001. Отрыв прямой мышцы бедра преимущественно происходит в области:

Верхнего полюса надколенника

Седалищного бугра таза

Передней нижней ости подвздошной кости

Передней верхней ости подвздошной кости

002. Прорыв гноя в сигмовидный синус из сосцевидного отростка возможен:

Через шило-сосцевидное отверстие

Через каменисто-барабанную щель

Через сосцевидный выпускник

Через яремное отверстие

003. 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

004. Двигательная иннервация мышц лица осуществляется:

Лицевым нервом

Тройничным нервом

Подъязычным нервом

Добавочным нервом

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

Блуждающий нерв

Нисходящая ветвь подъязычного нерва

Промежуточный нерв

Пограничный симпатический ствол

006. Гиперемия лица при проведении вагосимпатической блокады объясняется:

Блокадой блуждающего нерва

Блокадой симпатического ствола

Блокадой нисходящей ветви подъязычного нерва

007. Местом формирования диафрагмального нерва является:

Ромбовидная ямка

Мосто-мозжечковый угол

Шейное сплетение

Плечевое сплетение

008. При плече-лопаточном периартрите и травмах плечевого сустава болевой синдром можно снять блокадой:

Мышечно-кожного нерва

Надлопаточного нерва со стороны подостной ямки

Надлопаточного нерва со стороны надостной ямки

Лучевого нерва на плече

009. При скоплении жидкости в плечевом суставе пункция его наиболее рациональна:

С передней стороны сустава

С задней стороны сустава

С латеральнгой стороны

С медиальной стороны

010. Резко выраженное приведение плеча при флегмонах, локализующихся в рыхлой клетчатке между большой и малой грудной мышцами, отмечается за счет сокращения:

Дельтовидной мышцы

Подлопаточной мышцы

Малой грудной мышцы

Большой грудной мышцы

011. При экссудате в локтевом суставе выпячивание его сумки отмечается по бокам локтевого отростка и сухожилия трехглавой мышцы. Участки выпячивания, в которых капсула сустава покрыта только фасцией и кожей, располагаются:

В области локтевого отростка

Между локтевым отростком, сухожилием трехглавой мышцы и латеральной группой мышц предплечья

012. Пункцию локтевого сустава рационально производить после сгибания локтя до прямого угла:

В задне-наружной поверхности сустава

В задне-внутренней поверхности сустава

Со стороны задней поверхности сустава

В передне-наружной поверхности сустава

013. При выполнении проводниковой блокады срединного нерва в области кожной складки лучезапястного сустава выключается чувствительная иннервация:

 I, II, III пальцев и радиального края IV пальца

 IV пальца и ульнарного края IV пальца

 Всех пальцев кисти

014. При проводниковой блокаде локтевого нерва кнаружи от гороховидной кости выключается чувствительная иннервация:

 I-III пальцев

 I-V пальцев

 V пальца и ульнарного края IV пальца

015. Прорыв гноя из проксимального отдела синовиальных влагалищ большого пальца и II-V пальцев кисти происходит:

Под длинную ладонную мышцу

Между глубоким сгибателем пальцев и квадратным пронатором

Под квадратный пронатор

Между поверхностным и глубоким сгибателями пальцев

016. Пункция луче-запястного сустава производится:

С тыльно-радиальной поверхности кисти

С тыльной поверхности кисти

С тыльно-ульнарной поверхности кисти

С ладонной поверхности кисти

017. Поверхностная ладонная артериальная дуга располагается под ладонным апоневрозом в пределах:

Лучевого фасциального пространства

Срединного фасциального пространства

Локтевого фасциального пространства

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

Наружне-верхняя

Наружне-нижняя

Внутренне-верхняя

Внутренне-нижняя

019. При проведении паравертебральной блокады происходит блокада:

Передних корешков

Задних корешков

Спинномозгового нерва

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

V аортальное нервное сплетение

Венозное нервное сплетение

Сердечное нервное сплетение

Легочное нервное сплетение

021. Укажите магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры:

Подключичная вена

Подключичная артерия

Нижняя щитовидная артерия

Общая сонная артерия

022. 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

023. 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

024. Причиной послеоперационных парезов органов брюшной полости после правосторонней пульмоэктомии может быть повреждение:

Диафрагмального нерва

Пограничного симпатического ствола

Правого блуждающего нерва

Большого чревного нерва справа

025. Мышцей брюшной стенки, образующей при переходе в апоневротическую часть полулунную (спигелеву) линию, является:

Наружная косая мышца живота

Внутренняя косая мышца живота

Поперечная мышца живота

Прямая мышца живота

026. Причиной постоянных жгучих болей, появляющихся иногда после операции грыжесечения, является вовлечение в рубец:

Бедренного нерва

Подвздошно-подчревного нерва

Подвздошно-пахового нерва

027. Отек правой нижней конечности развивается на фоне острого аппендицита или после аппендэктомии вследствие:

Тромбоза подвздошных вен

Распространения воспалительного процесса на бедро

Вовлечения в воспалительный процесс подвздошно-поясничной мышцы

028. Седалищный нерв покидает полость таза:

Через надгрушевидное отверстие

Через подгрушевидное отверстие

Через запирательное отверстие

029. В формировании мочеполовой диафрагмы принимает участие:

Глубокая поперечная мышца промежности

Мышца, поднимающая задний проход

Грушевидная мышца

Внутренняя запирательная мышца

030. В заднем костно-фиброзном влагалище голени располагаются:

Сгибатели стопы и пальцев с большеберцовым нервом

Мышцы, разгибающие стопу и пальцы с глубоким малоберцовым нервом

Пронирующие стопу малоберцовые мышцы с поверхностным малоберцовым нервом

031. Под апоневрозом подошвы располагаются клетчаточные пространства:

 2

 3

 4

 5

 6

032. В верхней половине бедренного треугольника по отношению к бедренной артерии бедренная вена располагается:

Спереди

Латерально

Медиально

Сзади

033. Суставная капсула голеностопного сустава лишена укрепляющих связок:

Латерально

Cпереди

Медиально

Cзади

034. Пункция коленного сустава выполняется:

На уровне основания или верхушки надколенника, отступив от него на 1-2 см

Отступя от боковых поверхностей надколенника на 3-4 см медиальнее или латеральнее

035. Для обезболивания переломов костей таза обычно пользуются внутритазовой анестезий по методу Школьникова-Селиванова-Цодыкса. Точка укола иглы (положение больного на спине) располагается:

На 5 см выше передней ости подвздошной кости

На 1 см кнутри от передней ости подвздошной кости

На 3 см ниже и на 3 см медиальнее подвздошной кости

036. Сколько сфинктеров выделяют в прямой кишке:

Один сфинктер

Два сфинктера

Три сфинктера

Четыре сфинктера

037. Гидротермическая деструкция Гассерова узла проводится:

Через круглое отверстие

Через овальное отверстие

Через яремное отверстие

Через остистое отверстие

038. Наиболее возможными путями прорыва гноя при паротите, объясняемыми особенностями топографии околоушной слюнной железы и ее фасции, являются:

Прорыв гноя в ротовую полость

Прорыв гноя в переднее окологлоточное пространство

Прорыв гноя в заднее окологлоточное пространство

Прорыв гноя в наружный слуховой проход

039. Заброс гнойных эмболов в пещеристый синус возможен:

Через верхнюю глазничную вену

Через нижнюю глазничную вену

Через переднюю лицевую вену

Через крыловидное венозное сплетение

Все варианты верны

040. Укажите уровень оптимальной перевязки сонной артерии:

Сразу в области бифуркации общей сонной артерии

Выше отхождения язычной артерии

Ниже отхождения лицевой артерии

Ниже отхождения язычной артерии

041. Футляр для сосудисто-нервного пучка шеи образует в основном:

Поверхностная фасция

Глубокая (предпозвоночная) фасция

Собственная фасция

Срединная (внутренностная) фасция

042. Коникотомия проводится на уровне:

Ниже подъязычной кости

Между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом

Между перстневидным и щитовидным хрящами

043. Возникновение воздушной эмболии сосудов головного мозга после операции на органах шеи объясняется:

Незаращением межпредсердной перегородки

Незаращением боталлова протока

Незаращением межжелудочковой перегородки

Плотным срастанием вен шеи с фасциями

Рассечением фасциально-клетчаточных пространств шеи

044. При синдроме передней лестничной мышцы основной жалобой больных являются боли, имеющие типичное распространение от шеи или надплечья по ульнарной поверхности руки. Зона распространения этих болей обусловлена:

Сдавлением подключичной артерии в межлестничном промежутке в пределах острого угла между лестничной мышцей и первым ребром

Сдавлением локтевого нерва

Сдавлением кожно-мышечного нерва

Сдавлением первичных нервных стволов плечевого сплетения, формирующихся из С7-С8

045. При гиперабдукционном синдроме (отведение рук высоко вверх), именуемом также синдромом малой грудной мышцы, исчезновение пульса на лучевой артерии обусловлено:

Раздражением симпатических волокон подкрыльцовой артерии

Перегибом подкрыльцовой артерии в области сухожилия малой грудной мышцы

046. При отведении плеча к горизонтальному уровню или выше его отмечается дестабилизация действия некоторых мышц области плечевого сустава, что способствует вывиху в нем. В этом участвуют:

Большая грудная мышца

Малая грудная мышца

Надостная мышца

Большая круглая мышца

Подлопаточная мышца

047. Затек гноя под подлопаточную мышцу при гнойном воспалении плечевого сустава развивается:

Посредством синовиального выворота вдоль сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча

По ходу подлопаточной мышцы, прикрепляющейся своим сухожилием в полости плечевого сустава

Через слизистую сумку подлопаточной мышцы, всегда сообщающейся с полостью плечевого сустава

За счет слабости фиброзной капсулы синовиальной оболочки сустава

048. Срединное фасциальное пространство ладони имеет условные стенки, среди которых дно составляют III и IV пястные кости и межкостные мышцы, покрытые глубокой фасцией ладони. Крышей срединного пространства является ладонный апоневроз наружной и внутренней сторон, его границами являются, соответственно, латеральная и медиальная перегородки на границе возвышений мышц I и V ипальцев. Глубокая артериальная дуга и глубокая ветвь локтевого нерва располагается:

В дне срединного фасциального пространства ладони

В крыше срединного фасциального пространства ладони

В латеральной мышечной перегородке

В медиальной мышечной перегородке

049. Лимфатический сосуд, собирающий лимфу от II-III пальцев кисти по ходу подкожной вены проходит дельтовидно-пекторальную борозду и вместе с веной в области подключичной ямки проникает в подмышечную ямку, где расположена:

Латеральная подмышечная группа лимфатических узлов

Медиальная подмышечная группа лимфатических узлов

Центральная подмышечная группа лимфатических узлов

Верхняя подмышечная или подключичная группа лимфатических узлов

050. С клетчаткой подмышечной впадины сообщается:

Переднее глубокое клетчаточное пространство

Надостное

Подостное

Передняя предлопаточная щель

Задняя предлопаточная щель

051. Наиболее рациональный способ пункции перикардита:

По Шарцу

По Пирогову

По Шапошникову

По Ларрею

По Марфану

052. Зоной распространения гематомы или гнойника, развивающимися под глубоким листком поверхностной фасции живота, являются:

Промежность

Паховые связки

Передняя поверхность бедра

053. Симптомы, сходные с симптомами острого аппендицита, возникают при прободной язве желудка и 12-перстной кишки вследствие:

Раздражения брюшины желудочным или кишечным содержимым

Распространения содержимого по латеральному карману в подвздошную ямку

Раздражения солнечного сплетения

054. Сосудом, сдавливающим нижнюю часть 12-перстной кишки и нарушающим ее проходимость, является:

Верхняя брыжеечная артерия и вена

Верхняя брыжеечная артерия и нижняя брыжеечная вена

Средняя артерия ободочной кишки

Левая артерия ободочной кишки

055. Вскрытия плеврального синуса необходимо опасаться при выполнении операционного доступа через забрюшинное пространство:

К поджелудочной железе

К почке

К 12-перстной кишке

К абдоминальной аорте

056. При операциях на желудке иногда перевязывают ошибочно добавочную печеночную артерию, что в свою очередь, может привести к некрозу сегмента, сектора или даже доли печени. Добавочная печеночная артерия чаще отходит:

От общей печеночной артерии

От левой желудочной артерии

От селезеночной артерии

От верхней брыжеечной артерии

057. Сращение подвздошной, лобковой и седалищной костей в единую тазовую кость происходит в постэмбриональном онтогенезе в области:

Вертлужной впадины

Крыла подвздошной кости

Седалищного бугра

Ветви лобковой кости

058. Большое и малое седалищные отверстия формируются за счет:

Крестцово-подвздошных связок

Лобкового симфиза

Крестцово-бугровой и крестцово-остной связки

059. Распространение гнойных затеков на бедро, во влагалище прямых мышц живота и в брюшную полость возможно:

Из позадипрямокишечного клетчаточного пространства

Из позадипузырного

Из предпузырного

Из бокового

060. Питание органов таза осуществляет:

Внутренняя подвздошная артерия

Наружная подвздошная артерия

Передняя ветвь внутренней подвздошной артерии

Задняя ветвь внутренней подвздошной артерии

061. Проникновение инфекции в клетчатку седалищно-прямокишечной ямки возможно:

При разрушении тазовой диафрагмы

Через малое седалищное отверстие

По ходу полового сосудисто-нервного пучка

Все варианты верны

062. К ветвям внутренней подвздошной артерии, осуществляющим питание мочевого пузыря, относятся:

Пупочная артерия

Передний ствол внутренней подвздошной артерии

Запирательная артерия

Внутренняя половая артерия

063. Питание прямой кишки происходит за счет:

Нижней брыжеечной артерии

Внутренней подвздошной артерии

Внутренней половой артерии

Все варианты верны

064. При выполнении операции геморроидэктомии следует помнить, что в зоне геморроидальных узлов располагаются кавернозные тельца, в лакуны которых впадают ветви:

Нижней прямокишечной артерии

Пупочной артерии

Нижней ягодичной артерии

Нижней брыжеечной артерии

065. Перевязка внутренней подвздошной артерии в связи с особенностями ее топографии может быть осложнена в связи с расположением рядом с ней и:

Перевязкой маточной трубы

Перевязкой мочеточника

Перевязкой наружной подвздошной артерии

066. Основными источниками кровоснабжения предстательной железы является:

Нижне-пузырная артерия

Средне-прямокишечная артерия

Запирательная артерия

Нижняя ягодичная артерия

Нижние пузырные и средние прямокишечные артерии

067. Распространение гнойно-воспалительного процесса из клетчаточного пространства, расположенного под большой ягодичной мышцей, в область малого таза, происходит:

Через малое седалищное отверстие

Через щель под проксимальной частью сухожилия большой ягодичной мышцы

Через над и подгрушевидные отверстия

По ходу седалищного нерва

068. Глубокое бедренное кольцо при аномалийном отхождении запирательной артерии со всех сторон окружено сосудистыми образованиями. В образовании "короны смерти" не принимают участия:

Лобковая ветвь нижней надчревной артерии

Бедренная вена

Окружающая подвздошную кость поверхностная артерия

069. Флегмоны стопы нередко возникают при прорыве гноя из проксимального конца синовиального влагалища I и V пальцев стопы:

Идет вдоль всей стопы

Заканчивается на уровне костей предплюсны

Заканчивается на уровне головок плюсневых костей

070. Общим отличительным признаком всех бедренных грыж является:

Выход их над паховой складкой

Расположение внутри от бедренной вены

Наличие выпячивания на бедре

Выход их из-под паховой складки

071. Паховый лимфатический узел Пирогова располагается в области:

Устья большой подкожной вены бедра

Проекции бедренной артерии

Все варианты верны

072. При перевязке бедренной артерии под паховой связкой коллатеральное кровообращение нижней конечности осуществляется по анастомозам:

Внутренней подвздошной артерии с ветвями наружной подвздошной артерии

Между запирательной, ягодичными ветвями внутренней подвздошной артерии и латеральной, медиальной, окружающими бедро, ветвями глубокой артерии бедра

Между поверхностной и глубокой артериями, сгибающими подвздошную кость

073. Доступ к бедренной артерии выполняется по линии:

Соединяющей передне-верхнюю ость подвздошной кости с латеральным мыщелком бедра

Соединяющей середину пупартовой связки с медиальным мыщелком бедра

074. Катетеризация периферических лимфатических сосудов нижних конечностей (стопа, голень) выполняется с целью:

Введения лекарственных препаратов

Выполнения лимфосорбции

075. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком хронического холецистита может быть:

Слабая рентгеноконтрастная тень желчного пузыря

Резко увеличенная, не сокращающаяся на дачу желчегонного завтрака тень желчного пузыря

"Отключенный" желчный пузырь

Подозрение на тени конкрементов в желчном пузыре при сокращении его на 1/3 после дачи желчегонного завтрака

076. Наиболее достоверными методами установления причины механической желтухи являются:

Лапароскопия

Радиоизотопная динамическая билиосцинтиграфия

Ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

Лапароскопическая холецистография

077. Сужение дистального отдела холедоха диагностируется с помощью:

Эндоскопической ретроградной холангиографии

Операционной холангиографии

Инструментального зондирования во время холедохотомии

Холедохоскопии на операционном столе

Все варианты верны

078. Нормальный диаметр холедоха составляет:

 3-5 мм

 6-8 мм

 9-11 мм

 8-12 мм

 5-12 мм

079. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:

О холедохолитиазе

О сальмонеллезе желчного пузыря

О билидигестивной фистуле

О желудочно-толстокишечной фистуле

О холецистите

080. Портальная гипертония является:

Синдромом

Самостоятельной болезнью

На сегодня этот еще не решен, спорный

081. Наиболее частой причиной портальной гипертонии у взрослых является:

Тромбоз селезеночной или воротной вены

Опухолевые поражения печени

Цирроз печени

Легочная или сердечно-сосудистая недостаточность

Синдром Бадда - Хиари

082. Наиболее достоверно уровень блока воротного русла определяется:

Сцинтиграфией печени и селезенки

Эхографией печени

Спленопортографией

Портографией через пупочную вену

Илеомезентерикографией

083. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно установить с помощью:

Лапароскопии

Пневмомедиастинографии

Ангиографии печени

Рентгеноскопии пищевода и желудка

Динамической гепатобилиосцинтиграфией

084. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:

При остром деструктивном холецистите

При неушитом ложе удаленного желчного пузыря

При неуверенности в окончательном гемостазе

При редких швах ложа удаленного желчного пузыря

085. После холецистэктомии в ближайшем послеоперационном периоде постепенно нарастает желтуха, данные операционной холангиографии не указывали на патологию желчных протоков. Наиболее вероятная причина желтухи:

Сывороточный гепатит

Камень холедоха

Гемолитическая желтуха

Операционная травма холедоха (лигирование его)

086. Наиболее ценными методами исследования при распознавании рака поджелудочной железы являются все перечисленные, за исключением:

Релаксационной дуоденографии

Селективной ангиографии

Скенирования

Лапароскопии

087. Для распознавания рака поджелудочной железы можно применить все перечисленные методы, кроме:

Ретроградной холангиопанкреатографии

Ультразвукового скенирования

Компьютерной томографии

Холецистографии

Ангиографии и изотопной сцинтиграфии

088. При выполнении чрезкожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения:

Кровотечение

Желчеистечение

Повреждение полого органа с последующим развитием перитонита

Обострение холангита или развитие острого панкреатита

Все варианты верны

089. Для выявления конкрементов в желчном пузыре показаны все следующие методы исследования, кроме:

Обзорной рентгенографии брюшной полости

Ретроградной холангиографии

Ультразвукового сканирования брюшной полости

Внутривенной холецистохолангиографии

Ангиографии сосудов желчного пузыря

090. Рентгенологическими признаками язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные, кроме:

Наличия "ниши"

Нарушения эвакуации содержимого

Отключенного желчного пузыря

Деформации луковицы двенадцатиперстной кишки

091. Спленопортография противопоказана при всех перечисленных состояниях, кроме:

Непереносимости йодистых препаратов

Нарушения выделительной функции почек

Нарушения свертывающей системы крови

Хронического гепатита

Ожирения

092. Селективная ангиография чревной артерии у больных портальной гипертензией применяется с целью:

Уточнения формы портальной гипертензии, когда другие методы исследования не вносят ясности, а спленопортография противопоказана из-за выраженного геморрагического синдрома

Выяснения состояния артериального бассейна гепатолиенальной зоны

Решения вопроса о показаниях и выборе метода операции

Выявления проходимости спленоренального русла у ранее оперированных больных с рецидивами кровотечения из вен пищевода и уточнения тактики повторного оперативного вмешательства

Все варианты верны

093. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

Острый панкреатит

Механическая желтуха

Хронический панкреатит

Наличие конкрементов в панкреатических протоках

Холедохолитиаз

094. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:

Пероральная холецистография

Внутривенная холецистохолангиография

Ретроградная холангиография

Сцинтиграфия печени

Прямая спленопортография

095. При рентгенологическом исследовании выявлено наличие воздуха в желчных протоках, что может быть обусловлено:

Холедохолитиазом

Сальмонеллезом желчных протоков

Внутренней желчной фистулой

Острым холециститом

Желудочно-ободочной фистулой

096. 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

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

Бронхоскопии

Направленной бронхографии

Рентгеноскопии легких

Аускультации и перкуссии

Рентгенографии легких

098. 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

099. 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

100. 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

101. 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

102. 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

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

Пневмомедиастиноскопия

Бронхоскопия

Бронхография

Пневмомедиастинотомография

Искусственный пневмоторакс

Медиастиноскопия с биопсией

104. 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

105. Переднее верхнее средостение является излюбленным местом локализации:

Энтерогенной кисты средостения

Бронхогенной кисты средостения

Целомической кисты перикарда

Лимфогрануломатоза средостения

Тимомы

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

Липома средостения

Невринома средостения

Паразитарная киста средостения

Дермоидная киста средостения

Мезотелиома локальная

107. При отечной форме острого панкреатита при лапароскопии можно обнаружить все следующие косвенные признаки, кроме:

Отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки

Выбухания стенки желудка кпереди

Уменьшения в размерах желчного пузыря

Умеренной гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости

Обнаружения небольшого количества серозного выпота в правом подпеченочном пространстве

108. Показания к лапароскопии при остром панкреатите определяются необходимостью всего перечисленного, кроме:

Установить патобиохимический вид панкреонекроза

Диагностировать панкреатогенный перитонит

Уточнить форму острого панкреатита

Выявить наличие воспалительного процесса в воротах селезенки и непосредственно в ее ткани

Определить характер изменения желчного пузыря

109. Стеаторрея характерна:

Для постхоленцистэктомического синдрома

Для острого панкреатита

Для хронического панкреатита

Для печеночной недостаточности

Для болезни Крона

110. Эндоскопическими признаками, характерными для геморрагического панкреонекроза, являются все перечисленные, за исключением:

Геморрагической имбибиции большого сальника

Наличия темного выпота с геморрагическим оттенком

Выбухания желудка и расширения его вен

Возникновения в отдельных случаях расслаивающей аневризмы аорты

Иногда появления забрюшинной гематомы

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

Торакоскопию

Медиастиноскопию

Томографию

Бронхоскопию

Бронхографию

112. Снять тормозящий эффект глюкокортикоидов при заживлении раны может:

Витамин D

Витамин С

Витамин А

Витамин В6

Витамин Е

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

 250 мл

 500 мл

 1000 мл

 1500 мл

 2000 мл

114. 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.

115. 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

116. Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет:

 50 мл/кг

 60 мл/кг

 70 мл/кг

 80 мл/кг

 90 мл/кг

117. Основным показанием к гемотрансфузии является:

Парентеральное питание

Стимуляция кроветворения

Гиповолемия и анемия в связи с кровопотерей

Дезинтоксикация

Иммунокоррекция

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

 20-25%

 30%

 35%

 40%

 45%

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

Эритромассы

Донорской крови

Кристаллоидных растворов

Плазмозамещающих растворов

120. Переливание несовместимой крови ведет к развитию:

Гемотрансфузионного шока

Отека легких

Гемолиза

Острой почечной недостаточности

ДВС-синдрома

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

Групповая совместимость

Индивидуальная совместимость

Биологическая проба

Определение резус-совместимости

Определение резус-фактора

Все варианты верны

122. 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-

123. Противопоказанием к гемотрансфузии являются:

Тяжелая операция

Хирургическая инфекция

Шок

Тяжелое нарушение функции печени

Снижение АД

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

Анафилаксия

Острый внутрисосудистый гемолиз

Снижение АД

Гипертермия

Отек мозга

125. 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

126. 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

127. Для лечения гиповолемии вначале используют:

Вазопрессоры

Кардиотонические средства

Плазмозаменители

Эритромассу

Донорскую кровь

128. Послеоперационные инфекции у больных после операции на кишечнике вызываются прежде всего такими безусловными анаэробами:

Как кишечная палочка

Как стафилококк

Как стрептококк

Как бактероиды

Как клебсиелла

129. Наиболее важным фактором для выживания больных с изолированной газовой гангреной является:

Раннее применение антибиотиков

Раннее очищение раны от омертвевших тканей и/или ампутация

Раннее применение гипербарической оксигенации

Все варианты верны

130. Наиболее частые инфекции у больных с аортально-подвздошной трансплантацией - это:

Стафилококк

Кишечная палочка

Стрептококки

Бактероиды

131. Вероятность инфекции наиболее высока:

У больных старше 60 лет

У больных, страдающих диабетом

132. Из перечисленного ниже может уменьшить зараженность воздуха в операционной:

Поточно-приточная вентиляция

Ультрафиолетовое облучение

Все варианты верны

133. Нейротоксическим действием обладают:

Пенициллин и линкомицин

Кефзол и пенициллин

Полимиксин В и стрептомицин

Линкомицин и стрептомицин

Стрептомицин и кефзол

134. При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируется:

Оксациллин

Эритромицин

Канамицин

Метациклин

Пенициллин

135. Гепатотоксическим действием обладает:

Пенициллин

Тетрациклин

Линкомицин

Колимицин

Цефамезин

136. Бактерицидным действием на микробную флору из перечисленных антибиотиков не обладают:

Полимиксины и цефалоспорины

Тетрациклины и макролиды

Аминогликозиды и пенициллины

Цефалоспорины и карбопенемы

Пенициллины и полимиксины

137. Аминогликозиды (канамицин, мономицин, неомицин, гентамицин, амикацин), являясь бактерицидными препаратами, обладают следующим механизмом действия на микробную клетку:

Нарушают функцию клеточных мембран

Ингибируют синтез ДНК и РНК

Нарушают систему трансляции

Ингибируют синтез клеточной оболочки

Подавляют синтез белка на уровне рибосом

138. Среди перечисленных ниже антибактериальных препаратов не обладают бактерицидным действием:

Сульфаниламиды и тетрациклины

Нитрафураны и полимиксины

Пенициллины и таривид

Аминогликозиды и карбапенемы

Диоксидин и цефалоспорины

139. Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным является:

Левомицетин

Тетрациклин

Эритромицин

Ампиокс

Олеандомицин

140. Пути возникновения резистентных штаммов микрофлоры при проведении антибиотикотерапии:

Мутация

Транссудация

Трансформация

Конъюгация

Все варианты верны

141. Среди перечисленных сульфаниламидных препаратов к препаратам длительного действия относится:

Фталазол

Стрептоцид

Этазол

Сульфамонометоксин

Норсульфазол

142. Метронидазол сочетается:

С пенициллинами

С цефалоспоринами

С аминогликозидами

С тетрациклинами

Все варианты верны

143. Из перечисленных ниже антибиотиков нефротоксическим и ототоксическим действием обладает:

Окситетрациклин

Полимиксин В

Линкомицин

Цефазолин

Левомицетин

144. 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

145. 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

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

Большого мертвого пространства

Отсутствия изоляции дыхательных путей

Большого аэродинамического сопротивления

Необходимости предупреждения западения языка

147. 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

148. 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

149. Фентанил является:

Мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут

Анальгетиком короткого действия (2-3 минуты)

Нейролептиком

Препаратом выраженного психотропного действия

Антидепрессантом

150. 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

151. При выборе анестетика для проведения наркоза больному 55 лет, страдающему гипертонической болезнью III степени, во время операции - пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной грыжи, следует отдать предпочтение:

Эфиру

Фторотану

Нейролептанальгезии

Закиси азота + НЛА

Местной анестезии

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

Септического флебита

Химического флебита

Тромбоэмболии

Септицемии

ДВС-синдрома

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

Гипотензии

Метаболического ацидоза

Повышенной кровоточивости раны

Дыхательного алкалоза

154. Для стрессовой реакции характерно все нижеперечисленное, кроме:

Задержки натрия и хлора

Олигурии

Полиурии

Эозинофилии

Лейкоцитоза

155. При дыхательном ацидозе необходимо:

Переливание гидрокарбоната

Гипервентиляция

Уменьшение подачи наркотического вещества

Внутривенное введение дыхательных аналептиков

156. 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

157. Изотонической считается концентрация раствора глюкозы:

 0.8%

 3%

 4.2%

 5%

 10%

158. При олигурии производят:

Адекватную гидратацию

Измерение относительной плотности мочи

Внутривенное введение маннитола

Коррекцию водно-электролитного баланса

Все варианты верны

159. Признаками гиперкалиемии являются:

Сонливость и слабость

Заостренный зубец T на ЭКГ

Гипертензия

Цианоз

160. При гипонатриемии отмечается все нижеперечисленное, кроме:

Ортостатической синкопе

Перспирации

Гипотензии

Тошноты и рвоты

161. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является:

Отсутствие пульса и АД

Остановка дыхания

Отсутствие сознания

Акроцианоз

Отсутствие сердечных тонов

162. 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

163. 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

164. 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

165. 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

166. 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

167. При утоплении в морской воде следует ожидать развития:

Гиперволемии

Гемолиза

Гиперосмолярного отека легких

Повышения калия в крови

Острой почечной недостаточности

168. Для профилактики аспирационного синдрома (Мендельсона) необходимо:

Опорожнить желудок через зонд

Дать слабительные

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

Назначить циметидин

Дать трисилинат магния по схеме

169. 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

170. Основными признаками спинального шока являются:

Гиперволемия

Гиповолемия

Гипертония

Гипотония

Брадикардия

Атония сосудов

171. Инфекционно-токсический шок может развиться:

При перитоните

При пневмонии

При эндометрите

При менингите

При инфекционном эндокардите

При пиелонефрите

Все варианты верны

172. 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

173. Время кровотечения удлиняется:

При травмах и размозжениях мышц

При гемолитических кризах

При резко выраженной тромбоцитопении

При асфиксии

При ожоговой травме

174. Время свертывания крови увеличивается:

При гипокоагуляции

При гиперкоагуляции

При анемии

При увеличении фибриногена в крови

При ожогах

175. Появление фибриногена В свидетельствует о:

Претромботическом состоянии и гиперкоагуляции

Гипофибриногенемии

Гиперфибриногенемии

Гипокоагуляции

Дефиците фактора протромбинового комплекса

176. Продукты деградации фибриногена (ПДФ):

Не влияют на свертывание крови

Обладают антикоагулянтными свойствами

Вызывают гиперкоагуляцию

Свидетельствуют о снижении концентрации фибриногена

Свидетельствуют о снижении тромбинового времени

177. 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

178. 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

179. При лечении анафилактического шока включаются следующие препараты:

Адреналин

Глюкокортикоиды

Антигистаминные

Плазмозаменители

Хлористый кальций

Кофеин

Все варианты верны

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

Тромбоэмболии легочной артерии

Пневмоторакса

Массивного ателектаза

Гидроторакса

Массивной пневмонии

Астматического статуса

Все варианты верны

181. 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

182. 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

183. Наиболее эффективным объемным эффектом обладают следующие плазмозаменяющие растворы:

Декстраны

Растворы желатина

Плазма

Рингер-лактат

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

Декстраны

Электролитные изотонические растворы

Плазма

Кровь

Изотонические растворы глюкозы

185. При применении декстранов возможны:

Перегрузка кровообращения

Опасность кровотечения

Почечная недостаточность

Все варианты верны

186. Формами гипертермической реакции при хирургических заболеваниях могут быть:

Метаболическая

Бактериальная

Регуляторная

Смешанная

Все варианты верны

187. 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

188. Для сотрясения мозга характерно все перечисленное, кроме:

Потери сознания

Тошноты, рвоты

Головной боли

Истечения ликвора из уха

Ретроградной амнезии

189. Характерными признаками для субдуральной гематомы являются все перечисленные, кроме:

Вторичной потери сознания

Развития генерализованного эпилептического припадка спустя двое суток после травмы

Анизохории

Птоза верхнего века

Гемипареза или гемиплегии

190. При сотрясении головного мозга наиболее характерным является:

Кровотечение из носа

Потеря сознания

Головная боль

Эпилептические припадки

Головокружение, нистагм

191. Машиной скорой помощи доставлен больной 35 лет. Из анамнеза известно, что упал на улице 3 часа тому назад. Сознание не терял. Дома появилась головная боль, была однократная рвота. При осмотре больной в сознании, ориентирован в месте и времени, на вопросы отвечает правильно. Неврологическая симптоматика без особенностей. На краниограммах линейный перелом правой теменной кости. Больного следует:

Отпустить домой

Отпустить домой, а при ухудшении состояния вызвать врача скорой помощи

Выдать направление в нейрохирургический стационар и рекомендовать лечь больницу

Взять кровь на алкоголь и отправить в нейрохирургический стационар в сопровождении медицинского персонала

После оказания первой помощи наблюдать в поликлинике

192. Наиболее надежным признаком перелома костей свода черепа является:

Сильная головная боль

Рвота

Ликворея из носа

Подкожная гематома

Наличие перелома на краниограмме

193. Наиболее характерным признаком перелома костей основания черепа является:

Сильная головная боль

Неоднократные рвоты

Однократная рвота

Истечение жидкости из носа

Кровоподтек под глазом

194. Характерным для перелома основания черепа признаком является:

Наличие рвано-ушибленной раны

Бессознательное состояние больного

Истечение крови и жидкости из ушного прохода

Жалобы на сильную головную боль

Кровоподтеки в области шеи

195. Признаками пулевого огнестрельного проникающего ранения головы являются:

Наличие раны с неровными краями с подлежащими осколками кости

Наличие раны с ровными краями, длиной не более 1 см

Наличие раны, вокруг которой имеется ожог тканей и запорошение, из раны выделяется детрит и ликвор

Наличие раны с активным артериальным давлением

Наличие раны с размозженными краями

196. Признаком проникающего черепно-мозгового ранения является:

Наличие большой раны с неровными краями

Наличие раны с активным артериальным давлением

Наличие раны, из которой выделяется детрит и ликовор

Наличие раны с подлежащей костью

Наличие раны с венозным кровотечением

197. В травмпункт привезли больного 50 лет в бессознательном состоянии. Известно, что будучи на охоте, случайно получил пулевое ранение из ружья. При внешнем осмотре в правой половине лобной части имеется рана с округлыми краями диаметром 3 см. Края раны со следами ожога и запорошения. Активного кровотечения нет. Из раны выделяется детрит с примесью ликвора. Больному необходимо:

Взять кровь на алкоголь, сделать рентгенографию черепа, ввести противостолбнячную сыворотку и отправить в нейрохирургический стационар с наложением асептической повязки

Взять кровь на алкоголь, ввести противостолбнячный анатоксин, наложить асептическую повязку и в сопровождении медицинского персонала на носилках срочно отправить в нейрохирургический стационар, сообщить в милицию

Срочно госпитализировать в любой общехирургический стационар

После оказания первой помощи госпитализировать в любой общехирургичекий стационар

198. При наличии проникающей черепно-мозговой травмы и активном артериальным кровотечением из краев раны хирург должен:

Наложить швы на кровоточащую рану

Наложить давящую повязку

Произвести первичную хирургическую обработку раны с перевязкой сосудов с удалением костных обломков и ушиванием раны наглухо

Произвести перевязку кровоточащих сосудов и наложение швов на рану

Произвести тампонаду раны

199. На прием обратился больной с жалобами на боли в средней зоне лица, наличием гематомы и отека в этой области, ограничение открывания рта. При осмотре выявлены припухлость мягких тканей и ограничение открывания рта. Из анамнеза выяснено, что больного 12 часов тому назад избили, была кратковременная потеря сознания, отмечает тошноту. Больного следует:

Отпустить домой

Госпитализировать

Направить на консультацию к специалисту

Наложить пращевидную повязку

Назначить противовоспалительную терапию в условиях дома

200. Характерными признаками перелома скуловой дуги являются:

Нарушение прикуса

Ограничение открывания рта

Нарушение зрения на стороне поражения

Отсутствие одностороннего бокового смещения нижней челюсти

Подвижность зубов верхней челюсти

201. Характерными признаками перелома скуловой кости являются:

Ограничение открывания рта

Нарушение прикуса

Кровотечение из носа

Асимметрия лица

Диплопия

202. При переломах скулового комплекса необходимыми дополнительными методами исследования являются:

Передняя риноскопия

Рентгенография по Резе

Анализ крови

Осмотр глазного дна

ЭКГ

203. Выявить наличие признаков осложненного воспалительным процессом перелома нижней челюсти можно на основании:

Подвижности зуба в линии перелома

Ограничения открывания рта

Воспалительного инфильтрата

Повышения температуры тела

Отсутствия боковых движений нижней челюсти

204. Признаком, характерным для вывиха височно-нижнечелюстного сустава является:

Невозможность закрыть рот

Расположение головки сустава кпереди от суставного бугорка

Слюноотделение изо рта

Боль в области суставов

Затруднение при разговоре и приеме пищи

205. При выявлении перелома костей основания черепа хирург должен:

Отправить больного домой

Отправить домой и при ухудшении состояния вызвать на дом скорую помощь

Госпитализировать в травматологическое отделение

Госпитализировать в нейрохирургическое отделение

Оставить под наблюдением поликлиники

206. Наиболее характерными признаками для травматического повреждения лучевого нерва являются:

Факт травмы плеча

Кисть свисает по типу "птичьей лапы"

Гиперстезия в области "анатомической табакерки"

Все варианты верны

207. Для травматического повреждения лучевого нерва характерно:

Ослабленное ладонное сгибание кисти, резкое нарушение сгибания основных и концевых фаланг IV-V пальцев

Кисть в положении "рука благословения"

Резкое ограничение поднимания и отведения руки

Предплечье полусогнуто по отношению к плечу, кисть пассивно свисает под прямым углом к предплечью, пальцы полусогнуты

Предплечье полусогнуто по отношению к плечу, ослаблено ладонное сгибние кисти

208. Признаками, характерными для травматического повреждения седалищного нерва, являются все перечисленные, кроме:

Наличия травмы

Свисания стопы при ходьбе

Болей в пахово-подвздошной области

Слабости сгибателей голени

Снижения коленного рефлекса

209. Признаками, характерными для травматического повреждения большеберцового нерва, являются:

Наличие травмы

Невозможность стоять на носке

Отсутствие ахиллова рефлекса

Боль в икроножной мышце

Снижение пульса на тыльной поверхности стопы

210. Признаками, характерными для травматического повреждения малоберцового нерва, являются:

Наличие травмы

При ходьбе нога свисает на носке

Невозможно стоять на носке

Нарушение болевой чувствительности на подошве

Невозможность стоять на пятке

211. Для травматического повреждения малоберцового нерва характерно:

Свисание стопы, стояние на пятке невозможно

Нарушено подошвенное сгибание стопы и пальцев, невозможно стоять на ноге

212. Наиболее характерными признаками травматического повреждения локтевого нерва являются:

Факт травмы в анамнезе

Нарушение ладонного сгибания кисти, IV-V пальцев

Гипостезия по ульнарному краю руки

Все варианты верны

213. Наиболее характерными признаками травматического повреждения локтевого нерва являются:

Положение кисти - "рука благословения"

Резаная рана в области локтевого сгиба

Ослабление ладонного сгибания кисти и резкое нарушение сгибания основных и концевых фаланг IV ипальцев

Расстройство чувствительности в области тенара

214. Характерными признаками травматического повреждения плечевого сплетения являются все перечисленные, кроме:

Наличия травмы в анамнезе

Симптома Горнера-Клод-Бернара

Паралича или пареза руки

Гиперестезии тенара

Расстройства болевой чувствительности на руке

215. Характерными признаками травматического повреждения срединного нерва являются все перечисленные, кроме:

При попытке сжать пальцы в кулак - кисть в положении «рука благословения»

Невозможность царапания указательным пальцем по столу при плотно прилегающей к нему кисти

Снижение болевой чувствительности в области гипотенара

Снижение карпорадиального рефлекса

216. Наиболее характерным признаком травматического повреждения срединного нерва является:

Наличие гематомы в области плеча

Выпадение рефлекса с двуглавой мышцы

Расстройство болевой чувствительности на тыле кисти

Анестезия в области I-III пальцев кисти

217. Для травматического повреждения срединного нерва характерно следующее положение руки:

Предплечье полусогнуто по отношению к плечу, кисть пассивно свисает подпрямым углом к предплечью

Ослаблено ладонное сгибание кисти, резкое нарушение сгибания основных концевых фаланг I-III пальцев

Кисть в положении "рука благословения"

Резкое ограничение поднимания, отведения руки, нарушение сгибания предплечья

218. Показанием к хирургическому лечению закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга не является:

Нарастание неврологической симптоматики

Нарушения проходимости субарахноидального пространства

Наличие крови в ликворе

Синдром острого переднего повреждения спинного мозга

Перелом со смещением I и II шейных позвонков

219. К особенностям техники ламинэктомии при закрытых повреждениях позвоночника и спинного мозга относятся все перечисленные, за исключением:

Резекции дужек до суставных отростков

Резекции дужек с захватом суставных отростков для лучшего обзора

Разреза мягких тканей на уровне ламинэктомии

220. Вскрытие твердой мозговой оболочки при операциях по поводу травмы спинного мозга показано:

Во всех случаях

При подозрении на интрадуральную компрессию спинного мозга

При инфицировании раны

221. При открытом огнестрельном ранении позвоночника и спинного мозга ламинэктомия не показана в случае:

Повреждения связочного аппарата (дисторзии, разрыва)

Вывиха или подвывиха позвоночника

Переломов тел позвонков

Переломов заднего полукольца позвонков

Наличия признаков компрессии мозга

222. К особенностям ламинэктомии при открытых огнестрельных ранениях позвоночника относятся:

Без особенностей

Нельзя пользоваться распатором

Для скелетирования дужек использовать ножницы

223. При острых грыжах межпозвонковых дисков возможны:

Экстрадуральный метод удаления

Трансдуральный метод удаления

Комбинированный метод удаления

Все варианты верны

224. Показаниями к операции при спинальном арахноидите являются:

Нарастание корешковых болей

Нарастание проводниковых двигательных расстройств

Нарастание проводниковых чувствительных расстройств

Нарастание сегментарных расстройств

Отсутствие эффекта от консервативной терапии

225. Показаниями для ламинэктомии при травме спинного мозга являются:

Сотрясение спинного мозга

Ушиб шейного отдела спинного мозга

Сдавление спинного мозга

Ушиб грудного отдела спинного мозга

Травматическое субарахноидальное кровоизлияние

226. Показаниями для экстренной операции при грыжах межпозвонкового диска, являются:

Нарастающий болевой синдром

Онемение в области промежности

Остро возникшие тазовые расстройства

Постепенно нарастающие чувствительные нарушения

227. Спинальный эпидурит следует дифференцировать в первую очередь:

С нарушением спинального кровообращения

Со спинальным арахноидитом

С эпидуральным абсцессом

С метастатическим поражением спинного мозга

С интрамедулярной опухолью

228. При удалении внутримозговых гематом наиболее предпочтительными являются:

Резекционная трепанация черепа

Костно-пластическая трепанация черепа

Зависит от конкретных условий диагноза

229. Субдуральные гигромы следует дифференцировать:

С очаговым менингоэнцефалитом

С субдуральной гематомой

С субарахноидальным кровоизлиянием

Со внутрижелудочковой гематомой

С артерио-венозной мальформацией

230. Тотальное удаление (по Бурденко) абсцесса головного мозга показано:

В стадии гнойно-воспалительного очагового энцефалита

В стадии формирования капсулы абсцесса

В терминальной стадии

При поверхностном расположении абсцесса

При глубинном абсцессе

231. Операция сшивания поврежденного ствола лучевого нерва практически невозможна на уровне:

Верхней трети плеча

Средней трети плеча

Верхней трети предплечья

Нижней трети предплечья

232. Оперировать больных с клиникой острого выпадения грыжи диска следует:

В первые 1-2 часа

В первые 3-6 часов

В первые 12-24 часов

На вторые сутки

233. При декомпрессивных операциях на седалищном нерве в ягодичной области наиболее опасным является:

Ранение грушевидной мышцы

Повреждение малоберцовой порции нерва

Ранение нижне-ягодичной артерии

Повреждение ягодичных вен

234. Оптимальными сроками наложения первичного шва при повреждении периферического нерва следует считать:

Первые 1-2 часа после травмы

Первые 6-8 часов после травмы

Первые 12-24 часа после травмы

Первые 24-36 часов после травмы

235. В условиях общехирургического стационара при рвано-рубленных ранениях предплечья предпочтительным является:

Первичный шов срединного нерва

Первично-отсроченный шов нерва

Вторичный шов нерва

236. В хирургии периферических нервов оптимальным является:

Эпиневральный шов

Периневральный шов

Интерфасцикулярный шов

Эпиневрально-интерфасцикулярный шов

237. В хирургии периферических узлов, как минимум, целесообразно использовать:

Операционный микроскоп

Лазерную установку

Ультразвуковой аспиратор

Операционную лупу

238. Рентгенологическое исследование позволяет выявить всю перечисленную патологию, кроме:

Перелома или трещины костного органа

Вывиха, подвывиха фрагмента сустава

Костной опухоли

Мягкотканной опухоли или гематомы

Повреждения хрящевой ткани

239. Наиболее типичными ошибками в хирургии травматических повреждений периферических нервов является:

Сшивание нерва с артерией

Сшивание нерва с сухожилием

Сшивание нерва с веной

240. Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легкого является:

Регионарное введение антибиотиков

Бронхологические методы санации гнойника

Внутримышечное введение антибиотиков

Общеукрепляющее лечение и иммунотерапия

241. Для лечения распространенной гангрены легкого применяются:

Пневмотомия

Клиновидная резекция легкого

Пневмоэктомия

Лобэктомия

Торакопластика

242. 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

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

Бронхография

Рентгенография

Рентгеноскопия

Томография

Компьютерная томография

244. 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

245. 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

246. Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является:

Верхняя доля

Средняя доля

Нижняя доля

247. 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

248. 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

249. 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

250. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:

Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей

Первичная несостоятельность культи бронха

Внутриплевральное кровотечение

Ателектаз легкого

Напряженный пневмоторакс

251. 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

252. 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

253. 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

254. 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

255. 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

256. 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

257. 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

258. 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

259. 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

260. 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

261. 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

262. Реактивный экссудативный плеврит может быть:

При острой пневмонии

При поддиафрагмальном абсцессе

При остром холецистите и панкреатите

При септической пневмонии

Все варианты верны

263. 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

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

Бронхоэктатической болезни

Абсцесса

Туберкулеза

Острой пневмонии

Эхинококкоза

265. 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

266. Способствуют развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии:

Бронхиальный свищ

Инородные тела плевральной полости (дренаж, салфетка)

Нагноение послеоперационной раны

Остеомиелит ребер и хондрит

Все варианты верны

267. 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

268 Операция эзофагокардиомиотомии показана:

При карциноме пищевода

При ахалазии пищевода и кардиоспазме

При диафрагмальной грыже

При грыже пищеводного отверстия диафрагмы

269. Перфорация пищевода может быть вызвана:

Эзофагоскопией

Проглоченным инородным телом

Сильной рвотой

Распадом опухоли

Все варианты верны

270. Фиброэзофагоскопия может сопровождаться:

Травмой слизистой и пищеварительной трубки

Перфорацией грушевидной ямки

Перфорацией медиастинальной плевры

Перфорацией пищевода

Все варианты верны

271. 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

272. 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

273. 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

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

Давности заболевания

Характера дисфагии

Особенностей рентгенологической семиотики

Эндоскопической картины

Характера стула

275. Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить:

Бронхоскопию

Рентгеноконстрастное исследование пищевода и ФЭГС

Пневмомедианотомографию

Рентгенография грудной клетки

276. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется:

Эзофагитом

Надрывами слизистой дна желудка

Зиянием кардиального жома

Эндоскопическая картина решающего значения не имеет

277. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть:

Эндоскопия пищевода

Инородное тело

Слепое бужирование пищевода

Интубация трахеи при наркозе

Спонтанный разрыв

Гидравлический разрыв

278. Наиболее радикальным методом лечения рака кардии является:

Лучевая терапия

Химиотерапия

Хирургическое лечение

Электрокоагуляции опухоли

Комбинированное лечение

279. Дисфагия может иметь место:

При ахалазии пищевода

При раке пищевода

При грыже пищеводного отверстия диафрагмы

При лейкоплакии пищевода

280. Из нижеперечисленных заболеваний пищевода всегда требует оперативного лечения:

Рефлюкс-эзофагит

Ахалазия пищевода

Кардиоспазм

Тракционные дивертикулы пищевода

Пульсионные дивертикулы

Полипы пищевода

Рак пищевода

281. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

Недостаточность кардиального сфинктера

Алкоголизм

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки

Употребление горячей пищи

282. 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

283. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы могут иметь место:

Дисфагия

Анемия

Псевдостенокардия

Рубцовая стриктура кардии

Все варианты верны

284. Наиболее выраженная дилатация пищевода развивается:

При рубцовом сужении пищевода

При ахалазии пищевода

При диабетической энтеропатии

При склеродермии

При некоторых локализациях рака пищевода

285. 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

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

Неорганических кислот

Щелочей

Органических кислот

Лаков

Суррогатов алкоголя

287. Наиболее часто ожоги пищевода вызываются:

Кислотами

Щелочами

Суррогатами спирта

Фосфорорганическими веществами

Горячей водой

288. 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

289. Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является:

Возраст старше 60 лет

Мужской пол

Женский пол

Алкоголизм

Ранее перенесенный химический ожог пищевода

290. 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

291. 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

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

Разрыв пищевода

Малая эффективность лечебного мероприятия

Дополнительный ожог пищевода

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

Желудок промывать нельзя

Желудок можно не промывать

О промывании желудка решается индивидуально

Желудок необходимо промыть

294. 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

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

Причину приема химического вещества

Характер химического вещества

Время, прошедшее со времени ожога

Количество принятого химического вещества

296. Наиболее достоверные симптомы ранения сердца:

Локализация раны

Резкое снижение артериального давления, тахикардия

Внешний вид больного

Признаки интраперикардиальной тампонады

297. При тампонаде сердца наблюдаются:

Снижение артериального давления

Цианоз лица

Глухость тонов

Повышение центрального венозного давления

Все варианты верны

298. 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

299. Ушивание раны легкого должно производиться:

Непрерывными обвивными швами

Отдельными узловыми швами

П-образным швом

Механическим швом

Z-образным швом

300. 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

301. 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)

302. Характерным признаком разрыва легкого является:

Кровохаркание

Гемоторакс

Пневмоторакс

Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании

Гемо-пневмоторакс

303. Для закрытой травмы сердца характерны:

Изменения ЭКГ

Боли в области сердца

Снижение артериального давления

Повышение венозного давления

Все варианты верны

304. 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

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

Напряженного пневмоторакса

Напряженной эмфиземы средостения

Общего тяжелого состояния больного

Кровохарканья

Все варианты верны

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

При переломе грудины

При переломе ключицы

При напряженном пневмотораксе

При переломе позвоночника

При переломе ребер

307. 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

308. 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

309. 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

310. 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

311. Основным методом лечения гемоторакса является:

Плевральная пункция

Дренирование плевральной полости

Широкая торакотомия

Торакотомия и ликвидация гемоторакса

Подход должен быть строго индивидуальным

312. 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

313. 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

314. 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

315. 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

316. 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

317. 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

318. 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

319. 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

320. 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

321. 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

322. 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

323. 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

324. Для диагностики рака легкого наиболее достоверным является:

Бронхоскопия

Анализ мокроты

Трансторакальная игловая биопсия

Трансбронхиальная и транстрахеальная игловая биопсия

Сочетание перечисленных методов

325. 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

326. 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

327. 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

328. 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

329. 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

330. 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

331. 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

332. 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

333. 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

334. 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

335. Наиболее редким осложнением при первичном варикозе вен является:

Экзематозный дерматит

Глубокий тромбоз малоберцовой вены

Безболезненный разрыв расширенной вены

Изъязвление нижней трети конечности

Гипертрофированные ногти и атрофичная кожа

336. Аускультация сосудов важна:

При болезни Рейно

При артериальном стенозе

При варикозном расширении вен

При посттромбофлебитическом синдроме

При акроцианозе

337. К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся:

Беременность

Тугие повязки в области верхней трети конечности

Увеличенные паховые лимфатические узлы

Все варианты верны

338. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:

Растворения фибрина

Приостановления роста тромба

Увеличения количества сгустков

Изменения внутренней оболочки сосудов

Снижения активности ДНК

339. Судить об адекватности удаления части поясничного симпатического столба лучше всего:

По прекращению болей в нижних конечностях

По повышению температуры тела

По отсутствию потоотделения

По прекращению перемежающейся хромоты

По заживлению гангрены пальцев нижних конечностей

340. К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится:

Склероз артериол

Петлистый артериальный тромбоз

Развитие синдрома Лериша

Тромбоз бедренной артерии

Акроцианоз

341. Острая лимфедема характеризуется следующими признаками:

При надавливании пальцем остается ямка

Плотный "мясистый" отек ткани, при надавливании пальцем ямка не обрзуется

Уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела

342. Хроническая лимфедема характеризуется всем нижеперечисленным, кроме:

При надавливании пальцем ямка не образуется

Плотный "мясистый" отек ткани

Уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела

Пигментные и трофические изменения кожи

Фиброз подкожной клетчатки

343. К ранним симптомам тромбоза мезентериальных сосудов относится:

Жидкий стул с примесью крови

Рвота

Боль в животе, иррадиирующая в спину

Дряблость передней брюшной стенки

Все варианты верны

344. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:

Лицевых вен

Глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза

Глубоких вен верхних конечностей

Поверхностных вен нижних конечностей

Поверхностных вен верхних конечностей

345. Пилефлебит-это тромбофлебит:

Селезеночной вены

Нижней брыжеечной вены

Вен брыжейки чревообразного отростка

Воротной вены

Печеночной вены

346. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны:

Резкий отек нижней конечности

Некроз пальцев стоп

Похолодание стопы

Симптом перемежающейся хромоты

Отек и гиперемия по ходу пораженных вен

347. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме:

Замедления тока крови в венах

Нарушения целостности внутренней выстилки вен

Варикозного расширения вен

Повышения фибринолитической активности крови

Мерцательной аритмии

348. Симптом Троянова-Тренделенберга служит для диагностики:

Недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей

Острого тромбофлебита глубоких вен бедра

Синдрома Лериша

Посттромбофлебитической болезни

Болезни Бюргера

349. Маршевая проба проводится с целью выявления:

Несостоятельных коммуникативных вен

Проходимости глубоких вен нижних конечностей

Недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях

Тромбоза подколенной артерии

Острого тромбофлебита

350. Проба Претта проводится с целью выявления:

Проходимости глубоких вен нижних конечностей

Недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях

Несостоятельных коммуникативных вен

Острого тромбофлебита

Тромбоза подколенной артерии

351. К осложнениям варикозного расширения вен относится все нижеперечисленное, кроме:

Трофических язв

Экземы и дерматитов

Хронической венозной недостаточности

Ишемической гангрены

Тромбофлебита

352. Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем нижеперечисленным, кроме:

Беременности

Непроходимости глубоких вен

Врожденного нарушения клапанного аппарата

Посттромбофлебитического синдрома

Ортостатизма

353. Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является:

Рассыпной тип поражения

Мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы

Рецидив после оперативного лечения

Непроходимость глубоких вен

Острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе

354. Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме:

Дистальных отеков

Распирающих болей

Повышения температуры тела

Гиперемии кожи и отека по ходу вен

Резкой болезненности при пальпации

355. Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме:

Повышения фибринолитической активности

Ожирения

Гиподинамии

Онкологических заболеваний

Ишемической болезни сердца

356. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме:

Отеков дистальных отделов конечностей по вечерам

Перемежающейся хромоты

Признаков трофических расстройств кожи голени

Судорог по ночам

Видимого расширения подкожных вен

357. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся все нижеперечисленные, кроме:

Сокращения икроножных мышц

Возвышенного положения нижних конечностей

Длительного постельного режима

Бинтования ног эластическими бинтами

Раннего вставания

358. При несостоятельности коммуникативных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:

Бебкока

Нарата

Маделунга

Троянова-Тренделенберга

Линтона

359. 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

360. Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей опасны тем, что:

Могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии

Приведут к варикозному расширению подкожных вен

Вызовут гангрену стопы

Могут послужить причиной эмболии сосудов мозга

Могут послужить причиной послеоперационной пневмонии

361. Операция Троянова-Тренделенберга заключается:

В перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен зондом

В перевязке коммуникантных вен над фасцией

В субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

362. Операция Нарата заключается:

В удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен с помощью зонда

В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

363. Операция Маделунга заключается:

В удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен с помощью зонда

В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

В надфасциальной перевязке коммуникантных вен

364. Операция Клаппа заключается:

В удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен с помощью зонда

В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

В надфасциальной перевязке коммуникантных вен

365. Операция Кокетта заключается:

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен с помощью зонда

В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

В надфасциальной перевязке коммуникантных вен

В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

366. Операция Линтона заключается:

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен с помощью зонда

В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

В надфасциальной перевязке коммуникантных вен

В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

367. При магистральном типе варикозного расширения вен показаны:

Только склеротерапия

Комбинированное лечение (склеротерапия + операция)

Только бинтование эластическим бинтом

Только операция Троянова - Тренделенберга

Только операция Линтона

368. Наибольший косметический эффект в лечении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:

Операцией Бебкока

Операцией Троянова-Тренделенберга

Склеротерапией

Операцией Клаппа

Операцией Маделунга

369. Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:

Комбинированным оперативным методом

Операцией Линтона

Операцией Бебкока

Операцией Нарата

Операцией Маделунга

370. К ранним симптомам посттромбофлебитического синдрома относятся все нижеперечисленные, кроме:

Расширения мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени

Отека в области лодыжек

Болезненного уплотнения кожи в нижней трети голени

Наличия трофической язвы на голени

Значительного подкожного варикозного расширения вен нижней конечности

371. Наиболее характерными признаками, присущими пилефлебиту, являются все нижеперечисленные, кроме:

Картины нарастающего септического процесса

Болей в правом подреберье

Увеличения печени и желтухи

Интермиттирующей лихорадки с ознобами

Усиления запоров

372. Антикоагулянты применяют:

При начинающейся гангрене

При тромбофлебите

При лимфангоите

При эндартериите

При облитерирующем атеросклерозе

373. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя:

Антибиотики

Спазмолитики

Антикоагулянты

Активные движения

Парентеральное введение больших объемов жидкостей

374. Наиболее частой причиной развития трофических язв является:

Расстройство лимфообращения

Расстройства артериального кровообращения

Расстройства венозного кровообращения

Травматические повреждения

Нарушения водно-электролитного обмена

375. Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме:

Резких болей распирающего характера

Повышения температуры тела

Отека конечности

Цианоза

Гиперемии кожи по ходу больной вены

376. Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется все нижеперечисленное, кроме:

Постельного режима

Бутадиона

Компрессов с мазью Вишневского

Ходьбы

Возвышенного положения конечности

377. Тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии:

Сосудов мозга

Системы коронарных артерий и вен

Легочной артерии

Легочных вен

Артерий почек и печени

378. При тромбозах глубоких вен нижних конечностей, как правило, развивается:

Отек мягких тканей

Лимфангоит

Ползучая флегмона

Анаэробная гангрена

Остеомиелит

379. Тромбоз развивается в результате всего перечисленного, кроме:

Нарушения свертываемости крови

Изменения внутренней оболочки сосуда

Массивного кровотечения

Замедления кровотока

Эмболии

380. Послеоперационные эмболии обычно бывают следствием:

Абсцессов

Флегмон

Флеботромбозов

Лимфаденитов

Эндартериита

381. 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

382. Флеботромбозы чаще встречаются у всех нижеперечисленных больных, кроме больных:

С ожирением

С варикозным расширением вен

С онкологическими заболеваниями

С почечной недостаточностью

С ишемической болезнью сердца

383. Диагноз вторичного варикоза вен нижних конечностей ставится на основании всего нижеперечисленного, кроме:

Тромбофлебита глубоких вен в анамнезе

Выраженных трофических нарушений кожи и стойких отеков

Несимметричности поражения

Данных флебографии

Данных артериографии

384. Флебография глубоких вен нижних конечностей позволяет объективно оценить все перечисленное, кроме:

Состояния периферических артерий нижних конечностей

Проходимости глубоких вен

Состояния клапанного аппарата глубоких вен

Локализации несостоятельных коммуникантных вен

Скорости кровотока по глубоким венам

385. Синдром Педжета-Шреттера заключается:

Во врожденных множественных артериовенозных фистулах

В некрозах мышечной оболочки аорты

В тромбозе подключичной вены

В одновременной висцеральной и париетальной эмболии

В остеопорозе, дерматите и артериальном спазме

386. У больного с явлениями мигрирующего флебита можно подозревать:

Лейкемию

Злокачественную опухоль, чаще - поджелудочной железы

Тромбоангиитное заращение сосудов (болезнь Винерватора-Бюргера)

Узловой периартериит

Варикозное расширение вен

387. Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью:

Предотвратить дальнейшее расширение сосуда

Предотвратить двусторонний подострый эндокардит

Предотвратить сердечную недостаточность

Восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда

Обратить в норму симптом Тинеля

388. Возвышенное положение конечности при лечении диабетической язвы стопы противопоказано в связи с тем, что:

Инфекция под действием силы тяжести распространяется по фасции

Развившаяся в результате этого ишемия может усилить гангрену

Может усилиться болевой синдром

Может усилиться интоксикация

Все варианты верны

389. При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является:

Удаление всех окаймлений ложного мешка

Лигирование артерии и вены в четырех местах

Широкое рассечение для лигирования коллатералей

Ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы

Всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы

390. Наиболее распространенная причина острой лимфадемы:

Тромбоэмболия легочной артерии

Тромбофлебит

Радикальная мастэктомия

Иссечение подмышечного или пахового лимфатического узла

Ни одна из вышеперечисленных причин

391. Хронический лимфатический отек верхней конечности обычно развивается:

После радикальной мастэктомии

Метастазирования в подмышечные лимфатические узлы

В результате подмышечного лимфаденита

Все варианты верны

392. В конечности с хроническим отеком, как правило, развивается:

Пигментация кожи

Атрофия эпидермиса

Плотный отек, не образующий ямки при надавливании

Фиброз кожного и подкожного слоя

Все варианты верны

393. При врожденной артериовенозной фистуле характерно:

Ветвистая аневризма

Гипертрофия конечности вследствие аневризмы (гемангиомы)

Гроздевидная аневризма

Все варианты верны

394. Прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей обусловлено:

Нарушением клапанного аппарата вен

Нарушением свертывающей системы крови

Нарушением артериального кровотока в конечности

Сердечной слабостью

Нарушением водно-солевого обмена

395. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них:

Отсутствует развитая коллатеральная сеть

Сосуды сильнее спазмируются в результате охлаждения

Имеется особый тип иннервации

Затруднен лимфоотток

Имеется особое строение кожи

396. После ушиба артерии может наступить ее тромбоз, так как:

Выделяются токсические вещества

Повреждаются симпатические волокна

Нарушается межтканевой обмен

Все варианты верны

397. При выборе способа хирургического лечения при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:

Сроком с момента прободения

Степенью воспалительных изменений брюшины

Величиной перфоративного отверстия

Локализацией перфоративного отверстия

Возрастом больного

Все варианты верны

398. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:

Анализ кала на скрытую кровь

Контрастную рентгеноскопию желудка

Анализ желудочного сока на скрытую кровь

Фиброгастроскопию

Определение гемоглобина и гематокрита

399. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место:

Мелена

Симптом мышечной защиты

Рвота желудочным содержимым цвета "кофейной гущи"

Брадикардия

Коллапс

400. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются:

Пожилой возраст больного

В анамнезе прием аспирина или кортикостероидов

Сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии

Рвота пищей, приносящая облегчение

Шум плеска в желудке

401. Для отрыва прямой мышцы бедра характерно все перечисленное, кроме:

Часто происходит при попытке сильного "прямого" удара ногой в футболе

Внезапная боль в подвздошной области

Ограничение сгибания бедра

Невозможность отведения бедра с одновременной внутренней ротацией

402. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме:

Малой кривизны желудка

Кардиального отдела желудка

Антрального отдела желудка

Нижнего отдела пищевода

Постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки

403. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме:

Иссечения язвы

Ушивания язвы

Резекции желудка

Пилоропластики с ваготомией

Наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле

404. При перфоративной язве желудка необходимо провести:

Немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить о характере операции

Операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена

Контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты

Консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель

405. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость-вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:

Инсулемы поджелудочной железы

Синдрома приводящей петли

Пептической язвы анастомоза

Демпинг-синдрома

Синдрома малого желудка

406. К постгастрорезекционым синдромам не относится:

Синдром малого желудка

Демпинг-синдром

Синдром приводящей петли

Желчный гастрит культи

Сахарный диабет

407. Секретин образуется:

В двенадцатиперстной кишке

В печени

В поджелудочной железе

В дистальных отделах тонкой кишки

В гипоталамусе

408. Основным стимулятором освобождения секретина является:

Соляная кислота

Продукты расщепления белков

Жиры

Углеводы

409. Стимулятором выделения соляной кислоты обкладочными клетками желудка являются:

Гастрин

Гистамин

Возбуждение блуждающего нерва

Повышение уровня кальция в крови

Все варианты верны

410. При диагностике и лечении стеноза III ст. пилорического отдела желудка необходимы:

Немедленная лапаротомия и резекция желудка во всех случаях

Операция после интенсивной парентеральной терапии, коррекции волемических расстройств

Контрастное и эндоскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты, при подозрении на малигнизацию - операция

Немедленная лапаротомия, переливание крови и плазмозаменяющих растворов, применение антибиотиков, в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции

Консервативная терапия, оперативное лечение не показано

411. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся все перечисленные данные, кроме:

Рвоты

Шума плеска над проекцией желудка

Наличия чаш Клойбера

Отрыжки

Похудения

412. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо выполнить все следующие мероприятия, кроме:

Назначения соляной кислоты с пепсином в большом количестве

Промывания желудка

Введения растворов электролитов

Введения белковых растворов

Коррекции нарушения кислотно-щелочного состояния

413. У больного с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки при исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Наиболее рациональной операцией в этом случае является:

Субтотальная резекция желудка

Ваготомия с пилоропластикой

Ваготомия без дренирующей операции

Резекция на выключение

Наложение гастроэнтероанастомоза

414. Резекция желудка на "выключение" может быть выполнена:

При низкой постбульбарной язве

При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку

При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки

Все варианты верны

415. Наиболее информативным при дифференциальной диагностике между язвой желудка и изъязвившейся карциномой является:

Анализ желудочного сока

Исследование кала на скрытую кровь

Проведение гистаминовой пробы

Положительный эффект на противоязвенный курс лечения

Эзофагогастроскопия с биопсией

416. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено неподвижное инородное тело. В данном случае необходимо:

Назначить вазелиновое масло

Назначить прием минеральной воды

Выписать больного на амбулаторное наблюдение

Назначить эзофагогастроскопию

Назначить рентгенологический контроль

417. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является:

Икота

Отсутствие кишечных шумов

Вздутие в области эпигастрия

Тахикардия

Рвота

418. Острое расширение желудка может быть быстро распознано:

Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении

Ларапоцентезом

Назогастральной интубацией

Перкуссией брюшной стенки

Исследованием плазмы крови на серотонин

419. При лечении больных с острым расширением желудка не следует применять:

Назогастральное дренирование желудка

Инфузионную терапию

Седативную терапию

Антибиотикотерапию

Постоянную декомпрессию желудка

420. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:

Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки

Поздней обращаемостью

Возможностью психозов

Возможностью суицидальных попыток

Всем перечисленным

421. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:

Рвота

Желудочное кровотечение

Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости

Частый жидкий стул

Икота

422. Злокачественную трансформацию язв желудка и 12 перстной кишки наиболее часто претерпевают следующие их локализации:

Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки

Постбульбарные язвы

Язвы малой кривизны желудка

Язвы большой кривизны желудка

Язвы всех указанных локализаций

423. Назовите абсолютные показания к хирургическому лечению язвенной болезни желудка:

Перфорации

Кровотечения, не останавливаемые консервативными методами

Малигнизации

Большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании

Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка

Все варианты верны

424. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить:

Доскообразный живот

Сильные боли в эпигастрии

Боли в поясничной области

Повышение лейкоцитоза до 15000

Легкая желтуха склер и кожных покровов

425. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:

Затеканием содержимого по правому боковому каналу

Рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы

Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области

Развивающимся разлитым перитонитом

Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

426. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:

Остановившееся желудочное кровотечение

Перфоративная язва

Пенетрирующая язва

Стеноз выходного отдела желудка

Малигнизированная язва

427. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:

Демпинг-синдрома

Гипогликемического синдрома

Синдрома "малого желудка"

Пептической язвы анастомоза

Синдрома приводящей петли

428. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать со всеми следующими заболеваниями, кроме:

Хронического холецистита

Хронического колита

Хронического аппендицита

Хронического панкреатита

Мезоаденита

429. Назовите характерные осложнения хронической язвы 12 перстной кишки:

Кровотечение

Малигнизация

Перфорация

Пенетрация в поджелудочную железу

Стенозирование выходного отдела желудка

Все варианты верны

430. Относительными показаниями к операции при язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме:

Больших размеров язвы

Язвы большой глубины (пенетрирующей)

Низкой кислотности желудочного сока

Безуспешности консервативного лечения

Каллезной язвы

431. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные данные, кроме:

Желтухи

Шума плеска натощак

Похудания

Отрыжки "тухлым"

Болей в эпигастрии распирающего характера

432. Характерными жалобами для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные данные, кроме:

Болей через 1-1.5 часа после приема пищи

Желтухи

Иррадиации болей в поясничную область

Ночных болей

Рвоты

433. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является:

Двенадцатиперстная кишка

Пилорический отдел желудка

Малая кривизна желудка

Большая кривизна желудка

Кардиальный отдел желудка

434. В каком отделе желудка наиболее характерно образование трещин при синдроме Мелори-Вейса:

В абдоминальном отделе пищевода

В кардиальном отделе желудке

В антральном отделе желудка

В пилорическом отделе желудка

В теле желудка

435. Для демпинг-синдрома не характерны:

Мышечная слабость

Головокружение

Приливы

Потливость

Повышенный аппетит

436. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:

В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка

В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва

В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором

В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости

В постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков

437. Наиболее частыми причинами несостоятельности швов культи 12-перстной кишки после резекции желудка являются:

Гипопротеинемия

Гипотензия во время операции

Аксиальный поворот тонкой кишки

Дуоденостаз

Послеоперационный панкреатит

438. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят:

От расположения желудка

От локализации прободного отверстия

От анатомического строения боковых каналов

От формы и расположения поперечно-ободочной кишки

Все варианты верны

439. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка следует дифференцировать:

С несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза

С послеоперационным панкреатитом

С послеоперационным перитонитом

С несостоятельностью швов малой кривизны

Все варианты верны

440. Методами лечения анастомозита после резекции желудка являются следующие способы:

Энзимотерапия

Антибиотикотерапия

Назогастральная интубация

Рентгенотерапия

Все варианты верны

441. Через 2 часа после резекции желудка по постоянному назогастральному зонду поступает кровь из культи желудка. Темп кровопотери около 500 мл за один час. Проводится гемостатическая и заместительная терапия. При отсутствии от нее эффекта следует:

Продолжить местную гемостатическую терапию

Увеличить темп введения крови

Предпринять экстренную гастроскопию с целью гемостаза

Перелить фибрин

Срочно оперировать больного

442. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается:

Тахикардия

Схваткообразная боль

Локализованная, умеренная боль

Внезапно возникшая интенсивная боль

Жидкий стул

443. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют:

Малый диаметр прободного отверстия

Незначительное наполнение желудка

Топографическая близость соседних органов

Большой диаметр прободного отверстия

Хорошо развитый большой сальник

444. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется:

Резекция желудка

Различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями

Ушивание прободной язвы

Ушивание + гастроэнтероанастомоз

Резекция желудка на выключение

445. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:

При калезной язве

При пенетрирующей язве

При поверхностных эрозиях слизистой

При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0.1 см

При рубцующейся язве

446. Рак желудка чаще всего метастазирует:

В легкие

В печень

В регионарные лимфоузлы

По брюшине

Все варианты верны

447. При раке желудка наиболее характерно:

Ахлоргидрия

Анемия

Полипоз

Атрофический гастрит

Все варианты верны

448. Ранним признаком рака желудка следует считать:

Анемию

Отвращение к мясным блюдам

Увеличенную СОЭ

Ни один из перечисленных признаков

449. У лиц с повышенным риском заболевания раком желудка следует ежегодно проводить:

Рентгенологическое исследование желудка

Исследование желудочной секреции

Эндоскопическое исследование желудка

Исследование морфологического состава крови

Исследование кала на скрытую кровь

450. Основными путями метастазирования рака желудка являются:

Лимфогенный

Гематогенный

Имплантационный

Все варианты верны

451. Онкологически оправданной операцией при раке дистального отдела желудка T1N x M0 является:

Наложение гастроэнтероанастомоза

Резекция 2/3 желудка

Субтотальная резекция желудка

Субтотальная резекция желудка с удалением большого и малого сальника, либо гастроэктомия

452. К предраковым заболеваниям желудка относятся:

Хронический атрофический гастрит

Хроническая каллезная язва желудка

Полипоз желудка

Все варианты верны

453. Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка являются все перечисленные, кроме:

Диспептических явлений: снижения аппетита, быстрой насыщаемости, тошноты, икоты, отрыжки тухлым

Анемии

Нарастающей слабости, тупых болей, желудочного дискомфорта

Повышенного аппетита, слюноотделения

Похудания, отвращения к пище

454. Рак желудка наиболее часто локализуется:

В кардиальном отделе желудка

По большой кривизне желудка

По малой кривизне желудка

В антральном отделе желудка

В дне желудка

455. Онкологически оправданной операцией при раке проксимального отдела желудка с явлениями дисфагии является:

Субтотальная проксимальная резекция желудка

Гастрэктомия

Расширенная или комбинированная гастрэктомия

Гастростомия

Гастроэнтеростомия

456. К отдаленным метастазам рака желудка относятся следующие локализации рака, кроме:

Метастазов в легкое

Метастазов Крукенберга

Метастаза Вирхова

Метастаза Шпицлера

Метастазов в желудочно-поджелудочную связку

457. Операция гастростомии показана:

При неоперабельном раке тела желудка

При неоперабельном раке антрального отдела желудка

При стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванным опухолью

458. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:

Вначале рассечь ущемляющее кольцо

Вначале рассечь грыжевой мешок

Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот

Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)

Сделать лапаротомию

459. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные данные, кроме:

Острого начала

Невправимости грыжи

Болезненности грыжевого выпячивания

Резкой боли

Высокой температуры

460. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является:

Гигантский размер грыжи

Беременность во второй ее половине

Флегмона грыжевого мешка

Недавно перенесенный инфаркт миокарда

Ни один из перечисленных факторов

461. Факторами, предрасполагающими возникновению брюшных грыж, являются:

Особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыжи

Пожилой возраст, прогрессирующее похудание

Заболевания, вызывающие повышения внутрибрюшного давления

Тяжелая физическая работа

Все варианты верны

462. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости

Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара

Поставить очистительную клизму

Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром

463. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает:

Вправление грыжи

Назначение анальгетиков и спазмолитиков

Назначение наркотиков

Немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией

Проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

464. Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме:

Апоневроза наружной мышцы живота

Подвздошно-гребешковой связки

Паховой связки

Нижнего края внутренней косой и поперечной мышц

Поперечной фасции живота

465. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области, причем, отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного:

Грыжа запирательного отверстия

Прямая паховая грыжа

Бедренная грыжа

Косая паховая грыжа

Скользящая грыжа

466. Невправимость грыжи зависит:

От спаек грыжевого мешка с окружающими тканями

От спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем

От сужения грыжевых ворот

От выхождения в нее мочевого пузыря

От выхождения в нее слепой кишки

467. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:

Бассини и Постемского

Мартынова

Жирара-Спасокукоцкого

Руджи-Парлавеччио

По Ру

468. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние:

 5-10 см

 15-20 см

 25-30 см

 35-40 см

 45-50 см

469. При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:

Наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию

Выполнение срочной операции

Наблюдение

Консервативное лечение

Вправление грыжи

470. Паховую грыжу следует дифференцировать:

С водянкой яичка

С паховым лимфаденитом

С варикозным расширением вен семенного канатика

С водянкой семенного канатика

Все варианты верны

471. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать:

С липомой

С холодным натечником

С ущемленной паховой грыжей

С острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала

Все варианты верны

472. При проведении дифференциальной диагностики между паховомошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть:

К трансиллюминации и пальпации

К пункции

К перкуссии

К аускультации

К пальцевому исследованию прямой кишки

473. Бедренные грыжи чаще встречаются:

У мужчин пожилого возраста

У многорожавших женщин

У женщин нерожавших

У юношей

У детей

474. К образованию послеоперационной грыжи предрасполагают:

Раневая инфекция

Послеоперационный парез

Срединный разрез

Неправильная техника ушивания раны

475. Шейка мешка бедренной грыжи расположена:

Впереди круглой связки

Медиальнее бедренных сосудов

Латеральнее бедренных сосудов

Позади бедренных сосудов

Медиальнее купферовской связки

476. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах:

Рихтерской

Косой паховой

Скользящей

Прямой паховой

477. При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции:

По Мейо

По Лекснеру

По Сапежко

По Кину

По Терье-Черни

478. К оперативным методам лечения прямой паховой грыжи относится операция:

По Бассини

По Мартынову

По Руджи

По Жирару-Спасокукоцкому

По Ру

479. 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

480. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать:

Дисфагические явления

Нарушение ритма сердца

Псевдостенокардиальные явления

Все варианты верны

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

Рефлюкс-эзофагита

Ущемления

Кровотечения

Появления язвы желудка

Экстракардиальной стенокардии

482. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения:

Повреждения сосудов

Ранение нервов брюшной стенки

Пересечение семявыводящего протока

Ранение кишки и мочевого пузыря

Все варианты верны

483. Для скользящей паховой грыжи с выхождением мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме:

Наличия болей в надлобковой области

Наличия грыжевого выпячивания в паховой области

Учащенного мочеиспускания и прерывность его, резей в мочеиспускательном канале

Позывов на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования

Наличия положительного симптома Мейо-Робсона

484. При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме:

Тонкой кишки и меккелева дивертикула

Сигмовидной кишки и сальника

Слепой кишки и червеобразного отростка

Маточной трубы и яичника

Желчного пузыря и желудка

485. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются:

Со слизистого слоя

С подслизистого слоя

С мышечного слоя

С субсерозного слоя

С серозного слоя

486. К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся:

Бедренные

Косые паховые

Пупочные

Грыжи белой линии живота

Прямые паховые

Все варианты верны

487. Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются:

Внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования

Увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания

Невправимость грыжи

Отрицательный симптом кашлевого толчка

Все варианты верны

488. Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны:

С бедренной артерией

С бедренной веной

С куперовской связкой

С бедренным нервом

С пупартовой связкой

489. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят:

В приводящей петле

В отводящей петле

В приводящей и отводящей петле в равной степени

В сегменте брыжейки ущемленной кишки

490. При высокой обтурации желчных протоков на первый план выступают все следующие симптомы, кроме:

Выраженной лихорадки

Быстрого появления желтухи

Быстрого похудания

Сильного кожного зуда

Диспептических расстройств

491. Инфильтативная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать все перечисленные признаки, исключая:

Обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки

Деформацию двенадцатиперстной кишки

Стеноз двенадцатиперстной кишки

Стойкий парез кишечника

Прорастание опухоли в головку поджелудочной железы

492. Назовите абсолютные показания к оперативному лечению при остром панкреатите:

Нарастание интоксикации

Осложнение гнойным перитонитом

Безуспешность консервативной терапии в течении 12-28 часов

Сочетание с деструктивной формой холецистита

Резкое вздутие живота

Наличие выпота в плевральных полостях и дисковидные ателектазы легких

Все варианты верны

493. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть все указанные, данные, кроме:

Дуоденостаза

Стеноза сфинктера Одди

Проявления аллергии

Заброса желчи в панкреатический проток

Инфекционных заболеваний печени

494. Острый панкреатит может возникнуть под влиянием:

Лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)

Травмы поджелудочной железы

Хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке

Хирургических вмешательств на органах брюшной полости

Все варианты верны

495. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения, кроме:

Абсцесса поджелудочной железы

Флегмоны забрюшинной клетчатки

Ферментативного перитонита

Острой сердечной недостаточности

Обтурационнной кишечной непроходимости

496. При лечении острого панкреатита не должны применяться:

Отсасывание содержимого желудка

Введение глюконата кальция

Холецистостомия

Спазмолитики

Препараты опия

497. Абдоминизация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует всему указанному, кроме:

Ограничения патологического процесса в брюшной полости

Прекращения поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство

Прекращения поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки

Улучшения кровоснабжения железы

Уменьшения активности протеолитических ферментов

498. Ингибиторы протеаз:

Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железе

Блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе

Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови

Купируют процессы кининообразования

Все варианты верны

499. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия, кроме:

Необходимости купировать болевой синдром

Восполнения обмена циркулирующей крови

Назначения больших доз антибиотиков

Проведения комплексной детоксикации

Лечения нарушений сократительной функции миокарда

500. В отдаленном периоде болезни исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания, кроме:

Образования ложной кисты

Развития хронического панкреатита

Появления сахарного диабета

Развития кистозного фиброза железы

Возникновения инсуломы

501. Эффективность применения ингибиторов протеаз при остром панкреатите характеризуется всем перечисленным, кроме:

Стихания болей

Исчезновения симптомов панкреатогенной токсемии

Повышения активности калликреин-кининовой системы крови

Снижения лейкоцитоза

Уменьшения степени лимфоцитопении

502. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится:

В артериальной крови

В венозной крови

В эксудате брюшной полости

В лимфе

В моче

503. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:

Беременность

Хронический холецистит

Алкоголизм

Травма живота

Применение кортикостероидов

504. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:

 16 единиц

 32 единицы

 64 единицы

505. Для течения жирового панкреонекроза характерно все перечисленное, кроме:

Образования постнекротического инфильтрата в эпигастральной области и левом подреберье

Изолированного пневмотоза поперечно-ободочной кишки

Наличия в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости

Положительного симптома Воскресенского

Вовлечения в воспалительный процесс крупных брыжеечныхи сальниковых сосудов, желудка и кишечника

506. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме:

Абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки

Абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости

Флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения

Перитонита

Септического эндокардита

507. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить все перечисленное, кроме:

Купирования болевого синдрома

Снятия спазма сфинктера Одди

Ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы

Уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы

Инактивизации протеаз в крови и детоксикацию

508. В патогенезе острого панкреатита могут играть роль:

Операционная травма

Холелитиаз

Пенетрирующая пептическая язва

Алкоголь

Все варианты верны

509. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:

Травма живота

Применение кортикостероидов

Алкоголизм

Хронический холецистит

Цирроз печени

510. Развитие токсемии при остром панкреатите обусловливается всеми приведенными факторами, кроме:

Попадания в кровь и лимфу токсогенных полипептидов

Попадания в кровь и лимфу токсогенных липидов

Попадания в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов

Активирования калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови

Наличия высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

511. Причинами развития свищей слепой кишки после аппендэктомии являются:

Масштабы воспалительных и деструктивных изменений в отростке

Диагностические ошибки

Технические ошибки по ходу операции

Ошибки в тактике лечения и ведения послеоперационного периода

Все варианты верны

512. Тактика лечения неполных несформировавшихся свищей толстой кишки, открывающихся в гнойную полость включает:

Вскрытие и дренирование гнойных затеков

Активную аспирацию из раны

Срочную радикальную операцию

Интенсивную терапию

Отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода

513. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается:

Эвентрация

Образование кишечных свищей

Тромбоэмболия легочной артерии

Формирование гнойников брюшной полости

Пневмония

514. Ведущим в лечении больных перитонитом является:

Раннее радикальное хирургическое вмешательство

Дезинтоксикационная терапия

Рациональная антибиотикотерапия

Борьба с парезом кишечника

Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

515. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме:

Появления резкой боли

Напряжения мышц передней брюшной стенки

Брадикардии

Френикус-симптома

Симптома Мейо-Робсона

516. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме:

Массы тела больного

Характера микрофлоры

Степени выраженности интоксикации

Гиповолемии

Степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия

517. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:

Стафилококка

Протея

Кишечной палочки

Смешанной флоры

Анаэробной флоры

518. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные, кроме:

Врожденных аномалий и вариабельности топографии протоков

Воспалительно-инфильтративных изменений в области печеночно-двенадцатиперстной связки

Технических и тактических ошибок хирургов

Исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами

Пальпаторного исследования протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

519. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме:

Ограниченного или разлитого желчного перитонита

Образования подпеченочных гнойников

Развития наружного желчного свища

Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии

Развития поддиафрагмального абсцесса

520. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно:

Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой

Сшив проток на T-образном дренаже

Сшив проток на Г-образном дренаже

Наложив билиодигестивный анастомоз

Все варианты верны

521. Перечислите наиболее характерные признаки холангита:

Лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа

Потрясающие ознобы

Повышение потливости, жажда, сухость во рту

Увеличение селезенки

Все варианты верны

522. К симптомам, характерным для обтурационной желтухи, возникшей на почве калькулезного холецистита, относятся все перечисленные признаки, кроме:

Приступообразных болей типа печеночной колики

Быстрого развития желтухи после болевого приступа

Желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезнена

Похудания, резкой слабости

Неинтенсивного зуда кожи

523. У больных холедохолитиазом могут возникнуть все следующие осложнения, кроме:

Холангита

Обтурационной желтухи

Рубцовых изменений протока

Пролежней стенки протока

Рака желчного пузыря

524. Назовите наиболее оптимальные вмешательства при ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка:

Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку

Наложить холедоходуоденоанастомоз

После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока

Вскрыть холедох и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток

Наложить холедохоэнтероанастомоз

Эндоскопическое папиллосфинктеротомия и удаление камня

525. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является:

Диетическое

Медикаментозное

Хирургическое

Санаторно-курортное

Лечение минеральными водами

526. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:

Камнем пузырного протока

Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока

Вклиненным камнем большого дуоденального соска

Вентильным камнем холедоха

Опухолью внепеченочных желчных протоков

527. При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма) наиболее целесообразной тактикой хирурга следует считать:

Типичную холецистэктомию

После удаления желчного пузыря дренировать холедох через культю пузырного протока

После холецистэктомии дренировать общий желчный проток Т-образным дренажем

После холецистэктомии дренировать сальниковую сумку

Наложить холецистостому

528. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся:

Опухоли гепатопанкреатидуоденальной области

Стеноз большого дуоденального сосочка

Холедохолитиаз, как осложнение желчно-каменной болезни и холецистита

Дуоденальная гипертензия

Глистная инвазия

529. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2.5 см общий желчный проток. Больному следует:

Произвести холецистэктомию

Произвести холецистэктомию, затем холангиографию

Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока

Наложить холецистостому

Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

530. Острый холецистит необходимо дифференцировать:

С прободной язвой желудка

С пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки

С правосторонней базальной пневмонией

С острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка

Все варианты верны

531. Острый деструктивный холецистит может привести к следующим осложнениям:

Разлитому желчному перитониту

Ограниченным гнойникам брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный и др.), абсцессу печени

Холангиту

Водянке желчного пузыря

Все варианты верны

532. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее:

Диетотерапия, применение спазмолитиков

Санаторно-курортное лечение

Плановое хирургическое лечение

Лечение сахарного диабета и стенокардии

Хирургическое лечение только по витальным показаниям

533. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме:

Холедохолитиаза

Обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока

Отека головки поджелудочной железы

Холангита

Глистной инвазии общего желчного протока

534. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать:

Абсцесс печени

Внутрипеченочный сосудистый блок

Билиарный цирроз печени

Непроходимость желчных путей при механической желтухе

Хронический гепатит

535. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует:

Пероральная холецистография

Внутривенная холецистохолангиография

Ретроградная (восходящая) холангиография

Сцинтиграфия печени

Прямая спленопортография

536. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

С желчно-каменной болезнью

Со стенозирующим папиллитом

С забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз

С псевдотуморозным панкреатитом

С опухолью головки поджелудочной железы

537. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:

Слепой кишкой

Малой кривизной желудка

Двенадцатиперстной кишкой

Тощей кишкой

Ободочной кишкой

538. Общий желчный проток должен быть обследован у всех больных:

Механической желтухой

Панкреатитом

При расширении общего желчного протока

С клиникой холедохолитиаза

Все варианты верны

539. К осложнениям, обусловленным холелитиазом, следует отнести:

Гангрену и эмпиему желчного пузыря

Острый панкреатит

Желтуху

Холангит

Все варианты верны

540. Впервые в медицинской практике выполнил холецистэктомию:

Курвуазье Л.

