4. все ответы верные
 5. правильного ответа нет
17. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется
1. как самостоятельный метод
 2. в комбинации с хирургическим методом до операции
 3. в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)
 4. в комбинации с хирургическим методом после операции
 5. все ответы правильные
18. Основная цель радикальной лучевой терапии
1. подведение максимально возможной дозы излучения
 2. снижение биологической активности опухолевых клеток
 3. вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
 4. достижение частичной регрессии опухоли
 5. достижение полной регрессии опухоли
19. Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются
1. повышение операбельности
 2. повышение резектабельности
 3. достижение значительного уменьшения опухоли и получение полной регрессии опухоли
 4. понижение жизнеспособности опухолевых клеток
 5. радикальное лечение

20. К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме
1. лимфогранулематоза
 2. лимфосаркомы
 3. семиномы
 4. аденокарциномы желудка
 5. мелкоклеточного рака легкого
21. Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является
1. плоскоклеточный неороговевающий рак
 2. семинома
 3. опухоль Юинга
 4. остеогенная саркома
 5. мелкоклеточный рак легкого
22. На радиочувствительность опухоли оказывают влияние
1. напряжение кислорода опухоли
 2. дифференцировка опухолевых клеток
 3. форма роста опухоли
 4. возраст больного
 5. величина опухоли
23. Следующие факторы модификации радиочувствительности опухоли и нормальных тканей используют в лучевой терапии
1. локальная гипертермия
 2. искусственная гипергликемия
 3. гипербарическая оксигенация
 4. иммуномодуляторы
 5. кратковременная гипоксия
24. Расщепленный курс лучевой терапии применяют
1. для повышения радиочувствительности опухоли
 2. для защиты нормальных тканей
 3. для снижения числа рецидивов
 4. для повышения дозы облучения
 5. для повышения эффекта
25. Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является
1. пожилой возраст
 2. молодой возраст
 3. активный туберкулез
 4. субфебрильная температура
 5. хронический гепатит
26. В практике лучевой терапии пока не применяется
1. дистанционное облучение
 2. внутри полостное облучение
 3. внутритканевое облучение
 4. внутреннее облучение
 5. нейтронзахватная терапия .
27. Сочетанная лучевая терапия означает

1. применение двух способов облучения или двух видов излучения
 2. расщепление курса лучевой терапии
 3. облучение с радиомодификаторами
 4. облучение в сочетании с химиотерапией
 5. облучение в сочетании с иммунотерапией
28. Единицей измерения экспозиционной дозы излучения является
1. Грей
 2. Рад
 3. Кюри
 4. Рентген
 5. Зиверт
29. Единицей измерения поглощенной дозы излучения является
1. Грей
 2. Кюри
 3. Рентген
 4. Беккерель
 5. все ответы правильные
30. К лучевым реакциям относится
1. фиброз
 2. лучевая язва
 3. эритема кожи
 4. лучевой рак
 5. пневмосклероз
31. На частоту местных лучевых реакций не влияет
1. пожилой возраст
 2. аллергические заболевания
 3. сахарный диабет
 4. тиреотоксикоз
 5. воспалительные изменения тканей
32. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется
1. как самостоятельный метод
 2. в комбинации с хирургическим методом до операции
 3. в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)
 4. в комбинации с хирургическим методом после операции
 5. все ответы правильные
33. Основная цель радикальной лучевой терапии
1. подведение максимально возможной дозы излучения
 2. снижение биологической активности опухолевых клеток
 3. вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
 4. достижение частичной регрессии опухоли
 5. достижение полной регрессии опухоли
34. Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются
1. повышение операбельности

2. повышение резектабельности
 3. достижение значительного уменьшения опухоли О получение полной регрессии опухоли
 4. понижение жизнеспособности опухолевых клеток
35. К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме
1. лимфогранулематоза
 2. лимфосаркомы
 3. семиномы
 4. аденокарциномы желудка
 5. мелкоклеточного рака легкого
36. Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является
1. плоскоклеточный неороговевающий рак
 2. семинома
 3. опухоль Юинга
 4. остеогенная саркома
 5. мелкоклеточный рак легкого
37. На радиочувствительность опухоли оказывают влияние
1. напряжение кислорода опухоли
 2. дифференцировка опухолевых клеток
 3. форма роста опухоли
 4. возраст больного
 5. величина опухоли
38. Следующие факторы модификации радиочувствительности опухоли и нормальных тканей используют в лучевой терапии
1. локальная гипертермия
 2. искусственная гипергликемия
 3. гипербарическая оксигенация
 4. иммуномодуляторы
 5. кратковременная гипоксия
39. Расщепленный курс лучевой терапии применяют
1. для повышения радиочувствительности опухоли
 2. для защиты нормальных тканей
 3. для снижения числа рецидивов
 4. для повышения дозы облучения
 5. для повышения эффекта
40. Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является
1. пожилой возраст
 2. молодой возраст
 3. активный туберкулез
 4. субфебрильная температура
 5. хронический гепатит
41. В практике лучевой терапии пока не применяется
1. дистанционное облучение
 2. внутри полостное облучение

3. внутритканевое облучение
4. внутреннее облучение
5. нейтронзахватная терапия .

