Терапия 1курс ВОП

1. Для декомпенсированного стеноза привратника характерно все, кроме:
2. усиленная перистальтика желудка
3. рвоты с остатками не переваренной пищи
4. шум плеска натощак на уровне пупка и ниже 4.похудание
5. Выберите наиболее характерные клинические симптомы холангита:
6. боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тощнота, рвота
7. приступ боли в правом подреберье с развитием желтухи,появлением обесвеченного кала, темной мочи
8. кратковременная боль в эпигастральной области, рвота, понос
9. фебрильная температура с ознобом, увеличение печени, желтуха, лейкоцитоз
10. Какой признак наиболее характерен для гипертонической дискинезии желчных путей?

a) тяжесть в правом подреберье диспепсические симптомы

b)болезненность в правом подреберье

c)шаровидный желчный пузырь (холеграфия, УЗИ)

d)положительный эффект холекинетиков

1. Какой из показателей крови не характерен для хронического энтерита?

a)гипопротеинемия b)гипохолестеринемия

c)гипербилирубинемия d)гипоальбуминемия

1. Какое средство применяется для подавления активности ферментов поджелудочной железы?

a)антациды b)холинолитики c)квамател d)трасилол

1. Самым ценным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является:

a)лейкоцитоз b)уровень аминотрансфераз крови

c)уровень амилазы крови и мочи

d)уровень щелочной фосфатазы крови

1. Укажите два важнейших фактора в этиологии цирроза печени:
2. воспаление и камни желчных путей
3. вирусный гепатит и алкоголь
4. нарушение обмена меди и железа
5. токсины и лекарственные средства
6. Для препарата гастроцепин подберите его характеристику:
7. блокатор Н2-гистаминорецепторов
8. холинолитик общего действия
9. холинолитик местного действия 4) антацид
10. Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка?
11. Рентгенологический 2.эндоскопия

3.кал на скрытую кровь 4.эндоскопия с биопсией

1. При каком заболевании наблюдается увеличение прямого и непрямого билирубина?
2. наследственный сфероцитоз 2.синдром Жильбера

3.холедохолитиаз 4.вирусный гепатит

1. У больного страдающего язвенной болезнью желудка, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. Какое осложнение вероятнее всего возникло у больного?
2. Пенетрация 2.перфорация 3.кровотечение

4.стеноз привратника

1. Холестаз приводит к следующим нарушениям, кроме:
2. задержке желчных кислот в крови
3. повышению непрямого билирубина
4. увеличению активности щелочной фосфатазы 4.остеомаляции
5. Цирроз печени может быть поздним осложнением следующих болезней, кроме:
6. болезнь Вильсона-Коновалова 2.констриктивного перикардита

3.дефицит (- антитрипсина 4.вирусного гепатита А

1. Эрадикация Н. pylori при использовании 4х препаратов достигается путем назначения:
2. де-нола+метронидазола+ омепразола+ гастроцепина
3. 2 де-нола+метронидазола+ маалокс+ гастроцепина
4. де-нола+метронидазола+ омепразола+ амоксициллина
5. гастроцепин +де-нола+метронидазола+ омепразола
6. Следующие противовирусные препараты применяются при лечении вирусных гепатитов, кроме?
7. Интерферон 2.рибавирин 3.ремантадин 4.ацикловир
8. Хронический атрофический гастрит проявляется, кроме:
9. болезненной тяжести в животе
10. болей в эпигастральной области сразу после приема пищи
11. голодных болей 4.диареи
12. Клинически хронический неатрофический гастрит проявляется:
13. отрыжкой тухлым
14. болями в эпигастральной области, возникающими после еды
15. запорами 4. плохим аппетитом
16. Для хронического атрофического гастрита рентгенологически характерно:
17. рельеф слизистой желудка сглажен, тонус и перистальтика ослаблены
18. утолщение складок слизистой оболочки
19. эвакуация содержимого желудка ускорена 4.наличие "ниши"
20. Для развития холангита необходимо наличие следующего компонента:
    * + 1. заболевание печенизастой желчи
        2. снижение секреции соляной кислоты
        3. психогенные факторы
21. Основными этиопатогенетическими факторами в развитии хронического холецистита являются все, кроме:
    * + 1. инфицирование кишечной палочкой, стафилококком,энтерококком
        2. сопутствующий хронический аутоиммунный гастрит
        3. застой желчи 4.повреждение слизистой стенки желчного пузыря
22. В развитии асцита не играет роль :
23. снижение коллоидно-осмотического давления плазмы
24. повышенная выработка альдостерона в ответ на гиповолемию
25. портальная гипертензия
26. повышение гидростатического давления
27. Назовите признак хронического энтерита:
    * + 1. положительный симптом Герца
        2. точечная болезненность в пилородуоденальной области
        3. боли в животе, усиливающиеся в положении больного на спине
        4. положительный симптом Менделя
28. Следующие положения верны по отношению к язвенной болезни, кроме:
29. это хроническое, циклически протекающее заболевание желудка или 12 п.к. с образованием изъязвлений слизистой оболочки
30. чаще страдают молодые люди 30-40 лет3. мужчины страдают в 6-7 раз чаще женщин
31. как правило, одновременное образование изъязвлений слизистой в желудке и 12 п.к.
32. заболевание развивается вследствие расстройств нейрогуморальной системы
33. В патогенезе язвенной болезни 12 п.к.наибольшее значение имеет:
34. замедление эвакуации содержимого желудка
35. поражение слизистой оболочки вследствие снижения регенераторных функций
36. повышение активности кислотно-пептического фактора
37. обязательно применение ульцерогенных лекарственных средств
38. Назовите, какова наиболее частая причина хронических гепатитов из перечисленного?
39. ВИЧ-инфекция, вирус герпеса 2.злоупотребление алкоголем

3.токсические поражения мышьяком, 4.фосфорсодержащими препаратами

1. Морфологическими критериями цирроза являются, кроме:
   * + 1. жировая дистрофия гепатоцитов
       2. активная регенерация паренхимы
       3. нечеткая граница между паренхимой и соединительнотканными прослойками
       4. заметны нарушения дольковой архитектоники, портальные тракты соединяются между собой тонкими фиброзными перемычками
2. Признаками синдрома портальной гипертензии являются, кроме:
   * + 1. увеличение селезенки
       2. расширение просвета воротной вены 14 мм
       3. асцит 4.желтуха
3. Признаком синдрома печеночной недостаточности является:
   * + 1. Желтуха 2.зуд кожи

3. варикозное расширение вен живота 4.спленомегалия

1. Признаками синдрома холестаза являются, кроме:
   * + 1. желтуха
       2. кровотечения (носовые, десневые, маточные)
       3. ксантомы, ксантелазмы 4.варикозное расширение вен живота
2. В этиологии язвенной болезни желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки лекарственной причины могут иметь значение:
   * + 1. нестероидные противовоспалительные препараты
       2. психотропные средства
       3. противотуберкулезные препараты 4. препараты золота
3. При язвенной болезни желудка боль в эпигастральной области:
   * + 1. Поздняя 2.ночная 3.голодная 4.ранняя
4. Рентгенологически для хронического атрофического гастрита характерно:
   * + 1. утолщение складок слизистой оболочки
       2. тонус и перистальтика ослаблены
       3. эвакуация содержимого желудка ускорена
       4. конвергенция складок слизистой оболочки
5. Эндоскопически для хронического неатрофического гастрита характерны:
   * + 1. диффузное или очаговое истощение слизистой оболочки, цвет ее бледный
       2. единичные эрозии и кровоизлияния в подслизистой основе
       3. слизистая оболочка имеет бархатистый вид
       4. складки слизистой небольшие
6. При лечении хронического хеликобактерного гастрита применяются:
   * + 1. антихеликобактерные препараты
       2. средства заместительной терапии 4.репаранты
       3. пробиотические препараты
7. В этиологии хронического гепатита имеют значение, кроме:
   * + 1. вирус гепатита А 2.вирус гепатита В

3.вирус гепатита С 4.вирус гепатита Д

1. В этиологии цирроза печени имеет значение все, кроме:
   * + 1. вирусы гепатита В, С 2.стрептококк группы А

3.алкоголь 4.лекарства

1. Для снижения портального давления у больных циррозом печени применяются все, кроме:
2. бета-адреноблокаторы 2.пролонгированные нитраты

3.ингибиторы АПФ 4.антагонисты альдостерона

1. Для диагностики холестатического синдрома характерно все перечисленное, кроме:
2. повышение щелочной фосфатазы крови
3. повышение прямого билирубина крови 4.повышение холестерина
4. повышение непрямого билирубина крови
5. Реакция кала на скрытую кровь может быть положительной:
6. при микрокровотечениях из язвы 12-перстной кишки или кишечника
7. при употреблении яблок 4.при употреблении мяса в пищу
8. при всем перечисленном
9. Наиболее частым и серьёзным осложнением чрескожной биопсии печени является:
10. кровотечение в брюшную полость 2.желчный перитонит

3.желчная эмболия 4. кровотечение в плевральную полость

1. При эзофагеальном синдроме боль купирует:
   * + 1. нитроглицерин
       2. изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
       3. транквилизаторы 4.холинолитики
2. Особенностями острого геморрагического эзофагита являются:
   * + 1. Кровотечения 2.нагноения

3.Перфорация 4.медиастенит

1. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с:
   * + 1. изъязвленным раком 2.лейомиомой

3.лейкоплакией 4.саркомой

1. Стойкая утрата трудоспособности при ахалазии кардии возможна во всех перечисленных стадиях развития болезни кроме:
   * + 1. I – II стадии 2.III стадии 3.IV стадии 4.кахексии
2. Наиболее частыми этиологическими факторами приобретенных стенозов пищевода являются:
   * + 1. химический ожог пищевода 2.травмы пищевода

3.инородные тела пищевода 4.воспалительные процессы пищевода

1. Париетальные клетки секретируют:
   * + 1. соляную кислоту 2.молочную кислоту

3.гастромукопротеин 4.муцин

1. Основная масса секретина продуцируется:
   * + 1. в желудке 2.в 12-перстной кишке

3.в тонкой кишке 4.в толстой кишке

1. Нормальной составной частью желудочного сока являются все перечисленные энзимы, кроме:
   * + 1. Катепсина 2.пепсина 3.желатиназы 4.уреазы
2. К основным методам исследования, позволяющим верифицировать диагноз «хронического гастрита», относят:
   * + 1. анализ желудочного сока 2.рентгеноскопию

3.гастроскопию

4. гистологическое исследование прицельных биоптатов слизистой оболочки желудка

1. Достоверным признаком стеноза привратника является:
2. рвота желчью 2.урчание в животе

3.резонанс под пространством Траубе

4.шум плеса через 3-4 часа после приема пищи

1. У взрослых самой частой причиной стеноза привратника является:
2. рак желудка 2.язвенная болезнь

3.гипертрофия мышц привратника

4.доброкачественный полип желудка

1. Причиной изменения формы желудка в виде песочных часов является:
2. Сифилис 2.лимфома 3.язва желудка 4.рак желудка
3. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:
4. локализация язвы 2.величина язвы
5. отсутствие рецидивирующего течения 3.кровотечение
6. При диетотерапии ЯБ включение белковых пищевых продуктов при дробном питании приведет:
7. к снижению агрессивности желудочного содержимого
8. к повышению агрессивности желудочного содержимого
9. агрессивность не изменится
10. к повышению слизисто-бикарбонатного барьера
11. Из немедикаментозных методов лечения ЯБ используют все следующие, кроме:
    * + 1. Рефлексотерапии 2.магнитотерапии

3.гипербарической оксигенации 4.родоновых ванн

1. На частоту рецидивирования ЯБ влияют все перечисленные факторы, кроме:
   * + 1. величины МАО (максимальной кислотной продукции)
       2. курения 3.принадлежности к полу

4. наличия сопутствующего активного гастродуоденита

1. После проведенного адекватного курса противоязвенной терапии дуоденальная язва зарубцевалась, активность воспаления купировалась, Нр(-). Дальнейшая тактика ведения включает:
2. продолжения поддерживающего курса терапии в течение 2 месяцев с последующей терапией «по требованию»
3. продолжения поддерживающего лечения в течении года
4. повторения лечения осенью и весной
5. прекращения лечения
6. К язвам Керлинга относят язвы:
   * + 1. при ожоговой болезни 2.при травме

3.при инфаркте миокарда 4.при сепсисе

1. Лекарственные язвы чаще осложняются:
   * + 1. Кровотечением 2.перфорацией

3.Стенозом 4.пенентрацией

1. В лечение демпинг-синдрома входят:
2. перитол или гастроцепин и полиферментные препараты
3. диета с всоким содержанием углеводов
4. диета с большим количеством жидкости
5. диета с большим содержанием жиров
6. В момент развития демпинг-синдрома необходимо применить все перечисленные методы, кроме:
   * + 1. уложить больного 2.новокаина, анестезина

3.холинодитиков 4.глюкокортикоидов

1. Из перечисленных факторов не относятся к ведущим в возникновении ЯБ 12 перстной кишки:
   * + 1. гиперсекреция соляной кислоты 2.дуоденит

3.заболевания желчевыводящих путей

4.хеликобактерная инфекция

1. К снижающим продукцию НСl препаратам относят все перечисленные, кроме:
   * + 1. Циметидина 2.гастроцепина 3.зантака 4.сукральфата
2. Омепразол относится к группе препаратов:
   * + 1. Адреноблокаторов 2.М-холиноблокаторов

3.блокаторам протонового насоса

4.блокаторам гистаминовых Н1 рецепторов

1. При лечении язвенной болезни желудка применяются следующие группы препаратов, кроме:
   * + 1. Адреноблокаторов 2.М-холиноблокаторов

3.блокаторам протонового насоса

4.блокаторам гистаминовых Н1 рецепторов

1. Лечение ЯБ гастроцепином можно сочетать с приемом всех перечисленных лекарств, кроме:
   * + 1. Атропина 2.фосфалюгеля 3.зантака

4.коллоидного субцитрата висмута (де-нола)

1. Жировая дистрофия печени не может быть вызвана:
   * + 1. вирусным гепатитом 2.беременностью

3.сахарным диабетом 4.лечением кортикостероидами

1. Спленомегалия, изменение числа эритроцитов, высокое содержании уробилиногена в кале у больного с желтухой заставляет думать о:
   * + 1. гемолитической желтухе 2.внепеченочном холестазе

3.внутрипеченочном холестазе 4.сепсисе

1. Высокий уровень трансаминаз в сыворотке крови указывает на:
   * + 1. микронодулярный цирроз 2.холестаз

3.острый вирусный гепатит 4.первичный билиарный цирроз

1. Зуд при желтухе связан с:
   * + 1. Билирубином 2.солями желчных кислот

3.лецитином 4.фосфолипидами

1. Субъективные проявления хронического персистирующего гепатита включают:
   * + 1. Астению 2.запоры 3.геморрагии 4.лихорадку
2. Решающими в диагностике хронического активного гепатита является:
3. повышение трансфераз 2.диспротеинемия

