



УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Уральский медицинский институт»**

Фонд оценочных средств

Б1.О.06 (П) Практика хирургического профиля

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

квалификация: врач-лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Фонд оценочных средств по дисциплине рассмотрен и одобрен на заседании Ученого совета института (протокол № 1 от 16.01.2024) и утвержден приказом ректора № 02 от 19.01.2024 года

Нормативно-правовые основы разработки и реализации оценочных средств по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01, Лечебное дело (уровень специалитета), утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 988
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Устав и локальные акты Институт

1. Общие положения

Цель практики хирургического профиля: по завершению практики обучающиеся смогут определять у пациентов заболевания и патологические состояния хирургического профиля, оказывать пациентам медицинскую помощь, в том числе экстренную и неотложную, обеспечивать сохранение и укрепление здоровья пациентов, выполнять врачебные манипуляции в объёме функциональных обязанностей врача хирургического профиля.

Задачи, решаемые в ходе прохождения практики:

-сформировать способность диагностики патологических состояний у пациентов стационара хирургического профиля, интерпретации результатов проведенных клинических и параклинических методов диагностики и формирования на их основе клинического диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

– сформировать навыки диагностики патологических состояний и заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента и оказания врачебной помощи взрослому населению, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения);

– сформировать способность и готовность к оказанию врачебной хирургической помощи пациентам при внезапных острых состояниях во время хирургических манипуляций и операций;

– сформировать способность и готовность к участию в оказании хирургической помощи;

– сформировать готовность к участию в выработке у населения и пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

– сформировать готовность к участию в обучении пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья;

– изучить основы осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

2. Перечень планируемых результатов обучения при прохождении производственной практики, Практика хирургического профиля, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции выпускника	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты практики
Профессиональные компетенции		

<p>ПК-4 Способен к организации медицинской сортировки и эвакуации</p>	<p>ИПК-4.3. Умеет подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок работы врача-хирурга стационара; - состояние санитарно-эпидемического режима в ЛПУ; - права и обязанности врача-хирурга; - современную классификацию заболеваний и критерии постановки диагноза; - правила написания листов назначений; - технику выполнения различных инъекций; - тактику ведения пациентов при неотложных состояниях; - методику проведения местной анестезии и новокаиновых блокад (паранефральной, круглой связки печени, межреберной и др.); - методику выполнения пункций плевральной и брюшной полостей; - принципы техники безопасности на рабочем месте и охрану от профессиональных заражений. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - собрать анамнез и провести первичное обследование больного с хирургической патологией; - проверить характерные симптомы при: <ul style="list-style-type: none"> - остром аппендиците, - перитоните, - остром холецистите, - остром панкреатите, - острой кишечной непроходимости, - прободной язве и стенозе привратника, - желудочно-кишечных кровотечениях, - наружных грыжах живота; - провести анализ данных лабораторных и инструментальных методов исследований при хирургических заболеваниях; - составить план обследования больного; - сформулировать и обосновать предварительный и окончательный диагнозы; - оформить историю болезни на хирургического больного; - составить план лечения больных и выявить показания к срочной операции; - владеть профессиональной терминологией; - провести пальцевое исследование прямой кишки; - оказать первую и медицинскую помощь при неотложных состояниях; - провести санитарно-просветительную работу среди больных; - правильно заполнять медицинскую документацию. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами ведения медицинской учетно-
---	---	--

		<p>отчетной документации в стационаре хирургического профиля;</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценкой состояния здоровья населения различных возрастно-половых групп; - методами общего клинического обследования хирургического больного; - техникой проверки симптомов основных хирургических заболеваний органов брюшной полости; - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; - алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза; техникой опроса и осмотра; - алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
--	--	---

2. Перечень вопросов для промежуточной аттестации

1. Диагностические признаки острого аппендицита.
2. Особенности диагностики острого аппендицита у беременных.
3. Особенности диагностики острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста.
4. Особенности диагностики острого аппендицита у пациентов детского возраста.
5. Тактика лечения аппендикулярного инфильтрата и аппендикулярного абсцесса.
6. Тактика лечения пилефлебита.
7. Современная техника оперативного лечения грыж.
8. Клинические признаки ущемленной грыжи.
9. Особенности техники оперативного лечения ущемленной грыжи.
10. Диагностические критерии при остром панкреатите.
11. Тактика лечения язвенного кровотечения.
12. Тактика лечения перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.
13. Диагностические критерии при остром кишечной непроходимости.
14. Тактика лечения острой кишечной непроходимости.
15. Тактика лечения острого перитонита.
16. Абсцесс Дугласова пространства, тактика лечения.
17. Тактика лечения гемоторакса.
18. Тактика лечения пневмоторакса.
19. Тактика лечения хронического холецистита.

20. Тактика лечения острого холецистита.
21. Тактика лечения травматического повреждения печени.
22. Тактика лечения травматического повреждения селезенки.
23. Тактика лечения травматического повреждения кишечника.
24. Показания и методика проведения бронхоскопии.
25. Показания и методика проведения диагностической лапароскопии.
26. Показания и методика проведения эзофагогастродуоденоскопии.
27. Показания и методика проведения диагностической торакокопии.
28. Каковы показания и методика проведения энтероскопии.
29. Показания и методика проведения колоноскопии.
30. Показания и методика проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и папилосфинктеротомии.
31. Виды эндоскопической биопсии.
32. Виды эндоскопического гемостаза.
33. Первая помощь при остром коронарном синдроме.
34. Первая помощь при анафилактическом шоке.
35. Первая помощь при гипертоническом кризе.