42. Сочетанная лучевая терапия означает

1. применение двух способов облучения или двух видов излучения
2. расщепление курса лучевой терапии
3. облучение с радиомодификаторами
4. облучение в сочетании с химиотерапией
5. облучение в сочетании с иммунотерапией

43. Единицей измерения экспозиционной дозы излучения является

1. Грей
2. Рад
3. Кюри
4. Рентген
5. Зиверт

44. Единицей измерения поглощенной дозы излучения является

1. Грей
2. Кюри
3. Рентген
4. Беккерель
5. все ответы правильные

45. К лучевым реакциям относится

1. фиброз
2. лучевая язва
3. эритема кожи
4. лучевой рак
5. пневмосклероз

46. На частоту местных лучевых реакций не влияет

1. пожилой возраст
2. аллергические заболевания
3. сахарный диабет
4. тиреотоксикоз
5. воспалительные изменения тканей

47. Для профилактики и лечения лучевых реакций слизистых оболочек применяют

1. антисептические растворы
2. витаминизированные растворы
3. электрофорез
4. низкоинтенсивное излучение лазера
5. метилурацил

48. Для профилактики и лечения общих лучевых реакций применяют

1. антигистаминные препараты
2. витамины
3. седативные средства
4. амифостин
5. антибиотики

49. Механизм действия алкилирующих препаратов состоит
1. в реакции алкилирования
 2. в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
 3. в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК- матрицы
 4. в денатурации тубулина - белка микротрубочек
 5. в образовании сшивок молекул ДНК
50. Механизм действия противоопухолевых антибиотиков состоит
1. в реакции алкилирования молекул ДНК
 2. в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
 3. в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК- матрицы
 4. в денатурации тубулина - белка микротрубочек
 5. в образовании сшивок молекул ДНК
51. Механизм действия антимаболитов состоит
1. в реакции алкилирования молекул ДНК
 2. в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
 3. в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК- матрицы
 4. в денатурации тубулина - белка микротрубочек
 5. в образовании сшивок молекул ДНК
52. Механизм действия таксанов состоит
1. в реакции алкилирования молекул ДНК
 2. в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
 3. в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК- матрицы
 4. в денатурации тубулина - белка микротрубочек
 5. в образовании сшивок молекул ДНК

Экзаменационные вопросы

Вопросы по хирургии

1. Острый живот. Понятие. Характерные симптомы при остром животе. Тактика врача общей практики и узкого специалиста на амбулаторном этапе.

1. Острый живот определение, понятия
2. Причины острого живота
3. Симптомы острого живота
4. Диагностика и дифференциальная диагностика
5. Лечение острого живота.

2. Оказание экстренной хирургической помощи при панариции, вросшего ногтя и ПХО раны в амбулаторных условиях.

1. Панариций понятие
2. Этиология, патогенез
3. Диагностика
4. Экстренная хирургическая помощь при панариции
5. ПХО раны в амбулаторных условиях.

3. Желудочно-кишечные кровотечения. Понятие, основные симптомы. Тактика врача общей практики и узкого специалиста в амбулаторных условиях при желудочно-кишечных кровотечениях.

1. Причины желудочно-кишечного кровотечения
2. Симптомы желудочно-кишечного кровотечения
3. Диагностика желудочно-кишечного кровотечения
4. Лечение желудочно-кишечного кровотечения
5. Профилактика желудочно-кишечного кровотечения.

4. Облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей. Тактика врача общей практики в амбулаторных условиях. Ведение больных в послеоперационном периоде.

1. Понятие, симптомы и признаки
2. Причины и предпосылки развития
3. Стадии облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей
4. Диагностика. Пробы: Гольдфлама, коленный феномен Панченко, симптом сдавливания ногтевого ложа
5. Инструментальные методы диагностики
6. Лечение

5. Гнойные заболевания мягких тканей. Фурункул, фурункулез, карбункул, гидраденит, абсцесс, флегмона, мастит, рожистое воспаление. Тактика врача общей практики и узкого специалиста.

1. Понятие, этиология, патогенез
2. Основные симптомы
3. Диагностика и дифференциальная диагностика
4. Оперативное лечение гнойных инфекций мягких тканей в амбулаторных условиях.

6. Раны. Первичная хирургическая обработка. Современные методы лечения ран. Кровотечения. Виды. Остановка.