3.гистологическое исследование пунктата печени

1. данные объективного осмотра
2. Хронический активный гепатит отличается от прочих гепатитов:
   * + 1. значительным увеличением внутриклеточных энзимов
       2. гистологическими изменениями
       3. иммунологическими показателями 4.гепатомегалией
3. Для лечения аутоиммунного гепатита применяют:
   * + 1. Делагил 2.кортикостероиды 3.легалон 4.все перечисленное
4. Наиболее частой жалобой при циррозе печени является:
   * + 1. Слабость 2.отеки ног 3.кровавая рвота 4.абдоминальные боли
5. Наиболее редкими физикальными данными цирроза является:
   * + 1. пальпируемая печень 2.асцит 3.желтуха
       2. пальпируемая селезенка
6. Для первичного билиарного цирроза характерен симптомокомплекс:
7. желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин
8. желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы, нормальная щелочная фосфатаза
9. желтуха. спленомегалия, умеренно увеличенные трансаминазы,положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
10. гепатомегалия,гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы
11. Для острого вирусного гепатита характерен смптомокмплекс:
12. желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин
13. желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы, нормальная щелочная фосфатаза
14. желтуха. спленомегалия, умеренно увеличенные трансаминазы,положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
15. гепатомегалия, гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы
16. Для жировой дистрофии печени характерен симптомокомплекс:
17. желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие щелочная фосфатаза и холестерин
18. желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокие трансаминазы, нормальная щелочная фосфатаза
19. желтуха. спленомегалия, умеренно увеличенные трансаминазы,положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре
20. гепатомегалия,гиперхолестеринемия, нормальные трансаминазы
21. Цирроз печени чаще является следствием:
    * + 1. Гемохроматоза 2.вирусного гепатита

3.болезни Коновалова – Вильсона 4.длительного холестаза

1. Главным местом метаболизма алкоголя в организме является:
2. жировая ткань 2.почки 3.печень 4.мозг
3. При алкогольном циррозе печени адекватным лечением является назначение:
   * + 1. Преднизолона 2.азатиоприна

3.липоевой кислоты 4.все перечисленное

1. Хроническая печеночная энцефалопатия характеризуется:
   * + 1. коротким анамнезом 2.пониженным питанием больных

3.отсутствием спленомегалии

4.отсутствием сосудистых «звездочек» и «печеночных ладоней»

1. В развитии цирроза печени не доказана этиологическая роль:
2. Алкоголя 2.вируса гепатиа В и С

3.аутоимунного гепатита 4. гемохроматоза

1. сифилиса, малярии, туберкулёза
2. Гнойный абсцесс печени клинически проявляется всем, кроме:
3. Лихорадки болей в правом верхнем квадранте живота
4. нейтрофильного лейкоцитоза, увеличение СОЭ
5. увеличения печени 4.спленомегалии
6. Желчный пузырь сокращается под влиянием:
   * + 1. Гастрина 2.панкреатического сока

3.холецистокинина 4.секретина

1. Основной функцией желчи является:
   * + 1. эмульгация жиров 2.гидролиз углеводов

3.лизис белков 4.лизис жиров

1. В лечении гиперкинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:
   * + 1. Н2 блокаторы гистамина 2.препараты группы сукральфата

3.спазмолитические средства 3.беззондовые тюбажи

1. В лечении гипокинетической формы дискинезий желчного пузыря используют:
   * + 1. Холикинетики 2.спазмолитики

3.хирургическое лечение 4.антациды

1. Положительный симптом Мерфи патогмоничен:
   * + 1. для ЯБ 12-перстной кишки 2.для холецистита

3.для панкреатита 4.для гастрита

1. К пузырным симптомам относятся:
   * + 1. симптом Поргеса 2.симптом Мейо-Робсона

3.симптом Ортнера 4.симптом Образцова

1. При хроническом холецистите назначают:
   * + 1. Диету № 1 2.Диету № 2 3.Диету № 4 4.Диету № 5
2. К холекинетикам относятся все перечисленные препараты, кроме:
   * + 1. Холагогум 2.ровахола 3.аллохола 4.ксилита
3. Для лечения лямблиоза с поражением желчных путей используют:
4. Левомицетин 2.метронидазол 3.канамицин 4.невиграмон
5. Повышение холестерина в сыворотке крови связано:
   * + 1. с острым вирусным гепатитом
       2. с хроническим активным гепатитом
       3. с обструкцией желчевыводящих путей 4.с вирусным циррозом печени
6. Желчные камни чаще состоят:
   * + 1. из солей желчных кислот 2.из холестерина

3.из оксалатов 4.из мочевой кислоты

1. Желчекаменная болезнь характеризуется снижением в желчи уровня:
   * + 1. желчных кислот 2.холестерина

3.минеральных солей 4.билирубина

1. Калькулёзный холецистит может иметь все перечисленные осложнения, кроме:
2. Гнойногохолангита 2.панкреонекроза

3.гастродуоденального кровотечения 4.перитонита

1. Лечение при холецистолитиазе включает применение:
   * + 1. холевой кислоты 2.хенодезоксихолевой кислоты

3.литохолевой кислоты 4.граурохолевой кислоты

1. К возможным осложнениям кист поджелудочной железы относятся все
2. перечисленные, кроме:нагноения 2.злокачественные перерождения

3.кровоизлияния в полость кисты 4.сахарного диабета

1. Основным методом лечения кист поджелудочной железы является:
   * + 1. консервативная терапия 2.химиотерапия

3.хирургический метод 4.рентгенотерапия

1. Значительное увеличение сывороточной амилазы может указывать на:
   * + 1. кишечную непроходимость 2.острый панкреатит

3.пневмонию 4.рак поджелудочной железы

1. При пенентрации язвы в поджелудочную железу часто повышается:
2. Амилаза 2.липаза 3.глюкоза 4.щелочная фосфатаза
3. Основная масса секретина продуцируется:
4. в желудке 2.в 12-перстной кишке

3.в тонкой кишке 4. в толстой кишке

1. Больному с хроническим панкреатитом латентного течения показаны:
   * + 1. общий полноценный рацион 2.диета с преобладанием жиров

3.диета с преобладанием углеводов 4.умеренная углеводно-белковая диета

1. Для обострения хронического панкреатита характерны все перечисленные симптомы, кроме:
2. метеоризма 2.поносов 3.болей 4.рвоты 5.падения массы тела
3. Стимулируют функцию внешней секреции поджелудочной железы все перечисленные препараты, кроме:
4. соляной кислоты 2.гастрина 3.гистамина 4промедола
5. При обширной резекции тонкой кишки меньше всего нарушается всасывание:
   * + 1. Жира 2.соли и воды 3.углеводов 4.кальция
6. При обострении хронического энтерита нарушается всасывание:
   * + 1. Белков 2. Углеводов 3. Жиров 4. витаминов
7. Больному хроническим энтеритом в фазе ремиссии (2 степень тяжести) показана диета:
8. с преобладанием жиров 2.общий полноценный рацион

3.углеводная 4.с преобладанием белков

1. К диспептическому синдрому относятся все перечисленные, кроме:
   * + 1. нарушения аппетита 2.отрыжки, срыгивания

3.общей слабости 4.тошноты, рвоты

1. В терапию синдрома раздраженной кишки рационально включить:
2. семя льна 2.пшеничные отруби

3.сок капусты 4.все перечисленное

1. Наиболее частым симптомом при дивертикулёзе толстой кишки является:
   * + 1. Запор 2.боли в животе 3.метеоризм 4.понос
2. Диагностика дивертикулёза толстой кишки основывается:
   * + 1. на клинической симптоматике
       2. на тщательном анализе анамнестических данных
       3. на результатах рентгенологического исследования
       4. на результатах колонофиброскопии с прицельной биопсией
3. В норме в кале обнаруживаются все следующие энзимы, кроме:
   * + 1. Пепсина 2.амилазы 3.липазы 4.трипсина
4. Принятый внутрь барий в норме поступает в слепую кишку:
   * + 1. через час 2.через 2 часа 3.через 4-6 часов 4.через 8 часов
5. При язвенном колите в патологический процесс вовлекается:
   * + 1. слизистая оболочка 2.слизистая и подслизистая

3.серозная оболочка 4.вся стенка кишки

1. При обострении неспецифического язвенного колита рекомендуется:
   * + 1. безмолочная диета 2.безбелковая диета

3.протертая диета 4.диета без моносахаридов

1. При болезни Крона чаще поражается:
   * + 1. Пищевод 2.желудок 3.подвздошная кишка 4.аппендикс
2. Для туберкулёза кишечника не характерны:
   * + 1. задержка стула и газов 2.неустойчивый стул

3.тупые ноющие боли 4.урчание и переливание в животе

1. В лечении туберкулёза кишечника решающее значение имеют:
   * + 1. калорийная диета 2.кортикостероиды

3.антибактериальные и химиотерапевтические препараты

* + - 1. ферменты

1. В диагностике сифилиса кишечника решающее значение имеют:
   * + 1. клиническая картина
       2. положительные серологические реакции
       3. рентгенологическое исследование 4.анамнез
2. Больной 62 года с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка, обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита, постоянные боли в эпигастрии, похудание. В данном случае можно думать о:
3. Стенозе выходного отдела желудка 2.Злокачественной язве

3.Пенетрации язвы 4.Микрокровотечениях из язвы

1. Желчный пузырь в норме располагается:
2. в точке пересечения срединно - ключичной линии и реберной дуги
3. в точке пересечения наружного края правой прямой мышцы живота и реберной дуги
4. на 5 см ниже вышеуказанной точки 4.справа от пупка
5. Кровь, оттекающая от желудка идёт:
   * + 1. к портальной вене 2.к нижней полой вене

3.к селезёночной вене 4.к венам пищевода

1. В определении кровотечения из желудка и 12 перстной кишки не имеют значения:
   * + 1. Мелена 2.наличие алой крови в кале

3.красно-коричневая окраска кала 4.данные гастродуоденоскопии

1. Дегтеобразный стул появляется при поражении следующих отделов пищеварительного тракта, кроме:
2. Пищевода 2.желудка 3.еюнум 4.слепой кишки
3. Для стеноза устья аорты не характерно:
   * + 1. ослабление II тона 2.проведение шума на сонной артерии

3.развитие активной легочной гипертензии

* + - 1. кальциноз клапанов аорты

1. Какие признаки из нижеперечисленных относятся для аортальной недостаточности:
   * + 1. усиленный разлитой верхушечный толчок 2.расширение границ сердца влево

3.ослабление II тона и протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба

4.систолический шум

1. Какой симптом из перечисленных не характерен для аортального стеноза:
2. Головокружение 2.обмороки

3.боли в области сердца 4.кровохарканье

1. Под термином кардиомиопатия подразумевают:
   * + 1. воспаление миокарда вирусной этиологии
       2. воспаление миокарда на фоне системного заболевания
       3. вторичные метаболические поражения миокарда
       4. невоспалительные заболевания миокарда неизвестной этиологии
2. Наиболее частая причина неревматического миокардита:
   * + 1. Вирусная 2.бактериальная 3.грибковая 4.аллергические реакции
3. Отличительный признак дилатационной кардиомиопатии от тяжелой формы неревматического миокардита
   * + 1. сердечная недостаточность 2.кардиомегалия 3.тромбоэмболии

4.отсутствие клинических и лабораторных признаков воспаления

1. При каких заболеваниях развивается острая аортальная недостаточность
   * + 1. Ревматизм 2.инфекционный эндокардит

3.атеросклероз 4. пролапс митрального клапана

1. Для митрального стеноза не характерно
   * + 1. хлопающий первый тон 2.щелчок открытия митрального клапана

3.протодиастолический шум в т. Боткина-Эрба

4.мезодиастолический шум на верхушке

1. Какие методы наиболее достоверно могут подтвердить диагноз тромбоэмболии легочной артерии:
   * + 1. радиоизотопное исследование перфузии легких
       2. радиоизотопное исследование вентиляции легких
       3. одновременное исследование перфузии и вентиляции легких
       4. рентген исследование легких
2. Все перечисленное относительно трепетания предсердий является справедливым, за исключением:
3. частота сокращений предсердий составляет 160-200 в мин.
4. частота сокращений предсердий составляет 240-350 в мин.
5. вагусные приемы могут уменьшить число сокращений желудочков
6. эффективным методом лечения является ЭИТ.
7. У мужчины 65 лет при оформлении санаторно-курортной карты снята ЭКГ, на которой зарегистрирована АВ-11 степени 2-го типа (Мобитц-2), проведение 2:1,частота сокращений желудочков -44 в минуту. При целенаправленном расспросе жалоб не выявлено. Больной нуждается:
8. в имплантации кардиостимулятора, работающего в постоянном режиме
9. в имплантации кардиостимулятора в режиме "по требованию"
10. в плановом обследовании и динамическом обследовании
11. в экстренной госпитализации в кардиологическое отделение
12. У женщины 62 лет в течение 2 месяцев периодические загрудинные боли в разное время суток продолжительностью 5-10 минут. Физикальное обследование и ЭКГ без особенностей. Следующий этап обследования:
13. рентгенография-грудной клетки 2.ЭхоКГ

3.нагрузочная ЭКГ проба 4.ЭГДС

1. Все признаки являются противопоказанием для применения β-адреноблокаторов, кроме одного:
2. артериальная гипертензия 2.обструктивный бронхит

3.брадикардия 4.неполная атриовентрикулярная блокада

1. Какой из перечисленных препаратов является эффективным антиагрегантом?
2. сустак-форте 2.аспирин 3.фенилин 4.дихлотиазид
3. Что из перечисленного не соответствует стенокардии:
4. иррадиация болей в нижнюю челюсть
5. возникновение болей при подъеме на лестницу (более 1 этажа)
6. длительность болей 40 минут и более
7. выявление стеноза коронарной артерии
8. Стенокардия является следствием:
9. уменьшения венозного притока к сердцу
10. легочной недостаточности 3.атеросклероза аорты

4.относительной или абсолютной недостаточности кровоснабжения миокарда

1. Все факторы увеличивают риск ИБС, кроме:
2. сахарного диабета 2.увеличения ЛПВП

3.артериальной гипертензии 4.семейного анамнеза

1. Что такое синдром Дресслера, развивающийся при ОИМ?
2. разрыв межжелудочковой перегородки
3. разрыв межпредсердной перегородки
4. отрыв сосочковой мышцы 4.аутоаллергическая реакция
5. Какая особенность болей характерна для инфаркта миокарда?
6. связаны с физической нагрузкой 2.длительность свыше 30 минут

3.купируются НТГ 4.проходят в покое

1. При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начать:
2. с зондирования желудка 2.с рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта

3.с ЭКГ 4.с гастродуоденоскоскопии

1. Больной 40 лет, жалобы на длительные ноющие боли в прекардиальной области, нечетко связанные с волнениями, ощущения "проколов" в левой половине грудной клетки. При осмотре патологий не выявлено, ЭКГ без особенностей. С какого исследования следует начать обследование пациента?
2. с исследования крови на сахар и холестерин
3. с исследования крови на липопротеиды
4. с эхокардиографии 4.с велоэргометрии
5. У пациента 75 лет, перенесшего инфаркт миокарда не­сколько месяцев назад, появилась одышка, отеки голеней и стоп, слабость. В легких выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах. В анализе крови НЬ 155 г/л. На ЭКГ синусовая тахикардия и очаговые изменения в области передней стенки и перегородки. Скорее всего, у больного:
   * + 1. Очаговая пневмония. 2.Застойная сердечная недостаточность.