4. Демонстрация практических навыков, полученных на практике

1. перевязка хирургических больных.
2. Опрос и осмотр пациентов с хирургической патологией, написание дневника курации.
3. Выполнение пальцевого ректального исследования.
4. Наложение эластичного биндажа на нижние конечности.
5. Заполнение выписной справки больному, статистической карты выбывшего из стационара, МТЛ больного, оформление эпикризов (выписного, этапного, переводного, посмертного, направления на исследования и др.).
6. Участие во врачебном обходе.
7. Ассистирование на операции.
8. Присутствие во время операции.
9. Определение групп крови системы АВО с помощью цоликлонов анти-А, анти-В.

5. Тестовые задания

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

- А) затеканием содержимого по правому боковому каналу*
- Б) рефлекторными связями через спинномозговые нервы
- В) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
- Г) развивающимся разлитым перитонитом
- Д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

2. Послеоперационная летальность при остром аппендиците составляет:

- А) 0 процентов
- Б) 0,2-0,3 процента*
- В) 1-2 процента
- Г) 2-3 процента
- Д) 5-7 процентов

3. Пилефлебит - это тромбоз:

- А) воротной вены*
- Б) аппендикулярной вены
- В) верхней поллой вены
- Г) нижней поллой вены
- Д) забрюшинных вен

4. Аппендикулярный инфильтрат это:

- А) инфильтрат всех слоев стенки отростка
- Б) инфильтрация брюшины
- В) забрюшинная флегмона в стадии инфильтрата
- Г) конгломерат органов брюшной полости, образовавшийся вокруг червеобразного отростка*
- Д) инфильтрация большого сальника

5. Перемещение боли из эпигастрия в правую подвздошную область называется симптомом:

- А) Кохера-Волковича*
- Б) Бартомье
- В) Воскресенского
- Г) Щеткина-Блюмберга
- Д) Образцова

6. Боли при поверхностном аппендиците характеризуются:

- А) внезапностью
- Б) средней интенсивностью
- В) схваткообразным усилением
- Г) отсутствием иррадиации
- Д) всем перечисленным*

7. При развитии гангренозного аппендицита характерно:

- А) усиление болей
- Б) стихание болей*
- В) появление диареи
- Г) появление примеси крови в каловых массах
- Д) все перечисленное верно

8. При прободении червеобразного отростка боли:

- А) стихают
- Б) резко усиливаются
- В) остаются неизменными
- Г) сочетаются с перитонеальными симптомами*
- Д) резко усиливаются и сочетаются с перитонеальными симптомами

9. Задержка стула при остром аппендиците объясняется:

- А) обтурацией толстой кишки каловыми камнями
- Б) формированием аппендикулярного инфильтрата
- В) парезом кишечника*
- Г) ничем из перечисленного
- Д) всем перечисленным

10. Понос с тенезмами при остром аппендиците может быть симптомом:

- А) подпеченочного расположения аппендикса
- Б) левостороннего расположения аппендикса

В) тазового расположения червеобразного отростка*

Г) ретроцекального расположения аппендикса

Д) не может быть симптомом аппендицита

11. Болезненная перкуссия над очагом воспаления называется симптомом:

А) Ситковского

Б) Ровзинга

В) Образцова

Г) Раздольского*

Д) Воскресенского

12. Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразном сдавлении сигмовидной кишки называется симптомом:

А) Ровзинга*

Б) Образцова

В) Ситковского

Г) Раздольского

Д) Воскресенского

13. Усиление болей в положении больного на левом боку называется симптомом:

А) Ситковского*

Б) Ровзинга

В) Образцова

Г) Раздольского

Д) Воскресенского

14. Для острого аппендицита при ретроцекальном расположении отростка характерно:

А) невыраженность симптомов

Б) боли в поясничной области

В) иррадиация болей в бедро

Г) симптом Образцова

Д) все перечисленное верно*

15. Для острого аппендицита у детей характерно:

А) раннее развитие деструктивных изменений

Б) частое развитие перитонита

В) многократная рвота

Г) высокая температура тела

Д) все перечисленное верно*

16. Для острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста характерно:

А) умеренные боли

Б) атипичное течение

В) отсутствие гипертермии

Г) отсутствие напряжения мышц брюшной стенки

Д) все перечисленное верно*

17. К осложнениям острого аппендицита относят все кроме:

А) аппендикулярного инфильтрата

Б) панкреатита*

В) абсцесса брюшной полости

Г) пилефлебита

Д) перитонита

18. Аппендикулярный инфильтрат может нагноиться или регрессировать. При нагноении инфильтрата формируется:

А) разлитой перитонит

Б) пилефлебит

- В) сепсис
- Г) аппендикулярный абсцесс*
- Д) абсцесс пространства Дугласа

19. Разлитой перитонит при остром аппендиците развивается в результате:

- А) агрессивности микрофлоры
- Б) недостаточного отграничения воспалительного процесса от свободной брюшной полости
- В) снижение активности иммунной системы организма
- Г) а и б
- Д) агрессивности микрофлоры, недостаточного отграничения воспалительного процесса от свободной брюшной полости, снижения активности иммунной системы организма*

20. К недостаткам лапароскопической аппендэктомии относится:

- А) удлинение срока операции
- Б) большие экономические затраты
- В) сложность используемого инструментария
- Г) а, б
- Д) удлинение срока операции, большие экономические затраты, сложность используемого инструментария*

21. Рихтеровское ущемление это:

- А. Ущемление кишки в области дуоденально-тощекишечного мешка
- Б. Части стенки полого органа*
- В. Ущемление перекрученной сигмовидной кишки
- Г. Ущемление дивертикула Меккеля
- Д. Ущемление желудка в диафрагмальной грыже

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

- а) вначале рассечь ущемляющее кольцо
- б) вначале рассечь грыжевой мешок*
- в) можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
- г) выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
- д) сделать лапаротомию

23. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме а) острого начала

- б) невраваемости грыжи
- в) болезненности грыжевого выпячивания
- г) резкой боли
- д) высокой температуры*

24. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является

- а) гигантский размер грыжи
- б) беременность во второй ее половине
- в) флегмона грыжевого мешка
- г) недавно перенесенный инфаркт миокарда
- д) ни один из перечисленных*

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

- а) вправление грыжи*
- б) назначение анальгетиков и спазмолитиков
- в) назначение наркотиков
- г) немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
- д) проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

26. Невправимость грыжи зависит

- а) от спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
- б) от спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем*
- в) от сужения грыжевых ворот
- г) от выхождения в нее мочевого пузыря
- д) от выхождения в нее слепой кишки

27. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию

- а) Бассини и Постемского*
- б) Мартынова
- в) Гирара - Спасокукоцкого
- г) Руджи - Парлавеччио
- д) Ру

28. 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*
- д) 45-50 см

29. При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести

- а) наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
- б) выполнение срочной операции*
- в) наблюдение
- г) консервативное лечение
- д) вправление грыжи

30. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать

- а) с липомой
- б) с холодным натечником
- в) с ущемленной паховой грыжей
- г) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала
- д) со всем перечисленным*

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

- а) затрудненного дыхания
- б) рвоты
- в) цианоза
- г) анемии*
- д) заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании

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

- а) повреждения сосудов
- б) ранение нервов брюшной стенки
- в) пересечение семявыводящего протока
- г) ранение кишки и мочевого пузыря
- д) все перечисленные*

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

- а) тонкой кишки и Меккелева дивертикула
- б) сигмовидной кишки и сальника
- в) слепой кишки и червеобразного отростка
- г) маточной трубы и яичника
- д) желчного пузыря и желудка*

34. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются

- а) со слизистого слоя*
- б) с подслизистого слоя
- в) с мышечного слоя
- г) с субсерозного слоя
- д) с серозного слоя

35. Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются

- а) внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования
- б) увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания
- в) невосприимчивость грыжи
- г) отрицательный симптом кашлевого толчка
- д) все перечисленное*

36. Аутопластические способы пластики грыж заключаются в использовании:

- А) донорских мышечно-апоневротических тканей
- Б) мышечно-апоневротических тканей животного происхождения
- В) собственных мышечно-апоневротических тканей*
- Г) синтетических тканей
- Д) металлических протезов

37. Аллопластические способы пластики грыж заключаются в использовании:

- А) местных мышечных тканей
- Б) местных апоневротических тканей
- В) местных мышечно-апоневротических тканей
- Г) шовного материала
- Д) трансплантатов различного инородного происхождения*

38. Ущемленная наружная брюшная грыжа – это осложнение, характеризующееся:

- А) некрозом грыжевого мешка
- Б) образованием спаек между внутренними органами и грыжевым мешком
- В) сдавлением в грыжевом мешке внутренних органов с нарушением кровоснабжения и развитием некроза*
- Г) сдавлением внутренних органов в грыжевом мешке с развитием гипертрофии органов
- Д) увеличением грыжи в течение длительного времени

39. Невправимая наружная брюшная грыжа – это осложнение, характеризующееся:

- А) сдавлением в грыжевом мешке внутренних органов с нарушением кровоснабжения и развитием некроза*
- Б) сдавлением внутренних органов в грыжевом мешке с развитием гипертрофии органов некрозом грыжевого мешка
- В) образованием спаек между внутренними органами и грыжевым мешком увеличением грыжи в течение длительного времени
- Г) отсутствием смещения содержимого грыжи в результате скопления и нарушением пассажа кишечного содержимого в грыже
- Д) отсутствие смещения содержимого грыжи из одной ее камеры в другую

40. По механизму развития выделяют ущемление:

- А) острое и хроническое
- Б) гипертрофическое и атрофическое
- В) эластическое, каловое и смешанное*
- Г) воспалительное и опухолевое
- Д) раннее и позднее

41. Обтурационная непроходимость кишечника развивается при

- А) сдавлении кишки опухолями соседних органов*
- Б) стойком парезе кишечника
- В) завороте кишечной петли вокруг своей оси
- Г) ущемлении кишечных петель
- Д) образовании узла между петлями кишок

42. Странгуляционная непроходимость кишечника развивается при

- А) стойком парезе кишечника
- Б) закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета
- В) завороте кишечной петли вокруг своей оси*
- Г) рубцовом сужением просвета кишки
- Д) закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами

43. Странгуляционная непроходимость кишечника развивается при

- А) закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета
- Б) ущемлении кишки спайками*
- В) рубцовом сужением просвета кишки
- Г) стойком парезе кишечника
- Д) закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами

44. Острую кишечную непроходимость, развившуюся при закупорке просвета кишки желчным конкрементом, следует расценить как

- А) спастическую
- Б) паралитическую
- В) обтурационную*
- Г) странгуляционную
- Д) динамической

45. Острую кишечную непроходимость, развившуюся в результате ущемления кишечной петли с брыжейкой спайками, следует расценить как

- А) спастическую
- Б) паралитическую
- В) обтурационную
- Г) странгуляционную*
- Д) динамической

46. Развитию спастической динамической кишечной непроходимости способствует

- А) наличие наружных брюшных грыж
- Б) рубцовое сужение просвета кишки
- В) инородное тело кишечника
- Г) отравление свинцом*
- Д) операционная травма

47. При развитии острой механической кишечной непроходимости и выраженной дегидратации следует

- А) увеличить пероральное поступление жидкости
- Б) оставить обычный рацион перорального принятия жидкости
- В) исключить пероральный прием жидкости*
- Г) вводить перорально только солевые растворы
- Д) вводить перорально только белковые растворы

48. Патологические изменения в организме быстрее возникают при

развитии острой кишечной непроходимости на уровне

- А) тощей кишки*
- Б) слепой кишки
- В) поперечно-ободочной кишки
- Г) сигмовидной кишки
- Д) прямой кишки

