001. Для выявления дивертикула пищевода показаны следующие методы исследования:

Рентгенологическое исследование

Медиастиноскопия

Электрокимография

УЗИ

Эзофагоскопия

002. При доброкачественных новообразованиях пищевода применяется следующий метод лечения:

Экстирпация пищевода

Энуклеация опухоли

Резекция сегмента пищевода

Лучевая терапия

Химиотерапия

003. Оперативное лечение показано при следующих типах кардиоспазма:

Кардиоспазм с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

С эффектом кардиодилатации в течение 2 лет

Сужение кардии с S-образным удлинением пищевода

Длительное течение без потери массы тела, небольшое расширение пищевода

Выраженное расширение пищевода

004. Бужирование пищевода после химического ожога следует начинать:

На 1-2 сутки

Через месяц.

На 8-9 сутки

При возникновении стойкой дисфагии

В первые часы

005. К симптомам раннего рака пищевода следует отнести:

Дисфагию

Боли за грудиной и в спине

Кашель при, приеме пищи

Усиленное слюноотделение

Похудание

006. При недиагностированных ранениях пищевода развивается:

Медиастинит

Плеврит

Перикардит

Бронхоплевральный свищ

Эмпиема плевры

007. Наиболее выраженная дилатация пищевода развивается при:

Рубцовом сужении

Ахалазии

Диабетической энтеропатии

Склеродермии

Некоторых локализациях рака пищевода

008. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:

Применить гемостатические средства

Применить гипотензивные средства

Вводить малые дозы донорской крови

Ввести зонд Блекмора

Хирургически прошить кровоточащие сосуды

009. При выраженном рефлюкс-эзофагите обусловленном грыжей пищеводного отверстия диафрагмы показано следующее оперативное лечение:

Операция Геллера

Кардиофундопликация по Ниссену

СПВ

Кардиофундопексия

Крурорафия

010. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:

Гастростомия

Зондовое питание

Дивертикулэктомия

Ушивание дивертикула

Резекция пищевода

011. С какой целью проводится бронхоскопия у больных центральным раком легкого:

Осмотра опухоли и биопсии

Установления стадии процесса

Выбора метода лечения

012. Какой метод лечения является ведущим при раке легкого:

Хирургический

Химиотерапия

Лучевая терапия

013. Какая операция показана при центральном и периферическом раке с метастазами в бронхопульмональные лимфатические узлы:

Лобэктомия

Пневмонэктомия

Билобэктомия

014. Нейрогенные опухоли чаще встречаются:

В переднем средостении

В заднем средостении

015. Тимома - злокачественная опухоль вилочковой железы чаще локализуется:

В переднем средостении

В заднем средостении

016. Наиболее информативный метод диагностики опухолей средостения:

Компьютерная томография

Ультразвуковая томография

Пневмосцинтиграфия

017. Основной метод получения морфологического материала для верификации опухолей средостения:

Медиастиноскопия с биопсией

Трансторакальная пункция

018. Основными качественными и количественными методами определения микобактерий туберкулеза являются:

Метод Циля-Нильсена

Люминесцентный

Иммунологический

Все варианты верны

019. Туберкулиновые пробы во фтизиатрии используются с целью:

Диагностики туберкулеза

Дифференциальной диагностики туберкулеза

Определения инфицированности населения

Определения первичного инфицирования

Отбора лиц для ревакцинации БЦЖ

Все варианты верны

020. Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется:

В области бифуркации трахеи

Над диафрагмой

В верхней трети пищевода

Глоточно-пищеводном переходе

Над кардией

021. Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:

Дисфагия

Боль за грудиной и в спине

Срыгивание застойным содержимым

Усиленное слюноотделение

Похудание

022. У больных с извитыми и множественными послеожоговыми стриктурами пищевода отдается предпочтение бужированию:

«слепому» через рот

Под контролем эзофагоскопа

Ретроградному

Полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику·

«бужированию без конца» через гастростому

023. При доброкачественных образованиях пищевода встречаются следующие клинические признаки:

Дисфагия

Потеря веса

Ощущение инородного тела в пищеводе

Изжога

Гнилостный запах изо рта

024. При раке пищевода назначают следующие исследования:

Эзофагоскопию с биопсией

Рентгенологическое исследование пищевода и желудка

Электрокимографическое исследование пищевода

Компьютерную томографию

025. Для кардиоспазма характерны следующие клинические признаки:

Обильная рвота желудочным содержимым

Срыгивание во время еды

Избирательная дисфагия для некоторых продуктов, жидкостей

Парадоксальная дисфагия

Чередование анорексии с булимией

026. При раке шейного отдела пищевода применяют:

Комбинированную терапию

Лучевую терапию

Хирургическое лечение

Химиотерапию

Симптоматическую терапию

027. Какие осложнения возможны при рубцовой стриктуре пищевода:

Хронический эзофагит

Кровотечение

Рак пищевода

Перфорация пищевода

Все варианты верны

028. Основными методами лечения кардиоспазма являются:

Кардиомиотомия по Геллеру

Фундопликация по Ниссену

Кардиодилатация

Различные и способы экстрамукозной пластики

Бужирование

029. При дивертикулах пищевода применяются следующие операции:

Резекция сегмента пищевода

Дивертикулэктомия

Операция Торека-Добромыслова

Инвагинация дивертикула

Резекция нижней трети пищевода и желудка

030. Синдром Меллори-Вейса - это:

Стеноз привратника

Наличие «целующихся» язв

Пенетрация язв в печень

Трещина слизистой кардиального отдела желудка

Стойкий спазм кардиального сфинктера

031. Какие анатомически слабые места находятся на диафрагме:

Грудино-реберный треугольник

Пояснично-реберный треугольник

Отверстие пищевода

Все варианты верны

032. Какие анатомические образования легкого осуществляют газообмен:

Долевые бронхи

Сегментарные бронхи

Ацинус

Дольковые бронхи

033. Какие из перечисленных анатомических структур принимают участие в образовании корня легкого:

Главный бронх

Легочная артерия

Легочные вены

Все варианты верны

034. Каково число долевых бронхов правого легкого:

1

2

3

4

035. Какой из плевральных синусов является наиболее глубоким:

Диафрагмально-медиастинальный

Реберно-медиастинальный

Реберно- диафрагмальный

Все равной глубины

036. Где в легких происходит газообмен:

В бронхах

В альвеолах

В воздухоносных путях

В бронхиолах

037. Укажите формы-переноса СО2 кровью:

Карбогемоглобин

Физически растворенный

Карбоксигемоглобин

Все варианты верны

038. Рефлюксную болезнь пищевода диагностируют с помощью следующих методов:

Зофагоскопия

Эзофагоманометрия

Внутрипищеводная ph-метрия

Определение пассажа бария по пищеводу в положении Тренделенбурга

УЗИ пищевода

039. Для повреждения пищевода характерно:

Боли за грудиной

Рвота с кровью

Осиплость голоса

Развитие эмфиземы средостения

Все варианты верны

040. Оптимальным методом оказания первой помощи при химическом ожоге пищевода считается:

Промывание пищевода и желудка с помощью зонда

Промывание пищевода и желудка «ресторанным» способом

Внутривенное введение жидкостей и лекарственных средств

Очистительные клизмы

Прием холодной жидкости через рот

041. Операция эзофагокардиомиотомии показана при:

При карциноме пищевода

При ахалазии пищевода и кардиоспазме

При диафрагмальной грыже

При грыже пищеводного отверстия диафрагмы

При ожоговой стриктуре пищевода

042. Отхождение гнойной мокроты с примесью крови "полным ртом" характерно для:

Рака легкого

Полисегментарной пневмонии

Абсцесса легкого

Инфарктной пневмонии

Гнойного бронхита

043. Прорыв абсцесса легких в плевральную полость клинически проявляется:

Резчайшей болью в грудной клетке

Повышением температуры тела

Одышкой

Ослаблением дыхания на стороне поражения

Все варианты верны

044. Основным признаком прорыва абсцесса легких в плевральную полость является:

Внезапно возникшая боль в грудной клетке

На рентгенограмме горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости

Высокая температура тела

Выраженная одышка

Все варианты верны

045. Для спонтанного пневмоторакса не характерны:

Боли в грудной клетке

Одышка

Отсутствие дыхательных шумов на стороне поражения

Тимпанический перкуторный звук

Кашель с мокротой

046. Осложнениями при пневмонии являются:

Деструкция легочной ткани

Пневмоторакс

Гемолитическая анемия

Острое легочное сердце

047. Причиной формирования хронической пневмонии у детей является:

Деструктивная пневмония

Порок развития легких

Инородное тело дыхательных путей

Все варианты верны

048. Наиболее эффективным способом санации трахеобронхиального дерева является:

Чрезназальная катетеризация трахеи

Бронхофиброскопия

Транстрахеальное дренирование

Вибрационный массаж грудной клетки

Стимуляция кашля с применением муко- и бронхолитиков

049. Методами восстановления проходимости дыхательных путей являются:

Запрокидывания головы

Открытие рта и выдвижение нижней челюсти

Механического удаления содержимого дыхательных путей

Установка воздуховода

Все варианты верны

050. Для удаления воздуха из плевральной полости пункцию проводят:

В 8-9 межреберье по задней аксилярной линии

Во 2 межреберье по среднеключичной линии

В 5 межреберье по среднеключичной линии

В области яремной вырезки

В надключичной области

051. Флюорографический метод (метод профилактического обследования населения) обладает:

Большой пропускной способностью, по сравнению с другими рентгенологическими методиками

Более дешевый экономически, по сравнению с рентгенографией

Все варианты верны

052. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:

Инвагинация дивертикула

Зондовое питание

Удаление дивертикула

Эндоскопическое рассечение слизистой оболочки в месте

Дивертикула

Резекция пищевода

053. Среди злокачественных опухолей пищевода чаще всего встречается:

Саркома

Лейомиосаркома

Меланома

Рабдомиосаркома

Рак

054. Для выявления доброкачественных опухолей пищевода наиболее информативными являются следующие методы исследования:

Рентгенологическое исследование

Эзофагоманометрия

Эхография

Эзофагоскопия

Электрокимографическое исследование пищевода

055. При химическом ожоге пищевода в острой стадии показано:

Промывание рта, пищевода, желудка питьевой водой

Назначение препаратов морфия и седативных средств

Питье молока

Все варианты верны

056. При безуспешной консервативной терапии фибринозно-язвенного рефлюкс-эзофагита прибегают:

К резекции желудка по Бильрот-1

К эзофагофундопликации

К селективной проксимальной ваготомии

К стволовой ваготомии

К фундопексии

057. Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:

Эзофагоскопия

Контрастное рентгеновское исследование

УЗИ

Радионуклидное исследование

Компьютерная томография

058. При раке среднегрудного отдела пищевода чаще всего наблюдается:

Срыгивание

Боль за грудиной

Дисфагия

Слюнотечение

Все варианты верны

059. В диагностике инородных тел пищевода используют:

Сбор жалоб и анамнеза

Зондирование пищевода

Контрастную рентгеноскопию пищевода

Эзофагоскопию

Ларингоскопию

060. У ребенка на фоне дыхательной недостаточности периодический симптом "хлопка". Что это может быть:

Инородное тело в пищеводе

Инородное тело в гортани

Баллотирующее инородное тело трахеи

061. Синонимом лимфогранулематоза является:

Болезнь Ходжкина

Болезнь Реклингхаузена

Миеломная болезнь

062. Микроскопически для лимфогранулематоза характерны:

Клетки типа "инородных тел"

Клетки Пирогова-Лангханса

Клетки Березовского-Штернберга

063. Какое сочетание клинических симптомов наиболее характерно для лимфогранулематоза:

Профузные ночные поты, длительное повышение температуры тела до 38 градусов, похудание, кожный зуд

Кашель, повышение температуры тела до 38 градусов, повышенная потливость, кровохарканье

Повышение температуры тела до 38 градусов, боли в животе,

Наличие симптомов раздражения брюшины

064. При наличии симптомов интоксикации и пальпации увеличенных шейных лимфоузлов какой метод позволит правильно поставить диагноз при лимфогранулематозе:

Рентгенография органов грудной клетки

УЗИ шеи

Биопсия лимфоузла

065. В исходе всех заболеваний группы хронических обструктивных болезней легких в тканях последних развивается:

Каверна

Эмфизема

Пневмосклероз

066. Укажите признаки, характерные для доброкачественных опухолей:

Тканевой атипизм

Клеточный атипизм

Наличие капсулы

Инфильтрирующий рост

Оттесняющий (экспансивный) рост

Способность к метастазированию

Отсутствие способности к метастазированию

Способность к частому рецидивированию

067. Укажите признаки, характерные для злокачественных опухолей:

Наличие клеточного и тканевого атипизма

Оттесняющий (экспансивный) рост

Инфильтрирующий рост

Частое рецидивирование

Как правило, не вызывают кахексию

Как правило, вызывают кахексию

Способность к метастазированию

Извращение (атипизм) обмена веществ

Обязательное наличие капсулы

068. При стойком и длительном течении кардиоспазма следует применить метод лечения:

Медикаментозный

Гипносуггестивный

Кардиодилатацию

Оперативный

Эндопротезирование пищевода

069. Выбрать метод лечения у больного 50 лет с раком шейного отдела пищевода 3 степени с явлениями дисфагии:

Консервативная терапия (лучевая, химиотерапия)

Наложение гастростомы

Резекция пищевода с эзофагогастроанастомозом

Резекция пищевода в 2 этапа по Тореку-Добромыслову

Наложение еюностомы

070. При безуспешной консервативной терапии фибринозно-язвенного рефлюкс-эзофагита следует прибегнуть к операции:

Резекции желудка по Бильрот-1

Фундопликации

СПВ

Стволовой ваготомии

Фундопексии

071. Из методов бужирования пищевода наиболее безопасный:

Антеградное бужирование вслепую

Бужирование под контролем эзофагоскопа

Ретроградное бужирование за нитку

Антеградное бужирование по струне рентгеноконтрастными бужами

Антеградное бужирование по нитке-направителю

072. Для диагностики повреждения пищевода применяют:

Ренгеноскопию с контрастированием

Томографию средостения

Эзофагоскопию

Торакоскопию

Селективную ангиографию

073. Лечение рефлюкс-эзофагита включает следующие рекомендации:

Дробное питание

Возвышенное положение туловища во время сна

Нормализацию массы тела

Ношение свободного (не тесного) белья

Все варианты верны

074. Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки:

Наличие крепитации на шее, гнусавость голоса

Общее тяжелое состояние больного

Высокая температура

Дисфагия

Все варианты верны

075. О ранении сердца свидетельствуют:

Локализация раны

Резкое снижение артериального давления, тахикардия

Внешний вид больного

Повышение венозного давления

Все варианты верны

076. Срок формирования врожденных пор оков легких:

3-4 недели внутриутробного развития

6-8 недель внутриутробного развития

10-12 недель внутриутробного развития

077. Состояние больного тяжелое. Одышка, лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости в проекции верхней доли справа. Наиболее вероятный диагноз:

Пиопневмоторакс

Буллезная форма, легочной деструкции

Абсцесс легкого

Пиоторакс

Медиастинальная эмфизема

078. Бронхи какого порядка поражаются при бронхоэктатической болезни:

2-3

4-5

Вceгo бронхиального дерева

079. Ворота гортани образованы:

Надгортанником, верхушками черпаловидных хрящей и черпалонадгортанными складками

Щитовидным и черпало видными хрящами

Перстневидным и черпаловидными хрящами

Щитовидным и перстневидным хрящами

Перстневидным хрящом и первым трахеальным кольцом

080. Возвратные нервы иннервируют:

Гортань и трахею

Глотку, гортань, трахею и пищевод (верхний отдел)

Гортань и глотку

Глотку и пищевод

Щитовидную железу, гортань и глотку

081. Бифуркация трахеи у взрослых расположена на уровне:

Грудинного конца II ребра

Грудинных концов II - III ребер

Угла Людовика

Грудинного конца IV ребра

082. Корень легкого проецируется на уровне:

II-IV ребер

III-V ребер

IV-VI ребер

IV-V ребер

III-IV ребер

083. Наиболее часто способствует возникновению спонтанного пневмоторакса все перечисленное, кроме:

Разрыв субплевральной кисты

Разрыв врожденной или эмфизематозной буллы

Прорыв абсцесса легкого в плевральную полость

Спаечный процесс в результате перенесенного плеврита, пневмоний

084. К несовместимой с жизнью врожденной аномалии относится:

Гипоплазия легкого

Агенезия трахеи

Поликистоз легких

Секвестрация

085. Наиболее важными в осуществлении акта дыхания являются:

Наружные межреберные мышцы

Внутренние межреберные мышцы

Диафрагма

Мышцы живота

Все одинаково важны

086. Анатомическими образованиями, прилежащими к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи, являются:

Легочные артерии

Перикард и левое предсердие

Легочные вены

Перикард и правое предсердие

Перикард и правый желудочек

087. По отношению к аорте пищевод в нижнегрудном его отделе располагается:

Сзади от аорты

Справа от аорты

Слева и спереди от аорты

Правильного ответа нет

088. Наиболее рациональный способ пункции перикарда:

По Шарцу

По Пирогову

По Шапошникову

По Ларрею

По Марфану

089. Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры:

Подключичная вена

Подключичная артерия

Нижняя щитовидная артерия

Общая сонная артерия

090. Блуждающий нерв вызывает:

Учащение сердечных сокращений и усиление систолы

Учащение сердечных сокращений и ослабление систолы

Урежение частоты сердечных сокращений и ослабление систолы

Урежение частоты сердечных сокращений и усиление систолы

091. Появление венозного застоя у больного злокачественной опухолью грудной полости обусловлено:

Сдавлением правой легочной артерии

Прорастанием опухоли в непарную вену

Сдавлением верхней легочной вены справа

Сдавлением верхней полой вены

092. Причиной возможных парезов органов брюшной полости после правосторонней пневмонэктомии является повреждение:

Диафрагмального нерва

Блуждающего нерва

Грудного симпатического ствола

Большого чревного нерва

093. Причиной релаксации купола диафрагмы после операций на органах грудной полости является повреждение:

Пищевода

Межреберного нерва

Грудного симпатического ствола

Диафрагмального нерва

094. Причиной симптома Горнера после операций на органах грудной полости является повреждение:

Диафрагмального нерва

Блуждающего нерва

Грудного симпатического ствола

Возвратного нерва

095. Грудной лимфатический проток впадает:

В угол между левой внутренней яремной и левой подключичной венами

В непарную вену

В верхнюю полую вену

В левую плечеголовную вену

096. При выполнении продольной стернотомии наиболее опасным осложнением является:

Повреждение плевральных синусов

Повреждение внутренней грудной артерии

Повреждение левой плечеголовной вены

Повреждение диафрагмы

097. Перкуторно и рентгенологически выявляется смещение тени средостения в здоровую сторону. Это соответствует:

Тотальной пневмонии

Скоплению жидкости в плевральной полости или напряженному пневмотораксу

Гипоплазии легкого

Ателектазу легкого

098. Наиболее достоверно можно диагностировать локализацию и вид бронхоэктазов с помощью:

