

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научно-образовательный центр «Хирургия»

Кафедра и клиника хирургических болезней имени профессора  
А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

Кафедра и клиника хирургических болезней  
имени профессора Ю.М. Лубенского

Кафедра общей хирургии имени профессора М.И. Гульмана

## **ХИРУРГИЯ**

Сборник тестовых заданий с эталонами ответов  
для ординаторов, обучающихся по специальности  
31.08.67 Хирургия

Красноярск  
2018

УДК 616.12(076.1.

ББК 54.10

К21

Составители: д.м.н., проф. Д.В. Черданцев, д.м.н., проф. Ю.С. Винник, д.м.н., доц. Д.Э. Здзитовецкий, д.м.н., доц. О.В. Первова, д.м.н., проф. С.И. Петрушко, к.м.н., доц. А.А. Коваленко, к.м.н., доц. В.Г. Филистович, к.м.н., доц. А.А. Поздняков, к.м.н., доц. В.Ю. Толстихин, к.м.н., доц. Е.П. Данилина, к.м.н., доц. В.Р. Кембель, к.м.н. Р.Н. Борисов, к.м.н. Ю.А. Назарьянц, А.А. Дударев, И.Г. Носков

Рецензенты: зав. каф. ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, д.м.н., проф. ; зав. каф. ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, д.м.н., проф.

**Хирургия** : сб. тестовых заданий с эталонами ответов для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.67 Хирургия / сост. Д.В. Черданцев, Ю.С. Винник, Д.Э. Здзитовецкий [и др.]. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 84 с.

Тестовые задания с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014. по специальности 31.08.67 Хирургия; адаптированы к образовательным технологиям с учётом специфики обучения по специальности 31.08.67 Хирургия.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

УДК 616.12(076.1.  
ББК 54.10

Тестовые задания

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УГРОЗЫ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ ФГДС ЯВЛЯЕТСЯ 1. размеры язвы 2. расположение язвы 3. глубина язвы 4. наличие тромбированных сосудов в дне язвы	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
2.	К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК НЕ ОТНОСИТСЯ 1. атипичное прободение 2. сочетание прободения с другими осложнениями 3. прободение с образованием инфильтрата 4. прободение в свободную брюшную полость	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
3.	К ПЕРИОДАМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ НЕ ОТНОСИТСЯ ПЕРИОД 1. разлитого гнойного перитонита 2. септического шока 3. внезапной резкой боли, шока 4. мнимого благополучия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
4.	К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДПК НЕ ОТНОСИТСЯ 1. «кинжальная» боль в животе 2. неукротимая рвота 3. напряжение мышц передней брюшной стенки 4. исчезновение печёночной тупости	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
5.	У МУЖЧИНЫ 25 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЖИВОТЕ ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОБНАРУЖЕН СВОБОДНЫЙ ГАЗ. НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ ТАКТИЧЕСКИМ РЕШЕНИЕМ В ДАЛЬНЕЙШЕМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. экстренная операция 2. ФГДС 3. контрастная рентгеноскопия желудка 4. динамическое наблюдение в хирургическом стационаре	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
6.	У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННЫМ АНАМНЕЗОМ ВОЗНИКЛА СИЛЬНАЯ БОЛЬ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, ЧЕРЕЗ 30 МИН БОЛЬ СТИХЛА. ЧЕРЕЗ СУТКИ ОБРАТИЛСЯ К ВРАЧУ. ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТ МЯГКИЙ, УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ В ПРАВОМ	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>ПОДРЕБЕРЬЕ, СИМПТОМ ЩЁТКИНА-БЛЮМБЕРГА СЛАБОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ, ПЕЧЁНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СОХРАНЕНА, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37,5 °С. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. острый аппендицит</li> <li>2. обострение язвенной болезни желудка</li> <li>3. прикрытая перфорация язвы желудка</li> <li>4. острый холецистит</li> </ol>			
7.	<p>ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПРОБОДНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА И ДПК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. промыть желудок</li> <li>2. ввести обезболивающий препарат</li> <li>3. провести дезинтоксикационную терапию</li> <li>4. экстренно госпитализировать в хирургический стационар</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
8.	<p>К МЕТОДУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ПО ТЕЙЛОРУ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. холод на живот</li> <li>2. зондовая аспирация желудочного содержимого</li> <li>3. дезинтоксикационная терапия</li> <li>4. антибиотикотерапия</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
9.	<p>К РЕКОМЕНДОВАННЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА И ДПК НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ушивание язвы</li> <li>2. гастроэнтеростомия</li> <li>3. иссечение язвы с пилоропластикой в сочетании с ваготомией</li> <li>4. резекция желудка</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
10.	<p>К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ УШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. язва желудка с признаками малигнизации</li> <li>2. тяжелые сопутствующие заболевания</li> <li>3. впервые выявленная язва у больного молодого возраста</li> <li>4. хирург не владеет другими операциями</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
11.	<p>ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ УГРОЗЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ФГДС ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рубцующаяся язва</li> <li>2. размеры язвы</li> <li>3. локализация язвы</li> <li>4. наличие тромбированных сосудов в дне язвы</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
12.	<p>В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>1. мелена</p> <p>2. симптом мышечной защиты</p> <p>3. рвота желудочным содержимым цвета «кофейной гущи»</p> <p>4. коллапс</p>			
13.	<p>ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЕ ЯЗВЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У</p> <p>1. мужчин</p> <p>2. женщин</p> <p>3. стариков</p> <p>4. больных молодого возраста (до 30 лет)</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-4
14.	<p>В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ</p> <p>1. «разъедающее» действие желудочного секрета</p> <p>2. недостаток витаминов К и С</p> <p>3. атеросклероз сосудов</p> <p>4. гормональные нарушения</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
15.	<p>К КРОВОПОТЕРЕ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ОТНОСЯТ ПОТЕРЮ КРОВИ В ОБЪЁМЕ</p> <p>1. 300-400 мл (не более 10% ОЦК)</p> <p>2. до 1,5 л (15-20% ОЦК)</p> <p>3. до 2 л (25-30% ОЦК)</p> <p>4. более 2 л (35% ОЦК)</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
16.	<p>ОСНОВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, РАЗВИВАЮЩИМСЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. сгущение крови</p> <p>2. гипоксия мозга</p> <p>3. гиповолемический шок</p> <p>4. почечная недостаточность</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
17.	<p>ПРИ ЯЗВЕННОМ ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬ</p> <p>1. острая, в эпигастрии</p> <p>2. тупая, обостряющаяся при кровотечении</p> <p>3. исчезает вслед за начавшимся кровотечением</p> <p>4. схваткообразная</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
18.	<p>БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ПЕРИОДИЧЕСКИЕ БОЛИ В ЖЕЛУДКЕ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У НЕГО ОБНАРУЖЕНЫ ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА. АМБУЛАТОРНО С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ МОЖНО УДАЛИТЬ</p> <p>1. полипы на фоне ахилического гастрита</p> <p>2. тотальный полипоз желудка</p> <p>3. одиночный железистый полип</p> <p>4. полипы с широким (более 2 см) основанием</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

19.	<p>К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. полипоза желудка</li> <li>2. болезни Менетрие</li> <li>3. синдрома Маллори-Вейсса</li> <li>4. хронической язвы желудка</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
20.	<p>СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. осложнение после хирургических вмешательств при язвенной болезни, проявляющееся многократной рвотой после приёма пищи</li> <li>2. синоним синдрома верхней брыжеечной артерии</li> <li>3. нарушение проходимости дистальных отделов желудка, обусловленное язвенной деформацией</li> <li>4. гастринпродуцирующая опухоль поджелудочной железы, обуславливающая возникновение пептических гастродуоденальных язв, плохо поддающихся лечению</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
21.	<p>БОЛЬНОЙ 56 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ПОХУДАНИЕ, ОФОРМЛЕННЫЙ СТУЛ ЧЁРНОГО ЦВЕТА, ПЕРИОДИЧЕСКИ РВОТУ ТИПА «КОФЕЙНОЙ ГУЩИ». ОБЪЕКТИВНО: ГЕМОДИНАМИКА СТАБИЛЬНАЯ, КОЖА БЛЕДНАЯ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО, РЕКТАЛЬНО – КАЛ ЧЁРНОГО ЦВЕТА. В АНАЛИЗЕ КРОВИ – АНЕМИЯ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ У ДАННОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рак желудка</li> <li>2. язвенная болезнь желудка</li> <li>3. полипоз желудка</li> <li>4. цирроз печени</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
22.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рентгенография желудка</li> <li>2. исследование кислотности желудочного содержимого</li> <li>3. гастроскопия с полифокусной биопсией</li> <li>4. цитология промывных вод желудка</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
23.	<p>К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛУДКА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. полипоз желудка</li> <li>2. язва желудка</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3. болезнь Крона 4. хронический атрофический гастрит			
24.	БОЛЬНОМУ, У КОТОРОГО ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕН МАЛИГНИЗИРОВАННЫЙ ПОЛИП ТЕЛА ЖЕЛУДКА, ПОКАЗАНО 1. оперативное лечение в условиях стационара 2. эндоскопическая полипэктомия в условиях стационара 3. эндоскопическая полипэктомия в условиях поликлиники 4. наблюдение и консервативная терапия	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
25.	К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ФОРМАМ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА НЕ ОТНОСЯТСЯ 1. метастазы Вирхова 2. метастазы Шницлера 3. метастазы в кости 4. метастазы Айриша	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
26.	БОЛЕЕ ДРУГИХ ПРЕДОХРАНЯЕТ ОТ РАЗВИТИЯ РАКА КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА РЕЗЕКЦИЯ ПО 1. Бильрот-1 2. Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера 3. Ру 4. Бальфуру	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
27.	БОЛЕЕ ДРУГИХ ПРЕДОХРАНЯЕТ ОТ РАЗВИТИЯ ТЯЖЁЛОГО ДЕМПИНГ-СИНДРОМА РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО 1. Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера 2. Бильрот-1 3. Ру 4. Бальфуру	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
28.	ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ 1. Ровзинга 2. Воскресенского 3. Мерфи 4. Образцова	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
29.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ СИМПТОМ 1. Кохера-Волковича 2. Ровзинга 3. Ситковского 4. Щёткина-Блюмберга	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
30.	НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМ 1. Воскресенского	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2. Щёткина-Блюмберга 3. Кохера-Волковича 4. Думбадзе			
31.	ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ 1. гломерулонефрита 2. острого панкреатита 3. острого аднексита 4. правосторонней почечной коликой	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
32.	НЕВЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО 1. ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка 2. ригидности может не быть при тазовом расположении 3. рвота всегда предшествует боли 4. боль чаще начинается в эпигастральной области	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
33.	ПЕРВИЧНО-ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ У 1. детей 2. мужчин 3. женщин 4. лиц пожилого и старческого возраста	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-4
34.	ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТАКОВОГО У ВЗРОСЛЫХ ВСЕМ, КРОМЕ 1. схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты 2. быстрого развития разлитого перитонита 3. резкого напряжения мышц в правой подвздошной области 4. выраженной интоксикации	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
35.	ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ 1. «кинжальная» боль в животе 2. нарастание клинической картины перитонита 3. внезапное усиление болей в животе 4. напряжение мышц передней брюшной стенки	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
36.	РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ИМЕЕТ 1. симптом Кохера-Волковича 2. пункция заднего свода влагалища	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3. жалоба на головокружение 4. симптом Бартомье-Михельсона			
37.	НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ АППЕНДИКСА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. перевязка шелковой лигатурой с погружением культи 2. перевязка лавсановой лигатурой с погружением культи 3. перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи 4. перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
38.	ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ПРИ ТАЗОВОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА, ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ 1. симптома Ситковского 2. примеси крови в каловых массах 3. выраженной болезненности передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании 4. выраженной температурной реакции	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
39.	ПРИ ТАЗОВОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ВОСПАЛЁННОГО ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ВЫСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ПОМОГАЕТ СИМПТОМ 1. Щёткина-Блюмберга 2. Ровзинга 3. Коупа 4. Крымова	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
40.	ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. боль схваткообразного характера 2. быстрое развитие разлитого перитонита 3. высокая температура 4. выраженная интоксикация	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
41.	К ИНСТРУМЕНТАМ ИЗ ГРУППЫ ДОСТУПА, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ 1. троакары 2. стилеты 3. переходники (гильзы) 4. крючки Фарабёфа	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
42.	К ИНСТРУМЕНТАМ ИЗ ВТОРОЙ ГРУППЫ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ 1. зажимы для удержания органов и тканей 2. зажимы Микулича 3. ножницы	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4. электроды			
43.	<p>ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЛАПАРОСКОПИЮ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ В</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. операционной</li> <li>2. манипуляционной</li> <li>3. перевязочной</li> <li>4. эндоскопическом отделении</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
44.	<p>ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ГАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ИСПОЛЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. прямую пункцию иглой Вереша</li> <li>2. лапаротомию</li> <li>3. прямую пункцию троакаром</li> <li>4. открытую лапароскопию с фиксатором</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
45.	<p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. на спине</li> <li>2. на левом боку</li> <li>3. на правом боку</li> <li>4. Тренделенбурга</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
46.	<p>К РЕКОМЕНДОВАННЫМ МЕСТАМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ТРОАКАРА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пупок</li> <li>2. точки выше или ниже пупка</li> <li>3. правая подвздошная область</li> <li>4. левое подреберье</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
47.	<p>К ПРОБАМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНОСТИ НАХОЖДЕНИЯ ИГЛЫ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. проба убегающей капли</li> <li>2. шприцевая проба</li> <li>3. аппаратная проба</li> <li>4. газовая проба</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
48.	<p>ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ ПЕЧЁНОЧНАЯ ТУПОСТЬ ИСЧЕЗАЕТ ПРИ ВВЕДЕНИИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ _____ МЛ ГАЗА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 150</li> <li>2. 300</li> <li>3. 500</li> <li>4. 1000</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
49.	<p>К ВОЗМОЖНЫМ ПРИЧИНАМ УТЕЧКИ ГАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. неверно собранный инструмент</li> <li>2. неверная установка скорости подачи газа на инсуффляторе</li> <li>3. несоответствие отверстия в брюшной стенке диаметру инструмента</li> <li>4. плохо наложенный «кисетный» шов на апоневрозе при открытой лапароскопии</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

