

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ
для аттестации врачей-интернов
по специальности «Хирургические болезни»

1. Дренаж по Субботину относится к:
 1. -активным дренажам
 2. пассивным дренажам
 3. проточно-промывным дренажам

2. Дренаж Бюлау используется для:
 1. дренирования брюшной полости
 2. -дренирования плевральной полости
 3. дренирования ран

3. Для стерилизации операционного белья используют:
 1. стерилизацию текучим паром
 2. сухожаровую стерилизацию
 3. стерилизацию паром под давлением
 4. -химические методы стерилизации

4. Предстерилизационная обработка инструментов, загрязненных анаэробными микроорганизмами производится с использованием:
 1. 0,1% раствора диоксида
 2. 5% раствора лизоля
 3. -6% раствора перекиси водорода

5. Периодичность обследования медперсонала на стафилококконосительство составляет:
 1. один раз в год
 2. -один раз в квартал
 3. один раз в месяц
 4. два раза в год

6. Дезинфекция инструментов, используемых для ВИЧ-инфицированных лиц, проводится с использованием:
 1. -4% перекиси водорода
 2. 3% перекиси водорода
 3. 0.5% раствора хлоргексидина
 4. 1% раствора борной кислоты

7. Для пассивной иммунизации пациента применяется:
 1. свежзамороженная плазма
 2. стафилококковый анатоксин
 3. -антистафилококковая плазма

4. нативная плазма

8. При появлении признаков аллергической реакции во время антибиотикотерапии необходимо:

1. -отменить введение препарата
2. снизить дозу вводимого препарата
3. немедленно заменить препарат антибиотиком другого ряда

9. Что может явиться источником эндогенной инфекции операционной раны?

1. -хронические воспалительные заболевания пациента
2. хирургические инструменты
3. шовный и пластический материал

10. Укажите препарат, используемый для активной иммунизации:

1. антистафилококковая гипериммунная плазма
2. антистафилококковый гамма-глобулин
3. -стафилококковый анатоксин

11. При определении группы крови соотношение крови и сыворотки должно быть:

1. 1:2
2. 1:5
3. -1:10
4. 1:15

12. При определении группы крови агглютинация наступила с сывороткой 1 и 3 группы. Исследуемая кровь относится к:

1. 1-й группе
2. -2-й группе
3. 3-й группе
4. 4-й группе

13. Опасной для жизни считается кровопотеря в объеме:

1. 10% ОЦК
2. 20% ОЦК
3. -30% ОЦК и более

14. Какой из агглютиногенов не определяет группу крови?

1. А
2. В
3. -О

15. Наличие какого антигена определяет кровь как резус-положительную:

1. -D
2. С

3. E
4. d
5. c

16. Укажите форму гиповолемии, развивающуюся в ранние сроки при массивном кровотечении:

1. -нормоцитемическая гиповолемия
2. олигоцитемическая гиповолемия
3. полицитемическая гиповолемия

17. Выберите наиболее оптимальный метод окончательной остановки кровотечения при гнойном расплавлении ее стенки:

1. перевязка артерии в ране
2. наложение жгута Эсмарха
3. -перевязка артерии на протяжении
4. наложение сосудистого шва на артерию

18. Температура водяной бани при лабораторном определении резус-фактора должна составлять:

1. 30-35 градусов
2. 36-37 градусов
3. 38-42 градуса
4. -45-48 градусов

19. Нормальное центральное венозное давление человека колеблется в пределах:

1. 0-50 мм водн. столба
2. -50-120 мм водн. столба
3. 120-160 мм водн. столба

20. Для предупреждения цитратного шока необходимо:

1. переливать не более 250 мл крови
2. -после переливания каждые 500 мл крови ввести внутривенно 10 мл 10% хлорида кальция
3. после переливания каждые 500 мл крови ввести внутривенно 5000 Ед. гепарина
4. после переливания каждые 500 мл крови ввести внутривенно 5-10 мл 10% хлорида калия