49. Боли при ранней стадии обтурационной непроходимости кишечника

- А) постоянные, тупые
- Б) постоянные, острые
- В) опоясывающие
- Г) схваткообразные*
- Д) иррадируют в нижние конечности

50. Боли при ранней стадии странгуляционной непроходимости кишечника

- А) постоянные, тупые
- Б) постоянные, острые, усиливающиеся в период перистальтики*
- В) опоясывающие
- Г) иррадируют в нижние конечности
- Д) мигрируют из эпигастрия в правую подвздошную область

51. Для паралитической непроходимости кишечника характерно

- А) сильные постоянные боли в животе
- Б) отсутствие перистальтики и стула*
- В) видимая на глаз перистальтика
- Г) неравномерное вздутие живота
- Д) все перечисленное верно

52. Боли в животе могут быть при

- А) спастической непроходимости кишечника
- Б) обтурационной непроходимости кишечника
- В) странгуляционной непроходимости кишечника
- Г) при всех перечисленных формах*
- Д) болевой синдром для перечисленных форм кишечной непроходимости не характерен

53. Какой из симптомов обтурационной острой кишечной непроходимости следует считать наиболее ранним

- А) схваткообразные боли
- Б) рвоту
- В) задержку стула и газов
- Г) вздутие живота
- Д) все перечисленные симптомы обычно появляются одновременно*

54. О скоплении в петлях кишечника жидкости и газа при кишечной непроходимости свидетельствует

- А) тимпанит при перкуссии в отлогих местах живота
- Б) симптом "гробовой тишины"
- В) шум плеска*
- Г) баллонообразное расширение ампулы прямой кишки
- Д) усиленная перистальтика

55. Какое из представленных исследований следует произвести в первую очередь пациенту при подозрении на острую кишечную непроходимость?

- А) обзорную рентгеноскопию и рентгенографию брюшной полости*
- Б) рентгенологический контроль за пассажем бариевой взвеси по кишечнику
- В) ирригоскопию
- Г) эзофагогастроскопию
- Д) лапароскопию

56. К рентгенологическим признакам непроходимости кишечника относят

- А) свободный газ в брюшной полости
- Б) затемнение нижних отделов брюшной полости
- В) скопления газа над горизонтальными уровнями жидкости в петлях кишки*
- Г) очаговые тени в центре брюшной полости
- Д) все перечисленное верно

57. Уточнить уровень обструкции при тонкокишечной непроходимости

возможно при

- А) обзорной рентгеноскопии брюшной полости
- Б) обзорной рентгенографии брюшной полости*
- В) интестиноскопии
- Г) колоноскопии
- Д) всех вышеперечисленных методов

58. Дифференцировать механическую кишечную непроходимость от острого

аппендицита позволяет

- А) общий анализ крови
- Б) биохимический анализ крови
- В) обзорная рентгенография органов брюшной полости*
- Г) ангиография
- Д) все перечисленные методы

59. Консервативное лечение непроходимости кишечника показано при

- А) динамической непроходимости*
- Б) завороте кишечника
- В) ущемлении кишечника
- Г) при всех вышеперечисленных видах непроходимости
- Д) ни при одном из вышеперечисленных видов непроходимости

60. При механической непроходимости кишечника не используются

- А) препараты, усиливающие перистальтику кишечника*
- Б) дезинтоксикационная терапия
- В) опорожнение кишечника
- Г) инфузионная корригирующая терапия
- Д) ни одно из перечисленных мероприятий

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

- а) отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки
- б) вздутия стенки желудка спереди
- в) уменьшения в размерах желчного пузыря*
- г) умеренной гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости
- д) обнаружения небольшого количества серозного выпота в правом подпеченочном пространстве

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

- а) установить патобиохимический вид панкреонекроза
- б) диагностировать панкреатогенный перитонит
- в) уточнить форму острого панкреатита
- г) выявить наличие воспалительного процесса в воротах селезенки и непосредственно в ее ткани*
- д) определить характер изменения желчного пузыря

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

- а) геморрагической имбибии большого сальника
- б) наличия темного выпота с геморрагическим оттенком

- в) выбухания желудка и расширения его вен
- г) возникновения в отдельных случаях расслаивающей аневризмы аорты*
- д) иногда появления забрюшинной гематомы

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

- а) абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки
- б) абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости
- в) флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения
- г) перитонита
- д) септического эндокардита*

65. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является а) травма живота

- б) применение кортикостероидов
- в) алкоголизм*
- г) хронический холецистит
- д) цирроз печени

66. Для отечной формы острого панкреатита характерно

- А) значительное повышение температуры тела
- Б) сильные боли в животе*
- В) частый жидкий стул
- Г) пожелтение кожи и склер
- Д) недержание мочи

67. В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит

- А) микробной агрессии
- Б) плазмоцитарной инфильтрации
- В) микроциркуляторным нарушениям
- Г) аутоферментной агрессии*
- Д) нарушению венозного оттока

68. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу при остром панкреатите носит название симптома

- А) Воскресенского
- Б) Мейо – Робсона*
- В) Грюнвальда
- Г) Мондора
- Д) Грея - Тернера

69. Жировой панкреонекроз формируется в результате

- А) присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита
- Б) активации и повреждающего действия липолитических ферментов*
- В) активации и повреждающего действия протеолитических ферментов
- Г) активации и повреждающего действия гликолитических ферментов
- Д) инволюции мелкоочагового панкреонекроза

70. Геморрагический панкреонекроз формируется в результате

- А) присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита
- Б) активации и повреждающего действия липолитических ферментов
- В) активации и повреждающего действия протеолитических ферментов*
- Г) активации и повреждающего действия гликолитических ферментов
- Д) инволюции мелкоочагового панкреонекроза