50.	ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ 1. кислород 2. углекислый газ 3. воздух операционной 4. гелий	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
51.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ 1. пальпацию брюшной стенки 2. клинический анализ крови 3. пальцевое ректальное исследование 4. ирригоскопию	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
52.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. аппендикулярный инфильтрат 2. инфаркт миокарда 3. вторая половина беременности 4. геморрагический диатез	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
53.	ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА КОЖНОГО РАЗРЕЗА ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ 1. 3-4 см 2. 5-6 см 3. 6-8 см 4. 10-12 см	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
54.	АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ФОРМИРУЕТСЯ С _____ ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ 1. 1 2. 3-5 3. 7 4. 10	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
55.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. инфильтрат 2. нагноение операционной раны 3. кровотечение 4. перитонит	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-4, ПК-5
56.	К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, НЕ ОТНОСИТСЯ 1. перегрузка пищеварительного тракта обильной грубой пищей 2. внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления 3. изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза 4. situs viscerus inversus	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

57.	ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ОБУСЛОВЛЕНА 1. каловыми камнями 2. раком кишечника 3. дивертикулитом 4. туберкулёзом кишечника	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
58.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ 1. глистные инвазии 2. желчные камни 3. спайки брюшной полости 4. опухоли кишечника	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
59.	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ЗАВИСЯТ ОТ 1. возраста больного 2. пола больного 3. уровня непроходимости 4. коморбидности	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
60.	ДЛЯ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ 1. схваткообразные боли в животе 2. «опоясывающие» боли в животе 3. многократная рвота 4. однократная рвота	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
61.	ДЛЯ НИЗКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО 1. постепенное нарастание симптомов 2. вздутие живота 3. появление чаш Клойбера 4. быстрое обезвоживание	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
62.	НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПРОТЕКАЕТ НЕПРОХОДИМОСТЬ 1. обтурационная 2. спастическая 3. паралитическая 4. странгуляционная	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
63.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ 1. обзорную рентгенографию органов брюшной полости 2. исследование пассажа рентген-контрастного вещества по кишечнику 3. эзофагогастродуоденоскопию 4. лапароскопию	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
64.	НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ КИШЕЧНОЙ	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>НЕПРОХОДИМОСТИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. спаечной</li> <li>2. обтурационной</li> <li>3. странгуляционной</li> <li>4. динамической спастической</li> </ol>			
65.	<p>К ПРИЗНАКАМ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. атония кишечной стенки и отсутствие перистальтики</li> <li>2. цианоз кишки</li> <li>3. налёт фибрина на стенке кишки</li> <li>4. отсутствие пульсации сосудов брыжейки</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
66.	<p>ОСНОВНОЙ ТРИАДОЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. запоры, вздутие живота, повышение температуры</li> <li>2. понос, боли в суставах, похудание</li> <li>3. постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура</li> <li>4. боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
67.	<p>К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. наличие сужений и стриктур по ходу пораженных участков кишки</li> <li>2. множественные выпячивания стенки толстой кишки</li> <li>3. наличие одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке</li> <li>4. наличие спикул по контуру кишки</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
68.	<p>К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, С КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ БОЛЕЗНЬ КРОНА, НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. язвенный колит</li> <li>2. острые кишечные инфекции</li> <li>3. колостаз</li> <li>4. псевдомембранозный колит</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
69.	<p>К РЕКОМЕНДОВАННЫМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. глюкокортикостероиды</li> <li>2. антибиотики</li> <li>3. 5-АСК и её производные</li> <li>4. НПВС</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
70.	<p>ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. кишечное кровотечение</li> <li>2. перфорация тонкой кишки</li> <li>3. токсическая дилатация ободочной кишки</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	4. отсутствие эффекта от консервативного лечения			
71.	К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ 1. аденокарцинома 2. ювенильный полип 3. ворсинчатая опухоль 4. аденома	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
72.	ПОД ПОНЯТИЕМ РАК ОБЫЧНО ПОДРАЗУМЕВАЮТ 1. меланому 2. ворсинчатую опухоль 3. аденокарциному 4. саркому	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
73.	РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОБЫЧНО СОСТОИТ ИЗ КЛЕТОК ТИПА 1. аденокарциномы 2. базалиомы 3. меланомы 4. плоскоклеточного рака	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
74.	ОПУХОЛИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ ВЫШЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ЧАЩЕ ВСЕГО, ИМЕЮТ СТРОЕНИЕ 1. базалиомы 2. аденокарциномы 3. плоскоклеточного рака 4. лейомиосаркомы	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
75.	К ПРОЯВЛЕНИЯМ РАКА РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА МЕНЬШЕ ВСЕГО ОТНОСЯТСЯ 1. общая слабость 2. острый парапроктит 3. частичная кишечная непроходимость 4. ректальные кровотечения	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
76.	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ГЕМАНГИОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. боль в прямой кишке 2. затруднённый стул 3. частый жидкий стул 4. кровотечение	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
77.	ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КАРЦИНОИДА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ЯВЛЯЕТСЯ 1. головная боль 2. отсутствие симптомов 3. боль в прямой кишке 4. боль в животе	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
78.	НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. электрокоагуляция</li> <li>2. трансанальное иссечение</li> <li>3. удаление прямой кишки с опухолью</li> <li>4. склерозирующая терапия</li> </ul>			
79.	<p>НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. обзорная рентгенография брюшной полости</li> <li>2. фистулография</li> <li>3. ирригоскопия</li> <li>4. проба Шварца</li> </ul>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
80.	<p>ЛИШНИМ В ПРЕДСТАВЛЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ СВИЩ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. тонкокишечный</li> <li>2. губовидный</li> <li>3. толстокишечный</li> <li>4. дуоденальный</li> </ul>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
81.	<p>К МЕСТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. лечения гнойной раны</li> <li>2. предохранение окружающих мягких тканей от переваривающего воздействия кишечного отделяемого</li> <li>3. уменьшение потерь кишечного отделяемого</li> <li>4. нормализация стула</li> </ul>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
82.	<p>К ПРИНЦИПАМ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. применение обтураторов</li> <li>2. питание</li> <li>3. коррекция последствий функционирования свища</li> <li>4. стимуляция защитных сил организма и репаративных процессов</li> </ul>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
83.	<p>К МЕТОДАМ ОБТУРАЦИИ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ НЕ ОТНОСЯТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. внекишечные</li> <li>2. внутрикишечные</li> <li>3. смешанные</li> <li>4. наружные</li> </ul>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
84.	<p>ПУЗЫРНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ _____ АРТЕРИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. правой печёночной</li> <li>2. левой печёночной</li> <li>3. верхней брыжеечной</li> <li>4. нижней брыжеечной</li> </ul>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
85.	<p>ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЛОЖЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. перитонизируют наложением кетгутовых швов непосредственно через ткань печени по</li> </ul>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>краям ложа желчного пузыря</p> <p>2. перитонизируют подшиванием сальника к ложу желчного пузыря</p> <p>3. перитонизируют наложением капроновых швов непосредственно через ткань печени по краям ложа желчного пузыря</p> <p>4. обрабатывают 96% раствором этилового спирта</p>			
86.	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. острый холецистит, осложнённый перитонитом</p> <p>2. хронический калькулёзный холецистит</p> <p>3. повышение температуры тела до 37,5 °С</p> <p>4. наличие механической желтухи</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
87.	<p>У БОЛЬНОЙ 62 ЛЕТ НА ВТОРЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ОТМЕЧЕНЫ СНИЖЕНИЕ АД И ГЕМОГЛОБИНА, ТАХИКАРДИЯ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ</p> <p>1. инфаркт миокарда</p> <p>2. тромбоэмболию лёгочной артерии</p> <p>3. острый послеоперационный панкреатит</p> <p>4. внутрибрюшное кровотечение</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
88.	<p>У БОЛЬНОГО 64 ЛЕТ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА БОЛИ РАСПРОСТРАНИЛИСЬ ПО ВСЕМУ ЖИВОТУ. ПРИ ОСМОТРЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ТЯЖЁЛОЕ, БЛЕДЕН, ТАХИКАРДИЯ, ЗАЩИТНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ЖИВОТА ВО ВСЕХ ОТДЕЛАХ, СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ. ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСЛОЖНИЛОСЬ</p> <p>1. острым деструктивным панкреатитом</p> <p>2. подпечёночным абсцессом</p> <p>3. перфорацией желчного пузыря, перитонитом</p> <p>4. острой кишечной непроходимостью</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
89.	<p>ОПИТАМАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>1. 5-7 мм рт. ст.</p> <p>2. 10-15 мм рт. ст.</p> <p>3. 20-25 мм рт. ст.</p> <p>4. 30-40 мм рт. ст.</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

90.	<p>ДЛИНА КОЖНОГО РАЗРЕЗА ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА СОСТАВЛЯЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 см</li> <li>2. 2,5-5 см</li> <li>3. 10-12 см</li> <li>4. 15 см</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
91.	<p>ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. глухой шов лапаротомной раны</li> <li>2. дренирование подпечёночной зоны марлевым дренажем</li> <li>3. дренирование подпечёночной зоны трубкой с активной аспирацией</li> <li>4. дренирование подпечёночной зоны трубкой без активной аспирации</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
92.	<p>ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. компьютерная томография</li> <li>2. УЗИ</li> <li>3. обзорная рентгенография брюшной полости</li> <li>4. чрескожная чреспечёночная холангиография</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
93.	<p>ВО ВРЕМЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ВОЗНИКЛО ПРОФУЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. тампонаду участка кровотечения гемостатической губкой</li> <li>2. пережатие пальцами гепатодуоденальной связки, осушить рану, верифицировать источник кровотечения, прошить или перевязать кровоточащий сосуд</li> <li>3. тампонаду кровоточащего участка на 5-10 минут</li> <li>4. остановку кровотечения губкой «тахокомб»</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
94.	<p>БОЛЬНАЯ 57 ЛЕТ ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР С УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫМИ БОЛЯМИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ИРРАДИРУЮЩИМИ В ЛОПАТКУ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЁЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. ЖЕЛТУХИ НЕТ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЙ, УМЕРЕННО БОЛЕЗНЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА В ПРЕДЕЛАХ НОРМЫ. У БОЛЬНОЙ</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>ВОЗНИКЛО ОСЛОЖНЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. эмпиема желчного пузыря</li> <li>2. рак головки поджелудочной железы</li> <li>3. водянка желчного пузыря</li> <li>4. острый перфоративный холецистит</li> </ol>			
95.	<p>БОЛЬНАЯ 56 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩАЯ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ПОСТУПИЛА В СТАЦИОНАР НА 3-И СУТКИ ОТ НАЧАЛА ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БЕЗ ЭФФЕКТА. ОТМЕЧЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, СХВАТКООБРАЗНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ, ПОВТОРНАЯ РВОТА С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПНЕВМАТОЗ ТОНКОЙ КИШКИ, АЭРОХОЛИЯ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ –</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. перфорация желчного пузыря, перитонит</li> <li>2. острый панкреатит</li> <li>3. водянка желчного пузыря</li> <li>4. желчнокаменная кишечная непроходимость</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
96.	<p>У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 12 СУТОК ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ХОЛЕДОХОТОМИИ С УДАЛЕНИЕМ КОНКРЕМЕНТОВ ПО ДРЕНАЖУ КЕРА ПРОДОЛЖАЕТ ПОСТУПАТЬ ДО 1 ЛИТРА ЖЕЛЧИ В СУТКИ. ПРИ ФИСТУЛОГРАФИИ ВЫЯВЛЕН КОНКРЕМЕНТ УСТЬЯ ХОЛЕДОХА. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. повторная лапаротомия с целью извлечения конкремента</li> <li>2. проведение литолитической терапии через дренаж</li> <li>3. дистанционная волновая литотрипсия</li> <li>4. эндоскопическая папиллосфинктеротомия</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
97.	<p>БОЛЬНОМУ ВЫПОЛНЕНА СРОЧНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ 3 МЕСЯЦА НАЗАД. ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПОЯВИЛИСЬ ИНТЕРМИТТИРУЮЩАЯ ЖЕЛТУХА, КЛИНИКА ХОЛАНГИТА. ПРИ РХПГ ОБНАРУЖЕНА РУБЦОВАЯ СТРИКТУРА ОБЩЕГО ПЕЧЁНОЧНОГО ПРОТОКА. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ЭПСТ</li> <li>2. гепатикоэнтеростомия</li> <li>3. наложение холедоходуоденоанастомоза</li> <li>4. чрезкожное эндобилиарное дренирование</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

