

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ ХИРУРГИИ

001. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ АСЕПТИКИ В РОССИИ БЫЛ

- 1) Л. Пастер
- 2) Дж. Листер
- 3) Н.И. Пирогов
- 4) С.И. Спасокукцкий
- 5) П.И. Дьяконов

002. ОСНОВОПОЛЖНИКОМ АНТИСЕПТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) П.А. Герцен
- 2) А.А. Вишневский
- 3) Дж. Листер
- 4) Э. Бергман
- 5) А.И. Чаруковский

003. ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ АСЕПТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Э. Бергман
- 2) Дж. Листер
- 3) Л. Пастер
- 4) Н.И. Пирогов
- 5) П.И. Дьяконов

004. ПЕРЧАТКИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ВПЕРВЫЕ ПРИМЕНИЛ

- 1) Н.Н. Бурденко
- 2) В.Г. Цеге фон Мантейфель
- 3) Н.В. Склифосовский
- 4) Э. Бергман
- 5) Дж. Листер

005. ИЗУЧИЛ И ОПИСАЛ ГИГРОСКОПИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МАРЛИ

- 1) И.Ф. Земмельвейс
- 2) А.И. Чаруковский
- 3) М.Я. Преображенский

4) Э. Бергман

5) Дж. Листер

006. ВПЕРВЫЕ ПРИМЕНИЛ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ И ХРАНЕНИЯ
СТЕРИЛЬНОГО МАТЕРИАЛА МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ КОРОБКИ (БИКСЫ)

1) М.Я. Преображенский

2) И.Ф. Земмельвейс

3) Э. Бергман

4) Шимельбуш

5) Дж. Листер

007. ПЕРВИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РАНЫ
ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ

1) М.Е. Субботин

2) А.И. Чаруковский

3) И.Ф. Земмельвейс

4) П.Л. Фридрих

5) А.А. Вишневский

008. ПРОМЫШЛЕННОЕ ПРОИЗВОДСТВО ПЕНИЦИЛЛИНА БЫЛО
НАЧАТО

1) в 1941 г.

2) в 1940 г.

3) в 1943 г.

4) в 1945 г.

5) в 1949 г.

009. ПЕРВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ПЕНИЦИЛЛИН БЫЛ ПОЛУЧЕН

1) А.А. Вишневским

2) Н.В. Склифософским

3) М.С. Субботиным

4) З.В. Ермольевой

5) А.И. Чаруковским

010. МЕТОД КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО
ОСТЕОСИНТЕЗА РАЗРАБОТАЛ

- 1) Н.И.Пирогов
- 2) Г.С.Юмашев
- 3) Г.А.Илизаров
- 4) Р.Р.Верден
- 5) В.К.Рентген

011. ПРООБРАЗ СОВРЕМЕННОЙ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ –
АЛЕБАСТРОВУЮ ПОВЯЗКУ – ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ

- 1) Г.И.Турнер
- 2) Н.И.Пирогов
- 3) Г.А.Илизаров
- 4) О.Н.Гудуашвили
- 5) Н.М.Сиваш

012. ВПЕРВЫЕ В РОССИИ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ С УЧЕТОМ
ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ В 1919г. ОСУЩЕСТВИЛ

- 1) В.Сутугин
- 2) В.Н.Шамов
- 3) С.П.Коломин
- 4) С.П.Федоров
- 5) А.А.Богданов

013. ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ В
ГОРОДЕ МОСКВЕ ОРГАНИЗОВАН В

- 1) 1901 году
- 2) 1912 году
- 3) 1926 году
- 4) 1930 году
- 5) 1937 году

014.IV ГРУППУ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВ0 ОТКРЫЛ

- 1) Ландштейнер

- 2) Юревич
- 3) Вольф
- 4) Янский
- 5) Буяльский

015. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
ОПИСАЛ

- 1) Отто
- 2) Беркли
- 3) Мюллер
- 4) Гарвей
- 5) Юревич

016. ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО БЫЛИ ОТКРЫТЫ В

- 1) 2) 3) 4)
5)

1868 году

1900-1903 году 1901-1907 году 1915-

1917 году

1919-1921 году

017. ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ГЕМОТРАНСФУЗИИ ТРУПНУЮ
КРОВЬ ПРЕДЛОЖИЛИ

- 1) Спасокукоцкий, Кочергин
2) Филлипов, Богороз
3) Федоров, Елинский
4) Шамов, Юдин
5) Петровский, Вишневский

018. ЦИТРАТ НАТРИЯ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СВЕРТЫВАНИЯ
КРОВИ ПРЕДЛОЖИЛИ

- 1) Сеченов, Сутугин
2) Филомафитский, Сутугин
3) Юревич, Розенгард
4) Олейников
5) Федоров, Богданов

019. УКАЖИТЕ АВТОРА, ОТКРЫВШЕГО I, II, III ГРУППЫ КРОВИ
ПО СИСТЕМЕ АВО

- 1) Фарадей
2) Юревич
3) Ландштайнер
4) Розенгард
5) Янский

020. Rh-ФАКТОР БЫЛ ОТКРЫТ В

- 1) 2) 3) 4)
- 5)

- 1) 1939 году 2) 1941 году 3) 1942 году
- 4) 1945 году
- 5) 1940 году

021. В КАКОМ ГОДУ БЫЛА ПРИНЯТА МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГРУПП КРОВИ

- 1919 году 1921 году 1920 году
- 1936 году
- 1939 году

022. ПЛАСТИКУ МИГРИРУЮЩИМ СТЕБЕЛЕМ ПРЕДЛОЖИЛ

- 1) В.П.Филатов
- 2) А.Уоллес
- 3) И.И.Глумов
- 4) Б.Н.Постников
- 5) Г.Д.Вилявин

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА

023. ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ – ЭТО ИНФЕКЦИЯ, ПОПАДАЮЩАЯ В РАНУ С

- 1) брызгами слюны
- 2) шовным материалом
- 3) протезами
- 4) инструментами
- 5) тампонами, салфетками

024. РЕЗЕРВУАРОМ ПАТОГЕННОГО СТАФИЛОКОККА ПРИ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНОМ ПЕРЕНОСЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ЖКТ больного

- 1) 2) 3) 4)
5)

- 2) носоглотка больного
3) кожа, слизистые оболочки медперсонала
4) дыхательные пути больного
5) передние отделы носоглотки медперсонала

025. ПРИ ЭКЗОГЕННОМ РАСПРОСТРАНЕНИИ ИНФЕКЦИИ
НАИБОЛЬШЕЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ

- 1) стафилококки
2) синегнойная палочка
3) протей
4) пневмококки
5) кишечная палочка

026. ПРИ ЭНДОГЕННОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ
НАИБОЛЬШЕЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ стафилококки пневмококки
стрептококки Гр(-)микроорганизмы условно-патогенная флора

027. К КАКОМУ ВИДУ АНТИСЕПТИКИ ОТНОСИТСЯ
МЕМБРАННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ

- 1) механическому
2) физическому
3) химическому
4) биологическому
5) смешанному

028. К СМЕШАННОЙ АНТИСЕПТИКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) мембранное дренирование
2) ПХО раны
3) криовоздействие
4) вакуумирование раны
5) дренирование плевральной полости по Бюлау

- 1) 2) 3) 4)
- 5)

029. НАЗОВИТЕ ИСТОЧНИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) контактный и имплантационный
- 2) воздушно-капельный и эндогенный
- 3) экзогенный и эндогенный
- 4) контактный и эндогенный
- 5) экзогенный и имплантационный

030. НЕОБХОДИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ВЫЗВАНА

- 1) увеличением числа гнойных осложнений
- 2) увеличением количества больных СПИДом и вирусоносителей гепатита В и С
- 3) ростом заболеваемости туберкулезом
- 4) увеличением количества микст-инфекций
- 5) все перечисленное верно

031. АСЕПТИКА - ЭТО

- 1) система мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране

- 2) первичная хирургическая обработка
- 3) совокупность методов и приемов работы, направленных на предупреждение попадания микробов в рану
- 4) адекватное дренирование раны
- 5) рациональная антибактериальная терапия

032. АНТИСЕПТИКА-ЭТО

- 1) система мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране
- 2) совокупность методов и приемов работы, направленных на предупреждение попадания микробов в рану
- 3) методы стерилизации инструментов и операционного белья
- 4) химические методы стерилизации
- 5) применение антибиотиков с целью уничтожения микробов в ране, организме

033. В РАНУ ЭКЗОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЖЕТ ПРОНИКНУТЬ

- 1) воздушно-капельным, гематогенным и имплантационным путями
- 2) контактным, лимфогенным и воздушно-капельным путями
- 3) контактным, воздушно-капельным и имплантационным путями
- 4) контактным, с носоглотки персонала и гематогенным путем
- 5) контактным, воздушно-капельным и гематогенным путями

034. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) стерилизация шовного материала
- 2) организационные мероприятия, связанные с особенностями работы хирургических отделений, операционного блока и стационара в целом
- 3) санация очагов хронической инфекции оперируемого больного
- 4) обработка операционного поля
- 5) контроль за стерильностью

035. В ЗОНУ АБСОЛЮТНОЙ СТЕРИЛЬНОСТИ ВХОДИТ

- 1) стерилизационная
- 2) приемный покой

- 3) предоперационная
- 4) моечная
- 5) комната медицинского персонала

036. КАКОГО ВИДА УБОРКИ ОПЕРАЦИОННОЙ НЕ СУЩЕСТВУЕТ

- 1) предварительной
- 2) непрерывной
- 3) текущей
- 4) заключительной
- 5) генеральной

037. СКОЛЬКО ЗОН СТЕРИЛЬНОСТИ СУЩЕСТВУЕТ В ОПЕРАЦИОННОМ БЛОКЕ

- 1) 2 2) 3 3) 4
- 4) 5
- 5) 6

038. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ОТНОСИТСЯ К ЗОНЕ

- 1) абсолютной стерильности
- 2) относительной стерильности
- 3) ограниченного режима
- 4) зоне общебольничного режима
- 5) зоне санитарного режима

039. МИНИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ВЫЗЫВАЮЩАЯ ГИБЕЛЬ СПОРОНОСНЫХ БАКТЕРИЙ

- 1) 100°C 2) 80°C
- 3) 120°C
- 4) 140°C
- 5) 60°C

040. ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ ИНФУЗИОННЫХ СИСТЕМ ОДНОРАЗОВОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) сухожаровая стерилизация
- 2) ультразвуковая стерилизация
- 3) кипячение
- 4) гамма-стерилизация
- 5) газовая стерилизация

041. РЕЗИНОВЫЕ ПЕРЧАТКИ В АВТОКЛАВЕ ПОД ДАВЛЕНИЕМ 1,5 АТМ. СТЕРИЛИЗУЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 5 минут
- 2) 10 минут 3) 15 минут
- 4) 20 минут
- 5) 25 минут

042. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТАТКОВ МОЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА НА ИНСТРУМЕНТАХ ПРОВОДЯТ ПРОБУ

- 1) с серой
- 2) Микулича
- 3) фенолфталеиновая
- 4) бензидиновую
- 5) амидопириновую

043. ИСТОЧНИКОМ КОНТАКТНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) шовный материал
- 2) сосудистые протезы
- 3) операционное поле (кожа больного)
- 4) воздух операционной
- 5) хронические инфекции у пациента

044. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРЕН МЕТОД КОНТРОЛЯ ЗА СТЕРИЛЬНОСТЬЮ БИКСОВ

- 1) метод Микулича
- 2) плавление серы
- 3) плавление антипирина
- 4) метод бактериологического контроля

5) плавление бензойной кислоты

045. ОПЕРАЦИОННОЕ БЕЛЬЕ ПРИ ДАВЛЕНИИ 2 АТМ.
СТЕРИЛИЗУЕТСЯ

1) 30 минут

2) 1 час

3) 1,5 часа 4) 2 часа

5) 2,5 часа

046. ВИД УКЛАДКИ БИКСА ОДНИМ ВИДОМ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО
МАТЕРИАЛА

1) полипрофилированный

2) целенаправленный

3) универсальный

4) горизонтальный

5) видовой

047. КАКОЕ ВРЕМЯ МАТЕРИАЛ, ХРАНЯЩИЙСЯ В БИКСЕ, СЧИТАЕТСЯ
ПРИГОДНЫМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ, ЕСЛИ БИКС
ОТКРЫВАЛСЯ ХОТЯ БЫ РАЗ

1) одни сутки

2) двое суток

3) трое суток

4) четверо суток

5) пять суток

048. КАКОЕ ВРЕМЯ МАТЕРИАЛ, ХРАНЯЩИЙСЯ В БИКСЕ, СЧИТАЕТСЯ
ПРИГОДНЫМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ, ЕСЛИ БИКС НЕ
ОТКРЫВАЛСЯ

1) одни сутки

2) двое суток

3) трое суток

4) четверо суток

5) пять суток

049. СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИИ

- 1) контактной
- 2) эндогенной
- 3) воздушно-капельной
- 4) имплантационной
- 5) госпитальной

050. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСТАТКОВ КРОВИ НА ИНСТРУМЕНТАХ ПРОВОДЯТ ПРОБУ

- 1) Микулича
- 2) фенолфталеиновую
- 3) с бензойной кислотой
- 4) бензидиновую
- 5) бактериологическую

051. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТАТКОВ МОЮЩИХ СРЕДСТВ И КРОВИ НА ИНСТРУМЕНТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРОБА

- 1) амидопириновая
- 2) фенолфталеиновая
- 3) с бензойной кислотой
- 4) гепариновая
- 5) азопирамовая

052. ПАРАМИ ФОРМАЛИНА СТЕРИЛИЗУЮТ

- 1) режущие инструменты
- 2) резиновые перчатки
- 3) инструменты с оптическими системами
- 4) марлевые салфетки
- 5) шприцы

053. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЕЙ В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) бензойная кислота

- 2) сера
- 3) резорцин
- 4) тиомочевина
- 5) антипирин

054. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА СТЕРИЛЬНОСТЬЮ В АВТОКЛАВЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) аскорбиновая кислота
- 2) янтарная кислота
- 3) тиомочевина
- 4) пирифин
- 5) антипирин

055. ИНСТРУМЕНТЫ В АВТОКЛАВЕ ПРИ ДАВЛЕНИИ 2 АТМ. СТЕРИЛИЗУЮТ

- 1) 20 минут
- 2) 35 минут
- 3) 45 минут
- 4) 1 час
- 5) 1,5 часа

056. ИНСТРУМЕНТЫ В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ СТЕРИЛИЗУЮТ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ

- 1) 120⁰С
- 2) 150⁰С
- 3) 160⁰С
- 4) 180⁰С
- 5) 200⁰С

057. РЕЖУЩИЕ ИНСТРУМЕНТЫ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ЛУЧШЕ ВСЕГО СТЕРИЛИЗОВАТЬ

- 1) химическим способом в растворе антисептика
- 2) лучевой стерилизацией
- 3) с использованием изотопа ⁶⁷Со
- 4) в автоклаве

5) в сухожаровом шкафу

058. ИНСТРУМЕНТЫ, ПРОШЕДШИЕ ЛУЧЕВУЮ СТЕРИЛИЗАЦИЮ, ХРАНЯЩИЕСЯ В ГЕРМЕТИЧНЫХ УПАКОВКАХ, СЧИТАЮТСЯ СТЕРИЛЬНЫМИ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) одного месяца
- 2) 2 лет
- 3) 1 года
- 4) 5 лет
- 5) 6 месяцев

059. ИНСТРУМЕНТЫ, С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СПИДА ДЕЗИНФИЦИРУЮТ

- 1) в моющем растворе 30 минут
- 2) в 3% растворе хлорамина 30 минут
- 3) в 3% растворе хлорамина 60 минут
- 4) в 6% растворе перекиси водорода 15 минут
- 5) в растворе хлоргексидина биглюконата 60 минут

060. ИНСТРУМЕНТЫ, С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЕЗИНФИЦИРУЮТ

- 1) в моющем растворе 30 минут
- 2) в 6% растворе перекиси водорода 90 минут
- 3) в 3% растворе хлорамина 60 минут
- 4) в 6% растворе перекиси водорода 15 минут
- 5) в растворе хлоргексидина биглюконата 60 минут

061. ИНСТРУМЕНТЫ, С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА ДЕЗИНФИЦИРУЮТ

- 1) 6% перекиси водорода
- 2) карболовой кислоты
- 3) хлорамина 3%
- 4) лизоформа
- 5) 10% формалина

062. ИНСТРУМЕНТЫ, С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГНИЛОСТНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЕЗИНФИЦИРУЮТ

- 1) 6% перекиси водорода
- 2) лизола
- 3) 3% хлорамина
- 4) 10% формалина
- 5) тройного

063. ПОЛНОЙ СТЕРИЛЬНОСТИ РУК ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ МОЖНО ДОСТИЧЬ ПРИ ИХ ОБРАБОТКЕ

- 1) церигелем
- 2) методом Спасокукоцкого-Кочергина
- 3) дегмином
- 4) методом Бруна
- 5) первомуром

064. ПРИ ОБРАБОТКЕ РУК ПО СПОСОБУ СПАСОКУКОЦКОГО-КОЧЕРГИНА В КАЖДОМ ИЗ ДВУХ ТАЗОВ РУКИ ОБРАБАТЫВАЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 2 минут
- 2) 3 минут
- 3) 4 минут
- 4) 5 минут
- 5) 10 минут

065. КАКОЕ СВОЙСТВО НАШАТЫРНОГО СПИРТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ОБРАБОТКЕ РУК ПО СПАСОКУКОЦКОМУ-КОЧЕРГИНУ

- 1) антисептическое
- 2) способность переводить жиры в растворимое состояние
- 3) дубящее
- 4) способность расширять поры кожи
- 5) способность образовывать пенящиеся растворы

066. ОБРАБОТКА РУК ХИРУРГА ПЕРВОМУРОМ ДЛИТСЯ В
ТЕЧЕНИЕ

1) 1 минуты

067. ОБРАБОТКА РУК ХИРУРГА ХЛОРГЕКСИДИНОМ ДЛИТСЯ В
ТЕЧЕНИЕ

1) дважды по 1 минуте

2) 4 минуты

3) дважды по 3 минуты

4) 5 минут

5) 6 минут

068. НАИБОЛЕЕ ПРОГРЕССИВНЫМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
СЧИТАЕТСЯ МЕТОД ОБРАБОТКИ РУК С ПОМОЩЬЮ

1) первомура

2) хлоргексидина

3) церигеля

4) дегмина

5) АХД-специаль

069. ДЛЯ КАКОГО ВИДА СТЕРИЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
БИКСЫ

1) химического

2) воздушного в сухожаровом шкафу

3) паром под давлением

4) ультразвуковым

5) газового

070. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ КОНТРОЛЬ РЕЖИМА СТЕРИЛИЗАЦИИ В ПАРО-
ВЫХ СТЕРИЛИЗАТОРАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИНДИКАТОРАМИ

1) ИС-120 и ИС-160

2) ИС-132 и ИС-180

3) ИС-160 и ИС-180

4) ИС-132 и ИС-120

5) ИС-120 и ИС-180

071. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ КОНТРОЛЬ РЕЖИМА СТЕРИЛИЗАЦИИ В ВОЗДУШНОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ИНДИКАТОРАМИ

1) ИС-132 и ИС-180

2) ИС-120 и ИС-180

3) ИС-160 и ИС-180

4) ИС-132 и ИС-120

5) ИС-132 и ИС-160

072. ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СВОЙСТВОМ ШОВНОГО МАТЕРИАЛА ЯВЛЯЕТСЯ

1) прочность

2) полная эластичность

3) легкость стерилизации

4) хорошее вживление в ткани

5) плохая пропитываемость

073. НЕРАССАСЫВАЮЩИМСЯ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛОМ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) капрон

2) шелк

3) коллафилъ

4) хромированный кетгут

5) синтариль

074. ПРИ ХРАНЕНИИ СТЕРИЛЬНОГО ШЕЛКА В БАНКЕ СПИРТ МЕНЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ

1) 3 дня

2) 5 дней

3) 10 дней

4) 15 дней

5) 20 дней

075. ТАНТАЛОВЫЕ СКОБКИ ДЛЯ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ
СТЕРИЛИЗУЮТ

- 1) как шелк - по Кохеру
- 2) как кетгут - по Клаудису
- 3) как инструменты – в химическом антисептике
- 4) как перчатки - в растворе хлорамина
- 5) как лапароскопы в формалине

076. ПРОТЕЗЫ ИЗ ЛАВСАНА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА
МОЖНО СТЕРИЛИЗОВАТЬ

- 1) в автоклаве
- 2) в сухожаровом шкафу
- 3) в химическом антисептике
- 4) в перекиси водорода
- 5) гамма-излучением

077. В ПРОЦЕССЕ КАКОГО ЭТАПА ОБРАБОТКИ ШЕЛКА ПО
МЕТОДУ КОХЕРА НАСТУПАЕТ ЕГО ПОЛНАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

- 1) мытье теплой водой
- 2) погружение в эфир
- 3) погружение в 70% спирт
- 4) кипячение в растворе сулемы
- 5) погружение в 90% спирт

078. ШЕЛК ПОСЛЕ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПО МЕТОДУ КОХЕРА
ХРАНИТСЯ

- 1) в 96% спирте
- 2) в растворе сулемы 1:1000
- 3) в сухой стерильной банке
- 4) в растворе Люголя
- 5) в первомуре

079. ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ
ИМПЛАНТАЦИОННОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) пересаженные органы
- 2) протезы суставов
- 3) кава-фильтры
- 4) шовный материал
- 5) сосудистые протезы

080. СРЕДСТВОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дренирование раны резиновым дренажом
- 2) мембранное дренирование
- 3) использование пульсирующей струи жидкости (ПС)
- 4) введение антибиотиков в рану
- 5) использование раствора хлоргексидина биглюконата

081. К МЕХАНИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) мембранное дренирование
- 2) вторичная хирургическая обработка раны
- 3) введение антибиотиков
- 4) обработка растворами антисептиков
- 5) дренирование по Редону

082. ЭЛЕМЕНТОМ ПХО РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) восстановление поврежденных тканей
- 2) дренирование раны
- 3) дренирование по Редону
- 4) вскрытие карманов и затеков
- 5) наложение маевой повязки

083. ЭЛЕМЕНТОМ ПХО РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рассечение раны
- 2) дренирование раны
- 3) дренирование по Редону
- 4) вскрытие карманов и затеков
- 5) наложение маевой повязки

084. РАННЯЯ ПХО РАНЫ ПРОВОДИТСЯ В СРОК

- 1) до 24 часов
- 2) с 24 до 48 часов
- 3) до 8 часов
- 4) до 12 часов
- 5) до 72 часов

085. ВХО РАНЫ – ЭТО АНТИСЕПТИКА

- 1) биологическая
- 2) химическая
- 3) механическая
- 4) физическая
- 5) не относится к антисептике

086. ПАЦИЕНТУ ПРОИЗВЕЛИ ПХО РАНЫ С ОСТАВЛЕНИЕМ ДРЕНАЖА. НАЗОВИТЕ ВИД АНТИСЕПТИКИ

- 1) механическая
- 2) физическая
- 3) биологическая
- 4) смешанная
- 5) химическая

087. ОПТИМАЛЬНЫМ МАТЕРИАЛОМ И ВИДОМ ДРЕНИРОВАНИЯ РАН В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резиновый дренаж
- 2) сигарообразный дренаж
- 3) мембранный дренаж
- 4) абактериальный (ирригационный) дренаж с пассивным оттоком
- 5) абактериальный (ирригационный) дренаж с вакуумной аспирацией содержимого

088. ОСНОВНОЙ ЭФФЕКТ ДЕЙСТВИЯ УЛЬТРАЗВУКА

- 1) противовоспалительный
- 2) обезболивающий

- 3) испарение тканевых структур
- 4) некролитический
- 5) кавитационный

089. ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА ОСНОВАНО НА

- 1) дегидратирующем действии
- 2) некролитическом эффекте
- 3) испарении тканевых структур
- 4) обезболивающим действием
- 5) противовоспалительном действии

090. ДРЕНАЖНЫЕ СВОЙСТВА ПОВЯЗКИ УСИЛИВАЕТСЯ, ПРИ ЕЕ ПРОПИТЫВАНИИ

- 1) антисептиком, обладающим дегидратирующим действием
- 2) антибиотиком
- 3) мазевой лекарственной формой
- 4) физ.раствором
- 5) протеолитическими ферментами

091. ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА

- 1) кишечную палочку
- 2) пневмококки
- 3) стрептококки
- 4) стафилококки
- 5) анаэробы

092. СРЕДСТВОМ ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ПХО раны
- 2) гипериммунная антистафилакокковая плазма
- 3) антибиотикотерапия
- 4) ВХО раны
- 5) гипербарическая оксигенация

093. ВАКУУМИРОВАНИЕ РАНЫ ОТНОСИТСЯ К АНТИСЕПТИКЕ

- 1) биологической
- 2) химической
- 3) смешаной
- 4) физической
- 5) механической

094. К КАКОМУ ВИДУ АНТИСЕПТИКИ ОТНОСИТСЯ ЛЕЧЕНИЕ
РАН В УПРАВЛЯЕМОЙ АБАКТЕРИАЛЬНОЙ СРЕДЕ

- 1) биологической
- 2) химической
- 3) смешаной
- 4) физической
- 5) механической

095. АКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДРЕНИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) перчаточный дренаж
- 2) ирригационный дренаж
- 3) дренирование по Редону
- 4) трубчатый дренаж
- 5) мембранный дренаж

096. АНТИСЕПТИК, ОТНОСЯЩИЙСЯ К ГРУППЕ ОКИСЛИТЕЛЕЙ

- 1) перманганат калия
- 2) карболовая кислота
- 3) хлорамин Б
- 4) фурагин
- 5) сулема

097. НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕННЫЙ КОМПОНЕНТ ДЕЙСТВИЯ
ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА

- 1) антимикробный
- 2) пенообразующий
- 3) дезодорирующий
- 4) дегидратирующий

5) прижигающий

098. МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) туалет раны
- 2) вторичная хирургическая обработка раны
- 3) использование пульсирующей струи жидкости
- 4) внутрисполостное введение диоксида
- 5) в\в введение карбенициллина

099. К ОКИСЛИТЕЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1) гидроперит
- 2) карболовая кислота
- 3) хлорамин
- 4) фурагин
- 5) сулема

100. НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННЫМ В ОТНОШЕНИИ СИНЕ-ГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пенициллин
- 2) борная кислота
- 3) перекись водорода
- 4) сульфаниламидные препараты
- 5) гипертонический раствор NaCl

101. К ГРУППЕ ДЕТЕРГЕНТОВ ОТНОСИТСЯ

- 1) дегмицид
- 2) эктаридина лактат
- 3) ихтиол
- 4) гидроперит
- 5) лизоформ

102. СРЕДСТВОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) промывание раны перекисью водорода

2) внутрикостное введение линкомицина

3) в\суставное введение диоксидина

4) ПХО раны

5) мембранное дренирование раны

103. МЕТОДОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) введение противостолбнячной сыворотки подкожно

2) ВХО раны

3) промывание раны перекисью водорода

4) внутривенное введение этазола

5) мембранное дренирование

104. СРЕДСТВОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ
ЯВЛЯЕТСЯ

1) противостолбнячная сыворотка

2) NaCl

3) бисептол

4) новасепт

5) фурацилин

105. К СРЕДСТВАМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ОТ-
НОСИТСЯ

1) переливание крови

2) применение полупроницаемой мембраны

3) применение пульсирующей струи

4) дренирование по Редону

5) внутривенное введение сульфацила натрия

106. МЕТОДОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) ПХО раны

2) промывание раны перекисью водорода

3) внутримышечное введение тетраолеана

4) назначение сульфаниламидов через рот

5) дренирование плевральной полости по Бюлау

107. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОМИКОЗОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) мономицин
- 2) сульфадимезин
- 3) нистатин
- 4) стрептомицин
- 5) новобиоцин

108. ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ

- 1) пенициллины
- 2) полусинтетические пенициллины
- 3) макролиды
- 4) аминогликозиды
- 5) цефалоспорины

109. К ГРУППЕ РЕЗЕРВА ОТНОСИТСЯ

- 1) полимиксин
- 2) олеандомицин
- 3) пенициллин
- 4) тетрациклин
- 5) канамицин

110. К ОСЛОЖНЕНИЮ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) инфаркт миокарда
- 2) инсульт
- 3) тромбоз
- 4) сенная лихорадка
- 5) анафилактический шок

111. К ОСЛОЖНЕНИЮ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) потеря слуха
- 2) пневмония
- 3) ИБС
- 4) инсульт

- 5) сенная лихорадка

112. К ОСЛОЖНЕНИЮ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) токсический нефрит
- 2) постинъекционный инфильтрат в месте инъекции
- 3) рожистое воспаление
- 4) снижение свертываемости крови
- 5) инфаркт миокарда

113. К ОСЛОЖНЕНИЮ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) экстрасистолия
- 2) мерцательная аритмия
- 3) геморрагический синдром
- 4) гепатит В
- 5) кандидомикоз

114. К ОСЛОЖНЕНИЮ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) фотодерматоз
- 2) дисбактериоз
- 3) микробная экзема
- 4) рожистое воспаление
- 5) острый панкреатит

115. СВЕРХВЫСОКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА В ГНОЙНОМ ОЧАГЕ ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ

- 1) внутрикостном введении под жгутом
- 2) внутривенном введении под жгутом
- 3) регионарной перфузии
- 4) длительной фракционной внутриартериальной инфузии
- 5) внутриартериальном введении

116. ОТОТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

- 1) тетрациклины
- 2) противогрибковые препараты

3) аминогликозиды

4) пенициллины

5) канамицин

117. ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ВВЕДЕНИЯ ПЕНИЦИЛЛИНА В ОРГАНИЗМ БОЛЬНОГО НА ПРОТЯЖЕНИИ СУТОК СОСТАВЛЯЕТ

1) 2 раза

2) 3 раза

3) 4 раза

4) 5 раз

5) 6 раз

118. ДЕТЯМ ДО 8 ЛЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ АНТИБИОТИКИ

1) тетрациклины

2) левомицетин

3) линкомицин

4) цефалоспорины

5) полимиксин

119. ЦЕФЕПИМ ОТНОСИТСЯ К ПОКОЛЕНИЮ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ

1) первому

2) второму

3) третьему

4) четвертому

5) не относится к цефалоспорином

120. ЦЕФАЗОЛИН ОТНОСИТСЯ К ПОКОЛЕНИЮ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ

1) первому

2) второму

3) третьему

4) четвертому

5) не относится к цефалоспорином

121. ЦЕФОТАКСИМ ОТНОСИТСЯ К ПОКОЛЕНИЮ
ЦЕФАЛОСПОРИНОВ

- 1) первому
- 2) второму
- 3) третьему
- 4) четвертому
- 5) не относится к цефалоспорином

122. ВАНКОМИЦИН ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ АНТИБИОТИКОВ