21. Ранний вторичный шов накладывают:

1. на гранулирующую рану с Рубцовыми изменениями
2. -на гранулирующую рану без рубцовых изменений
3. на свежую рану при отсутствии инфицирования на 3-4 сутки после обработки

22. Ранняя хирургическая обработка раны это:

1. -обработка раны в первые 24 часа после ранения
2. обработка раны через 24-48 часов после ранения
3. обработка раны (под прикрытием антибиотикотерапии) через 24-48 часов после ранения

23. Чтобы установить проникает ли рана в брюшную полость необходимо:

1. провести исследование раны зондом
2. -провести первичную хирургическую обработку раны
3. провести исследование раны пальцем

24. При появлении признаков нагноения послеоперационной раны необходимо:

1. положить пузырь со льдом на рану
2. -снять швы
3. -развести края раны
4. -дренировать рану
5. наложить согревающий компресс

25. Первично-отсроченный шов накладывают:

1. на гранулирующую рану
2. на гранулирующую рану с Рубцовыми изменениями ее краев
3. -на рану до появления грануляций

26. Аспирация содержимого желудка может привести к:

1. цианозу и одышке
2. асфиксии
3. пневмониту
4. ателектазу легкого
5. -все ответы правильные

27. Интенсивная терапия без хирургической операции неэффективна при:

1. черепно-мозговой травме с симптомами сдавления мозга
2. при повреждении органов брюшной полости с кровотечением
3. при проникающем ранении грудной клетки с пневмотораксом
4. при атоническом маточном кровотечении
5. -все ответы правильные

28. Показанием к открытому массажу при остановке сердца является:

1. ожирение
2. -множественные переломы ребер
3. деформация шейного отдела позвоночника
4. пневмоторакс
5. гемоторакс

29. У пациента множественные переломы ребер, острая дыхательная недостаточность. После интубации трахеи и перехода на ИВЛ состояние резко ухудшилось, нарастает гипоксия, АД снизилось до 80 мм рт.ст., тоны сердца глухие. Причина ухудшения наиболее вероятная:

1. вследствие разрыва грудного отдела аорты
2. -неправильное стояние интубационной трубки
3. -аспирация желудочного содержимого
4. -напряженный пневмоторакс
5. -тяжелый ушиб легких и сердца

30. Наиболее характерными признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:

1. внезапные боли в грудной клетке
2. повышение температуры тела, озноб, кашель с ржавой мокротой
3. -внезапная одышка, цианоз, боли в грудной клетке, коллапс
4. тахикардия, снижение артериального давления
5. удушье, пенная мокрота

31. Клиника синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания состоит из следующих признаков, кроме:

1. гиповолемии и анемии
2. гипо- или гиперкоагуляции
3. -бронхиальной обструкции
4. полиорганной недостаточности

32. В развитии острой субдуральной травматической гематомы наибольшую опасность представляет:

1. тромбоз сосудов головного мозга
2. -дислокационные нарушения
3. повышение артериального давления
4. менингоэнцефалит

33. Верхнюю границу травматического повреждения спинного мозга можно установить посредством:

1. рентгенографии позвоночника
2. проведения ликвородинамических проб
3. -определения верхней границы нарушения кожной чувствительности
4. исследования рефлексов
5. исследования функций тазовых органов

34. Пациентка 32 лет обратилась к врачу с жалобами на невозможность закрыть рот, болезненность в области височно-нижнечелюстных суставов, слюнотечения. Это состояние возникло 2 часа назад, когда пациентка при попытке откусить большой кусок яблока широко открыла рот, услышала

треск в ушах, почувствовала резкую боль в области височно-нижнечелюстного сустава и рот закрыть больше не могла. Пациентке необходимо:

1. наложить гипс.
2. наложить пращевидную повязку
3. -попытааться произвести вправление вывиха
4. назначить антибиотики

35. У пациента сахарным диабетом возник абсцедирующий фурункул носа. Какова наиболее рациональная лечебная тактика в данном случае?