98.	<p>ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. экстренная холецистэктомия, дренирование брюшной полости</li> <li>2. экстренная холецистэктомия, гепатикоэнтеростомия</li> <li>3. экстренная холецистостомия, ЭПСТ</li> <li>4. экстренная холецистэктомия, наложение холедоходуоденоанастомоза</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
99.	<p>ПЕРФОРАТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. прободной язвой желудка</li> <li>2. острым панкреатитом</li> <li>3. острой кишечной непроходимостью</li> <li>4. острым аппендицитом</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
100.	<p>ДЛЯ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. триада Мондора</li> <li>2. триада Шарко</li> <li>3. симптом Курвуазье</li> <li>4. симптом Бриттена</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
101.	<p>В КАЧЕСТВЕ ОБЪЁМНОЙ СРЕДЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. воздуха</li> <li>2. закиси азота</li> <li>3. углекислого газа</li> <li>4. фурацилина</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
102.	<p>ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ХОРОШО ДОСТУПЕН ОСМОТРУ ПРИ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. на спине при горизонтальном положении стола</li> <li>2. на спине с опущенным головным концом стола</li> <li>3. на правом боку с приподнятым головным концом стола</li> <li>4. на левом боку с приподнятым головным концом стола</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
103.	<p>К ИНСТРУМЕНТАМ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ И НАЛОЖЕНИИ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ИСКЛЮЧАЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. шприц Жане</li> <li>2. копьевидный скальпель</li> <li>3. пункционную иглу</li> <li>4. иглодержатель</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
104.	<p>ЛАПАРОСКОП СТЕРИЛИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в растворе фурацилина</li> <li>2. в растворе муравьиной кислоты</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	3. автоклавируванием 4. в растворе хлоргексидина			
105.	В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ЛАПАРОСКОП ВВОДИТСЯ 1. вращательным движением 2. под контролем зрения 3. медленно 4. быстро	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
106.	ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ 1. остроконечный скальпель 2. троакар 3. переходный резиновый воздуховод 4. ранорасширитель	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
107.	ПРОВЕДЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ТРОАКАРА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ОБЛЕГЧАЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ 1. рассечения кожи 2. надсечения апоневроза 3. рассечения брюшины 4. вращательных движений троакара вокруг своей оси	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
108.	РАСПОЗНАВАНИЮ ПРИЧИНЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ БОЛЕЕ ВСЕГО ПОМОГАЕТ 1. пероральная холецистография 2. внутривенная холецистохолангиография 3. эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография 4. сцинтиграфия печени	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
109.	У БОЛЬНЫХ ПХЭС МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ 1. холангита 2. обтурационной желтухи 3. рубцовых изменений протока 4. рака желчного пузыря	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
110.	ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСПЕЧЁНОЧНАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ 1. абсцесс печени 2. внутрипечёночный сосудистый блок 3. билиарный цирроз печени 4. непроходимость желчных путей при механической желтухе	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
111.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕТРОГРАДНОЙ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. острый панкреатит	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>2. механическая желтуха</p> <p>3. хронический панкреатит</p> <p>4. наличие конкрементов в панкреатических протоках</p>			
112.	<p>НЕЗАМЕЧЕННЫЕ РАНЕНИЯ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА МОГУТ ПРИВЕСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ ТЯЖЁЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ, КРОМЕ</p> <p>1. ограниченного или разлитого желчного перитонита</p> <p>2. образования подпечёчных гнойников</p> <p>3. развития наружного желчного свища</p> <p>4. тромбоза мелких ветвей лёгочной артерии</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
113.	<p>ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СВЯЗАНО С</p> <p>1. желчнокаменной болезнью</p> <p>2. стенозирующим папиллитом</p> <p>3. забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный свищ</p> <p>4. псевдотуморозным панкреатитом</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
114.	<p>МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ</p> <p>1. холедохолитиаза</p> <p>2. обструкции камнем или слизистой пробкой пузырного протока</p> <p>3. отёка головки поджелудочной железы</p> <p>4. холангита</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
115.	<p>ЛИКВИДИРОВАТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ МОЖНО</p> <p>1. ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой</p> <p>2. сшив проток на Т-образном дренаже</p> <p>3. сшив проток на Г-образном дренаже</p> <p>4. наложив билиодигестивный анастомоз</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
116.	<p>У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ РПХГ ОБНАРУЖЕН СТЕНОЗ ФАТЕРОВА СОСКА НА ПРОТЯЖЕНИИ 0,8 СМ. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. холедоходуоденоанастомоз</p> <p>2. эндоскопическая папиллотомия</p> <p>3. холецистоэнтероанастомоз</p> <p>4. наружное дренирование холедоха</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
117.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БАКТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>1. бронхобилиарный свищ</p> <p>2. прорыв гнойника в свободную брюшную полость с развитием перитонита</p> <p>3. эмпиема плевры</p> <p>4. вторичный абсцесс лёгкого</p>			
118.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. чрескожная чреспечёночная холангиография</p> <p>2. МСКТ</p> <p>3. МРТ</p> <p>4. УЗИ</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
119.	<p>ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫМ АНАЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРОЙ, ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. амикацин</p> <p>2. метронидазол</p> <p>3. тиенам</p> <p>4. цефазолин</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
120.	<p>ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ, ВЫЗВАННЫМ АЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРОЙ, ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. цефалоспорины II и III поколений</p> <p>2. метранидазол</p> <p>3. рифампицин</p> <p>4. ванкомицин</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
121.	<p>ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ</p> <p>1. недели</p> <p>2. 1-2 недель</p> <p>3. 3-4 недель</p> <p>4. 2 месяцев</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
122.	<p>ДЛЯ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ</p> <p>1. чрескожного чреспечёночного дренирования</p> <p>2. холецистодуоденостомии</p> <p>3. холецистостомии под контролем УЗИ</p> <p>4. эндоскопического назобилиарного дренирования</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
123.	<p>ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>ИСПОЛЬЗУЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. МРТ</li> <li>2. пункционную биопсию под контролем КТ</li> <li>3. УЗИ</li> <li>4. радиоизотопную сцинтиграфию</li> </ol>			
124.	<p>ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА И ПРОТЯЖЁННОСТИ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. КТ</li> <li>2. МРТ</li> <li>3. УЗИ</li> <li>4. лапароскопия</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
125.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СТРИКТУРЫ ХОЛЕДОХА ВОЗНИКАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. на фоне холедохолитиаза</li> <li>2. при пенетрации дуоденальной язвы</li> <li>3. после случайного повреждения холедоха</li> <li>4. при хроническом индуративном панкреатите</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
126.	<p>ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ УДОБНЫЙ ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. верхнее-срединная лапаротомия</li> <li>2. средне-срединная лапаротомия</li> <li>3. Ленандера</li> <li>4. Черни</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
127.	<p>ПРИ НЕБОЛЬШОМ ПРИСТЕНОЧНОМ РАНЕНИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока</li> <li>2. пластика холедоха на Т-образном дренаже</li> <li>3. пластика холедоха на дренаже Вишневого</li> <li>4. гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
128.	<p>ПРИ РАНЕНИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА БОЛЕЕ ЧЕМ НА 2/3 ПРОСВЕТА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. первичный шов холедоха с последующим дренированием его через культю пузырного протока</li> <li>2. пластика холедоха на Т-образном дренаже</li> <li>3. эндопротезирование</li> <li>4. гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
129.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пролежень стенки желчного пузыря, вызванный камнем</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>2. язвенная болезнь желудка</p> <p>3. рак желудка</p> <p>4. эхинококкоз</p>			
130.	<p>НАИБОЛЬШЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТЬЮ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗИ ОБЛАДАЕТ</p> <p>1. эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография</p> <p>2. внутриводящая эхография</p> <p>3. КТ</p> <p>4. МРТ</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
131.	<p>ПРИ I ТИПЕ СИНДРОМА МИРИЗИ ПОКАЗАНО</p> <p>1. холецистэктомия, ревизия желчных протоков с дренированием Т-образной трубкой</p> <p>2. холецистэктомия, удаление конкрементов, ушивание свищевого отверстия атравматическим рассасывающимся шовным материалом или пластика дефекта оставленной части культи желчного пузыря, дренирование Т-образной трубкой</p> <p>3. гепатикоэнтеростомия</p> <p>4. холецистэктомия, чрескожное чреспеченочное дренирование желчновыводящих путей</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
132.	<p>ПРИ НАЛОЖЕНИИ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА С «ОТКЛЮЧЁННОЙ» ПО РУ КИШКЕ, ДЛИНА «ОТКЛЮЧЁННОГО» УЧАСТКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ</p> <p>1. 20 см</p> <p>2. 40 см</p> <p>3. 60 см</p> <p>4. 80 см</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
133.	<p>ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА И ЕГО ПЕРЕСЕЧЕНИИ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1/2 ДИАМЕТРА ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПОКАЗАНО</p> <p>1. лапароскопическое ушивание на дренаже Кера</p> <p>2. эндопротезирование</p> <p>3. гепатикоэнтеростомия на сменных транспеченочных дренажах</p> <p>4. лапароскопическое ушивание с чрескожным чреспеченочным дренированием желчных протоков</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
134.	<p>ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВЫПОЛНЯТЬ ЧЕРЕЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 недели</li> <li>2. 1 месяц</li> <li>3. 2,5-3 месяца</li> <li>4. 6 месяцев</li> </ol>				СЛЕДУЕТ
135.	<p>ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. схваткообразные боли</li> <li>2. боль неопределённого характера</li> <li>3. боль, вызывающая беспокойство</li> <li>4. сильная, постоянная боль</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5	
136.	<p>БОЛЬНОЙ 35 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С ДИАГНОЗОМ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. амилаза</li> <li>2. трипсиноген</li> <li>3. аминотрансфераза</li> <li>4. альдолаза</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5	
137.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КОСВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. острые язвы желудка</li> <li>2. острые язвы двенадцатиперстной кишки</li> <li>3. отёк и гиперемия задней стенки желудка</li> <li>4. кровоизлияния на передней стенке желудка</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5	
138.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гнойные осложнения</li> <li>2. желтуха</li> <li>3. энцефалопатия</li> <li>4. почечная недостаточность</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5	
139.	<p>НА 15-Е СУТКИ У БОЛЬНОГО С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ СОХРАНЯЮТСЯ ВЫРАЖЕННЫЕ ЯВЛЕНИЯ ИНТОКСИКАЦИИ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39 °С, ОЗНОБ, ПОТЛИВОСТЬ, ЛЕЙКОЦИТОЗ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ –</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. абсцесс поджелудочной железы</li> <li>2. забрюшинная флегмона</li> <li>3. абсцесс сальниковой сумки</li> <li>4. гнойный перитонит</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5	
140.	<p>БОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ,</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5	