- 1) карбопены
- 2) пептидные антибиотики
- 3) аминогликозиды
- 4) цефалоспорины
- 5) макролиды

123. БАКТЕРИОФАГИ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙ-
СТВАМИ

- 1) широкий спектр действия
- 2) строгая видовая и типовая специфичность
- 3) действие только на грамположительную флору
- 4) действие только на грамположительную флору
- 5) не обладает специфичностью

124. СРЕДСТВОМ ДЛЯ АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) антистафилококковая гипериммунная сыворотка
- 2) стафилококковый анатоксин
- 3) антистафилококковый гамма-глобулин
- 4) сандоглобулин
- 5) тимоген

КРОВОТЕЧЕНИЯ

125. ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) соскальзывание лигатуры

- 2) выталкивание тромба из сосуда
- 3) гнойное расплавление стенки сосуда
- 4) распад опухоли
- 5) ранение сосуда

126. ПРИЧИНОЙ РАННЕГО ВТОРИЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) соскальзывание лигатуры
- 2) ранение сосуда
- 3) гнойное расплавление тромбов в сосудах
- 4) эрозия стенки сосуда
- 5) тромбоз сосуда

127. ПРИЧИНОЙ ПОЗДНЕГО ВТОРИЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) выталкивание тромба из сосуда
- 2) соскальзывание лигатуры
- 3) тромбоз сосуда
- 4) гнойное расплавление стенки сосуда
- 5) расхождение краев раны

128. ВНУТРЕННИМ ЯВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) в брюшную полость
- 2) в полость сустава
- 3) в полость желудка
- 4) в плевральную полость
- 5) в полость черепа

129. ВНУТРЕННИМ СКРЫТЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) носовое
- 2) желудочное
- 3) в просвет тонкой кишки
- 4) в плевральную полость
- 5) пищеводное

130. ФАКТОРОМ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИМ ГЕМОФИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение проницаемости стенки сосуда
- 2) дефицит фибриногена
- 3) нарушение функции печени
- 4) генетически обусловленный дефицит факторов свертывания крови 6,7,8,9
- 5) дефицит тромбоцитов

131. ДЕФИЦИТ КАКИХ ВЕЩЕСТВ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ ПРИВОДИТ К ЗАБОЛЕВАНИЮ ЦИНГОЙ И КРОВОТОЧИВОСТИ ДЕСЕН

- 1) белков
- 2) углеводов
- 3) вит. А
- 4) вит. С
- 5) вит. РР

132. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕМАТОМЫ

- 1) пропитывание тканей кровью
- 2) истечение крови в полость
- 3) скопление крови, ограниченное тканями
- 4) скопление крови в полном органе
- 5) скопление крови в суставе

133. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ

- 1) пропитывание тканей кровью
- 2) истечение крови в полость
- 3) скопление крови в полном органе
- 4) скопление крови, ограниченное тканями
- 5) скопление крови в суставе

134. ПРИЗНАКОМ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровотечение всей раневой поверхности
- 2) медленно-вытекающая кровь
- 3) алая кровь
- 4) кровь темного цвета
- 5) отсутствие пульсации струи крови

135. ПРИЗНАКОМ ВЕНОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фонтанирующая струя крови
- 2) темная кровь
- 3) пульсирующая струя крови
- 4) алая кровь
- 5) кровотечение всей раневой поверхности

136. К ИСХОДУ ПУЛЬСИРУЮЩЕЙ ГЕМАТОМЫ ОТНОСИТСЯ

- 1) тромбоз
- 1) тромбоз
- 2) тромбоз
- 3) тромбоз

4)

5)

2) артерио-венозный свищ

3) истинная аневризма артерии

4) варикозное расширение вен

5) ложная аневризма

137. К ПРИЗНАКАМ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ ОТНОСИТСЯ возбужде-
ние глубокое, редкое дыхание брадикардия
желтушность склер тахикардия

138. ПРИЗНАКОМ РЕАКЦИИ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ
НА КРОВОПОТЕРЮ ЯВЛЯЕТСЯ

1) центральный ангиоспазм

2) ускорение периферической микроциркуляции

3) централизация кровообращения

4) гемодилюция

5) алкалоз

139. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) из ссадины

2) из поврежденной вены

3) из поврежденной артерии

4) при mensis

5) из язвы желудка

140. НЕЙРОТРОФИЧЕСКИМ – ПАТОЛОГИЧЕСКИМ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) из ссадины

2) из поврежденной вены

3) из поврежденной артерии

1)

2)

3)

4)

5)

4) носовое кровотечение у септического больного

5) из поврежденной печени

141. НАИБОЛЕЕ РЕАЛЬНО ОТРАЖАЕТ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ В ШОКОВОЙ СТАДИИ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ШОКА

1) измерение АД

2) измерение ЦВД

3) измерение почасового диуреза

4) ЭКГ

5) УЗИ

142. АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ МАКРОГЕМАТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

частое мочеиспускание рези в области мочевого

пузыря затрудненное мочеиспускание

моча цвета « мясных помоев» боли в пояснице

143. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) дегтеобразный стул

2) рвота со свежими сгустками крови

3) рвота "кофейной гущей"

4) кашель с пенистой алой кровью

5) жидкий стул

144. ОБЩИМИ СИМПТОМАМИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) бледность, обморок, гипертермия

2) частый пульс, снижение АД, снижение гемоглобина, бледность

3) анизокория, частый пульс, АД в норме

1)

2)

3)

4)

5)

4) бледность, частый пульс, АД снижено, гемоглобин повышен

5) частый пульс, АД в норме, снижение гемоглобина, бледность

145. ПЕНИСТАЯ МОКРОТА ХАРАКТЕРНА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ

1) носовом

2) желудочном

3) легочном

4) маточном

5) пищеводном

146. ДЕГТЕОБРАЗНЫЙ СТУЛ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
КРОВОТЕЧЕНИИ

1) носовом

2) маточном

3) легочном

4) гастродуоденальном

5) геморроидальном

147. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН **гемофилии** тром-
бофлебита острого панкреатита

1)

2)

3)

4)

5)

облитерирующего атеросклероза острого аппендицита

148. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение акта дыхания
- 2) почечная недостаточность
- 3) нарастающий ацидоз
- 4) нарушение функций печени
- 5) острая гипоксия головного мозга

149. ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфаркт миокарда
- 2) анемия мозга
- 3) ацидоз
- 4) тромбоэмболия
- 5) дистрофия внутренних органов

150. ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КАКОГО СОСУДА СУЩЕСТВУЕТ ОПАСНОСТЬ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ

- 1) бедренной артерии
- 2) лучевой артерии
- 3) вен шеи
- 4) вен голени
- 5) капиллярном кровотечении

151. ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) редкий пульс
- 2) гиперемия
- 3) падение АД

- 4) возбуждение
- 5) диарея

152. ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) поднятие конечности вверх
- 2) наложение жгута
- 3) давящая повязка
- 4) прошивание и перевязку вены
- 5) иссечение варикозно расширенных вен

153. ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЕЕ НОЖЕВОМ РАНЕНИИ В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) давящая повязка
- 2) переливание плазмы
- 3) наложение жгута ниже раны
- 4) наложение жгута выше раны
- 5) приподнятое положение конечности

154. ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНОГО С ПРОНИКАЮЩИМ НОЖЕВЫМ РАНЕНИЕМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, РАНЕНИЕМ ОБЩЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лигирование артерии
- 2) пальцевое прижатие сосуда
- 3) наложение сосудистого шва
- 4) тампонада раневого канала
- 5) сосудистый шунт

155. ВОЗМОЖНЫМ СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВЕРХНОСТНОЙ РАНЕ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наложение жгута Эсмарха
- 2) пальцевое прижатие плечевой или бедренной артерии
- 3) поднятие конечности выше уровня сердца

- 4) перевязка сосуда на протяжении
- 5) наложение кровоостанавливающего зажима в ране

156. ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОВЕРХНОСТНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пальцевое прижатие сосуда на протяжении
- 2) тампонаду раны
- 3) наложение давящей повязки
- 4) наложение жгута Эсмарха
- 5) наложение кровоостанавливающего зажима в ране

157. К МЕТОДАМ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) сосудистый шов
- 2) наложение жгута
- 3) лигирование сосуда в ране
- 4) диатермокоагуляция
- 5) эндоваскулярная эмболизация сосуда

158. НА КАКИЕ ГРУППЫ ДЕЛЯТСЯ СПОСОБЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- 1) временные и окончательные
- 2) физические и химические
- 3) механические и биологические
- 4) надежные и ненадежные
- 5) доврачебные и врачебные

159. ВРЕМЕННЫЙ ГЕМОСТАЗ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) лигированием сосуда в ране
- 2) наложением сосудистого шва
- 3) протезированием сосудов
- 4) давящей повязкой
- 5) диатермокоагуляцией

160. НЕПРЕРЫВНОЕ МАКСИМАЛЬНОЕ ПО

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВРЕМЯ НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА НА НИЖНЮЮ КОНЕЧНОСТЬ ЗИМОЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3 часа
- 2) 4 часа
- 3) 1,5 часа
- 4) 2 часа
- 5) 0,5 часа

161. НЕПРЕРЫВНОЕ МАКСИМАЛЬНОЕ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВРЕМЯ НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА НА ВЕРХНЮЮ КОНЕЧНОСТЬ ЗИМОЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3 часа
- 2) 4 часа
- 3) 1,5 часа
- 4) 2 часа
- 5) 1 час

162. БОЛЬНОМУ С ГЕМАТОМОЙ 10-МИНУТНОЙ ДАВНОСТИ ПОКАЗАНО

- 1) вскрытие и дренирование
- 2) пункция и отсасывание
- 3) наложение холода и давящей повязки
- 4) переливание крови
- 5) введение хлористого кальция

163. БОЛЬНОМУ С НЕСВЕРНУВШЕЙСЯ ГЕМАТОМОЙ ПОКАЗАНО

- 1) пункция и отсасывание шприцом
- 2) переливание крови
- 3) наложение холода
- 4) наложение давящей повязки
- 5) введение хлористого кальция

164. ПРИ ГЛУБОКОМ РАЗРЫВЕ СЕЛЕЗЕНКИ ПОКАЗАНО

- 1) наложение гемостатического шва

- 2) электрокоагуляция кровоточащих сосудов
- 3) спленэктомия с перевязкой сосудистой ножки
- 4) тампонада раны гемостатической губкой
- 5) тампонада раны с горячим физ. раствором

165. СОСУДИСТЫЙ ШОВ В ЦЕЛЯХ ГЕМОСТАЗА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

- 1) капилляров
- 2) артериол
- 3) венул
- 4) любых сосудов
- 5) магистральных сосудов

166. СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наложение давящей повязки
- 2) электрокоагуляция сосудов
- 3) наложение гемостатического шва
- 4) лигирование кровоточащего сосуда
- 5) тампонада горячим физ. раствором

167. БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) максимальное сгибание конечности
- 2) перевязка сосуда на протяжении
- 3) наложение сосудистого шва
- 4) замена участка поврежденной артерии
- 5) укрытие раны фибриной пленкой

168. ФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) максимальное сгибание конечности
- 2) перевязка сосуда на протяжении
- 3) наложение сосудистого шва
- 4) замена участка поврежденной артерии

5) диатермокоагуляция

169. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) наложение жгута
- 2) перевязка сосуда на протяжении
- 3) наложение гемостатического шва
- 4) лигирование кровоточащего сосуда
- 5) тампонада раны марлевым тампоном

170. ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНОГО С ТУПОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА ОБНАРУЖЕН РАЗРЫВ СЕЛЕЗЕНКИ, МАССИВНОЕ ВНУТРИБРЮШНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ВАША ТАКТИКА

- 1) перевязать селезеночную артерию
- 2) перевязать селезеночную вену
- 3) перевязать селезеночную вену и артерию
- 4) удалить селезенку
- 5) наложить гемостатические швы на селезенку

171. У БОЛЬНОГО ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. КРОВОПОТЕРЯ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. ВАША ТАКТИКА

- 1) гемостатическую терапию
- 2) восполнение ОЦК
- 3) ФГС для уточнения локализации источника

- 4) ФГС для уточнения источника и остановки кровотечения одним из эндоскопических методов с последующей трансфузионной терапией
- 5) ФГС для уточнения источника с трансфузионной терапией

172. ХИМИЧЕСКИМ СПОСОБОМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ

- 1) 5% раствора глюкозы
- 2) гемодеза
- 3) 10% раствора хлористого кальция
- 4) полиглюкина
- 5) раствора Рингера

173. АГГЛЮТИНИНЫ СОДЕРЖАТСЯ

- 1) в плазме
- 2) в лейкоцитах
- 3) в тромбоцитах
- 4) в эритроцитах
- 5) в сыворотке

174. АГГЛЮТИНОГЕНЫ НАХОДЯТСЯ В

- 1) сыворотке
- 2) плазме
- 3) лейкоцитах
- 4) тромбоцитах
- 5) эритроцитах

175. Rh-ФАКТОР НАХОДИТСЯ В

- 1) сыворотке
- 2) плазме
- 3) лейкоцитах
- 4) тромбоцитах
- 1)
- 2)
- 3)

4)

5)

5) эритроцитах

176. КАКОЙ ПРОЦЕНТ ЛЮДЕЙ ИМЕЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ Rh-ФАКТОР

5%

20%

85%

90%

95%

177. КАКОЙ ПРОЦЕНТ ЛЮДЕЙ ИМЕЕТ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ Rh-ФАКТОР

1) 5%

2) 10% 3) 15% 4) 65%

5) 85%

178. В I ГРУППЕ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО ПРИСУТСТВУЮТ АГ-ГЛЮТИНОГЕНЫ

1) А

2) В

3) АВ

4) О

5) ни один из указанных

179. В III ГРУППЕ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО ПРИСУТСТВУЮТ АГ-ГЛЮТИНОГЕНЫ

1) A₁

2) В

3) АВ

1)

2)

3)

4)

5)

4) O

5) A₂

180. ВО II ГРУППЕ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО ПРИСУТСТВУЮТ АГ-ГЛЮТИНИНЫ

1) α

2) β

3) α и β

4) O

5) ни один из указанных

181. В IV ГРУППЕ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО ПРИСУТСТВУЮТ АГ-ГЛЮТИНОГЕНЫ

A₁

B

AB

A

ни один из указанных

182. ВО II ГРУППЕ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО ПРИСУТСТВУЮТ АГ-ГЛЮТИНОГЕНЫ

1) A

2) B

3) O

4) AB

5) ни один из указанных

183. В III ГРУППЕ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО ПРИСУТСТВУЮТ АГ-ГЛЮТИНИНЫ

1) α

1)

2)

3)

4)

5)

2) α и β

3) α и β

4) O

5) ни один из указанных

184. В IV ГРУППЕ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО ПРИСУТСТВУЮТ АГ-ГЛЮТЕНИНЫ

1) α 2) β

3) α и β

4) O

5) ни один из указанных

185. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИЗОСЕРОЛОГИЧЕСКИХ КОН-ФЛИКТОВ ПРИ ГЕМОТРАНСФУЗИЯХ И БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) антиген D (Rho)

2) антиген C

3) антиген E

4) антиген c

5) антиген e

186. РЕЗУС АНТИТЕЛА СОДЕРЖАТСЯ

в плазме

лейкоцитах в моноцитах

1)

2)

3)

4)

5)

в эритроцитах в лимфоцитах

187. АГГЛЮТИНОГЕНЫ СИСТЕМЫ АВО ФОРМИРУЮТСЯ НА

- 1) 1-2 месяце внутриутробной жизни
- 2) 3-4 месяце внутриутробной жизни
- 3) 5-6 месяце внутриутробной жизни
- 4) на 8 месяце внутриутробной жизни
- 5) в течении первого года жизни

188. ПО ПРИРОДЕ ПРОИСХОЖДЕНИЯ АНТИРЕЗУС АНТИТЕЛА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) естественные
- 2) врожденные
- 3) изоиммунные
- 4) полные
- 5) холодовые

189. ОСОБЕННОСТЬ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) слабо выражены агглютинины
- 2) слабо выражены агглютиногены, отсутствуют агглютинины
- 3) слабо выражены агглютинины и агглютиногены
- 4) особенностей нет
- 5) резко снижена резистентность эритроцитов

190. РЕАКЦИЯ АНТИГЕН+АНТИТЕЛО ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РЕЗУС ФАКТОРА КРОВИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) псевдоагглютинация
- 2) панагглютинация
- 3) изоагглютинация
- 4) гетероагглютинация

5) гомоагглютинация

191. В КРОВИ ЧЕЛОВЕКА ОБНАРУЖЕНЫ АНТИТЕЛА α , β , анти-О и анти-Н. НАЗОВИТЕ ГРУППУ КРОВИ

- 1) 0(I)
- 2) A(II)
- 3) "тип Бомбей"
- 4) " кровяные химеры"
- 5) такого сочетания быть не может

192. КРОВЯНЫЕ ХИМЕРЫ - ЭТО

- 1) наличие в плазме альфа, бетта и антирезус антител
- 2) наличие в эритроцитах разных антигенов системы АВО
- 3) наличие в эритроцитах разных антигенов системы резус
- 4) наличие в плазме антигенов и антител
- 5) наличие в эритроцитах антигенов и антител

193. МЕЖДУНАРОДНАЯ НОМЕНКЛАТУРА ГРУПП КРОВИ СИСТЕМЫ АВО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) O, A, AB, B
- 2) I, II, III, IV
- 3) O(I), A(II), B(III), AB(IV)
- 4) O альфа бетта (I), A бетта (II), B альфа (III), ABO (IV)
- 5) альфа бетта, бетта, альфа, O

194. КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО АМПУЛ СО СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ ДОЛЖНО БЫТЬ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО

- 1) 2
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 7
- 5) 9

195. МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО СЕРИЙ СТАНДАРТНЫХ СЫВОРОТОК ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУПП КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 4
- 4) 6
- 5) 9

196. КОМПОНЕНТЫ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

- 1) исследуемая кровь + стандартные сыворотки
- 2) исследуемая кровь + стандартные сыворотки + стандартные эритроциты
- 3) исследуемая кровь + стандартные сыворотки + сывороточный антирезус
- 4) исследуемая кровь + цоликлоны
- 5) исследуемая кровь + стандартные эритроциты

197. КОМПОНЕНТЫ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП КРОВИ ПРИ ПОМОЩИ ЦОЛИКЛОНОВ АНТИ-А И АНТИ-В

- 1) исследуемая кровь + цоликлон анти-А
- 2) исследуемая кровь + цоликлон анти-В
- 3) исследуемая кровь + стандартные эритроциты
- 4) исследуемая кровь + сыворотка антирезус
- 5) исследуемая кровь + цоликлоны анти-А и анти-В

198. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ СО СТАНДАРТНЫМИ ЭРИТРОЦИТАМИ ПРОИЗОШЛА РЕАКЦИЯ ИЗОГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ С О(I), А(II) ГРУППОЙ. НАЗОВИТЕ ИССЛЕДУЕМУЮ ГРУППУ КРОВИ

- 1) 0(I)
- 2) А(II)
- 3) В(III)
- 4) АВ(IV)
- 5) ошибка в определении

199. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ СО СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ ПРОИЗОШЛА РЕАКЦИЯ ИЗОГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ С О(I), А(II) И В(III) ГРУППАМИ. НАЗОВИТЕ ИССЛЕДУЕМУЮ ГРУППУ КРОВИ

- 1) 0(I)
- 2) A(II)
- 3) B(III)
- 4) AB(IV)
- 5) ошибка в определении

200. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ СО СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ РЕАКЦИЯ ИЗОГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ НЕ ПРОИЗОШЛА НИ С ОДНОЙ СЫВОРОТКОЙ. НАЗОВИТЕ ИССЛЕДУЕМУЮ ГРУППУ КРОВИ

- 1) 0(I)
- 2) A(II)
- 3) B(III)
- 4) AB(IV)
- 5) ошибка в определении

201. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ СО СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ ПРОИЗОШЛА РЕАКЦИЯ ИЗОГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ С О(I) И В(III) ГРУППАМИ. НАЗОВИТЕ ИССЛЕДУЕМУЮ ГРУППУ КРОВИ

- 1) 0(I)
- 2) A(II)
- 3) B(III)
- 4) AB(IV)
- 5) ошибка в определении

202. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ СО СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ ПРОИЗОШЛА РЕАКЦИЯ ИЗОГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ С О(I) И А(II) ГРУППАМИ. НАЗОВИТЕ ИССЛЕДУЕМУЮ ГРУППУ КРОВИ

- 1) 0(I)
- 2) A(II)
- 3) B(III)
- 4) AB(IV)
- 5) ошибка в определении

203. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗУС ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) стандартной гемагглютинирующей сывороткой
- 2) стандартными эритроцитами
- 3) гаммаглобулином
- 4) тромбоцитарной массой
- 5) сывороткой анти-резус

204. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ПРИ ПОМОЩИ ЦОЛИКЛО-НОВ РЕАКЦИЯ АГГЛЮТИНАЦИИ ПРОИЗОШЛА С ЦОЛИКЛОНОМ АНТИ-А. НАЗОВИТЕ ИССЛЕДУЕМУЮ ГРУППУ КРОВИ

- 1) 0(I)
- 2) A(II)
- 3) B(III)
- 4) AB(IV)
- 5) ошибка в определении

205. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ПРИ ПОМОЩИ ЦОЛИКЛО-НОВ РЕАКЦИЯ АГГЛЮТИНАЦИИ ПРОИЗОШЛА С ЦОЛИКЛОНОМ АНТИ-В. НАЗОВИТЕ ИССЛЕДУЕМУЮ ГРУППУ КРОВИ

- 1) 0(I)
- 2) A(II)
- 3) B(III)
- 4) AB(IV)
- 5) ошибка в определении

206. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ПРИ ПОМОЩИ ЦОЛИКЛО-НОВ РЕАКЦИЯ АГГЛЮТИНАЦИИ ПРОИЗОШЛА С ЦОЛИКЛОНАМИ АНТИ-А И АНТИ-В. НАЗОВИТЕ ИССЛЕДУЕМУЮ ГРУППУ КРОВИ

- 1) 0(I)
- 2) A(II)
- 3) B(III)
- 4) AB(IV)
- 5) ошибка в определении

207. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ПРИ ПОМОЩИ ЦОЛИКЛОНОВ РЕАКЦИЯ АГГЛЮТИНАЦИИ НЕ ПРОИЗОШЛА. НАЗОВИТЕ ИССЛЕДУЕМУЮ ГРУППУ КРОВИ

- 1) 0(I)
- 2) A(II)
- 3) B(III)
- 4) AB(IV)
- 5) ошибка в определении

208. ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РЕЗУС ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ ПРИ ПОМОЩИ УНИВЕРСАЛЬНОГО РЕАГЕНТА СЫВОРОТКИ АНТИ-РЕЗУС ДС

- 1) на водяной бане (45-48⁰)
- 2) в термостате (45-48⁰)
- 3) при комнатной температуре 15-25⁰
- 4) с охлаждением
- 5) в иных условиях

209. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗУС ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ ПРИ ПОМОЩИ УНИВЕРСАЛЬНОГО РЕАГЕНТА СЫВОРОТКИ АНТИ-РЕЗУС ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) желатина
- 2) белка
- 3) полиглюкина
- 4) NaCl
- 5) дистиллированной воды

210. ПО ИСТЕЧЕНИЮ КАКОГО ВРЕМЕНИ МОЖНО ОЦЕНИВАТЬ РЕЗУЛЬТАТ РЕАКЦИИ КРОВИ С УНИВЕРСАЛЬНЫМ РЕАГЕНТОМ СЫВОРОТКА АНТИ-РЕЗУС

- 1) 1 минута
- 2) 3 минуты
- 3) 5 минут
- 4) 10 минут
- 5) 30 минут

211. СТАНДАРТНАЯ ГЕМАГГЛЮТИНИРУЮЩАЯ СЫВОРОТКА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП КРОВИ ГОТОВИТСЯ

- 1) на заводе медпрепаратов
- 2) на фабрике
- 3) на станциях переливания крови
- 4) в биохимической лаборатории
- 5) амбулаторно

212. СТАНДАРТНЫЙ ТИТР ГЕМАГГЛЮТИНИРУЮЩИХ СЫВОРОТОК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП КРОВИ

- 1) 1:10 2) 1:20 3) 1:32
- 4) 1:64
- 5) 1:128

213. ТЕМПЕРАТУРА ХРАНЕНИЯ ГЕМАГГЛЮТИНИРУЮЩИХ СЫВОРОТОК

- 1) -2°
- 2) 0°
- 3) $+4+6^{\circ}$
- 4) $+10^{\circ}$
- 5) $+37^{\circ}$

214. ОПТИМАЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП КРОВИ ПРИ ПОМОЩИ СТАНДАРТНЫХ ГЕМАГГЛЮТИНИРУЮЩИХ СЫВОРОТОК

- 1) $0+5^{\circ}$
- 2) $+10+14^{\circ}$
- 3) $+15+20^{\circ}$
- 4) $+15+24^{\circ}$
- 5) $+17+27^{\circ}$

215. ТЕМПЕРАТУРА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА ПО СИСТЕМЕ АВО

- 1) 0^0
- 2) $+10^0$
- 3) $+20^0$
- 4) $+30^0$
- 5) $+40^0$

216. ТЕМПЕРАТУРА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА ПО Rh-ФАКТОРУ

- 1) $+20^0$
- 2) $+30^0$
- 3) $+40^0$
- 4) $+47^0$
- 5) $+50^0$

217. ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА ПО СИСТЕМЕ АВО

- 1) 5 минут
- 2) 10 минут
- 3) 15 минут
- 4) 7 минут
- 5) 6 минут

218. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА, ОНИ СМЕШИВАЮТСЯ В СООТНОШЕНИИ

- 1) 1:1 2) 1:2
- 3) 2:1
- 4) 10:1
- 5) 1:5

219. ОДНОКРАТНО ВЛИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО КРОВИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ 3-Х КРАТНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

- 1) 100 мл
- 2) 50 мл

3) 15 мл

4) 5-15 мл

5) 5 мл

220. ВРЕМЕННЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ПРОБНЫМИ ВЛИВАНИЯМИ КРОВИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ 3-Х КРАТНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

1) 10 минут

2) 8 минут

3) 3-5 минут

4) 2 минуты

5) 1 минута

221. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО КРОВИ О(І) ГРУППЫ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ РЕЦИПИЕНТУ С АВ(IV) ГРУППОЙ КРОВИ

100 мл 2) 250 мл 3) 500 мл

4) 750 мл

5) 1000 мл

222. ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ ГРУППА КРОВИ

1) проверяется перед первой гемотрансфузией

2) проверяется перед каждой гемотрансфузией

3) не проверяется, достаточно данных в паспорте

4) не проверяется, достаточно данных анамнеза

5) не проверяется, достаточно данных в истории болезни

223. ПРИЗНАКОМ ПРИГОДНОЙ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) срок хранения больше 21 дня

2) трехслойность

3) цвет плазмы- розовый

4) хлопья в плазме

5) поврежденная пломба на ампуле с кровью

224. ПРИЗНАКОМ НЕПРИГОДНОСТИ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВИ К ПЕРЕЛИВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) герметичная тара
- 2) четкая паспортная этикетка
- 3) срок хранения 14 дней
- 4) трехслойность
- 5) мутная пленка на поверхности плазмы, не исчезающая при подогреве крови до 37⁰

225. ДЛЯ ОТЛИЧИЯ ХИЛЕЗНОЙ КРОВИ ОТ ИНФИЦИРОВАННОЙ НЕОБХОДИМО

- 1) взболтать
- 2) профильтровать
- 3) открыть и удалить тампоном пленку
- 4) сделать посев на питательную среду
- 5) подогреть до 37⁰

226. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острая массивная кровопотеря (более 30% ОЦК)
- 2) травматический шок III степени
- 3) хроническая железодефицитная анемия
- 4) тяжелое отравление угарным газом
- 5) гемолитическая болезнь новорожденного

227. НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ В АНАМНЕЗЕ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ

- 1) переливание глюкозы
- 2) переливание гемодеза
- 3) акушерский анамнез
- 4) переливание реополиглюкина
- 5) экстракция зуба

228. ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1) острой анемии
- 2) раневом истощении
- 3) геморрагическом шоке

- 4) с целью гемостаза
- 5) нарушении функций печени, почек в стадии декомпенсации

229. ПРОТИВОПОКАЗАНА ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ СЛЕДУЮЩАЯ КРОВЬ

- 1) донорская
- 2) трупная
- 3) из полостей тела при повреждении паренхиматозных органов
- 4) из полостей тела при повреждении полых органов
- 5) пуповиноплацентарная

230. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОНЦЕНТРИРОВАННОЙ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острая анемия
- 2) хроническая анемия
- 3) гипопроотеинемия, снижение осмотических свойств плазмы пациента
- 4) интоксикация
- 5) геморрагический шок

231. ПРОБА НА ИНДИВИДУАЛЬНУЮ СОВМЕСТИМОСТЬ КРОВИ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА ПРОВОДИТСЯ МЕЖДУ

- 1) сывороткой донора и кровью реципиента
- 2) сывороткой реципиента и кровью донора
- 3) сывороткой реципиента и плазмой донора
- 4) кровью донора и кровью реципиента
- 5) плазмой реципиента и сывороткой донора

232. ПАЦИЕНТУ С 0(I) ГРУППОЙ КРОВИ МОЖНО ПЕРЕЛИТЬ

- 1) 0(I)
- 2) A(II)
- 3) B(III)
- 4) AB(IV)
- 5) ни одну из указанных

233. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипопроотеинемия
- 2) массивная интраоперационная кровопотеря
- 3) алиментарная дистрофия
- 4) стимуляция иммунитета
- 5) хроническая анемия

234. РЕИНФУЗИЯ ИЗЛИВШЕЙСЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ КРОВЬ ВОЗМОЖНА ПРИ

- 1) проникающем ранении с повреждением кишки
- 2) тупой травме живота с разрывом мочевого пузыря
- 3) ранении печени
- 4) огнестрельном ранении с повреждением желудка
- 5) ранении печени с повреждением желчного пузыря

235. БЕЛКИ ПЛАЗМЫ ДОНОРСКОЙ КРОВИ ЦИРКУЛИРУЮТ В СОСУДИСТОМ РУСЛЕ РЕЦИПИЕНТА

- 1) 10-15 дней
- 2) 15-20 дней
- 3) 18-36 дней
- 4) 36-46 дней
- 5) более 46 дней

236. В КАЧЕСТВЕ СТАБИЛИЗАТОРА КРОВИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) кальция глюконат
- 2) кальция хлорид
- 3) глюгицир
- 4) пелентан
- 5) раствор новокаина

237. СТАБИЛИЗАТОРОМ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тиопентал натрия
- 2) гексенал