1. назначить антибактериальную терапию и направить на амбулаторное лечение
2. -провести лечение в стационаре
3. госпитализировать и наблюдать
4. направить на лечение к эндокринологу
5. провести антибактериальную терапию в стационаре с учетом назначений эндокринолога

36. Пациент поступил в клинику с жалобами на сильный кашель с гнойной мокротой с неприятным запахом, повышенную температуру. Болеет в течение 4 месяцев. Состояние тяжелое. Перкуторно - над легкими слева укорочение перкуторного звука. При выслушивании наряду с наличием сухих и влажных хрипов определяется амфорическое дыхание. На рентгенограмме в нижней доле левого легкого определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальным воспалением. Наиболее вероятный диагноз:

1. туберкулез легких
2. -абсцесс легкого
3. рак легкого с распадом
4. нагноившаяся киста легкого
5. эхинококковая киста

37. У пациента посреди полного здоровья появились внезапно сильные боли в левой половине грудной клетки и одышка. При аускультации дыхание над левым легким не выслушивается. Перкуторно средостение смещено в здоровую сторону. Что можно заподозрить у больного:

1. тромбоэмболию ветвей легочной артерии
2. сухой плеврит
3. инфаркт миокарда
4. -спонтанный пневмоторакс

38. Причиной острых медиастинитов могут быть:

1. повреждения пищевода
2. остеомиелит грудного отдела позвоночника
3. поддиафрагмальный абсцесс

4. операции на органах средостения
5. -все перечисленное

39. О ранении сердца свидетельствуют следующие признаки:

1. локализация раны
2. расширение границ сердца
3. глухость сердечных тонов
4. снижение артериального давления
5. -все перечисленное правильно

40. Рана легкого ушивается:

1. отдельными узловыми швами
2. кистным швом
3. Z-образным швом
4. -всеми перечисленными способами

41. При ранении грудной клетки с повреждением легкого и наличием крови в плевральной полости до уровня IV ребра необходимо:

1. дренировать плевральную полость
2. производить плевральные пункции
3. проводить интенсивную терапию с плевральными пункциями
4. -экстренная торакотомия с ушиванием раны легкого и аутогемотрансфузией

42. Для лечения фиброаденом молочной железы применяется:

1. гормонотерапия
2. рентгенотерапия
3. химиотерапия
4. -секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием

43. Какая артерия кровоснабжает желудок, печень, селезенку?

1. -чревный ствол
2. верхняя брыжеечная артерия
3. нижняя брыжеечная артерия
4. верхняя эпигастральная артерия

44. При травме уретры ведущий симптом:

1. макрогематурия
2. -уретроррагия
3. промежностная гематома
4. частое болезненное мочеиспускание

45. Синдром перемежающейся хромоты при облитерирующем атеросклерозе - это:

1. периодически возникающие в покое боли в нижних конечностях
2. боли мигрирующие с поясницы в голень и обратно
3. -боли в нижних конечностях, возникающие во время физических нагрузок (ходьбы) и прекращающиеся в покое
4. боли в нижних конечностях, прекращающиеся после приема спазмолитиков

46. У пациента 69 лет внезапно появились выраженные боли в животе и резко снизилось артериальное давление. Какое заболевание нужно исключить в первую очередь?