3.Обострение хронического обструктивного бронхита.

4.Тромбоэмболия легочной артерии.

1. Врачебная тактика при впервые возникшей стенокардии:
2. Лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с активным посещением на дому
3. Лечение и наблюдение в амбулаторных условиях с посещением больным поликлиники каждые 2-4 дня
4. Плановая госпитализация (с предварительным лечением в амбулаторных условиях) 4.Экстренная госпитализация

Акушерство и гинекология

1 Ультразвуковую картину фибромы яичника следует дифференцировать с:

1 эндометриоидной кистой; 2 зрелой тератомой;

3 субсерозным миоматозным узлом; 4 текомой яичника.

2 Укажите, с какими патологиями связано увеличение количества амниотической жидкости (многоводие):

1 аномалиями центральной нервной системы и дефектами нервной трубки;

2 водянкой плода; 3 пороками опорно-двигательного аппарата;

4 сахарным диабетом у матери.

3 Укажите, с чем сочетается уменьшение количества амниотнической жидкости (маловодие):

1 пороками почек плода; 2 внутриутробной задержкой плода;

3 хромосомными нарушениями; 4 внутриутробным инфицированием.

4 При обнаружении ложного плодного яйца в полости матки необходимо заподозрить:

1 анэмбрионию; 2 ретрохориальную гематому;

3 многоплодную беременность; 4 внематочную беременность.

5 Для дифференциальной диагностики субмукозной и интерстициальной миомы матки с тенденцией к центрипетальному росту ультразвуковое исследование проводится:

1 в секреторную фазу; 2 в раннюю пролиферативную фазу;

3 в позднюю пролиферативную фазу; 4 в фазу десквамации.

6 Основным дифференциальным признаком пароовариальной кисты по данным ультразвукового исследования является:

1 размер образования; 2 структура образования;

3 наличие капсулы и пристеночного включения;

4 визуализация интактного яичника с рядом расположенным образованием.

7 Наиболее характерная структура эндометриоидной кисты по данным ультразвукового исследования:

1 анэхогенная с тонкими перегородками; 2 гиперэхогенная;

3 кистозно-солидная; 4 гипоэхогенная с мелкодисперсной взвесью.

8 Визуализацию внутриматочного контрацептива в цервикальном канале характеризует:

1 нормальное расположение ВМК;

2 низкое расположение ВМК; 3 перфорация; 4 экспульсия ВМК.

9 Для ретанционных кист яичников по данным ультразвукового исследования характерно:

1 анэхогенная или гипоэхогенная структура; 2 тонкая капсула;

3 боковые тени; 4 выраженный эффект усиления.

10 Для исключения истмико-цервикальной недостаточности ультразвуковое исследование целесообразно назначать:

1 с 4-5 недель беременности;

2 с 6-7 недель; 3 с 8-9 недель; 4 с 12-14 недель.

11 Наиболее частыми причинами позднего выкидыша являются:

1 истмико-цервикальная недостаточность

2 низкая плацентация 3 гиперандрогения 4 плацентарная недостаточность

12 Клинические проявления гемолитической болезни новорожденного включают:

1 билирубиновую интоксикацию + 2 анемию

3 желтуху 4 нарушение функции почек и печени

13 К условиям возникновения резус конфликтной беременно относят:

1 аборты в анамнезе у резус-отрицательной беременной

2 переливание в анамнезе несовместимой крови по резус-фактору

3 сенсибилизацию матери к резус- фактору

4 наличие резус-отрицательного плода у резус-отрицательной матери

14 Симптомы начавшегося разрыва матки:

1 непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность при головке, подвижной над входом в малый таз

2 отсутствие болезненности матки вне схватки

3 кровянистые выделения из половых путей 4 косое положение плода

15 К разрыву матки предрасполагают:

1 рубец на матке после операции кесарева сечения

2 метроэндометрит в анамнезе

3 перфорация матки во время аборта 4 миома матки

16 Условия вторичного наложения швов на промежность в послеродовом периоде:

1 отсутствие раневого отделяемого

2 отсутствие инфильтрата по линии разрыва

3 нормальная температура тела 4 разрыв промежности III — IV степени

17 Клиническая картина классического послеродового эндометрита:

1 развивается на 1-5 сутки после самопроизвольных или оперативных родов

2 фибрильная лихорадка 3 озноб 4 тахикардия

18 Частота эндометрита после кесарева сечения зависит:

1 от наличия хронических очагов инфекции у женщин

2 от длительности 6езводного промежутка

3 от шовного материала 4 от длительности родов

19 Субинволюция матки после самопроизвольных родов обусловлена:

1 остатками плацентарной ткани, оболочек

2 особенностью расположения матки

3 лохиометрой 4 многоплодной беременностью

20 Осложнения в родах у плода с задержкой внутриутробного развития:

1 асфиксия 2 гипоксическое поражение мозга

3 аспирация меконием 4 транзиторная гипогликемия

21 Основные факторы неразвивающейся беременности:

1 генетические 2 инфекционные

3 гиперандрогенные 4 социально-биологические

22 Осложнениями неразвивающейся беременности являются:

1 эндометрит 2 ДВС-синдром 3 сепсис 4 разрывы шейки матки

23 В лечении послеродового эндометрита необходимо применить:

1 антибиотики широкого спектра действия

2 инфузионную терапию

3 вакуум-аспирацию или кюретаж матки 4 всё перечисленное верно

24 Причинами травмы мочевого пузыря в родах являются:

1 разрывы матки по старому рубцу

2 несоответствие разреза на матке размерам плода 3 клинически узкий таз

4 нарушение техники влагалищных родоразрешающих операций

25 К противопоказаниям применения токолитиков во II триместре беременности относят:

1 антенатальную гибель плода 2 сахарный диабет II типа

3 тиреотоксикоз 4 преждевременную отслойку плаценты

26 Показания к прерыванию беременности при тяжелом течении позднего гестоза:

1 фетоплацентарная недостаточность

2 повышение уровня билирубина в крови до 40-80 мкмоль\л

3 отсутствие эффекта от лечения гестоза в течение 1 -2 суток

4 олигурия

27 Патогенетические механизмы позднего гестоза:

1 снижение объема циркулирующей крови

2 снижение объема циркулирующей плазмы 3 повышение вязкости крови

4 снижение объема циркулирующих эритроцитов

28 Для сочетанных форм позднего гестоза характерно:

1 раннее начало (в конце 2-го триместра беременности)

2 преобладание симптомов экстрагенитального заболевания, на фоне которого развился гестоз

3 нарушение маточно-плацентарного кровотока

4 обязательное наличие триады Цангенмейстера

29 Основными причинами слабости родовой деятельности являются:

1 регидность шейки матки

2 снижение уровня эндогенных простагландинов

3 несоответствие между размерами головки плода и тазом матери

4 длительный прелиминарный период

30 Повторнобеременая, первородящая, 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах 14 часов. Открытие шейки матки 6 см. Соразмерность головки плода и таза матери полная. Предлежание тазовое. Безводный промежуток 10 часов. На КТГ- гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые. Показана следующая акушерская тактика:

1 начать профилактическую антибактериальную терапию

2 лечение гипоксии плода

3 стимуляция родовой деятельности в/в введением окситоцина и/или простагландинов 4 провести операцию кесарева сечения

31 В комплексных схемах для стимуляции родовой деятельности применяют:

1 окситоцин, простагландины 2 АТФ, сигетин

3 глюкозу 4 галаскорбин, аскорбиновую кислоту

32 Если предлежащая часть плода с началом родовой деятельности не прижата ко входу в малый таз, следует предположить наличие:

1 анатомически узкого таза 2 предлежания плаценты

3 клинически узкого таза 4 анэнцефалии плода

33 Абсолютными показаниями к операции кесарева сечения при живом плоде являются:

1 тазовое предлежание плода

2 передний вид лицевого вставления головки плода

3 передне-теменное вставление головки плода

4 лобное вставление головки плода

34 Для профилактики послеоперационных септических осложнений в послеоперационном периоде применяют:

1 аспирационно-промывное дренирование полости матки

2 антибактериальную терапию

3 утеротоническую терапию 4 физические факторы

35 Кесарево сечение показано при:

1 тазовом предлежании крупного плода

2 ножном предлежании плода в сочетании с плоским тазом у беременной

3 ножном предлежании плода мужского пола у первородящей

4 тазовом предлежании плода и дородовом излитии вод

36 Основные показатели коагулопатии потребления:

1 снижение концентрации фибриногена

2 снижение концентрации протромбина

3 снижение количества тромбоцитов 4 аггрегация тромбоцитов

37 Для полного истинного приращения плаценты характерно:

1 сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода

2 небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода

3 острый ДВС- синдром 4 отсутствие кровянистых выделений из половых путей в раннем послеродовом периоде

38 УЗИ критерии диагностики ассиметричной формы задержки роста плода:

1 уменьшение количества околоплодных вод

2 уменьшение размеров печени у плода

3 наличие пороков развития почек у плода

4 гипотрофия туловища при обычных размерах головки

39 При каком типе плаценты возможно развитие трансфузионного синдрома у близнецов:

1 бихориальной-биамниональной раздельной

2 бихориальной-биамниональной слившейся

3 при любом типе плаценты 4 монохориальной

40 Аномалии плаценты, ведущие к развитию ассиметричной формы задержки плода:

1 предлежание плаценты 2 гемангиома плаценты

3 диффузные множественные инфаркты

4 трансфузионный синдром близнецов при монохориальной плаценте с большим артериовенозным шунтом

41 КТГ - признаками страдания плода являются:

1 наличие спорадических акцелераций 2 синусоидальный ритм

3 вариабельность базального ритма более 150-155 уд в мин

4 наличие поздних децелераций

42 Клинические симптомы угрожающего разрыва матки:

1 болезненность нижнего сегмента 2 интенсивная родовая деятельность

3 затрудненное мочеиспускание 4 отёк шейки матки

43 Показания к перинео- или эпизио-томии:

1 ригидная промежность 2 преждевременные роды

3 угрожающая асфиксия плода 4 тазовое предлежание плода

44 Клинические признаки серозного послеродового мастита:

1 покраснения кожи над участком уплотнения в молочной железе

2 боли в молочной железе на стороне поражения

3 температуры тела 38-39° 4 гнойные выделения из соска молочной железы

45 К первому этапу развития послеродовой инфекции относятся:

1 эндометрит 2 пельвиоперитонит

3 послеродовая язва 4 метротромбофлебит

46 Основные причины акушерского септического шока:

1 эндометрит + 2 мастит 3 пиелонефрит 4 перитонит

47 Полиорганная недостаточность может быть следствием:

1 сепсиса 2 ДВС-синдрома 3 эклампсии 4 многоводия

48 Причины невынашивания беременности:

1 антифосфолипидный синдром

2 наличие антител к хорионическому гонадотропину

3 нарушение функции щитовидной железы

4 вирилизирующая дисфункция коры надпочечников (АГС)

49 Лабораторные и клинические изменения при антифосфолипидном синдроме у беременных:

1 тромбоцитопения 2 внутриутробная гибель плода

3 внутриутробная задержка роста плода 4 венозные тромбозы

50 ДВС может быть следствием:

1 эклампсии 2 антенатальной гибели плода

3 эмболии околоплодными водами 4 многоплодной беременности

51 Для развития ДВС при мертвом плоде имеет значение:

1 срок беременности 2 наличие отягощенного акушерского анамнеза

3 наличие пороков развития плода

4 длительность пребывания мертвого плода в матке +

52 Уровень альфафетопротеина в крови беременной повышается при:

1 нормальном развитии плода 2 пороке развития почек 3 гипоксии плода 4 пороке развития нервной трубки плода

53 Эхокардиографическими признаками плаценты, характерными для гемолитической болезни являются:

1 уменьшение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком и повышение ее преждевременного старения

2 толщина плаценты соответствует гестационному сроку, но имеется преждевременное ее старение

3 увеличение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком без УЗ признаков ее старения

4 увеличение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком и преждевременное ее старение

54 УЗ критерием низкого прикрепления плаценты во II триместре является расположение ее нижнего края выше внутреннего зева на:

1 24 см 2 16 см 3 10 см 4 5 см

55 УЗ исследование, как скрининговый метод, проводят в следующих сроках беременности:

1 12-14 нед. 2 16-18 нед. 3 36-37 нед. 4 39 нед.

56 При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и кровопотере 250 мл роженице показано:

1 родостимуляция окситоцином 2 кесарево сечение

3 родостимуляция простагландинами введение метилэргометрина капельно внутривенно 4 амниотомия

57 К основным клиническим симптомам дискоординации сократительной деятельности матки относят:

1 резкую болезненность схваток 2 повышение базального тонуса матки

3 уплотнение краев шейки матки в схватку 4 плоский плодный пузырь

58 Дистоция шейки матки - это:

1 ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений травматического характера

2 ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений воспалительного характера 3 угрожающий разрыв матки

4 нарушение крово - и лимфообращения из-за дискоординированного характера сокращений матки +

59 Показаниями к операции кесарево сечение в плановом порядке являются:

1 бесплодие в анамнезе

2 рождение травмированных детей или мертворожденного в анамнезе

3 хроническая гипоксия плода

4 множественная миома матки

60 Показаниями к операции кесарева сечения в родах при тазовом предлежании живого доношенного плода являются:

1 отсутствие эффекта от родовозбуждения окситоцином на протяжении 3-4 часов безводного промежутка

2 крупный плод 3 слабость родовой деятельности

4 выпадение петель пуповины при раскрытии маточного зева до 8 см и ножном предлежании плода

61 Показаниями для экстирпации матки при проведении кесарева сечения являются:

1 преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и развитие матки Кувелера

2 некроз субсерозного миоматозного узла

3 гипотония матки 4 истинное приращение плаценты

62 Развитие тахикардии у женщин с эклампсией зависит от:

1 гипоксии 2 нарушения сердечной проводимости

3 интоксикации, обусловленной нарушением метаболизма 4 снижение ОЦК

63 Показания к досрочному прерыванию беременности при гестозе:

1 длительное течение гестоза и неэффективность комплексной терапии в течение 1-2 недели

2 прогрессирование фетоплацентарной недостаточности

3 задержка внутриутробного развития плода

4 нарушение концентрационной способности почек у беременной

64 Для оценки тяжести позднего гестоза следует учитывать:

1 уровень диастолического АД (в мм. рт. ст.)