3) гепарин

- 4) глюконат кальция
- 5) аминакапроновую кислоту

238. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВЕЖЕЦИТРАТНОЙ КРОВИ
ДОПУСКАЕТСЯ В ТЕЧЕНИИ

- 1) 30 дней
- 2) 21 день
- 3) 2 месяца
- 4) 5 лет
- 5) 3 часа

239. К ГРУППЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ ОТНО-
СИТСЯ

- 1) гемодез
- 2) полиглюкин
- 3) аминокровин
- 4) интралипид
- 5) раствор Рингера

240. К ГРУППЕ
КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ ОТНОСИТСЯ

ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫХ

- 1) желатиноль
- 2) плазмостерил
- 3) полидез
- 4) гидролизин
- 5) полиамин

241. К ГРУППЕ
КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ ОТНОСИТСЯ

ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫХ

- 1) полиглюкин
- 2) желатиноль
- 3) гемодез
- 4) плазмотонин

5) модежель

242. ПРИ ЛЕЙКОПЕНИИ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) плазму крови
- 2) лейкоцитарную массу
- 3) тромбоцитарную массу
- 4) эритроцитарную массу
- 5) свежечитратную кровь

243. ПОКАЗАНИЕМ К ПЕРЕЛИВАНИЮ ТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ожоговый шок
- 2) гипопроотеинемия
- 3) тромбоцитопения
- 4) хроническая железодефицитная анемия
- 5) резкое снижение ОЦК

244. ТЕМПЕРАТУРА ХРАНЕНИЯ СВЕЖЕЦИТРАТНОЙ ПЛАЗМЫ

- 1) $+5^{\circ}$
- 2) 0°
- 3) -20°
- 4) -28°
- 5) -40°

245. В СОСТАВ КОНСЕРВИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА В КАЧЕСТВЕ СТАБИЛИЗАТОРА КРОВИ ВХОДИТ

- 1) 5% раствор глюкозы
- 2) 6% цитрат натрия
- 3) антибиотики
- 4) дистиллированная вода
- 5) фруктоза

246. В КОНСЕРВАНТ КРОВИ 5% ГЛЮКОЗА ВВОДИТСЯ ДЛЯ

- 1) предупреждения свертывания крови
- 2) профилактики инфекции

- 3) улучшения питания и продления жизнедеятельности эритроцитов
- 4) сохранения жизнеспособности лейкоцитов
- 5) создания осмотического равновесия крови

247. ТЕМПЕРАТУРА ХРАНЕНИЯ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВИ

- 1) $-3-5^0$
- 2) 0^0
- 3) $+2^0$
- 4) $+4+6^0$
- 5) $+10^0$

248. ЦЕЛЬНОЙ КРОВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эритроцитарная взвесь
- 2) нативная плазма
- 3) тромболейкоцитарная масса
- 4) эритроцитарная масса
- 5) цитратная кровь

249. КОМПОНЕНТНОМ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трупная кровь
- 2) нативная плазма
- 3) консервированная кровь
- 4) кровь, излившаяся в полости организма
- 5) цитратная кровь

250. ГЕПАРИНИЗИРОВАННАЯ КРОВЬ ХРАНИТСЯ

- 1) 1 час
- 2) 1 месяц
- 3) 1 сутки
- 4) 3 суток
- 5) 21 день

251. В ЛЕЧЕНИИ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) эритрома́сса
- 2) антистафилококковая плазма
- 3) сухая плазма
- 4) тромбоцитарная масса
- 5) раствор альбумина

252. В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) цельная кровь
- 2) сухая плазма
- 3) эритро́взвесь
- 4) тромбоцитарная масса
- 5) нативная плазма

253. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОПРОТЕИНЕМИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) плазма крови
- 2) отмытые эритроциты
- 3) эритро́взвесь
- 4) эритро́ма́сса
- 5) лейкоцитарная масса

254. В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОФИЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) раствор альбумина 10%
- 2) раствор аминокaproновой кислоты 10%
- 3) фибриноген
- 4) эритро́взвесь
- 5) антигемофильный гаммаглобулин

255. В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АНЕМИИ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ФОНЕ БОЛЬНОГО ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) цитратная кровь
- 2) отмытые эритроциты
- 3) эритро́взвесь
- 4) эритро́ма́сса
- 5) препараты железа

256. В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АНЕМИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) эритроцитарную массу
- 2) цитратную кровь
- 3) плазму крови
- 4) полиглюкин
- 5) гемодез

257. СРОК ХРАНЕНИЯ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ

- 1) до 3 дней 2) до 21 дня
- 3) до 12 месяцев
- 4) до 3 месяцев
- 5) до 3 лет

258. РАЗМОРОЖЕННАЯ ПЛАЗМА ДЛЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ МОЖЕТ СОХРАНЯТЬСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 6 часов 2) 1 суток
- 3) 30 минут
- 4) 1 час
- 5) 3 часов

259. ВОЗМОЖНО ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

- 1) несовместимой по системе АВО
- 2) несовместимой по резус фактору
- 3) гемолизированной
- 4) несовместимой по другим антигенным системам
- 5) хилезной

260. ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ НЕОБСЛЕДОВАННОГО ДОНОРА РЕЦИПИЕНТУ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

- 1) гепатит А
- 2) гепатит В
- 3) пиелонефрит
- 4) гемолитический шок

5) пневмония

261. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ПРИЗНАКОВ ГЕМОТРАНСФУЗИОННОГО ШОКА СЛЕДУЕТ

- 1) ускорить темп трансфузии и быстро закончить переливание
- 2) прекратить трансфузию и приступить к введению одногруппной плазмы
- 3) прекратить трансфузию и ввести внутривенно гидрокортизон, перейти на трансфузию низкомолекулярных кровезаменителей
- 4) ввести тонизирующее средство
- 5) прекратить трансфузию и перевести больного на ИВЛ

262. ГИПЕРКАЛИЕМИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ

- 1) свежеситратной крови
- 2) тромбоцитарной массы
- 3) размороженных эритроцитов
- 4) длительнохранящейся крови
- 5) нативной плазмы

263. ЦИТРАТНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ

- 1) более 800 мл. нативной плазмы
- 2) 300 мл. цитратной крови
- 3) более 500 мл. свежеситратной крови
- 4) 400 мл. размороженных эритроцитов
- 5) тромбоцитарной массы

264. ВО ВРЕМЯ ТРАНСФУЗИИ У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛИСЬ ОЗНОБ, КРАПИВНИЦА, НЕЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИЛОСЬ АД. ВОЗНИКЛО СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) гемолитический шок
- 2) пирогенная реакция
- 3) воздушная эмболия
- 4) анафилактический шок
- 5) аллергическая реакция

265. ВО ВРЕМЯ ТРАНСФУЗИИ У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, ПОДНЯЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА. ВОЗНИКЛО СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) анафилактический шок
- 2) гемолитический шок
- 3) пирогенная реакция
- 4) гиперкалиемия
- 5) цитратный шок

266. ВО ВРЕМЯ ТРАНСФУЗИИ У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ, СНИЖЕНИЕ АД, ТАХИКАРДИЯ. ВОЗНИКЛО СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) гипокалиемия
- 2) эмболия
- 3) аллергия
- 4) цитратный шок
- 5) гемолитический шок

267. ВО ВРЕМЯ ТРАНСФУЗИИ У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛИСЬ ЗАТРУДНЕННЫЙ ВДОХ, ОТЕК СЛИЗИСТЫХ НОСА И ГОРТАНИ. ВОЗНИКЛО СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) цитратный шок
- 2) воздушная эмболия
- 3) анафилактический шок
- 4) гипокалиемия
- 5) гемолитический шок

268. ПРИ МАССИВНЫХ ГЕМОТРАНСФУЗИЯХ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ СИНДРОМ ГОМОЛОГИЧНОЙ КРОВИ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) цитратной интоксикации
- 2) калиевой интоксикации
- 3) аммиачной интоксикации
- 4) медленного переливания
- 5) феномена тканевой несовместимости

269. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЦИТРАТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КАЖДЫХ 500 МЛ КРОВИ, БОЛЬНОМУ ВВОДИТСЯ

- 1) 15 мл. 10% хлорида кальция
- 2) 10 мл. 10% хлорида кальция
- 3) 15 мл. 9% NaCl
- 4) 10 мл. 9% NaCl
- 5) аминакапроновая кислота

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

270. К ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) холодовая
- 2) контактная
- 3) инфильтрационная
- 4) проводниковая
- 5) эндотрахеальная

271. КОНЦЕНТАЦИЯ НОВОКАИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ

- 1) 0,25%
- 2) 1%
- 3) 2%
- 4) 3%
- 5) 5%

272. КОНЦЕНТАЦИЯ НОВОКАИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

- 1) 0,25%
- 2) 0,5%
- 3) 1%
- 4) 10%

273. ИДЕАЛЬНЫЙ АНЕСТЕТИК ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

- 1) новокаин
- 2) совкаин
- 3) **лидокаин**
- 4) тримекаин
- 5) хостакаин

274. ПРИ МЕСТНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ АДРЕНАЛИН ДОБАВЛЯЮТ К РАСТВОРАМ АНЕСТЕТИКОВ С ЦЕЛЬЮ

- 1) **уменьшения скорости всасывания анестетика, продления его действия, снижения токсичности**
- 2) десенсибилизации
- 3) повышения АД
- 4) профилактики гипотонии
- 5) ускорения всасывания анестетика

275. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфекционное
- 2) местная реакция
- 3) механическое повреждение сосудов и нервов
- 4) **гипотония при перидуральной и спинномозговой анестезии**
- 5) анафилактический шок

276. ТОЧКА ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ОБЕРСТУ-ЛУКАШЕВИЧУ

- 1) проекция головки пястной кости
- 2) по ходу сухожилия глубокого сгибателя пальцев
- 3) в подкожные вены кисти
- 4) **середина проксимальной фаланги у боковой поверхности перпендикулярно кости**
- 5) в область тенара

277. КОНЦЕНТРАЦИЯ НОВОКАИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ОБЕРСТУ-ЛУКАШЕВИЧУ

- 1) 0,25%
- 2) 0,5%
- 3) 1%
- 4) 5%
- 5) 10%

278. ВИДОМ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ ПО ОБЕРСТУ-ЛУКАШЕВИЧУ

- 1) инфильтрационная
- 2) проводниковая
- 3) внутрикостная
- 4) в/в
- 5) блокада

279. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ АНЕСТЕЗИИ ПО ОБЕРСТУ-ЛУКАШЕВИЧУ

- 1) вскрытия паронихия
- 2) вскрытия подкожного панариция
- 3) вскрытия флегмоны тыла кисти
- 4) ампутации дистальной фаланги пальца
- 5) вскрытие У-образной флегмоны

280. ВИД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ – АНЕСТЕЗИЯ ПО БРАУН-УСОЛЬЦЕВОЙ

- 1) инфильтрационная
- 2) проводниковая
- 3) внутрикостная
- 4) внутривенная
- 5) блокада

281. АНЕСТЕЗИЯ ПО БРАУН-УСОЛЬЦЕВОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА

- 1) проксимальных отделах пальцев кисти
- 2) предплечье

- 3) плече
- 4) локтевом суставе
- 5) лучезапястном суставе

282. ТОЧКА ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ БЛОКАДЕ МЕЖРЕБЕРНЫХ НЕРВОВ НАХОДИТСЯ

- 1) парастернально
- 2) в проекции остистого отростка грудного позвонка
- 3) по нижнему краю ребра
- 4) по верхнему краю ребра
- 5) по передней поверхности ребра

283. ВИДОМ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИДУРАЛЬНЫЙ БЛОК

- 1) инфильтрационная
- 2) проводниковая
- 3) внутрикостная
- 4) внутривенная
- 5) блокада

284. РАСТВОР АНЕСТЕТИКА ПРИ ПЕРИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВВОДИТСЯ В

- 1) спинномозговой канал
- 2) щель между твердой оболочкой спинного мозга и периостом
- 3) паравертебральные мышцы
- 4) поперечные отростки позвонков
- 5) остистые отростки позвонков

285. ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРИКОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

- 1) шприц и игла Кассирского
- 2) одноразовым шприц
- 3) многоразовый шприц с длинной иглой
- 4) многоразовый шприц с короткой иглой
- 5) шприц Жане

286. ВНУТРИКОСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

- 1) операций на проксимальных отделах конечностей
- 2) длительных и травматических оперативных вмешательств
- 3) оперативных вмешательств на дистальных отделах конечностей
- 4) операций по поводу воспалительных заболеваний сосудов и костей
- 5) флебэктомии

287. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БЛОКАДЫ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цирроз печени
- 2) рак поджелудочной железы
- 3) неосложненная язвенная болезнь желудка
- 4) неосложненная язвенная болезнь ДПК
- 5) острый холецистит, панкреатит

288. ТОЧКА ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛОКАДЫ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ

- 1) в проекции желчного пузыря
- 2) в проекции хвоста поджелудочной железы
- 3) в проекции головки поджелудочной железы
- 4) на 4-6 см. выше пупка по средней линии
- 5) в проекции мечевидного отростка

289. ОБЪЕМ НОВОКАИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛОКАДЫ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ

- 1) 10-20 мл
- 2) 30-40 мл
- 3) 70-80 мл
- 4) 100-120 мл
- 5) 200 мл

290. КОНЦЕНТРАЦИЯ НОВОКАИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

БЛОКАДЫ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ

- 1) 0,1%
- 2) 0,25%
- 3) 0,75%
- 4) 1%
- 5) 2%

291. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кишечная непроходимость
- 2) желудочно-кишечные кровотечения
- 3) перитонит
- 4) аппендицит
- 5) язвенная болезнь желудка

292. ОБЪЕМ ВВОДИМОГО АНЕСТЕТИКА ПРИ ПАРАНЕФРАЛЬНОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЕ

- 1) 10-20 мл
- 2) 30-40мл
- 3) 60-100 мл
- 4) 150-200 мл
- 5) свыше 250 мл

293. КОНЦЕНТРАЦИЯ НОВОКАИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛОКАДЫ МЕСТА ПЕРЕЛОМА

- 1) 0,25%
- 2) 0,5% 3) 2%
- 4) 5%
- 5) 7 %

294. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ТРАНСЛЮМБАЛЬНОЙ РЕТРОЦЕКАЛЬНОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ

- 1) проктосигмоидит
- 2) аппендикулярный инфильтрат

- 3) катаральный аппендицит
- 4) кишечное кровотечение
- 5) острый холецистит

295. АНЕСТЕЗИОЛОГИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) наука об обезболивании
- 2) наука о наркозе
- 3) наука о защите организма от операционной травмы и ее последствий, контроле и управлении жизненно важными функциями организма
- 4) наука о местном обезболивании
- 5) наука о сердечно-сосудистых заболеваниях

296. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИСКУССТВЕННОЙ ГИПОТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие гипертонической болезни у больного
- 2) печеночная недостаточность
- 3) операция, связанная с большой кровопотерей
- 4) почечная недостаточность
- 5) наличие коронаро-кардиосклероза

297. ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) тиопентал натрия, гексенал
- 2) авертим
- 3) эфир
- 4) этиловый спирт
- 5) трилен

298. АНТИДОТАМИ АНТИДЕПОЛЯРИЗУЮЩИХ МИОРЕЛАКСАНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) деполяризующие релаксанты
- 2) псевдохолинэстеразные препараты
- 3) антихолинэстеразные препараты
- 4) стимуляторы дых. центра
- 5) свежая цитратная кровь

299. УВЕЛИЧЕНИЕ ВРЕДНОГО ПРОСТРАНСТВА ВО ВРЕМЯ НАРКОЗА ПРИВОДИТ К

- 1) углублению наркоза
- 2) ухудшению газообмена
- 3) облегчению дыхания
- 4) ускорению выхода из наркоза
- 5) улучшению работы сердца

300. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ИВЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Сильвестера
- 2) «рот» в «рот»
- 3) аппаратный
- 4) Нильсона
- 5) мешок Амбу

301. НАИМЕНЬШИМ ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА ПЕЧЕНЬ И ПОЧКИ ОБЛАДАЕТ

- 1) эфир
- 2) фторотан
- 3) закись азота
- 4) хлороформ
- 5) трилен

302. ДЛЯ ЧАСТИЧНОГО БРОНХОСПАЗМА ХАРАКТЕРНО

- 1) бледно-розовые кожные покровы
- 2) затрудненный свистящий вдох
- 3) нормальное АД
- 4) затрудненный свистящий выдох
- 5) брадикардия

303. ДЫХАНИЕ ВО ВТОРУЮ СТАДИЮ НАРКОЗА

- 1) ритмичное, частое, поверхностное
- 2) аритмичное, частое

- 3) глубокое, редкое
- 4) Чейн-Стокса
- 5) парадоксальное

304. ДЛЯ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ЭФИРА ХАРАКТЕРНО

- 1) бледно-розовая окраска кожи
- 2) нормальное АД
- 3) остановка дыхания и сердечной деятельности
- 4) повышенное АД
- 5) возбужденное состояние

305. ОПТИМАЛЬНОЙ ГЛУБИНОЙ НАРКОЗА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стадия аналгезии
- 2) первый уровень третьей стадии
- 3) вторая стадия
- 4) третий уровень третьей стадии
- 5) четвертый уровень третьей стадии

306. ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГА ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ЭФИРОМ

- 1) ввести в/в лобелин, уменьшить подачу эфира
- 2) начать искусственное дыхание по Сильвестру, ввести аналептики ЦНС
- 3) отключить наркотическое вещество, ИВЛ кислородом, ввести сердечно-сосудистые вещества
- 4) отключить эфир, провести ингаляцию углекислым газом
- 5) ввести внутрисердечно адреналин, массаж сердца, ИВЛ

307. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГА ПРИ ИНТУБАЦИОННОМ НАРКОЗЕ

- 1) вводный наркоз, введение релаксантов, ИВЛ через маску, интубация и основной наркоз
- 2) введение релаксантов, ИВЛ, интубация, основной наркоз
- 3) введение релаксантов, интубация, основной наркоз

- 4) вводный наркоз, интубация, введение релаксантов, ИВЛ, основной наркоз
- 5) основной наркоз, интубация, ИВЛ, введение релаксантов

308. ДЕПОЛЯРИЗУЮЩИЕ РЕЛАКСАНТЫ ВЫЗЫВАЮТ

1) стойкую деполяризацию концевой пластинки
нейромышечного синапса

- 2) реполяризацию концевой пластинки
- 3) угнетение ацетилхолинэстеразы
- 4) поляризацию концевой пластинки
- 5) стимуляцию холинэстеразы

309. МЕСТО ПРИЛОЖЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ НЕДЕПОЛЯРИЗУЮЩИХ РЕЛАКСАНТОВ

- 1) симпатические ганглии
- 2) дыхательный центр
- 3) синапсы спинного мозга
- 4) нейромышечный синапс
- 5) ретикулярная формация

310. РЕЛАКСАНТЫ МОГУТ ВЫЗВАТЬ

- 1) почечную недостаточность
- 2) угнетение и остановку дыхания
- 3) печеночную недостаточность
- 4) тяжелый коллапс
- 5) угнетение секреторной функции ЖКТ

311. ИНГАЛЯЦИОННЫМ АНЕСТЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хлорэтил
- 2) тиопентал
- 3) виадрил
- 4) гексенал
- 5) оксибутират натрия

312. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ

ПСЕВДОХОЛИНЭСТЕРАЗЫ В КРОВИ РЕЛАКСАНТЫ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) «двойной блок»
- 2) длительную остановку дыхания
- 3) рекураризацию
- 4) брадикардию
- 5) гипотонию

313. ЗАДАЧЕЙ ХИРУРГА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) поддержание наркоза
- 2) предупреждение инфицирования операционной раны
- 3) защита больного от хирургической агрессии
- 4) создание миорелаксации
- 5) нормализация обмена веществ, дыхания

314. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ «ДВОЙНОГО БЛОКА» НЕОБХОДИМО

- 1) перелить 400-500 мл крови
- 2) ввести антихолинэстеразные препараты
- 3) ввести антидеполяризующие препараты
- 4) применить сердечно-сосудистые вещества
- 5) применить гемодиализ

315. У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ НАРКОЗ ПРОВОДЯТ ПО

- 1) полуоткрытому способу
- 2) открытому способу
- 3) полужакрытому способу
- 4) закрытому циркуляционному способу
- 5) закрытому реверсивному способу

316. КОМБИНИРОВАННЫМ НАРКОЗОМ НАЗЫВАЮТ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) одновременно 2 и более наркотических веществ
- 2) нескольких наркотических веществ последовательно друг за другом
- 3) наркотические вещества + анальгетики

- 4) наркотические вещества + релаксанты
- 5) наркотические вещества + нейролептики

317. ОТЕК МОЗГА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ

- 1) сердечно-легочной реанимации
- 2) пневмонии
- 3) передозировке эфира
- 4) рекураризации
- 5) катетеризации подключичной вены

318. У ПАЦИЕНТОВ В СОСТОЯНИИ БРОНХОСПАЗМА
УГРОЖАЮЩИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) обструкция бронхиол – «немое легкое»
- 2) кашель
- 3) одышка
- 4) акроцианоз
- 5) рвота

319. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАХОЖДЕНИИ ТРУБКИ В ТРАХЕЕ
МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

- 1) контактная язва
- 2) бронхоспазм
- 3) ларингоспазм
- 4) пневмоторакс
- 5) легочное кровотечение

320. ПОВЫШЕНИЕ ЦВД НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) шоке
- 2) третьей стадии эфирного наркоза
- 3) гипертонии
- 4) спинномозговой анестезии
- 5) правожелудочковой недостаточности

321. РАННИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ

НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие лейкоцитов в моче
- 2) повышение в крови азота, мочевины
- 3) низкий удельный вес мочи
- 4) гематурия
- 5) протеинурия

322. ПРИЧИНОЙ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) действие анестетика
- 2) снижение тканевой перфузии
- 3) гипопроteinемия
- 4) кислые радикалы анестетиков
- 5) избыток гидрокарбоната в крови

323. ПЕРВАЯ СТАДИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА

- 1) стадия анальгезии
- 2) стадия возбуждения
- 3) стадия расторможенности
- 4) хирургическая стадия
- 5) агональная стадия

324. ВТОРАЯ СТАДИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА

- 1) стадия анальгезии
- 2) стадия возбуждения
- 3) стадия расторможенности
- 4) хирургическая стадия
- 5) агональная стадия

325. ТРЕТЬЯ СТАДИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА

- 1) стадия анальгезии
- 2) стадия возбуждения
- 3) стадия расторможенности
- 4) хирургическая стадия

5) агональная стадия

326. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРОИЗВОДИТСЯ В

- 1) первую стадию
- 2) вторую стадию
- 3) третий уровень третьей стадии
- 4) второй уровень третьей стадии
- 5) четвертую стадию

327. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВОЙ СТАДИИ ЭФИРНОГО
НАРКОЗА

- 1) 1 минута
- 2) 2 минуты
- 3) 3-5 минут
- 4) 3-8 минут
- 5) 8-10 минут

328. ОСМОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ПЛАЗМЫ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) фибриногеном
- 2) альбумином
- 3) глобулином
- 4) гистамином
- 5) глюкозой

329. АДЕКВАТНОСТЬ ПЕРФУЗИИ ТКАНЕЙ КОСВЕННО
ОТРАЖАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ

- 1) ЭКГ
- 2) контур пульсовой волны
- 3) скорость мочеотделения
- 4) концентрация гемоглобина
- 5) сатурация

330. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ
КОНТУРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) открытый
- 2) полуоткрытый
- 3) закрытый циркуляционный
- 4) полужакрытый
- 5) закрытый реверсивный

331. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глубина анестезии
- 2) возможность точной дозировки
- 3) быстрое введение в наркоз
- 4) продолжительность анестезии
- 5) отсутствие побочных эффектов

332. ВНУТРИВЕННЫЙ НАРКОЗ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- 1) вводного наркоза
- 2) небольших хирургических операций
- 3) амбулаторных операций
- 4) всего перечисленного
- 5) ничего из перечисленного

333. ТЕЧЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ ОПИСЫВАЕТСЯ

- 1) в амбулаторной карте
- 2) в анестезиологической карте
- 3) в анестезиологической карте и истории болезни
- 4) в истории болезни
- 5) в операционном журнале

334. НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИЯ – ЭТО АНЕСТЕЗИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- 1) закиси азота, кислорода, фентанила, дроперидола, релаксантов
- 2) дроперидола и фентанила
- 3) релаксантов и закиси азота
- 4) фторотана и тиопентала

- 5) эфифра и дроперидола

335. АНТИДЕПОЛЯРИЗУЮЩИМ РЕЛАКСАНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тубокурарин
- 2) дитилин
- 3) листенон
- 4) тракриум
- 5) атропин

336. СЛЕДУЕТ ЛИ ПРОДОЛЖИТЬ РЕАНИМАЦИЮ, ЕСЛИ
СЕРДЦЕ НЕ ЗАПУСКАЕТСЯ 10-15 МИНУТ

- 1) следует
- 2) не следует
- 3) зависит от причины клинической смерти
- 4) если не восстановилось дыхание – прекратить
- 5) если не заработало сердце – прекратить

337. НЕОБРАТИМЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ОРГАНИЗМЕ В
ТЕЧЕНИЕ 1,5-2 ЧАСОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) отсутствие сознания и спонтанного дыхания
- 2) отсутствие спонтанного дыхания, работы сердца, рефлексов, биотоков мозга
- 3) отсутствие биотоков мозга, рефлексов
- 4) отсутствие дыхания и работы сердца
- 5) отсутствие рефлексов и дыхания

338. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРИ УМИРАНИИ
ВОССТАНАВЛИВАЮТ

- 1) газообмен и кровоток
- 2) самостоятельное дыхание
- 3) функцию почек
- 4) функцию печени
- 5) сознание

339. ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО, ВЫЗЫВАЮЩЕЕ
РАССЛАБЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ

- 1) CaCl_2
- 2) адреналин
- 3) норадреналин
- 4) калия хлорид
- 5) эфедрин

340. ЭФФЕКТИВНА ЛИ ТРАХЕОСТОМИЯ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ
СМЕРТИ

- 1) да
- 2) нет
- 3) в зависимости от причины клинической смерти
- 4) в зависимости от продолжительности клинической смерти
- 5) в зависимости от возраста пострадавшего

341. ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ИСКУССТВЕННОЙ
ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) прием Сильвестра
- 2) применение дыхательного аппарата
- 3) прием «рот в рот»
- 4) прием Лабата
- 5) прием Нильсона

342. ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ
ПРОВЕДЕНИИ ДЫХАНИЯ «РОТ В РОТ»

- 1) лицом вниз
- 2) голова повернута набок
- 3) лицом вверх
- 4) голова запрокинута
- 5) голова притянута к груди

343. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ВИДОМ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА
ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) «неэффективное сердце»
- 2) асистолия в систоле
- 3) асистолия в диастоле

- 4) фибрилляция
- 5) пульсирующее сердце

344. КОМБИНАЦИЯ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ С НЕПРЯМЫМ МАССАЖЕМ СЕРДЦА

- 1) начать искусственное дыхание затем перейти на массаж сердца
- 2) начать с массажа, через минуту перейти на искусственное дыхание
- 3) массаж проводить во время искусственного вдоха
- 4) массаж проводить во время искусственного выдоха
- 5) одновременно

345. ЦЕЛЬЮ МАССАЖА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) создание циркуляции крови, восстановление работы сердца
- 2) восстановление диуреза
- 3) восстановление сознания
- 4) восстановление функции почек
- 5) устранение метаболического ацидоза

346. ПОЛОЖЕНИЕ РУК РЕАНИМАТОРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА

- 1) в области верхушки сердца
- 2) на верхней трети грудины
- 3) на мечевидном отростке
- 4) на границе нижней и средней трети грудины
- 5) в области левой лопатки

347. ФИБРИЛЛИРУЮЩИМ СЕРДЦЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) мышца сердца расслаблена
 - 2) мышца сердца спазмирована
 - 3) беспорядочное подергивания отдельных волокон
 - 4) на ЭКГ изолиния
- 1)
 - 2)

- 3)
- 4)
- 5)

5) на ЭКГ частые, 400-600 в минуту, осцилляции

348. ПОСТРАДАВШИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО
МАССАЖА СЕРДЦА ДОЛЖЕН ЛЕЖАТЬ НА

животе правом боку мягкой
кровати спине, жесткой
кровати
левом боку

349. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЗАПУСКУ СЕРДЦА ПРИ ОСТАНОВКЕ В
СИСТОЛЕ

- 1) введение кардиотоников
- 2) введение средств, расслабляющих миокард
- 3) дефибрилляция
- 4) введение кардиотоников, а затем расслабляющих средств
- 5) введение расслабляющих средств, а затем кардиотоников

350. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ
СМЕРТИ

- 1) различна у разных людей
- 2) 1 минута
- 3) 2 минуты
- 4) 5-6 минут
- 5) 2 часа

351. ДОСТАТОЧНЫМ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СИСТОЛИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ
ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 30 мм рт.ст.
- 1)
- 2)

- 3)
- 4)
- 5)

- 2) 50-60 мм рт.ст.
- 3) 60-70 мм рт.ст.
- 4) 10-20 мм рт.ст.
- 5) 150-160 мм рт.ст.

352. ХИМИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ДЕФИБРИЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) введение сердечных гликозидов
- 2) введение хлористого кальция
- 3) электроразряд
- 4) введение хлористого калия, затем - адреналина
- 5) введение норадреналина, затем - новокаинамида

353. НЕОБРАТИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ УМИРАНИИ
РАЗВИВАЮТСЯ БЫСТРЕЕ ВСЕГО В печени поч-

ках

сердце продолговатом мозге

коре головного мозга

354. ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП К СЕРДЦУ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ПРЯМОГО МАССАЖА

- 1) по средней линии живота
- 2) в IV межреберье справа от грудины
- 3) в VII межреберье слева от грудины
- 4) от среднеподмышечной линии до паравертебральной слева
- 5) в IV межреберье слева от грудины

355. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ
ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТ

- 1) подкожно
- 1)
- 2)

- 3)
- 4)
- 5)

- 2) внутримышечно
- 3) в подключичную вену
- 4) в полость сердца
- 5) в подключичную вену и в полость сердца

356. СОЗНАНИЕ В АГОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ

- 1) отсутствует
- 2) затемнено
- 3) ясное
- 4) сохранено
- 5) зависит от причины агонального состояния

357. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РЕАНИМАЦИОННЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ УТОПЛЕНИИ

- 1) кардиотоники, ИВЛ, массаж сердца, удалить воду
- 2) массаж сердца, ИВЛ, кардиотоники, удалить воду
- 3) удалить воду, массаж сердца, ИВЛ, кардиотоники
- 4) кардиотоники, удалить воду, массаж сердца, ИВЛ
- 5) удалить воду, кардиотоники, массаж сердца, ИВЛ

358. МЕСТО ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ
ИНЪЕКЦИИ

под нижним краем левой лопатки место верхушечно-
го толчка

- 1)
- 2)

- 3)
- 4)
- 5)

II межреберье справа от грудины

IV межреберье 1-2 см слева от грудины по среднеподмышечной линии слева

359. ВЕЛИЧИНА АД В ПРЕДАГОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ

- 1) в пределах нормы
- 2) 100/60 мм рт.ст.
- 3) не определяется
- 4) 60 мм рт.ст. и менее
- 5) выше нормы

360. ПРИЗНАК ПОПАДАНИЯ ИНЪЕКЦИОННОЙ ИГЛЫ В ПОЛОСТЬ СЕРДЦА

- 1) в шприц засасывается воздух
- 2) при потягивании за поршень в шприц поступает кровь
- 3) введение иглы на 3 см
- 4) эффект проваливания
- 5) введение иглы на 8-9 см

361. НАЛИЧИЕ РЕФЛЕКСОВ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

- 1) присутствуют
- 2) отсутствуют
- 3) в зависимости от причины
- 4) 2-5 минут положительные, затем отсутствуют
- 5) патологические

362. К УКОРОЧЕНИЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРИВОДИТ

- 1) искусственное дыхание

- 2) массаж сердца
- 3) гипотермия
- 4) подключение аппарата искусственного кровообращения
- 5) согревание

363. КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ РАВНОВЕСИЕ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ

- 1) не изменяется
- 2) развивается обменный и дыхательный ацидоз
- 3) развивается дыхательный алкалоз
- 4) обменный алкалоз
- 5) развивается обменный алкалоз с дыхательным ацидозом

364. СПОНТАННОЕ ДЫХАНИЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

- 1) отсутствует
- 2) сохраняется
- 3) поверхностное
- 4) резкая одышка
- 5) типа Чейн-Стокса

365. НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- 1) необходим
- 2) в зависимости от обширности инфаркта
- 3) можно проводить только в условиях стационара
- 4) начинают после ЭКГ
- 5) не нужен

366. РЕАНИМАЦИЯ — ЭТО

- 1) наука о старении организма
- 2) наука о движении небесных тел
- 3) наука об оживлении организма
- 4) наука о функциях здорового организма
- 5) наука о болезнях крови

367. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

- 1) это мгновенный процесс
- 2) 1 месяц
- 3) 6 минут
- 4) 30 минут
- 5) в зависимости от причины

368. ПРОГНОЗ РЕАНИМАЦИИ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТЕН ПРИ

- 1) первичной остановке сердца
- 2) первичной остановке дыхания
- 3) первичном поражении ЦНС
- 4) тяжелом шоке
- 5) декомпенсированной хронической почечной недостаточности

369. ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ
ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ВО ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ОБСТАНОВКЕ

- 1) закрытый массаж сердца и искусственное дыхание
- 2) открытый массаж сердца
- 3) дефибриляция
- 4) ЭКГ
- 5) инфузионная терапия

370. ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ГИДРОКАРБОНАТ НАТРИЯ ВВОДЯТ
ВНУТРИВЕННО С ЦЕЛЮ

- 1) коррекции метоболического ацидоза
- 2) повышения эффективности вводимых препаратов
- 3) уменьшения потребления кислорода
- 4) восполнения ОЦК
- 5) профилактики постреанимационных осложнений

371. ОПТИМАЛЬНЫЙ РИТМ ПРИ ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ
СЕРДЦА

- 1) 30-40 в 1 мин
- 2) 60-80 в 1 мин

- 3) 90-100 в 1 мин
- 4) 100-120 в 1 мин
- 5) 130-140 в 1 мин

372. ПРОЦЕНТ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ПРИ ПРАВИЛЬНО ПРОВЕДЕННОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА

- 1) 10-15%
- 2) 20-40%
- 3) 40-50%
- 4) 50-60%
- 5) 60-100%

373. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ЕГО НЕЭФФЕКТИВНОСТИ

- 1) 7 мин 2) 2 мин
- 3) 4 мин
- 4) 30 мин
- 5) 60 мин

374. ПРИЗНАК ОСТАНОВКИ СЕРДЦА

- 1) судороги
- 2) отсутствие пульса на сонной артерии
- 3) отсутствие самостоятельного дыхания
- 4) расширение зрачков
- 5) отсутствие сознания

375. МИНИМАЛЬНЫЙ ДОСТАТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ВДУВАЕМОГО ВОЗДУХА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИВЛ МЕТОДОМ «РОТ В РОТ»

- 1) 500 мл
- 2) 100 мл
- 3) 500-1000 мл
- 4) 1500-2000 мл
- 5) 2000-3000 мл

376. ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

- 1) 5-10/мин
- 2) 12-15/мин
- 3) 25-30/мин 4) 30/мин
- 5) 35-40/мин

377. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ УВЕЛИЧИТЬ ВЕНОЗНЫЙ ВОЗВРАТ К СЕРДЦУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) поднятие вверх нижних конечностей
- 2) пережатие брюшной аорты
- 3) наложение жгута на нижние конечности
- 4) положение Тренделенбурга
- 5) положение Фовлера

378. ВНУТРИСЕРДЕЧНО ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ВВОДИТСЯ

- 1) адреналина гидрохлорид
- 2) атропина сульфат
- 3) натрия хлорид
- 4) строфантин
- 5) эуфиллин

379. ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ

- 1) непрямой массаж сердца
- 2) прямой массаж сердца
- 3) дефибрилляция
- 4) искусственное дыхание
- 5) введение внутрисердечно адреналина

380. НАЧИНАЮТ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ С РАЗРЯДА

- 1) 2500В 2) 3500В 3) 5000В 4) 5500В
- 5) 6000В

381. ПОВЫШАЮТ НАПРЯЖЕНИЕ ПРИ КАЖДОМ ПОВТОРНОМ РАЗРЯДЕ ДЕФИБРИЛЯТОРА НА ВЕЛИЧИНУ

- 1) 100В
- 2) 250В
- 3) 500В
- 4) 750В
- 5) 1000В

382. ПОКАЗАНИЕМ К ВВЕДЕНИЮ АДРЕНАЛИНА ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) асистолия
- 2) фибрилляция
- 3) пароксизмальная тахикардия
- 4) электромеханическая диссоциация
- 5) атриовентрикулярная блокада

383. ЭФФЕКТ АДРЕНАЛИНА В УСЛОВИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА

- 1) усиливается
- 2) ослабляется
- 3) не изменяется
- 4) извращается
- 5) потенцируется

НАРУШЕНИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

384. РАЗЛИЧАЮТ АЦИДОЗ

- 1) эндогенный, экзогенный
- 2) спонтанный, детерминированный
- 3) дооперационный, послеоперационный
- 4) хирургический, терапевтический
- 5) метаболический, респираторный

385. pH КРОВИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 6,0-6,5
- 2) 6,56-7,0
- 3) 7,0-8,0

4) 7,35-7,45

5) 7,52-8,0

386. ПОКАЗАТЕЛЬ $p\text{CO}_2$ КРОВИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (в мм рт.ст.)

1) 8-15

2) 16-25 3) 25-35 4)

35-45

5) 45-55

387. ПОКАЗАТЕЛЬ
СОСТАВЛЯЕТ (в мЭкв/л)

БУФЕРНЫХ ОСНОВАНИЙ В НОРМЕ

1) 24,8

2) 38,4 3) 40

4) 54,5

5) 44,4

388. ПОКАЗАТЕЛЬ
СОСТАВЛЯЕТ (в мЭкв/л)

ИЗБЫТКА ОСНОВАНИЙ В НОРМЕ

1) $0 \pm 2,5$

2) $1,5 \pm 0,5$

3) $2 \pm 0,01$ 4) $3 \pm 0,01$

5) $3,5 \pm 0,1$

389. НОРМАЛЬНЫЕ ВЕЛИЧИНЫ СОДЕРЖАНИЯ CO_2 РАВНЫ (в мЭкв/л)

1) 1-6,5

2) 7,8-10,2

3) 15-20 4) 21-26

5) 30-40

390. РЕСПИРАТОРНЫЙ АЦИДОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) повышением внутричерепного давления

2) спазмом артериол

3) бронхоспазмом

4) уменьшением вентиляции легких

5) расширением сердца

391. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) HCl

2) гемодез

3) гидрокарбонат натрия

4) хлорид аммония

5) карбоген

392. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) NaHCO_3

2) эуфиллин

3) хлорид аммония

4) карбоген

5) гемодез

393. УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХЛОРА В КРОВИ (в ммоль/л)

1) 60-72

2) 73-84

3) 85-95

4) 96-108

5) 109-112

394. УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАТРИЯ В КРОВИ (в ммоль/л)

1) 90-110

2) 110-130

3) 130-150

4) 160-180

5) 190-200

ХИРУРГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ

395. К ПОВЕРХНОСТНЫМ (КОЖНЫМ) ПОВРЕЖДЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1) ушиб
- 2) разрыв связок
- 3) перелом
- 4) вывих
- 5) разрыв мышц

396. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) тепло
- 2) холод
- 3) УВЧ
- 4) маゼвые повязки
- 5) повязки с гипертоническим раствором

397. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБОВ В ПЕРВЫЕ СУТКИ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ

- 1) покой
- 2) тепло
- 3) возвышенное положение конечности
- 4) холод
- 5) давящую повязку

398. ПРИ РАСТЯЖЕНИИ СВЯЗОК НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) крепитация костных отломков
- 2) флюктуация
- 3) нарушение функции сустава
- 4) болезненность при осевой нагрузке
- 5) «пружинящая фиксация»

399. В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПРИ РАЗРЫВЕ СВЯЗОК ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ

- 1) покой
- 2) давящую повязку

3) 4)

5)

тепло на сустав

обезболивающие препараты иммобилизацию сустава гипсовой лангетой

400. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО РАЗРЫВА МЫШЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) «пружинящая фиксация»
- 2) крепитация
- 3) укорочение конечности
- 4) пальпаторное определение дефекта в мышце в зоне повреждения
- 5) патологическая подвижность

401. ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ

- 1) плеча
- 2) предплечья
- 3) лучезапястного сустава
- 4) бедра
- 5) основной фаланги первого пальца

402. ПЕРЕЛОМОВЫВИХОМ НАЗЫВАЕТСЯ СОСТОЯНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ОДНОВРЕМЕННЫМ

- 1) переломом и смещением костных отломков
- 2) переломом и интерпозицией мышц между отломками
- 3) переломом с вколачиванием отломков
- 4) вывихом одной кости и переломом другой кости
- 5) вывихом и переломом суставных и околосуставных отделов кости

403. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ВЫВИХ

- 1) нижней челюсти

3) 4)

5)

2) ключицы

3) локтевой кости

4) плеча

5) голеностопного сустава

404. ПРИ ВИНТООБРАЗНОМ ПЕРЕЛОМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ СМЕЩЕНИЕ

1) по длине

2) под углом

3) ротационное

4) по ширине

5) боковое

405. ВИД ПЕРЕЛОМА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ

1) эпифизарный

2) метафизарный

3) диафизарный

4) эпифизеолиз

5) внутрисуставной

406. ВИД ПЕРЕЛОМА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧА У БОЛЬНОГО 60 ЛЕТ

1) эпифизарный

2) метафизарный

3) диафизарный

4) эпифизеолиз

5) внутрисуставной

1)

2)

407. ВИД НАДМЫШЦЕЛКОВОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ

- 1) эпифизарный
- 2) метафизарный
- 3) диафизарный
- 4) эпифизеолиз
- 5) внутрисуставной

408. ВИД ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ

- 1) эпифизарный
- 2) метафизарный
- 3) диафизарный
- 4) эпифизеолиз
- 5) внутрисуставной

409. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ОТЛОМОК СМЕЩАЕТСЯ

кпереди и кнутри

кпереди и кнаружи кнаружи кзади и кнаружи кзади и кнутри

410. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ОТЛОМОК СМЕЩАЕТСЯ

- 1) кпереди и кнутри
- 2) кпереди и кнаружи
- 3) кнаружи
- 4) кзади и кнаружи
- 5) кзади и кнутри

411. ВИД СМЕЩЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПЕРЕЛОМА НАДКОЛЕННИКА

- 1)
- 2)

3) 4)

5)

1) смещение по оси

2) смещение по ширине

3) с расхождением отломков

4) под углом

5) ротационный

412. ВИД ПЕРЕЛОМА ОБЕИХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ

1) эпифизарный

2) метафизарный

3) диафизарный

4) эпифизеолиз

5) внутрисуставной

413. ВИД ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНКОВ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ В СОГНУТОМ ПОЛОЖЕНИИ

1) поперечный

2) косой

3) винтообразный

4) компрессионный

5) поперечно-зубчатый

414. ВИД ПЕРЕЛОМА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ В НАДЛОДЫЖЕЧНОЙ ОБЛАСТИ

эпифизарный метафизарный

1)

2)

диафизарный эпифизеолиз внутрисуставной

415. ВИД ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ С УПОРОМ НА ВЫТЯНУТЫЕ РУКИ

- 1) оскольчатый
- 2) спиральный
- 3) косой
- 4) вколоченный
- 5) поперечный

416. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА РЕБРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) появление болей при надавливании на грудину
- 2) появление болей при пальпации по ходу ребер
- 3) появление болей при одновременном надавливании на позвоночник и грудину
- 4) наличие гематомы в области перелома
- 5) наличие подкожной эмфиземы в области перелома

417. СИМПТОМ «ПРИЛИПШЕЙ ПЯТКИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПЕРЕЛОМА

- 1) шейки бедра
- 2) голени
- 3) надколенника
- 4) голеностопного сустава
- 5) костей стопы

418. ВИД СМЕЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) осмотре
- 2) пальпации

- 3) определении объема движения в суставе
- 4) рентгенологическом исследовании
- 5) УЗИ

419. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫВИХА ГОЛОВКИ БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ **пружинящая фиксация**

патологическая подвижность

укорочение конечности
боль и отек тканей
кровоизлияние

420. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА ТРУБЧАТОЙ КОСТИ

- 1) нарушение функции
- 2) боль, отек и гиперемия мягких тканей
- 3) деформация
- 4) **крепитация костных отломков**
- 5) кровоизлияние

421. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

- 1) нарушение функции
- 2) деформация
- 3) кровоизлияние
- 4) укорочение конечности
- 5) **патологическая подвижность**

422. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА КОСТИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ

- 1) нарушение функции
- 2) деформация
- 3) кровоизлияние
- 4) **патологическая подвижность**
- 5) боль, отек и гиперемия мягких тканей

423. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ВЫВИХА ПРЕДПЛЕЧЬЯ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ

- 1) отек и кровоизлияние

2) пружинящая фиксация

- 3) укорочение конечности
- 4) деформация, нарушение функции
- 5) патологическая подвижность

424. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ВЫВИХА ПЛЕЧА

- 1) отек мягких тканей
- 2) кровоизлияние
- 3) пружинящая фиксация
- 4) деформация, нарушение функций
- 5) патологическая подвижность

425. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отек мягких тканей
- 2) боль
- 3) укорочение конечности
- 4) деформация, нарушение функции
- 5) кровоизлияние

426. ВИД ПЕРЕЛОМА ОКОНЧАТЕЛЬНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) при выяснении анамнеза
- 2) при осмотре
- 3) при пальпации
- 4) при рентгенологическом исследовании
- 5) при измерении объема движений в суставе

427. МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ
УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

- 1) при рентгенологическом исследовании
- 2) при выяснении анамнеза
- 3) при осмотре
- 4) при появлении болей при осевой нагрузке

5) при измерении объема движений в суставе

428. ВЕЛИЧИНА КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ

1) 1500-2000 мл

2) 600-700 мл

3) 300-400 мл

4) 1000-1200 мл

5) 100-200 мл

429. ВЕЛИЧИНА КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

1) 1500-2000 мл

2) 600-700 мл

3) 300-400 мл

4) 1000-1200 мл

430. ВЕЛИЧИНА КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

1) 1500-2000 мл

2) 600-700 мл

3) 300-400 мл

4) 1000-1200 мл

5) 100-200 мл

431. ЦЕЛЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

1) вытяжение

2) противоболевое

3) противоотечное

4) фиксация

5) кровоостанавливающее

432. ВИД ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА

1) на мягких носилках на спине

2) на жестких носилках на спине

3) на жестких носилках в положении "лягушка"

4) с помощью шины Дитерихса

5) в шинах Крамера

433. СРЕДСТВО ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ
ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

1) шина Дитерихса

2) шина Беллера

3) шина Крамера

4) повязка Дезо

5) косыночная повязка

434. СРЕДСТВО ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ
ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ

1) шина Крамера

2) шина Беллера

3) косыночная повязка

4) шина Дитерихса

5) повязка Дезо

435. ВИД ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ
ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

1) на шине Беллера

2) на мягких носилках на спине

3) на жестких носилках на спине

4) на жестких носилках в положении "лягушка"

5) шина Еланского

436. ГРАНИЦЫ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ У ПО-
СТРАДАВШЕГО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

1) пальцы - лопатка здоровой стороны

2) кисть - лопатка больной стороны

3) лучезапястный сустав - лопатка больной стороны

- 4) пальцы - верхняя треть плеча
- 5) предплечье - плечо больной стороны

437. ГРАНИЦЫ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ У ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

- 1) пальцы - лопатка здоровой стороны
- 2) кисть - лопатка больной стороны
- 3) лучезапястный сустав - лопатка больной стороны
- 4) пальцы - верхняя треть плеча
- 5) предплечье - плечо больной стороны

438. ГРАНИЦЫ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ У ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ

- 1) голеностопный сустав - средняя треть бедра
- 2) голеностопный сустав - тазобедренный сустав
- 3) пальцы стопы - верхняя треть бедра
- 4) пальцы стопы - средняя треть бедра
- 5) пальцы стопы - нижняя треть бедра

439. ГРАНИЦЫ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ У ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

- 1) голеностопный сустав - средняя треть бедра
- 2) голеностопный сустав - тазобедренный сустав
- 3) пальцы стопы - верхняя треть бедра
- 4) пальцы стопы - средняя треть бедра
- 5) пальцы стопы - тазобедренный сустав

440. ВИД ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ – ВЫВИХЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

- 1) на мягких носилках на спине
- 2) на жестких носилках на спине
- 3) с вытяжением за петлю Глиссона
- 4) воротник Шанца и на жестких носилках
- 5) дистракционная шина ЦИТО

441. ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРОИЗВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ

- 1) скелетного вытяжения
- 2) лейкопластырного вытяжения
- 3) шины Беллера
- 4) петли Глиссона
- 5) аппаратом Илизарова

442. ПОВЯЗКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОБЕИХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

- 1) U-образную
- 2) кокситную
- 3) мостовидную
- 4) заднюю лангету
- 5) корсет

443. ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

- 1) кокситная
- 2) задняя гипсовая лонгета
- 3) U-образная
- 4) корсет
- 5) шарнирно-гильзовая

444. ОБРАЗОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ МОЗОЛИ ПРОИСХОДИТ В СРЕДНЕМ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 5-6 недель
- 2) 6-7 недель
- 3) 3-4 недель
- 4) 4-6 недель
- 5) 2 месяцев

445. РЕПОЗИЦИЯ - ЭТО

- 1) удержание костных отломков

2) сопоставление костных отломков

- 3) ускорение процессов сращения
- 4) улучшение общего состояния больного
- 5) применение средств, стимулирующих консолидацию

446. РЕПОЗИЦИЮ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1) на месте получения травмы (при оказании первой помощи)
- 2) при транспортировке пострадавшего в стационар
- 3) во время санитарной обработке в приемном покое
- 4) **в операционной в ближайшее время после поступления**
- 5) в любом из перечисленных мест и любое время

447. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ БОЛЕЙ, ОТЕКА ПАЛЬЦЕВ, РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НЕОБХОДИМО

- 1) снять гипсовую повязку
- 2) наложить скелетное вытяжение
- 3) конечности придать возвышенное положение
- 4) **частично или полностью разрезать повязку, а края** развести
- 5) ввести обезболивающее

448. ИММОБИЛИЗАЦИЯ - ЭТО

1) обеспечение неподвижности костных отломков

- 2) сопоставление костных отломков
- 3) ускорение процессов сращения
- 4) улучшение общего состояния больного
- 5) применение средств, стимулирующих консолидацию

449. ПРИ ЗАКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ НЕОБХОДИМО

- 1) скелетное вытяжение
- 2) компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом

Илизарова

3) гипсовая повязка

4) интрамедуллярный металлоостеосинтез

5) накостный остеосинтез металлической пластиной

450. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОБЕИХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ НЕОБХОДИМО

1) скелетное вытяжение

2) гипсовая повязка

3) чрескостный внеочаговый остеосинтез в аппарате Илизарова

4) интрамедуллярный металлоостеосинтез

5) трансфиксация спицами Киршнера

451. ГЛАВНЫЙ ЭЛЕМЕНТ В МОРФОЛОГИИ СРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ

1) организация гематомы вокруг обломков

2) формирование хрящевой мозоли

3) периостальная костная мозоль

4) интермедиарная костная мозоль

5) эндостальная костная мозоль

452. МАССА ГРУЗА ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ У БОЛЬНОГО 70 КГ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

1) 15 кг

2) 10 кг

3) 7 кг

4) 4 кг

5) 3 кг

453. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

1) шину Кузьминского

2) шину Беллера

- 3) шину Цито
- 4) шину Дитерикса
- 5) балканскую рану

454. МАССА ГРУЗА ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ У БОЛЬНОГО 70 КГ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

- 1) 20 кг 2) 10 кг 3) 7 кг
- 4) 6 кг
- 5) 4 кг

455. МАССА ГРУЗА ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ У РЕБЕНКА 35 КГ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

- 1) 15 кг
- 2) 10 кг
- 3) 5 кг
- 4) 4,5 кг
- 5) 3,5 кг

456. МАССА ГРУЗА ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ У БОЛЬНОГО 90 КГ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

- 1) 20 кг 2) 10 кг
- 3) 5,5 кг 4) 4,5 кг
- 5) 3,5 кг

457. ПОСТЕПЕННАЯ РЕПОЗИЦИЯ ОТЛОМКОВ ДОСТИГАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) шины Дитерихса
- 2) гипсовой повязки
- 3) интрамедуллярного остеосинтеза
- 4) скелетного вытяжения
- 5) экстрамедуллярного остеосинтеза

458. ЗАКРЫТАЯ ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕПОЗИЦИЯ ОТЛОМКОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ

- 1) консервативном лечении переломов
- 2) скелетном вытяжении
- 3) экстрамедуллярном остеосинтезе
- 4) интрамедуллярном остеосинтезе
- 5) компрессионно-дистракционном внеочаговом остеосинтезе

459. ВИД ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ СПОСОБЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ

- 1) аппарат Илизарова
- 2) стержень Богданова
- 3) спицы Киршнера
- 4) проволочные швы
- 5) гипсовая повязка

460. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РУЧНОЙ РЕПОЗИЦИИ И НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТЫ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) контрольное рентгенографическое исследование
- 2) компьютерную томографию
- 3) введение анальгина
- 4) общий анализ крови
- 5) введение кордиамина

461. ПОКАЗАНИЕМ К КОНСЕРВАТИВНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) закрытый мелкооскольчатый перелом костей голени в средней трети со смещением отломков
- 2) закрытый поперечно-зубчатый перелом бедренной кости
- 3) открытый перелом бедра с повреждением бедренной артерии
- 4) перелом латеральной лодыжки без смещения отломков
- 5) открытый перелом плеча

462. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЗАКРЫТОГО ВПРАВЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ВЫВИХА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) открытый вывих
- 2) интерпозиция мягких тканей
- 3) застарелый вывих
- 4) привычный вывих
- 5) закрытый свежий вывих

463. ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) консервативный способ
- 2) компрессионно-дистракционный
- 3) интрамедуллярный остеосинтез
- 4) экстрамедуллярный остеосинтез
- 5) открытую репозицию

464. ПЕРИОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПРИ СКЕЛЕТНОМ ВЫТЯЖЕНИИ

- 1) 1-2 дня
- 2) 3-4 дня
- 3) 1-2 недели
- 4) 3-4 недели
- 5) 1-2 месяца

465. МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ СПИЦЫ КИРШНЕРА ПРИ ДИАФИЗАРНОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

- 1) пяточную кость
- 2) локтевой отросток
- 3) надмыщелки бедра
- 4) диафиз костей голени
- 5) лодыжки

466. ДОСТОИНСТВОМ МЕТОДА СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возможность наблюдения за состоянием конечности
- 2) мобильность больного

- 3) отсутствие повреждения кожных покровов
- 4) возможность инфекционных осложнений
- 5) необходимость стационарного лечения

467. АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ
ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

- 1) смещение отломков кости под углом
- 2) смещение отломков кости по ширине
- 3) смещение отломков кости по длине
- 4) ротационное смещение
- 5) открытый перелом

468. ДЛЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА
ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) металлические пластины
- 2) проволочные шины
- 3) аппарат Илизарова
- 4) ультразвуковую сварку
- 5) стержни Богданова

469. ОСНОВНОЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ

- 1) обкалывание раны раствором антибиотиков
- 2) назначение антибактериальной терапии
- 3) выполнение скелетного вытяжения
- 4) выполнение прочного остеосинтеза
- 5) проведение первичной хирургической обработки

470. ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМ ОСТЕОСИНТЕЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фиксация отломков металлическими пластинами
- 2) фиксация отломков болтом-стяжкой
- 3) стягивание костных отломков проволокой

4) фиксация отломков стержнем Богданова

5) фиксация отломков полукольцевидным фиксатором Роднянского

471. ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ

- 1) смещение отломков по длине
- 2) смещение отломков под углом больше 150^0
- 3) ротационное смещение
- 4) интерпозиция мягких тканей
- 5) смещение отломков по ширине

472. ПРИ ОЖОГЕ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) все слои кожи
- 2) сосочковый слой кожи
- 3) эпидермис
- 4) кожа и подкожная клетчатка
- 5) кожа и глубжележащие ткани

473. ОЖГОВЫЙ ШОК ВСЕГДА ВОЗНИКАЕТ

- 1) I степени до 10% поверхности тела
- 2) II степени до 5% поверхности тела
- 3) независимо от степени при ожоге до 3% поверхности тела
- 4) независимо от степени при ожогах более 50% поверхности тела
- 5) при ожогах кислотой

474. КЕЛЛОИДНЫЙ РУБЕЦ ОБРАЗУЕТСЯ ПРИ ОЖОГАХ

- 1) I степени
- 2) II степени
- 3) III степени
- 4) IIIA степени
- 5) IIIB степени

475. ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) обратимая сосудистая реакция
- 2) отслойка эпидермиса и поражение кожи до сосочкового слоя
- 3) некроз сосочкового слоя
- 4) некроз всей толщи кожи
- 5) обугливание кожи

476. ПРИ ОЖОГЕ IIIБ СТЕПЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) гиперестезия
- 2) гиперемия
- 3) гипостезия или полная анестезия
- 4) отслоение эпидермиса
- 5) болезненность

477. ПРИ ОЖОГЕ ЕДКОЙ ЩЕЛОЧЬЮ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) образование пузырей
- 2) гиперемия кожи
- 3) кровоизлияние
- 4) коагуляционный некроз
- 5) колликативный некроз

478. ПРИ ОЖОГЕ КИСЛОТОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) образование пузырей
- 2) гиперемия кожи
- 3) кровоизлияние
- 4) коагуляционный некроз
- 5) колликативный некроз

479. ПРИ ОЖОГЕ IIIА СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ

- 1) поражение на уровне эпидермиса
- 2) некроз эпителия и поверхностных слоев дермы
- 3) повреждение всего эпителия
- 4) некроз всех слоев дермы

- 5) некроз кожи и глубжележащих тканей

480. ПРИ ОЖОГЕ III Б СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ

- 1) поражение на уровне эпидермиса
- 2) некроз эпителия и поверхностных слоев дермы
- 3) повреждение всего эпителия
- 4) некроз всех слоев дермы
- 5) некроз кожи и глубжележащих тканей

ПО 481. «ПРАВИЛО ДЕВЯТОК» - ЭТО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ОЖОГА

- 1) методу А.Уоллеса
- 2) методу И.И.Глумова
- 3) методу Б.Н.Постникова
- 4) схемам Г.Д.Вилявина
- 5) методу И.И.Гулимова, Б.Н.Постникова

ОЖОГА ПО 482. «ПРАВИЛО ЛАДОНИ» — ЭТО ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ

- 1) методу А.Уоллеса
- 2) методу И.И. Глумова
- 3) методу Б.Н.Постникова
- 4) схемам Г.Д. Вилявина
- 5) методу И.И. Гулимова, Б.Н.Постникова

483. АВТОР СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ОЖОГЕ С ПОМОЩЬЮ СТЕРИЛЬНОЙ МАРЛИ И МИЛЛИМЕТРОВОЙ БУМАГИ

- 1) А Уоллес
- 2) И.И. Гулимов
- 3) Б.Н.Постников
- 4) Г.Д. Вилявин
- 5) А.В.Вишневский

484. МЕТОД ТЕТРАЦИКЛИНОВОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

- 1) определения глубины ожога
- 2) определения степени ожога
- 3) определения состояния кровообращения в зоне ожога
- 4) определения площади ожога
- 5) прогнозирования исхода ожоговой болезни

485. ЛОКАЛЬНО ПРИ ОЖОГЕ III Б СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) повышение болевой чувствительности
- 2) наличие тонкостенных пузырей
- 3) повышение температуры на $1,5-2,0^{\circ}$
- 4) понижение температуры на $1,5-2,0^{\circ}$
- 5) гиперемия кожи

486. ОТЛИЧИЕМ ОЖОГОВОГО ШОКА ОТ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отсутствие кровопотери и нарушение сознания
- 2) снижение АД и выраженная плазмопотеря
- 3) выраженная плазмопотеря
- 4) отсутствие кровопотери и выраженная плазмопотеря
- 5) отсутствие кровопотери и снижение АД

487. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ОЖОГОВОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение проницаемости сосудистых и клеточных мембран
- 2) нарушение микроциркуляции
- 3) спазм периферических сосудов
- 4) выраженная плазмопотеря
- 5) увеличение потребления кислорода тканями

488. ВТОРОЙ ПЕРИОД ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) ожоговый шок I степени

2) ожоговый шок II степени

3) острая токсемия

4) септикотоксемия

5) реконвалесценция

489. РЕАКТИВНЫЙ ПЕРИОД ОТМОРОЖЕНИЯ НАСТУПАЕТ

1) при длительном воздействии низкой температуры

2) после образования демаркационной линии

3) после согревания отмороженных тканей

4) при спазме сосудов

5) при проведении инфузионно-трансфузионной терапии

490. ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ II СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