1. Определение рана
2. Классификация ран
3. Первичная хирургическая обработка
4. Кровотечения понятие
5. Виды кровотечения
6. Остановка кровотечения: временная и постоянная
7. Лечение в амбулаторных условиях.

7.Классификация ран. Особенности выполнения первичной хирургической обработки ран в амбулаторных условиях.

1. Рана. Общие понятия
2. Патофизиология раневого процесса
3. Основные симптомы
4. Особенности выполнения первичной хирургической обработки ран в амбулаторных условиях.

8. Понятие наружное кровотечение. Временная и окончательная остановка кровотечений.

1. Общие понятия
2. Классификация
3. Степени тяжести кровопотери
4. Основные симптомы
5. Временная и окончательная остановка кровотечений.

9. Острая гнойная инфекция в условиях амбулаторной хирургии.

1. Общие понятия. Определение
2. Этиопатогенез, классификация
3. Основные симптомы
4. Диагностика
5. Местное лечение острой гнойной инфекции
6. Общее лечение острой гнойной инфекции.

10.Вросший ноготь. Панариций, паронихий. Понятие. Основные симптомы. Тактика врача общей практики и узкого специалиста. Особенности течения и хирургическое лечение при фурункулах и карбункулах лица. Методы обезболивания.

1. Понятие. Основные симптомы.
2. Тактика врача общей практики и узкого специалиста.
3. Особенности течения и хирургическое лечение при фурункулах и карбункулах лица
4. Методы обезболивания
5. Лечение в амбулаторных условиях.

11.Ожоги и отморожения.

1. Основные понятия
2. Классификация ожогов и отморожения
3. Этиология и патогенез
4. Ожоги по площади поражения
5. Степени ожогов
6. Основные симптомы
7. Лечение.

Вопросы по травматологии

Вопросы по травматологии – ортопедии для ВОП

1. Принципы лечения травматологических и ортопедических больных.
2. Переломы дистального конца плеча. Классификация, механизм, клиника и лечение. Причины смещения костных отломков.
3. Остеомиелит. Этиология. Патогенез. Клиника. Консервативное и оперативное лечение.
4. Виды гипсовых повязок. Уход за гипсовой повязкой. Свойства гипса. Как определить качество гипса.
5. Абсолютные симптомы переломов длинных трубчатых костей.
6. Как измерить относительную и абсолютную длину нижней конечности.
7. Как проходит ось верхней и нижней конечности. Для чего это надо знать?
8. Повреждение связок в коленном и локтевом суставах. Как определить объем движений?
9. Транспортная иммобилизация. Виды шин. Принципы транспортной иммобилизации.
10. Переломы ключицы. Клиника. Характер смещения костных отломков. Осложнения. Абсолютные показания к оперативному лечению.

вопросы ЛОР

1. Звуковосприятие. Теории слуха.
2. Глотка. Ее отделы и слои: слизистая и фиброзная оболочки, мышечные слои. Заглочное пространство.
3. Особенности строения слизистой оболочки носовой полости.
4. Полость носа. Строение носовой перегородки и латеральной стенки.
5. Клиническая анатомия внутреннего уха. Особенности у детей.
6. Хронический гнойный мезотимпанит, диагностика, клиника и лечение. Особенности лечения у детей.
7. Отосклероз, клиника, диагностика и лечение.
8. Методы исследования вестибулярного анализатора.
9. Методы исследования околоносовых пазух.
10. Методы исследования евстахиевой трубы.

Контрольные вопросы по урологии

1. Клиническая характеристика боли при воспалительных заболеваниях мочеполовой системы.
2. Качественные характеристики мочи при воспалении почки.
3. Этиология и патогенез острого пиелонефрита.
4. Пути проникновения инфекции в почку при пиелонефрите.
5. Роль нарушений внутриорганного кровообращения и оттока мочи в развитии острого воспаления почки.
6. Клиника острого пиелонефрита.
7. Причины вторичного острого пиелонефрита.
8. Хромоцистоскопия и ее диагностическая ценность при пиелонефрите.
9. Катетеризация (диагностическая и лечебная) мочеточников при пиелонефрите.
10. Обзорная и экскреторная урография при заболеваниях органов мочеполовой системы.
11. Ультразвуковая характеристика почек в диагностике пиелонефрита.
12. Рентгенологические признаки хронического пиелонефрита.
13. Преднизолоновый тест и его диагностическое значение.
14. Лечение острого и хронического пиелонефрита.
15. Бактериемический шок: диагностика, лечение.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ВОП 1 ГОДА ОБУЧЕНИЯ