2 суточную потерю белка в моче

3 уровень пульсового АД 4 всё перечисленное верно

65 При наружном акушерском исследовании для предлежания плаценты характерно:

1 высокое расположение предлежащей части плода

2 поперечное или косое расположение плода

3 шум сосудов плаценты над лоном 4 гипертонус матки

66 При самопроизвольных родах и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки проводить:

1 в зависимости от величины кровопотери

2 в зависимости от уровня артериального давления

3 не обязательно 4 обязательно

67 Показаниями к применению диуретических препаратов у больных с поздним гестозом являются:

1 анурия 2 высокая гипертензия (180/100 мм. рт. ст. и выше)

3 отеки нижних конечностей 4 отек головного мозга

68 Цилиндрурия наиболее характерна для:

1 позднего гестоза 2 пиелонефрита

3 гломерулонефрита 4 гипертонической болезни

69 К основным звеньям патогенеза позднего гестоза беременных относятся:

1 генерализованная вазоконстрикция 2 гиповолемия

3 ДВС синдрома 4 гиперволемия

70 Метод родоразрешения при неполном предлежании плаценты, кровотечении из родовых путей до 200 мл и открытии маточного зева на 5-6 см:

1 через естественные родовые пути с ранней амниотомией и родостимуляцией

2 через естественные родовые пути с гемотрансфузией

3 через естественные родовые пути с ранней амниотомией

4 путем кесарева сечения

71 Ранними клиническими симптомами позднего гестоза являются:

1 олигурия 2 снижение диуреза

3 повышение пульсового давления

4 повышение диастолического давления

72 Изменения в крови, характерные для Неllр синдрома:

1 резкое повышение уровня трансаминаз

2 количество трансаминаз в норме

3 гиперкалиемия 4 гипокалиемия

73 Сочетанная форма позднего гестоза развивается в:

1 27-32 недели беременности 2 33-36 недель беременности

3 37-39 недель беременности 4 20-26 недель беременности

74 Терапия беременных с поздним гестозом включает:

1 лечебно-охранительный режим

2 нормализацию микроциркуляции, гиповолемии

3 гипотензивную терапию 4 всё перечисленное верно

75 При гипотоническом кровотечении развивается:

1 гиповолемия 2 геморрагический шок

3 синдром ДВС 4 шоковая матка

76 Причинами развития дискоординации родовой деятельности являются:

1 плоский плодный пузырь

2 патологический прелиминарный период

3 ригидность шейки матки 4 многоводие

77 Врачебная тактика при диагнозе: первичная слабость родовой деятельности, открытие шейки матки на 4 см, безводный период 6 часов?

1 вскрытие плодного пузыря 2 медикаментозный отдых

3 стимуляция родовой деятельности 4 кесарево сечение

78 Для преждевременной отслойки плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:

1 локальная болезненность 2 гипертонус матки

3 кровянистые выделения 4 боли в крестце и поясничной области

79 Повторнородящая 28 лет, 3 года назад-кесарево сечение в нижнематочном сегменте по поводу клинически узкого таза. Родовая деятельность слабая. Полная соразмерность головки плода и таза матери. Длительность родов 5 часов. Шейка укорочена до 1,5 см., цервикальный канал проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел. Акушерская тактика?

1 стимуляция родовой деятельности на фоне спазмолитиков

2 амниотомия и стимуляция простагландинами

3 медикаментозный сон-отдых на 2-3 часа, затем амниотомия и родостимуляция 4 операция кесарево сечение

80 Показания к экстирпации матки при кесаревом сечении:

1 Субсерозная и интерстициальная миома матки 2 Матка Кувелера

3 Истинное приращение плаценты, расположенной в дне матки

4 Ранение маточных труб

81 При дискоординации сократительной деятельности матки интраамниотическое давление:

1 понижено 2 не изменено

3 зависимость толщины стенки матки 4 повышено

82 Для профилактики несостоятельности рубца на матке после интраперитонеального кесарева сечения необходимо:

1 использование биосовместимых соединительных элементов

2 применение синтетического и полусинтетического шовного материала

3 обеспечить герметичность полости матки

4 тщательный гемостаз раны матки

83 Показаниями к операции кесарева сечения в плановом порядке при тазовом предлежании плода являются:

1 анатомическое сужение таза 2 возраст первородящей старше 25 лет

3 привычное невынашивание, мертворождение в анамнезе

4 гипотрофия плода различной этиологии

84 Качество послеоперационного рубца на матке после операция кесарева сечения зависит от:

1 выбора методики операции 2 техники зашивания разреза на матке

3 степени чистоты влагалищного мазка до операции

4 ведения послеоперационного периода

85 Акушерская тактика при продолжающемся кровотечении (кровопотеря 1200 мл) во время операции кесарева сечения, производимой по поводу отслойки нормально расположенной плаценты:

1 повторное введение утеротонических препаратов

2 введение простагаландинов в толщу миометрия

3 надвлагалищная ампутация матки 4 экстирпация матки

86 Для гестоза лёгкой и средней степени тяжести характерно:

1 головная боль 2 нарушение зрения

3 боли в эпигастральной области 4 гипертензия

87 В основе оценки степени тяжести позднего гестоза лежит:

1 раннее начало 2 длительность течения

3 плацентарная недостаточность 4 наличие экстрагенитальных заболеваний

88 Желточный мешок в норме визуализируется во время беременности в ниже перечисленные сроки:

1 5-6 нед. 2 7-8 нед 3 9-11 нед 4 12-14 нед

89 Какая из перечисленных процедур имеет минимальный риск для плода:

1 биопсия ворсин хориона 2 кордоцентез

3 биопсия тканей плода 4 амниоцентез

90 «0» степень зрелости плаценты может быть в сроки беременности:

1 До 20 нед. 2 До 27 нед. 3 До 30 нед. 4 До 32 нед.

91 Для решения вопроса об остатках плацентарной ткани в послеродовом периоде целесообразно проводить УЗ исследование:

1 на 6 сутки 2 на 5 сутки 3 на 4 сутки 4 на 2-3 сутки

92 Какие из нижеперечисленных признаков, выявленных при УЗИ у 30-летней повторнобеременной женщины, характерны для иммунной водянки плода:

1 гидроторакс у плода 2 утолщение мягких тканей плода

3 утолщение плаценты 4 увеличение размеров сердца плода

93 Симптомы угрожающего разрыва матки:

1 высокое стояние контракционного кольца

2 болезненность нижнего сегмента

3 ущемление передней губы шейки матки

4 потуги при высоко стоящей головке

94 Критерии нормальной кардиотокограммы плода:

1 базальный ритм 120-160 уд в мин

2 наличие 4-5 акселераций в течение 30 мин

3 отсутствие децелераций 4 амплитуда акселераций 3-5

95 Исследование амниотической жидкости позволяет выявить у плода:

1 дефекты нервной трубки 2 адреногенитальный синдром

3 дисфункцию щитовидной железы 4 поликистоз почек

96 Антифосфолипидный синдром может быть причиной:

1 задержки внутриутробного развития плода 2 преэклампсии

3 невынашивания беременности 4 всё перечисленное верно

97 Биофизический профиль плода определяют по следующим показателям, кроме

1 дыхательных движений плода 2 количества околоплодных вод

3 мышечного тонуса плода 4 сократительного стрессового теста

98 Концентрация альфафетопротеина в крови беременной повышается:

1 с увеличением срока беременности и нормальном состоят плода

2 при пороках развития почек и мочевыводящих путей

3 гемолитической болезни плода 4 дефектов развития нервной трубки плода

99 Нарушения у плода при внутриутробной задержке развития плода обусловлена:

1 метаболические 2 гематологические

3 гипоксия 4 синдром персистирующего фетального кровообращения

100 Задержка внутриутробного развития плода обусловлена:

1 инфекцией 2 генетическими нарушениями

3 гипертензией 4 диабетом

101 Начало беременности считается с момента:

1 нидации бластоцисты 2 имплантации бластоцисты

3 продвижения оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе

4 оплодотворения яйцеклетки

102 К причинам развития симметричной внутриутробной задержки развития плода относят:

1 синдром Дауна 2 фенилкетонурию 3 микроцефалию 4 герпес

103 Причинами ассиметричной внутриутробной задержки развития плода являются:

1 гипертензия 2 токсикоз 3 дискордантные близнецы 4 краснуха

104 Невынашивание беременности, обусловленное аутоимунными процессами, сопровождается:

1 низким прикреплением плаценты 2 аномалиями развития плаценты

3 нарушениями дифференцировки ворсинчатого дерева

4 снижением массы тела плода

105 Для обезболивания роженицы с узким тазом можно применить:

1 ингаляционные анестетики 2 морфиноподобные препараты

3 спазмолитики 4 перидуральная анестезия

106 Метод родоразрешения при ножном предлежании доношенного плода средних размеров и выявлении хронической гипоксии:

1 амниотомия и стимуляция родовой деятельности простагландинами

2 роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец

3 роды через естественные родовые пути с применением перидуральной анестезии 4 кесарево сечение

107 Первородящая 32 лет, срок беременности 41 нед. Предполагаемая масса плода 3900 г. В родах 10 часов. Сердцебиение плода 160 уд в мин. Открытие маточного зева 5 см, края шейки плотные, ригидные, плодный пузырь цел, плоский. Головка подвижна, над входом в малый таз.

Акушерская тактика:

1 медикаментозный сон, затем, родостимуляция окситоцин

2 амниотомия, медикаментозный сон, затем, родостимуляция ростагландинами

3 медикаментиозный сон, внутривенное, капельное введение спазмолитиков, перидуральная анестезия, лечение гипоксии плода

4 кесарево сечение

108 Для дискоординации родовой деятельности характерно:

1 болезненность схваток 2 затрудненное мочеиспускание

3 ригидность шейки матки 4 периодичность схваток 10-15 минут

109 Для лечения слабости родовой деятельности применяют:

1 эстрагены 2 спазмолитики

3 утеротонические препараты 4 гестагены

110 Показания к экстренному родоразрешению путем операции кесарево сечение при плацентарной недостаточности:

1 выраженная задержка роста

2 отсутствие прироста фотометрических показателей

3 отсутствие эффекта от комплексной терапии

4 монотонный базальный ритм кардиотокограммы

111 Возможные осложнения при выполнении кесарева сечение

1 ранение мочевого пузыря 2 ранение сосудистых пучков

3 гипотоническое кровотечение 4 ранение мочеточников

112 Абсолютными показаниями к операции кесарево сечение со стороны плода являются:

1 разгибательные вставления головки плода (задний вид лицевого, переднетеменной)

2 смерть матери при живом плоде

3 выпадение пульсирующих петель пуповины при головном предлежании

4 разгибательные вставления головки плода (передний вид лицевого, заднетеменное)

113 Абсолютными показаниями к операции кесарево сечение со стороны матери являются:

1 расположение плаценты в области рубца

2 пороки развития матки и влагалища 3 экстрагенитальный рак

4 рубец на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте

114 Беременность 36 нед. Гестоз средней степени тяжести. Предполагаемая масса плода 2100 г. Неготовность шейки матки к родам. Хроническая гипоксия плода. Врачебная тактика:

1 пролонгировать беременность на 1-2 недели на фоне проведения патогенетической терапии

2 начать родовозбуждение простагландинами при целом плодном пузыре

3 провести родовозбуждение окситоцином с предварительной амниотомией

4 родоразрешить путем операции кесарева сечения

115 Показаниями к дискретному плазмофорезу при поздних гестозах являются:

1 высокое АД 2 выраженный отёчный синдром

3 протеинурия 4 плацентарная недостаточность

116 Для претоксикоза характерно:

1 лабильность и ассиметрия АД

2 патологическая и неравномерная прибавка тела

3 снижение пульсового АД 4 задержка внутриутробного развития плода

117 Диагностические признаки острого жирового гепатоза:

1 гипопротеинемия 2 гипербилирубинемия

3 лейкоцитоз 4 повышение уровня трансаминаз

118 Возникновение коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде связано с:

1 тяжелой формой позднего гестоза

2 преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты

3 эмболией околоплодными водами 4 всё перечисленное верно

119 Причинами отслойки нормально расположенной плаценты в родах являются:

1 дискоординация родовой деятельности

2 передозировка окситоцина при родостимуляции

3 абсолютная и относительная короткость пуповины 4 поздний гестоз

120 Локальный гипертонус матки характерен для:

1 предлежания плаценты 2 шеечно-перешеечной беременности

3 преждевременных родов 4 отслойки нормально расположенной плаценты

121 При геморрагическом шоке показано быстрое и одномоментное проведение следующих мероприятий:

1 хирургическая остановка кровотечения

2 трансфузионная — инфузионная терапия

3 устранение дыхательной недостаточности 4 обезболивание

122 К причинам субинволюции матки после родов относят:

1 спазм внутреннего зева 2 лохиометра

3 остатки плацентарной ткани 4 ретрофлексио матки

123 Появление на кардиотокограмме децелерации «DIP II» свидетельствует о:

1 физиологическом состоянии плода 2 асфиксии

3 инфицировании 4 пороках развития

124 Причинами перитонита после операции кесарево сечение являются:

1 хориоамнионит 2 динамическая непроходимость кишечника

3 несостоятельность рубца 4 миома матки

125 Причинами невынашивания в I триместре беременности являются:

1 хромосомные аномалии 2 гормональные нарушения

3 иммунологические факторы 4 перезревание яйцеклетки

126 Кровотечение в I триместре беременности при недостаточности жёлтого тела обусловлено:

1 падение концентрации половых гормонов

2 недостаточным распределением стероидов в гиперплазированной слизистой матки

3 нарушением рецепторов к половым стероидам в эндометрии

4 нарушением развития плодного яйца

127 Во II триместре беременности наблюдаются следующие изменения в системе гомеостаза:

1 повышение активности тромбоцитов

2 снижение антикоагулянтного потенциала крови

3 повышение содержания факторов свёртывания крови

4 увеличение содержания фибриногена, укорочение тромбопластинового времени

128 В акушерско-гинекологической практике причиной ДВС синдрома является:

1 внематочная беременность 2 разрыв матки

3 эклампсия 4 мёртвый плод

129 Неразвивающаяся беременность в I триместре. Мертвый плод находится в матке 3-4 недели. Какое клиническое течение ДВС синдрома возможно:

1 острое 2 подострое 3 рецидивирующее 4 хроническое

130 Ведущие симптомы при септическом шоке:

1 внезапное, резкое ухудшение общего состояния

2 снижение АД менее 80 мм рт. ст.