1) эпидермис

2) все слои кожи

3) кожа и подкожно-жировая клетчатка

4) кожа до Мальпигиевого слоя

5) кожа с подлежащими тканями

491. НЕКРЭКТОМИЮ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ
ОТМОРОЖЕНИЙ МОЖНО ПРОИЗВОДИТЬ

1) при оказании первой помощи

2) после согревания пораженных тканей

3) после общего согревания больного

4) после образования демаркационной линии

5) после снятия признаков воспаления

492. ДЛЯ ОТМОРОЖЕНИЙ III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

1) обратимое расстройство кровообращения кожи

2) некроз поверхностного слоя кожи с отслойкой эпидермиса

3) некроз всей толщи кожи

4) некроз костей

5) образование пузырей

493. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) постепенном согревании пораженных участков тела
- 2) применении УВЧ на пораженные участки
- 3) вскрытии пузырей
- 4) наложении мажевых повязок
- 5) удалении отмороженных тканей

494. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПОРАЖЕННОМУ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ

ТОКОМ

- 1) начать искусственную вентиляцию легких
- 2) начать непрямой массаж сердца
- 3) наложить асептическую повязку на поверхность ожогов
- 4) освободить пострадавшего от проводника электрического тока
- 5) ввести 1 мл 0,1% раствора атропина

495. ПРИ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ

- 1) определяется некроз всех слоев эпителия
- 2) признаки некроза кожи не определяются
- 3) происходит некроз всей кожи
- 4) происходит некроз подкожножировой клетчатки
- 5) происходит отек эпителия

496. ВТОРИЧНЫЙ НЕКРОЗ ТКАНЕЙ ВОЗНИКАЕТ

- 1) при ожоге кислотой
- 2) при электроожоге
- 3) при отморожении IV степени
- 4) при ожоге щелочью
- 5) при лучевом ожоге

497. ОПАСНЫМ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА СЧИТАЕТСЯ НАПРЯЖЕНИЕ И

СИЛА ТОКА

1) выше 36 вольт и более 0,1 ампера

2) выше 15 вольт и более 0,05 ампера 3) выше 10 вольт и более 0,01 ампера 4) выше 25 вольт и более 0,01 ампера

5) выше 20 вольт и более 0,01 ампера

498. ПЕТЛЯ ТОКА - ЭТО 1) вход тока

2) выход тока

3) вариант распространения тока в теле человека

4) обугливание эпидермиса

5) электролиз жидкостей организма

499. СИМПТОМ УШИБА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ

1) рвота

2) потеря сознания

3) амнезия

4) анизокория

5) подкожная гематома

500. СИМПТОМЫ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

1) судороги, кома

2) головная боль, тошнота, учащение пульса

3) кровь в спинномозговой жидкости, застойный сосок зрительного нерва

4) амнезия, анизокория

5) рвота, брадикардия, головная боль

501. УВЕЛИЧЕНИЮ ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ОТЕКУ МОЗГА ПРИ ЕГО ТРАВМЕ СПОСОБСТВУЕТ

1) спазм артерий

2) спазм вен

3) дилатация артерий

4) дилатация вен

5) спазм вен и дилатация артерий

502. СИМПТОМАТИКА СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА
ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ОБУСЛОВЛИВАЕТСЯ

- 1) повреждением черепных нервов
- 2) наличием кровоподтеков на голове
- 3) отеком мозга
- 4) психическим состоянием в момент травмы
- 5) величиной артериального давления

503. ВИД ТЕРАПИИ ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

- 1) симптоматическая
- 2) дегидратационная
- 3) дезинтоксикационная
- 4) симптоматическая и дегидратационная
- 5) симптоматическая и дезинтоксикационная

504. ДЛЯ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1) гематомы мягких тканей головы
- 2) общемозговых симптомов
- 3) патологических симптомов со стороны оболочек мозга
- 4) локальных симптомов со стороны черепных нервов
- 5) кровотечения из слухового прохода

505. ПРИ НАРАСТАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ГЕМАТОМЕ
НЕОБХОДИМО

- 1) экстренная операция и дегидратационная терапия
- 2) симптоматическая и дегидратационная терапия
- 3) симптоматическая терапия и при отсутствии эффекта - операция
- 4) антибактериальная и симптоматическая терапия
- 5) оперативное лечение не требуется

506. НАРАСТАЮЩЕЕ ЛОКАЛЬНОЕ СДАВЛЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА
ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) сотрясением тканей мозга с последующим его отеком
- 2) нарастанием гематомы с отеком мозга
- 3) наличием кровоизлияния в спинномозговую жидкость
- 4) брадикардией
- 5) потерей сознания

507. ЛОКАЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ СДАВЛЕНИИ МОЗГА НАРАСТАЮЩЕЙ ГЕМАТОМОЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сразу после травмы
- 2) через некоторый «светлый» промежуток времени
- 3) в момент травмы
- 4) сразу после госпитализации
- 5) появление локальной симптоматики не характерно

508. УШИБ МОЗГА СОПРОВОЖДАЕТСЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

- 1) всегда
- 2) в большинстве случаев
- 3) редко
- 4) очень редко
- 5) никогда

509. АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ СВОДА ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) боль в области раны
- 2) кровотечение из раны
- 3) тошнота и рвота
- 4) крепитация костных отломков
- 5) истечение ликвора из раны

510. НАПРЯЖЕННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС ВОЗНИКАЕТ

- 1) при открытом пневмотораксе
- 2) при гемотораксе
- 3) при закрытом пневмотораксе

- 4) при клапанном пневмотораксе
- 5) при смешанном пневмотораксе

511. СРОЧНАЯ ПУНКЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ
ПОКАЗАНА

- 1) при открытом пневмотораксе
- 2) при закрытом пневмотораксе
- 3) при напряженном пневмотораксе
- 4) при клапанном пневмотораксе
- 5) при гемопневмотораксе

512. ОККЛЮЗИОННАЯ ПОВЯЗКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1) переломах ребер
- 2) открытом пневмотораксе
- 3) капиллярном кровотечении
- 4) повреждении мягких тканей
- 5) гемотораксе

513. СИНДРОМ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) кровотечения из сосудов грудной клетки
- 2) сдавливании грудной клетки
- 3) гипоксии органов грудной клетки
- 4) длительном сдавливании конечности
- 5) ушибе почек

514. ПРИ НАРУЖНОМ КЛАПАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ
ХАРАКТЕРНО

- 1) эмфизема мягких тканей в области раны
- 2) баллотирование средостения
- 3) сдавление легкого противоположной стороны
- 4) смещение средостения в сторону спавшегося легкого
- 5) смещение средостения в противоположную сторону

515. ПРИ НАРУЖНОМ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ
ХАРАКТЕРНО

- 1) спадение легкого на стороне повреждения
- 2) спадение легкого на противоположной стороне
- 3) баллотирование средостения
- 4) смещение средостения в сторону повреждения
- 5) смещение средостения в противоположную сторону

516. ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТКРЫТОМ
НАРУЖНОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

- 1) трубчатый дренаж плевральной полости
- 2) наложение окклюзионной повязки
- 3) активное отсасывание воздуха
- 4) наложение асептической повязки
- 5) искусственная вентиляция легких

517. ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАРУЖНОМ
КЛАПАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

- 1) искусственная вентиляция легких
- 2) окклюзионная повязка с одномоментным отсасыванием воздуха
- 3) окклюзионная повязка с наложением постоянного дренажа
- 4) наложение асептической повязки
- 5) непрямой массаж сердца

518. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ РАНЕНИИ СЕРДЦА, ГЕМОПЕРИКАРДЕ

- 1) пункция перикарда
- 2) экстренная операция, ушивание раны кетгутом
- 3) экстренная операция, введение гемостатического тампона в рану
- 4) экстренная операция, ушивание раны сердца
- 5) наблюдение, операция при нарастании гемоперикарда

519. ПРИ ЗАКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ СО СТОРОНЫ ПО-
РАЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) отставание в акте дыхания

2) влажные хрипы

3) притупление перкуторного звука

4) бронхиальное дыхание

5) четко прослушиваются дыхательные шумы

520. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ НАРАСТАЮЩЕЙ МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЭМФИЗЕМЕ

1) не требуются

2) баротерапия

3) срочная операция

4) плевральные пункции

5) постуральный дренаж

521. ПУНКЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО СИДЯ ПО СРЕДНЕ-КЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ В МЕЖРЕБЕРЬЯХ

1) I

2) II-III

3) IV-V

4) VI-VIII

5) не имеет значения в каких

522. ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЛОГО ОРГАНА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ

1) кровотечения

2) пневмоторакса

3) раздражения брюшины

4) крепитации

5) притупление перкуторного звука

523. АБСОЛЮТНЫЙ ПРИЗНАК, ВОЗНИКАЮЩИЙ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- 1) снижение АД, учащение пульса
- 2) наличие раны на передней брюшной стенке
- 3) отсутствие сознания
- 4) наличие в ране сальника
- 5) притупление перкуторного звука

524. ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И ПОВРЕЖДЕНИИ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ОРГАНА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМЫ

- 1) раздражения брюшины
- 2) симптом Щеткина-Блюмберга
- 3) кровотечения
- 4) гемоперикардиума
- 5) гемоторакса

525. ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) при центральном вывихе бедра
- 2) при переломе крыла подвздошной кости
- 3) при переломе седалищной и лонной кости с обеих сторон (типа «бабочки»)
- 4) при чрезвертлужном переломе
- 5) при переломе крестца и копчика

526. ПРОНИКАЮЩЕЙ РЕЗАНОЙ РАНОЙ ЖИВОТА НАЗЫВАЕТСЯ РАНА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- 1) кожи
- 2) мышц
- 3) париетальной брюшины
- 4) висцеральной брюшины
- 5) внутренних органов

527. ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАЗРЫВЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ирригоскопия
- 2) ФГС

3) обзорная рентгенография брюшной полости

4) лапароскопия

5) пассаж бария по кишечнику

528. ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ
РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) лапароскопия

3) контрастная цистография

4) ирригоскопия

5) общий анализ мочи

529. ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАБРЮШИННЫХ ОРГАНОВ С
СОХРАНЕНИЕМ ЦЕЛОСТИ БРЮШИНЫ ПРОЯВЛЯЮТСЯ РАЗВИТИЕМ

1) забрюшинной гематомы

2) внутрибрюшного кровотечения

3) гемоторакса

4) перитонита

5) пневмоторакса

530. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) лапароцентез с «шарящим» катетером

2) рентгенография брюшной полости

3) ирригоскопия

4) ФГС

5) экскреторная урография

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

531. ПО ОТНОШЕНИЮ К ПОЛОСТЯМ ТЕЛА РАНЫ ДЕЛЯТ НА

1) колотые, резаные, огнестрельные

2) сквозные, касательные, слепые

3) проникающие, непроникающие

4) разможенные, огнестрельные

5) хирургические, боевые, случайные

532. ПЕРВИЧНАЯ ФАЗА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПО КУЗИНУ
НАЗЫВАЕТСЯ

1) фазой сосудистых реакций

2) фазой клеточных реакций

3) фазой регенерации

4) фазой реорганизации рубца и эпителизации

5) фазой воспаления

533. ПЕРВИЧНОЙ РАНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ РАНА,
ОБРАЗОВАВШАЯСЯ

1) после вскрытия гнойного очага

2) вследствие нагноения операционной раны

3) вследствие нагноения травматической раны

4) вследствие тяжелого иммунодефицита

5) после удаления инородного тела

534. В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ГНОЙНОЙ РАНЕ ПРОИСХОДИТ

1) усиленный рост грануляций

2) пролиферация фибробластов

3) накопление недоокисленных продуктов обмена

4) запустевание капилляров

5) развитие фиброзной ткани

535. ТРЕТЬЯ ФАЗА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПО КУЗИНУ
НАЗЫВАЕТСЯ

1) фазой регенерации

2) фазой клеточной реакции

3) фазой реорганизации рубца и эпителизации

4) фазой сосудистой реакции

5) фазой воспаления

536. ДОСТОВЕРНЫМ СПОСОБОМ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) микробное число на грамм ткани раны
- 2) измерение площади раны
- 3) контрактометрия раны
- 4) иммунограмма
- 5) исследование содержания эозинофилов в периферической крови

537. ВТОРИЧНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ТКАНЕЙ В ПЕРВОЙ ФАЗЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) размерами раны
- 2) возрастом больного
- 3) вирулентностью микрофлоры
- 4) иммунодефицитом
- 5) избыточным отеком

538. СЛУЧАЙНАЯ РАНА ЯВЛЯЕТСЯ ИНФИЦИРОВАННОЙ СПУСТЯ

- 1) 2 часа
- 2) 4 часа
- 3) 5 часов
- 4) 8 часов
- 5) 12 часов

539. КРИТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ РАН РАВЕН

- 1) 10^{10} - 10^{11} на 1см^2 раневой поверхности
- 2) 10^{12} - 10^{13} на 1см^2 раневой поверхности
- 3) 10^2 - 10^3 на 1см^2 раневой поверхности
- 4) 10^7 - 10^8 на 1см^2 раневой поверхности
- 5) 10^5 - 10^6 на 1см^2 раневой поверхности

540. ФИБРОБЛАСТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1) некролиз
- 2) бактериолиз, протеолиз
- 3) иммунологические реакции
- 4) коллагенез
- 5) выработку гистамина

541. ПЕРЕХОДУ РАНЫ ИЗ СОСТОЯНИЯ ПЕРВИЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ В СОСТОЯНИЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) использование гипсовой повязки
- 2) применение окклюзионной повязки
- 3) способ транспортировки больного в стационар
- 4) температура окружающей среды
- 5) иммунодефицитное состояние больного

542. ВТОРИЧНОЙ ГНОЙНОЙ РАНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ РАНА, ОБРАЗОВАВШАЯСЯ

- 1) после некротомии
- 2) вследствие авитаминоза
- 3) после вскрытия гнойного очага
- 4) вследствие нагноения травматической раны
- 5) после некрэктомии

543. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ РАНЫ

- 1) сокращается срок до начала гнойного осложнения
- 2) агравруется тяжесть инфекционного осложнения
- 3) удлиняются сроки фазы реорганизации рубца и эпителизации
- 4) резко возрастает вероятность гнойного осложнения раневого процесса
- 5) удлиняются сроки фазы регенерации

544. ПЕРВИЧНОЕ БАКТЕРИАЛЬНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ - ЭТО 1) проникновение микробов в рану после ранения

2) попадание микробов в рану в момент ранения

3) попадание микробов в рану в момент перевязки

4) попадание микробов в рану в процессе ПХО

5) попадание микробов в рану после ПХО

545. ЗАЖИВЛЕНИЮ РАНЫ ПЕРВИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ СПОСОБСТВУЕТ

1) активация фибринолиза

2) наличие в ране дренажа

3) адаптация краев раны

4) образование серомы

5) образование гематомы

546. ВТОРИЧНОЙ ГНОЙНОЙ РАНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ РАНА, ОБРАЗОВАВШАЯСЯ

1) после некрэктомии

2) вследствие нагноения чистой операционной раны

3) после удаления инородного тела

4) вследствие иммунодефицита

5) после вскрытия гнойного очага

547. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ РАНЫ В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

1) фибробласты

2) тучные клетки

3) профибробласты

4) нейтрофилы, лимфоциты, макрофаги

5) тромбоциты

548. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН ВТОРИЧНЫМ НАТЯЖЕНИЕМ – ЭТО ЗАЖИВЛЕНИЕ

1) посредством гранулирования

2) без натяжения

3) с сосудистой реакцией

4) путем эпителизации

5) после хирургической обработки

549. СКВОЗНАЯ РАНА С НАЛИЧИЕМ НЕБОЛЬШОГО ВХОДНОГО И БОЛЬШОГО ВЫХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ РАНЕНИИ

1) финкой

2) штыком

3) осколком

4) пульей с близкого расстояния

5) шпагой

550. ШВЫ, НАЛОЖЕННЫЕ НА ГРАНУЛИРУЮЩУЮ РАНУ БЕЗ ИССЕЧЕНИЯ ЕЕ КРАЕВ, НАЗЫВАЮТСЯ

1) вторичными ранними

2) первичными

3) провизорными

4) вторичными поздними

5) первично-отсроченными

551. ПРИНЦИП АКТИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ОБЕСПЕЧИВАЕТ

1) сокращение фазы регенерации

2) перевод гнойной раны в заживление по типу первичного натяжения

3) нормализацию состояния больного

4) бактериостатический эффект

5) бактерицидное действие

552. ПОКАЗАНИЕМ К ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие гнойной раны

2) проникающее ранение

- 3) непроникающее ранение с бактериальным загрязнением
- 4) возникновение осложнения раневого процесса
- 5) наличие свежей раны

553. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) обработка ран кавитирующим ультразвуком
- 2) иммунотерапия
- 3) антибактериальное лечение
- 4) активное хирургическое вмешательство
- 5) лечение в управляемой абактериальной среде

554. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) антибиотикотерапия
- 2) сульфаниламидотерапия
- 3) местное медикаментозное лечение
- 4) хирургическая обработка раны
- 5) первичный шов раны

555. ШОВ, НАЛОЖЕННЫЙ НА РАНУ НА 2-3 ДЕНЬ ПОСЛЕ ПХО, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) первичным
- 2) первично-отсроченным
- 3) ранним вторичным
- 4) поздним вторичным
- 5) направляющим

556. ШОВ, НАЛОЖЕННЫЙ НА РАНУ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) провизорными
- 2) первично-отсроченными

- 3) вторичными ранними
- 4) первичными
- 5) вторичными поздними

557. ПОКАЗАНИЯ К ПХО ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) состоянием окружающей среды
- 2) характером раны
- 3) временем, прошедшим с момента ранения
- 4) локализацией раны
- 5) квалификацией хирурга

558. ВТОРИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПРОВОДИТСЯ

- 1) на асептической хирургической ране
- 2) на гнойной ране по вторичным показаниям
- 3) на гранулирующей ране
- 4) на эпителизирующейся ране
- 5) на свежей травматической ране

559. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В
ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) 1% спиртовой раствор хлорофиллипта
- 2) диоксид 1:5000
- 3) 3% раствор хлорамина
- 4) олазол
- 5) физраствор

560. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В
ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) облепиховое масло
- 2) метилурациловая мазь
- 3) 0,5% раствор нашатырного спирта
- 4) химотрипсин
- 5) тройной раствор

561. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В
ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) метилурациловая мазь
- 2) 70% этиловый спирт
- 3) 1-3% раствор борной кислоты
- 4) тройной раствор
- 5) 10% раствор борной кислоты

562. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В
ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) 0,5% раствор нашатырного спирта
- 2) контрикаловая мазь
- 3) 0,25% раствор аминокaproновой кислоты
- 4) гипохлорид Na
- 5) тетрациклиновая мазь

563. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В
ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) пантенол
- 2) тройной раствор
- 3) левомеколь
- 4) фурацилиновая мазь
- 5) эритромициновая мазь

564. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В
ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) фастин-2
- 2) микроцид
- 3) вульнузан
- 4) тетрациклиновая мазь
- 5) комбутек

565. СОВРЕМЕННОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ДОЛЖНО ОБЛАДАТЬ

- 1) обезболивающим действием
- 2) антигистаминным действием
- 3) некролитическим действием
- 4) антимикробным действием
- 5) антимикробным, некролитическим и дегидратирующим действиями

566. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ПОКАЗАНЫ

- 1) мазь Вишневского
- 2) ежедневные перевязки с антисептиками
- 3) физиотерапевтические процедуры
- 4) ежедневные перевязки с винилином
- 5) вторичные ранние швы

567. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) надуксусная кислота
- 2) раствор фурацилина 1:5000
- 3) раствор моносефта 1:2000
- 4) пантенол
- 5) 3% раствор хлорамина

568. СОВРЕМЕННОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ДОЛЖНО ОБЛАДАТЬ

- 1) обладать антимикробным и дегидратирующим действиями
- 2) стимулировать развитие грануляций
- 3) обладать нейтральным действием
- 4) обладать иммуномодулирующим действием
- 5) обладать детоксицирующим действием

569. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) эктерицид

2) винилин

3) фастин-1

4) эритромициновая мазь

5) цинковая мазь

570. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В
ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) оксиклозол

2) фастин-2

3) масляный раствор натрия уснината

4) йодопирон

5) диоксид 1:5000

571. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В
ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) гентамициновая мазь

2) 96% этиловый спирт

3) 0,5% раствор хлорамина

4) раствор диоксида 1:5000

5) контрикаловая мазь

572. ДЛЯ МЕСТНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН В
ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) гентамициновая мазь

2) димексид

3) моносепт 1:2000

4) 6% раствор перекиси водорода

5) масляный раствор хлорофиллипта

573. МИКРОБЫ В РАНЕ НАЧИНАЮТ ПРОЯВЛЯТЬ СВОЮ
АКТИВНОСТЬ ЧЕРЕЗ

- 1) 1-4 часа
- 2) 6-8 часов
- 3) 10-12 часов
- 4) 14-18 часов
- 5) 24 часа

574. В МЕХАНИЗМЕ КОТРАКЦИИ ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАНЫ РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

- 1) нейтрофильные лейкоциты
- 2) эозинофилы
- 3) макрофаги
- 4) тучные клетки
- 5) фибробласты

575. РОСТ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ РОЛИ ГРАММ(-) БАКТЕРИЙ В РАЗВИТИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАН ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) внутригоспитальной инфекции
- 2) инфекции, передающейся гематогенным путем
- 3) инфекции, передающейся лимфогенным путем
- 4) иммунодефицита
- 5) анемии

576. ДОСТОВЕРНЫЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ

- 1) исследование мазков-отпечатков
- 2) изучение иммунограмм
- 3) исследование содержания эозинофилов в периферической крови
- 4) исследование системы гемостаза
- 5) исследование общего белка сыворотки крови

577. ДОСТОВЕРНЫЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ФАЗЕ РЕОРГАНИЗАЦИИ И ЭПИТЕЛИЗАЦИИ РУБЦА

- 1) исследование микробного числа на грамм ткани раны
- 2) исследование системы гемостаза

3) измерение площади раны

4) исследование содержания эозинофилов в периферической крови

5) изучение иммунограмм

578. СРОКИ НАЛОЖЕНИЯ РАННЕГО ВТОРИЧНОГО ШВА

1) 1-2 суток

2) 3-4 суток

3) до 5-7 дней

4) 7-21 сутки

5) 3-4 недели

579. ВЫПОЛНЕНИЕ ПХО РАНЫ ОТКЛАДЫВАЕТСЯ

1) при кровотечении

2) при шоке

3) в первые часы после ранения

4) при загрязнении раны

5) при СПИДе

580. ВЫПОЛНЕНИЕ ПХО РАНЫ, ЕСЛИ ЕЕ ДНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

КОСТЬ

1) иссечь надкостницу

2) выскоблить острой ложечкой кость

3) снять верхний слой надкостницы

4) трепанировать кость

5) иссечь только края и стенки раны

581. ВАША ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ РАНЫ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ УЧАСТКАМИ СУХОГО НЕКРОЗА КРАЯ КОЖИ

1) назначить УВЧ на рану

2) наложить повязку с гипертоническим раствором

3) наложить повязку с мазью "Левомеколь"

4) дренировать рану

5) иссечь омертвевший участок кожи

ШВА

582. ПОКАЗАНИЕ К НАЛОЖЕНИЮ ПЕРВИЧНО-ОТСРОЧЕННОГО

- 1) шок
- 2) большая кровопотеря
- 3) невозможность стянуть края раны после ПХО
- 4) выполнение частичной ПХО раны
- 5) ранение нерва

583. ПРИ ОСУТСТВИИ ВОЗМОЖНОСТИ СОПОСТАВЛЕНИЯ КРАЕВ РАНЫ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1) первично-отсроченный шов
- 2) первичный шов
- 3) ранний вторичный шов
- 4) аутодермопластика
- 5) поздний вторичный шов

584. С ЦЕЛЬЮ УСКОРЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) первичный шов
- 2) первично-отсроченный шов
- 3) вторичные швы
- 4) диализирующее мембранное устройство
- 5) вакуумирование раны

585. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАНЫ В ФАЗЕ РЕОРГАНИЗАЦИИ РУБЦА И ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) кожная пластика
- 2) дренирующие сорбенты
- 3) антибиотики
- 4) протеолитические ферменты
- 5) пульсирующая струя антисептика

586. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАНЫ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) микроцид
- 2) йодопирон
- 3) электрофорез с антибиотиками
- 4) облепиховое масло
- 5) гелевин

587. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАНЫ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) электрофорез с протеолитическими ферментами
- 2) метилурациловая мазь
- 3) сорбилекс
- 4) димексид
- 5) левосил

588. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАНЫ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) винилин
- 2) террилитин
- 3) моносепт 1:2000
- 4) фурацилин 1:5000
- 5) спиртовой раствор хлорофиллипта

589. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАНЫ В ФАЗЕ РЕОРГАНИЗАЦИИ РУБЦА И ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) спиртовой раствор натрия уснината
- 2) 3% раствор борной кислоты
- 3) тройной раствор
- 4) синтомициновая эмульсия
- 5) диоксид 1:5000

590. МЕСТНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) общим состоянием больного
- 2) степенью выраженности воспалительного процесса
- 3) степенью реакции регионарных лимфатических узлов
- 4) фазой течения раневого процесса
- 5) степенью выраженности перифокальной воспалительной реакции окружающих тканей

591. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАНЫ В ФАЗЕ РЕГЕНЕРАЦИИ
ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) ежедневные перевязки с дренированием
- 2) пульсирующая струя антисептика
- 3) протеолитические ферменты
- 4) редкие перевязки с мазевыми лекарственными формами
- 5) вакуумирование раны

592. ФУРУНКУЛ - ЭТО

- 1) острое гнойное воспаление потовой железы
- 2) острое гнойное воспаление волосяного фолликула
- 3) острое гнойное воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей
- 4) острое гнойное воспаление подкожножировой клетчатки
- 5) острое гнойное воспаление выводного протока слюнной железы

593. ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ФУРУНКУЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО
ЗАВЕРШАТЬ

- 1) гипсовой иммобилизацией
- 2) введением резинового дренажа
- 3) наложением проточного (ирригационного) дренажа
- 4) трансмембранным дренированием
- 5) введением марлевого дренажа

594. В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПРИ ФУРУНКУЛЕ НАЗНА-
ЧАЕТСЯ

- 1) электрофорез с антибиотиками
- 2) комбинированная антибиотикотерапия
- 3) оперативное лечение
- 4) пассивная специфическая иммунотерапия
- 5) компресс с димексидом

595. МНОЖЕСТВЕННОЕ СКОПЛЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ НА ОГРАНИЧЕННОМ УЧАСТКЕ КОЖИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) апостематозом
- 2) пиодермией
- 3) локальным фурункулезом
- 4) карбункулом
- 5) буллезной формой рожистого воспаления

596. ФУРУНКУЛ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) стрептококком
- 2) стафилококком
- 3) гонококком
- 4) синегнойной палочкой
- 5) вульгарным протеем

597. ПРИ ФУРУНКУЛЕ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПОКАЗАНО

- 1) постановка пиявок
- 2) массаж
- 3) протирание кожи эфиром
- 4) протирание кожи 70% этиловым спиртом
- 5) выдавливание гнойника

598. ФУРУНКУЛ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ОПАСЕН

- 1) развитием перитонита
- 2) развитием воспаления плевры
- 3) тромбозом сагиттального венозного синуса

- 4) развитием подчелюстного лимфаденита
- 5) развитием паротита

599. КАРБУНКУЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ ОСТРОЕ ГНОЙНОНЕКРОТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) нескольких волосяных мешочков и окружающих тканей
- 2) клетчаточных пространств
- 3) нескольких волосяных мешочков, сальных желез и окружающих тканей
- 4) сальной железы
- 5) волосяного фолликула, сальной железы и окружающей ткани

600. ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ КАРБУНКУЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАВЕРШИТЬ

- 1) введением резинового дренажа
- 2) введением марлевого дренажа
- 3) введением трубчатого дренажа
- 4) наложением проточного (ирригационного) дренажа
- 5) введением салфетки, пропитанной протеолитическими ферментами

601. БОЛЬНЫЕ С КАРБУНКУЛОМ НУЖДАЮТСЯ

- 1) в плановой госпитализации в общехирургическое отделение
- 2) в экстренной госпитализации в гнойное хирургическое отделение
- 3) в экстренной госпитализации в хирургическое стоматологическое отделение
- 4) в амбулаторном лечении у хирурга
- 5) в амбулаторном лечении у стоматолога

602. ПРИ КАРБУНКУЛЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) внутрисосудистое облучение лазером крови
- 2) сочетанная антибиотикотерапия
- 3) оперативное лечение
- 4) антистафилакокковый иммуноглобулин
- 5) компрессная повязка с димексидом

603. КАРБУНКУЛ ВСКРЫВАЕТСЯ

- 1) линейным разрезом по ходу кожной складки
- 2) овальным разрезом против линии Лангера
- 3) двумя овальными разрезами
- 4) крестообразным разрезом
- 5) двумя параллельными разрезами

604. В ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ СТАДИИ КАРБУНКУЛА НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) оперативное лечение
- 2) электрофорез с антибиотиками
- 3) гибербарическая оксигенация
- 4) мочегонные препараты
- 5) гипериммунная антистафилококковая плазма

605. ОСЛОЖНЕНИЕ, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ КАРБУНКУЛА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

- 1) сепсис
- 2) некроз кожи
- 3) гнойный базальный менингит
- 4) остеомиелит верхней челюсти
- 5) тромбоз сонной артерии

606. ПРИ КАРБУНКУЛЕ В СТАДИИ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) крестообразный разрез
- 2) компресс с мазью Вишневского
- 3) пункцию инфильтрата
- 4) компресс с протеолитическими ферментами
- 5) пузыри со льдом

607. ФЛЕГМОНОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1) острое гнойное разлитое воспаление клетчатки и клетчаточных пространств

2) острое ограниченное воспаление клетчаточных пространств

3) острое гнойное воспаление клетчатки

4) хроническое воспаление клетчатки

5) острое специфическое воспаление клетчатки

608. ФЛЕГМОНА ВСРЫВАЕТСЯ

1) множественными параллельными разрезами по ходу кожной складки

2) линейным разрезом по ходу кожной складки

3) крестообразным разрезом

4) двумя овальными разрезами через зону инфильтрации

5) несколькими разрезами против кожных складок

609. МЕДИАСТЕНИТ – ЭТО ФЛЕГМОНА, ЛОКАЛИЗУЮЩАЯСЯ

1) мышце

2) головном мозге

3) сальнике

4) передней брюшной стенке

5) средостении

610. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ФЛЕГМОНЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ

1) выполнить широкий разрез и дренирование

2) наложить согревающий компресс

3) наложить мазевую повязку

4) рекомендовать холодный компресс

5) выполнить новокаиновое обкалывание с антибиотиками

611. АБСЦЕСС МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВСКРЫВАЕТСЯ

1) множественными разрезами по ходу кожной складки

2) линейным разрезом по ходу кожной складки

3) крестообразными разрезами

- 4) несколькими параллельными разрезами через зону абсцедирования
- 5) двумя овальными разрезами

612. АБСЦЕССОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) острое гнойное воспаление сальных желез
- 2) острое гнойное воспаление нескольких волосяных фолликулов
- 3) гнойное воспаление апокриновых желез
- 4) ограниченное скопление гноя в тканях или органах
- 5) разлитое воспаление подкожной жировой клетчатки

613. ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ускоренное СОЭ
- 2) усиление боли
- 3) увеличение размеров инфильтрата
- 4) появление флюктуации
- 5) гипертермия

614. ОПЕРАЦИЮ, ПО ПОВОДУ ГЛУБОКОГО АБСЦЕССА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАВЕРШИТЬ

- 1) проточным дренированием
- 2) введением сигарообразного дренажа
- 3) введением марлевого дренажа
- 4) введением резинового дренажа
- 5) тампонадой

615. ОПЕРАЦИЮ, ПО ПОВОДУ ПОВЕРХНОСТНОГО АБСЦЕССА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАВЕРШИТЬ ВВЕДЕНИЕМ

- 1) трубчатого дренажа
- 2) марлевого дренажа
- 3) тампона
- 4) сигарообразного дренажа

5) резинового дренажа

616. ПРИ РАЗВИТИИ ПИОПНЕВМОТОРАКСА ПРИ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО ПОКАЗАНО

- 1) эндобронхиальное введение протеолитического фермента
- 2) дренирование плевральной полости
- 3) антибиотики
- 4) рентгенотерапия
- 5) введение цитостатиков

617. «ХОЛОДНЫЙ АБСЦЕСС» РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) остеомиелите 2) пандактилите
- 3) туберкулезном спондилите
- 4) фурункуле
- 5) актиномикозе

618. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АБСЦЕДИРОВАНИЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО

- 1) наложение мазового компресса
- 2) оперативное лечение
- 3) наложение согревающего компресса
- 4) выполнение диагностической пункции
- 5) лазерное облучение и рентгенотерапия

619. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ЛИМФАНГИТ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) глубоким
- 2) ретикулярным
- 3) трункулярным
- 4) острым
- 5) гнойным

620. ЛИМФАНГИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) лимфатических узлов
- 2) собственно кожи

3) лимфатических сосудов

4) слизистой оболочки

5) стенок вен

621. ЛИМФАНГИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) наличием красных полос по ходу лимфатических сосудов

2) гиперемией кожи с четкими границами

3) отеком кожи

4) мелкоточечной сыпью

5) увеличением лимфоузлов

622. ЛИМФАДЕНИТ – ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

1) лимфатических сосудов

2) потовых желез

3) лимфоузлов

4) вен

5) сосочкового слоя кожи

623. СУЩЕСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ВОСПАЛЕНИЯ
ЛИМФОУЗЛОВ

1) некротическое, серозное

2) гнилостное, специфическое

3) хроническое, рецидивирующее

4) острое, хроническое, гнойное

5) серозное, гнойное, продуктивное

624. КЛИНИЧЕСКИ ТЕЧЕНИЕ ЛИМФАДЕНИТА МОЖЕТ БЫТЬ

1) молниеносным, хроническим

2) острым, хроническим

3) острым, подострым и хроническим

4) латентным и хроническим

5) острым и молниеносным

625. ВОСПАЛЕНИЕ КАПСУЛЫ ЛИМФОУЗЛА И ОКРУЖАЮЩЕЙ
ТКАНИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) абсцесс
- 2) аденофлегмона
- 3) карбункул
- 4) фурункул
- 5) тромбофлебит

626. ГИДРАДЕНИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) на внутренней поверхности бедра
- 2) в подмышечной области
- 3) в межлопаточной области
- 4) на ладонной поверхности кисти
- 5) на задней поверхности шеи

627. ОПЕРАЦИЮ, ПО ПОВОДУ ГИДРАДЕНИТА
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЗАВЕРШИТЬ

- 1) введением сигарообразного дренажа
- 2) наложением проточного (ирригационного) дренажа
- 3) введением марлевых дренажей
- 4) гипсовой иммобилизацией пораженной конечности
- 5) введением резинового дренажа

628. ГИДРАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ОСТРОЕ ГНОЙНОЕ
ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) волосяных фолликулов
- 2) лимфатических узлов в подмышечной впадине
- 3) апокриновых потовых желез
- 4) клетчатки
- 5) множества волосяных фолликулов

629. ЭРИЗИПЕЛОИДОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) рожеподобное воспаление пальцев кисти
- 2) лимфостаз после рожистого воспаления

- 3) воспаление всех слоев кожи, вызванное стафилококком
- 4) острое серозное воспаление кожи, вызванное палочкой свиной рожи
- 5) острое серозное воспаление кожи, вызванное стрептококком

630. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЭРИЗИПЕЛОИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) палочка свиной рожи
- 4) протей
- 5) синегнойная палочка

631. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЭРИЗИПЕЛОИДЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

- 1) пальцах кисти
- 2) предплечье
- 3) пальцах стопы
- 4) лице
- 5) голени

632. ФЛЕГМОНОЗНАЯ ФОРМА РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВСКРЫВАЕТСЯ

- 1) по правилам вскрытия абсцесса мягких тканей
- 2) по правилам вскрытия флегмоны мягких тканей
- 3) по правилам вскрытия паранефрита
- 4) по правилам вскрытия парапроктита
- 5) по правилам вскрытия параколита

633. ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) иссечение отслоившегося эпидермиса
- 2) некрэктомия

3) вскрытие флегмоны мягких тканей

4) некротомия

5) вскрытие и опорожнение содержимого булл

634. ДЛЯ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЫ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ
ХАРАКТЕРНЫ

1) отсутствие гиперемии

2) наличие некротически измененных тканей

3) наличие участков отслоившегося эпидермиса

4) симптом "зыбления"

5) нечеткие контуры

635. РОЖЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1) острое воспаление нескольких волосяных мешочков и сальных желез

2) острое воспаление собственно кожи, реже слизистой оболочки

3) воспалительное заболевание кожи, пальцев и кисти

4) острое воспаление апокриновых потовых желез

5) воспалительное заболевание кожи лица

636. ДЛЯ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ФОРМЫ РОЖИСТОГО
ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ

1) приступообразные боли

2) постоянные, выраженного характера болевые ощущения

3) невыраженные болевые ощущения

4) болевые ощущения, иррадиирующие по ходу нервного сплетения

5) жгучая боль, ощущение зуда и жара в пораженной области

637. МАЗЕВЫЕ ПОВЯЗКИ В ЛЕЧЕНИИ ВСЕХ ФОРМ РОЖИСТОГО
ВОСПАЛЕНИЯ

1) противопоказаны

2) показаны при лечении эритематозной формы

3) показаны при лечении буллезной формы

4) показаны при лечении флегмонозной формы

5) показаны при лечении некротической формы

638. БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА РОЖИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1) абсцессов
- 2) пустул
- 3) пузырей
- 4) язв
- 5) участков некрозов кожи

639. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ У БОЛЬНОГО РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) лейкоцитоз и нейтрофилез
- 2) лимфоцитоз
- 3) эозинофилия
- 4) тромбоцитопения
- 5) гиперглобулинемия

640. ВОЗНИКНОВЕНИЮ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ СПОСОБСТВУЮТ

- 1) травмы, охлаждения
- 2) гидраденит
- 3) лимфаденит
- 4) опухоли кожи
- 5) аллергия

641. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РОЖЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) слизистые оболочки
- 2) лицо, голова и нижние конечности
- 3) верхние конечности, грудная клетка
- 4) предплечья, слизистые оболочки
- 5) пальцы кистей

642. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РОЖЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2-3 дня
- 2) до 1 месяца
- 3) 1-2 недели 4) 6-8 дней
- 5) 1-2 месяца

643. ИЗ ОБЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) сульфаниламидных препаратов
- 2) аспирина
- 3) нитрофуранов
- 4) антибиотиков и сульфаниламидов
- 5) протеолитических ферментов

644. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТИ ПРИ КОСТНОМ ПАНАРИЦИИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ СПУСТЯ

- 1) 5-7 дней
- 2) 8-10 дней
- 3) 10-15 дней
- 4) 15-17 дней
- 5) 3-5 дней

645. ДЛЯ СУХОЖИЛЬНОГО ПАНАРИЦИИ ХАРАКТЕРНА

- 1) булабовидная форма пальца
- 2) форма пальца в виде сосиски
- 3) разогнутое положение пальца
- 4) колбовидная форма пальца
- 5) веретенообразная форма пальца

646. ПРИ КОЖНОМ ПАНАРИЦИИ

- 1) гной локализуется в подкожножировой клетчатке
- 2) гной прорывается в подногтевое пространство
- 3) поражается околоногтевой валик

4) поражается полость межфалангового сустава

5) эпидермис отслаивается гнойным экссудатом

647. ГЛУБОКОЙ ФОРМОЙ ПАНАРИЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) подногтевой панариций

2) панариций в виде «запонки»

3) паронихия

4) сухожильный панариций

5) подкожный панариций

648. ПОВЕРХНОСТНОЙ ФОРМОЙ ПАНАРИЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1) подкожный панариций

2) сухожильный панариций

3) суставной панариций

4) костный панариций

5) костно-суставной панариций

649. ПАНАРИЦИЕМ НАЗЫВАЕТСЯ

1) воспалительное заболевание пальцев кисти

2) острое гнойное воспаление клетчаточных пространств кисти

3) ограниченное скопление гноя в тканях

4) острое гнойное воспаление тканей пальца за исключением открытых повреждений

5) гнойный очаг, локализующийся у основания пальца

650. ПАНАРИЦИЙ В ФОРМЕ «ЗАПОНКИ» - ЭТО

1) подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис

2) сухожильный панариций

3) паронихия

4) костный панариций

5) гнойное расплавление всех тканей пальца

651. ПРИ КОЖНОМ ПАНАРИЦИИ В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ

- 1) вскрывается и опорожняется содержимое отслоившегося эпидермиса
- 2) полностью удаляется отслоившейся эпидермис
- 3) накладывается мазевая повязка
- 4) накладывается компрессная полуспиртовая повязка
- 5) назначается физиотерапевтическое лечение

652. ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПОДНОГТЕВОМ ПАНАРИЦИИ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) удаление ногтевой пластинки
- 2) дугообразный разрез по околоногтевому валику
- 3) резекция ногтевой пластинки
- 4) трепанация ногтевой пластинки
- 5) ампутация ногтевой фаланги пальца

653. ПОДКОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ ОСНОВНОЙ ФАЛАНГИ ПАЛЬЦА ВСКРЫВАЕТСЯ

- 1) среднелатеральными разрезами по нейтральным линиям
- 2) крестообразным разрезом через зону абсцедирования
- 3) разрезом через гнойник против линии Лангера
- 4) линейным разрезом через зону абсцедирования по ходу линии Лангера
- 5) клюшкообразным разрезом по Соколову

654. ПОДКОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ НОГТЕВОЙ ФАЛАНГИ ПАЛЬЦА ВСКРЫВАЕТСЯ

- 1) разрезом через гнойник по ходу линии Лангера
- 2) отсечением отслоившегося эпидермиса
- 3) среднелатеральными разрезами по нейтральным линиям
- 4) крестообразным разрезом
- 5) разрезом через гнойник против линии Лангера

655. КОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ ВСКРЫВАЕТСЯ

- 1) путем иссечения отслоившегося эпидермиса
- 2) клюшкообразным разрезом
- 3) разрезом по Соколову
- 4) разрезом типа "щучья пасть"
- 5) линейным разрезом через гнойник по ходу кожной складки

656. ПАРОНИХИЯ - ЭТО

- 1) всех тканей пальца
- 2) околоногтевого ложа
- 3) ногтевого ложа
- 4) межфалангового сустава
- 5) сухожильного влагалища пальца

657. ПАНДАКТИЛИТ – ЭТО ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

- 1) ногтя
- 2) подкожной клетчатки
- 3) околоногтевого валика
- 4) сухожильного влагалища пальца
- 5) всех тканей пальца

658. U-ОБРАЗНАЯ ФЛЕГМОНА КИСТИ МОЖЕТ БЫТЬ
ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) панариция I и V пальцев
- 2) панариция II и III пальцев
- 3) панариция IV пальца
- 4) комиссуральной флегмоны
- 5) панарициев II и IV пальцев

659. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ ПЕРИТОНИТЫ ДЕЛЯТСЯ
НА

- 1) аэробные и анаэробные
- 2) инфекционные и абактериальные

3) острые и хронические

4) желчные, мочевые и каловые

5) серозные, фибринозные, гнойные и гнилостные

660. ПО СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВЫДЕЛЯЮТ
ПЕРИТОНИТ

1) легкий, средний, тяжелый

2) осумкованный и генерализованный

3) местный, диффузный и общий

4) I стадию, II стадию, III стадию

5) предбрюшинный, внутрибрюшинный, забрюшинный

661. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

1) выжидательная и плановая операция

2) экстренная операция

3) консервативное лечение

4) гипербарическая оксигенация и антибиотикотерапия

5) гемосорбция и антибиотикотерапия

662. ПЕРВООЧЕРЕДНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПРИ ГНОЙНОМ
ПЛЕВРИТЕ

1) дренирование плевральной полости

2) наложение искусственного пневмоторакса

3) гирудотерапия

4) банки, горчичники

5) интратрахеальное введение протеолитических ферментов

663. ПО ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТ ПЕРИТОНИТ

1) перфоративный, травматический, послеоперационный, гематогенный, криптогенный

2) стафилококковый, колибациллярный

3) серозный, фибринозный, гнойный

4) легкий, средний, тяжелый

5) инфекционный, абактериальный

664. РАННЕЕ РАСПРАВЛЕНИЕ ЛЕГКОГО ПРИ ОСТРОМ ПЛЕВРИТЕ ДОСТИГАЕТСЯ

- 1) ИВЛ
- 2) повторными пункциями с удалением гноя и активной аспирацией гноя через плевральный дренаж
- 3) ИВЛ и санацией бронхиального дерева
- 4) торакоскопией
- 5) пассивным дренированием плевральной полости

665. КОГДА ПРИЧИНА ПЕРИТОНИТА НЕ ВЫЯВЛЕНА, ЕГО НАЗЫВАЮТ

- 1) асептическим
- 2) первичным
- 3) вторичным
- 4) криптогенным
- 5) экзогенным

666. ВИД РАЗРЕЗА ПРИ ВСКРЫТИИ РЕТРОМАММАРНОГО МАСТИТА

- 1) радиарный в верхней половине железы
- 2) циркулярный около соска
- 3) радиарный в нижней половине железы
- 4) полуовальный над верхним краем железы
- 5) полуовальный по переходной складке железы

667. ГНОЙНЫЙ ПАРОТИТ ВЫЗЫВАЮТ

- 1) гонококки
- 2) стафилококки
- 3) пневмококки
- 4) кишечная палочка
- 5) анаэробы

668. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ГНОЙНОМ ПАРОТИТЕ

- 1) прокол с введением антибиотика

2) вскрытие гнойных очагов с антибиотикотерапией

3) наложение согревающих компрессов

4) наложение холодных компрессов

5) применение только физиопроцедур

669. ВИД РАЗРЕЗА ПРИ ВСКРЫТИИ ИНТРАМАММАРНОГО
МАСТИТА

1) радиальный не доходя 2-3см до ареолы

2) дугообразный не доходя 2-3см до соска

3) по переходной складке кожи под железой 4) полуовальный над верхним краем железы

5) разрез-прокол

670. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПО ТЕЧЕНИЮ

1) острый, подострый, первично-хронический, рецидивирующий

2) острый, хронический

3) молниеносный, острый, подострый, хронический, рецидивирующий

4) острый, хронический, рецидивирующий

5) острый, подострый, хронический

671. ПРИ ТОТАЛЬНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СРЕДНЕЙ И ОСНОВНОЙ
ФАЛАНГ ПАЛЬЦА, ОСЛОЖНЕННОМ ПАНДАКТИЛИТОМ,
ВЫПОЛНЯЕТСЯ

1) кюретаж пораженного участка

2) ампутация на уровне основной фаланги

3) продольная резекция фаланг пальца

4) поперечная резекция фаланг пальца

5) экзартикуляция пальца с резекцией пястно-фалангового сустава

672. ПОКАЗАНИЕМ К ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ
ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) получение гноя при пункции кости

2) эозинофилия

- 3) вторичный иммунодефицит
- 4) анемия
- 5) лейкоцитоз и ускоренная СОЭ

673. ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) острое гнойное воспаление костного мозга
- 2) острое гнойное воспаление кости
- 3) гнойный остит фаланги
- 4) острое гнойное воспаление костного мозга, кости и надкостницы
- 5) гнойное воспаление межфалангового сустава

674. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) субпериостальный абсцесс
- 2) отечность мягких тканей конечности
- 3) контрактура сустава
- 4) вторичный иммунодефицит
- 5) нейтрофилез

675. ПОКАЗАНИЕМ К ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тяжелое общее состояние
- 2) повышение внутрикостного давления
- 3) увеличение отечности мягких тканей на фоне консервативного лечения
- 4) лейкоцитоз и ускоренная СОЭ
- 5) контрактура сустава

676. ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) стрептококками
- 2) энтерококками
- 3) кишечной палочкой

4) синегнойной палочкой

5) стафилококками

677. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО
ОСТЕОМИЕЛИТА ПО КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ

1) токсическая, метастатическая формы

2) септицемия

3) местноочаговая, септикотоксическая,

септикопиемическая формы

4) септикопиемическая

5) местноочаговая, септикотоксическая формы

678. ДЛЯ АЛЬБУМИНОЗНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ОЛБЕ ХАРАКТЕРНО

1) образование в кортикальном слое кости очага, содержащего серозную или слизистую жидкость

2) облитерация регионарных лимфоузлов

3) образование в кости ограниченной полости, содержащей гной

4) наличие выраженного склероза кости

5) облитерация костномозгового канала

679. КОСТНЫЙ АБСЦЕСС БРОДИ - ЭТО

1) местно-очаговая первично хроническая форма острого гематогенного остеомиелита

2) подострая ограниченная форма остеомиелита

3) острый остеомиелит большеберцовой кости

4) рецидивирующая форма остеомиелита

5) токсическая форма остеомиелита

680. ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГНОЙНОМ БУРСИТЕ

1) вскрытие слизистой сумки и удаление гноя или удаление слизистой сумки без вскрытия ее просвета

2) вскрытие гнойника, промывание раны, наложение первичного шва

3) артротомия

4) вскрытие гнойника, установка проточного дренирования

- 5) вскрытие гнойника, установка резинового дренажа

681. РАННИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) облитерация костно-мозгового канала
- 2) секвестральный горб
- 3) линейный периостит
- 4) оссифицирующий миозит
- 5) остеосклероз

682. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПОЯВЛЯЮТСЯ

- 1) 1-2 день
- 2) 3-4 день 3) 5-6 день
- 4) 7-14 день
- 5) 15-21 день

683. ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ СЕПСИСЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) анурией
- 2) наличием метастатических гнойных очагов в легких
- 3) повышением активности АЛАТ и АсАТ
- 4) азотемией
- 5) креатининемией

684. НАРУШЕНИЕ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ СЕПСИСЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперкреатининемией выше 0,18 ммоль/л
- 2) азотемией
- 3) гипербилирубинемией выше 34 ммоль/л
- 4) возрастанием фибринолиза выше 18%
- 5) лейкопенией

685. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СЕПСИСЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) одышкой
- 2) снижением протромбина
- 3) повышением уровня свободного гепарина
- 4) повышением в крови концентрации креатинина
- 5) лейкопенией

686. РАЗВИТИЮ СЕПСИСА СПОСОБСТВУЕТ

- 1) сахарный диабет
- 2) гипертоническая болезнь
- 3) акромегалия
- 4) бронхиальная астма
- 5) кардиосклероз

687. СЕПСИС ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ
КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ

- 1) острый, подострый, хронический
- 2) острый, подострый, первично-хронический, рецидивирующий
- 3) молниеносный, острый, подострый, хронический, рецидивирующий
- 4) острый, подострый, хронический, рецидивирующий
- 5) острый, хронический, рецидивирующий

688. ОДНИМ ИЗ ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ КОМПОНЕНТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) массаж
- 2) антибиотикотерапия
- 3) лечебная физкультура
- 4) физиотерапевтические процедуры 5) витаминотерапия

689. КРОВЬ НА БАК. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ СЕПСИСЕ
ЗАБИРАЕТСЯ

- 1) при нормальной температуре тела больного
- 2) при ознобе и на высоте температурной реакции
- 3) сразу же после спада температуры
- 4) через 6-12 часов после отмены антибиотиков

5) только при введении антибиотиков

690. СЕПТИЦЕМИЯ - ЭТО

- 1) гнойно-резорбтивная лихорадка
- 2) сепсис с метастазами
- 3) сепсис без метастазов
- 4) сепсис на фоне bacteriemии
- 5) инфекция, вызванная стафилококком

691. ПРИЗНАКОМ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) олигоурия
- 2) необходимость ИВЛ
- 3) билирубинемия свыше 34 мкмоль/л
- 4) динамическая кишечная непроходимость
- 5) гипотензия ниже 90 мм рт.ст., требующая применения симпатомиметиков

692. ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) олигоурия
- 2) необходимость ИВЛ
- 3) билирубинемия свыше 34 мкмоль/л
- 4) динамическая кишечная непроходимость
- 5) гипотензия ниже 90 мм рт.ст., требующая применения симпатомиметиков

693. ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ ЖКТ ПРИ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) олигоурия
- 2) необходимость ИВЛ
- 3) билирубинемия свыше 34 мкмоль/л
- 4) динамическая кишечная непроходимость
- 5) гипотензия ниже 90 мм рт.ст., требующая применения симпатомиметиков

694. ПРИЗНАКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) олигоурия
- 2) необходимость ИВЛ
- 3) билирубинемия свыше 34 мкмоль/л
- 4) динамическая кишечная непроходимость
- 5) гипотензия ниже 90 мм рт.ст., требующая применения симпатомиметиков

695. СРЕДСТВОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПАССИВНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) левамизол
- 2) продигозан
- 3) нуклеинат натрия
- 4) антистафилококковая гипериммунная плазма
- 5) оротат калия

696. К КОНСЕРВАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ОТНОСЯТ

- 1) внутрисосудистое лазерное облучение крови
- 2) гемосорбцию
- 3) плазмаферез
- 4) энтеросорбцию
- 5) УФО-аутокрови

697. СРЕДСТВОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПАССИВНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лейкоцитарная масса
- 2) лиофилизированная плазма
- 3) эссенциале форте
- 4) гипериммунная антистафилококковая плазма
- 5) продигозан

698. СРЕДСТВОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АКТИВНОЙ ИММУНОТЕРАПИИ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ

1) тималин

2) продигозан

3) гипериммунная антистафилококковая плазма

4) лейкоцитарная масса 5) альвезин новый

699. ДЛЯ СОЗДАНИЯ ВЫСОКИХ И СВЕРХВЫСОКИХ
КОНЦЕНТРАЦИЙ АНТИБИОТИКОВ В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) электрофорез

2) сосудистое русло

3) в\м путь введения

4) инстилляци

5) аппликации

700. МЕТОДОМ АКТИВНОЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ
ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) гемодиализ

2) ГБО (гипербарическая оксигенация)

3) энтеросорбция

4) введение больших доз гемодеза

5) эссенциале форте

701. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПАССИВНОЙ СПЕЦИФИ-
ЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ СЛУЖИТ

1) дефицит содержания В-лимфоцитов, иммуноглобулинов

2) дефицит клеточного звена иммунитета

3) избыток Т-депрессоров

4) лейкопения

5) лимфоцитоз

702. К КОНСЕРВАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДЕТОКСИКАЦИИ
ОРГАНИЗМА ОТНОСЯТ

1) плазмаферез

2) иммуносорбцию

3) гемодилюцию

4) ксеноспленоперфузию

5) внутрисосудистое лазерное облучение крови

703. МЕТОДОМ АКТИВНОЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ
ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

1) энтеросорбция

2) ГБО

3) форсированный диурез

4) плазмаферез

5) гемодилюция

704. СРЕДСТВОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АКТИВНОЙ
ИММУНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) диуцифон

2) ретаболил

3) антистафилококковый иммуноглобулин

4) продигиозан

5) метилурацил

705. СРЕДСТВОМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АКТИВНОЙ
ИММУНОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) стафилококковый анатоксин

2) антистафилококковый иммуноглобулин

3) лиофилизированная плазма

4) гипериммунная антистафилококковая плазма

5) ретаболил

706. СРЕДСТВАМИ, ПОВЫШАЮЩИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКУЮ РЕАК-
ТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА, ЯВЛЯЮТСЯ

1) гипериммунная антистафилококковая и
антиэпидемическая плазмы

2) стафилококковый анатоксин

3) левамизол, диуцифон

- 4) антибиотики
- 5) пентоксил, метилурацил, оротат калия

707. К КОНСЕРВАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ОТНОСЯТ

- 1) гемодиализ
- 2) лимфосорбцию
- 3) иммуносорбцию
- 4) ксеносорбцию
- 5) форсированный диурез

708. ВЫБОР МЕТОДОВ ИММУНОТЕРАПИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) результатами изучения белкового баланса сыворотки крови
- 2) результатами изучения общей реактивности организма, локализацией и глубиной дефицита специфического иммунитета
- 3) результатами изучения общей реактивности
- 4) биологическими свойствами микрофлоры
- 5) чувствительностью микрофлоры к антибиотикам

709. НАИБОЛЕЕ ПОЛНО ЗАДАЧАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА ОТВЕЧАЕТ

- 1) вскрытие гнойного очага
- 2) некрэктомия
- 3) использование мембранного дренирующего устройства
- 4) принцип активного лечения гнойных ран и острых гнойных заболеваний мягких тканей
- 5) плазмаферез

710. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОЧАГОВ ПРИ СЕПСИСЕ ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1) паллиативным
- 2) отсроченным
- 3) плановым

- 4) ранним и радикальным
- 5) все перечисленное верно

711. БАК. ИССЛЕДОВАНИЕ РАН, ПОЛОСТЕЙ И КРОВИ ПРИ СЕПСИСЕ ПОВТОРЯЮТ КАЖДЫЕ

- 1) 6-7 дней
- 2) 10-12 дней
- 3) 18-24 дня
- 4) 25-30 дней
- 5) 30-32дня

712. ВАЖНЫМ В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) строгий постельный режим
- 2) тщательный сбор анамнеза
- 3) лечение сопутствующего заболевания
- 4) ликвидация первичного очага
- 5) выявление наследственного фактора

713. К ЛЕЧЕБНО-ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ ОТНОСЯТ

- 1) секвестрэктомия
- 2) остеотомию
- 3) резекцию сустава
- 4) наложение аппарата Илизарова
- 5) артродез

714. ПОЗДИМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) диффузный остеопороз, очаги деструкции чередуются с очагами уплотнения кости
- 2) очаговое разрушение балочной структуры кости
- 3) отсутствие реакции периоста
- 4) тотальное разрушение балочной структуры кости
- 5) расширение суставной щели

715. РАННИМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) периостальная реакция
- 2) очаги деструкции кости
- 3) секвестры
- 4) очаговое разрушение балочной структуры кости, отсутствие реакции периоста
- 5) тотальное разрушение балочной структуры кости

716. К РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ ОТНОСЯТ

- 1) остеоперфорацию
- 2) остеотомию
- 3) резекцию сустава
- 4) наложение аппарата Илизарова
- 5) артропластику

717. ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ПОРАЖЕНИИ СУСТАВ

- 1) гиперемирован и отечен
- 2) резко увеличен в объеме, кожа над ним лоснится, просвечивают вены
- 3) резко уменьшен в объеме, кожа над ним лоснится
- 4) имеет безжизненный вид, кожа над ним лоснится, бледная, просвечивают вены
- 5) атрофирован, кожа над ним гиперемирована, отечная

718. К КОРРИГИРУЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ ОТНОСЯТ

- 1) резекцию сустава
- 2) остеотомию для исправления порочного положения кости
- 3) артродез
- 4) спондилодез
- 5) некрэктомию

719. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) периостальная реакция
- 2) остеосклероз, уменьшение ядер окостенения
- 3) наличие "холодных очагов" в костном мозге при остеомедуллографии
- 4) истончение хряща, сужение суставной щели
- 5) остеопороз, отсутствие реакции надкостницы, четкие контуры кортикального слоя, образование секвестров

720. ПРИ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЕ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) некротическую форму
- 2) отечную форму
- 3) буллезную форму
- 4) флегмонозную форму
- 5) клостридиальный целлюлит и клостридиальный миозит

721. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА АНАЭРОБНОЙ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕМ

- 1) анаэробного бактериофага
- 2) поливалентной антигангренозной сыворотки
- 3) метронидазола
- 4) гентамицина
- 5) противостолбнячной сыворотки

722. ПРИ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ

- 1) некрэктомия
- 2) некротомия
- 3) прерывистые разрезы со вскрытием сухожильных влагалищ
- 4) ампутация пальцев
- 5) ампутация либо экзартикуляция конечности

723. СЕРОТЕРАПИЯ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВО ВВЕДЕНИИ

- 1) 100 тыс. МЕ
- 2) 150 тыс. МЕ
- 3) 180 тыс. МЕ
- 4) 200 тыс. МЕ
- 5) 210 тыс. МЕ поливалентной противогангренозной сыворотки

724. ПРИ АНАЭРОБНОЙ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЕ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) иссечение пиемических очагов
- 2) некротомия
- 3) некрэктомия
- 4) широкое рассечение кожи и подкожной клетчатки, ампутация конечности
- 5) широкое рассечение кожи, подкожной клетчатки, фасций, иссечение некротических тканей, ампутация или экзартикуляция конечности

725. ДЛЯ Cl. Septicum ПРИ РАЗВИТИИ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) бурное развитие серозного отека и токсикоз
- 2) газообразование и токсикоз
- 3) образование множественных абсцессов
- 4) расплавление ткани и токсикоз
- 5) образование единичных абсцессов в тканях без явлений тяжелого токсикоза

726. СЕРОПРОФИЛАКТИКА ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВО ВВЕДЕНИИ

- 1) 10 тыс. МЕ
- 2) 30 тыс. МЕ
- 3) 50 тыс. МЕ
- 4) 60 тыс. МЕ

5) 70 тыс. МЕ поливалентной противогангренозной сыворотки

727. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНЕ ДЛИТСЯ

- 1) от нескольких часов до 2-3 месяцев
- 2) до полугода
- 3) от нескольких часов до 2-3 недель
- 4) до 1 года
- 5) до 2 лет

728. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОЛБНЯКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) в использовании средств экстракорпоральной детоксикации организма
- 2) в назначении форсированного диуреза
- 3) в назначении анаболических гормонов
- 4) в ранней и полноценной первичной хирургической обработке ран
- 5) в превентивной антибиотикотерапии

729. СЕРОТЕРАПИЯ СТОЛБНЯКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОДНОКРАТНОМ СУТОЧНОМ ВВЕДЕНИИ

- 1) 100 тыс. МЕ
- 2) 200 тыс. МЕ
- 3) 300 тыс. МЕ
- 4) 400 тыс. МЕ
- 5) 500 тыс. МЕ противостолбнячной сыворотки внутривенно