71. Болезненность и резистентность мышц в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите носит название симптома

- А) Мейо - Робсона
- Б) Керте*
- В) Грея - Тернера

Г) Мондора

Д) Воскресенского

72. Эзофагогастродуоденоскопия у больных острым панкреатитом позволяет

А) диагностировать острый панкреатит

Б) уточнить локализацию некроза в поджелудочной железе

В) уточнить распространенность панкреонекроза

Г) определить форму острого панкреатита

Д) оценить состояние большого дуоденального сосочка*

73. К развитию острого панкреатита могут привести

А) тупая травма живота

Б) операционная травма поджелудочной железы

В) ущемленный камень большого дуоденального сосочка

Г) стриктура большого дуоденального сосочка

Д) все вышеперечисленные причины*

74. К развитию панкреатической гипертензии может привести

А) камни желчного пузыря

Б) камень общего печеночного протока

В) камень пузырного протока

Г) ущемленный камень большого дуоденального сосочка*

Д) все вышеперечисленные причины

75. Желтуха у больных острым панкреатитом может быть обусловлена

А) сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы*

Б) дуоденостазом

В) холецистолитиазом

Г) камнем пузырного протока желчного пузыря

Д) все вышеперечисленное верно

76. Желтуха при острым панкреатите может быть обусловлена

А) сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы

Б) панкреатогенным гепатитом

В) ущемленным камнем большого дуоденального сосочка*

Г) опухолью большого дуоденального сосочка

Д) все вышеперечисленное верно

77. Форму острого панкреатита можно установить при

А) гастродуоденоскопии

Б) обзорной рентгенографии органов брюшной полости

В) лапароскопии*

Г) ирригоскопии

Д) все перечисленное верно

78. Снижению секреции экзоферментов поджелудочной железы способствует А)

голод

Б) гипотермия железы

В) снижение кислотности желудочного содержимого

Г) назначение цитостатиков

Д) все перечисленное верно*

79. Срочное оперативное лечение при острым панкреатите показано

А) при абсцессе сальниковой сумки

Б) при гнойном перитоните

В) при развитии забрюшинной флегмоны

Г) при неэффективности консервативной терапии

Д) все перечисленное верно*

80. При хирургическом лечении острого панкреатита применяют

А) дренирование сальниковой сумки

- Б) абдоминализацию поджелудочной железы
- В) оментопанкреатопексию
- Г) некрсеквестрэктомию
- Д) все перечисленное верно*

81. Для декомпенсированной стадии перитонита, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, характерно

- А) токсическое поражение ЦНС
- Б) развитие функциональной кишечной непроходимости
- В) развитие печеночно-почечной недостаточности
- Г) иммунодефицит
- Д) верно все*

82. При местном перитоните поражена брюшина:

- А) В одной анатомической области живота*
- Б) От двух до пяти областей брюшной полости
- В) Одного этажа брюшной полости
- Г) Одного отдела брюшной полости
- Д) Только париетальная брюшина

83. При распространенном перитоните поражена брюшина:

- А) Одной области
- Б) Двух этажей брюшной полости
- В) Всей брюшной полости
- Г) Все ответы правильные
- Д) Нет правильных ответов*

84. В зависимости от характера выпота наиболее тяжело протекает:

- А) Гнойный перитонит
- Б) Гнилостный перитонит*
- В) Серозный перитонит
- Г) Серозно-гнойный перитонит
- Д) Серозно-геморрагический перитонит

85. Хроническое течение типично для:

- А) Гнилостного перитонита
- Б) Желчного перитонита
- В) Туберкулезного перитонита*
- Г) Калового перитонита
- Д) Ферментативного перитонита

86. По клиническому течению различают:

- А) Острый, подострый и хронический перитонит
- Б) Острый, рецидивирующий и бессимптомный перитонит
- В) Острый, волнообразный и подострый перитонит
- Г) Подострый и хронический перитонит
- Д) Только острый перитонит*

87. К первичному перитониту относят:

- А) Перитонит вследствие перфорации полого органа
- Б) Перитонит вследствие проникающих ранений живота
- В) Перитонит при лимфо- и гематогенном инфицировании брюшины*
- Г) Перитонит при кишечной непроходимости
- Д) Гонококковый пельвиоперитонит

88. К вторичному перитониту относят:

- А) Перитонит вследствие перфорации полого органа
- Б) Перитонит вследствие проникающих ранений живота
- В) Ферментативный перитонит
- Г) Гонококковый пельвиоперитонит

Д) Все ответы правильные*

89. Иррадиация болей в правое надплечье характерно для:

- А) Перитонит вследствие перфорации язвы желудка*
- Б) Перитонит вследствие кишечной непроходимости
- В) Гонококковый пельвиоперитонит
- Г) Местного аппендикулярного перитонита
- Д) Ферментативный перитонит

90. Иррадиация болей в правое надплечье при перитоните обусловлена:

- А) Вздутием петель кишок
- Б) Наличием межкишечного абсцесса
- В) Наличием свободного газа под правым куполом диафрагмы*
- Г) Высоким стоянием купола диафрагмы
- Д) Дыхательной недостаточностью

91. Иррадиация болей в левое надплечье часто наблюдается при:

- А) Ферментативном перитоните
- Б) Мочевом перитоните
- В) Каловом перитоните
- Г) Гнилостном перитоните
- Д) Разрыве селезенки*

92. Синдром системной реакции на воспаление при перитоните включает следующие признаки, кроме

- А) повышения креатинина (более 170 мкмоль/л) и мочевины крови (более 20 ммоль/л)*
- Б) повышения или снижения температуры тела (выше 38 °С или ниже 36 °С в случаях анергии)
- В) тахикардии (более 90 в 1 мин)
- Г) тахипноэ (увеличение частоты дыхания свыше 20 в 1 мин)
- Д) лейкоцитоза (свыше 12 000 в 1 мм³) или снижения количества лейкоцитов (ниже 4000 в 1 мм³), палочкоядерный сдвиг более чем на 10 %.