3 олигурия 4 одышка, гипервентиляция

131 Причинами ранних абортов являются:

1 хромосомные нарушения

2 изменения сперматозоидов и снижение ДНК в их головке

3 нарушение транспорта и питание оплодотворенной яйцеклетки

4 дефект имплантации

132 Оплодотворение яйцеклетки происходит:

1 в брюшной полости 2 на яичнике

3 в истмическом отделе маточной трубы

4 в ампуллярном отделе маточной трубы

133 Показаниями к дискретному плазмоферезу в акушерской практике являются:

1 сепсис 2 эклампсия 3 Неllр -синдром 4 всё перечисленное верно

134 Для классической формы послеродового эндометрита характерно:

1 появление клинических признаков на 5-7 сутки

2 озноб 3 рецидивирующее течение заболевания

4 болезненность матки, гнойные лохии

135 К причинам невынашивания беременности во II триместре относят:

1 хромосомные нарушения 2 миома матки

3 изосенсебилизация 4 истмико-цервикальная недостаточность

136 Лечебная тактика при перитоните после кесарева сечения:

1 консервативная интенсивная терапия 11-12 часов

2 операция - надвлагалищная ампутация матки

3 экстирпация матки с дренированием брюшной полости через влагалище

4 экстирпация матки с дренированием брюшной полости через влагалище и боковые каналы

137 К причинам развития маловодий относятся:

1 инфекция 2 гидроцефалия

3 гидроцефалия 4 порок развития почек и мочевыводящих путей

138 Причинами синдрома дыхательных расстройств у плода являются:

1 внутриутробное инфицирование 2 пороки развития сердца

3 пороки развития диафрагмы 4 родовая травма

139 УЗ-критериями, характерными для послеродового эндометрита, являются:

1 субинволюция матки 2 снижение эхогенности миометрия

3 расширение полости матки

4 появление пристеночных гиперэхогенных структур

140 УЗ критерии структуры плаценты при гестозах:

1 отёк плаценты

2 тромбы в межворсинчатом пространстве

3 преждевременное старение плаценты 4 инфаркт плаценты

141 Биофизический профиль плода позволяет судить о:

1 двигательных движениях 2 двигательной активности

3 тонусе плода 4 количестве околоплодных вод

142 В первом триместре УЗИ используют для решения вопроса о несоответствии между гестационным возрастом и размерами матки. Размеры матки больше предполагаемого срока могут быть при:

1 миоме матки 2 многоплодной беременности

3 пузырном заносе 4 двурогой матке

143 При послеродовом эндометрите с некрозом децидуальной ткани проводится:

1 лаваж матки растворами антисептиков с введением левомеколя

2 гистероскопия с последующим кюретажем матки

3 гистероскопия с последующим промыванием полости матки

4 гистероскопия с последующей вакуум-аспирацией.

144 При послеродовом эндометрите проводится

1 лаваж матки растворами антисептиков с введением мази «Ди-оксиколь»

2 гистероскопия с последующей вакуум-аспирацией

3 гистероскопия с последующим кюретажем матки

4 гистероскопия с последующим промыванием полости матки и введением гидрофильных мазей

145 При послеродовом эндометрите и остатками плацентарной ткани проводится

1 антибактериальная и инфузионная терапия

2 гистероскопия с последующим промыванием полости матки

3 гистероскопия с последующим кюретажем полости матки

4 гистероскопия с последующей вакуум-аспирацией

146 Эндоскопическими признаками несостоятельности швов на матке после операции кесарево сечение являются:

1 провисание лигатур

2 визуализация «ниши» или втяжения в области послеоперационного шва

3 наличие пузырьков газа в области дефекта послеоперационного шва

4 резкое расширение полости матки

147 К эндоскопическим признакам послеродового эндомиометрита относят:

1 гнойно-фибринозный налет на стенках матки

2 расширение полости матки

3 наличие некротической децидуальной ткани

4 значительное количество кровяных сгустков

148 Эндоскопическими признаками субинволюции матки являются:

1 расширение полости матки

2 наличие большого количества сгустков крови 3 пласты децидуальной ткани

4 инъецированные и легко кровоточащие сосуды

149 Гистероскопическая картина на 8-9 сутки послеродового периода (гнойно-фибринозный налет на стенках матки, тяжистая ткань черного цвета, выбухающая над стенкой матки, мутные лохии со зловонным запахом) характерна для

1 эндомиометрита 2 эндомиометрита с задержкой плацентарной ткани

3 субинволюции матки

4 эндомиометрита с некрозом децидуальной ткани

150 Гистероскопическая картина на 3-4 сутки после операции кесарево сечение (расширение полости матки, большой количество сгустков крови, отпадающие пласты децидуальной оболочки) характерна для

1 эндомиометрита 2 эндомиометрита с некрозом децидуальной ткани

3 эндомиометрита с задержкой плацентарной ткани 4 субинволюции матки

151 Гистероскопическая картина на 5-6 сутки после самопроизвольных родов (полость матки расширена, слизистая оболочка цианотична, отечная, с фибринозным налетом и образованиями синюшно-багрового цвета с бугристой поверхностью) характерна для:

1 эндомиометрита 2 эндомиометрита с некрозом децидуальной ткани

3 плацентарного полипа 4 эндомиометрита с задержкой плацентарной ткани

152 Показаниями к проведению гистероскопии после операции кесарево сечение являются:

1 субинволюция матки

2 гематома в позадипузырной клетчатке по данным УЗИ

3 инфильтрация параметральной клетчатки по данным влагалищного исследования 4 выделения из матки цвета «мясных помоев»

153 Точкой фиксации при чистом ягодичном предлежании является

1 седалищный бугор 2 передняя подвздошная ость

3 задняя ягодица 4 передняя ягодица

154 При наружном исследовании обнаружено поперечное положение второго плода. Какова тактика ведения?

1 родоразрешение путем операции кесарева сечения

2 вскрытие плодного пузыря, внутренний поворот на ножку

3 вскрытие плодного пузыря с последующей родостимуляцией

4 вскрытие плодного пузыря, внутренний поворот плода на ножку с

последующим его извлечением

155 Опознавательные пункты, являющиеся границей плоскости широкой части полости малого таза:

1 безымянные линии, верхний край лонного сочленения

2 середина лонного сочленения, 2-3 крестцовый позвонок

3 седалищные ости 4 седалищные бугры

156 Размеры плоскости широкой части полости малого таза?

1 11,0-13,0-12,5 2 12,5-12,5 3 11,5-10,5 4 11,5-11,0

157 Опознавательные пункты, являющиеся границей плоскости узкой части полости малого таза?

1 середина лонного сочленения 2 седалищные ости

3 2-3 крестцовый позвонок 4 седалищные бугры

158 Размеры плоскости узкой части полости малого таза?

1 11,0-13,5-12,0 2 12,5-12,5 3 11,5-10,5 4 11,5-11,0

159 Опознавательные пункты, являющиеся границей плоскости выхода таза?

1 середина лонного сочленения 2 середина крестца

3 седалищные ости 4 седалищные бугры

160 Размеры плоскости выхода малого таза?

1 11,0-13,5-12,0 2 12,5-12,5 3 11,5-10,5 4 11,5-11,0

161 Позиция плода определяется:

1 отношением спинки к правой или левой стороне матки

2 отношением головки к правой или левой стороне матки

3 отношением спинки плода к передней стенке матки

4 отношением спинки плода к левой или правой стороне матки

162 1 позиция, передний вид:

1 спинка плода определяется слева спереди

2 малый родничок слева спереди на одном уровне с большим

3 малый родничок слева спереди ниже большого

4 спинка плода определяется справа сзади

163 1 позиция, задний вид:

1 малый родничок слева спереди, большой сзади справа выше малого

2 спинка плода определяется слева сзади

3 малый родничок справа сзади, большой спереди выше малого

4 малый родничок слева сзади, большой спереди выше малого

164 2 позиция, задний вид:

1 стреловидный шов в правом косом размере

2 малый родничок справа сзади, большой выше малого

3 спинка плода определяется справа сзади

4 малый родничок справа сзади на одном уровне с большим

165 2 позиция, передний вид:

1 стреловидный шов в правом косом размере

2 малый родничок справа сзади выше большого

3 малый родничок справа спереди выше большого

4 спинка плода определяется справа спереди

166 При заднем асинклитизме:

1 стреловидный шов отклоняется кпереди (к лону) во входе в таз

2 стреловидный шов отклоняется кзади (к крестцу) во входе в таз

3 теменная кость находится ниже передней

4 теменная кость находится ниже задней

167 Какие патологические состояния относятся к аномалиям стояния стреловидного шва:

1 высокое прямое стояние стреловидного шва 2 передний асинклитизм

3 низкое прямое стояние стреловидного шва 4 задний асинклитизм

168 При низком поперечном стоянии стреловидный шов находится:

1 в поперечном размере входа в таз

2 в поперечном размере полости малого таза

3 в узкой части полости малого таза 4 в поперечном размере выхода таза

169 Как определяется позиция плода при поперечном положении плода:

1 положением головки (справа, слева)

2 положением тазового конца (справа, слева)

3 положением спинки плода (кпереди, кзади)

4 крупная часть плода размещается в одной из впадин большого таза

3. Методы исследования в хирургии

1. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:

а) Центральный рак легкого

б) Доброкачественную опухоль (центральную)

в) Пневмонию г) Пневмоторакс

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

а) о холедохолитиазе б) о сальмонеллезе желчного пузыря

в) о внутренней желчной фистуле

г) о желудочно-толстокишечной фистуле

3. Наиболее частой причиной портальной гипертонии у взрослых является:

а) тромбоз селезеночной или воротной вены

б) опухолевые поражения печени в) цирроз печени

г) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность

4. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно выявить с помощью:

а) лапароскопии б) пневмомедиастинографии

в) ангиографии печени г) рентгеноскопии пищевода и желудка

5. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

а) Острый панкреатит б) Механическая желтуха

в) Хронический панкреатит

г) Наличие конкрементов в панкреатических протоках

6. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:

а) Пероральная холецистография

б) Внутривенная холецистохолангиография

в) Ретроградная холангиография г) Сцинтиграфия печени

7.Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:

а) С томографии легких б) С прицельной рентгенографии

в) С бронхографии г) С обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

8. При подозрении на новообразование средостения наиболее нформативным методом для уточнения диагноза являются:

а) Пневмомедиастиноскопия б) Бронхография

в) Бронхоскопия г) Пневмомедиастинотография

9. Стеаторея характерна:

а) Для постхолецистэктомического синдрома б) Для острого панкреатита

в) Для хронического панкреатита г) Для печеночной недостаточности

10. Бариевая клизма при дивертикулезе толстой кишки обычно выявляет:

а) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки

б) Полную обтурацию просвета кишки

в) Нишеподобные выпячивания г) Сегментарный спазм

11. Барьевая клизма при воспалительных изменениях в стенке ободочной кишки обычно выявляет

а) Наличие чаш Клойбера

б) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки

в) Нишеподобные выпячивания г) Сегментарный спазм

12. Для проведения планового ультразвукового исследования органов пищеварения необходима подготовка

а) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием

б) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием

в) Исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием

г) Не требуется специальной подготовки

13. Наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является:

а) Реовазография б) Проба Дельбе-Пертеса в) Флебография

г) Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы

14. Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является:

а) ФГДС б) Обзорная Рентгенография брюшной полости

в) Пероральная холецистография

г) Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

15. После острого кровотечения первыми изменяются следующие лабораторные параметры:

а) Ph артериальной крови и СО-2 б) Гемоглобин и гематокрит

в) ЦВД г) Насыщенность крови кислородом

16. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:

а) Обзорную рентгенографию брюшной полости

б) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка

в) ФГДС г) УЗИ брюшной полости

17. При подозрение на кровоечение из язвы желудка следует произвести:

а) Экстренную гастродуоденоскопию

б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости

в) Лапароскопию г) Рентгеноскопию желудка

18. Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:

а) Рака толстой кишки б) Рака поджелудочной железы

в) Рака печени г) Рака печени и поджелудочной железы

4. Методы лечения в хирургии

19.Клиника острой кровопотери возникает при кровотере, равной:

а) 250 мл б) 500 мл в) 1000 мл г) 1500 мл

20.Вливание 1 л физ раствора NaCl увеличит ОЦК на:

а) 1000 мл б) 750 мл в) 500 мл г) 250 мл

21. ОЦК у взрослых мужчин составляет:

а) 50 мл/кг б) 60 мл/кг в) 70 мл/кг г) 80 мл/кг

22. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт кислорода обеспечивает гематокрит не ниже:

а) 20-25% б) 30% в) 35% г) 40%

23. Для лечения гиповолемии вначале используют:

а) Вазопрессоры б) Кардиотонические средства

в) Плазмозаменители г) Эритромассу

24. Нейротоксическим действием обладают:

а) Пенициллин и линкомицин б) Кефзол и пенициллин

в) Полимиксин и стрептомицин г) Стрептомицин и кефзол

25. При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируются:

а) Оксациллин б) Эритромицин в) Канамицин г) Пенициллин

26. Гепатотоксическим действием обладает:

а) Пенициллин б) Тетрациклин в) Линкомицин г) Колимицин

27. Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным явзяется:

а) Левомицетин б) Тетрациклин в) Эритромицин г) Ампиокс

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

а) Окситетрациклин б) Полимексин в) Линкомицин г) Цефазолин

29. Кровь, излившаяся в грудную или брюшную полости, пригодна для реинфузии в течение:

а) Первых суток б) 2 суток в) 3 суток г) 1 недели

30. Среди перечисленных ниже антибактериальных средств обладают как бактерицидным, так и бактериостатическим действием:

а) Потесептил, рифампицин, ванкомицин

б) Неомицин, метациклин, ампиокс

в) Карбенициллин, дибекасин, тетрациклин

г) Рифамид, миноциклин, сизомицин

31. Больному с А2 (II) необходимо перелить донорскую плазму. Плазма этой группы отсутствует. Больному возможно переливание плазмы:

а) А2В (IV) б) 0 (I) в) Только одногруппную плазму г) В (III)

32.Абсолютным показанием к ИВЛ у больных с возникшей дыхательной недостаточностью при шоке служит уровень pО2 при ингаляции чистым кислородом:

а) Ниже 40 мм рт. ст. б) Ниже 50 мм рт. ст.

в) Ниже 60 мм рт. ст. г) Ниже 70 мм рт. ст.

34.При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:

а) Норадреналин б) Преднизолон в) Димедрол г) Адреналин

35. После лапаротомии нормальная перистальтика обячно восстанавливается:

а) Желудок через - 4 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - после первого приема пищи

б) Желудок через - 24 часа, тонкая кишка - 4 часа, толстая кишка - 3 суток

в) Желудок через - 3 суток, тонкая кишка - 3 суток, толстая кишка - 3 суток

г) Желудок через - 24 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - 24 часа

36.Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:

а) Увеличение вязкости крови б) Снижение активности крови

в) Снижение давления в системе воротной вены

г) Активация процесса перехода протромбина в тромбин

5. Обезболивание и интенсивная терапия

37.Фентанил является:

а) Мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут

б) Анальгетиком короткого действия (2-3 минуты)

в) Нейролептиком г) Препаратом выраженного психотропного действия

38. Изменение кислотно-щелочного состояния считаются компенсированным при рН:

а) 7.25-7.43 б) 7.46-7.51 в) 7.35-7.45 г) 7.19-7.28

39. Изотонической считается концентрация раствора глюкозы:

а) 0,8% б) 3% в) 4.2% г) 5%

40. Показанием к прямому массажу сердца является:

а) Остановка дыхания б) Остановка сердца в) Потеря сознания

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

41. При утоплении в морской в воде следует ожидать развития:

а) Гиперволемии б) Гемолиза

в) Гиперосмолярного отека легких г) Повышения калия в крови

42. Время кровотечения удлиняется:

а) При травмах и размозжениях мышц б) При гемолитических кризах.