1. кровоточащую язву желудка
2. тромбоз брыжеечных сосудов
3. -разрыв аневризмы брюшной аорты
4. острый панкреатит

47. Показания к ампутации нижней конечности при облитерирующем атеросклерозе IV ст.:

1. отсутствие пульса на бедренной артерии
2. -сильные, постоянные боли в покое при невозможности выполнить реконструктивную операцию на артериях
3. сухой некроз более двух пальцев стопы, даже при возможности выполнения реконструктивной операции на артериях
4. трофическая язва стопы

48. Женщина 74 лет страдающая мерцательной аритмией в течение 5 часов отмечает внезапно появившиеся постоянные, выраженные боли, похолодание в левой голени и стопе. Наиболее вероятный диагноз:

1. воспаление седалищного нерва
2. -эмболия подколенной артерии
3. тромбоз бедренной вены
4. обострение поясничного радикулита

49. Пилефлебит - это гнойный тромбофлебит:

1. нижней поллой вены
2. верхней поллой вены
3. -воротной вены
4. яремной вены
5. подвздошной вены

50. Для профилактики прогрессирования варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей наиболее целесообразно:

1. постоянный прием троксевазина, эскузана, гинкор-форте.
2. ограничение физических нагрузок.
3. использование мазей с повышающими венозный тонус препаратами.

4. -эластичная компрессия конечности (бинтование, ношение эластичных чулок)

51. При развитии илеофemorального флeботромбоза у беременной следует:

1. амбулаторное лечение: периодическое возвышенное положение эластичная компрессия конечностей.
2. на основании данных коагулограммы произвести коррекцию свертывающей системы крови.
3. взять на диспансерный учет в женской консультации.
4. -очно госпитализировать в сосудистое отделение.
5. срочно госпитализировать в родильный дом

52. У пациента 46-ти лет после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита появились тупые боли внизу живота, тенезмы боли при дефекации, небольшие боли при мочеиспускании. Повысилась температура до 37,8-38,5 С. Ваш предположительный диагноз?

1. острый проктит.
2. острый геморрой.
3. разлитой перитонит.
4. -абсцесс Дугласова пространства.
5. острый цистит

53. Выберите метод лечения при ущемлении наружной грыжи живота пациента преклонного возраста:

1. осторожное вправление
2. наблюдение, операция только при признаках некроза ущемленного органа
3. введение спазмолитиков
4. теплая ванна
5. -экстренное оперативное вмешательство

54. При ущемлении грыжи не характерно:

1. невосприимчивость грыжи
2. резкие боли в области грыжи
3. -положительный кашлевой толчок
4. развитие перитонита
5. развитие некроза ущемленных органов

55. Пациенту с паховой грыжей при наличии сопутствующей аденомы предстательной железы показано:

1. наблюдение
2. -аденомэктомия, потом грыжесечение
3. консервативное лечение
4. грыжесечение, потом аденомэктомия
5. применение бандажа

56. При флегмоне грыжевого мешка лечение следует начинать с:

1. вскрытия флегмоны
2. -срединной лапаротомии
3. выделения грыжевого мешка из окружающих тканей
4. пункции грыжевого мешка
5. одновременной операции из двух доступов

57. Признаком жизнеспособности ущемленной кишки является:

1. наличие или отсутствие в кишке жидкостей или газов
2. наличие целостности серозного покрова
3. состояние отводящей петли кишки
4. диаметр приводящей петли кишки
5. -наличие перистальтики кишки и пульсация сосудов брыжейки ее

58. При ущемлении бедренной грыжи ущемляющее кольцо следует рассекать:

1. кверху
2. -медиально
3. книзу
4. латерально
5. в любую сторону

59. При кровоточащей язве тела желудка и малой степени операционного риска показано:

1. клиновидное иссечение язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией
2. -резекция желудка
3. клиновидное иссечение кровоточащей язвы с СПВ
4. прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовое ваготомией
5. иссечение язвы

60. Наиболее частым осложнением язвы передней стенки 12-перстной кишки является:

1. -перфорация
2. кровотечение
3. пенетрация в головку поджелудочной железы
4. малигнизация
5. все неверно

61. Наиболее частым осложнением пенетрирующей язвы желудка является:

1. стеноз привратника
2. малигнизация язвы
3. образование межорганного свища
4. -кровотечение
5. перфорация

62. Характер оперативного вмешательства при прободной язве желудка определяет:

1. возраст пациента
2. локализация перфоративного отверстия
3. -степень выраженности перитонита
4. срок с момента перфорации
5. все перечисленное

63. Операцией выбора при прободной язве желудка в условиях гнойного перитонита является:

1. резекция желудка
2. иссечение язвы со стволовой ваготомией и пилоропластикой
3. -ушивание перфорации
4. СПВ с ушиванием перфорации
5. истинная антрумэктомия

64. Консервативная терапия при прободной язве допустима лишь при:

1. отсутствии у пациента язвенного анамнеза
2. в старческом возрасте больных
3. -отсутствие условий для выполнения экстренного оперативного вмешательства
4. крайне высокой степени операционного риска
5. сочетание язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

65. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является:

1. инородные тела
2. доброкачественные опухоли
3. желчные камни
4. -спайки брюшной полости
5. злокачественные опухоли

66. Укажите оптимальный доступ для вскрытия аппендикулярного абсцесса:

1. разрез Ширенгеля
2. разрез Мак-Бурнея
3. -разрез Пирогова
4. разрез Лениандера
5. поясничный доступ

67. Какое из утверждений менее характерно для острого аппендицита у детей:

1. часто высокая температура тела
2. бывает тошнота, рвота, понос
3. заболевание протекает тяжелее, чем у взрослых

4. быстро развивается разлитой перитонит
5. -воспалительный процесс носит местный характер

68. Противопоказанием к экстренной аппендэктомии при очевидности диагноза является:

1. -аппендикулярный инфильтрат
2. инфаркт миокарда
3. вторая половина беременности
4. геморрагический диатез
5. геморрагический инсульт

69. При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения применяются:

1. срединная лапаротомия
2. аппендэктомия
3. промывание брюшной полости
4. дренирование брюшной полости
5. -все перечисленное

70. Абсцесс Дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется всеми признаками, кроме:

1. гектической температуры
2. болей в глубине таза и тенезмов
3. -нарастания напряжения мышц в правой подвздошной области
4. нависания стенок влагалища или передней стенки прямой кишки
5. болезненности при ректальном исследовании

71. Экстренная аппендэктомия не показана при:

1. остром катаральном аппендиците
2. остром аппендиците во второй половине беременности
3. первом приступе острого аппендицита
4. -неустановленной причине болей в правой подвздошной области
5. остром аппендиците у грудных детей

72. Для острого аппендицита с червеобразным отростком в малом тазу характерно:

1. наличие болезненности в треугольнике Пти
2. примесь крови в каловых массах
3. -тенезмы, дизурические явления
4. отсутствие температурной реакции
5. положительный синдром Пастернацкого

73. Геморридэктомия по Миллигану-Моргану подразумевает:

1. циркулярное иссечение слизистой анального канала
2. иссечение геморроидальных узлов на 2, 5, 8 часах по циферблату

3. -иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату
4. иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала
5. иссечение выпадающих геморроидальных узлов

74. Врачебная тактика при остром тромбозе геморроидальных узлов в условиях поликлиники включает все перечисленное, за исключением:

1. назначение обезболивающих препаратов
2. -склеротерапии
3. противовоспалительного лечения
4. пресакральной новокаиновой блокады

75. Снижение чувствительности в области подбородка и нижней губы характерно для:

1. флегмоны челюстно-лицевой области
2. -остеомиелита нижней челюсти
3. периостита нижней челюсти
4. альвеолита

76. При страгуляционной кишечной непроходимости:

1. следует проводить консервативные мероприятия по разрешению непроходимости
2. -показана экстренная операция
3. предпочтительна операция в «холодном периоде»
4. все ответы неверны

77. Не нарушается кровообращение в брыжейке кишки при:

1. завороте
2. -обтурации опухолью
3. узлообразовании
4. инвагинации
5. ущемлении

78. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при:

1. завороте
2. узлообразовании
3. обтурационной кишечной непроходимости
4. -динамической непроходимости
5. обтурации желчным камнем