93. Для декомпенсированной стадии перитонита характерно:

- А) Снижение болевого синдрома*
- Б) Усиление болей
- В) Брадикардия
- Г) Учащенный стул и мочеиспускание
- Д) Гиперперистальтика

94. Симптом «ваньки-встаньки» характерен для:

- А) Перитонита аппендикулярного происхождения
- Б) Ферментативного перитонита
- В) Разрыва селезенки*
- Г) Все ответы правильные
- Д) Нет правильного ответа

95. Местный неограниченный перитонит обычно сопровождается:

- А) Перфорацию язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
- Б) Острую кишечную непроходимость
- В) Поддиафрагмальные абсцессы
- Г) Деструктивные формы аппендицита*
- Д) Туберкулез брюшины

96. Лейкопения характерна для:

- А) Пельвиоперитонита
- Б) Распространенного гнойного перитонита
- В) Местного неотграниченного перитонита
- Г) Канкрозного перитонита*

Д) Ферментативного перитонита

97. Для перитонита у детей характерно:

А) Преобладание общих симптомов над местными*

Б) Выраженная локальная болезненность

В) Гипотермия

Г) Отсутствие выраженных изменений в клиническом анализе крови

Д) Подострое течение

98. Для перитонита у лиц пожилого и старческого возраста характерно:

А) Преобладание местных симптомов над общими

Б) Нормо- и брадикардия

В) Резкая гипертермия

Г) Бурное быстро прогрессирующее течение*

Д) Все ответы правильные

99. Консервативное лечение без операции допустимо для:

А) Перитонита вследствие перфорации полого органа

Б) Флегмонозного аппендицита

В) Гонококкового пельвиоперитонита*

Г) Абсцесса Дугласова пространства

Д) Всех вышеперечисленных заболеваний

100. При тазовом отграниченном перитоните используются операционные доступы:

А) Нижнесрединная лапаротомия

Б) Доступ через прямую кишку*

В) Верхне-срединная лапаротомия

Г) Доступ по Фанненштилю

Д) Федорову

101. Рентгенологическими признаками язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные

А) кроме наличия "ниши"

Б) кроме нарушения эвакуации содержимого

В) кроме отключенного желчного пузыря*

Г) кроме деформации луковицы двенадцатиперстной кишки

Д) кроме конвергенции складок желудка

102. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются

а) сроком с момента прободения

б) степенью воспалительных изменений брюшины*

в) величиной перфоративного отверстия

г) локализацией перфоративного отверстия

д) возрастом больного

103. 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*

д) определение гемоглобина и гематокрита

104. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место а) мелена

б) симптом мышечной защиты

в) рвота застойным желудочным содержимым

г) брадикардия

д) коллапс*

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

- а) малой кривизны желудка
- б) кардиального отдела желудка
- в) антрального отдела желудка
- г) нижнего отдела пищевода
- д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки*

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

- а) иссечения язвы
- б) ушивания язвы
- в) резекции желудка
- г) пилоропластики с ваготомией
- д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле*

107. При перфоративной язве желудка необходимо провести

а) экстренную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции*

б) зондирование желудка и аспирацию содержимого. интенсивную инфузионную и антибактериальную терапию

в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты

д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель

108. Регулятором желудочной секреции, доступным хирургическому воздействию, является

А) секретинпродуцирующие (S-) клетки двенадцатиперстной кишки

Б) джи-клетки антрального отдела желудка*

В) рецепторы гистамина париетальных клеток

Г) мейсерово сплетение

Д) ауэрбахово сплетение

109. 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

д) икота

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

а) доскообразный живот*

б) сильные боли в эпигастрии

в) боли в поясничной области

г) повышение лейкоцитоза до 15000

д) легкая желтуха склер и кожных покровов

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

а) затеканием содержимого по правому боковому каналу*

б) рефлекторными связями через спинномозговые нервы

в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области

г) развивающимся разлитым перитонитом

д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

112. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни

- а) остановившееся желудочное кровотечение
- б) перфоративная язва*
- в) пенетрирующая язва
- г) стеноз выходного отдела желудка
- д) малигнизированная язва

113. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является а) двенадцатиперстная кишка*

- б) пилорический отдел желудка
- в) малая кривизна желудка
- г) большая кривизна желудка
- д) кардиальный отдел желудка

114. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин а) в абдоминальном отделе пищевода*

- б) в кардиальном отделе желудка
- в) в антральном отделе желудка
- г) в пилорическом отделе желудка
- д) в теле желудка

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

- а) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
- б) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
- в) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
- г) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
- д) в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков*

116. 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*
- д) жидкий стул

117. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют, кроме

- а) малый диаметр прободного отверстия
- б) незначительное наполнение желудка
- в) топографическая близость соседних органов
- г) большой диаметр прободного отверстия*
- д) хорошо развитый большой сальник

118. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется

- а) резекция желудка
- б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями
- в) ушивание прободной язвы*
- г) ушивание и гастроэнтероанастомоз
- д) резекция желудка на выключение

119. Для эрозий гастродуоденальной зоны характерно

- А) отсутствие осложнений в их течении

- Б) наличие конвергенции складок слизистой вокруг дефекта
- В) обязательное повреждение мышечного слоя стенки
- Г) поверхностная в пределах слизистой локализация*
- Д) четкие клинические проявления

120. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуются

- А) плотными краями
- Б) частыми сезонными обострениями
- В) округлой или овальной формой дефекта*
- Г) способностью пенетрировать в окружающие органы и ткани

121. Острый холецистит обычно начинается с: а) повышения температуры

- б) появления рвоты
- в) болей в правом подреберье*
- г) расстройства стула
- д) тяжести в эпигастральной области