Бронхоскопии

Направленной бронхографии

Рентгеноскопии легких

Аускультации и перкуссии

Рентгенографии легких

МСКТ

099. К врачу впервые обратился больной 50 лет с единственной жалобой на то, что у него появился сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить:

Бронхит острый

Бронхоэктатическую болезнь

Плеврит

Рак легкого

Бронхит хронический

100. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:

С томографии легких

С прицельной рентгенографии

С бронхографии

С суперэкспонированной рентгенографии

С обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

101. При наличии у больного острого абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод:

Не имеющий никакого значения

Имеющий значение для уточнения диагноза

Имеющий лечебное значение

Имеющий лечебное и диагностическое значение

Имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

102. Если на рентгенограммах определяется гиповентиляция сегмента, доли или всего легкого, в первую очередь врач обязан исключить:

Рак легкого

Доброкачественную опухоль

Эмфизему легкого

Инородное тело

Кисту легкого

103. При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза является:

Медиастиноплевроскопия

Бронхоскопия

Бронхография

Пневмомедиастинотомография

Искусственный пневмоторакс

104. Справа в кардиодиафрагмальном углу у больной 40 лет определяется патологическая тень. Наиболее часто такую тень дают:

Лимфогранулематоз средостения

Рак легкого

Парастернальная липома и целомическая киста перикарда

Аневризма сердца

105. Переднее средостение является излюбленным местом локализации:

Энтерогенной кисты средостения

Бронхогенной кисты средостения

Целомической кисты перикарда

Лимфогранулематоза средостения

Тимомы

106. В реберно-позвоночном углу чаще всего локализуются такие образования:

Как липома средостения

Как невринома средостения

Как паразитарная киста средостения

Как дермоидная киста средостения

Как мезотелиома локальная

107. Методику торакоскопии впервые в мировой практике предложил:

Куссмауль в 1868 г.

Якобеус в 1910 г.

Тейлор в 1914 г.

Фридель в 1956 г.

Карлене в 1959 г.

108. Показаниями к плановой торакоскопии является все перечисленное, кроме:

Плевритов неясной этиологии

Пиопневмоторакса

Опухолей плевры

Бронхогенного рака легкого

Спонтанного пневмоторакса

109. Метод медиастиноскопии впервые разработал:

Даниэльс в 1949 г.

Карленс в 1959 г.

В. Л. Маневич в 1961 г.

110. Медиастиноскопия показана:

При увеличении лимфоузлов средостения

При инородном теле легкого

При кровохаркании

При ателектазе легкого

При увеличении щитовидной железы Ш-IV ст.

111. Показаниями к аспирационной биопсии во время бронхофиброскопии является:

Статус астматикус

Легочное кровотечение

Гемангиома

Инородное тело бронха

Рак легкого

112. Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является:

Диссеминированные заболевания легких

Легочное кровотечение

Центральный рак легкого

Статус астматикус

Инородное тело бронха

113. При периферической опухоли легкого показана:

Щипцевая биопсия

Браш-биопсия

Аспирационная биопсия

Щипцевая биопсия под рентгенологическим контролем

Пункционная биопсия

Открытая эксцизионная биопсия

114. Возможными осложнениями после радикальных операций на легких являются:

Бронхиальный свищ, эмпиема плевры

Внутри плевральное кровотечение

Сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких

Нагноение послеоперационной раны

Все перечисленные

115. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктатической болезни является:

Бронхография

Рентгенография

Рентгеноскопия

Томография

Компьютерная томография

116. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает:

Верхние доли обоих легких

Базальные сегменты нижних долей

Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого

Среднюю долю

Отдельные сегменты обоих легких

117. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол»:

Является характерным только для бронхоэктатической болезни

Может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры

Более характерен для пороков сердца

Характерен для актиномикоза

Характерен для туберкулеза

118. Задача. Больной 32 лет поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1,5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня появилась температура до 38 С. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилось правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого легкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого. Наиболее вероятный диагноз:

Рак легкого

Бронхоэктатическая болезнь

Абсцесс легкого

Аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза

119. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является:

Гемостатическая терапия

Искусственный пневмоторакс

Пневмоперитонеум

Тампонада дренирующего бронха

Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

120. У больного после нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов верхней доли на 2-й день развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является:

Плевральная пункция

Назотраxеальная катетеризация

Микротрахеостома

Лечебная бронхоскопия

Дренирование плевральной полости

121. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:

Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей

Первичная несостоятельность культи бронха

Продолжающееся внутриплевральное кровотечение

Ателектаз легкого

Напряженный пневмоторакс

122. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является:

Разрыв плевральных сращений

Прорыв абсцесса легкого

Разрыв врожденных воздушных кист легкого

Разрыв эмфизематозных пузырей легких, как проявление эмфиземы легких

123. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться:

С плевральной пункции с аспирацией воздуха

С широкой торакотомии

С динамического наблюдения

С дренирования плевральной полости с активной аспирацией

124. Задача Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. 3 дня назад после поднятия груза весом около 60 кг сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. При поступлении состояние удовлетворительное: пульс 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым легким дыхание резко ослабло, хрипов нет. У больного следует предположить:

Фибринозный плеврит

Плевропневмонию

Спонтанный пневмоторакс

Межреберную невралгию

Миозит

125. Основными методами лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является:

Торакотомия

Плевральная пункция и аспирация воздуха

Торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости

Дренирование плевральной полости с активной аспирацией

Наблюдение

126. Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает:

При абсцессе легкого

При эхинококке легкого

При центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза

При кавернозном туберкулезе легких

При буллезной болезни легких

127. У больного 15 дней назад повысилась температура до 39С, появились боли в правой половине грудной клетки. Диагностирована нижне-долевая пневмония. 7 дней назад начал откашливать плевки гнойной мокроты, 2 дня назад - внезапные сильные боли в грудной клетке, одышка. Дыхание над правым легким плохо выслушивается, в нижних отделах правого гемиторакса укорочение перкyтoрного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является:

Экссудативный плеврит

Спонтанный пневмоторакс

Фиброзный плеврит

Пиопневмоторакс

Абсцедирование

128. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается:

С противовоспалительного лечения

С ваго-симпатической блокады

С плевральной пункции

С дренирования плевральной полости

С торакотомии

129. Реактивный экссудативный плеврит может быть:

При острой пневмонии

При поддиафpaгмальном абсцессе

При остром холецистите и панкреатите

При септической пневмонии

При всех перечисленных заболеваниях

130. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу может привести:

Воздушная эмболия головного мозга

Анафилактический шок

Плевропульмональный шок

Все варианты верны

131. Наиболее простым способом эвакуации экссудатa из плевральной полости при серозном характере его является:

Дренирование плевральной полости

Плевральная пункция и аспирация при помощи элeктpooтcoca

Плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником

Широкая торакотомия

Введение дренажа по Сельдингеру

132. Способствуют развитию эмпиемы плевры после пневмонэктoмии:

Бронхиальный свищ

Инородные тела плевральной полости (дренаж, салфетка)

Нагноение послеоперационной раны

Остеомиелит ребер и хондрит

Все перечисленные

133. При тампонаде сердца наблюдаются:

Снижение артериального давления

Цианоз лица

Расширение границ сердца

Глухость тонов

Все перечисленное

134. Показаниями для широкой торакотoмии при проникающем ранении грудной клетки являются:

Пневмоторакс

Гемоторакс

Свернувшийся гемоторакс

Продолжающееся кровотечение в плевральную полость

Сам факт проникающего ранения

135. Ушивание раны легкого можно производить:

Непрерывными узловыми швами

Отдельными узловыми швами

Кисетным швом

2-образным швом

Всеми перечисленными способами

136. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является:

Боль в грудной клетке с иррадиацией в нaдплечье

Боль в предрeбepье

Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании

Ослабленное дыхание на стороне травмы

Общее тяжелое состояние больного

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

Ранение легкого

Торако-абдоминальное ранение

Ранение сердца

Ранение крупных сосудов средостения

Имеет место плевро-пульмональный шок

138. Больной 2 часа назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Поступил в тяжелом состоянии. Бледен, АД - 90/60 мм рт. Ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце, для оказания помощи необходимо выполнить:

Дренирование плевральной полости

Немедленную торакотомию

Повторные плевральные пункции

Проводить только интенсивную терапию

Интенсивную терапию в сочетании с дренированием плевральной полости

139. Больной 22 лет. При флюорографии выявлено шаровидное образование верхней доли левого легкого. Состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Предыдущая флюорография 3 года назад - норма. Из анамнеза известно, что служил в пограничных войсках в Таджикистане. Предполагаемый диагноз:

Рак легкого

Туберкулома

Паразитарная киста

Абсцесс легкого

140. Больной 72 лет упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении состояние тяжелое: цианоз лица, одышка (30 в минуту), выраженная эмфизема на лице, шее, грудной клетке. Диагностирован перелом 3 ребер справа, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Начинать лечебные мероприятия необходимо:

С верхней срединной медиастинотомии

С дренирования плевральной полости во 2-м межреберье по средне­ключичной линии

С дренирования в 7-м межреберье по задней аксиллярной линии

С плевральной пункции

141. У больной 30 лет имеются жалобы на выраженную одышку, появившуюся 3 месяца назад, общую слабость. Температура нормальная, кашля нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. На рентгенограммах легких с обеих сторон множественные мелкоочаговые тени, создающие сетчатость легочного рисунка. Заключение: диссеминированный процесс в легких неясной этиологии. При бронхоскопии бронхиальное дерево не изменено. Наиболее достоверным методом диагностики будет:

Бронхоскопия и пункционная биопсия бифуркационных лимфоузлов

Прескаленная биопсия

Медиастиноскопия

«малая торакотомия», видеоторакоскопия и биопсия легкого

Чрезбронхиальная биопсия легочной ткани

142. Больной 50 лет поступил с жалобами на кровохаркание, которое появилось 2 месяца назад. 6 и 3 месяцев назад перенес верхнедолевую пневмонию справа. Рентгенологическое исследование не проводилось. Много курит, злоупотребляет алкоголем. При обследовании диагностирован центральный рак правого легкого с ателектазом переднего сегмента верхней доли. Бронхоскопия обнаружила опухолевидное образование в СЗ. Гистологически: плоскоклеточный рак с ороговением. Объем хирургического вмешательства будет заключаться:

В пневмонэктомии

В верхней лобэктомии

В верхней билобэктомии

В верхней лобэктомии с циркулярной резекцией главного бронха

Окончательное решение вопроса об объеме хирургического вмешательства возможно при торакотомии

143. Больная 26 лет поступила с жалобами на одышку. 1.5 года назад в верхней доле левого легкого обнаружено опухолевидное образование 11.5 см, расцененное как ретенционная киста. Рекомендовано динамическое наблюдение. 3 месяца назад роды. Через 3 недели после родов появилась и стала нарастать одышка. Диагностирован левосторонний экссудативный плеврит, отмечено увеличение затемнения в легком до 5-6 см. При плевральной пункции эвакуировано 1.5 л экссудата цвета «мясных помоев», при цитологическом исследовании обнаружены клетки аденокарциномы. Оптимальное лечение:

Хирургическое

Лучевое

Химиотерапевтическое

Химиотерапевтическое в сочетании с лучевым

Хирургическое в сочетании с химиотерапией и лучевой терапий

144. Больной жалуется на повышение температуры до 390С, слабость, потливость, кожный зуд, плохой аппетит. Болен около 3 месяцев. При обследовании состояние удовлетворительное, увеличены периферические лимфоузлы, больше в правой надключичной области до 23 см, подвижные, не спаянные с кожей. При рентгенологическом исследовании расширение тени верхнего средостения. Наиболее вероятно, что у больного имеет место:

Туберкулез

Лимфогранулематоз

Саркоидоз

СПИД

Лимфаденит неспецифический

145. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести:

Бронхоскопию

Трансторакальную игловую биопсию

Катетеризационную биопсию при бронхоскопии

Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки

Исследование промывных вод при бронхоскопии

146. При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром около 1 см на периферии верхней доли правого легкого, при отсутствии жалоб необходимо:

Динамическое наблюдение

Трансторакальная игловая биопсия

Катетеризационная биопсия при бронхоскопии

Торакотомия, эксцизионная биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результатов, соответствующий объем резекции легкого

Верхняя лобэктомия без предварительной верификации

147. При обнаружении у пациента во время флюорографического исследования небольшого шаровидного затемнения в легком вы должны:

Уточнить морфологический характер опухоли

Выяснить, когда производилось предпоследнее рентгенологическое исследование, и что оно показало

Ответить на вопрос: первичный или вторичный характер носит опухоль путем исключения первичной локализации опухоли

Применить все существующие методы лучевого исследования для уточнения опухоли

Выполнить все вышеперечисленное

148. Пневмониеподобный рак, как правило:

Центральный рак

Периферический рак

149. У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает:

Плоскоклеточный рак

Железистый рак

Мелкоклеточный рак

Крупноклеточный рак

150. По классификации ТNМ рака легкого символом N2 обозначаются:

Бифуркационные лимфатические узлы

Медиастинальные лимфатические узлы одноименной стороны

Бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны

Все ответы верны

151. Символом N1 в соответствии с классификацией рака легкого по системе ТММ обозначаются:

Бронхопульмональные лимфоузлы с одноименной стороны

Бифуркационные лимфатические узлы

Лимфатические узлы одноименного корня легкого

Все ответы верны

152. Метастазы в надключичные лимфатические узлы при раке легкого в соответствии с классификацией ТКМ обозначаются символом:

N3

М1

Т4

Р2

153. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить:

С доброкачественными опухолями легкого

С метастазами

С эхинококковой кистой

С туберкулезом

Все ответы верны

154. Возникновение симптома "очков" при переломе основания черепа объясняется:

Повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке

Разрывом глазной артерии

Повреждением внутренней сонной артерии в полости черепа

Повреждением передней решетчатой вены

Повреждением задней решетчатой вены

155. Двигательная иннервация мышц лица осуществляется:

Лицевым нервом

Тройничным нервом

Подъязычным нервом

Добавочным нервом

156. В состав сосудисто-нервного пучка шеи входят следующие нервы:

Блуждающий нерв

Нисходящая ветвь подъязычного нерва

Промежуточный нерв

Пограничный симпатический ствол

157. Гиперемия лица при проведении вагосимпатической блокады объясняется:

Блокадой блуждающего нерва

Блокадой симпатического ствола

Блокадой нисходящей ветви подъязычного нерва

158. Местом формирования диафрагмального нерва является:

Ромбовидная ямка

Мосто-мозжечковый угол

Шейное сплетение

Плечевое сплетение

159. Наиболее неблагоприятным квандрантом локализации рака молочной железы в силу анатомических особенностей, путей лимфооттока и метастазирования является:

Наружне-верхняя

Наружне-нижняя

Внутренне-верхняя

Внутренне-нижняя

160. При проведении паравертебральной блокады происходит блокада:

Передних корешков

Задних корешков

Спинномозгового нерва

161. Загрудинная блокада (по В.И.Казанскому) выключает:

V аортальное нервное сплетение

Венозное нервное сплетение

Сердечное нервное сплетение

Легочное нервное сплетение

162. Укажите магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры:

Подключичная вена

Подключичная артерия

Нижняя щитовидная артерия

Общая сонная артерия

163. Блуждающий нерв вызывает:

Учащение сердечных сокращений и усиление систолы

Учащение сердечных сокращений и ослабление систолы

Урежение частоты сердечных сокращений и ослабление систолы

Урежение частоты сердечных сокращений и усиление систолы

164. Появление венозного застоя в области головы, шеи и верхних конечностей у больного прикорневым раком правого легкого обусловлено:

Сдавлением правой легочной артерии

Прорастанием опухоли в непарную вену

Сдавлением верхней легочной вены справа

Сдавлением верхней полой вены

165. Перкуторно и рентгенологически выявляется смещение тени средостения в здоровую сторону. Это соответствует:

Тотальной пневмонии

Скоплению жидкости в плевральной полости или напряженному пневмотораксу

Гипоплазии легкого

Ателектазу легкого

166. Наиболее достоверно можно диагностировать локализацию и вид бронхоэктазов с помощью:

Бронхоскопии

Направленной бронхографии

Рентгеноскопии легких

Аускультации и перкуссии

Рентгенографии легких

167. К врачу впервые обратился больной 50 лет с единственной жалобой на то, что у него появился сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить:

Бронхит острый

Бронхоэктатическую болезнь

Плеврит

Рак легкого

Бронхит хронический

168. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:

С томографии легких

С прицельной рентгенографии

С бронхографии

С суперэкспонированной рентгенографии

С обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

169. При наличии у больного острого абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод:

Не имеющий никакого значения

Имеющий значение для уточнения диагноза

Имеющий лечебное значение

Имеющий лечебное и диагностическое значение

Имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

170. При наличии гангренозного абсцесса размером 6x6 см в нижней доле правого легкого наиболее целесообразно:

Госпитализировать в терапевтическое отделение

Начать лечение антибиотиками, витаминотерапию и пр.

Немедленно сделать бронхоскопию

Сделать бронхографию

Трансторакальное дренирование гнойника и в случае неэффективности лечения, радикальная операция

171. Если на рентгенограммах определяется гиповентиляция сегмента, доли или всего легкого у больного старше 45 лет, в первую очередь врач обязан исключить:

Рак легкого

Доброкачественную опухоль

Эмфизему легкого

Инородное тело

Кисту легкого

172. При подозрении на лимфоаденопатию средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза является:

Пневмомедиастиноскопия

Бронхоскопия

Бронхография

Пневмомедиастинотомография

Искусственный пневмоторакс

Медиастиноскопия с биопсией

173. Справа в кардиодиафрагмальном углу у больной 40 лет определяется патологическая тень. Наиболее часто такую тень дают:

Лимфогрануломатоз средостения

Рак легкого

Парастернальная липома и целомическая киста перикарда

Аневризма сердца

174. Переднее верхнее средостение является излюбленным местом локализации:

Энтерогенной кисты средостения

Бронхогенной кисты средостения

Целомической кисты перикарда

Лимфогрануломатоза средостения

Тимомы

175. В реберно-позвоночном углу чаще всего локализуются такие образования, как:

Липома средостения

Невринома средостения

Паразитарная киста средостения

Дермоидная киста средостения

Мезотелиома локальная

176. В обследовании больного с бронхоэктатической болезнью и хронической пневмонией в первую очередь надо использовать:

Торакоскопию

Медиастиноскопию

Томографию

Бронхоскопию

Бронхографию

177. Снять тормозящий эффект глюкокортикоидов при заживлении раны может:

Витамин D

Витамин С

Витамин А

Витамин В6

Витамин Е

178. Клиника острой кровопотери возникает уже при кровопотере, равной:

250 мл

500 мл

1000 мл

1500 мл

2000 мл

179. Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД:

Менее 60 мм вод. Ст.

От 60 до 120 мм вод. Ст.

От 130 до 180 мм вод. Ст.

От 190 до 240 мм вод. Ст.

Свыше 240 мм вод. Ст.