730. ПРИ УКУСЕ БРОДЯЧЕЙ СОБАКИ, ВОЛКА И Т.Д. НЕОБХОДИМА ЭКСТРЕННАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- 1) дифтерии и коклюша
- 2) только столбняка
- 3) только туберкулеза
- 4) только бешенства
- 5) столбняка и бешенства

731. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОЛБНЯКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ожоги и отморожения I степени
- 2) закрытый перелом, разрыв мышц и сухожилий
- 3) операция на толстой кишке
- 4) фурункул лица
- 5) операция на мышцах

732. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ СТОЛБНЯКЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-3 дня
- 2) 4-14 дней
- 3) 15-20 дней
- 4) 21-30 дней
- 5) 31-40 дней

733. РАННИМИ СИМПТОМАМИ СТОЛБНЯКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) быстро прогрессирующий отек
- 2) сардоническая улыбка, опистотунус
- 3) брадикардия, понижение температуры тела, сухость кожных покровов
- 4) подергивание мышц в области раны, гипертермия
- 5) потеря сознания, паралич

734. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПРОЦЕСС В КОСТИ НАЧИНАЕТСЯ

- 1) апофиза
- 2) эпифиза
- 3) диафиза
- 4) метафиза
- 5) мягких тканей

735. НАТЕЧНЫМ АБСЦЕССОМ НАЗЫВАЕТСЯ СКОПЛЕНИЕ ГНОЯ

- 1) в полостях организма
- 2) в области первичного очага
- 3) в тканях, отдаленных от первичного очага
- 4) в костно-мозговом канале

- 5) под надкостницей

736. АКТИНОМИКОЗНЫЙ ОЧАГ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) в кишечнике
- 2) в легких
- 3) в конечностях
- 4) на лице и шее
- 5) в паренхиматозных органах

737. ПРОЦЕСС ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) в эпифизе
- 2) в метафизе
- 3) в диафизе
- 4) в спонгиозном суставном конце
- 5) в одинаковой мере поражает все участки

ОСНОВЫ ХИРУРГИИ НАРУШЕНИЙ РЕГИОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

738. ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯ ХРОМОТА БЫВАЕТ ПРИ

- 1) посттромбофлебитическом синдроме
- 2) облитерирующем эндартериите
- 3) артрите
- 4) остеомиелите
- 5) тромбофлебите

739. АТЕРОСКЛЕРОЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИВОДИТ К

- 1) роже
- 2) варикозному расширению вен
- 3) гангрене
- 4) артрозу
- 5) асцит

740. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) абсцессов
- 2) флегмон
- 3) лимфаденитов
- 4) флеботромбозов
- 5) эндартериита

741. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГАНГРЕНА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) клостридиальной инфекции
- 2) сифилисе
- 3) сахарном диабете
- 4) отравлении спорыньей
- 5) тромбозе или эмболии крупного сосуда

742. БОЛЬНОМУ С ГАНГРЕНОЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОКАЗАНО

- 1) введение больших доз антибиотиков
- 2) введение спазмолитиков
- 3) введение обезболивающих
- 4) введение антикоагулянтов
- 5) экстренная лапаротомия с удалением пораженного органа

743. ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) крепитация
- 2) контрактура
- 3) анкилоз
- 4) перемежающаяся хромота
- 5) ригидность в суставах

744. В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВОЗНИКАЮТ ЯЗВЫ

- 1) сахарном диабете

- 2) цинге
- 3) сифилисе
- 4) туберкулезе
- 5) повреждении нервов

745. ПРИ ОСТРОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ
ПОКАЗАНА

- 1) иммобилизация
- 2) ампутация
- 3) поясничная или грудная симпатэктомия
- 4) тромбоэмболэктомия
- 5) экстренная оксигенотерапия

746. ДЕМАРКАЦИОННЫЙ ВАЛ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ

- 1) ишемии конечности
- 2) влажной гангрене
- 3) сухой гангрене
- 4) гематоме
- 5) артериовенозной аневризме

747. ПРИ ВЛАЖНОЙ ГАНГРЕНЕ КОНЕЧНОСТИ ПОКАЗАНА

- 1) консервативная терапия
- 2) ранняя ампутация
- 3) выжидательная тактика до перехода в сухую гангрену
- 4) операция при появлении признаков сепсиса
- 5) операция при появлении признаков острой почечной недостаточности

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

748. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПНЕВМОПЕРИ-
ТОНЕУМ В МОМЕНТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЖИВО-
ТА

- 1) лежа на спине
- 2) сидя или стоя

- 3) лежа на правом боку
- 4) лежа на левом боку
- 5) в положении Тределенбурга

749. О СОСТОЯНИИ ПИГМЕНТООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ СУДЯТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1) билирубина крови
- 2) сахарной кривой
- 3) холестерина крови
- 4) скорости оседания эритроцитов
- 5) непереваренных мышечных волокон в кале

750. ПРОВЕДЕНИЕ ПАЛЬЦЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ

- 1) острых заболеваниях и травмах живота
- 2) черепно-мозговых травмах
- 3) остром тромбофлебите нижних конечностей
- 4) ожогах
- 5) синдроме длительного сдавления

751. К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) компьютерная томография
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) фиброгастроскопия
- 4) ангиография
- 5) магнито-резонансная томография

752. В ОБЯЗАТЕЛЬНУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ПРОГРАММУ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВХОДИТ

- 1) компьютерная томография
- 2) колоноскопия

- 3) обзорная рентгенограмма органов брюшной полости
- 4) экскреторная урография
- 5) флюорография органов грудной полости

753. ДЛЯ КОНТРАСТИРОВАНИЯ ПРОСВЕТА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ИРРИГОСКОПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) воду
- 2) урографин
- 3) взвесь сульфата бария
- 4) омнипак
- 5) верографин

754. ДОПЛЕРОГРАФИЯ ОТНОСИТСЯ К

- 1) ультразвуковым методам
- 2) электрофизиологическим методам
- 3) радиоизотопным методам
- 4) рентгеновским методам
- 5) эндоскопическим методам

755. БРОНХОСКОПИЯ ОТНОСИТСЯ К

- 1) ультразвуковым методам
- 2) электрофизиологическим методам
- 3) радиоизотопным методам
- 4) рентгеновским методам
- 5) эндоскопическим методам

756. ДОПЛЕРОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) определить размер органа
- 2) измерить скорость потока крови
- 3) выявить очаговое образование
- 4) определить наличие конкремента
- 5) выявить наличие жидкости брюшной полости

757. РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИГРАЕТ

- 1) флюорография
- 2) эндоскопическое исследование
- 3) радиоизотопное исследование
- 4) ангиография
- 5) клинический анализ крови

758. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) ангиография
- 2) сцинтиграфия
- 3) лапароскопия
- 4) биопсия
- 5) клинический анализ крови

759. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ ИГРАЕТ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- 1) печени
- 2) почек
- 3) сердца
- 4) легких
- 5) мозга

760. ДИАГНОЗ АБСЦЕСС МОЗГА МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

- 1) компьютерной томографии
- 2) колоноскопии 3)
- 3) сцинтиграфии
- 4) рентгенографии черепа
- 5) электрокардиографии

761. КОЛОНОСКОПИЯ - ЭТО

- 1) осмотр полости рта
- 2) осмотр слизистой оболочки желудка
- 3) осмотр слизистой оболочки толстой кишки
- 4) осмотр слизистой бронхов
- 5) осмотр органов брюшной полости

762. СПЕЦИАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ СВИЩЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) фистулографию
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) реоплетизмографию
- 4) дуплексное сканирование
- 5) ангиографию

763. О СОСТОЯНИИ БЕЛКОВООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ СУДЯТ ПО УРОВНЮ

- 1) белка в моче
- 2) белка и белковых фракции в крови
- 3) стеркобилина в кале
- 4) холестерина в сыворотке крови
- 5) билирубина в крови

764. ДЛИНА ПРЕДПЛЕЧЬЯ ИЗМЕРЯЕТСЯ

- 1) от головки луча до «анатомической табакерки»
- 2) от головки луча до головки второй пястной кости
- 3) от локтевого до шиловидного отростка
- 4) от локтевого отростка до головки пятой пястной кости
- 5) от локтевого отростка до основания второй пястной кости

765. ДЛИНА БЕДРА ИЗМЕРЯЕТСЯ

- 1) от верхней передней ости подвздошной кости до суставной щели коленного сустава
- 2) от большого вертела до суставной щели коленного сустава

- 3) от паховой складки до надколенника
- 4) от большого вертела до надколенника
- 5) от верхней передней ости подвздошной кости до надколенника

766. ПАЛЬПАЦИЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ОБЛАСТИ

- 1) где больше всего беспокоят боли
- 2) пограничных с пораженным участком
- 3) скрытых под одеждой и недоступных внешнему осмотру
- 4) предполагаемого патологического очага после обезболивания
- 5) не имеет значения, с каких

767. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ

- 1) хронической почечной недостаточности
- 2) острого гепатита
- 3) очаговых образований головного мозга
- 4) острого инфаркта миокарда
- 5) острого аппендицита

768. ОБСЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С

- 1) ангиографии
- 2) компьютерной томографии
- 3) ультразвукового исследования 4)
- 4) лапароскопии
- 5) диагностической лапаротомии

769. ИРРИГОСКОПИЯ - ЭТО

- 1) осмотр слизистой толстой кишки
- 2) рентгеноконтрастное исследование толстой кишки
- 3) осмотр органов брюшной полости
- 4) рентгеноконтрастное исследование сосудов

- 5) рентгеноконтрастное исследование желудка

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

770. ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) лечение больного путем обнаружения патологического очага и удаление его
- 2) разъединение покровных тканей для удаления патологического очага
- 3) комплекс мероприятий, предусматривающий оперативный доступ и оперативный прием
- 4) механическое воздействие на органы и ткани, производимое с целью лечения и диагностики
- 5) механическое воздействие на органы и ткани

771. ЦЕЛЬЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уточнение диагноза
- 2) полное излечение больного
- 3) облегчение состояния больного
- 4) определение степени тяжести состояния больного
- 5) уточнение показаний к радикальной операции

772. БЕСКРОВОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1) резекцию желудка
- 2) биопсию
- 3) вправление вывиха
- 4) экстракцию зуба
- 5) плевральную пункцию

773. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ПРИ
ЛАПАРОСКОПИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) закись азота
- 2) циклопропан
- 3) атмосферный воздух
- 4) O₂
- 5) CO₂

774. МНОГОЭТАПНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ПХО раны
- 2) вправление вывиха плеча по Кохеру
- 3) пластика дефекта кожи лица по Филатову
- 4) ампутация бедра
- 5) вскрытие флегмоны ягодичной области

775. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПИОДЕРМИИ НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1) удаление липомы
- 2) пластика сухожилий
- 3) ушивание прободной язвы желудка
- 4) резекция желудка при стенозе привратника
- 5) грыжесечение при неосложненной паховой грыже

776. ЛАПАРОСКОПИЯ НЕ ИНФОРМАТИВНА

- 1) при разрыве селезенки
- 2) при остром холецистите
- 3) при панкреонекрозе
- 4) при остром паранефрите
- 5) при остром аппендиците

777. ЗАВЕРШАЮЩИМ ЭТАПОМ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ушивание прободной язвы желудка
- 2) аппендэктомия
- 3) резекция желудка
- 4) холецистэктомия
- 5) послойное ушивание операционной раны

778. ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аппендэктомия при гангренозном аппендиците

- 2) ушивание перфоративной язвы желудка
- 3) грыжесечение при неосложненной паховой грыже
- 4) лапаротомия при травматическом разрыве селезенки
- 5) трахеостомия при остром отеке гортани

779. ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) аппендэктомия
- 2) грыжесечение
- 3) биопсия лимфоузлов
- 4) вправление вывиха плеча
- 5) вскрытие панариция

780. ПО СРОЧНОСТИ РАЗЛИЧАЮТ ОПЕРАЦИИ

- 1) экстренные, срочные, паллиативные
- 2) плановые, экстренные, многоэтапные
- 3) экстренные, срочные, плановые
- 4) радикальные, плановые, паллиативные
- 5) диагностические, несрочные, одноэтапные

781. К ЭНДОВАСКУЛЯРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1) аорто-бедренное шунтирование
- 2) эмболизация селезеночной артерии
- 3) аппендэктомия
- 4) лапароскопическая холецистэктомия
- 5) вскрытие панариция

782. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИОДОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) период от начала заболевания до производства операции
- 2) период с момента установления диагноза до производства операции
- 3) период с момента поступления до начала подготовки больного к операции
- 4) период с момента поступления больного в хирургическое отделение для производства операции до ее выполнения
- 5) период с момента установления диагноза и показаний к операции до ее выполнения

783. ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1) **диагностический этап**

2) лечебный этап

3) реабилитационный этап

4) профилактический этап

5) доклинический этап

784. ЦЕЛЬЮ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ

1) **максимальное уменьшение риска операции и возможности развития** послеоперационных осложнений

2) проведение лечебных мероприятий, улучшающих нарушенные функции органов

3) проведение предоперационной подготовки

4) установление диагноза

5) выявление показаний и противопоказаний к операции

785. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПОПРОТЕИНЕМИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВВОДИТСЯ

1) физиологический раствор

2) полиглюкин

3) **гидролизин**

4) глюкоза

5) ацесоль

786. МАКСИМАЛЬНОГО СОКРАЩЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ТРЕБУЕТ

1) открытый перелом костей голени

2) **клапанный пневмоторакс**

3) флегмона плеча

4) рак желудка

5) карбункул шеи

787. ПАЦИЕНТУ С УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ 70 г/л ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1) полиглюкин
- 2) плазму
- 3) аминокролин
- 4) альбумин
- 5) эритроцитарную взвесь

788. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ

- 1) установления срока операции
- 2) улучшения состояния больного
- 3) ускорения репаративных процессов
- 4) уточнение диагноза
- 5) прогнозирования заболевания

789. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) внутрибрюшное кровотечение
- 2) туберкулез брюшины
- 3) диафрагмальная грыжа
- 4) спаечная болезнь брюшной полости
- 5) прободная язва желудка

790. ПРИ ПРИЕМЕ БОЛЬНЫМ ВОДЫ И ПИЩИ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) затрудняется управление дыханием при ИВЛ
- 2) трудно вводить желудочный зонд
- 3) прием пищи влияет на процесс интубации
- 4) возможна регургитация
- 5) возможен ацидоз

791. ПРИ ВЫРАЖЕННОМ ОБЕЗВОЖИВАНИИ ОРГАНИЗМА С ЦЕЛЮ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ВВОДИТСЯ

- 1) гидролизин

- 2) аминокептид
- 3) глюкоза
- 4) нативная плазма
- 5) раствор Дарроу

792. ЦЕЛЬЮ БИОПСИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) определение степени и тяжести состояния больного
- 2) решение вопроса о срочности операции
- 3) установление распространенности процесса
- 4) гистологическое исследование материала
- 5) определение степени анестезиологического риска

793. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ И СОЗДАНИЯ ЗАПАСОВ ГЛИКОГЕНА В ПЕЧЕНИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1) метионин
- 2) липокаин
- 3) глюкозу
- 4) витамины группы В
- 5) белковые препараты

794. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЭПИЛЯЦИЯ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) за сутки перед операцией
- 2) вечером накануне операции
- 3) за 2 суток до операции
- 4) утром в день операции
- 5) непосредственно на операционном столе

795. ПОДГОТОВКА КИШЕЧНИКА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) отхаркивающих препаратов

2) очистительных клизм

- 3) зондового питания
- 4) холода на живот
- 5) анальгезирующих препаратов

796. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИОДОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) период лечения от начала производства операции до снятия швов
- 2) период лечения с момента завершения операции до выписки больного из стационара
- 3) период лечения с момента окончания операции до восстановления трудоспособности или инвалидизации
- 4) период с момента окончания операции до нормализации показателей гомеостаза
- 5) ни одно определение не верно

797. СПЕЦИАЛЬНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лечебные
- 2) диагностические
- 3) эндоваскулярные
- 4) радикальные
- 5) симультантные

798. ОПЕРАЦИЯМИ ПО СТЕПЕНИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лечебные
- 2) условно чистые
- 3) эндоваскулярные
- 4) радикальные
- 5) симультантные

799. ЛЕЧЕБНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) чистые
- 2) диагностические
- 3) эндоваскулярные
- 4) радикальные

5) симультантные

800. РАДИКАЛЬНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) холецистостомия
- 2) аорто-бедренное шунтирование
- 3) наложение кишечного анастомоза
- 4) аппендэктомия
- 5) ушивание перфоративной язвы

801. ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неущемленная паховая грыжа
- 2) варикозная болезнь нижних конечностей
- 3) перфоративная язва желудка
- 4) липома плеча
- 5) хронический холецистит

802. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД НАЧИНАЕТСЯ

- 1) с начала заболевания
- 2) с момента установления диагноза
- 3) с момента поступления в хирургический стационар
- 4) с момента установления показаний к операции
- 5) с момента начала операции

803. НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ
КЛИЗМЫ

- 1) гипертоническая
- 2) сифонная
- 3) очистительная
- 4) лечебная
- 5) масляная

804. РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

- 1) после устранения ранних послеоперационных осложнений
- 2) после снятия швов с операционной раны
- 3) после заживления операционной раны
- 4) после выписки больного из стационара
- 5) после восстановления трудоспособности больного

805. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КАТАБОЛИЧЕСКОЙ ФАЗЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 5-10 часов
- 2) 1-3 дня
- 3) 3-7 дней
- 4) 7-10 дней
- 5) 10-12 дней

806. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ФАЗЫ ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-2 дня
- 2) 3-4 дня
- 3) 4-6 дней
- 4) 6-8 дней
- 5) 8-10 дней

807. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНАБОЛИЧЕСКОЙ ФАЗЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 5-10 дней
- 2) 10-14 дней
- 3) 20-30 дней
- 4) 2-5 недель
- 5) 2 месяца

808. НАРУШЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) инфаркт миокарда
- 2) аспирационная пневмония

- 3) аллергия
- 4) нарушение сна
- 5) олигоанурия

809. НАРУШЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) инфаркт миокарда
- 2) аспирационная пневмония
- 3) аллергия
- 4) нарушение сна
- 5) олигоанурия

810. НАРУШЕНИЕ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) инфаркт миокарда
- 2) аспирационная пневмония
- 3) тромбоэмболия
- 4) нарушение сна
- 5) олигоанурия

811. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ССС В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) антибиотикотерапия
- 2) улучшение питания сердечной мышцы
- 3) введения нейролептиков 4)
- 4) лимфосорбция
- 5) введение изотонического раствора

812. ОСЛОЖНЕНИЯ СО С СТОРОНЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) пиелонефрит
- 2) тромбоз

3) ателектаз легкого

4) гепатит

5) синдромом Жильбера

813. СО СТОРОНЫ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

1) пиелонефрита

2) тромбоза

3) ателектаза легкого

4) симптома Обуховской больницы

5) ренальной гипертензии

814. СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

1) пиелонефрита

2) нагноения послеоперационной раны

3) ателектаза легкого

4) нарушения моторной и эвакуационной деятельности ЖКТ

5) ренальной гипертензии

815. К РАЗВИТИЮ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИВОДИТ

1) острый гепатит

2) цирроз печени

3) механическая желтуха

4) гемолитическая анемия

5) пневмония

816. К РАЗВИТИЮ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИВОДИТ

1) острый бронхит

2) тромбоз

3) механическая желтуха

4) пиелонефрит

5) пневмония

817. К РАЗВИТИЮ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИВОДИТ

- 1) острый бронхит
- 2) тромбоз
- 3) механическая желтуха
- 4) пиелонефрит
- 5) пневмония

818. К РАЗВИТИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИВОДИТ

- 1) острый бронхит
- 2) инфаркт миокарда
- 3) механическая желтуха
- 4) пиелонефрит
- 5) пневмония

819. СО СТОРОНЫ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- 1) тромбоза
- 2) нагноения
- 3) пневмонии
- 4) инфаркта миокарда
- 5) сепсиса

820. РАСХОЖДЕНИЕ ШВОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) инфильтрат
- 2) нагноение
- 3) гематома
- 4) эвентрация
- 5) сепсис

821. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В
РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) использование дезагрегантов
- 2) дыхательная гимнастика
- 3) применение отхаркивающих средств
- 4) дренирование желудка
- 5) введение газоотводной трубки

822. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ССС В РАННЕМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) антибиотикотерапия
- 2) дыхательная гимнастика
- 3) обеспечение стабильной гемодинамики
- 4) дренирование желудка
- 5) введение газоотводной трубки

823. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ
СИСТЕМЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) применение антикоагулянтов
- 2) дыхательная гимнастика
- 3) обеспечение стабильной гемодинамики
- 4) дренирование желудка
- 5) введение газоотводной трубки

824. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ
ПИЩЕВАРЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) применение антикоагулянтов
- 2) дыхательная гимнастика
- 3) обеспечение стабильной гемодинамики
- 4) дренирование желудка
- 5) использование дезагрегантов

825. ПРОФИЛАКТИКА ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) применение антикоагулянтов
- 2) дыхательная гимнастика
- 3) обеспечение стабильной гемодинамики
- 4) введение средств стимуляции моторики
- 5) использование дезагрегантов

826. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) применение анальгетиков
- 2) дыхательная гимнастика
- 3) обеспечение стабильной гемодинамики
- 4) дренирование желудка
- 5) использование дезагрегантов

827. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) применение антикоагулянтов
- 2) дыхательная гимнастика
- 3) обеспечение стабильной гемодинамики
- 4) дренирование желудка
- 5) использование анальгетиков и спазмолитиков

828. ОБРАЗОВАНИЮ ПРОЛЕЖНЕЙ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) пневмония
- 2) длительное вынужденное положение
- 3) тромбоз
- 4) инфаркт миокарда
- 5) отек легких

829. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

- 1) бедра
- 2) крестец
- 3) грудная клетка
- 4) передняя брюшная стенка

5) плечи

830. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- 1) применение резиновых кругов
- 2) дыхательная гимнастика
- 3) обеспечение стабильной гемодинамики
- 4) дренирование желудка
- 5) использование анальгетиков и спазмолитиков

831. СО СТОРОНЫ ЛЕГКИХ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НЕВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- 1) инфаркта миокарда
- 2) респираторного дисстресс- синдрома
- 3) жировой эмболии
- 4) нагноения послеоперационной раны
- 5) пиелонефрита

832. УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) ущемление содержимого грыжевого мешка
- 2) незаживление послеоперационной раны
- 3) выпадение наружу органов брюшной полости через рану
- 4) рассечение стенки желудка
- 5) разновидность кишечной непроходимости

833. ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ

- 1) у больных после вскрытия абсцессов мягких тканей
- 2) у больных после чревосечения
- 3) у больных пневмонией
- 4) у больных анемией
- 5) у мужчин

834. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАГНОЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1) дренирование желудка

2) разведение краев раны

- 3) применение дезагрегантов
- 4) физиолечение
- 5) переливание плазмы, альбумина

835. ПРИ ЗАДЕРЖКЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ТРЕБУЕТСЯ

- 1) дренирование желудка
- 2) разведение краев раны
- 3) применение дезагрегантов
- 4) грелка на область мочевого пузыря
- 5) переливание плазмы, альбумина

836. ДЛЯ БОРЬБЫ С ПАРЕЗОМ КИШЕЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1) паранефральная блокада
- 2) разведение краев раны
- 3) применение дезагрегантов
- 4) физиолечение
- 5) переливание плазмы, альбумина

837. ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ В СТАДИЮ ИШЕМИИ

- 1) обработка 5% перманганатом калия
- 2) вскрытие гнойного очага
- 3) применение дезагрегантов
- 4) обработка камфорным спиртом
- 5) переливание плазмы, альбумина

838. ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ В СТАДИЮ ПОВЕРХНОСТНОГО НЕКРОЗА

- 1) обработка 5% перманганатом калия
- 2) вскрытие гнойного очага
- 3) применение дезагрегантов

- 4) обработка камфорным спиртом
- 5) переливание плазмы, альбумина

839. ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ В СТАДИЮ ГНОЙНОГО РАСПЛАВЛЕНИЯ

- 1) обработка 5% перманганатом калия
- 2) вскрытие гнойного очага
- 3) применение дезагрегантов
- 4) обработка камфорным спиртом
- 5) переливание плазмы, альбумина

840. ЛОКАЛЬНО ПРОЛЕЖНИ В СТАДИЮ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) бурным развитием серозного отека и токсикоза
- 2) бледностью тканей, гипостезией
- 3) образованием множественных абсцессов
- 4) отечностью и гиперемией тканей, с участками единичного некроза
- 5) появлением гнойного отделяемого, распространением процесса вглубь

841. ЛОКАЛЬНО ПРОЛЕЖНИ В СТАДИЮ ПОВЕРХНОСТНОГО НЕКРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) бурным развитием серозного отека и токсикоза
- 2) бледностью тканей, гипостезией
- 3) образованием множественных абсцессов
- 4) отечностью и гиперемией тканей, с участками единичного некроза
- 5) появлением гнойного отделяемого, распространением процесса вглубь

842. ЛОКАЛЬНО ПРОЛЕЖНИ В СТАДИЮ ГНОЙНОГО РАСПЛАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) бурным развитием серозного отека и токсикоза
- 2) бледностью тканей, гипостезией
- 3) образованием множественных абсцессов
- 4) отечностью и гиперемией тканей, с участками единичного некроза
- 5) появлением гнойного отделяемого, распространением процесса вглубь

ОСНОВЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

843. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, РАСПОЛОЖЕННАЯ ПОВЕРХНОСТНО, ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) округлая форма или дольчатое строение
- 2) неподвижна и спаяна с окружающими тканями
- 3) пальпируются увеличенные регионарные лимфоузлы
- 4) пальпация опухоли болезненна
- 5) флюктуация над опухолью

844. ПРИМЕР ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

- 1) фиброма
- 2) липома
- 3) аденома
- 4) папиллома
- 5) саркома

845. РАК – ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ИЗ

- 1) незрелой соединительной ткани
- 2) лимфатических узлов
- 3) кровеносных сосудов
- 4) железистого или покровного эпителия
- 5) гладкой мускулатуры

846. МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ОСТАВШИМИСЯ В ОРГАНИЗМЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОПУХОЛЕВЫМИ КЛЕТКАМИ НАЗЫВАЮТСЯ

- 1) асептикой
- 2) антисептикой
- 3) абластикой
- 4) дезинфекцией
- 5) антибластикой

847. ДОБРОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) быстрый рост
- 2) инфильтративный рост
- 3) похудение больного
- 4) быстрая утомляемость
- 5) неспаянность опухоли с подлежащими тканями

848. МЕТАЗТАЗЫ ОПУХОЛИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ
ВЫЯВЛЯЮТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) гастроскопии
- 2) эзофагоскопии
- 3) ректоскопии
- 4) цистоскопии
- 5) лапароскопии

849. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ РАКА
ЛЕГКОГО

- 1) табакокурение

1)

- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

- 2) хронический гастрит
- 3) частые ОРЗ
- 4) пиелонефрит
- 5) несбалансированное питание

850. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ РАКА ЖЕЛУДКА

табакокурение

хронический гастрит частые ОРЗ пиелонефрит

несбалансированное питание

851. ПРИМЕР ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

1) фиброма

- 2) липома
- 3) аденома
- 4) папиллома
- 5) саркома

852. ПРИМЕР ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИЗ ЖИРОВОЙ ТКАНИ

1) фиброма

2) липома

- 3) аденома
- 4) папиллома
- 5) саркома

853. ПРИМЕР ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИЗ

- 1)

- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ

- 1) фиброма
- 2) липома
- 3) аденома
- 4) папиллома
- 5) миома

854. ПРИМЕР ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИЗ ПОПЕРЕЧНО-ПОЛОСАТОЙ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ

- 1) фиброма
- 2) рабдомиома
- 3) аденома
- 4) лейомиома
- 5) саркома

855. ПРИМЕР ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИЗ ГЛАДКОМЫШЕЧНОЙ ТКАНИ

фиброма
рабдомиома аденома лейомиома
саркома

856. ПРИМЕР ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИЗ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ

- 1) фиброма
- 2) рабдомиома
- 3) аденома
- 4) лейомиома
- 5) саркома

- 1)

- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

857. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ МЕ-
ЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ

- 1) табакокурение
- 2) хронический гастрит
- 3) УФ-облучение
- 4) ионизирующее облучение
- 5) работа с асбестом

858. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ РАКА КОЖИ

- 1) табакокурение
- 2) хронический гастрит
- 3) УФ-облучение
- 4) ионизирующее облучение
- 5) работа с асбестом

859. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ
ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) табакокурение
- 2) хронический гастрит
- 3) УФ-облучение
- 4) ионизирующее облучение
- 5) работа с асбестом

860. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ
ЛИМФОМЫ БЕРКЕТА

табакокурение
вирус Барр-Эпштейна
УФ-облучение иони-
зирующее облучение работа с асбестом

- 1)

- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

861. МЕТАЗТАЗЫ ОПУХОЛИ В ЖЕЛУДОК ВЫЯВЛЯЮТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) гастроскопии
- 2) эзофагоскопии
- 3) ректоскопии
- 4) цистоскопии
- 5) лапароскопии

862. МЕТАЗТАЗЫ ОПУХОЛИ В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ
ВЫЯВЛЯЮТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) гастроскопии
- 2) эзофагоскопии
- 3) рентгеноскопии
- 4) цистоскопии
- 5) лапароскопии

863. МЕТАЗТАЗЫ ОПУХОЛИ В ГРУДНУЮ ПОЛОСТЬ
ВЫЯВЛЯЮТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) гастроскопии
- 2) томографии
- 3) рентгеноскопии
- 4) цистоскопии
- 5) лапароскопии

864. МЕТАЗТАЗЫ ОПУХОЛИ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ
ВЫЯВЛЯЮТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) гастроскопии
- 2) томографии
- 3) рентгеноскопии
- 1)

- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

- 4) цистоскопии
- 5) лапароскопии

865. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

низкая чувствительность опухоли к облучению

- 1)

2) 3) 4)

5)

высокая чувствительность опухоли к облучению наличие некротических язв в зоне облучения появление симптомов лучевой болезни

тяжесть состояния больного, не позволяющая провести

операцию

866. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) без сдавления соседнего органа
- 2) глубоко расположенная опухоль
- 3) отсутствие роста опухоли
- 4) длительное существование опухоли

5) подозрение на малигнизацию

867. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) без сдавления соседнего органа
- 2) глубоко расположенная опухоль
- 3) быстрый рост опухоли**
- 4) длительное существование опухоли

5) гистологически доказанная

868. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) сдавление соседнего органа

- 2) глубоко расположенная опухоль
- 3) отсутствие роста опухоли
- 4) длительное существование опухоли
- 5) гистологически доказанная

869. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) сдавление соседнего органа