122. Приступ печеночной (желчной, билиарной) колики возникает:

- а) внезапно, остро*
- б) после продромального периода
- в) исподволь, постепенно
- г) после длительного голодания
- д) после переохлаждения

123. Нормальные показатели билирубина крови:

- а) 0,10-0,68 мкмоль/л
- б) 8,55-20,52 мкмоль/л*
- в) 2,50-8,33 мкмоль/л
- г) 3,64-6,76 мкмоль/л
- д) 7,62-12,88 мкмоль/л

124. Основным методом исследования больных с неосложненным холециститом является:

- а) инфузионная холеграфия
- б) ЭРПХГ
- в) УЗИ желчного пузыря*
- г) лапароскопия
- д) гастродуоденоскопия

125. Ширина холедоха в норме равна:

- а) до 0,5 см
- б) 0,6-1,0 см*
- в) 1,1-1,5 см
- г) 1,6-2,0 см
- д) свыше 2,0 см

126. Индекс литогенности желчи определяется соотношением: а) холестерина, билирубина и лецитина

- б) билирубина, желчных кислот и лецитина
- в) холестерина, желчных кислот и билирубина
- г) холестерина, желчных кислот и лецитина*
- д) билирубина и лецитина

127. Больным с неосложненным калькулезным холециститом чаще всего выполняют:

- а) холецистостомию
- б) холецистэктомию от шейки
- в) холецистэктомию от дна
- г) лапароскопическую холецистостомию*
- д) холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду - Пиковскому

128. После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:

- а) по Робсону - Вишневному
- б) по Холстеду – Пиковскому*
- в) по Спасокукоцкому
- г) по Керу
- д) сочетанное дренирование по Пиковскому и Спасокукоцкому

129. Интраоперационная холангиография абсолютно показана при всем, кроме:

- а) наличия мелких камней в холедохе
- б) подозрения на рак большого дуоденального соска
- в) расширения холедоха
- г) механической желтухи в анамнезе
- д) отключенного желчного пузыря*

130. Истинный постхолецистэктомический синдром может быть обусловлен только:

- а) рубцовым стенозом холедоха
- б) не найденным во время операции камнем холедоха*
- в) стенозом большого дуоденального соска
- г) дуоденостазом
- д) снижением тонуса сфинктера Одди и расширением холедоха после холецистэктомии

131. К осложнениям острого калькулезного холецистита не относят:

- а) варикозное расширение вен пищевода*
- б) механическую желтуху
- в) холангит
- г) подпеченочный абсцесс
- д) перитонит

132. Симптом Курвуазье не характерен для: а) острого калькулезного холецистита*

- б) рака головки поджелудочной железы
- в) индуративного панкреатита
- г) опухоли большого дуоденального соска
- д) опухоли холедоха

133. Для механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом, не характерно: а) симптом Курвуазье*

- б) повышение прямого билирубина крови
- в) повышение щелочной фосфатазы
- г) резкое повышение уровня трансаминаз в плазме
- д) отсутствие стеркобилина в кале

134. Для уточнения характера желтухи и ее причины возникновения не используется:

- а) компьютерная томография
- б) внутривенная холецистохолангиография*
- в) чрезкожная чрезпеченочная холангиография
- г) ЭРХПГ
- д) УЗИ

135. Для клиники острого обтурационного холангита не характерно:

- а) желтуха
- б) повышение температуры
- в) уменьшение размеров печени*
- г) лейкоцитоз со сдвигом влево
- д) увеличение печени

136. Для колики вызванной холелитиазом не характерно

- а) боль в правом боку
- б) тошнота
- в) симптом Щеткина-Блюмберга в правом боку*
- г) с-м Ортнера
- д) с-м Мерфи

137. Для клиники острого холангита не характерно:

- а) высокая температура
- б) боли в правом подреберье
- в) желтуха
- г) лейкоцитоз
- д) неустойчивый жидкий стул*

138. Перемежающаяся желтуха вызывается:

- а) вклиненным камнем терминального отдела холедоха
- б) опухолью холедоха
- в) камнем пузырного протока
- г) вентильным камнем холедоха*
- д) стриктурой холедоха

139. В случае желчнокаменной болезни экстренная операция показана при:

- а) окклюзии пузырного протока
- б) холецистопанкреатите
- в) перфоративном холецистите*
- г) механической желтухе
- д) печеночной колике

140. Осложнением холедохолитиаза является:

- а) водянка желчного пузыря
- б) эмпиема желчного пузыря
- в) желтуха, холангит*
- г) хронический активный гепатит
- д) перфоративный холецистит, перитонит

141. Малый гемоторакс – это наличие крови в плевральной полости:

- 1. До уровня 7-8 ребра *
- 2. До уровня 5-6 ребра
- 3. До уровня 2-3 ребра

142. Средний гемоторакс – это наличие крови в

плевральной полости:

- 1. До уровня 1-2 ребра
- 2. До уровня 5-6 ребра *
- 3. До уровня 7-8 ребра

143. Большой гемоторакс – это наличие крови в плевральной полости:

- 1. До уровня 1-2 ребра *
- 2. До уровня 4-5 ребра
- 3. До уровня 6-7 ребра

144. Больной, 17 лет поступил в клинику с жалобами на внезапную резкую боль в левой половине грудной клетки, одышку. Ваш предположительный диагноз:

- 1. Спонтанный пневмоторакс*
- 2. Внутреннее кровотечение
- 3. Инфаркт миокарда

145. Наиболее частой причиной спонтанного пневмоторакса является:

- 1. Буллезная болезнь легкого*
- 2. Разрыв кисты
- 3. Пневмония

146. При спонтанном пневмотораксе при поступлении в клинику больного показана:

1. Пункция плевральной полости
2. Торакоцентез*
3. Торакотомия

147. Больной, 25 лет поступил в больницу с ножевым ранением грудной клетки справа. Какие признаки будут свидетельствовать о проникающем ранении:

1. Кровотечение из раны
2. Наличие подкожной эмфиземы*
3. Боли в области раны

148. При тупой травме грудной клетки наиболее часто встречаются:

1. Переломы ребер*
2. Переломы ключицы
3. Переломы лопатки
4. Перелом грудины

149. Больной, 56 лет, поступил в клинику через 7 дней после тупой травмы грудной клетки с жалобами на боли в грудной клетке, высокую температуру по вечерам. Какое осложнение после травмы возникло у больного:

1. Воспаление легкого
2. Разрыв легкого
3. Перитонит
4. Свернувшийся гемоторакс с нагноением*

150. Первая помощь при открытом пневмотораксе направлена на:

1. Устранение боли
2. Профилактику нагноения раны
3. Превращение открытого пневмоторакса в закрытый*

151. Больной, 26 лет, поступил в больницу с ножевым ранением грудной клетки. При осмотре - состояния больного тяжелое, выраженная одышка, тахикардия, на переднебоковой стенке справа имеется линейная рваная рана умеренно кровоточащая. Во время вдоха края раны расходятся, во время выдоха – наоборот спадаются. Какое осложнение имеет место у данного больного:

1. Клапанный пневмоторакс*
2. Внутриплевральное кровотечение
3. Ранение крупного бронха

152. При клапанном пневмотораксе первая помощь должна быть направлена на превращение:

1. В закрытый пневмоторакс
2. В открытый пневмоторакс *
3. В наложении асептической повязки

153. При свернувшемся гемотораксе показана:

1. Консервативная терапия
2. Пункция плевральной полости с промыванием
3. Оперативное лечение*

154. Больной, 66 лет, поступил в больницу через 2 недели после тупой травмы левой половины грудной клетки с одышкой до 24-26 в минуту с болевым синдромом в левой половине грудной клетки. При аускультации в нижних отделах грудной клетки отсутствует везикулярное дыхание, перкуторно здесь тупость. Какое осложнение имеет место у больного:

1. Левосторонняя междолевая пневмония
2. Разрыв диафрагмы
3. Свернувшийся гемоторакс*

155. Больной, 65 лет, поступил в клинику с болями в левой половине грудной клетке. В анамнезе 3 недели тому назад имела место автомобильная авария. О каком заболевании надо думать:

1. Свернувшийся гемоторакс*
2. Разрыв диафрагмы
3. Пневмоторакс

156. Больной, 65 лет, поступил с переломами 5-6-7 ребер слева по средне-подмышечной и среднеключичной линиями. С выраженной отдышкой до 28-30 в минуту, признаков гемо- и пневмоторакса нет. Какое осложнение наступило у больного:

1. Левосторонняя пневмония
2. Болевой шок
3. Флотирующая грудная клетка *

157. Больной, 30 лет, поступил в клинику с ножевым ранением грудной клетки в проекции сердца. Состояние больного средней тяжести: пульс 92 уд. в минуту, АД 110/60 мм рт. ст. Какие исследования необходимо выполнить для решения вопроса о ранении сердца:

1. Пункция плевральной полости
2. ЭКГ*
3. Рентгенография грудной клетки в прямой боковой и левой боковой проекции

158. Больной, 62 лет, поступил в клинику после автомобильной катастрофы в тяжелом состоянии с сотрясением головного мозга, с тупой травмой грудной клетки без переломов ребер. При рентгенологическом исследовании грудной клетки имеется правосторонний пневмоторакс, пневмоторакс средостения. Какое осложнение наступило:

1. Разрыв легкого
2. Разрыв медиастинальной плевры*
3. Ушиб легкого
4. Разрыв крупного бронха

159. Больной, 42 лет, поступил с закрытой травмой грудной клетки с переломом 3х ребер слева. При рентгенологическом исследовании обнаружен высокий гемоторакс. При пункции из плевральной полости вытекала темная не сворачивающаяся кровь.

Какова тактика:

1. Необходимо выполнить торакотомию
2. Произвести торакоцентез с дренированием гемоторакса *
3. Назначить антибактериальную терапию

160. Больной, 67 лет, поступил в больницу после падения с высоты 4-х метров. Рентгенологически – тотальный пневмоторакс справа без переломов ребер. При торакоцентезе и дренировании плевральной полости отмечается большой сброс воздуха и легкое не расправляется. Какое осложнение наступило:

1. Разрыв легкого
2. Разрыв диафрагмы
3. Разрыв крупного бронха*

161. При закрытой травме живота наиболее легко происходит и чаще наблюдается более обширный разрыв полого органа, если последний был:

1. пустой;
2. наполненный; *
3. подвижный;
4. спавшийся; 5. атоничный.

162. Одним из наиболее информативных специальных методов диагностики при разрыве печени является:

1. ирригоскопия;
2. фиброгастродуоденоскопия;
3. обзорный рентгенснимок живота;

4. лапароскопия; *
5. пассаж бария по кишечнику.

163. Симптом «ваньки-встаньки» может выявляться при повреждении:

1. желудка;
2. печени;
3. поджелудочной железы;
4. селезенки; * 5. тонкой кишки.

164. При закрытой травме брюшной полости с разрывом мочевого пузыря наиболее информативным методом исследования является:

1. обзорная рентгенография брюшной полости;
2. лапароскопия;
3. контрастная цистография; *
4. ирригоскопия;
5. общий анализ мочи.

165. Ультразвуковое исследование как скрининговый метод важен для распознавания:

1. субкопсулярных и центральных гематом паренхиматозных органов; *
2. разрыва кишечника;
3. разрыва мочевого пузыря;
4. ранения желудка;
5. ранения 12-ти перстной кишки.