180. Вливание 1 л физиологического раствора хлористого натрия увеличит объем циркулирующей крови:

На 1000 мл

На 750 мл

На 500 мл

На 250 мл

Менее 250 мл

181. Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет:

50 мл/кг

60 мл/кг

70 мл/кг

80 мл/кг

90 мл/кг

182. Основным показанием к гемотрансфузии является:

Парентеральное питание

Стимуляция кроветворения

Гиповолемия и анемия в связи с кровопотерей

Дезинтоксикация

Иммунокоррекция

183. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт О2 обеспечивает гематокрит не ниже:

20-25%

30%

35%

40%

45%

184. Лечение острой кровопотери на начальных этапах начинают с переливания:

Эритромассы

Донорской крови

Кристаллоидных растворов

Плазмозамещающих растворов

185. Переливание несовместимой крови ведет к развитию:

Гемотрансфузионного шока

Отека легких

Гемолиза

Острой почечной недостаточности

ДВС-синдрома

186. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся:

Групповая совместимость

Индивидуальная совместимость

Биологическая проба

Определение резус-совместимости

Определение резус-фактора

Все варианты верны

187. Больному с АВ (IV) по жизненным показаниям необходимо перелить кровь. Определить резус-фактор нет ни времени, ни возможности. Ему следует переливать кровь:

AB(IV) резус+

AB(IV) резус-

B(III) резус+

A(II) резус-

O(I) резус-

188. Противопоказанием к гемотрансфузии являются:

Тяжелая операция

Хирургическая инфекция

Шок

Тяжелое нарушение функции печени

Снижение АД

189. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является:

Анафилаксия

Острый внутрисосудистый гемолиз

Снижение АД

Гипертермия

Отек мозга

190. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:

Плазмой реципиента и кровью донора

Плазмой донора и кровью реципиента

Форменными элементами крови реципиента и кровью донора

Форменными элементами крови донора и кровью реципиента

Цельной кровью донора и цельной кровью реципиента

191. При анализе рентгенограммы необходимо обращать внимание на все перечисленное, исключая:

Плотность рентгенологического рисунка кости (осте-остеосклероз)

Нарушение кортикального и последующих слоев кости

Состояние окружающих кость тканей

Изменение оси, формы костного органа

Степень плотности (засветки) полей рентгенограммы вне исследуемого органа

192. Для лечения гиповолемии вначале используют:

Вазопрессоры

Кардиотонические средства

Плазмозаменители

Эритромассу

Донорскую кровь

193. Общую анестезию называют смешанной, если:

Один анестетик вводят одновременно различными путями

Последовательно сменяют один анестетик другим

Сочетают местную анестезию с внутривенным наркозом

Одновременно вводят несколько анестетиков или смешивают их в емкости до начала наркоза

194. Закись азота:

Слабый анестетик с выраженным анальгезирующим действием, применяемый только в смеси с кислородом

Может применяться по открытой системе

Сильный анестетик со слабым анальгезирующим действием, может применяться в чистом виде без кислорода

195. К недостаткам масочного наркоза относится все перечисленное, кроме:

Большого мертвого пространства

Отсутствия изоляции дыхательных путей

Большого аэродинамического сопротивления

Необходимости предупреждения западения языка

196. К недостаткам внутривенной общей анестезии относится все перечисленное, кроме:

Требуемой сложной наркозной аппаратуры

Трудной управляемости наркозом

Сохранения тонуса мышц

Опасности асфиксии вследствие западения языка и рвоты

Сохранения активности рефлексов

197. К преимуществам эндотрахеального наркоза относится все перечисленное, кроме:

Оптимальной искусственной вентиляции легких

Обеспечения проходимости дыхательных путей

Предупреждения развития бронхоспазма и остановки сердца

Достижения максимально-необходимой релаксации мышц

198. Фентанил является:

Мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут

Анальгетиком короткого действия (2-3 минуты)

Нейролептиком

Препаратом выраженного психотропного действия

Антидепрессантом

199. Артериальная гипотензия во время общей анестезии может быть вследствие всего перечисленного, кроме:

Недостаточной глубины наркоза

Манипуляций в области рефлексогенных зон

Введения солевых растворов

Нарушения газообмена

Уменьшения ОЦК из-за кровопотери

200. Длительное нахождение катетера в вене может привести ко всему перечисленному, кроме:

Септического флебита

Химического флебита

Тромбоэмболии

Септицемии

ДВС-синдрома

201. Венозный стаз, как правило, приводит ко всему перечисленному, кроме:

Гипотензии

Метаболического ацидоза

Повышенной кровоточивости раны

Дыхательного алкалоза

202. Для стрессовой реакции характерно все нижеперечисленное, кроме:

Задержки натрия и хлора

Олигурии

Полиурии

Эозинофилии

Лейкоцитоза

203. При дыхательном ацидозе необходимо:

Переливание гидрокарбоната

Гипервентиляция

Уменьшение подачи наркотического вещества

Внутривенное введение дыхательных аналептиков

204. Изменения кислотно-щелочного состояния считаются компенсированными при ph:

7.25-7.43

7.46-7.51

7.35-7.45

7.19-7.28

7.10-7.18

205. Изотонической считается концентрация раствора глюкозы:

0.8%

3%

4.2%

5%

10%

206. При олигурии производят:

Адекватную гидратацию

Измерение относительной плотности мочи

Внутривенное введение маннитола

Коррекцию водно-электролитного баланса

Все варианты верны

207. Признаками гиперкалиемии являются:

Сонливость и слабость

Заостренный зубец T на ЭКГ

Гипертензия

Цианоз

208. При гипонатриемии отмечается все нижеперечисленное, кроме:

Ортостатической синкопе

Перспирации

Гипотензии

Тошноты и рвоты

209. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является:

Отсутствие пульса и АД

Остановка дыхания

Отсутствие сознания

Акроцианоз

Отсутствие сердечных тонов

210. Показанием к прямому массажу сердца является:

Остановка дыхания

Остановка сердца

Потеря сознания

Отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут

Фибрилляция сердца

211. Отек легких развивается:

При увеличении отрицательного внутрилегочного давления

При повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах

При повышении коллоидно-осмотического давления крови

При снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких

При снижении проницаемости мембран

212. Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное, кроме:

Внутривенного введения дыхательных аналептиков

Санации трахео-бронхиального дерева, пеногашения

Кислородотерапии, искусственной вентиляции легких

Введения мочегонных и гормонов

При необходимости-ганглиолитики

213. Интенсивная терапия астматического статуса включает:

Введение адреналина 0.3 мл

Кортикостероиды 240 мг гидрокортизона на 5% раствора глюкозы

Оксигенотерапию

Бикарбонат натрия

ИВЛ

Инжекционную бронхоскопию с лаважем бронхиального дерева

Регидратацию

Ганглиолитики

Все варианты верны

214. Больной поступил с приступом бронхиальной астмы в состоянии возбуждения. Ему наиболее целесообразно назначить:

Адреналин 1:1000 - 0.5 мл п/к

Эуфиллин 2.4% - 10 мл в/в

Седуксен 5 мг в табл.

Седуксен 0.5% - 2.0 в/м

Раствор йодистого калия в молоке через каждые 4 часа

Морфин 20 мг п/к

215. При утоплении в морской воде следует ожидать развития:

Гиперволемии

Гемолиза

Гиперосмолярного отека легких

Повышения калия в крови

Острой почечной недостаточности

216. Для профилактики аспирационного синдрома (Мендельсона) необходимо:

Опорожнить желудок через зонд

Назначить соду по 1 ч. Ложке за 30 минут до еды

Назначить циметидин

Дать трисилинат магния по схеме

Все варианты верны

217. У больного множественные переломы ребер, острая дыхательная недостаточность. После интубации и перевода на ИВЛ состояние резко ухудшилось, нарастает гипоксия, АД снизилось до 80 мм рт. Ст., тоны сердца глухие. Вероятной причиной ухудшения явилось:

Разрыв грудного отдела аорты

Порочное стояние интубационной трубки

Напряженный пневмоторакс

Аспирация в трахею

Тяжелый ушиб легочной ткани и сердца

218. Основными признаками спинального шока являются:

Гиперволемия

Гиповолемия

Гипертония

Гипотония

Брадикардия

Атония сосудов

219. Инфекционно-токсический шок может развиться:

При перитоните

При пневмонии

При эндометрите

При менингите

При инфекционном эндокардите

При пиелонефрите

Все варианты верны

220. Альбумины обладают всеми перечисленными свойствами, кроме:

Способствуют привлечению и удержанию жидкости в сосудистом русле

Играют важную роль в поддержании коллоидно-осмотического давления плазмы

Являются универсальным средством транспорта ферментов, гормонов, лекарственных веществ

Являются резервом белкового питания организма

Могут вызвать сывороточный гепатит

221. Время кровотечения удлиняется:

При травмах и размозжениях мышц

При гемолитических кризах

При резко выраженной тромбоцитопении

При асфиксии

При ожоговой травме

222. Время свертывания крови увеличивается:

При гипокоагуляции

При гиперкоагуляции

При анемии

При увеличении фибриногена в крови

При ожогах

223. Появление фибриногена В свидетельствует о:

Претромботическом состоянии и гиперкоагуляции

Гипофибриногенемии

Гиперфибриногенемии

Гипокоагуляции

Дефиците фактора протромбинового комплекса

224. Продукты деградации фибриногена (ПДФ):

Не влияют на свертывание крови

Обладают антикоагулянтными свойствами

Вызывают гиперкоагуляцию

Свидетельствуют о снижении концентрации фибриногена

Свидетельствуют о снижении тромбинового времени

225. Для терминальной фазы перитонита, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, характерно:

Токсическое поражение ЦНС

Развитие функциональной кишечной непроходимости

Развитие ДВС-синдрома

Развитие печеночно-почечной недостаточности

Иммунодефицит

Все варианты верны

226. При диабетической коме наблюдается:

Декомпенсированный дыхательный ацидоз с метаболическим алкалозом

Гипонатриемия с метаболическим алкалозом

PH выше 7.35

Гипонатриемия с метаболическим ацидозом

Декомпенсированный дыхательный алкалоз с метаболическим алкалозом

227. При лечении анафилактического шока включаются следующие препараты:

Адреналин

Глюкокортикоиды

Антигистаминные

Плазмозаменители

Хлористый кальций

Кофеин

Все варианты верны

228. Причинами перегрузки правого сердца являются все перечисленные, кроме:

Тромбоэмболии легочной артерии

Пневмоторакса

Массивного ателектаза

Гидроторакса

Массивной пневмонии

Астматического статуса

Все варианты верны

229. Методика форсированного диуреза при остром панкреатите сводится:

К предварительной водной нагрузке путем инфузии изотонических растворов электролитов, бикарбоната, глюкозы в объеме 1-1.5 л

К введению 15-20% раствора маннитола из расчета 1-1.5 г/кг

К введению растворов электролитов с учетом ионограмм

К ведению до 1 л белковых препаратов (плазмы, альбумин, аминопептид)

Все варианты верны

230. Интенсивная терапия при остром панкреатите включает:

Лечение шока и гиповолемии

Лечение дыхательных нарушений

Коррекцию острых нарушений водно-электролитного баланса, КЩС

Купирование болевого синдрома

Назначение цитостатиков и антиферментных препаратов

Все варианты верны

231. Наиболее эффективным объемным эффектом обладают следующие плазмозаменяющие растворы:

Декстраны

Растворы желатина

Плазма

Рингер-лактат

232. К инфузионным средствам, не обладающим объемно-замещающей функцией, относятся:

Декстраны

Электролитные изотонические растворы

Плазма

Кровь

Изотонические растворы глюкозы

233. При применении декстранов возможны:

Перегрузка кровообращения

Опасность кровотечения

Почечная недостаточность

Все варианты верны

234. Формами гипертермической реакции при хирургических заболеваниях могут быть:

Метаболическая

Бактериальная

Регуляторная

Смешанная

Все варианты верны

235. Признаками злокачественной гипертермии являются:

Тахикардия, аритмия

Нестабильная гемодинамика

Ригидность мышц

Гиперпноэ

Цианоз

Гипертермия

Отек легких

Энцефалопатия, отек мозга

Острая почечная недостаточность

Миоглобинурия

Все варианты верны

236. Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легкого является:

Регионарное введение антибиотиков

Бронхологические методы санации гнойника

Внутримышечное введение антибиотиков

Общеукрепляющее лечение и иммунотерапия

237. Для лечения распространенной гангрены легкого применяются:

Пневмотомия

Клиновидная резекция легкого

Пневмоэктомия

Лобэктомия

Торакопластика

238. Возможными осложнениями после радикальных операций на легких являются:

Бронхиальный свищ, эмпиема плевры

Внутриплевральное кровотечение

Сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких

Нагноение послеоперационной раны

Все варианты верны

239. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктонической болезни является:

Бронхография

Рентгенография

Рентгеноскопия

Томография

Компьютерная томография

240. Наиболее часто бронхоэктоническая болезнь поражает:

Верхние доли обоих легких

Базальные сегменты нижних долей

Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого

Среднюю долю

Отдельные сегменты обоих легких

241. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол":

Является характерным только для бронхоэктатической болезни

Может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры

Может наблюдаться припороках сердца

Характерен для актиномикоза

Характерен для туберкулеза

242. Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является:

Верхняя доля

Средняя доля

Нижняя доля

243. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является:

Гемостатическая терапия

Искусственный пневмоторакс

Пневмоперитонеум

Тампонада дренирующего бронха

Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

244. У больного после нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов верхней доли на 2-й день развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является:

Плевральная пункция

Назотрахеальная катетеризация

Микротрахеостома

Лечебная бронхоскопия

Дренирование плевральной полости

245. Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких является:

Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации

Кашель с постоянным большим количеством гнойной мокроты по утрам

Высокая температура

Кровохарканье

Исхудание

246. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:

Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей

Первичная несостоятельность культи бронха

Внутриплевральное кровотечение

Ателектаз легкого

Напряженный пневмоторакс

247. Самая частая причина неспецифического спонтанного пневмоторакса является:

Разрыв плевральных сращений

Прорыв абсцесса легкого

Разрыв врожденных воздушных кист легкого

Разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление булезной болезни легких

248. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться:

С плевральной пункции и при невозможности создания плеврального вакуума последующего дренирования плевры

С широкой торакотомии

С соблюдения строгого постельного режима

249. При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости целесообразно:

По средней аксиллярной линии в 6 межреберье

Во 2-м межреберье по среднеключичной линии

В 7-м межреберье по задней аксиллярной линии

В 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

2 дренажа: во 2-м межреберье среднеключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

250. При рентгенологическом исследовании обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его наиболее рационального начать с:

С плевральной пункции с аспирацией воздуха

С дренирования плевральной полости

С торакоскопии уточняющей диагноз и дренирования плевры

С немедленной торакотомии

С симптоматического лечения

251. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить:

Сухой плеврит

Инфаркт миокарда

Тромбоэмболию ветвей легочной артерии

Спонтанный неспецифический пневмоторакс

Ущемленную диафрагмальную грыжу

252. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились внезапно сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии коробочный звук. Средостение перкуторно смещено вправо. У него необходимо заподозрить:

Фибринозный плеврит

Инфаркт миокарда

Туберкулез легкого

Спонтанный неспецифический напряженный пневмоторакс

Ущемленную диафрагмальную грыжу

253. По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является:

Торакоскопия

Рентгеноскопия и рентгенография легких

Плевральная пункция

Сканирование легких

Бронхоскопия

254. Основными методами лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является:

Торакотомия

Плевральная пункция и аспирация воздуха

Торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости и возможной активной аспирацией

Дренирование плевральной полости с активной аспирацией

Наблюдение

255. Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает:

При абсцессе легкого

При эхинококке легкого

При центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза

При кавернозном туберкулезе легких

При буллезной болезни легких

256. У больного 15 дней назад повысилась температура до 39 C, появились боли в правой половине грудной клетки. Диагностирована нижне-долевая пневмония. 7 дней назад начал откашливать плевки гнойной мокроты, 2 дня назад-внезапные сильные боли в грудной клетке, одышка. Дыхание над правым легким плохо выслушивается, в нижних отделах правого легкого укорочение перкуторного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является:

Экссудативный плеврит

Спонтанный пневмоторакс

Фиброзный плеврит

Пиопневмоторакс

Абсцедирование

257. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается:

С противовоспалительного лечения

С ваго-симпатической блокады

С плевральной пункции

С дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости

С торакотомии

258. Реактивный экссудативный плеврит может быть:

При острой пневмонии

При поддиафрагмальном абсцессе

При остром холецистите и панкреатите

При септической пневмонии

Все варианты верны

259. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести:

Внутриплевральное кровотечение

Воздушная эмболия головного мозга

Анафилактический шок

Плевропульмональный шок

260. Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение:

Бронхоэктатической болезни

Абсцесса

Туберкулеза

Острой пневмонии

Эхинококкоза

261. Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном его характере является:

Дренирование плевральной полости

Физиотерапия

Плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником

Широкая торакотомия

Введение дренажа по Сельдингеру

262. Способствуют развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии:

Бронхиальный свищ

Инородные тела плевральной полости (дренаж, салфетка)

Нагноение послеоперационной раны

Остеомиелит ребер и хондрит

Все варианты верны

263. Достоверным признаком легочного кровотечения является:

Выделение крови изо рта

Кашель с выделением алой пенистой макроты

Наличие затемнения в легком

Наличие экссудата в плевральной полости

Наличие крови в бронхах при бронхоскопии

264 Операция эзофагокардиомиотомии показана:

При карциноме пищевода

При ахалазии пищевода и кардиоспазме

При диафрагмальной грыже

При грыже пищеводного отверстия диафрагмы

265. Перфорация пищевода может быть вызвана:

Эзофагоскопией

Проглоченным инородным телом

Сильной рвотой

Распадом опухоли

Все варианты верны

266. Фиброэзофагоскопия может сопровождаться:

Травмой слизистой и пищеварительной трубки

Перфорацией грушевидной ямки

Перфорацией медиастинальной плевры

Перфорацией пищевода

Все варианты верны

267. Клиническая оценка результатов цитологического и гистологического методов исследования:

Не имеет значения для выбора метода операции

Имеет значение для выбора объема операции

Имеет значение для оперативного доступа

Не имеет значения для оперативного доступа

268. При рентгенологическом обследовании перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме:

Газа в плевральных полостях

Рвота кровью

Газа в средостении и мягких тканях шеи

Выхождения контрастного вещества за пределы пищевода

269. Неотложным методом оказания первой помощи при химическом ожоге пищевода считается:

Промывание пищевода и желудка с помощью зонда

Промывание пищевода и желудка "ресторанным" способом

Внутривенное введение жидкостей и лекарственных средств

Очистительные клизмы

270. Для дифференциальной диагностике рака кардии и кардиоспазма необходимы все следующие данные, кроме:

Давности заболевания

Характера дисфагии

Особенностей рентгенологической семиотики

Эндоскопической картины

Характера стула

271. Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить:

Бронхоскопию

Рентгеноконстрастное исследование пищевода и ФЭГС

Пневмомедианотомографию

Рентгенография грудной клетки

272. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется:

Эзофагитом

Надрывами слизистой дна желудка

Зиянием кардиального жома

Эндоскопическая картина решающего значения не имеет

273. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть:

Эндоскопия пищевода

Инородное тело

Слепое бужирование пищевода

Интубация трахеи при наркозе

Спонтанный разрыв

Гидравлический разрыв

274. Наиболее радикальным методом лечения рака кардии является:

Лучевая терапия

Химиотерапия

Хирургическое лечение

Электрокоагуляции опухоли

Комбинированное лечение

275. Дисфагия может иметь место:

При ахалазии пищевода

При раке пищевода

При грыже пищеводного отверстия диафрагмы

Все варианты верны

276. Из нижеперечисленных заболеваний пищевода всегда требует оперативного лечения:

Рефлюкс-эзофагит

Ахалазия пищевода

Кардиоспазм

Тракционные дивертикулы пищевода

Пульсионные дивертикулы

Полипы пищевода

Рак пищевода

277. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

Недостаточность кардиального сфинктера

Алкоголизм

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки

Употребление горячей пищи

278. При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают все перечисленное, кроме:

Дробного питания

Возвышенного положения туловища во время сна

Устранения запоров с нормализацией стула

Диеты с низким содержимым клетчатки

Ношения свободного (не тесного) белья

279. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы могут иметь место:

Дисфагия

Анемия

Псевдостенокардия

Рубцовая стриктура кардии

Все варианты верны

280. Наиболее выраженная дилатация пищевода развивается:

При рубцовом сужении пищевода

При ахалазии пищевода

При диабетической энтеропатии

При склеродермии

При некоторых локализациях рака пищевода

281. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода следует:

Применять массивные гемостатические средства

Применить внутривенное введение питуитрина

Вводить малые гемостатические дозы крови

Ввести зонд Блек-Мора

Хирургически прошить кровоточащие сосуды

282. Наиболее глубокое повреждение стенки пищевода развивается при приеме следующих химических агентов:

Неорганических кислот

Щелочей

Органических кислот

Лаков

Суррогатов алкоголя

283. Наиболее часто ожоги пищевода вызываются:

Кислотами

Щелочами

Суррогатами спирта

Фосфорорганическими веществами

Горячей водой

284. Наиболее глубокое поражение пиищевода при его химической травме имеют место:

На всем протяжении пищевода

В области глотки

В области кардии

В местах физиологических сужений

В абдоминальном отрезке пищевода

285. Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является:

Возраст старше 60 лет

Мужской пол

Женский пол

Алкоголизм

Ранее перенесенный химический ожог пищевода

286. Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является:

Цитологическое исследование промывных вод из пищевода

Рентгенологическое исследование

Монометрическое исследование пищевода

Эндоскопическое исследование пищевода с биопсией

287. Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки:

Острая боль в грудной клетке, нередко с иррадиацией по межреберью

Наличие крепитации на шее, гнусавость голоса

Затрудненное дыхание

Мышечный дефанс передней брюшной стенки

288. Основной опасностью беззондового промывания желудка при химических ожогах пищевода и желудка является:

Разрыв пищевода

Малая эффективность лечебного мероприятия

Дополнительный ожог пищевода

289. По истечении 5-6 часов после химической травмы пищевода:

Желудок промывать нельзя

Желудок можно не промывать

О промывании желудка решается индивидуально

Желудок необходимо промыть

290. Сильные боли в верхнем отделе живота при химическом ожоге пищевода могут быть обусловлены:

Поражением печени и поджелудочной железы

Рефлекторными причинами

Проявлением химического ожога пищевода

Спазмом желудка

Все варианты верны

291. При химическом ожоге пищевода у пострадавшего или опровождающих его лиц необходимо выяснить:

Характер химического вещества

Время, прошедшее со времени ожога

Количество принятого химического вещества

Все варианты верны

292. Наиболее достоверные симптомы ранения сердца:

Локализация раны

Резкое снижение артериального давления, тахикардия

Внешний вид больного

Признаки интраперикардиальной тампонады

293. При тампонаде сердца наблюдаются:

Снижение артериального давления

Цианоз лица

Глухость тонов

Повышение центрального венозного давления

Все варианты верны

294. Показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются:

Пневмоторакс

Гемоторакс

Свернувшийся гемоторакс

Продолжающееся кровотечение в плевральную полость со скоростью более 250 мл в час

Сам факт проникающего ранения

295. Ушивание раны легкого должно производиться:

Непрерывными обвивными швами

Отдельными узловыми швами

П-образным швом

Механическим швом

Все варианты верны

296. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является:

Передне-боковая торакотомия на стороне ранения

Передне-боковая торакотомия слева

Стернотомия

Задне-боковая торакотомия слева

Левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения

297. При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо:

Наложить циркулярную повязку на грудную клетку

Наложить одностороннюю лейкопластырную повязку

Произвести паравертебральную спирто-новокаиновую блокаду

Ввести анальгетики

Выполнить блокаду "трех мест" (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)

298. Характерным признаком разрыва легкого является:

Кровохаркание

Гемоторакс

Пневмоторакс

Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании

Гемо-пневмоторакс

299. Для закрытой травмы сердца характерны:

Изменения ЭКГ

Боли в области сердца

Снижение артериального давления

Повышение венозного давления

Все варианты верны

300. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является:

Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье

Боль в предреберье

Пролабирование органов брюшной полости в грудную клетку, выявляемое при рентгенологическом исследовании

Ослабленное дыхание на стороне травмы

Общее тяжелое состояние больного

301. Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, кроме:

Напряженного пневмоторакса

Напряженной эмфиземы средостения

Общего тяжелого состояния больного

Кровохарканья

Все варианты верны

302. При травме грудной клетки экстренные мероприятия прежде всего требуются:

При переломе грудины

При переломе ключицы

При напряженном пневмотораксе

При переломе позвоночника

При переломе ребер

303. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать и произвести первичный шов бронха. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет:

Передне-боковая торакотомия

Боковая торакотомия по 4 межреберью

Задне-боковая торакотомия по 5 межреберью слева

Стернотомия

Боковая торакотомия по 7-му межреберью

304. Больной сбит машиной, доставлен в бессознательном состоянии. Диагностирована внутричерепная гематома, перелом костей голени, двусторонний перелом ребер. Справа-3, с наличием пневмоторакса, слева-4 с признаками гемоторакса. Шок IV степени. Гемодинамика нестабильная. Анизакория. Начаты реанимационные мероприятия, адекватная инфузионная терапия. Произведено дренирование правой плевральной полости, легкое в ближайшие 2 часа расправилось. При пункции левой плевральной полости удалено 250 мл жидкой крови. Лечебная тактика включает:

Левостороннюю торакотомию

Срочную декомпрессивную трепанацию черепа

Срочную трепанацию черепа, дренирование левой плевральной полости

Только ИВЛ с выведением больного из шока

Остеосинтез ребер и костей голени

305. Больной упал с высоты 5 м, в результате чего произошел перелом VIII-X ребер слева по паравертебральной и лопаточной линии и отрыв хрящей VII и VIII ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний пневмоторакс с коллапсом легкого на 1/3 его объема. Отмечается парадоксальное движение левой половины грудной клетки спереди. Последовательность и характер лечебных мероприятий включают:

Экстраплевральный остеосинтез IV-X ребер

Дренирование левой плевральной полости

Широкую торакотомию, остеосинтез ребер и подшивание хрящей VII и VIII ребер к грудине

Только подшивание хрящей VII-VIII ребер к грудине

Искусственную вентиляцию легких

306. Больной попал в автомобильную катастрофу. Состояние при поступлении тяжелое: выраженная одышка, кровохарканье; диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки, переходящая на шею и лицо, гнусавость голоса. Рентгенологически выявлен перелом V,VI,VII ребер по среднеключичной и средней аксиллярной линии, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают:

Только дренирование плевральной полости

Гемостатическую консервативную терапию

Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого

Искусственную вентиляцию легких

Экстраплевральный остеосинтез

307. Основным методом лечения гемоторакса является:

Плевральная пункция

Дренирование плевральной полости

Широкая торакотомия

Торакотомия и ликвидация гемоторакса

Подход должен быть строго индивидуальным

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

Ранение легкого

Торако-абдоминальное ранение

Ранение сердца

Ранение крупных сосудов средостения

Имеет место плевро-пульмональный шок

309. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Сознание спутанное, кожные покровы бледные, цианоз губ. АД - 80/20 мм рт.ст. Пульс на периферических сосудах не определяется. Рана грудной клетки длиной 2 см, по левой парастернальной линии на уровне III-го межреберья. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. Ваши действия будут заключаться в следующем:

Начнете комплекс реанимационных мероприятий

Сделайте плевральную пункцию

Выполните пункцию перикарда

Начнете переливание крови

Произведете немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда

310. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Kартина шока IV степени. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Выраженная одышка, тахикардия. Резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева коробочный оттенок звука. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно определить:

Внутрибрюшное кровотечение

Разрыв легкого

Тупую травму сердца

Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную

Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования

311. Больная попала в автомобильную катастрофу. Доставлена в тяжелом состоянии: кровохаркание, одышка, парадоксальное движение правой половины грудной клетки. Рентгенологически выявлен окончатый перелом 7 ребер справа по средне-ключичной и средней подмышечной линии с отхождением отломков IV ребра, которое сломано по 3-м линиям. Гемопневмоторакс, АД - 90/60 мм рт. Ст. Пульс 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. При плевральной пункции эвакуирована кровь, свертывающаяся в шприце; свободно в шприц поступает воздух. Помощь больной будет заключаться:

В дренировании плевральной полости

В дренировании и немедленной торакотомии, ушивании ткани легкого, остеосинтезе

В повторных плевральных пункциях в сочетании с консервативной терапией

В искусственной вентиляции легких

312. Больная 4 часа назад получила множественные ножевые ранения грудной клетки. Из раны левой половины грудной клетки было значительное наружное кровотечение. Снижалось АД до 90/70 мм рт. Ст. Состояние средней тяжести. Кожные покровы нормальной окраски. Пульс 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. Ст. Гемопневмоторакса нет. Больной необходимо произвести:

Плевральную пункцию справа

Плевральную пункцию слева

Левостороннюю торакотомию

Первичную хирургическую обработку ран грудной клетки с ревизией раневого канала

Дренирование левой плевральной полости

313. Больной получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Доставлен машиной скорой помощи в состоянии средней тяжести. Кожные покровы бледны. АД - 90/60 мм рт. Ст., пульс-112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце. Лечебная тактика сводится:

К дренированию плевральной полости

К немедленной торакотомии

К плевральным лечебным пункциям

Только к интенсивной терапии

К интенсивной терапии в сочетании с дренированием плевральной полости

314. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока IV степени. Выявлен перелом костей таза. Обращает на себя внимание выраженная одышка, тахикардия. Резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева - тимпанит. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы, что подтверждено рентгенологическим исследованием. Лечебные мероприятия включают:

Торакотомию

Лапароскопию

Выведение больного из шока

Применение различных видов новокаиновых блокад

Наблюдение и симптоматическое лечение, включая наркотики

315. Больной несколько дней назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. В поликлинике по месту жительства произведена только первичная хирургическая обработка раны, и больной отпущен домой. Поступил в больницу в связи с ухудшением общего состояния, повышением температуры до 39 C, появлением одышки. Состояние средней тяжести. Пульс-112 ударов в минуту. АД-115/80 мм рт. Ст. Выявлен правосторонний гемопневмоторакс со смещением средостения влево и уровнем жидкости соответственно переднему краю IV ребра. Оказание помощи следует начинать:

С немедленной торакотомии

С дренирования плевральной полости двумя дренажами с активной аспирацией

С повторных плевральных пункций для аспирации воздуха и крови

С дренирования плевральной полости в синусе для ликвидации гемоторакса

С проведения только медикаментозного лечения и динамического наблюдения

316. Больной 2 часа назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Поступил в тяжелом состоянии. Бледен, АД-90/60 мм рт. Ст., пульс-112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце. Для оказания помощи необходимо выполнить:

Дренирование плевральной полости

Немедленную торакотомию

Повторные плевральные пункции

Проводить только интенсивную терапию

Интенсивную терапию в сочетании с дренированием плевральной полости

317. У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и задней аксиллярной линии (справа - 4 ребра, слева- 3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять:

Дренирование плевральной полости справа

Дренирование обеих плевральных полостей

Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки

Насечки на коже грудной клетки и шеи

Динамическое наблюдение

318. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева - 5, справа-4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание помощи необходимо начать:

С дренирования обеих плевральных полостей

С введения игл в подкожную клетчатку

С интубации и искусственной вентиляции легких

С трахеостомии и искусственной вентиляции легких

С двусторонней торакотомии

319. При большом свернувшемся гемотораксе 5-дневной давности необходимо выполнить:

Широкую торакотомию, удаление гемоторакса

Дренирование плевральной полости

Введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса

Повторные плевральные пункции

Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса

320. Для диагностики рака легкого наиболее достоверным является:

Бронхоскопия

Анализ мокроты

Трансторакальная игловая биопсия

Трансбронхиальная и транстрахеальная игловая биопсия

Сочетание перечисленных методов

321. Больной 72 года упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении состояние тяжелое: цианоз лица, одышка (30 в минуту), выраженная эмфизема на лице, шее, грудной клетке. Диагностирован перелом 3 ребер справа, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Начинать лечебные мероприятия необходимо:

С верхней срединной медиастинотомии

С дренирования плевральной полости друмя дренажами во 2-м и 8 межреберье

С дренирования гемоторакса в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

С плевральной пункции

322. У больной 30 лет имеются жалобы на выраженную одышку, появившуюся 3 месяца назад, общую слабость. Температура нормальная, кашля нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. На рентгенограммах легких с обеих сторон множественные мелкоочаговые тени, создающие сетчатость легочного рисунка. Заключение: диссеминированный процесс в легких неясной этиологии. При бронхоскопии бронхиальное дерево не изменено. Наиболее достоверным и наименее травматичный методом диагностики будет:

Бронхоскопия и пункционная биопсия бифуркационных лимфоузлов

Прескаленная биопсия

Медиастиноскопия

"Малая торакотомия" и биопсия легкого

Широкая торакотомия и биопсия легкого

Трансбронхиальная биопсия легкого

323. Больной 50 лет поступил с жалобами на кровохаркание, которое появилось 2 месяца назад. 6 и 3 месяцев назад перенес верхнедолевую пневмонию справа. Рентгенологическое исследование не проводилось. Много курит, злоупотребляет алкоголем. При обследовании диагностирован центральный рак правого легкого с ателектазом переднего сегмента верхней доли. Бронхоскопия обнаружила опухолевидное образование в С3. Гистологически: плоскоклеточный рак с ороговением. Объем хирургического вмешательства будет заключаться:

В пневмонэктомии

В верхней лобэктомии

В верхней билобэктомии

В верхней лобэктомии с циркулярной резекцией главного бронха

Окончательное решение вопроса об объеме хирургического вмешательства возможно при торакотомии

324. У больного кашель со скудным количеством мокроты и небольшими прожилками крови в ней, повторные пневмонии в нижней доле правого легкого (трижды за последние 6 месяцев). Общее состояние удовлетворительное, периферические лимфоузлы не увеличены. Рентгенологически: ателектаз C9-10, увеличение прикорневых лимфоузлов. При бронхоскопии в устье нижнедолевого бронха определяется опухолевидное образование серовато-розоватого цвета, почти полностью закрывающее просвет бронха. Биопсия-плоскоклеточный рак. Объем предполагаемого хирургического вмешательства:

Пневмонэктомия

Нижняя лобэктомия

Нижняя билобэктомия

Сегментэктомия

Пневмонэктомия, нижняя билобэктомия или лобэктомия - решается при торакотомии

325. Больной жалуется на повышение температуры до 39 C, слабость, потливость, кожный зуд, плохой аппетит. Болен около 3 месяцев. При обследовании состояние удовлетворительное, увеличены периферические лимфоузлы, больше в правой надключичной области до 2\*3 см, подвижные, не спаянные с кожей. При рентгенологическом исследовании расширение тени верхнего средостения. Наиболее вероятно, что у больного имеет место:

Туберкулез

Лимфогрануломатоз

Саркоидоз

СПИД

Лимфаденит неспецифический

326. Больной поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, кашель с плевками бурой мокроты, появившейся 1 месяц назад. Много курит. Общее состояние удовлетворительное. На рентгенограмме грудной клетки соответственно нижней доли правого легкого опухолевидное образование 12\*8\*6 см, примыкающее к грудной стенке на большом протяжении. Намечается распад у верхнего полюса образования. При многократном исследовании мокроты микробактерии туберкулеза не обнаружены. Предположительный диагноз:

Эхинококковая киста

Абсцесс легкого

Периферический рак с распадом

Опухоль плевры

Доброкачественная опухоль легкого

327. У больной с тяжелой формой сахарного диабета в легких определяются множественные шаровидные образования от 1 до 3 см в диаметре. Микобактерии туберкулеза не обнаружены. Серологические реакции исключили эхинококкоз. Методом исследования, который поможет верифицировать заболевание, будет:

Бронхоскопия

Торакоскопия

Бронхография

Томография грудной клетки

Открытая биопсия легкого

328. В легком выявлено периферическое образование размером 5х6 см, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести:

Бронхоскопию

Трансторакальную игловую биопсию

Катетеризационную биопсию при бронхоскопии

Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки

Исследование промывных вод при бронхоскопии

329. При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром около 1 см на периферии верхней доли правого легкого, при отсутствии жалоб необходимо:

Динамическое наблюдение

Трансторакальная игловая биопсия

Катетеризационная биопсия при бронхоскопии

Торакотомия, широкая биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результатов, соответствующий объем резекции легкого

Верхняя лобэктомия без предварительной верификации

330. При обнаружении у пациента во время флюорографического исследования небольшого шаровидного затемнения в легком вы должны:

Уточнить морфологический характер опухоли

Выяснить, когда производилось предпоследнее рентгенологическое исследование, и что оно показало

Ответить на вопрос: первичный или вторичный характер носит опухоль путем исключения первичной локализации опухоли

Применить все существующие методы лучевого исследования для уточнения характера опухоли

Все варианты верны

331. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме:

Назначения гепарина

Назначения дезагрегантов

Лечебной физкультуры

Длительного постельного режима

Бинтования ног эластичным бинтом

332. Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:

В необходимости профилактики лимфостаза

В необходимости воздействия на артериальный кровоток

В ускорении кровотока по глубоким венам

В профилактике трофических расстройств

В необходимости большей концентрации кровообращения

333. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме:

Затрудненного дыхания

Рвоты

Цианоза

Анемии

Заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании

334. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать:

Дисфагические явления

Нарушение ритма сердца

Псевдостенокардиальные явления

Все варианты верны

335. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерно все указанное, кроме:

Рефлюкс-эзофагита

Ущемления

Кровотечения

Появления язвы желудка

336. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода могут быть все перечисленные, кроме:

Пневмонии

Трофических изменений слизистой оболочки пищевода

Пролежней

Гиперсаливации

Тиреоидита

337. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять:

На 6-10 часов

На 12-18 часов

На 1-8 суток

На 9-12 суток

На 13-15 суток

338. В качестве транспортной иммобилизации при переломе ключицы используют:

Фиксацию с валиком в подмышечной области

Фиксацию без валика, но в повязке Дезо

Фиксацию кольцами Дельпе

339. Перелом ключицы следует дифференцировать:

С вывихом ключицы

С переломом хирургической шейки плеча

С вывихом головки плеча

С отрывом сухожилия двуглавой мышцы плеча