	<p>ТОШНОТУ, РВОТУ. В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОХУДЕЛ НА 15 КГ. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЖЕЛУДКА ВЫЯВЛЕНО ОТТЕСНЕНИЕ ЕГО К ПЕРЕДИ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ –</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. стеноз привратника</li> <li>2. рак поджелудочной железы</li> <li>3. язвенная болезнь желудка</li> <li>4. опухоль толстой кишки</li> </ol>			
141.	<p>СПУСТЯ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА У БОЛЬНОГО 45 ЛЕТ ПРИ УЗИ ВЫЯВЛЕНА КИСТА ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 3Х4 СМ. ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. наложения цистоэнтероанастомоза</li> <li>2. наружного дренирования кисты под контролем УЗИ</li> <li>3. панкреатодуоденальной резекции с пломбировкой протоков</li> <li>4. цистогастростомии</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
142.	<p>В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. анализ дуоденального сока на ферменты</li> <li>2. анализ крови на ферменты</li> <li>3. УЗИ, компьютерная томография, ангиография</li> <li>4. РХПГ</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
143.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ РАЗВИВАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. после перенесенного острого панкреатита</li> <li>2. после травмы поджелудочной железы</li> <li>3. после заболеваний органов брюшной полости, анатомически связанных с поджелудочной железой</li> <li>4. при атеросклеротическом поражении сосудов поджелудочной железы</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
144.	<p>ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. острый панкреатит</li> <li>2. травма поджелудочной железы</li> <li>3. заболевания органов брюшной полости, анатомически связанных с поджелудочной железой</li> <li>4. муковисцидоз</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
145.	<p>СИМПТОМ МЭЙО-РОБСОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. болезненностью в области позвоночника в проекции поджелудочной железы</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>2. напряжением брюшной стенки в эпигастрии</p> <p>3. болезненностью в области рёберно-позвоночного угла слева</p> <p>4. болезненностью и эпигастрии</p>			
146.	<p>ПОД СИМПТОМОМ ВОСКРЕСЕНСКОГО ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПОНИМАЮТ</p> <p>1. боль при поколачивании по левой рёберной дуге</p> <p>2. болезненность в эпигастрии при пальпации</p> <p>3. болезненность при поколачивании по правой рёберной дуге</p> <p>4. отсутствие пульсации брюшной аорты при пальпации в эпигастрии, выше пупка</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
147.	<p>СИМПТОМ КЁРТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. напряжением брюшной стенки в эпигастрии</p> <p>2. болезненностью при пальпации левой подреберной области</p> <p>3. резистентностью брюшной стенки и болью в области поджелудочной железы</p> <p>4. болезненностью в левом рёберно-позвоночном углу</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
148.	<p>ПРИ НАЛИЧИИ ГРЫЖИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОКАЗАНО</p> <p>1. оперативное лечение в плановом порядке</p> <p>2. консервативные мероприятия, а при их неэффективности – оперативное лечение</p> <p>3. оперативное лечение только при осложненных формах грыжи</p> <p>4. оперативное лечение только по жизненным показаниям</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
149.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ СРОКИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ</p> <p>1. в течение первого года</p> <p>2. 1-2 года</p> <p>3. 2-3 года</p> <p>4. 4-5 лет</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
150.	<p>МНОГОКАМЕРНЫЙ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ, КАРМАНАМИ И КИСТАМИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ПРИ _____ ГРЫЖАХ</p> <p>1. послеоперационных вентральных</p> <p>2. бедренных</p> <p>3. пупочных</p> <p>4. паховых</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
151.	<p>ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ У</p> <p>1. мужчин</p> <p>2. женщин</p> <p>3. детей</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-4

	4. перенесших несколько операций			
152.	ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ЧЕРЕЗ ИСКУССТВЕННОЕ ОТВЕРСТИЕ В БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ПОД КОЖУ ПЕРЕМЕЩАЮТСЯ ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, НЕ ПОКРЫТЫЕ ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНОЙ – ЭТО 1. грыжа 2. эвентрация 3. лапаротомная рана 4. эвагинация	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
153.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ НЕВПРАВИМОЙ ГРЫЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. пальпация 2. УЗИ 3. контрастная МСКТ 4. нативная МСКТ	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
154.	НЕВПРАВИМОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ 1. спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка 2. спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника 3. рубцового процесса в подкожной клетчатке 4. несоответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
155.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. частая невправимость 2. широкие грыжевые ворота 3. плотные края грыжевых ворот 4. склонность к ущемлению	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
156.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО К ОБРАЗОВАНИЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ 1. раневая инфекция 2. ношение бандажа 3. неправильная техника ушивания раны 4. ранние тяжёлые физические нагрузки	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
157.	МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК НОШЕНИЯ БАНДАЖА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ 1. 6 месяцев 2. 5 лет 3. 7 дней 4. 1 месяц	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-8

158.	<p>ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. лёгкая вправляемость</li> <li>2. врождённая природа</li> <li>3. одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной</li> <li>4. проникновение между мышцами и апоневрозом</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
159.	<p>ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ В НЁМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. большого сальника</li> <li>2. мочевого пузыря</li> <li>3. семенного канатика</li> <li>4. петли кишечника</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
160.	<p>БОЛЬНОМУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ГРИПП НАКАНУНЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, РЕКОМЕНДОВАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. госпитализация сразу</li> <li>2. госпитализация через 1 месяц</li> <li>3. госпитализация через 3 месяца</li> <li>4. госпитализация через 6 месяцев</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
161.	<p>К РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ВНУТРЕННИХ ГРЫЖАХ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. диарея</li> <li>2. коллапс</li> <li>3. схваткообразная боль в животе</li> <li>4. дегидратация</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
162.	<p>БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ С УЩЕМЛЁННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ВЫЗВАЛ ТЕРАПЕВТА НА ДОМ. ДАВНОСТЬ УЩЕМЛЕНИЯ 10 ЧАСОВ. ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ. ВРАЧ ДОЛЖЕН</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дать но-шпу, вправить грыжу</li> <li>2. организовать экстренную госпитализацию больного в хирургический стационар</li> <li>3. рекомендовать холод на область грыжи, анальгетики, антибиотики</li> <li>4. направить больного на консультацию к хирургу</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
163.	<p>БОЛЬНОЙ С УЩЕМЛЁННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСТУПИЛ НА 3 СУТКИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 39 °С, ГИПЕРЕМИЯ,</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	ИНФИЛЬТРАЦИЯ, ОТЁК МОШОНКИ. У БОЛЬНОГО 1. некроз яичка 2. фуникулит 3. флегмона грыжевого мешка 4. острый орхит			
164.	РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ – ЭТО 1. ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка 2. ущемление сигмовидной кишки 3. ущемление желудка в диафрагмальной грыже 4. любое пристеночное ущемление кишки	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
165.	ДЛЯ РИХТЕРОВСКОГО УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ ЖИВОТА ХАРАКТЕРНО 1. стёртость клинической картины с минимальными изменениями в области грыжевого мешка 2. развитие клиники тонкокишечной непроходимости 3. развитие клиники толстокишечной непроходимости 4. возникновение дизурии	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
166.	ДЛЯ ГРЫЖИ ЛИТТРЕ ХАРАКТЕРНО УЩЕМЛЕНИЕ 1. желудка 2. тонкой кишки 3. придатков матки 4. дивертикула Меккеля	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
167.	У ПОЖИЛОЙ БОЛЬНОЙ С УЩЁМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПНЕВМАТИЗИРОВАННЫЕ ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ, ЧАШИ КЛОЙБЕРА. ПРОИЗОШЛО УЩЕМЛЕНИЕ 1. сигмовидной кишки 2. желудка 3. сальника 4. тонкой кишки	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
168.	ПРИ УЩЁМЛЁННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ С НЕКРОЗОМ УЧАСТКА ТОНКОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ОБЪЁМ РЕЗЕКЦИИ ОТ ВИДИМЫХ ГРАНИЦ НЕКРОЗА СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ 1. проксимально – 10 см, дистально – 10 см 2. проксимально – 20 см, дистально – 10 см 3. проксимально – 30 см, дистально – 15 см 4. проксимально – 50 см, дистально – 20 см	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
169.	У БОЛЬНОЙ С ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛИСЬ ТЯНУЩИЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА С ИРРАДИАЦИЕЙ В	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>ПРАВОЕ БЕДРО, ТОШНОТА, ОДНОКРАТНАЯ РВОТА. ПАЛЬПИРУЕТСЯ ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НИЖЕ ПАХОВОЙ СКЛАДКИ.</p> <p>ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. почечная колика справа</li> <li>2. острый аппендицит</li> <li>3. киста круглой связки матки</li> <li>4. ущемлённая бедренная грыжа справа</li> </ol>			
170.	<p>ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ УШИБА, НЕБОЛЬШИХ ГЕМАТОМ, НАДРЫВА МЫШЦ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сильная разлитая боль</li> <li>2. локальная неинтенсивная боль в зоне травмы</li> <li>3. тошнота</li> <li>4. рвота</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
171.	<p>В КЛАССИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ СИМВОЛЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. стадия I, II, III, IV</li> <li>2. T 1-4</li> <li>3. P 1-4</li> <li>4. NO или +</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
172.	<p>РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА В ПРЯМОЙ КИШКЕ ОБОЗНАЧАЕТСЯ КАК IIА СТАДИЯ, В ТОМ СЛУЧАЕ, КОГДА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах метастазов нет</li> <li>2. опухоль занимает 3/4 окружности стенки кишки, прорастает все слои, в лимфатических узлах обнаружены метастазы рака</li> <li>3. опухоль занимает 1/2 окружности стенки кишки, прорастает в мышечный слой, в лимфатических узлах метастазов нет</li> <li>4. опухоль занимает менее 1/3 окружности стенки кишки, прорастает в подслизистый слой, в лимфатических узлах метастазов не обнаружено</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
173.	<p>МЕСТНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОПУХОЛИ, ЕСЛИ ОНА ЗАНИМАЕТ МЕНЕЕ 3/4, НО БОЛЕЕ 1/2 ОКРУЖНОСТИ СТЕНКИ КИШКИ СЛЕДУЕТ ОБОЗНАЧИТЬ СИМВОЛОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. T0</li> <li>2. T1</li> <li>3. T2</li> <li>4. T3</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