в) При резко выраженной тромбоцитопении г) При асфиксии

43.Время свертывания крови увеличивается:

а) При гипокоагуляции б) При гиперкоагуляции

в) При анемии г) При увеличении фибриногена в крови

44.Продукты деградации фибриногена (ПДФ):

а) Не влияют на свертывание крови

б) Обладают антикоагулянтными свойства в) Вызывают гиперкоагуляцию

г) Свидетельствуют о снижении концентрата фибриногена

45. При сотрясении головного мозга наиболее характерным чвляется:

а) Кровотечение из носа б) Потеря сознания

в) Головная боль г) Головокружение, нистагм

46. Наиболее надежным признаком перелома костей свода черепа является:

а) Сильная головная боль б) Рвота в) Ликворея из носа

г) Наличие перелома на краниограмме

47.Наиболее характерным признаком перелома костей основания черепа является:

а) Сильная головная боль б) Неоднократная рвота

в) Однократная рвота г) Истечение жидкости из носа

48. При наличии проникающей ЧМТ с активным артериальным кровотечением из краев раны хирург должен:

а) Наложить щвы на кровоточащую рану б) Наложить давящую повязку

в) Произвести первичный хирургическую обработку раны с перевязкой сосудов, удалением костных обломков и ушиванием раны с введением дренажа

г) Произвести перевязку кровоточащих сосудов и наложение швов на рану

49. Характерными признаками перелома скуловой кости являются:

а) Ограничение открывания рта б) Нарушение прикуса

в) Кровотечение из носа г) Ассиметрия лица

50. При выявлении перелома костей основания черепа хирург должен:

а) Отправить больного домой

б) Отправить домой и при ухудшении состояния вызвать на дом скорую помощь

в) Госпитализировать в травматлогическое отделение

г) Госпитализировать в нейрохирургическое отделение

51. Показаниями для ламинэктомии при травме спинного мозга являются:

а) Сотрясение спинного мозга б) Ушиб шейного отдела спинного мозга

в) Сдавление спинного мозга г) Ушиб грудного отдела спинного мозга

52. Показания для экстренной операции при грыжах межпозвонкового диска являются:

а) Нарастающий болевой синдром б) Онемение в области промежности

в) Остро возникшие тазовые расстройства

г) Постепенно нарастающие чувствительные нарушения

7. Грудная хирургия

53.У больного 50 лет жалобы на сухой кашель. Вероятно имеются основания заподозрить:

а) Бронхит острый б) Бронхоэктатическую болезнь

в) Плеврит г) Рак легкого

54. При наличии у больного абсцесса легкого, бронхоскопию следует рассматривать как метод:

а) не имеющий никакого значения

б) Имеющий значение для уточнения диагноза

в) Имеющий лечебное значение

г) Имеющий лечебное и диагностическое значение

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

а) Рак легкого б) Доброкачественную опухоль

в) Эмфизему легкого г) Инородное тело

56. Переднее средостение является излюбленным местом локализации:

а) Энтерогенной кисты средостения б) Бронхогенной кисты средостения

в) Целомической кисты перикарда г) Тимомы

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

а) Липома средостения б) Невринома средостения

в) Паразитарная киста средостения г) Дермоидная киста средостения

58. Для лечения гангрены легкого гаиболее часто применяются:

а) Пневмотомия б) Клиновидная резекция легкого

в) Пневмоэктомия г) Лобэктомия

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

а) Бронхография б) Рентгенография в) Рентгеноскопия г) Томография

60. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает:

а) Верхние доли обоих легких б) Базальные сегменты нижних долей

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

г) Среднюю долю

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

а) является характерным только для бронхоэтатической болезни

б) Может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры

в) Более характерен для пороков сердца г) Характерен для актиномикоза

62.Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является:

а) Верхняя доля б) Средняя доля в) Нижняя доля г) Язычковый сегмент

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

а) Гемостатическая терапия б) Исскуственный пневмоторакс

в) Пневмоперитонеум

г) Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

64. У больного после нижней лобэктомии развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является:

а) Плевральная пункция б) Назотрахеальная катетеризация

в) Микротрахеостома г) Лечебная трахеостома

65.Наиболее характерным симптомом нагноительных заболеваний легких является:

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

б) Кашель с большим количеством гнойной мокроты

в) Высокая температура г) Кровохарканье

66. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:

а) Коллапс легкого вследствии множественных легочных свищей

б) Первичная несостоятельность культи бронхе

в) Внутриплевральное кровотечение г) Ателектаз легкого

67. При рентгенологическом исследовании больного был обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начать:

а) С плевральной пункции с аспирацией воздуха

б) С дренирования плевральной полости

в) С торокоскопии г) С немедленной торокотомии

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

а) Торакоскопия б) Рентгеноскопия и рентгенография легких

в) Плевральная пункция г) Сканирование легких

69.Лечение больного с пиопневмотораксом начинается:

а) С противовоспалительного лечения б) С вагосимпатической блокады

в) С плевральной пункции г) С торакотомии

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

а) Бронхоэктатической болезни б) Абсцесса

в) Туберкулеза г) Острой пневмонии

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

а) Дренирование плевральной полости

б) Плевральная пункция и аспирацияпри помощи электроотсоса

в) Широкая торокотомия г) Введение дренажа по Сельдингеру

72. Достоверным признаком кровотечения является:

а) Выделение крови изо рта б) Кашель с выделением алой пенистой крови

в) Наличие затемнения в легком

г) Наличие крови в бронхах при бронхоскопии

73.Операция эзофагокардиомиотомии показана:

а) При карциноме пищевода б) При ахалазии пищевода и кардиоспазме

в) При диафрагмальной грыже г) При всем перечисленном

74. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть:

а) Эндоскопия б) Инородное тело

в) Трахеостомия г) Интубация трахеи при наркозе

75. Наиболее радикальным методом лечения рака кардии является:

а) Лучевая терапия б) Химиотерапия

в) Хирургическое лечение г) Электрокоагуляции опухоли

76. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

а) Недостаточность кардиального сфинктера б) Алкоголизм

в) Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

г) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

77. Наиболее глубокие повреждения пищевода развиваются при приеме следующих химических агентов:

а) Неорганических кислот б) Щелочей

в) Органических кислот г) Лаков

78. Наиболее глубокие ожоги пищевода вызываются:

а) Кислотами б) Щелочами

в) Суррогатами спирта г) Фосфорорганическими веществами

79. Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место:

а) На всем протяжении пищевода б) В области глотки

в) В области кардии г) В местах физиологических сужений

80. У больного через 2 дня после пневмонэктомии развилась первичная несостоятельность культи бронха. Ему необходимы:

а) Плевральная пункция б) Дренирование плевральной полости

в) Срочная реторакотомия г) Наблюдение за больным

81. Показанием для срочной широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является:

а) Пневмоторакс г) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость

б) Гемоторакс в) Свернувшийся гемоторакс

82. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является:

а) Передне-боковая торакотомия на стороне ранения

б) Передне-боковая торакотомия слева в) Стернотомия

г) Задне-боковая торакотомия слева

83.Наиболее характерным признаком разрыва легкого является:

а) Кровохарканье б) Гемоторакс

в) Пневмоторакс г) Гемо-пневмоторакс

84.Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом V, VI, VII ребер слева, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают:

а) Только дренирование плевральной полости

б) Гемостатическую консервативную терапию

в) Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого

г) Искусственную вентиляцию легких

85.Основным методом лечения гемоторакса является:

а) Плевральная пункция б) Дренирование плевральной полости

в) Широкая торакотомия г) Торакотомия и ликвидация гемоторакса

86.Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД -80/20 мм. рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место укорочение перкуторного звука. Можно предложить:

а) Ранение легкого б) Торако-абдоминальное ранение

в) Ранение сердца г) Ранение крупных сосудов средостения

87.У больного, поступившего с двусторонним переломом ребер, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять:

а) Дренирование плевральной полости справа

б) Дренирование обеих плевральных полостей

в) Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки г) Насечки на коже грудной клетки и шеи

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

а) Бронхоскопию б) Трансторакальную игловую биопсию

в) Катетеризационную биопсию при бронхоскопии

г) Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки

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

а) Динамическое наблюдение б) Трансторакальная игловая биопсия

в) Катетеризационная биопсия при бронхоскопии

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

90. Основным методом лечения гемоторакса является:

а) Плевральная пункция б) Дренирование плевральной полости

в) Широкая торакотомия г) Торакоскопия и ликвидация гемоторакса

91. Абсолютным показанием для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является:

а) Пневмоторакс б) Свернувшийся гемоторакс

в) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость

г) Проникающее ранение грудной клетки

92. Больному 47 лет. Давно и много курит. В течении последних месяцев почти ежедневно кровохарканье. Необходимо заподозрить:

а) Хронический абсцесс легкого б) Хроническую пневмонию

в) Рак легкого г) Туберкулез легкого

93. При напряженном пневмотораксе показано:

а) Искусственная вентиляция легких

б) Немедленное дренирование плевральной полости

в) Срочная торакотомия г) Торакоскопия

94. Наиболее частая локализация абсцесса легкого эмболического происхождения:

а) Верхняя доля правого легкого б) Базальные отделы левого легкого

в) Периферические отделы обоих легких г) Нижние доли обоих легких

95. Оптимальная тактика при остром абсцессе легкого первые дни от начала заболевания:

а)Дренирование плевральной полости б) Массивная антибактериальная терапия

в) Санационная бронхоскопия г) Плевротомия

96. Наилучшим методом лечения дивертикула Ценкера является:

а) Фундопликация по Ниссену

б) Крикофарингеальная миотомия и иссечение или подшивание дивертикула

в) Иссечение дивертикула г) Операция Геллера

97. Больной 60 лет , страдающий хроническим алкоголизмом, жалуется на дисфагию, чувство инородного тела в горле,похудание. Можно предположить:

а) диффузный эзофагит б) дивертикул Ценкера

в) ахалазия пищевода г) карцинома пищевода

98. Наиболее информативным диагностическим методом при определении лечебной тактики у болного со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы является:

а) ренгенография с пробой Вальсальва и в положении Тределенбурга

б) фиброгастродуоденоскопия

в) мониторная pH-метрия пищевода г) измерение размеров грыжи

99. Аденокарцинома дистальной части пищевода с кардией наилучшим образом излечивается при помощи:

а) еюностомии для питания б) лучевай терапии

в) химиотерапии 5 -Fu и митомицином С г) экстирпации пищевода

100. Риск возникновения бронхиального свища вследствие несостоятельности швов в наибольшей степени выражен при выполнении:

а) типичной пневмонэктомии б) расширенной пневмонэктомии

в) пневмонэктомии с резекцией перикарда или грудной стенки

г) пневмонэктомии с резекцией бифуркаций трахеи

101. Существующее внутриплевральное давление:

а) ниже атмосферного б) не зависит от давления в воздушных путях

в) не изменяется в процессе дыхательного цикла

г) одинаково во всех отделах плеврального пространства

102. Сильная девиация трахеи может быть вызвана:

а) правосторонним пневмотораксом б) зобом

в) коллапсом левого легкого г) левосторонней эмпиемой

103. Абсолютными показаниями для интубации двухпросветной трубкой являются:

а) опухоль легкого б) бронхоплевральный свищ

в) необходимость выполнения лобэктомии г) ламинэктомия в торакальном отделении

104. Парадоксальное дыхание наиболее часто наблюдается :

а) при пневмотораксе б) при управляемой вентиляции

в) при ателектазе г) при пневмонии

105. При повороте пациента из положени на спине в боковое , поглощение кислорода со стороны нижележащего легкого:

а) уменьшается на 15-30% б) увеличивается на 15-30%

в) не изменяется г) слегка увеличивается

106. Цианоз становится заметен, когда насыщение артериальной крови кислородом ниже:

а) 100% б) 80% в) 85% г) 90%

8. Хирургия сосудов

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

а) растворения фибрина б) приостановления роста тромба

в) увеличения количества сгустков г) измениения внутренней оболочки сосудов

108. Причиной торомбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:

а) лицевых вен б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза

в) глубоких вен верхних конечностей г) поверхностых вен нижних конечностей

109. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны:

а) резкий отек нижней конечности б) некроз пальцев стоп

в) похолодание стопы г) симптом перемежающейся хромоты

110.Маршевая проба проводится с целью выявления:

а) несостоятельных коммуникантных вен

б) проходимости глубоких вен нижних конечностей

в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях

г) торомбоза подколенной артерии

111.Проба Претта проводится с целью выявления:

а) проходимости глубоких вен нижних конечностей

б) недостаточности артериального кровотообращения в нижних конечностях

в) несостоятельных коммуникативных вен г) острого тромбофлебита

112. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся:

а) сокращение икроножных мышц б) возвышенное положение низних конечностей в) длительный постельный режим г) бинтование ног эластическими бинтами

113. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:

а) бебкока б) нарата в) маделунга г) линтона

114. Наименшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:

а) Комбинированным оперативным методом б) Операцией Линтона

в) Операцией Бебкока г) Операцией Нарата

115. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя :

а) Антибиотики б) Спазмолитики

в) Антикоагулянты г) Активные движения

116. Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:

а) Абсцессов б) флегмон в) флеботромбозов г) Лимфаденитов

117.Наиболее частым клиническим проявлением тромбоэмболии легочной артерии является:

а) Кровохарканье б) Боли в грудной клетке

в) Одышка г) Кашель с мокротой

118. При ранении воротной вены выполняется:

а) Перевязка воротной вены б) Создание соустья с селезеночной веной

в) Наложение сосудистого шва г) Операция Экка

9. Хирургия органов брюшной полости

119.Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:

а) При остром деструктивном холецистите

б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря

в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря

г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря

120. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:

а) Сроком с момента прободения б) Степенью вопалительных изменений брюшины

в) Величиной перфоративного отверстия г) Локализацией перфоративного отверстия

218. 1224 Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:

а) Анализ кала на скрытую кровь б) Контрастную рентгеноскопию желудка

в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь г) Фиброгастроскопию

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

а) Инсулемы поджелудочной железы б) Синдрома приводящей петли

в) Пептической язвы анастомоза г) Демпинг-синдрома

122.Секретин образуется:

а) В двенадцатиперстной кишке б) В печени

в) Вподжелудочной железе г) В дистальных отделах тонкой кишки

123. Основным стимулятором освобождения секретина является:

а) Соляная кислота б) Продукты расщепления белков

в) Жиры г) Углеводы

124. Резекция на выключение может быть выполнена:

а) При низкой постбульбарной язве

б) При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку

в) При плотном воспалительном инфильтрате в облати двенадцатиперстной кишки

г) При пенетрации язвы в печень

125. Одним из ранних острого расширения желудка после операции является:

а) Икота б) Отсутствие кишечных шумов

в) Вздутие в области эпигастрия г) Тахикардия

126. Острое расширение желудка может быть быстро распознано:

а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении

б) Лапароцентезом в) Назогастральной интубацией

г) Перкуссиейбрюшной стенки

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

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

б) Поздней обращаемостью в) Возможностью психозов

г) Возможностью суицидальных попыток

128. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:

а) Рвота б) желудочное кровотечение

в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости

г) Частый жидкий стул

129. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:

а) Язвы луковици двенадцатиперстной кишки б) Постбульбарные язвы

в) Язвы малой кривизны желудка г) Язвы большой кривизны желудка

130. О наличии пробадения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить:

а) Доскообразный живот б) Сильные боли в эпишастрии

в) Боли в поясничной области г) Повышение лейкоцитоза до 15000

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

а) Затекание содержимого по правому боковому каналу

б) Рефлекторными связями через спиномозговые нервы

в) Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области г) Развивающимся разлитым перитонитом

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

а) Остановившееся желудочное кровотечение б) Перфоративная язва

в) Пенетрирующая язва г) Стеноз выходного отдела желудка

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

а) Демпинг-синдрома б) Гипогликемического синдрома

в) Синдрома "малого желудка" г) Пептической язвы анастомоза

134.Наиболее частой локализацией пробадений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является:

а) Двенадцатиперстная кишка б) Пилорический отдел желудка

в) Малая кривизна желудка г) Большая кривизна желудка

135.Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является:

а) Гипопротеинемия б) Гипотензия во время операции

в) Аксиальный поворот тонкой кишки г) Дуоденостаз

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

а) Тахикардия б) Схваткообразная боль

в) Локализованная, умеренная боль г) Внезапно возникшая интенсивная боль

137.Прикрытию перфорации явзы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют:

а) Малый диаметр прободного отверстия б) Незначительное наполнение желудка

в) Топографическая близость соседних органов г) Большой диаметр прободного отверстия

138.Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:

а) При калезной язве б) При пенетрирующей язве

в) При поверхностных эрозиях слизистой

г) При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см

139. Рак желудка всегда метастазирует:

а) В легкие б) В печень в) В регионарные лимоузлы г) В кости

140.Рак желудка наиболее часто локализуется:

а) В кардиальном отделе желудка б) По большой кривизне

в) По малой кривизне г) В антральном отделе желудка

141.Операция гастростомии показана:

а) При неоперабельном раке тела желудка

б) При неоперабельном раке антрального отдела желудка

в) При стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванном опухолью

г) При всех перечисленных случаях

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

а) Вначале рассечь ущемленное кольцо б) Вначале рассечь грыжевой мешок

в) Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот

г) Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)

143.При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

а) Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости

б) Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара

в) Поставить очистительную клизму

г) Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром

144.Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятноу больного:

а) Грыжа запирательного отверстия б) Прямая паховая грыжа

в) Бедренная грыжа г) Скользящая грыжа

145. Невправимость грыжи зависит:

а) От спаек грыжевого мешка с окружающими тканями

б) От спаек межды грыжевым мешком и органами, находящимися в нем

в) От сужения грыжевых ворот г) От выхождения в нее мочевого пузыря

146.Для лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять опарацию:

а) Бассини и Постемпского б) Мартынова

в) Жирар-Спасокукоцкого г) Руджи-Парлавеччио

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

а) 5-10 см б) 15-20 см в) 25-30 см г) 35-40 см

148.При поступлении больного с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:

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

б) Выполнение срочной операции в) Наблюдение

г) Консервативное лечение

149.При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть:

а) К трансиллюминации и пальпации б) К пункции

в) К перкуссии г) К аускультации

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

а) Рихтерской б) Косой паховой в) Скользящей г) Прямой паховой

Педиатрия Болезни мочевой системы

1. На деятельность почечных канальцев непосредственно влияет гормон

1) альдостерон 2) тироксин 3) инсулин 4) гонадотропин

2. Кислотно-щелочное равновесие поддерживается почками путем

1) образования и секреции ионов водорода канальцами 2) секреции аммиака

3) продукции ионов аммония в канальцах 4) реабсорбции бикарбонатов

3. Селективность протеинурии определяют для оценки состояния

1) петли Генле 2) эпителия дистальных канальцев

3) мембраны клубочков 4) всего вышеперечисленного

4. Концентрационную функцию почек не характеризует

1) проба Зимницкого 2) белок и белковые фракции

3) относительная плотность мочи 4) осмолярность мочи

5. Фильтрационную способность почек не характеризует

1) клиренс эндогенного креатинина 2) креатинин крови

3) уровень мочевины крови 4) осмолярность мочи

6. У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников всех симптомов, кроме

1) тугоухость 2) гематурия

3) патология зрения 4) дисплазия тазобедренного сустава

7. Резистентное к терапии течение характерно для

1) нефротической формы гломерулонефрита 2) пиелонефрита

3) волчаночного нефрита 4) наследственного нефрита

8. Повышение артериального давления в дебюте заболеваний почек характерно для

1) наследственного нефрита 2) гломерулонефрита

3) пиелонефрита 4) дизметаболической нефропатии

9. Наличие малых аномалий (диспластических признаков) не характерно для

1) наследственного нефрита 2) тубулопатий

3) гломерулонефрита 4) дизметаболической нефропатии

10. Собирать мочу на посев рекомендуется

1) пункцией мочевого пузыря 2) из средней струи в стерильную посуду

3) при катетеризации мочевого пузыря 4) из анализа мочи по Нечипоренко

11. Преобладание нейтрофилов среди лейкоцитов мочевого осадка более характерно для

1) пиелонефрита 2) тубулоинтерстициального нефрита

3) гломерулонефрита 4) наследственного нефрита

12. Активность воспалительного процесса в почечной ткани не отражают

1) белковые фракции 2) серомукоид;

3) С-реактивный белок 4) электролиты крови

13. Гиперлипидемия характерна для

1) гломерулонефрита нефротической формы 2) гломерулонефрита гематурической формы

3) пиелонефрита 4) тубулоинтерстициального нефрита

14. Выраженная фибриногенемия наблюдается при

1) гломерулонефрите нефротической формы 2) цистите

3) наследственном нефрите 4) тубулоинтерстициальный нефрит

15. В какое время суток наблюдается максимальная экскреция оксалатов

1) в ночные часы 2) равномерно в течение суток

3) в первой половине дня 4) во второй половине дня

16. Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о следующих нарушениях обмена

1) кальция 2) щавелевой кислоты 3) триптофана 4) пуринов

17.. При мочекаменной болезни какие камни чаще встречаются

1) уратные 2) фосфатные 3) оксалатные 4) цистиновые

18. Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет составляет

1) 20-30 мл; 2) 100 мл; 3) 80 мл; 4) 120 мл;

19. При цистографии уточняются все перечисленные данные, за исключением

1) наличие рефлюксов 2) состояние уретры

3) функциональное состояние почек 4) количество остаточной мочи

20. Показанием для проведения внутривенной урографии является все перечисленное, за исключением

1) болей в животе неясной этиологии 2) стойкой лейкоцитурии

3) травмой брюшной полости с задержкой мочеиспускания

4) острого периода гломерулонефрита

21. Динамическая нефросцинтиграфия выявляет

1) раздельную функцию почек 2) функцию клубочков

3) раздельно скорость клубочковой фильтрации каждой почки

4) все вышеперечисленное

22. Наиболее тяжелым морфологическим вариантом гломерулонефрита является

1) минимальные изменения клубочков

2) мезангио-пролиферативный гломерулонефрит

3) экстракапиллярный гломерулонефрит с полулуниями

4) пролиферативный гломерулонефрит (постинфекционный)

23. При внезапно возникшей макрогематурии исследования целесообразно начать с

1) ультразвукового исследования мочевой системы

2) радионуклидного исследования почек

3) цистографии 4) ангиографии

24. Противопоказанием к биопсии почки не является

1) единственная почка 2) поликистоз почек

3) туберкулез почек 4) гормонорезистентный гломерулонефрит

25. Гломерулонефрит у детей чаще является заболеванием

1) иммунокомплексным 2) неиммунным

3) микробно-воспалительным 4) аутоиммунным

26. Основным клиническим синдромом гломерулонефрита не является

1) отечный 2) гипертензионный 3) мочевой 4) абдоминальный

27. Для нефротического синдрома характерна

1) значительная протеинурия, гипоальбуминемия 2) гиполипидемия

3) гипертония 4) гипофибриногенемия

28. Для дебюта гломерулонефрита наиболее характерно

1) температурная реакция 2) абдоминальный синдром

3) олигурия 4) катаральные явления

29. Показателем активности при гематурической форме гломерулонефрита не является

1) гематурия 2) гипертензия

3) олигурия 4) сердечные изменения

30.. К ведущим симптомам нефротической формы гломерулонефрита относятся все перечисленные, за исключением

1) отечного синдрома 2) абдоминального синдрома

3) протеинурии более 3 г/л 4) олигурии

31. Показателем активности при нефротической форме гломерулонефрита не является

1) отечный синдром 2) олигурия

3) выраженная протеинурия 4) анемия

32. Абактериальная лейкоцитурия в начале заболевания может наблюдаться при форме гломерулонефрита

1) гематурической 2) смешанной 3) нефротической 4) всех формах

33. Повышение активности ферментов в моче характерно для

1) гломерулонефрита 2) хронического цистита

3) острого цистита 4) уретрита

34. Гипергаммаглобулинемия характерна для

1) гломерулонефрита нефротической формы 2) волчаночного нефрита

3) пиелонефрита 4) наследственного нефрита

35. Осложнением острого гломерулонефрита не является

1) почечная недостаточность 2) гипертоническая энцефалопатия с нарушением зрения

3) тромботические осложнения 4) снижение слуха

36. Для гипертонической энцефалопатии характерны

1) сердечная недостаточность 2) нарушение сердечного ритма

3) судороги, потеря сознания 4) одышка, хрипы в легких

37. Об активности нефротической формы гломерулонефрита не свидетельствует

1) гипоальбуминемия 2) диспротеинемия

3) гиперлипидемия 4) снижение зубца Т на ЭКГ

38. Ограничение соли показано при всех состояниях, за исключением

1) олигоанурии 2) артериальной гипертензии

3) отечного синдрома 4) микропротеинурии

39. Разгрузочная диета показана при

1) острых проявлениях гломерулонефрита 2) стихании активности процесса

3) ремиссии гломерулонефрита

4) любом из перечисленных периодов гломерулонефрита

40. Антибактериальная терапия больному с гломерулонефритом не назначается

1) при постстрептококковом гломерулонефрите

2) на фоне глюкокортикоидной терапии 3) при иммуносупрессивной терапии

4) при поддерживающем, прерывистом курсе преднизолона

41. Антибактериальная терапия при гломерулонефрите не включает в себя

1) макролиды 2) пенициллин

3) нитрофурановые препараты 4) гентамицин

42. Капотен относится к

1) миотропным гипотензивным средствам 2) бета-адреноблокаторам

3) ганглиоблокаторам 4) ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента

43. Верапамил (изоптин) относится к

1) блокаторам кальциевых каналов 2) ингибиторам АПФ

3) бета-блокаторам 4) альфа-блокаторам

44. Снижает артериальное давление путем изменения водно-электролитного баланса

1) гипотиазид 2) дибазол 3) натрия нитропруссид 4) резерпин

45. Ингибитором синтеза ангиотензина-II является

1) пропранолол 2) апрессин 3) дибазол 4) эналаприл

46. Показанием к назначению глюкокортикоидов является

1) нефротическая форма гломерулонефрита

2) гематурическая форма гломерулонефрита

3) тубулоинтерстициальный нефрит 4) дизметаболическая нефропатия

47. К глюкокортикоидным препаратам не относится

1) метандростенолон 2) гидрокортизон 3) бетаметазон 4) триамцинолон

48. Глюкокортикоиды

1) повышают содержание глюкозы в крови

2) увеличивают количество лимфоцитов в крови

3) увеличивают синтез белков 4) являются иммуностимуляторами

49. При назначении антибиотиков учитывается

1) рН мочи 2) функциональное состояние почек

3) нефротоксичность 4) все вышеперечисленное

50. При почечной недостаточности противопоказан

1) кларитромицин 2) лазикс 3) оксациллин 4) гентамицин

51. К непрямым антикоагулянтам относится

1) гепарин 2) фенилин 3) дипиридамол 4) трентал

52. Антикоагулянты не показаны при

1) остром гломерулонефрите 2) острой почечной недостаточности

3) геморрагическом васкулите 4) тромбоцитопении

53. Антиагрегационным свойством не обладает

1) эуфиллин 2) трентал 3) курантил 4) мезатон

54. Мальчику 6 лет со следующими симптомами - отеки век, голеней, мало мочится, целесообразно назначить диету

1) стол гипохлоридный 2) стол фруктово-сахарный

3) стол вегетарианский 4) стол без соли, мяса

55. Тубулоинтерстициальный нефрит является

1) бактериальным воспалением 2) абактериальным воспалением

3) аутоиммунным процессом 4) всем вышеперечисленным

56. Причинами развития тубулоинтерстициального нефрита могут быть факторы

1) врожденные 2) наследственные

3) приобретенные 4) все вышеперечисленные

57. При назначении хлорбутина исследование общего анализа крови необходимо

1) один раз в 20 дней 2) один раз в 7-10 дней

3) ежедневно 4) 1 раз в 3 дня

58. Анаболическим действием обладает препарат

1) оротат калия 2) лейкеран

3) хлористый аммоний 4) ибупрофен

59. Остеопороз чаще возникает при назначении

1) триамсинолона 2) трентала 3) гепарина 4) лазикса

60. Для диагностики тубулоинтерстициального нефрита главным является исследование

1) обмена пуринов 2) тубулярных функций почек

3) морфологии почечной ткани 4) клинического анализа крови

61. Лечение тубулоинтерстициального нефрита включает

1) диетотерапию 2) коррекцию обменных нарушений

3) назначение антиоксидантов

4) назначение средств, улучшающих почечную гемодинамику

62. К мембраностабилизаторам относятся все перечисленные препараты, за исключением

1) преднизолона 2) ксидифона 3) токоферола 4) азатиоприна

63. Развитие нефропатии не характерно при

1) системной красной волчанке 2) диабете

3) узелковом полиартериите 4) ожирении

64. Заподозрить волчаночную нефропатию не позволяют

1) пневмония 2) кожный синдром

3) полисерозит 4) быстропрогрессирующий нефрит

65. Поражение почек реже наблюдается при

1) склеродермии 2) системной красной волчанке

3) геморрагическом васкулите 4) узелковом полиартериите

66. Лейкопения наблюдается при

1) узелковом полиартериите 2) наследственном нефрите

3) волчаночном нефрите 4) дисметаболической нефропатии

67. Амилоидоз чаще развивается при

1) ревматоидном артрите 2) гломерулонефрите

3) тубулоинтерстициальном нефрите 4) пиелонефрите

68. Диагноз системной красной волчанки подтверждают

1) LE-клетки 2) периорбитальная эритема

3) дисфагия 4) периорбитальная эритема + дисфагия

69. У ребенка восьми месяцев рвота, температура 390С. Беспокоен, мало мочится. В моче следы белка, эритроциты 10 в поле зрения, лейкоциты до 80 в поле зрения. Ваш диагноз