79. Пациенту с деструктивным холециститом (флегмона, гангрена) показана:

1. -холецистэктомия в экстренном порядке
2. консервативное лечение

3. операция холецистэктомия при отсутствии эффекта от консервативного лечения
4. папиллосфинктеротомия трансдуоденальная
5. папиллосфинктеротомия эндоскопическая

80. Какие оптимальные сроки удаления дренажа из холедоха при не осложненном течении послеоперационного периода:

1. на 4-5 сутки
2. -на 8-12 сутки
3. на 15-18 сутки
4. на 19-20 сутки
5. на 21-28 сутки

81. Лапароскопия позволяет при остром панкреатите выполнить все, кроме:

1. подтвердить диагноз острого панкреатита, определить характер патологического процесса
2. аспирировать выпот из брюшной полости, произвести дренирование брюшной полости и малой сальниковой сумки, катетеризацию круглой связки печени для введения лекарственных препаратов
3. произвести холецистостомию для декомпрессии желчевыводящих протоков избежать необоснованной лапаротомии
4. -произвести папиллэктомию

82. Для лечения хронической эмпиемы плевры применяется:

1. введение антибиотиков
2. пункции плевральной полости с введением антибиотиков
3. дренирование плевральной полости
4. плеврэктомия
5. -все перечисленное

83. Цель операции при остром панкреатите:

1. устранение причины, вызвавшей перитонит, удаление экссудата, измененного желчного пузыря
2. удаление конкрементов из общего желчного протока, устранение препятствий для оттока панкреатического секрета и желчи, декомпрессия желчных путей
3. отграничение воспалительно-некротического процесса в сальниковой сумке, дренирование и проточный диализ сальниковой сумки и брюшной полости
4. резекция некротизированной части поджелудочной железы, секвестрэктомия, некрэтомия, дренирование забрюшинного пространства
5. -все изложенное с учетом индивидуальных особенностей течения патологического процесса

84. У пациента с деструктивным панкреатитом на 15 день заболевания - высокая температура гектического характера, озноб, тахикардия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, пальпируется инфильтрат в эпигастрии. О чем следует подумать в первую очередь?

1. пневмонии
2. кисте поджелудочной железы
3. разлитом перитоните
4. -гнойном оментобурсите с переходом процесса на забрюшинную клетчатку
5. холангите

85. У пациентки, перенесшей 4 месяца назад острый панкреатит, диагностирована киста поджелудочной железы размером 16 см, без признаков воспаления. Наиболее рациональная тактика:

1. -исследование желчного, пузыря, желчевыводящих протоков и при выявлении хронического калькулезного холецистита - холецистэктомия, декомпрессия желчевыводящих протоков, включая при необходимости папиллотомии, цистогастростомию
2. эндоскопическая гастроцистостомия с последующим обследованием желчного пузыря и протоков
3. операцию проводить только при очередном обострении процесса
4. произвести экстренную операцию

86. В этапах операции спленэктомии отсутствует:

1. ревизия левого поддиафрагмального пространства
2. рассечение диафрагмально-селезеночной связки, селезеночно-толстокишечной связки
3. перевязка селезеночной артерии (ближе к воротам селезенки), а затем вены, удаление селезенки
4. -резекция хвоста поджелудочной железы
5. тщательный гемостаз и дренирование левого поддиафрагмального пространства

87. Возможна ли реинфузия излившейся в брюшную полость крови при травме селезенки:

1. во всех случаях возможна
2. во всех случаях невозможна
3. возможна после центрифугирования
4. -возможна после ревизии других органов брюшной полости, исключения разрыва полых органов, инфицирования и гемолиза крови
5. возможна после УФО крови

88. Как должен поступить врач при осмотре пациента в алкогольном опьянении, доставленного с места автокатастрофы с подозрением на повреждение селезенки в приемный покой больницы?