174.	<p>МЕСТНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ, ОБОЗНАЧАЕМОЕ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ СИМВОЛОМ T2, КАСАЕТСЯ ТЕХ СЛУЧАЕВ, КОГДА ОПУХОЛЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. располагается циркулярно</li> <li>2. занимает менее 3/4 окружности стенки кишки, но более полуокружности</li> <li>3. занимает менее 1/2 окружности стенки кишки, но более 1/3</li> <li>4. занимает более 3/4 окружности стенки кишки</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
175.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ПРЯМОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 20-29 лет</li> <li>2. 30-39 лет</li> <li>3. 40-49 лет</li> <li>4. 50 лет и старше</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
176.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ ПЕРЕРОЖДЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. единичные полипы</li> <li>2. множественные полипы</li> <li>3. ворсинчатые полипы</li> <li>4. неспецифический язвенный колит</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
177.	<p>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ КОРРЕЛИРУЕТ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. условиями жизни</li> <li>2. условиями работы</li> <li>3. составом пищевых продуктов</li> <li>4. наличием воспалительных заболеваний толстой кишки</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
178.	<p>ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ ИЗ ЗАДНЕГО ПРОХОДА НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. геморроя</li> <li>2. рака прямой кишки</li> <li>3. анальной трещины</li> <li>4. эпителиального копчикового хода</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
179.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дивертикулит</li> <li>2. перфорация дивертикула</li> <li>3. кишечная непроходимость</li> <li>4. стриктура толстой кишки</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
180.	<p>ДИВЕРТИКУЛИТ ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. образованием в стенке кишки мешковидных выпячиваний</li> <li>2. повреждением слизистой оболочки в области дивертикула и развитием периколита</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>3. образованием в стенке кишки мешковидных выпячиваний на месте воспалительно изменённого участка кишки</p> <p>4. повреждением слизистой и мышечной оболочек в области дивертикула и развитием перитонита</p>			
181.	<p>ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ ДИАГНОСТИКУ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С</p> <p>1. ирригоскопии</p> <p>2. колоноскопии</p> <p>3. обзорной рентгенографии органов брюшной полости</p> <p>4. УЗИ органов брюшной полости</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
182.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛИТА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. абсцесс</p> <p>2. острая кишечная непроходимость</p> <p>3. кишечный свищ</p> <p>4. перитонит</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
183.	<p>НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. резекция пораженного участка кишечника с последующим восстановлением кишечника при помощи реконструктивной операции</p> <p>2. ушивание перфоративных отверстий в стенке кишки</p> <p>3. дренирование брюшной полости</p> <p>4. интубация кишечника</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
184.	<p>ТЕРМИНОМ «ПОДОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ» РЕКОМЕНДУЮТ ОБОЗНАЧАТЬ</p> <p>1. формы заболевания, когда у больных с доказанным дивертикулёзом толстой кишки, протекающим без лихорадки и лейкоцитоза, на протяжении 6-12 мес отмечаются боли в левой подвздошной области, расстройства функций кишечника</p> <p>2. формы острого дивертикулита тяжёлого и умеренно тяжёлого течения, когда проводимая антибактериальная терапия не приводит к полному разрешению клинических симптомов; у больных сохраняются боли в левой подвздошной области, нарушения функций кишечника, повышение температуры тела до субфебрильных цифр</p> <p>3. формы дивертикулярной болезни толстой кишки, когда проводимая антибактериальная</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>терапия приводит к полному разрешению клинических симптомов</p> <p>4. формы заболевания, когда у больных с недоказанным дивертикулёзом толстой кишки, на протяжении 6-12 мес отмечаются боли в левой подвздошной области, расстройства функций кишечника</p>			
185.	<p>РЕЦИДИВ ДИВЕРТИКУЛИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ У _____ БОЛЬНЫХ</p> <p>1. 50-60%</p> <p>2. 1-10%</p> <p>3. 25-50%</p> <p>4. 0,5-1%</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-4, ПК-5
186.	<p>В ДИАГНОСТИКЕ ДИВЕРТИКУЛИТА ТОЛСТОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА</p> <p>1. колоноскопия</p> <p>2. обзорная рентгенография</p> <p>3. контрастная компьютерная томография</p> <p>4. ирригоскопия</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
187.	<p>ГЕМОРОЙ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, СВЯЗАННОЕ С</p> <p>1. гипертрофией кавернозных телец прямой кишки</p> <p>2. кровотечениями, обусловленными гипертрофией кавернозных телец прямой кишки</p> <p>3. разнообразными клиническими проявлениями, которые обусловлены патологическими изменениями геморроидальных узлов</p> <p>4. гиперплазией геморроидальных узлов</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
188.	<p>В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ГЕМОРОЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЛЕЖИТ</p> <p>1. врождённая недостаточность венозной системы</p> <p>2. слабость венозных стенок, связанная с патологией эндокринной системы</p> <p>3. нарушение оттока крови от кавернозных телец, располагающихся в дистальной части прямой кишки</p> <p>4. экзогенная интоксикация</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
189.	<p>ГЕМОРОИДАЛЬНЫЙ УЗЕЛ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>1. варикозно расширенные вены прямой кишки</p> <p>2. гиперпластическое изменение ткани прямой кишки, обусловленное усиленным притоком артериальной крови в кавернозные тела по</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	улитковым артериям и затруднённым оттоком по отводящим венам 3. тромбированные геморроидальные вены 4. гиперплазированные кавернозные тельца			
190.	К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕМОРОЯ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. длительный и упорный запор 2. хронический проктит 3. частые простудные заболевания 4. тяжёлая физическая работа	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
191.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГЕМОРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ВИДЕ 1. мелены 2. включений в каловые массы 3. тёмных сгустков сразу после дефекации 4. струйного, алой кровью, в конце дефекации	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
192.	КРОВЬ ПРИ КРОВОТОЧАЩЕМ ГЕМОРОЕ ИМЕЕТ ВИД 1. артериальной крови 2. тёмной крови со сгустком 3. дёгтеобразного стула 4. алой крови с примесью большого количества слизи	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
193.	К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ГЕМОРОЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ 1. обильные выделения слизи из заднего прохода 2. диарея 3. периодические выделения алой крови во время дефекации 4. анальный зуд	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
194.	ДЛЯ ГЕМОРОЯ ТИПИЧНЫ 1. частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела 2. сильная боль после дефекации, выделение капель крови после неё, хронические запоры 3. неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа «овечьего» 4. выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
195.	У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ БЫВАЕТ ЧУВСТВО НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ. ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ КРОВЬ В ВИДЕ СТРУЙКИ ИЛИ БРЫЗГ ПО УНИТАЗУ, ПЕРИОДИЧЕСКИ БЕСПОКОИТ ЗУД В ОБЛАСТИ ЗАДНЕГО ПРОХОДА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ 1. рак прямой кишки 2. полип прямой кишки на ножке	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3. анальная трещина 4. геморрой			
196.	В ПОЛИКЛИНИКУ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА 45 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ЕЖЕДНЕВНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ АЛОЙ КРОВИ ПРИ ДЕФЕКАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ДВУХ МЕСЯЦЕВ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ, ПОЛИП ЖЕЛУДКА 0,3 СМ В ДИАМЕТРЕ, МИОМА МАТКИ УЗЛОВАЯ 5-6 НЕДЕЛЬ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. миома матки 2. кровоточащий геморрой 3. полип желудка 4. опухоль прямой кишки	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
197.	СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕМОМРОЯ СЧИТАЕТСЯ 1. инфекционная 2. механическая 3. гипертрофии кавернозных телец 4. экзо- и эндогенных интоксикаций	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
198.	ДЛЯ ПЕРВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ГЕМОМРОЯ ХАРАКТЕРНО 1. ректальные кровотечения 2. кожный зуд 3. боли в области заднего прохода 4. выпадение геморроидальных узлов при дефекации	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
199.	ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА МОЖЕТ БЫТЬ 1. туберкулезная палочка 2. стрептококк 3. кишечная палочка 4. протей	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
200.	К БАНАЛЬНЫМ ПАРАПРОКТИТАМ ОТНОСЯТ ПАРАПРОКТИТЫ, РАЗВИВАЮЩИЕ ВСЛЕДСТВИЕ 1. актиномикоза 2. туберкулёза 3. анаэробной инфекции 4. болезни Крона и неспецифического язвенного колита	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
201.	ИНФЕКЦИЯ В ПАРАРЕКТАЛЬНОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ПРИ БАНАЛЬНЫХ ПАРАПРОКТИТАХ ПОПАДАЕТ 1. гематогенным путём 2. лимфогенным путём	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3. из просвета кишки через крипту 4. при повреждении стенки кишки			
202.	ВТОРЫМ ЭТАПОМ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПАРАПРОКТИТЕ ВОВЛЕКАЕТСЯ 1. кожа промежности 2. тазовое дно 3. межсфинктерное клетчаточное пространство 4. клетчаточное околопрямокишечное пространство	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
203.	ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПАРАПРОКТИТА ИНФЕКЦИЯ В КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО РЕДКО МОЖЕТ БЫТЬ ЗАНЕСЕНА ПУТЁМ 1. гематогенного пути 2. лимфогенного пути 3. контактного пути 4. имплантационного пути	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
204.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. подслизистый 2. подкожный 3. седалищно-прямокишечный 4. тазово-прямокишечный	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
205.	НАИБОЛЕЕ РЕДКОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. подкожный 2. подслизистый 3. тазово-прямокишечный 4. ретроректальный	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
206.	НАЛИЧИЕ ВНУТРЕННЕГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ВСКРЫТИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ 1. предварительной рентгенографией (контрастной) 2. путём пальцевого бимануального исследования прямой кишки 3. введением в гнойник метиленовой сини 4. с помощью ректороманоскопии	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
207.	ЗОНДИРОВАНИЕ ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ 1. затёки в параректальных клетчаточных пространствах 2. отношение свищевого хода к наружному сфинктеру 3. объём гнойной полости 4. ширину свища	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
208.	В КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПАРАПРОКТИТА НЕ РАССМАТРИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД 1. острый	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>2. вялотекущий 3. хронический 4. подострый</p>			
209.	<p>ПО АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОМУ РАСПОЛОЖЕНИЮ ПРИ ПАРАПРОКТИТЕ НЕ ВОЗМОЖЕН ГНОЙНИК СЛЕДУЮЩЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ</p> <p>1. подкожный 2. ишиоректальный 3. пельвиоректальный 4. ягодичный</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
210.	<p>УКАЖИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ВАРИАНТ В СЛЕДУЮЩЕМ УТВЕРЖДЕНИИ: ПО ОТНОШЕНИЮ К СФИНКТЕРУ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СВИЩИ</p> <p>1. внутрисфинктерные 2. трансфинктерные 3. экстрафинктерные 4. интрасфинктерные</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
211.	<p>ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА УРОВНЕ</p> <p>1. аноректальной линии 2. линии Хилтона 3. в нижнеампулярном отделе прямой кишки 4. верхнеампулярном отделе прямой кишки</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
212.	<p>ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТЛАНО</p> <p>1. многослойным плоским ороговевающим эпителием 2. грануляционной тканью 3. железистым эпителием 4. многослойным плоским неороговевающим эпителием</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
213.	<p>К ПАРАРЕКТАЛЬНЫМ СВИЩАМ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. полный 2. нижний внутренний 3. неполный наружный 4. губовидный</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
214.	<p>К СТРУКТУРЕ ПОЛНОГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. внутреннее отверстие 2. наружное отверстие 3. свищевой ход 4. эпителиальная выстилка свищевого хода</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
215.	<p>В СТРУКТУРУ НЕПОЛНОГО ВНУТРЕННЕГО СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ВХОДИТ</p> <p>1. наружное отверстие 2. свищевой ход</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3. внутреннее отверстие 4. только 2 и 3			
216.	В ФОРМИРОВАНИИ СТЕНКИ СВИЩЕВОГО ХОДА НЕ УЧАСТВУЕТ 1. мышечная ткань 2. жировая ткань 3. соединительная ткань 4. кожный эпителий	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
217.	К РАЗЛИЧИЯМ МЕЖДУ СПЕЦИФИЧЕСКИМИ И БАНАЛЬНЫМИ ПАРАПРОКТИТАМИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. характер инфекции 2. расположение свища по отношению к сфинктеру 3. местные клинические проявления 4. наличие основного заболевания	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
218.	ДЛЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ 1. выделение крови из прямой кишки 2. выделение из заднего прохода слизи с примесью крови 3. боли внизу живота 4. диарея	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
219.	ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДЛЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. наличие свищевого отверстия в анальном канале или на промежности 2. боль в прямой кишке пульсирующего характера 3. кровотечение во время дефекации 4. наличие на коже промежности рубцов	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
220.	ПОД ТРЕЩИНОЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПОНИМАЮТ 1. воспаление параректальной клетчатки 2. полный разрыв анального сфинктера 3. дефект слизистой заднего прохода с возможным повреждением поверхностного слоя мышечных волокон 4. дефект стенки нижеампулярного отдела прямой кишки	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
221.	РЕДКОЙ ПРИЧИНОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. склонность к диарее 2. запор с затруднённым актом дефекации 3. грубое инструментальное исследование 4. производственная травма	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
222.	К РАЗВИТИЮ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ 1. геморрой 2. криптит 3. ректовагинальный свищ 4. проктит	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