Лангенбух К.

Монастырский Н.Д.

Федоров С.П.

Кер Г.

541. Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков сопровождается всем перечисленным, кроме:

Развития желчной гипертензии

Застоя желчи

Образования конкрементов и замазки

Развития обтурационной желтухи

Дуоденостаза

542. Желчные камни чаще всего состоят:

Из холестерина

Из цистина

Из оксалатов

Из солей желчных кислот

Из мочевой кислоты

543. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:

С острым холециститом

С желчно-каменной болезнью

Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта

С раком желчного пузыря

С хроническими неспецифическими заболеваниями легких

544. Путями проникновения инфекции в ткань печени являются все перечисленные, кроме:

Воротной вены

Печеночной артерии

Нижней полой вены

Желчевыводящих путей

Лимфатических сосудов

545. По воротной вене инфекция попадает в печень:

Из воспалительных очагов органов брюшной полости

Из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов

Из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита

Из желчевыводящих путей при гнойном холангите

Из левых отделов сердца при септическом эндокардите

546. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются:

При остром деструктивном холецистите

При заползании аскарид во внутрипеченочные желчные ходы

При нагноении вокруг инородного тела печени

При нагноении паразитарной киста печени

При тяжелом гнойном холангите

547. Антибактериальная терапия абсцессов печени должна основываться на следующих принципах:

Применение антибиотиков широкого спектра действия

Применение комбинации антибиотиков

Применение антибиотиков только после определения характера микрофлоры и ее чувствительности

Учет степени выделения антибиотиков желчью

Регионарный способ подведения антибиотиков

Все варианты верны

548. Основными видами оперативных вмешательств при солитарных абсцессах печени являются:

Резекция доли или сегмента печени

Наложение билиодигестивного соустья

Вскрытие и дренирование абсцесса

Трансплантация печени

Гемигепатэктомия

Пункция и активная аспирация содержимого абцесса

549. Заболевание амебным абсцессом печени, как правило, совпадает:

С учащением случаев амебной дизентерии

С учащением случаев инфекционного гепатита

С учащением случаев описторхоза

С эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний

С сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

550. Абсцессы амебного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии всем перечисленным, кроме:

Множественных подкапсульных расположений

Крупных размеров

Отсутствия истинной пиогенной оболочки

Содержимого коричневатого цвета

Выпавшего из гноя осадка, напоминающего "кофейную гущу"

551. Специфическим антиамебным средством являются:

Антибиотики аминогликозидового ряда

Метранидазол

Эметин, хлорохин, дифосфат

Хинин

Антибиотики цефалоспоринового ряда

552. При наличии крупных амебных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться:

С пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамебных препаратов

С лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника

С резекцией пораженной доли печени

С гемигепатэктомией

553. К портальным анастомозам относятся все указанные, кроме:

Порто-гастро-эзофагокавального анастомоза

Портокавального анастомоза через умбиликальные вены

Портокавального анастомоза через геморроидальные вены

Портокавального анастомоза через вены забрюшинного пространства

Портокавального анастомоза через париетальную плевру

554. Наличие внутрипеченочной портальной гипертензии можно заподозрить при наличии в анамнезе указаний на все перечисленные заболевания, кроме:

Гепатита

Хронического алкоголизма

Кишечных заболеваний

Перенесенных малярии, бруцеллеза и сифилиса

Травмы позвоночника

555. Диагноз смешанной формы портальной гипертензии ставится на основании всего перечисленного, кроме:

Анамнеза

Клинико-лабораторных данных

Биопсии печени

Ангиографического исследования портальной системы

Изменения артериального давления

556. Для синдрома Бадда-Хиари не являются характерными:

Гепатомегалия

Портальная гипертензия

Асцит

Отеки нижних конечностей

Отеки лица

557. Для поздней стадии цирроза печени характерно все перечисленное, кроме:

Спленомегалии

Варикозного расширения вен пищевода

Варикозного расширения вен передней брюшной стенки

Асцита

Острого расширения желудка

558. О быстро нарастающем ухудшении состояния больного при компенсированном циррозе печени свидетельствует:

Нарастающая слабость

Появление асцита

Желтуха

559. Заподозрить наличие внепеченочной портальной гипертензии можно при наличии в анамнезе указаний:

На увеличение селезенки с момента рождения или с раннего детского возраста

На пупочный сепсис

На травму

На нагноительные процессы в брюшной полости

Все варианты верны

560. Показания к операции при внепеченочной портальной гипертензии складываются из наличия всего перечисленного, кроме:

Спленомегалии

Высокого портального давления

Со стороны крови лейкопении, тромбоцитопении

Кровоточивости слизистой оболочки носа

561. Хорошим результатом после спленэктомии у больных портальной гипертензией считаются случаи:

Когда больные не предъявляют жалоб

Сохраняется работоспособность

Отсутствует асцит и варикозно расширенные вены пищевода и желудка

Сохраняются нормальные показатели лабораторных исследований

Все варианты верны

562. К неудовлетворительным результатам спленэктомии при портальной гипертензии относится появление всех указанных признаков, кроме:

Рецидива гастроэзофагеального кровотечения

Нарастания асцита

Появления геморрагической тромбоцитемии

Прогрессирующего ухудшения функционального состояния

Периодического повышения артериального давления

563. 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

564. 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

565. Развитие осложнений в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией, перенесших на высоте кровотечения различные оперативные вмешательства, зависит от всех перечисленных факторов, кроме:

Функционального состояния печени

Степени анемизации

Длительности периода кровотечения

Объема оперативного вмешательства

Размеров печени и селезенки

566. Предпосылкой для развития портальной гипертензии служит все перечисленное, кроме:

Острой сердечной недостаточности

Ишемии органов брюшной полости

Соединительно-тканной перестройки паренхимы печени

Блока притока воротной вены к печени

Окклюзии печеночных вен

567. Внутрипеченочная форма портальной гипертензии может быть следствием:

Цирроза печени

Поддиафрагмального абсцесса

Внутрипеченочного холелитиаза

Глистной инвазии

Хронического панкреатита

568. Спленомегалия, "голова медузы" и асцит появляются:

При вирусном гепатите В

При панцирном перикардите

При портальной гипертензии

При болезни Жильбера

При хроническом панкреатите

569. После наложения портокавального анастомоза возможны явления энцефалопатии, обусловленные:

Приемом большого количества белковой пищи

Амиачной интоксикацией

Кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Голоданием

Все варианты верны

570. Асцит у больных циррозом и портальной гипертензией может быть вследствие:

Низкого уровня белка сыворотки крови

Внепеченочного блока

Внутрипеченочного блока

Цирроза печени

Все варианты верны

571. Причинами возникновения печеночной комы в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией могут быть все перечисленные данные, кроме:

Исходной неполноценности функционального состояния печени

Операционной травмы

Невосполненной кровопотери

Осложнений послеоперационного периода (тромбоз портальной системы, кровотечения из вен пищевода, нагноение раны)

Внутривенного введения концентрированных растворов глюкозы

572. Основным показанием для наложения портокавального анастомоза является:

Цирроз печени

Асцит

Кровотечение из вен пищевода

Портальная энцефалопатия

Рецидивирующая желтуха

573. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является:

Интермитирующая лихорадка

Общая слабость

Спленомегалия

Кровоточивость слизистой оболочки носа

Маточные кровотечения

574. Синдром Бадда-Хиари наблюдается чаще всего в возрасте:

От 5 до 10 лет

От 12 до 15 лет

От 20 до 40 лет

От 45 до 50 лет

От 55 до 60 лет

575. Перечислите наиболее часто встречающиеся предраспалагающие факторы острой кишечной непроходимости:

Врожденные аномалии кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.)

Чрезмерная подвижность органов врожденного или приобретенного характера

Наличие спаек, тяжей, сращений

Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза

Наличие различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

Все варианты верны

576. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме:

Удвоения кишечника

Общей брыжейки подвздошной и слепой кишки

Ситус висцерус инверзус

Мобильный цекум

Идиопатический мегадолихоколон

577. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая:

Перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей

Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма

Изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза

"ситус висцерус инверзус"

Внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления

578. Перерастяжению кишечной стенки при острой кишечной непроходимости способствуют:

Пищеварительные соки

Пищевые массы

Газы

Транссудат

Все варианты верны

579. Основными причинами гипернатриемии при острой кишечной непроходимости являются все перечисленные проявления, кроме:

Потери натрия с пищеварительными соками

Перемещения натрия в клетки (трансминерализация)

Снижения уровня натрия вследствие развития метаболического алколоза

Выведения натрия с мочой

Недостаточного поступления натрия в организм

580. Назо-гастро-интестинальная интубация может вызвать все перечисленные осложнения, кроме:

Синуситов и отитов

Бронхитов и пневмонии

Тромбоза легочной артерии

Стеноза пищевода и гортани

Разрыва варикозно расширенных вен пищевода

581. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения:

Нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке

Уменьшение объема циркулирующей крови

Развитие тканевой гипоксии

Нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы

Все варианты верны

582. Какие изменения в кишечной стенке возможны при повышении внутрикишечного давления и ее перерастяжения у больных с острой кишечной непроходимостью:

Ухудшения вентиляции легких

Дополнительной потери жидкости

Дополнительной потери белков и эритроцитов

Возникновения мезентеральных тромбозов

Развития функциональной кишечной непроходимости

583. Тяжесть состояния больного при узлообразовании обусловлена:

Интоксикацией

Потерями жидкости и электролитов

Выключением из циркуляции значительных объемов плазмы

Выключением из циркуляции значительных объемов красной крови

Все варианты верны

584. При острой тонкокишечной непроходимости рвотные массы имеют все перечисленные особенности, кроме:

Преимущественно желудочным содержимым

Преимущественно тонкокишечным содержимым

Преимущественно толстокишечным содержимым

С каловым запахом

Цвета "кофейной гущи"

585. Боль при острой кишечной непроходимости характеризуется всем перечисленным, кроме:

Обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников

Часто носит приступообразный характер

Носит нарастающий характер в течение всего периода заболевания

Отсутствует четкая локализация в каком-либо отделе брюшной полости

Бывает постоянной, не исчезающей полностью во вне приступный период

586. Потери жидкости при острой кишечной непроходимости происходят:

С рвотными массами

С выдыхаемым воздухом в виде водяных паров

С кожной поверхности в виде пота

С мочой

Все варианты верны

587. Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый:

Четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота

"Шумом плеска", определяемым на ограниченном участке или по всему животу

Пустой балонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой, выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

Шумом падающей капли

"Пустой" илеоцекальной областью

588. Для симптома Обуховской больницы характерны:

Дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку

Шум падающей капли

Наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследованиях

"Пустая" илеоцекальная область

Пустая балонообразная ампула прямой кишки, переднюю стенку которой, выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

589. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является:

Асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"

Наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследованиях

Четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

"Пустая" илеоцекальная область

"Шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

590. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом Валя, для которого характерны:

"Шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

Дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку

Наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследованиях

"Пустая" илеоцекальная область

Четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

591. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме:

Жидкость в кишечных петлях преобладает над газом

Вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие

Значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением

Чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяются в большом количестве

Диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

592. Признаками нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости могут быть:

Потеря тонуса кишкой и отсутствие перистальтики

Цианоз кишки

Тусклость брюшинного покрова

Отсутствие пульсации сосудов брыжейки

Все варианты верны

593. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам:

Обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут

Введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мл 0.25% раствора новокаина

Нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли

Все варианты верны

594. Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны:

Серозного покрова

Мышечного слоя

Подслизистого слоя

Слизистого слоя

Со стороны всех слоев одновременно

595. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме:

Деторсии

Сигмопексии

Мезосигмопликации

Резекции сигмовидной кишки

Выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

596. Лечение заворота сигмовидной кишки на ранних стадиях заболевания без признаков интоксикации может быть консервативным и заключаться:

В применении бариевой клизмы

В расправлении перекрученной сигмовидной кишки с помощью зонда, вводимого через ректоскоп по Брунсгаарду

В расправлении заворота с помощью колоноскопа

Все варианты верны

597. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает в себя следующие методы, кроме:

Одномоментной резекции жизнеспособной долихосигмы с наложением анастомоза

Одномоментной резекции некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза

Резекции сигмовидной кишки с наложением противоестественного заднего прохода с выведением на брюшную стенку, как центрального, так и периферического концов сигмовидной кишки

Операций Гартмана или типа Гартмана

Выворачивания омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

598. Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена при кишечной непроходимости имеют место:

При спаечной кишечной непроходимости

При обтурационной кишечной непроходимости

При странгуляционной кишечной непроходимости

При паралитической форме динамической кишечной непроходимости

При спастической форме динамической кишечной непроходимости

599. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать:

С хирургического вмешательства

С инфузионной терапии

С введения назогастрального зонда

С антибиотикотерапии

С применения препаратов антиколинэстеразного действия

600. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является:

Эзофагит, вызванный попаданием трипсина

Рецидив кисты

Послеоперационное кровотечение

Инфекция

Злокачественное перерождение

601. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:

Медикаментозное лечение

Марсупиализация

Резекция тела поджелудочной железы

Лучевая терапия

Иссечение кисты

Пункция и склеротерапия

602. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:

Цистогастростомия

Цистоеюностомия с межкишечным анастомозом

Цистоеюностомия на отключенной петле

603. Опухоль поджелудочной железы может быть обнаружена по следующим косвенным признакам, кроме:

Расширения желчных протоков

Увеличения размеров желчного пузыря

Увеличения ретроперитонеальных лимфатических узлов

Наличия метастазов в печени

Увеличения размеров почек

604. Практическое значение симптома Курвуазье заключается во всем перечисленном, за исключением:

Способствует выявлению характера желтухи

Свидетельствует с наибольшей вероятностью о наличии опухоли и ее локализации в дистальных отделах желчных протоков