1. Спонтанные внутримозговые кровоизлияния. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
2. Современные нейровизуализационные методы исследования в нейрохирургии и неврологии.
3. Повреждения позвоночника и спинного мозга на пояснично-крестцовом уровне. Клиника, диагностика, лечение.
4. Транспортировка и оказание первой помощи пострадавших спинальной травмой.
5. Классификация черепно-мозговой травмы.
6. Первичная хирургическая обработка раны. Показания и принципы проведения ПХО.
7. Травматические сдавления головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
8. Последствия черепно-мозговой травмы. Клиника, диагностика, лечение.
9. Спондилография. Диагностическое значение.
10. Классификация черепно-мозговой травмы. Эпидемиология черепно-мозговой травмы в Кыргызстане.
11. Эхоэнцефалоскопия. Показание к проведению и его диагностическое значение.
12. Люмбальная пункция. Техника проведения. Ликвородинамические пробы
13. Переломы основания черепа. Клиника, диагностика, лечение.

14. Малые нейрохирургические операции. Показания, противопоказания, методика проведения.
15. Посттравматическая ликворрея, принципы диагностики и лечения.
16. Малые нейрохирургические операции. Показания, противопоказания, методика проведения.
17. Ликвородинамические пробы. Диагностическое значение
18. Инвазивные и неинвазивные методы исследования в нейрохирургии.
19. Краниография. Диагностическое значение.
20. Ушиб головного мозга: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
21. Сотрясение головного мозга: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
22. Пороки развития черепа. Краниостенозы, диагностика, принципы хирургического лечения.
23. Ликвор, ликворные пространства, ликвороциркуляция.
24. Церебральная ангиография, показания и противопоказания, диагностическое значение.
25. Основные операции на позвоночнике и спинном мозге. Техника ламинэктомий.
26. Дифференциальная диагностика сотрясения и ушиба головного мозга.
27. Спондилографические признаки опухолей спинного мозга и остеохондроза позвоночника.
28. Клиника, диагностика и лечение сосудистых заболеваний спинного мозга.
29. Показания к электромиографии, диагностическое значение.
30. Внутричерепные артериальные аневризмы. Клиника, диагностика, лечение.

ВОПРОСЫ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ

1. Зрительный анализатор, его функции
2. Гиперметропия, виды, коррекция, осложнения
3. Пресбиопия
4. Центральное зрение, методы исследования
5. Строение зрительного нерва, отделы, кровоснабжение
6. Цилиарное тело, функции
7. Анатомия роговицы, функции
8. Миопия, виды, коррекция, осложнения
9. Радужная оболочка, строение, функции
10. Наружные мышцы глаза, иннервация

Контрольные вопросы по онкологии для ординаторов 1 года

1. Предмет «онкология», задачи онкологии, как науки.
2. Организация онкологической службы в КР.
3. Теории канцерогенеза.
4. Понятие об онконастороженности.
5. Биологические свойства злокачественных опухолей.
6. Фоновые заболевания. Облигатный и факультативный предрак, примеры.
7. Понятие о канцерогенах. Виды канцерогенов.
8. Современное представление о канцерогенезе. Факторы риска возникновения злокачественных опухолей.
9. Неопластическая клетка. Основные свойства и механизмы их возникновения.
10. Прогрессия опухоли. Составные части прогрессии опухолей.
11. Виды и этапы метастазирования.
12. Международная классификация злокачественных опухолей по системе TNM.
13. Клинические группы онкобольных. Примеры.
14. Профилактика онкологических заболеваний.
15. Паранеопластический синдром. Примеры.
16. Задачи и методы первичной и уточняющей диагностики в онкологии.
17. Рентгенологические и радиоизотопные методы диагностики злокачественных новообразований.
18. Эндоскопические методы диагностики злокачественных новообразований.
19. Опухолевые маркеры в клинической онкологии.
20. Методы морфологической верификации диагноза. Понятие о «carcinomainsitu».

21. Показания и противопоказания к хирургическому лечению онкологических больных. Принципы радикализма в хирургической онкологии.
22. Виды операций в онкологии (радикальные, паллиативные, эксплоративные, расширенные, комбинированные). Операбельность и резектабельность. Новые направления в хирургической онкологии.
23. Лучевая терапия. Определение. Виды лучевой терапии. Показания и противопоказания.
24. Контактная лучевая терапия. Показания и методы применения.
25. Дистанционная лучевая терапия. Квантовое и корпускулярное облучение.
26. Фракционное облучение, его разновидности.
27. Радиотерапевтический интервал. Пути его увеличения. Радиочувствительность опухолей.
28. Варианты применения лучевой терапии, как самостоятельного метода.
29. Цели предоперационной и послеоперационной лучевой терапии.
30. Местные и общие лучевые реакции.
31. Фотодинамическая терапия злокачественных опухолей.
32. Комбинированное и комплексное лечение онкологических больных. Показания к их применению.