223.	РАЗВИТИЮ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НЕ СПОСОБСТВУЕТ 1. затруднённый акт дефекации при запорах 2. многомоментный тип дефекации 3. тенезмы при диарее 4. недостаточность анального сфинктера	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
224.	АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА _____ СТЕНКЕ ЗАДНЕГО ПРОХОДА 1. передней 2. задней 3. боковой 4. переднебоковой	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
225.	АНАЛЬНЫЕ ТРЕЩИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЮТ ПРОТЯЖЕННОСТЬ 1. от зубчатой линии до выхода из ануса 2. от зубчатой линии до аноректальной линии 3. от аноректальной линии до среднеампулярного отдела прямой кишки 4. от зубчатой линии до среднеампулярного отдела прямой кишки	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
226.	ПРИ БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ У БОЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ 1. острый парапроктит 2. сфинктерит 3. сифилитическую гумму 4. гонорейный проктит	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
227.	В ПАТОГЕНЕЗЕ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ 1. ректальным кровотечениям 2. спазму анального сфинктера 3. анальному зуду 4. недостаточности анального сфинктера	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
228.	ТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ РЕДКО БЫВАЮТ СЛЕДСТВИЕМ 1. болевого синдрома, приводящего к ишемическому состоянию 2. постоянной травматизации и инфицирования плотными каловыми массами раневой поверхности 3. вовлечения в рубцовый процесс нервных окончаний в ране 4. дизурических явлений	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
229.	ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПРИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ ЯВЛЯЮТСЯ 1. боль после дефекации, выделение алой крови при дефекации, стул обоязнь	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>2. поносы</p> <p>3. зуд в области ануса</p> <p>4. выделение слизи из ануса, вздутие живота</p>			
230.	<p>ПЕРВИЧНАЯ ВАРИКОЗНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ</p> <p>1. варикозной болезни нижних конечностей</p> <p>2. посттромботической болезни</p> <p>3. врожденной ангиодисплазии</p> <p>4. артерио-венозной фистуле</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
231.	<p>ПОД ТЕРМИНОМ «ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ» ПОДРАЗУМЕВАЮТ</p> <p>1. тромбоз глубоких вен</p> <p>2. мигрирующий тромбофлебит</p> <p>3. патологическое состояние, обусловленное нарушением венозного оттока, проявляющееся характерными симптомами (отёк, кожные изменения и трофические язвы)</p> <p>4. лимфедема</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
232.	<p>НЕХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. отёки нижних конечностей</p> <p>2. перемежающаяся хромота</p> <p>3. трофическая язва голени</p> <p>4. ночные судороги</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
233.	<p>ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИИ – ЭТО</p> <p>1. внутрикожные вены диаметром до 1 мм</p> <p>2. подкожные варикозно изменённые вены диаметром до 2-3 мм</p> <p>5. подкожные варикозно изменённые вены диаметром более 3 мм</p> <p>4. перфорантные вены голени</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
234.	<p>РЕТИКУЛЯРНЫЕ ВЕНЫ – ЭТО</p> <p>1. внутрикожные вены диаметром до 1 мм</p> <p>2. подкожные варикозно изменённые вены диаметром до 2-3 мм</p> <p>4. подкожные варикозно изменённые вены диаметром более 3 мм</p> <p>5. перфорантные вены бедра</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
235.	<p>ВАРИКОЗНЫЕ ПОДКОЖНЫЕ ВЕНЫ – ЭТО</p> <p>1. внутрикожные вены диаметром до 1 мм</p> <p>2. подкожные варикозно изменённые вены диаметром до 2-3 мм</p> <p>3. подкожные варикозно изменённые вены диаметром более 3 мм</p> <p>4. перфорантные вены голени</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
236.	<p>В СОВРЕМЕННОЙ ФЛЕБОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН</p> <p>1. CEAP</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2. Forrest 3. ХВН 4. Wells			
237.	ПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ ГОЛЕНИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____ СТЕПЕНИ ХВН ПО СЕАР 1. С1 2. С2 3. С3 4. С4-6	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
238.	ТРОФИЧЕСКАЯ ЯЗВА ГОЛЕНИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ _____ СТЕПЕНИ ХВН ПО СЕАР 1. С2 2. С3-4 3. С5 4. С6	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
239.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. термография 2. ультразвуковое ангиосканирование сосудов 3. флебография 4. капилляроскопия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
240.	ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТЕПЕНИ 1. две 2. три 3. четыре 4. пять	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
241.	ДЛЯ ІБ СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРНО 1. онемение, боль в поражённой конечности 2. онемение, боль, паралич в поражённой конечности 3. онемение, боль, субфасциальный отёк поражённой конечности 4. онемение, боль, субфасциальный отёк, парциальная контрактура конечности	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
242.	ДЛЯ ІА СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРНО 1. онемение, боль в поражённой конечности 2. онемение, боль, парез в поражённой конечности 3. онемение, боль, субфасциальный отёк поражённой конечности 4. онемение, боль, субфасциальный отёк, парциальная контрактура конечности	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
243.	ДЛЯ ІБ СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРНО	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>1. онемение, боль в поражённой конечности</p> <p>2. онемение, боль, паралич в поражённой конечности</p> <p>3. онемение, боль, субфасциальный отёк, парциальная контрактура</p> <p>4. онемение, боль, субфасциальный отёк, тотальная контрактура конечности</p>			
244.	<p>ДЛЯ IIIA СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>1. онемение, боль в поражённой конечности</p> <p>2. онемение, боль, паралич в поражённой конечности</p> <p>3. онемение, боль, субфасциальный отёк поражённой конечности</p> <p>4. онемение, боль, субфасциальный отёк, парциальная контрактура конечности</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
245.	<p>ДЛЯ IIIB СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>1. онемение, боль в поражённой конечности</p> <p>2. онемение, боль, паралич в поражённой конечности</p> <p>3. онемение, боль, субфасциальный отёк поражённой конечности</p> <p>4. онемение, боль, субфасциальный отёк, парциальная контрактура конечности</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
246.	<p>ДЛЯ IIIB СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>1. онемение, боль в поражённой конечности</p> <p>2. онемение, боль, паралич в поражённой конечности</p> <p>3. онемение, боль, субфасциальный отёк поражённой конечности</p> <p>4. онемение, боль, субфасциальный отёк, тотальная контрактура</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
247.	<p>ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМБОЛЭКТОМИИ ИЗ БИФУРКАЦИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. лапаротомия</p> <p>2. внебрюшинный</p> <p>3. односторонний бедренный</p> <p>4. двухсторонний бедренный</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
248.	<p>ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭМБОЛЭКТОМИИ ИЗ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. внебрюшинный</p> <p>2. односторонний бедренный</p> <p>3. двухсторонний бедренный</p> <p>4. подмышечный</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
249.	<p>ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	ЭМБОЛЭКТОМИИ ИЗ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. торакотомия 2. Т-образный с пересечением ключицы 3. в локтевом сгибе 4. подмышечный			
250.	ОПТИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИНСУФЛЯЦИИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА _____ ММ РТ. СТ. 1. 10-12 2. 8-9 3. 14-16 4. 17-18	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
251.	НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ГАЗОВАЯ СМЕСЬ, ПРИМЕНЯЕМАЯ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА, – ЭТО 1. кислород 2. азот 3. углекислый газ 4. пропан	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
252.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ _____ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ _____ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. СН 2а 2. спаечная болезнь брюшной полости 3. наличие свободного газа в брюшной полости 4. механическая желтуха	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
253.	К ПОКАЗАНИЯМ К ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. хронический активный гепатит 2. тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия 3. лимфаденит брыжейки кишки 4. неосложнённый острый аппендицит	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
254.	К ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. 10 мм лапароскоп 2. 10 мм троакар 3. 5 мм троакар 4. клипатор	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
255.	ОПТИМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ УСТАНОВКИ ЛАПАРОСКОПА ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ 1. ниже пупка на 1 см по срединной линии 2. выше пупка на 1 см по срединной линии 3. на 1 см справа от пупка 4. на 1 см слева от пупка	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
256.	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>1. подозрении на желчеистечение в брюшную полость после лапароскопической холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде</p> <p>2. внутрибрюшном кровотечении с клиникой геморрагического шока</p> <p>3. гемоперитонеуме при стабильном состоянии пациента</p> <p>4. подозрении на острый аппендицит</p>			
257.	<p>К РЕКОМЕНДОВАННЫМ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИЕЙ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. очистительная клизма накануне операции</p> <p>2. назначение на ночь перед операцией седативных препаратов</p> <p>3. обучение больного «надувать» живот</p> <p>4. опорожнение мочевого пузыря перед операцией</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
258.	<p>К НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖЕНИЯМ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. ранение брюшного отдела аорты</p> <p>2. воздушная эмболия</p> <p>3. ранение полых органов брюшной полости</p> <p>4. тромбоз воротной вены</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
259.	<p>К ЭЛЕМЕНТАМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СТОЙКИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. инсуффлятор</p> <p>2. аспиратор</p> <p>3. монитор</p> <p>4. устройство светоподачи</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
260.	<p>К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. малые формы наружного эндометриоза</p> <p>2. склерокистоз яичников</p> <p>3. субсерозные миоматозные узлы матки</p> <p>4. поликистоз яичников</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
261.	<p>К ПЛАНОВЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. болевой синдром, обусловленный спайками в брюшной полости</p> <p>2. цирроз печени</p> <p>3. ретенционная киста яичника</p> <p>4. псевдокиста поджелудочной железы</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
262.	<p>К УРГЕНТНЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. мезентериальный тромбоз</p> <p>2. субкапсулярная гематома печени</p> <p>3. острый панкреатит</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	4. острый холецистит			
263.	ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ 1. трофических нарушениях в жировых подвесках толстой кишки 2. хроническом активном гепатите 3. тубоперитонеальном факторе женского бесплодия 4. неосложнённом остром аппендиците	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
264.	АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. возраст 2. сепсис 3. перенесенные недавно полостные операции 4. злокачественные гинекологические заболевания	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
265.	ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. сепсис 2. гнойный перитонит 3. злокачественные гинекологические заболевания 4. терминальные состояния (кома, клиническая смерть)	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
266.	ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ УШИВАНИИ ДЕФЕКТА СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРОАКАРЫ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ 1. по средней линии живота 2. в правой паховой области 3. в левой паховой области 4. в правом подреберье	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
267.	ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОМУ ПЕРЕВОДУ ЛАПАРОСКОПИИ В «ОТКРЫТУЮ» ОПЕРАЦИЮ ЯВЛЯЕТСЯ 1. повреждение селезёнки 2. повреждение стенки тонкой кишки 3. воздушная эмболия 4. ранение брюшного отдела аорты	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
268.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. повреждение селезёнки 2. повреждение стенки тонкой кишки 3. воздушная эмболия 4. эмфизема мягких тканей передней брюшной стенки	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
269.	ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>РАСШИРЕНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, СБРОС КОНТРАСТА В ДПК ЗАМЕДЛЕН. ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УТОЧНЕНИЯ ПРИЧИНЫ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пальпация желчного протока</li> <li>2. трансиллюминация</li> <li>3. зондирование протоков</li> <li>4. фиброхолангиоскопия</li> </ol>			
270.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. рубцовые стриктуры внепечёночных желчных путей</li> <li>2. холедохолитиаз</li> <li>3. рак головки поджелудочной железы</li> <li>4. эхинококк печени</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
271.	<p>УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КРИТЕРИЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. увеличение диаметра холедоха более 8 мм</li> <li>2. увеличение диаметра холедоха более 5 мм</li> <li>3. увеличение диаметра холедоха более 7 мм</li> <li>4. увеличение диаметра внутripечёночных желчных протоков более 2 мм</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
272.	<p>ТОЧКА ДЛЯ ПУНКЦИИ ПРИ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЁНОЧНОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. VIII-IX межреберье по среднеаксилярной линии</li> <li>2. VI-VII межреберье по среднеаксилярной линии</li> <li>3. IX-X межреберье по передней подмышечной линии</li> <li>4. VI-VII межреберье по передней подмышечной линии</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
273.	<p>К ВНУТРЕННЕМУ ДРЕНИРОВАНИЮ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. чрескожная чреспечёночная холангиостомия</li> <li>2. холедоходуоденоанастомоз</li> <li>3. холецистостомия под контролем УЗ</li> <li>4. эндоскопическое назобилиарное дренирование</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
274.	<p>ВЫБОР МЕТОДА РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗАВИСИТ ОТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. характера заболевания и уровня обтурации</li> <li>2. степени расширения холедоха</li> <li>3. уровня билирубина</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	4. наличия и выраженности воспалительных изменений желчевыводящих путей			
275.	БОЛЬНАЯ 55 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШАЯ 2 ГОДА НАЗАД ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, ПОСТУПИЛА С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ. ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ ВЫЯВЛЕН ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ 1. эндоскопическая папиллосфинктеротомия 2. комплексная консервативная терапия 3. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика 4. холедохотомия с наружным дренированием холедоха	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
276.	БОЛЬНОЙ 67 ЛЕТ ДОСТАВЛЕН В СТАЦИОНАР С КЛИНИКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. В АНАМНЕЗЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПО ПОВОДУ КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА. ПРИ ЭРХПГ ДИСТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ХОЛЕДОХА СУЖЕНА НА ПРОТЯЖЕНИИ 2,5 СМ, СБРОС В ДПК РЕЗКО ЗАТРУДНЁН, ХОЛЕДОХ РАСШИРЕН ДО 2 СМ. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО 1. наложение холедоходуоденоанастомоза 2. ЭПСТ 3. холедохоэнтеростомия 4. консервативная терапия	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
277.	У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ХАРАКТЕРА И ПРОТЯЖЁННОСТИ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. КТ 2. МРТ 3. УЗИ 4. лапароскопия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
278.	ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА МОЖЕТ СОХРАНЯТЬ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ 1. 2 месяцев 2. до года 3. до 5-10 лет 4. до 20-30 лет	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
279.	ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЭТИОЛОГИИ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЮТ 1. УЗИ 2. МРТ	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3. пункционную биопсию под контролем КТ 4. биохимический анализ крови			
280.	ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ КРУПНОЙ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ К ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СИМПТОМ 1. Ортнера 2. Кера 3. Воскресенского 4. «дрожания гидатид»	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
281.	ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АМЁБНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОСТУП 1. по Киршнеру 2. по Черни 3. чрезбрюшинный 4. по Кохеру	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
282.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭХИНОКОККОЗА В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. кровотечение 2. нагноение 3. печеночная недостаточность 4. перитонит	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
283.	ПАТОГНОМИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ РАЗВЁРНУТОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. лейкоцитоз 2. сдвиг лейкоцитарной формулы влево 3. сдвиг лейкоцитарной формулы вправо 4. эозинофилия	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
284.	БЕССИМПТОМНАЯ СТАДИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ДЛИТСЯ 1. 2-3 месяца 2. 6 месяцев 3. 1 год 4. 4-6 лет	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
285.	ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С ПРОРАСТАНИЕМ И СДАВЛЕНИЕМ КРУПНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОКАЗАНО 1. чрескожное дренирование кисты 2. наружное внутреннее каркасное дренирование желчных протоков 3. чрескожное чреспечёночное дренирование желчных протоков 4. расширенная гемигепатэктомия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
286.	ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С НАЛИЧИЕМ В УЗЛЕ ПОЛОСТИ РАСПАДА, СООБЩАЮЩЕЙСЯ С ДОСТАТОЧНО	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>КРУПНЫМ ЖЕЛЧНЫМ ХОДОМ, ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. наложение кавернозоеюноанастомоза</li> <li>2. наложение холангиогепатоеюноанастомоза на скрытом дренаже</li> <li>3. чрескожное чреспечёночное дренирование желчных протоков</li> <li>4. расширенная гемигепатэктомия</li> </ol>			
287.	<p>НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ СПОСОБОМ ЗАВЕРШЕНИЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. марсупиализация остаточной полости</li> <li>2. наружное дренирование остаточной полости трубкой</li> <li>3. зашивание наружных краёв фиброзной капсулы наглухо</li> <li>4. подшивание наружных краёв фиброзной капсулы к париетальной брюшине без дренирования</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
288.	<p>РАК ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. общем печёночном протоке</li> <li>2. правом печёночном протоке</li> <li>3. левом печёночном протоке</li> <li>4. месте слияния обоих печёночных протоков и общего печёночного протока с пузырным</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
289.	<p>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ ВНУТРИПЕЧЁНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ У НЕОПЕРИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В СРЕДНЕМ РАВНА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1-2 месяца</li> <li>2. 4 месяца</li> <li>3. 7 месяцев</li> <li>4. 2 года</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
290.	<p>В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. УЗИ</li> <li>2. КТ</li> <li>3. МРТ</li> <li>4. дуоденоскопия</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
291.	<p>КАРЦИНОМА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. до года</li> <li>2. 10-15 лет</li> <li>3. 20-40 лет</li> <li>4. 50-69 лет</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-4, ПК-5
292.	<p>ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ОПУХОЛЯХ</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. панкреатодуоденальная резекция</li> <li>2. наложение холедоходуоденоанастомоза</li> <li>3. наложение холедохоеюноанастомоза</li> <li>4. чрезкожное чрезпечёночное дренирование желчных путей</li> </ol>			
293.	<p>НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ИМЕЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. механическая желтуха с характерным грязно-зелёным оттенком</li> <li>2. боли в правом подреберье</li> <li>3. увеличение размеров печени при перкуссии</li> <li>4. снижение аппетита</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
294.	<p>ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ IB СТАДИИ –</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. опухоль поражает только желчный проток</li> <li>2. опухоль прорастает стенку желчного протока</li> <li>3. опухоль поражает близлежащие лимфатические узлы и обнаруживается в желчном протоке</li> <li>4. опухоль поражает печень, желчный пузырь, поджелудочную железу и/или правую или левую ветви печёочной артерии, или правую/левую ветви портальной вены</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
295.	<p>ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ IIA СТАДИИ –</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. опухоль поражает только желчный проток</li> <li>2. опухоль прорастает стенку желчного протока</li> <li>3. опухоль поражает близлежащие лимфатические узлы и обнаружена в желчном протоке</li> <li>4. опухоль поражает печень, желчный пузырь, поджелудочную железу и/или правую или левую ветви печёочной артерии, или правую/левую ветви портальной вены</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
296.	<p>ПРИ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. резекция желчного протока с наложением высокого билиодигестивного анастомоза</li> <li>2. панкреатодуоденальная резекция</li> <li>3. наложение холедоходуоденоанастомоза</li> <li>4. наложение холедохоеюноанастомоза</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
297.	<p>К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ОТНОСЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. липому</li> <li>2. фиброму</li> <li>3. карциному</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4. нейрофибром			
298.	ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЮТСЯ 1. дисфагией 2. частой рвотой 3. кровотечением 4. изжогой	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
299.	ПАРАЭЗОФАГЕАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ ОПАСНЫ 1. ущемлением 2. малигнизацией 3. кровотечением 4. постоянными болями	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
300.	НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ УЩЕМЛЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ГРЫЖИ ПОД 1. короткий пищевод 2. параэзофагеальная грыжа 3. скользящая грыжа 4. фиксированная грыжа	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
301.	ОСНОВНЫМ ВИДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГРЫЖИ ПОД ЯВЛЯЕТСЯ 1. объективное исследование 2. ФГС 3. рентгенологическое исследование 4. КТ	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
302.	ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ ПОД 1. операция Харингтона 2. пластика грыжи лоскутом из диафрагмы по Петровскому 3. фундопликация по Ниссену 4. гастропексия	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
303.	ОСНОВНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ГРЫЖ ПОД 1. частые рвоты 2. эзофагит 3. кровотечение 4. гастрит	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
304.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ГРЫЖИ ПОД 1. короткий пищевод 2. параэзофагеальная грыжа 3. скользящая грыжа ПОД 4. фиксированная грыжа ПОД	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
305.	ПРИЧИНОЙ ИЗЖОГИ ПРИ ГРЫЖАХ ПОД ЯВЛЯЕТСЯ 1. недостаточность кардии 2. желудочный рефлюкс 3. повышенная кислотность 4. отсутствие клапана Губарева	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