1. провести осмотр пациента сделать общий анализ крови и мочи, обзорную рентгенографию органов брюшной полости и при хороших показателях отправить больного домой с рекомендацией обратиться в поликлинику
2. отправить пациента домой и сообщить в поликлинику о необходимости активного наблюдения за пациентом
3. отправить пациента домой без рекомендаций и сообщить в милицию
4. -госпитализировать больного в хирургическое отделение для более детального обследования и наблюдения
5. произвести экстренную операцию

89. Оперативное лечение скользящей грыжи мочевого пузыря заключается:

1. в отделении мочевого пузыря от брюшной части грыжевого мешка
2. в иссечении брюшной части грыжевого мешка
3. в ревизии мочевого пузыря
4. в пластике задней стенки пахового канала
5. -все перечисленное

90. У больной раком желудка выявлен асцит, метастазы Крукенберга и Шницлера. Она находится в клинической группе:

1. 1-а
2. 1-б
3. II
4. III
5. -V

91. Подозрение на малигнизацию язвы желудка возникает при выявлении следующих признаков:

1. рецидивирующая хроническая язва, на поддающаяся консервативному лечению у лиц среднего и пожилого возраста
2. размеры язвенного дефекта более 2 см в диаметре
3. длительное существование язвенного дефекта и его увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
4. снижение кислотности желудка, беспричинное похудание, слабость
5. -все вышеперечисленное правильно

92. При операбельной опухоли селезеночного изгиба, нисходящей ободочной кишки и проксимального отдела сигмовидной кишки выполняется:

1. илеосигмостомия
2. цекостомия
3. правосторонняя гемиколэктомия
4. -левосторонняя гемиколэктомия
5. субтотальная колэктомия

93. Самой частой паллиативной операцией при раке головки поджелудочной железы и механической желтухе является:

1. холедоходуоденоанастомоз
2. холедохогастроанастомоз
3. -холецистоеюноанастомоз
4. холецистодуоденоанастомоз
5. холедохоеюноанастомоз

94. При тяжелых переломах костей таза объем внутреннего кровотечения может составить:

1. 250-500 мл
2. 500-750 мл
3. 750 мл
4. 1000-1500 мл
5. -Более 2-х литров

95. Выберите наиболее оптимальный способ лечения легко репозируемых и удерживаемых в состоянии диафизарных переломов костей голени:

1. гипсовая повязка
2. -одномоментная ручная репозиция с последующим наложением гипсовой повязки
3. скелетное вытяжение
4. открытая репозиция и остеосинтез
5. внеочаговый чрезкостный компрессионно-дистракционный остеосинтез

96. У девочки 10 лет во время операции по поводу острого аппендицита обнаружена перекрученная киста яичника при неизменном аппендиксе - дальнейшая тактика после удаления кисты:

1. -аппендикс не удаляется
2. аппендэктомия инвагинационным способом
3. аппендэктомия лигатурным способом
1. аппендэктомия кистетным способом

97. Чем отличается микробно-загрязненная рана от инфицированной:

1. -отсутствием признаков воспаления
2. наличием гнойного отделяемого
3. гиперемией
4. отеком
5. ничем

98. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка

1. в первые 6 часов после травмы
2. спустя 12 часов после травмы
3. -до 24 часов после травмы
4. через 24-36 часов после травмы

99. Основной принцип лечения панариция:

1. местное применение тепла
2. антибиотикотерапия
3. вскрытие гнойника на тыльной поверхности пальца
4. вскрытие гнойника на ладонной поверхности пальца
5. -вскрытие гнойника на боковой поверхности пальца

100. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо во всех перечисленных случаях, кроме:

1. открытого перелома бедра
2. -закрытого перелома плеча
3. термического ожога бедра 3-й степени
4. острого гангренозного аппендицита
5. ушибленной раны голени

Заведующий
1-й кафедрой хирургических болезней,
доцент



Э.В.Могилевец