1) нефротический синдром 2) острый нефрит

3) пиелонефрит 4) хронический цистит

70. Для диагностики инфекции мочевой системы меньшее значение имеет

1) общий анализ мочи 2) анализ мочи на бактериурию

3) количественный анализ мочи 4) определение мочевины в крови

71. Для цистита не характерен симптом

1) боли в поясничной области 2) поллакиурия

3) дизурия 4) боли над лоном

72. При пиелонефрите обычно не нарушается функция

1) клубочка 2) тубулярного отдела нефрона

3) проксимального отдела нефрона 4) петли Генле

73. Среди факторов, определяющих развитие пиелонефрита, ведущую роль играют

1) генетическая предрасположенность 2) нарушение уродинамики

3) вирулентность микроба 4) метаболические нарушения

74. Каков объем мочевого пузыря у ребенка 3 месяцев

1) 20-30 мл 2) 100 мл 3) 150 мл 4) 7 мл

75. Концентрация мочи у ребенка достигает уровня взрослого в возрасте

1) 1-й недели 2) 5 лет 3) 6 месяцев 4) 10 лет

76. Количество физиологических сужений мочеточника

1) три 2) четыре 3) одно 4) нет

77. В понятие нефрон входит

1) клубочек и система канальцев 2) проксимальный и дистальный канальцы

3) клубочек 4) проксимальный и дистальный канальцы, петля Генле

78. Какую функцию выполняет клубочек

1) фильтрационную 2) реабсорбиционную

3) секреционную 4) все перечисленные

79. Какую функцию выполняет дистальный каналец

1) реабсорбирует белок 2) реабсорбирует глюкозу

3) секретирует водородные ионы 4) осуществляет гормональную регуляцию

80. Какой из факторов не определяет скорость клубочковой фильтрации

1) величина онкотического давления плазмы 2) осмотическое давление плазмы

3) кислотно-щелочное равновесие

4) гидростатическое давление в почечных капиллярах

81. Какой из перечисленных гормонов непосредственно влияет на деятельность почечных канальцев

1) альдостерон 2) тироксин 3) инсулин 4) гонадотропин

82. Какой из перечисленных гормонов не влияет непосредственно на функцию почек

1) инсулин 2) альдостерон 3) ангиотензин-II 4) все верно

83. Селективность протеинурии определяют для оценки состояния

1) петли Генле 2) эпителия дистальных канальцев

3) мембраны клубочков 4) всего перечисленного

84. Почка экскретирует

1) альдостерон 2) катехоламин 3) ренин 4) андрогены

85. Какой из перечисленных показателей не характеризует концентрационную функцию почек

1) проба Зимницкого 2) белок и белковые фракции

3) относительная плотность мочи 4) осмолярность мочи

86. В норме выделяется с мочой

1) 1/3 объема выпитой жидкости 2) 2/3 объема выпитой жидкости

3) 1/6 объема выпитой жидкости 4) 1/4 объема выпитой жидкости

87. У ребенка с гематурией для подтверждения диагноза наследственного нефрита важно выявить наличие у родственников всех симптомов, кроме

1) тугоухости 2) гематурии

3) патологии зрения 4) дисплазии тазобедренного сустава

88. Торпидное течение характерно

1) для нефротической формы гломерулонефрита 2) для пиелонефрита

3) для волчаночного нефрита 4) для наследственного нефрита

89. Для какой патологии почек характерно на ранних стадиях повышение артериального давления

1) для наследственного нефрита 2) для гломерулонефрита

3) для пиелонефрита 4) для дизметаболической нефропатии

90. К симптомам интоксикации относятся все перечисленные, кроме

1) параорбитальных теней 2) снижения тургора кожи

3) желтушности 4) снижения работоспособности и аппетита

91. Какие колебания относительной плотности мочи характерны для здорового ребенка 10 месяцев

1) 1010-1020 2) 1009-1015 3) 1001-1003 4) 1002-1008

92. Какое количество мочеиспусканий характерно для ребенка 10 лет

1) 4-6 раз в сутки 2) 7-8 раз в сутки

3) до 15 раз в сутки 4) до 10 раз в сутки

93. Наличие малых аномалий (диспластических признаков) не характерно для всех перечисленных заболеваний, за исключением

1) наследственного нефрита 2) тубулопатии

3) гломерулонефрита 4) дизметаболической нефропатии

94. Каким методом рекомендуется собирать мочу на посев

1) пункцией мочевого пузыря 2) из средней струи в стерильную посуду

3) при катетеризации мочевого пузыря 4) из анализа мочи по Нечипоренко

95. Преобладание нейтрофилов в мочевом осадке свидетельствует

1) о пиелонефрите 2) о тубуло-интерстициальном нефрите

3) о гломерулонефрите 4) о наследственном нефрите

96. При каком количестве лейкоцитов в моче можно уточнить их морфологическую характеристику

1) 2-5 лейкоцитов в поле зрения 2) 30 и более лейкоцитов в поле зрения

3) 5-10 лейкоцитов в поле зрения

4) при любом количестве лейкоцитов в осадке мочи

97. Какой показатель не отражает активность воспалительного процесса

1) белковые фракции 2) серомукоид

3) C-реактивный белок 4) электролиты крови

96. Гиперлипидемия наиболее характерна

1) для гломерулонефрита нефротической формы

2) для гломерулонефрита гематурической формы

3) для пиелонефрита 4) для тубуло-интерстициального нефрита

97. Экскреция оксалатов, уратов в моче определяется обычно

1) в суточной моче 2) в утренней порции

3) в трехчасовой моче 4) во всем перечисленном

98. Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать

1) о нарушении обмена кальция 2) о нарушении обмена щавелевой кислоты

3) об атопическом дерматите 4) о нарушении обмена пуринов

99. По анализу мочи по Нечипоренко можно судить

1) об оксалурии 2) о бактериурии 3) об уратурии 4) о лейкоцитурии

100. При каких заболеваниях наблюдается значительное повышение IgG в крови

1) при пиелонефрите 2) при системной красной волчанке

3) при цистите 4) при гломерулонефрите нефротической формы

101. Какое заболевание относят к иммунокомплексным болезням

1) гломерулонефрит 2) пневмонию

3) вирусный гепатит 4) гастродуоденит

102. Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет составляет

1) 20-30 мл 2) 100 мл 3) 80 мл 4) все перечисленное

103. При цистографии уточняются все перечисленные данные, за исключением

1) наличия рефлюксов 2) состояния уретры

3) функционального состояния почек 4) количества остаточной мочи

104. Показанием для проведения внутривенной урографии является все перечисленное, за исключением

1) болей в животе неясной этиологии 2) стойкой лейкоцитурии

3) травмы брюшной полости с задержкой мочеиспускания

4) острого периода гломерулонефрита

105. С какого возраста можно проводить внутривенную урографию

1) с 10-дневного возраста 2) с месячного возраста

3) с 6-месячного возраста 4) с 3 лет

106. Показанием к биопсии почек является все перечисленное, кроме

1) гломерулонефрита при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 6 месяцев и более 2) латентно текущие нефропатии

3) подозрения на поликистоз 4) бессимптомной гематурии

107. Наиболее тяжелым морфологическим вариантом гломерулонефрита является

1) минимальные изменения клубочков 2) фокально-сегментарный гломерулонефрит

3) экстракапиллярный гломерулонефрит с полулуниями

4) экстракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

108. Показаниями к проведению рентгеноконтрастного исследования мочевой системы являются

1) признаки соединительнотканной дисплазии

2) аномалия развития урогенитальной области

3) недоношенность 4) симптомы интоксикации

109. При длительной макрогематурии следует в первую очередь выполнить

1) цистоскопию 2) изотопную ренографию

3) цистографию 4) ангиографию

110. Гломерулонефрит является заболеванием

1) иммунокомплексным 2) неиммунным

3) микробно-воспалительным 4) инфекционным

111. Причиной развития гломерулонефрита могут быть

1) стрептококк 2) вирусы

3) белковые антигены (профилактические прививки) 4) все перечисленное

112. Основным клиническим синдромом гломерулонефрита не является

1) отечный 2) гипертензионный

3) мочевой 4) абдоминальный

113. Гломерулонефрит чаще развивается

1) на 1-м году жизни 2) с 1 года до 2 лет

3) с 7 до 15 лет 4) после 2-3 лет

114. Гематурическая форма гломерулонефрита чаще развивается в возрасте

1) ясельном 2) после 6-7 лет

3) в старшем школьном возрасте 4) в любом возрасте

115. Нефротическая форма гломерулонефрита чаще развивается в возрасте

1) до 1 года 2) с 1 года до 7 лет

3) в пубертатном возрасте 4) в любом возрасте

116. Для нефротического синдрома характерно

1) значительная протеинурия, гипоальбуминемия 2) гиполипидемия

3) гипертония 4) гипофибриногенемия

117. Для начала гломерулонефрита наиболее характерно

1) температурная реакция 2) абдоминальный синдром

3) олигурия 4) катаральные явления

118. Гломерулонефрит чаще развивается

1) на фоне респираторного заболевания

2) через 7-14 дней после респираторного заболевания

3) через два месяца после переохлаждения 4) через 30 дней после простуды

119. Ведущим симптомом при гематурической форме гломерулонефрита является

1) гематурия 2) гипертензия 3) лейкоцитурия 4) отеки

120. Показателем активности при гематурической форме гломерулонефрита не является

1) гематурия 2) гипертензия 3) олигурия 4) геморрагическая сыпь

121. Лабораторными показателями активности при гематурической форме гломерулонефрита являются

1) ускоренная СОЭ 2) гиперфибриногенемия

3) макрогематурия 4) все перечисленное

122. Какой мочевой синдром наиболее характерен для смешанной формы гломерулонефрита

1) гематурия с протеинурией 2) изолированная протеинурия

3) абактериальная лейкоцитурия 4) длительно сохраняющаяся гематурия

123. Ведущим симптомом при смешанной форме гломерулонефрита является

1) гипертензия 2) гематурия

3) протеинурия 4) все перечисленное

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

124. Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности заключается в следующих мероприятиях, кроме

1) витаминотерапии 2) восстановления объема циркулирующей крови

3) коррекции кислотно-щелочного равновесия 4) оксигенотерапии

125. При острой дыхательной недостаточности неотложная помощь не включает

1) обеспечение проходимости дыхательных путей 2) стимуляцию кашля

3) оксигенотерапию 4) применение препаратов, содержащих кофеин

126. Клиническими признаками остановки дыхания являются все перечисленные, кроме

1) цианоза 2) остановки сердца

3) потери сознания 4) отсутствия дыхательных движений

127. К доступным способам восстановления свободной проходимости дыхательных путей относятся все перечисленные, кроме

1) разгибания шеи 2) обследования и освобождения ротоглотки от слизи, инородных тел пальцем

3) вывода и фиксации языка 4) трахеостомии

128. Начальная стадия астматического статуса ставится на основании

1) продолжительности приступа 2) выраженности одышки

3) снижения толерантности к симпатомиметикам 4) все перечисленное

129. При астматическом статусе назначается

1) внутривенное введение эуфиллина 2) оксигенотерапия

3) глюкортикостероиды 4) все перечисленное

130. При астматическом статусе предпочтительнее применение глюкортикостероидов препаратов перед симпатомиметиками, так как

1) они обладают мощным противовоспалительным эффектом

2) повышают активность адренорецепторов к симпатомиметикам

3) они оказывают меньшее, чем симпатомиметики, кардиотоксическое действие 4) все перечисленное

131. Признаком передозировки эуфиллина является

1) падение артериального давления 2) головная боль, боли в животе, тошнота, рвота

3) нарушение сердечного ритма 4) все перечисленное

132. При остром стенозирующем ларинготрахеите не отмечается

1) изменение голоса 2) грубый лающий кашель

3) втяжение уступчивых мест грудной клетки 4) удлинение выдоха

133. Для отека легких не характерно

1) кашель с выделением пенистой розовой мокроты 2) тахикардия

3) отеки на ногах 4) обилие влажных хрипов в легких

134. Необязательна госпитализация ребенка при ожогах поверхности кожи

1) I степени 5-10% 2) I степени 10-15%

3) II степени 5% более 4) III степени 3% и более

135. Основная задача начального этапа инфузионной терапии при большинстве патологических состояний заключается

1) в восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости

2) в восстановлении объема циркулирующей плазмы

3) в дезинтоксикации 4) в восстановлении объема циркулирующих эритроцитов

136. К видам дефибрилляции относятся

1) механическая 2) фармакологическая

3) электрическая 4) все перечисленные

137. К признакам фибрилляции относятся все перечисленные, кроме

1) глухих тонов 2) отсутствия тонов

3) появления цианоза 4) характерной кривой на ЭКГ

138. Для характеристики микроциркуляции наиболее информативно

1) гемограмма 2) частота пульса

3) диурез 4) центральное венозное давление

139. Случайные отравления наиболее часто происходят от употребления ребенком

1) лекарственных препаратов 2) растительных ядов

3) препаратов бытовой химии 4) ядовитых грибов

140. Какое осложнение наиболее часто возникает при использовании венозных катетеров

1) флебит 2) травма катетером сердца

3) эмболия 4) пневмоторакс

141. При эффективном непрямом массаже сердца может отсутствовать

1) пульс на периферических сосудах 2) пульс на крупных артериях

3) сужение зрачков 4) улучшение цвета кожи и слизистых

142. К критериям неэффективности непрямого массажа сердца относятся все перечисленные, кроме

1) отсутствия пульса 2) сужения зрачков

3) расширения зрачков 4) цианоза кожных покровов

143. К признакам солнечного удара относятся все перечисленные, кроме

1) головной боли 2) тошноты, рвоты

3) жидкого стула 4) повышения температуры тела

144. При солнечном ударе необходимо все перечисленное, кроме

1) поместить ребенка в тень 2) применить холод на магистральные сосуды

3) госпитализировать ребенка в случае нарушения гемодинамики и дыхания 4) ввести атропин

145. Терминальными состояниями являются все перечисленные, кроме

1) шока IV степени 2) комы 3) агонии 4) клинической смерти

146. Мальчик 6 лет, вялый, бледный, распространенные отеки. Какой вопрос нужно задать маме

1) снижен ли аппетит 2) сколько выделяет мочи

3) контакты с корью 4) какие перенес детские инфекции

147. Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности у детей является

1) возникновение гиповолемии 2) прием нефротоксических веществ

3) возникновение гемолиза 4) наличие пороков развития почек

148. При острой почечной недостаточности в стадии олигурии наиболее часто развивается

1) гипокалиемия 2) гиперкалиемия

3) гипернатриемия 4) гиперкальциемия

149. К наиболее ранним признакам острой почечной недостаточности относятся

1) повышение мочевины крови 2) увеличение плотности мочи

3) повышение кальция крови 4) повышение калия крови

150. Какие антибиотики не следует использовать при острой почечной недостаточности

1) гентамицин 2) левомицетин

3) пенициллин 4) эритромицин