306.	САМЫМ ЦЕННЫМ В ДИАГНОСТИКЕ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖ ПОД ЯВЛЯЕТСЯ 1. ФГС 2. рентгеноскопия желудка 3. контрастное исследование желудка в горизонтальном положении 4. определение кислотности желудочного сока	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
307.	В ГЕНЕЗЕ СКОЛЬЗЯЩИХ ГРЫЖ ПОД ГЛАВНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ 1. повышение внутрибрюшного давления 2. астеническое телосложение 3. гипертоническая болезнь 4. ожирение	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
308.	ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ ПОД ПРИ ФГС ЧАЩЕ ВСЕГО НАХОДЯТ 1. недостаточность кардии 2. катаральный эзофагит 3. язвенный эзофагит 4. сужение кардии	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
309.	ПРИ ПАРАЭЗОФАГАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПРИ ФГС ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ 1. явления гастрита 2. рефлюкс-эзофагит 3. деформация желудка 4. сужение кардии	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
310.	ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ ПОД СЛУЖИТ 1. болевой синдром 2. размеры грыжи 3. выраженность рефлюкс-эзофагита 4. неэффективность консервативного лечения	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
311.	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ УЩЕМЛЁННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. тошнота и рвота 2. кардиореспираторные расстройства 3. явления перитонита 4. болевой синдром	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
312.	ОГРАНИЧЕННЫЕ РЕЛАКСАЦИИ КУПОЛА ДИАФРАГМЫ 1. в лечении не нуждаются 2. подлежат оперативному лечению 3. лечатся консервативно 4. лечатся оперативно при неэффективности консервативного лечения	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
313.	ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ СМЕЩАЕТСЯ 1. желудок 2. тонкая кишка 3. селезенка	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4. поперечно-ободочная кишка			
314.	ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ 1. почти всегда левосторонние 2. правосторонние 3. правосторонние и левосторонние грыжи встречаются одинаково часто 4. чаще встречается разрыв сухожильного центра диафрагмы	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
315.	НЕОБХОДИМОСТЬ В ОПЕРАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ОБУСЛОВЛЕНА 1. болевым синдромом 2. кардиореспираторным синдромом 3. опасностью ущемления грыжи 4. величиной грыжевого содержимого	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
316.	ОСНОВНУЮ РОЛЬ В ГЕНЕЗЕ РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ ИГРАЕТ 1. травматическое повреждение диафрагмы 2. высокое внутрибрюшное давление 3. повреждение диафрагмального нерва 4. дистрофические изменения в мышечных волокнах диафрагмы	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
317.	ПРИ РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ 1. всех видах релаксации диафрагмы 2. полных релаксациях диафрагмы 3. ограниченных релаксациях диафрагмы 4. полных релаксациях с выраженной клинической симптоматикой	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
318.	ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ ДОСТУП 1. лапаротомный 2. трансторакальный 3. торакоабдоминальный 4. лапароскопический	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
319.	ДЕФЕКТ В ДИАФРАГМЕ УШИВАЕТСЯ 1. отдельными кетгутовыми швами 2. редкими шелковыми или лавсановыми швами 3. П-образными швами 4. частыми швами из нерассасывающегося материала	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
320.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГРЫЖИ ДИАФРАГМЫ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1. ФГС 2. рентгеноскопию грудной клетки	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3. пневмоперитонеум 4. контрастное исследование желудка			
321.	САМЫМ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. наличие перистальтики при аускультации грудной клетки 2. притупление перкуторного звука над соответствующим гемитораксом 3. ослабление дыхания над лёгкими 4. смещение органов средостения	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
322.	ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДИТСЯ 1. перемещение диафрагмы 2. ушивание диафрагмы 3. гафрирование диафрагмы 4. дубликатура диафрагмы	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
323.	ПРИ ПАРАЭЗОФАГАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ПРИ ФГС ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ 1. гастрит 2. рефлюкс-эзофагит 3. деформация желудка 4. сужение кардии	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
324.	У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ 1. аплазия купола диафрагмы 2. частичные правосторонние дефекты 3. частичные левосторонние дефекты 4. френоперикардальные грыжи	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-4
325.	НА МЫСЛЬ О МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ МОЖЕТ НАВЕСТИ 1. коликообразные боли в животе 2. схваткообразные боли в животе 3. периодически исчезающая боль в животе 4. интенсивная боль в животе, не соответствующая клиническим находкам	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
326.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА ЯВЛЯЕТСЯ 1. облитерирующий тромбангиит 2. облитерирующий атеросклероз 3. пункция и катетеризация артерий 4. экстравазальная компрессия артерий	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
327.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ЭМБОЛИИ АРТЕРИЙ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. атеросклероз дуги аорты 2. ишемическая болезнь сердца 3. тромбоз вен большого круга кровообращения 4. аневризма аорты	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

328.	У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В СТАДИИ ИШЕМИИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ 1. живот мягкий 2. болезненность во всех отделах 3. положительный симптом Щёткина-Блюмберга 4. положительный симптом мышечного напряжения	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
329.	ДИАГНОСТИКА ЛЮБОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАЧИНАЕТСЯ С 1. анализа крови 2. пальпации и аускультации живота 3. хорошо собранного анамнеза 4. рентгенологического обследования	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
330.	У БОЛЬНОЙ 42 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ, 6 ЧАСОВ НАЗАД ПОЯВИЛИСЬ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, БЫЛА ДВУХКРАТНАЯ РВОТА, ЖИДКИЙ СТУЛ. ПРИ ОСМОТРЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ. ЯЗЫК СУХОВАТ. ЖИВОТ МЯГКИЙ ВО ВСЕХ ОТДЕЛАХ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ В МЕЗОГАСТРИИ. ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ НЕТ. ПЕРИСТАЛЬТИКА КИШЕЧНИКА ОСЛАБЛЕНА. ЛЕЙКОЦИТЫ КРОВИ $19 \times 10^9 / \text{л}$ . ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ 1. острая странгуляционная кишечная непроходимость 2. острое нарушение мезентериального кровообращения 3. расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты 4. болезнь Бадда-Киари	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
331.	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ОТКРЫТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. отёк конечности 2. боль в ране 3. наружное кровотечение 4. симптом натяжения	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
332.	К МЕСТНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТКРЫТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ АРТЕРИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. наружное кровотечение 2. пульсирующая гематома 3. локализация раны в проекции сосудистого пучка	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4. отёк конечности			
333.	К ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. пальцевое прижатие артерии 2. наложение давящей повязки на рану 3. наложение сосудистого шва 4. форсированное сгибание конечности	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
334.	ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ ВЫДЕЛЯЮТ _____ СТЕПЕНИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ 1. две 2. три 3. четыре 4. пять	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
335.	ДЛЯ КОМПЕНСИРОВАННОЙ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО 1. чувствительность и активные движения конечности сохранены 2. чувствительность и активные движения конечности снижены, пассивные сохранены 3. чувствительность и активные движения конечности отсутствуют, пассивные снижены 4. чувствительность, активные и пассивные движения конечности отсутствуют	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
336.	ДЛЯ НЕОБРАТИМОЙ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРНО 1. чувствительность и активные движения конечности сохранены 2. чувствительность и активные движения конечности снижены, пассивные сохранены 3. чувствительность и активные движения конечности отсутствуют, пассивные снижены 4. чувствительность, активные и пассивные движения конечности отсутствуют	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
337.	ПРИ НЕОБРАТИМОЙ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ 1. временное протезирование сосуда 2. шунтирующая операция 3. сосудистый шов, восстановление кровотока 4. первичная ампутация конечности	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
338.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ ДЛЯ БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи 2. боль в области шеи 3. изменение голоса 4. нарушение акта глотания	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