**2) постоянная травматизация одеждой
расположенной опухоли**

поверхностно

- 3) отсутствие роста опухоли
- 4) длительное существование опухоли
- 5) гистологически доказанная

870. В ПОНЯТИЕ АБЛАСТИКИ ВХОДИТ

- 1) обработка операционной раны спиртом
- 2) смена инструментария и белья во время операции не проводится
- 3) однократное мытье рук во время операции
- 4) гистологическое исследование не проводится
- 5) проведение разрезов тканей вблизи от опухоли

871. В ПОНЯТИЕ АБЛАСТИКИ ВХОДИТ

- 1) обработка операционной раны спиртом не проводится
- 2) частая смена инструментария и белья
- 3) однократное мытье рук во время операции
- 4) гистологическое исследование не проводится
- 5) проведение разрезов тканей вблизи от опухоли

872. В ПОНЯТИЕ АБЛАСТИКИ ВХОДИТ

- 1) обработка операционной раны спиртом не проводится
- 2) смена инструментария и белья во время операции не проводится
- 3) неоднократное мытье рук во время операции
- 4) гистологическое исследование не проводится
- 5) проведение разрезов тканей вблизи от опухоли

873. В ПОНЯТИЕ АБЛАСТИКИ ВХОДИТ

- 1) обработка операционной раны спиртом не проводится
- 2) смена инструментария и белья во время операции не проводится
- 3) однократное мытье рук во время операции
- 4) гистологическое исследование проводится во время и после операции
- 5) проведение разрезов тканей вблизи от опухоли

874. В ПОНЯТИЕ АБЛАСТИКИ ВХОДИТ

- 1) обработка операционной раны спиртом не проводится
- 2) смена инструментария и белья во время операции не проводится
- 3) однократное мытье рук во время операции
- 4) гистологическое исследование не проводится
- 5) проведение разрезов тканей вдали от опухоли

875. ПРИЗНАКАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) медленный рост
- 2) четкое ограничение от окружающих тканей
- 3) отсутствие вредного влияния на организм
- 4) склонность к рецидивированию после удаления самой опухоли
- 5) отсутствие способности к метастазированию

876. ПРИЗНАКАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ
ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) медленный рост
- 2) четкое ограничение от окружающих тканей
- 3) отсутствие вредного влияния на организм
- 4) отсутствие рецидивов после удаления самой опухоли
- 5) способность к метастазированию

877. ПРИЗНАКАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ
ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) быстрый рост
- 2) четкое ограничение от окружающих тканей
- 3) отсутствие вредного влияния на организм
- 4) отсутствие рецидивов после удаления самой опухоли
- 5) отсутствие способности к метастазированию

878. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
- 1) распространение по лимфатическим сосудам
 - 2) не прорастает, а раздвигает соседние ткани
 - 3) развитие без видимых причин путем размножения клеток, отличающихся обособленностью роста
 - 4) может существовать всю жизнь больного, не проявляя роста
 - 5) после ее удаления наступает излечение
879. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
- 1) не распространяется по лимфатическим сосудам
 - 2) прорастает в соседние ткани
 - 3) развитие без видимых причин путем размножения клеток, отличающихся обособленностью роста
 - 4) может существовать всю жизнь больного, не проявляя роста
 - 5) после ее удаления наступает излечение
880. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
- 1) не распространяется по лимфатическим сосудам
 - 2) не прорастает, а раздвигает соседние ткани
 - 3) развитие без видимых причин путем размножения клеток, отличающихся обособленностью роста
 - 4) может существовать всю жизнь больного, не проявляя роста
 - 5) после ее удаления необходима профилактика метастазирования и рецидивов
881. ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
- 1) наличие капсулы
 - 2) атипизм строения
 - 3) инфильтративный рост
 - 4) метастазирование
 - 5) полиморфизм строения

882. ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
- 1) распространяется по лимфатическим сосудам
 - 2) атипизм строения
 - 3) инфильтративный рост
 - 4) может существовать всю жизнь больного, не проявляя роста
 - 5) полиморфизм строения
883. ПРИ ФГС НЕВОЗМОЖНО УСТАНОВИТЬ
- 1) локализацию опухоли
 - 2) цвет опухоли
 - 3) стадию опухолевого процесса
 - 4) форму опухоли
 - 5) распад опухоли
884. ПОЛИПОЗ ЖЕЛУДКА ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ ПОМОЩИ
- 1) ФГС
 - 2) ректоскопия
 - 3) цистоскопия
 - 4) лапароскопия
 - 5) бронхоскопия
885. ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ ПОМОЩИ
- 1) ФГС
 - 2) ректоскопия
 - 3) цистоскопия
 - 4) лапароскопия
 - 5) бронхоскопия
886. ПОЛИПОЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ДИАГНОСТИРУЮТ ПРИ ПОМОЩИ
- 1) ФГС

- 2) ректоскопия
- 3) цистоскопия
- 4) лапароскопия
- 5) бронхоскопия

887. К ИСТИННЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1) серома
- 2) инфильтрат
- 3) гигрома
- 4) гематома
- 5) тератома

888. К ИСТИННЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1) серома
- 2) липома
- 3) гигрома
- 4) гематома
- 5) инфильтрат

889. К ИСТИННЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСИТСЯ

- 1) серома
- 2) инфильтрат
- 3) гигрома
- 4) фиброма
- 5) гематома

890. МЕТОД АБЛАСТИКИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) бережное, нетравматическое удаление опухоли
- 2) удаление опухоли частично в пределах здоровых тканей
- 3) применение электроножа и обработка раны спиртом
- 4) смена белья во время операции не проводится

5) смена перчаток и инструментов во время операции не проводится

891. МЕТОД АБЛАСТИКИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) травматическое удаление опухоли
- 2) удаление опухоли частично в пределах здоровых тканей
- 3) применение электроножа и обработка раны спиртом
- 4) смену белья и защиту операционного поля во время операции
- 5) смена перчаток и инструментов во время операции не проводится

892. МЕТОД АБЛАСТИКИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) травматическое удаление опухоли
- 2) удаление опухоли одним блоком в пределах здоровых тканей
- 3) применение электроножа и обработка раны спиртом
- 4) смена белья во время операции не проводится
- 5) смена перчаток и инструментов во время операции не проводится

893. ОСЛОЖНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТЕРАПИИ ПРИ

- 1) повышение работоспособности
- 2) лейкопения
- 3) повышение аппетита
- 4) рецидив опухоли
- 5) метастазы в других органах

894. ОСЛОЖНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТЕРАПИИ ПРИ

- 1) повышение работоспособности
- 2) лейкоцитоз
- 3) тошнота, рвота
- 4) рецидив опухоли
- 5) метастазы в других органах

895. ОСЛОЖНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ

- 1) слабость
- 2) лейкоцитоз
- 3) повышение гемоглобина
- 4) рецидив опухоли
- 5) метастазы в других органах

896. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАССЕИВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ КЛЕТОК В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) асептикой
- 2) антисептикой
- 3) абластикой
- 4) дезинфекцией
- 5) антибластикой

897. СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ С ЦЕЛЬЮ АНТИБЛАСТИКИ

- 1) ацетон
- 2) этиловый спирт
- 3) формалин
- 4) новокаин
- 5) пенициллин

898. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

- 1) бронхоскопия
- 2) флюорография
- 3) ирригоскопия

- 4) развернутый анализ крови
- 5) исследование микробного состава кишечника

899. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА
ТОЛСТОЙ КИШКИ

- 1) бронхоскопия
- 2) пальцевое исследование кишки
- 3) флюорография
- 4) развернутый анализ крови
- 5) исследование микробного состава кишечника

900. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА
ТОЛСТОЙ КИШКИ

- 1) бронхоскопия
- 2) исследование микробного состава кишечника
- 3) флюорография
- 4) развернутый анализ крови
- 5) колоноскопия

901. ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА
ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ

- 1) флюорография
- 2) биохимический анализ крови
- 3) ректоманоскопия
- 4) ЭКГ
- 5) определение пульсации сосудов нижних конечностей

902. ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА
ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ

- 1) пальцевое ректальное исследование
- 2) биохимический анализ крови

- 3) развернутый анализ крови
- 4) ЭКГ
- 5) определение пульсации сосудов нижних конечностей

903. ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ

- 1) флюорография
- 2) биохимический анализ крови
- 3) развернутый анализ крови
- 4) ирригоскопия
- 5) определение пульсации сосудов нижних конечностей

904. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК У БОЛЬНОЙ МАСТОПАТИЕЙ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) маммография
- 2) развернутый анализ крови
- 3) флюорография
- 4) диафаноскопия
- 5) платизмография

905. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД

- 1) диетотерапия
- 2) ЛФК
- 3) химиотерапия
- 4) физиотерапия
- 5) витаминотерапия

906. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД

- 1) диетотерапия

- 2) лучевая терапия
- 3) ЛФК
- 4) физиотерапия
- 5) витаминотерапия

907. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАКА ВЫРАЖЕН ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ

- 1) желудка
- 2) легких
- 3) кровеносных сосудов
- 4) молочных желез
- 5) нервных тканей

908. СИНДРОМ «МАЛЫХ ПРИЗНАКОВ» ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) наличием сопутствующих заболеваний
- 2) инфильтративным ростом опухоли
- 3) поступлением веществ для питания клеток опухоли и развитием дефицита этих веществ в других органах и тканях
- 4) стадией опухолевого процесса
- 5) наличием отдаленных метастазов

909. ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический гепатит
- 2) анемия
- 3) хронический бронхит
- 4) калезная язва желудка
- 5) киста яичника

910. ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хронический гепатит
- 2) анемия

- 3) полипоз кишечника
- 4) хронический бронхит
- 5) киста яичника

911. ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лейкоплакия
- 2) анемия
- 3) хронический гепатит
- 4) хронический бронхит
- 5) киста яичника

912. «ИСТИННОЙ ОПУХОЛЬЮ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) патологическое разрастание тканей, характеризующееся неконтролируемым ростом и потерей дифференциации клеток
- 2) патологическое образование, характеризующееся безудержным ростом с последующим распадом
- 3) это патологическое образование, возникающее при ограниченном скоплении крови в тканях
- 4) это патологическое образование, возникающее при инфильтрировании мягких тканей
- 5) патологическое образование, характеризующееся припухлостью при грыжах, гематомах

913. ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ - ЭТО

- 1) иссечение всей опухоли с последующим гистологическим исследованием
- 2) иссечение кусочка опухоли с последующим цитологическим исследованием
- 3) получение цилиндрического стержня опухолевой ткани с помощью толстой иглы с последующим гистологическим или цитологическим исследованием

- 4) посев кусочка опухоли на специальную среду для определения чувствительности к противоопухолевым антибиотикам
- 5) цитологическое исследование содержимого полых органов, полученное при их пункции

914. ПЕРВАЯ СТАДИЯ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) ограничением процесса поверхностными тканями органа
- 2) единичными метастазами в ближайшие регионарные узлы
- 3) большими размерами опухоли
- 4) прорастанием опухолью стенки органа
- 5) отдаленными метастазами

915. ВТОРАЯ СТАДИЯ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) ограничением процесса поверхностными тканями органа
- 2) распад опухоли
- 3) большими размерами опухоли
- 4) прорастанием опухолью стенки органа
- 5) отдаленными метастазами

916. ТРЕТЬЯ СТАДИЯ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) ограничением процесса поверхностными тканями органа
- 2) малые размеры опухоли
- 3) большими размерами опухоли, распад опухоли, прорастанием опухолью стенки органа
- 4) не прорастает стенку органа
- 5) метастазами отсутствуют

917. ДЛЯ ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ХАРАКТЕРНО

1) метастазы в отдаленные органы и лимфоузлы

2) большой размер опухоли

3) малый размер опухоли

4) отсутствие метастазов

5) распад опухоли

918. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ВКЛЮЧАЕТ

1) TNMOT

2) TNMPG

3) TPMPG

4) PMMBT

5) APMPU

919. СИМВОЛ T (1-4) В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1) поражение лимфатических узлов

2) прорастание стенки полого органа

3) размер первичной опухоли

4) наличие метастазов в органах

5) прорастание стенки паренхиматозного органа

920. СИМВОЛ N (1-4) В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1) поражение лимфатических узлов

2) прорастание стенки полого органа

3) размер первичной опухоли

4) наличие метастазов в органах

5) прорастание стенки паренхиматозного органа

921. СИМВОЛ M (1-4) В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) поражение лимфатических узлов
- 2) прорастание стенки полого органа
- 3) размер первичной опухоли
- 4) наличие метастазов в органах
- 5) прорастание стенки паренхиматозного органа

922. СИМВОЛ Р (1-4) В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) поражение лимфатических узлов
- 2) прорастание стенки полого органа
- 3) размер первичной опухоли
- 4) наличие метастазов в органах
- 5) прорастание стенки паренхиматозного органа

923. СИМВОЛ G (1-4) В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1) поражение лимфатических узлов
- 2) степень злокачественности
- 3) размер первичной опухоли
- 4) наличие метастазов в органах
- 5) прорастание стенки паренхиматозного органа

924. ПРИЗНАКИ РАКА 1 СТАДИИ СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ

- 1) T₄N₃M₀P₄G₁
- 2) T₁₋₄N₃M₁P₁₋₄G₃
- 3) T₁₋₄ N₀M₁P₁₋₄G₁
- 4) T₁₋₄N₁M₀P₁₋₄G₁
- 5) T₁N₀M₀P₁G₁

925. ПРИЗНАКИ РАКА 2 СТАДИИ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ

СОГЛАСНО

- 1) T₄N₃M₀P₄G₁
- 2) T₁₋₄N₃M₁P₁₋₄G₃
- 3) T₁N₁M₀P₁G₁
- 4) T₁₋₄N₁M₀P₁₋₄G₁
- 5) T₁N₀M₀P₁G₁

926. ПРИЗНАКИ РАКА 3 СТАДИИ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ

СОГЛАСНО

- 1) T₄N₃M₀P₄G₁
- 2) T₁₋₄N₃M₁P₁₋₄G₃
- 3) T₁N₁M₀P₁G₁
- 4) T₁₋₄N₁M₁P₁₋₄G₁
- 5) T₁N₀M₀P₁G₁

927. ПРИЗНАКИ РАКА 4 СТАДИИ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ

СОГЛАСНО

- 1) T₄N₃M₀P₄G₁
- 2) T₁₋₄N₃M₁P₁₋₄G₃
- 3) T₁N₁M₀P₁G₁
- 4) T₁₋₄N₁M₁P₁₋₄G₁
- 5) T₁N₀M₀P₁G₁

ОСНОВЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

928. АУТОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ
ТКАНЕЙ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ

- 1) 2) 3) 4)
- 5)

одно и тоже лицо однояйцевые близнецы родственники первой степени представители одного биологического вида принадлежат к разным биологическим видам

929. АЛЛОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ

- 1) одно и тоже лицо
- 2) однояйцевые близнецы
- 3) родственники первой степени
- 4) представители одного биологического вида**
- 5) принадлежат к разным биологическим видам

930. ИЗОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ

- 1) одно и тоже лицо
- 2) однояйцевые близнецы**
- 3) родственники первой степени
- 4) представители одного биологического вида
- 5) принадлежат к разным биологическим видам

931. КСЕНОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ

- 1) одно и тоже лицо
- 2) однояйцевые близнецы
- 3) родственники первой степени
- 4) представители одного биологического вида
- 5) принадлежат к разным биологическим видам**

932. СИНГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ПРИ ЗАБОРЕ И ПЕРЕСАДКЕ ТКАНЕЙ ДОНОР И РЕЦИПИЕНТ

- 1) одно и тоже лицо
- 2) однояйцевые близнецы

- 1) 2) 3) 4)
- 5)

3) родственники первой степени

- 4) представители одного биологического вида
- 5) принадлежат к разным биологическим видам

933. МЕТОД АРТЕЗИРОВАННОГО КОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ

пластике пупочной грыжи абдоминопластике

закрытии обширных дефектов стопы, кисти пластике пахового канала пластике вентральной грыжи

934. МЕТОД АРТЕЗИРОВАННОГО КОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ

- 1) пластике пупочной грыжи
- 2) абдоминопластике
- 3) пластике вентральной грыжи
- 4) пластике пахового канала
- 5) замене пальцев кисти

935. МЕТОД АРТЕЗИРОВАННОГО КОЖНО-ЖИРОВОГО ЛОСКУТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ

- 1) закрытии дефектов пальцев кисти
- 2) абдоминопластике
- 3) пластике вентральной грыжи
- 4) пластике пахового канала
- 5) пластике пупочной грыжи

936. ОТДАЛЕННАЯ СВЯЗАННАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПО В.П. ФИЛАТОВУ – ЭТО МЕТОД ПЛАСТИКИ

- 1) стебельчатым лоскутом
- 2) мостовидным лоскутом
- 3) артеризованным кожно-жировым лоскутом
- 4) круглым мигрирующим стебельчатым лоскутом

- 1) 2) 3) 4)
- 5)

5) расщепленным кожным лоскутом

937. РАСЩЕПЛЕННЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) срезанный слой эпидермиса
- 2) эпидермис и часть собственно кожи
- 3) собственно кожу
- 4) собственно кожу с тонким слоем подкожной клетчатки
- 5) узкие полосы собственно кожи

938. ТРАНСПЛАНТАНТ ДЛЯ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ ПО СПОСОБУ ЛОУСОКА-КРАУЗЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) кусочки кожи диаметром 0,3-0,5 см
- 2) полосы расщепленной кожи размером до 3x5 см
- 3) полнослойный лоскут -«сито»
- 4) цельный полнослойный лоскут кожи
- 5) полнослойный лоскут с насечками в шахматном порядке

939. ЗАМЕЩЕНИЕ ГРАНУЛИРУЮЩЕЙ РАНЫ ЧЕРЕДУЮЩИМИСЯ ПОЛОСАМИ КОЖНЫХ АУТО- И АЛЛОТРАНСПЛАНТАНТОВ – ЭТО МЕТОД

- 1) «почтовых марок» (A.Gabarro)
- 2) Моулема-Джексона
- 3) Тирша
- 4) Дугласа
- 5) Драгстедта-Уилсона

940. БРЕФОПЛАСТИКА – ЭТО ПЕРЕСАДКА

- 1) аутокожи
- 2) кожи от трупа
- 3) кожи от эмбриона
- 4) кожи от однояйцевого близнеца
- 5) кожи от родственника первой степени

- 1) 2) 3) 4)
- 5)

941. ТКАНИ ТРУПА ДЛЯ КОНСЕРВАЦИИ ЗАГОТАВЛИВАЮТ ПОСЛЕ СМЕРТИ НЕ ПОЗЖЕ

- 1) 2ч
- 2) 6ч
- 3) 12ч 4)
- 4) 18ч
- 5) 24ч

942. МЕТОД КОНСЕРВИРОВАНИЯ ТКАНЕЙ И ОРГАНОВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

- 1) в изотоническом растворе NaCl
- 2) в гипертоническом растворе NaCl
- 3) лиофилизация
- 4) в спирте
- 5) в растворе Рингера

943. МЕТОД КОНСЕРВИРОВАНИЯ ТКАНЕЙ И ОРГАНОВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

криоконсервирование в гипертоническом растворе NaCl в изотоническом растворе NaCl в спирте в растворе Рингера

944. МЕТОД КОНСЕРВИРОВАНИЯ ТКАНЕЙ И ОРГАНОВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

- 1) в спирте
- 2) в гипертоническом растворе NaCl
- 3) в изотоническом растворе NaCl
- 4) в парафине
- 5) в растворе Рингера

945. КРИТЕРИЕМ СМЕРТИ МОЗГА ДОНОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) поверхностная кома

- 1) 2) 3) 4)
5)

- 2) патологическое дыхание
- 3) наличие кашлевого рефлекса
- 4) изоэлектрической линии при электроэнцефалографии
- 5) резкого снижения интракраниального кровообращения

946. КРИТЕРИЕМ СМЕРТИ МОЗГА ДОНОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глубокая безрефлекторная кома
- 2) патологическое дыхание
- 3) наличие кашлевого рефлекса
- 4) спонтанная активность мозга, по данным ЭЭГ
- 5) резкого снижения интракраниального кровообращения

947. КРИТЕРИЕМ СМЕРТИ МОЗГА ДОНОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) поверхностная кома
- 2) патологическое дыхание
- 3) отсутствия кашлевого рефлекса при эндотрахеальном отсасывании
- 4) спонтанная активность мозга, по данным ЭЭГ
- 5) резкого снижения интракраниального кровообращения

948. РЕПЛАНТАЦИЯ – ЭТО ПЕРЕСАДКА ОРГАНА ИЛИ ТКАНИ

- 1) повторная после отторжения
- 2) на новое анатомическое место
- 3) обратно на прежнее место

- 4) от эмбриона
- 5) от донора

949. ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ КОЖИ - ЭТО

- 1) свободная кожная пластика
- 2) итальянский способ
- 3) индийский способ
- 4) местная кожная пластика
- 5) пластика по Филатову

950. СВОБОДНАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОЖНОГО ЛОСКУТА НА МИКРОВАСКУЛЯРНЫХ АНАСТОМОЗАХ

- 1) индийский способ
- 2) итальянский способ
- 3) пластика лоскутом с осевым кровоснабжением
- 4) местная кожная пластика
- 5) пластика по Филатову

951. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КАЖДОГО ЭТАПА ПРИ ПЛАСТИКЕ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ НА ВРЕМЕННОЙ ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ

- 1) до 3 дней
- 2) до 1 недели
- 3) до 2 недель
- 4) до 3 недель
- 5) до 4 недель

ОСНОВЫ ХИРУРГИИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

952. ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ

- 1) аскаридами
- 2) лямблиями
- 3) актиномицетами
- 4) цистицерком
- 5) острицами

953. ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬ
ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ

- 1) цистицерком
- 2) лямблиями
- 3) актиномицетами
- 4) эхинококком
- 5) острицами

954. ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

- 1) цистицеркоз
- 2) лямблиоз
- 3) актиномикоз
- 4) шистосоматоз
- 5) сап

955. ВОЗМОЖНЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ «ХОЗЯИН» ЭХИНОКОККА

- 1) человек, обезьяна
- 2) свинья, овца
- 3) корова, олень
- 4) лошадь, верблюд
- 5) лисица, собака

956. ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ЭХИНОКОККОМ ПРОИСХОДИТ ПРИ

- 1) употреблении копченого мяса и рыбы
- 2) употреблении сырых яиц
- 3) вдыхании возбудителя с пылью
- 4) выделке меха
- 5) употреблении рыбы

957. ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЭХИНОКОККА В
ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

- 1) почки, надпочечники, спинной мозг
- 2) ЖКТ

3) легкие

4) подкожная клетчатка, костный мозг

5) поджелудочная железа, селезенка

958. ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЭХИНОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

1) почки, надпочечники, спинной мозг

2) ЖКТ

3) поджелудочная железа, селезенка

4) подкожная клетчатка, костный мозг

5) головной мозг

959. ИЗБИРАТЕЛЬНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЭХИНОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

1) почки, надпочечники, спинной мозг

2) ЖКТ

3) поджелудочная железа, селезенка

4) печень

5) подкожная клетчатка, костный мозг

960. ОБОЛОЧКИ ЭХИНОКОККОВОГО ПУЗЫРЯ

1) интермедиарная и мезотелиальная

2) пиогенная и промежуточная

3) мембранозная и серозная

4) зародышевая и хитиновая

5) эпителиальная и грануляционная

961. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1) пневмония

2) пиелонефрит

3) плеврит

4) артроз

5) кишечная непроходимость

962. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА
ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) пневмония
- 2) пиелонефрит
- 3) кишечная непроходимость
- 4) артроз
- 5) абсцедирование

963. В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) бронхоскопия
- 2) лапароскопия
- 3) эндоскопия
- 4) реакция Кассони
- 5) лейкоцитоз

964. В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) бронхоскопия
- 2) эозинофилия
- 3) эндоскопия
- 4) лапароскопия
- 5) лейкоцитоз

965. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

- 1) физиотерапия
- 2) вскрытия и дренирования полости
- 3) энуклеации
- 4) ЛФК
- 5) антибиотикотерапия

966. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

- 1) терапии mebендазолом
- 2) вскрытия и дренирования полости
- 3) физиотерапия
- 4) ЛФК
- 5) антибиотикотерапия

967. ПЕРВИЧНЫМ «ХОЗЯИНОМ» АСКАРИДЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) собака
- 2) лошадь
- 3) свинья
- 4) кошка
- 5) человек

968. ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА АСКАРИДАМИ ПРОИСХОДИТ ПРИ

- 1) нарушении асептики во время инъекции
- 2) случайных повреждениях кожных покров
- 3) вдыхании яиц паразита с пылью
- 4) заглатывании яиц паразита с пищей
- 5) повреждениях слизистой рта

969. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСКАРИДОЗА

- 1) гипотермия
- 2) гипертермия
- 3) кишечная непроходимость
- 4) мочекаменная болезнь
- 5) бронхиальная астма

970. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ
АСКАРИДОЗА

- 1) оксигенотерапия
- 2) химиотерапия
- 3) венесекция
- 4) энтеротомия
- 5) эндоскопическое удаление паразита

971. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ АСКАРИ-
ДОЗА

- 1) оксигенотерапия
- 2) аппендэктомия
- 3) венесекция

- 4) химиотерапия
- 5) эндоскопическое удаление паразита

972. ПРОМЕЖУТОЧНЫМ «ХОЗЯИНОМ» ФИЛЯРИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) комары
- 2) мухи
- 3) осы
- 4) летучие мыши
- 5) птицы

973. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ФИЛЯРИЙ В ОРГАНИЗМЕ

- 1) кожа
- 2) подкожная клетчатка
- 3) мышцы и фасции
- 4) артерии и вены
- 5) паренхиматозные органы

974. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ФИЛЯРИЙ В ОРГАНИЗМЕ

- 1) кожа
- 2) артерии и вены
- 3) мышцы и фасции
- 4) лимфатические пути
- 5) паренхиматозные органы

975. КЛИНИЧЕСКИ ФИЛЯРИОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пневмония
- 2) бронхит
- 3) лимфаденит
- 4) пиелонефрит
- 5) энтерита

976. КЛИНИЧЕСКИ ФИЛЯРИОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трофические язвы
- 2) бронхит
- 3) пневмония

- 4) пиелонефрит
- 5) энтерита

977. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИЛЯРИОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) вскрытии очага
- 2) пункции очага
- 3) эксцизии очага
- 4) введении в очаг склерозирующих препаратов
- 5) регионарной внутривенной инфузии антибиотиков

978. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПРОНИКНОВЕНИИ АСКАРИДЫ В ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК

- 1) спазм толстой кишки
- 2) кишечная непроходимость
- 3) холангит
- 4) аппендицит
- 5) механическая желтуха

979. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ТРИХИНЕЛЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) контрактура суставов
- 2) слоновость
- 3) мигрирующий тромбофлебит
- 4) мышечные боли
- 5) загрудинные боли

ОСНОВЫ ХИРУРГИИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

980. НАУКА, ИЗУЧАЮЩАЯ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) гистология
- 2) эмбриология
- 3) эндокринология
- 4) геронтология
- 5) тератология

981. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) диета
- 2) пол
- 3) наследственность
- 4) адинамия
- 5) гиподинамия

982. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) радиация
- 2) пол
- 3) диета
- 4) адинамия
- 5) гиподинамия

983. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) spinae bifidae occultaе
- 2) холецистит
- 3) аппендицита
- 4) варикоцеле
- 5) пупочная грыжа новорожденных

984. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) варикоцеле
- 2) холецистит
- 3) аппендицита
- 4) рахисхизис
- 5) пупочная грыжа новорожденных

985. ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, ОПАСНЫЙ ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА

- 1) 1-2-я и 4-6-я недели
- 2) 3-й месяц
- 3) 4-й и 6-й месяц

- 4) 8-й месяц
- 5) 7-й и 9-й месяц

986. ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВЫ И ЛИЦА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) паротит
- 2) уздечка языка и верхней губы, колобома
- 3) искривление носовой перегородки
- 4) узловой зоб
- 5) эндемический зоб

987. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АТРЕЗИИ АНУСА

- 1) в день рождения
- 2) на первом месяце жизни
- 3) в детском возрасте
- 4) в школьный период
- 5) по мере развития симптомов непроходимости

988. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1) эндемический зоб
- 2) макроцефалии
- 3) варикоцеле
- 4) аппендицит
- 5) искривление носовой перегородки

989. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1) эндемический зоб
- 2) аппендицит
- 3) варикоцеле
- 4) менингоцеле
- 5) искривление носовой перегородки

990. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ

- 1) эндемический зоб

- 2) аппендицит
- 3) гидроцефалия
- 4) варикоцеле
- 5) искривление носовой перегородки

991. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ОТНОСИТСЯ

- 1) рихисхизис
- 2) гидроэнцефалоцеле
- 3) варикоцеле
- 4) гидроцефалия
- 5) искривление носовой перегородки

992. К АНОМАЛИЯМ ЛИЦА И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ОТНОСЯТ

- 1) рихисхизиса
- 2) гидроэнцефалоцеле
- 3) варикоцеле
- 4) «заячья губа»
- 5) искривление носовой перегородки

993. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСЯТ

- 1) варикозное расширение подкожных вен
- 2) «голова медузы»
- 3) сужение аорты, транспозиция сосудов
- 4) эндартериит
- 5) незаращение боталлова протока

994. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ КРУПНЫХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ

- 1) варикозное расширение подкожных вен
- 2) «голова медузы»
- 3) сужение аорты, транспозиция сосудов
- 4) эндартериит
- 5) ложная аневризма

995. К ВРОЖДЕННЫМ АНОМАЛИЯМ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ ОТНОСЯТ

- 1) ателектазы легких
- 2) «голова медузы»
- 3) сужение аорты, транспозиция сосудов
- 4) трахеальных бронхов
- 5) ложная аневризма

996. К АНОМАЛИЯМ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК ОТНОСЯТ

- 1) камень почки
- 2) «голова медузы»
- 3) подковообразная почка
- 4) трахеальных бронхов
- 5) ложная аневризма

997. ЭПИСПАДИЯ И ГИПОСПАДИЯ – ЭТО ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

- 1) мочеточников
- 2) лоханок
- 3) мочевого пузыря
- 4) мочеиспускательного канала
- 5) почек

998. ВРОЖДЕННОЕ СРАЩЕНИЕ ПАЛЬЦЕВ МЕЖДУ СОБОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) макромелией
- 2) макродактилией
- 3) полидактилией
- 4) синдактилией
- 5) фокомелией

999. МОНОРХИЗМ – ПОРОК РАЗВИТИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ

- 1) атрофией яичек 2)
- 2) атрофией яичка
- 3) неопущением яичек
- 4) задержкой опускания одного яичка
- 5) водянкой единственного яичка

1000. МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛ ОБРАЗУЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) полного незаращения желточного протока
- 2) полного незаращения урахуса
- 3) частичного незаращения желточного протока
- 4) частичного незаращения урахуса
- 5) спонтанного выпячивания стенки тонкой кишки