Оказывает помощь в установлении диагноза без применения каких-либо дополнительных исследований

Оказывает помощь в установлении степени нарушений функции печени

Оказывает помощь в выработке тактики лечения

605. При раке поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков у больных могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме:

Печеночно-почечной недостаточности

Сахарного диабета

Асцита

Недостаточности функции надпочечников

Кровотечения из желудочно-кишечного тракта

606. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен всеми перечисленными причинами, кроме:

Канцероматоза брюшины

Нарушения портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень

Сдавления воротной вены опухолью

Тромбоза воротной вены

Спленомегалии

607. В соседних с опухолью участках ткани поджелудочной железы наблюдаются все перечисленные процессы, кроме:

Склероза

Атрофии железы

Хронического воспаления

Жировых некрозов

Образования множества кист

608. Клиническая картина рака головки поджелудочной железы не зависит:

От размеров опухоли

От локализации опухоли

От отношения опухоли к общему желчному протоку

От распространения опухоли на двенадцатиперстную кишку

От распространения опухоли на ворота селезенки

609. При раке поджелудочной железы метастазы могут быть обнаружены в любом органе человеческого тела. Это обусловлено всем перечисленным, кроме:

Богатого кровоснабжения поджелудочной железы

Возможности прорастания опухолью крупных сосудов

Характера строения околопанкреатической лимфатической системы, заключающейся в наличии густой сети анастомозов лимфатических узлов

Возможности контактного переноса раковых клеток по брюшине

Связи поджелудочной железы через протоки с желудочно-кишечным трактом

610. У больных раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникают все перечисленные симптомы, кроме:

Болей в верхнем отделе живота

Нарушения переваривания пищи

Кишечных расстройств

Похудания

Исчезновения сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли

611. Основными симптомами, возникающими у больных раком билипанкреатодуоденальной зоны в дожелтушном периоде, являются все перечисленные, кроме:

Слабости, повышенной утомляемости

Апорексии, тошноты

Похудания, развития сахарного диабета

Болей в животе

Развития почечной недостаточности

Симптом Курвуазье

612. Какие признаки характерны для опухоли островковой ткани поджелудочной железы:

Гипогликемия ниже 2.8 ммоль/л

Исчезновение симптоматики после внутривенного введения глюкозы

Мозговые нарушения в голодном состоянии

Тошнота и рвота в голодном состоянии

Увеличение головки поджелудочной железы

Все варианты верны

613. В качестве транспортной иммобилизации при переломе ключицы используют:

Фиксацию с валиком в подмышечной области

Фиксацию без валика, но в повязке Дезо

Фиксацию кольцами Дельпе

614. Перелом ключицы следует дифференцировать:

С вывихом ключицы

С переломом хирургической шейки плеча

С вывихом головки плеча

С отрывом сухожилия двуглавой мышцы плеча

615. Для привычного вывиха плеча характерны все перечисленные симптомы, кроме:

Ограничения движений в суставе

Укорочения конечности и разболтанности плечевого сустава

Атрофии мышц плечевого сустава

Асимметрии расположения лопаток

616. Основным методом лечения привычного вывиха плеча является:

Оперативный

Консервативный

Комбинированный

617. Фиксация верхней конечности при переломе дистального конца плечевой кости при транспортировке больного осуществляется:

Шиной Крамера

Отводящей шиной ЦИТО

Повязкой Дезо

Гипсовой повязкой по Вайнштейну

618. При переломах дистального конца плечевой кости часто повреждаются:

Подмышечный нерв

Лучевой и локтевой нервы

Мышечно-кожный нерв

Срединный нерв

619. При транспортировке больного с переломом диафиза плеча наиболее рациональным является применение:

Мягкой повязки Дезо

Гипсовой повязки Дезо

Шины Крамера

Гипсовой повязки по Вайнштейну

Торакобрахиальной гипсовой повязки

620. К неотложным мероприятиям при переломе дистального конца плечевой кости относятся:

Новокаиновая блокада и наложение гипсовой повязки

Наложение скелетного вытяжения

Ручная репозиция перелома

Введение антибиотиков

Переливание кровезаменителей

621. К переломам локтевого сустава относятся:

Перелом Мальгеня

Перелом головчатого возвышения плечевой кости

Перелом Монтеджа

Перелом Галеацци

622. При переломах костей локтевого сустава при транспортировке больного необходима:

Повязка Дезо

Фиксация шиной Крамера

Фиксация на шине ЦИТО

Фиксация шиной Ситенко

Торакобрахиальная повязка

623. При переломах шейки и головки лучевой кости повреждается ветвь:

Лучевого нерва

Локтевого нерва

Срединного нерва

624. К наиболее частым видам переломов дистального конца предплечья относятся:

Перелом луча в типичном месте Коллиса

Перелом луча в типичном месте Смитса

Перелом головки локтевой кости

Перелом шиловидного отростка лучевой кости

625. К диафизарным переломам костей предплечья относятся:

Перелом Монтеджа

Перелом Голеацци

Перелом Мальгеня

626. При переломах лучевой кости в типичном месте может повреждаться:

Длинный разгибатель большого пальца

Разгибатель указательного пальца

Длинный сгибатель большого пальца

Короткий лучевой разгибатель кисти

Длинный лучевой разгибатель кисти

627. При переломах лучевой кости в типичном месте в качестве иммобилизации используется:

Тыльный гипсовый лангет

Круговая гипсовая повязка до локтевого сустава

Круговая гипсовая повязка до нижней трети плеча

Ладонный гипсовый лангет

Тыльный и ладонный гипсовый лангет

628. Клиника повреждения сухожилия разгибателя пальца у места его прикрепления характеризуется всем перечисленным, кроме:

Палец находится в положении ладонного сгибания

Ногтевая фаланга находится в положении ладонного сгибания

Полное разгибание пальца невозможно

Полное разгибание ногтевой фаланги пальца невозможно

Сгибание пальца в полном объеме

629. Клиника перелома ладьевидной кости запястья включает:

Отек лучезапястного сустава

Болезненность при сгибании и разгибании кисти

Болезненность при лучевом приведении кисти

Болезненность при надавливании на головку III пястной кости

Болезненность при надавливании на область "анатомической табакерки"

630. При переломе ладьевидной кости иммобилизацию выполняют:

Гипсовой лонгетой

Циркулярной повязкой от средней трети плеча до кончиков пальцев

Циркулярной повязкой от верхней трети надплечья до кончиков пальцев

Циркулярной повязкой от верхней трети предплечья до пальцев с фиксацией основной фаланги I пальца

631. Характерными признаками для вывиха в пястнофаланговом суставе являются все перечисленные, кроме:

Припухлости

Гиперемии

Деформации

Отсутствия активных движений

Боли

632. Неотложная помощь при вывихах в межфаланговых суставах кисти включает:

Новокаиновую блокаду

Вправление вывиха

Гипсовую повязку

Все варианты верны

633. В понятие "растяжение связок" входит:

Частичный надрыв связочного аппарата

Полный разрыв связок

Отрыв связок от места прикрепления

Отрыв связок с местом прикрепления

Все варианты верны

634. Объем первой помощи при растяжении связок крупных суставов включает все перечисленное, кроме:

Обезболивания

Иммобилизации

Применения давящей повязки и тепла на область сустава

Холода на сустав

635. Признаками растяжения связок крупных суставов являются:

Местная боль

Кровоподтек и припухлость в области сустава

Нарушение функции сустава

Отсутствие нарушения функции сустава

636. Асептический некроз головки бедра может развиваться вследствии:

Ушиба тазобедренного сустава

Вывиха бедра

Перелома шейки бедра

637. Оптимальная тактика лечения перелома шейки бедра у больных с тяжелыми соматическими сопутствующими заболеваниями:

Оперативное лечение

Скелетное вытяжение

Иммобилизация дератационным сапожком

Раннее функциональное лечение

Симптоматическое лечение

638. Причина несросшегося перелома диафиза бедра:

Смещение отломков

Интерпозиция тканей между отломками

Анатомо-физиологические особенности

Ранняя нагрузка

Все варианты верны

639. Переломы мыщелков бедра следует дифференцировать:

С ушибом коленного сустава

С разрывом связок коленного сустава

С надмыщелковым переломом бедра

С переломом надколенника

Все варианты верны

640. Из переломов надколенника наиболее часто встречаются:

Продольные переломы

Поперечные переломы

Оскольчатые переломы

641. Характерными признаками вывиха пальца стопы являются:

Припухлость

Гиперемия

Боль

Кровоподтек

Деформация

Отсутствие активных движений в пальцах

642. Заподозрить перелом фаланг пальцев стопы возможно на основании:

Локальной боли

Разлитой болезненности

Усиления боли при осевой нагрузке

Крепитации

643. Не является признаком переломов костей таза:

Симптом "прилипшей пятки"

Симптом "Волковича" - положение "лягушки"

Симптом Тренделенбурга - опускание нижней ягодичной складки на здоровой стороне таза при стоянии на больной конечности

Симптом Лоррея - боли при разведении крыльев таза

Симптом Вернейля - боли при сдавлении крыльев таза

644. В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяется:

Лечение и профилактика травматического шока

Восполнение потерянной при травме крови

Раннее вставание и активизация пострадавшего - "функциональное лечение"

Репозиция смещенных отломков таза

Профилактика и лечение возникающих осложнений

645. При переломах костей таза чаще всего повреждаются:

Простата у мужчин и яичники у женщин

Уретра (простатическая ее часть)

Дистальная часть мочеиспускательного канала

Мочевой пузырь

Влагалище у женщин и половой член у мужчин

646. При первичной хирургической обработке огнестрельных ран таза не следует производить:

Иссечение и рассечение поврежденных мягких тканей

Остановку кровотечения, удаление сгустков крови и инородных тел

Пластическое восстановление поврежденного органа (мочевого пузыря, прямой кишки, матки, влагалища и т.д.)

Остеосинтеза сломанных костей таза

Тщательное дренирование ран

647. Первичным сухожильным швом называется:

Шов, наложенный на сухожилие в течение первого часа после травмы

Шов, наложенный после заживления кожной раны пальца

Шов, наложенный в течение первых 24 часов после повреждения

Шов, наложенный в течение первых 7 дней после травмы

Шов, наложенный в течение первых 3 дней после травмы

648. Наиболее частым осложнением огнестрельных ран кисти является:

Кровотечение и кровопотеря

Травматический шок

Газовая инфекция

Нарушение функции кисти и пальцев

649. При неполных разрывах мышц в ходе лечения следует выполнить все перечисленные манипуляции, кроме:

Иммобилизации

Обезболивания

Пункции области повреждения мышцы с удалением гематомы

Массажа конечности выше разрыва мышц

Массажа конечности ниже разрыва мышц

650. Для полного разрыва мышцы в клиническом течении характерно все перечисленное, кроме:

Отчетливого ощущения момента разрыва

Резкой боли

Снижения функции конечности

Выраженного гипотонуса конечности

Западения в области разрыва мышцы

651. Клиническая картина воспаления мышцы складывается из всех перечисленных симптомов, кроме:

Снижения функции конечности

Боли

Лимфаденита и лимфангоита

Отека сегмента конечности

Защитной контрактуры конечности

652. Разрыв сухожильно-мышечной части наиболее часто возникает в области:

Длинной головки двуглавой мышцы плеча

Короткой головки двуглавой мышцы плеча

Четырехглавой мышцы бедра

Двуглавой мышцы бедра

Трехглавой мышцы голени

653. При резком и внезапном напряжении мышцы наиболее часто происходит разрыв:

У места прикрепления к кости

У места перехода сухожилия в мышцу

В средней части мышцы

654. Отрыв сухожилия с костным фрагментом преимущественно имеет место при повреждении:

Ахиллова сухожилия

Длинной головки двуглавой мышцы плеча

Трехглавой мышцы плеча

Четырехглавой мышцы бедра

Двуглавой мышцы бедра

655. Для отрыва сухожилия длинной головки двуглавой мышцы характерно все перечисленное, кроме:

Возникновения острой боли в области верхней трети плеча

Ощущения своеобразного треска, щелчка

Западения мягких тканей по передневнутренней поверхности плеча, выше которого определяется выпячивание

Резкого снижения силы сгибания предплечья в локтевом суставе

Кровоизлияния и отека в области плеча

656. Из перечисленных повреждений трехглавой мышцы плеча самым частым является:

Разрыв трехглавой мышцы в поперечном направлении на уровне средней трети

Отрыв дистального сухожилия трехглавой мышцы плеча с фрагментом локтевого отростка

Разрыв латеральной головки трехглавой мышцы на границе верхней и средней трети

657. При типичном повреждении портняжной мышцы наблюдается все перечисленное, кроме:

Острой внезапной боли при вращении бедра в тазобедренном суставе

Ограничения и болезненность сгибания бедра

Ограничения отведения бедра

Ограничения наружной ротации бедра

Развитие защитной контрактуры конечности

658. Для разрыва четырехглавой мышцы бедра характерно все перечисленное, кроме:

Повреждения сухожильной части четырехглавой мышцы бедра

Отсутствия разгибательных движений голени

Характерного западения мягких тканей над коленной чашечкой

Неустойчивости в коленном суставе

Возраста пострадавшего от 40 до 60 лет

659. Причиной воспаления ахиллова сухожилия может явиться любое из перечисленного, кроме:

Недооценки воздействия местной инфекции

Частых микротравм области ахиллова сухожилия

Врожденного анатомического предрасположения в виде варусного положения стопы

Неподходящей обуви при занятии спортом

Упражнений, связанных с бегом и прыжками на твердом, мягком и скользком грунте

660. Для типичного подкожного разрыва ахиллова сухожилия характерно все перечисленное, кроме:

Разрыв сухожилия происходит на фоне дегенеративно-трофических изменений

Разрыв сухожилия происходит после неожиданного некоординированного резкого сокращения трехглавой мышцы голени

Разрыв чаще локализуется в месте перехода мышцы в сухожилие

Гематома располагается часто в области внутренней и наружной лодыжек

661. Воспаление длинной головки двуглавой мышцы плеча характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме:

Локализации боли по ходу борозды сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча

Усиления боли при повороте плеча кнутри

Усиления боли при сгибании предплечья

Воспалительного процесса сухожилия и влагалища межбугорковой борозды плечевой кости

Возможности возникновения периартрита плечевого сустава

662. Для повреждения прямой мышцы живота характерно все перечисленное, кроме:

Кровоизлияния в передней брюшной стенке

Разрыва прямой мышцы живота, возникающего, как правило, при прямом ударе в момент расслабления брюшного пресса

Резкой боли в области брюшной стенки

Симптомов раздражения брюшины

Напряжения передней брюшной стенки

663. При повреждении косых мышц живота имеет место все перечисленное, кроме:

Сильного мышечного напряжения передней брюшной стенки

Усиления боли при кашле, перемене положения тела

Частого возникновения повреждений у теннисистов, боксеров, ватерполистов и рапиристов

Боли при пальпации по ходу косых мышц живота

Кровоизлияния по ходу поврежденных мышц