339.	<p>ДЛЯ БОЛЬНОГО С ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. невозмутимость</li> <li>2. сухость кожных покровов</li> <li>3. увеличение массы тела</li> <li>4. учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
340.	<p>У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ В АНАМНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. время и обстоятельства выявления (увидел, нащупал, выявил) деформации шеи или опухолевидного образования</li> <li>2. количество употребляемых в сутки морепродуктов</li> <li>3. регулярность прохождения УЗИ</li> <li>4. последнее посещение диспансеризации</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
341.	<p>У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ В АНАМНЕЗЕ ЖИЗНИ СЛЕДУЕТ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. последнее посещение диспансеризации</li> <li>2. проживание в эндемичном районе</li> <li>3. регулярность прохождения УЗИ</li> <li>4. количество употребляемых в сутки морепродуктов</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
342.	<p>ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ БУДЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. деформация шеи</li> <li>2. экзофтальм</li> <li>3. тахикардия</li> <li>4. болезненность при пальпации шеи</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
343.	<p>ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНОГО С ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. деформация шеи, экзофтальм, тахикардия</li> <li>2. охриплость голоса</li> <li>3. выраженные отёки</li> <li>4. наличие систолического шума в области сердца</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
344.	<p>ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ШЕИ У БОЛЬНОГО С УЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ ОБРАЩАЮТ ВНИМАНИЕ НА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. толщину подкожно-жировой клетчатки</li> <li>2. наличие узлов, их размеры, плотность, подвижность, болезненность, смещаемость при глотании</li> <li>3. пульсацию сонных артерий</li> <li>4. наличие симптома флюктуации</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
345.	<p>УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. функциональную активность</li> <li>2. степень подострого тиреоидита</li> <li>3. размеры, положение, форму, структуру узлов, наличие капсулы, микрокальцинатов</li> <li>4. наличие метастазов в лимфоузлы шеи</li> </ul>			
346.	<p><b>РАДИОНУКЛЕИДНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ИЛИ СЦИНТИГРАФИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. уровень тиреоидных гормонов</li> <li>2. степень подострого тиреоидита</li> <li>3. размеры, положение, форму, структуру узлов, наличие капсулы, микрокальцинатов</li> <li>4. наличие горячих, тёплых, холодных узлов на фоне гипер- или гипофункционирующей ткани щитовидной железы</li> </ul>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
347.	<p><b>СКАНИРОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО ПРИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. многоузловом эутиреоидном зобе</li> <li>2. подостром тиреоидите</li> <li>3. аутоиммунном тиреоидите</li> <li>4. узлом токсическом, многоузловом токсическом зобе</li> </ul>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
348.	<p><b>ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИТИЕ КОТОРОГО СВЯЗАНО С</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. избыточной секрецией АКТГ</li> <li>2. избыточной секрецией паратгормона</li> <li>3. избыточной секрецией адреналина</li> <li>4. гипокальциемией</li> </ul>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
349.	<p><b>ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. гипернатриемия</li> <li>2. гиперфосфатемия</li> <li>3. гиперкальциемия</li> <li>4. гиперкалиемия</li> </ul>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
350.	<p><b>ЗАБОЛЕВАНИЕМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЕЙ, МОЖЕТ БЫТЬ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. первичный гиперпаратиреоз</li> <li>2. тиреотоксикоз</li> <li>3. инсулинома</li> <li>4. гипопаратиреоз</li> </ul>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
351.	<p><b>ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. аденома, рак или первичная гиперплазия паращитовидных желез</li> <li>2. МЭН 1 синдром</li> <li>3. андростерома</li> <li>4. опухоль надпочечника</li> </ul>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
352.	<p><b>ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. повышенная секреция паратгормона вследствие гипокальциемии (как правило, при ХПН)</li> </ul>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>2. исход прогрессирования вторичного гиперпаратиреоза, когда повышенная секреторная активность паращитовидных желез утрачивает зависимость от уровня кальция крови</p> <p>3. рак паращитовидной железы</p> <p>4. первичная гиперплазия паращитовидных желез</p>			
353.	<p>ТРЕТИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ – ЭТО</p> <p>1. повышенная секреция паратормона, вследствие гипокальциемии (как правило, при ХПН)</p> <p>2. аденома паращитовидной железы</p> <p>3. исход прогрессирования вторичного гиперпаратиреоза, когда повышенная секреторная активность паращитовидных желез утрачивает зависимость от уровня кальция крови</p> <p>4. первичная гиперплазия паращитовидных желез</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
354.	<p>К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ОТНОСЯТ</p> <p>1. костную, почечную, смешанную</p> <p>2. метаболическую</p> <p>3. злокачественную</p> <p>4. транзиторную</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
355.	<p>КОСТНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. двусторонним уролитиазом</p> <p>2. гиперостозом</p> <p>3. системным остеопорозом</p> <p>4. болями в суставах</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
356.	<p>ПОЧЕЧНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. двусторонним уролитиазом, рецидивным уролитиазом, коралловидным уролитиазом</p> <p>2. гломерулонефритом</p> <p>3. нефросклерозом</p> <p>4. патологическими переломами</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
357.	<p>ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНАЯ ФОРМА ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. язвой желудка, язвой ДПК</p> <p>2. острым панкреатитом</p> <p>3. неспецифическим язвенным колитом</p> <p>4. опухолью кишечника</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
358.	<p>К ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. болезнь Паркинсона</p> <p>2. болезнь и синдром Иценко-Кушинга</p> <p>3. болезнь Коновалова-Вильсона</p> <p>4. синдром Штейна-Левинтала</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

359.	<p>ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гормонально-активные, гормонально-неактивные</li> <li>2. множественные</li> <li>3. впервые выявленные</li> <li>4. активно растущие</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
360.	<p>ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВКЛЮЧАЮТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. уровня паратгормона</li> <li>2. уровня С-пептида</li> <li>3. уровня ТТГ, Т3, Т4</li> <li>4. количества кортизола, суточной экскреции 17-ОКС и свободного кортизола с мочой</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
361.	<p>ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сцинтиграфия скелета</li> <li>2. ФГДС</li> <li>3. МРТ гипофиза, МРТ или КТ надпочечников</li> <li>4. УЗИ сосудов почек</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
362.	<p>БОЛЕЗНЬ ИЦЕНКО-КУШИНГА – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. аденома гипофиза</li> <li>2. АКТГ-эктопированный синдром</li> <li>3. кортикостерома</li> <li>4. первичная микроузловая дисплазия коры надпочечников</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
363.	<p>СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА – ЭТО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. аденома гипофиза</li> <li>2. феохромоцитома</li> <li>3. кортикостерома</li> <li>4. альдостерома</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
364.	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИНДРОМА И БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. центральное (туловищное) ожирение, розово-пурпурные стрии, гирсутизм</li> <li>2. повышенная работоспособность, головная боль, нарушение половой функции</li> <li>3. артериальная гипотензия, гиперостоз</li> <li>4. олигоурия, гипогликемия</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
365.	<p>МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. адреналэктомия справа</li> <li>2. двухсторонняя адреналэктомия</li> <li>3. рентгенотерапия</li> <li>4. радиойодтерапия</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

366.	<p>ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. артериальная гипертензия</li> <li>2. отсутствие эффекта от консервативной терапии</li> <li>3. повышение кортизола крови более чем в два раза</li> <li>4. выраженное ожирение</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
367.	<p>ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ИЦЕНКО-КУШИНГА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. хирургическое (адреналэктомия при кортикостероме, или удаление опухоли другой локализации)</li> <li>2. медикаментозное (парлодел)</li> <li>3. облучение гипофиза (гамма-терапия)</li> <li>4. удаление аденомы гипофиза</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
368.	<p>ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. функциональную активность клеток</li> <li>2. морфологическую структуру ткани</li> <li>3. йодконцентрирующую функцию щитовидной железы</li> <li>4. содержание трийодтиронинов в ткани</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
369.	<p>ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ БОЛЬНОМУ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СТАЦИОНАРНЫЙ И АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАПЫ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 25-30 суток</li> <li>2. 30-35 суток</li> <li>3. 35-45 суток</li> <li>4. 55-65 суток</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-10
370.	<p>ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВКЛЮЧАЮТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. определение ПТГ</li> <li>2. определение содержания тиреоглобулина</li> <li>3. определение ТТГ и содержания свободного Т4 (тироксина)</li> <li>4. определение адреналина, норадреналина</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
371.	<p>БОЛЬНОМУ С РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ ОПЕРАЦИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гемитиреоидэктомию</li> <li>2. субтотальную резекцию правой доли</li> <li>3. тиреоидэктомию, центральную лимфаденэктомию</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	4. субтотальную субфасциальную резекцию щитовидной железы по Николаеву			
372.	ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. клинико-цитологическое подозрение на рак ЩЖ 2. высокий уровень ТТГ 3. наличие метастазов в региональные лимфоузлы 4. холодный узел по данным скенирования	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
373.	В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО 1. заместительная терапия 2 супрессивная терапия препаратами тиреоидных гормонов 3. назначение йодомарина 4. облучение области щитовидной железы	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
374.	РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ T2N1M0 – ЭТО 1. солитарная опухоль щитовидной железы менее 2 см 2. солитарная опухоль щитовидной железы более 2 см 3. солитарная опухоль щитовидной железы более 2 см с метастазами в региональные лимфоузлы 4. солитарная опухоль щитовидной железы более 2 см с метастазами в региональные лимфоузлы и отдалёнными метастазами	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
375.	ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО УДАЛИТЬ 1. лимфатические узлы центральной зоны (VI уровень), лимфатические узлы II-V уровня шеи при доказанном их метастатическом поражении 2. отдельные увеличенные лимфоузлы 3. все лимфатические узлы шеи 4. только боковые лимфоузлы шеи	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
376.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ЛЁГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ 1. пневмотомия 2. клиновидная резекция лёгкого 3. пневмоэктомия 4. лобэктомия	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
377.	ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. бронхография	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2. рентгенография 3. рентгеноскопия 4. компьютерная томография			
378.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОРАЖАЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. верхние доли обоих лёгких</li> <li>2. базальные сегменты нижних долей</li> <li>3. базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого лёгкого или средней доли правого лёгкого</li> <li>4. среднюю долю</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
379.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. верхняя доля</li> <li>2. средняя доля</li> <li>3. нижняя доля</li> <li>4. любая доля и любой сегмент обоих лёгких</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
380.	<p>У БОЛЬНОГО 26 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН ГАНГРЕНОЗНЫЙ АБСЦЕСС ЛЁГКОГО, ОСЛОЖНЁННЫЙ ПРОФУЗНЫМ ЛЁГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гемостатическая терапия</li> <li>2. искусственный пневмоторакс</li> <li>3. пневмоперитонеум</li> <li>4. радикальное хирургическое лечение в виде резекции лёгкого</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
381.	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации</li> <li>2. кашель с большим количеством гнойной мокроты</li> <li>3. высокая температура</li> <li>4. кровохарканье</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
382.	<p>К НАГНОИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЁГКИХ НЕ ОТНОСЯТ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. абсцесс лёгкого</li> <li>2. нагноившуюся кисту лёгкого</li> <li>3. гангрену лёгкого</li> <li>4. эмпиему плевры</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
383.	<p>ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. противовоспалительного лечения</li> <li>2. вагосимпатической блокады</li> <li>3. плевральной пункции</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	4. дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости			
384.	ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ 1. бронхоэктатической болезни 2. абсцесса лёгкого 3. туберкулёза лёгких 4. пневмонии	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
385.	У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ РАЗВИЛАСЬ ПЕРВИЧНАЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КУЛЬТИ БРОНХА. ЕМУ НЕОБХОДИМО 1. плевральная пункция 2. дренирование плевральной полости 3. бронхоскопия и нанесение биологического клея 4. динамическое наблюдение	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
386.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. антибактериальная терапия 2. повторные лечебные пункции 3. дренирование плевральной пункции 4. широкая торакотомия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
387.	ПРИ БОЛЬШОМ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ 5-ДНЕВНОЙ ДАВНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ 1. широкую торакотомию, удаление гемоторакса 2. дренирование плевральной полости 3. введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса 4. повторные плевральные пункции	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
388.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. кинический 2. рентгенологический 3. эндоскопический 4. лабораторный	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
389.	В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ 1. тимома 2. киста перикарда 3. невринома 4. липома	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
390.	ДЛЯ БИОПСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 1. торакотомия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2. медиастиноскопия 3. парамедиастинотомия 4. торакаскопия			
391.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1. консервативная терапия 2. химиотерапия 3. гамматерапия 4. хирургическое лечение	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
392.	СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ 1. доброкачественных опухолей средостения 2. тимомы средостения 3. невриномы средостения 4. злокачественных опухолей средостения	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
393.	МИАСТЕНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ 1. липомы 2. тимомы 3. невриномы 4. кисты перикарда	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
394.	ДЛЯ НЕВРИНОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ ХАРАКТЕРНО РАСПОЛОЖЕНИЕ В 1. переднем верхнем средостении 2. переднем нижнем средостении 3. заднем средостении паравертебрально 4. любом отделе средостения	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
395.	ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН 1. по клиническим симптомам 2. по рентгенологической картине 3. по КТ 4. только по морфологии	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
396.	ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ 1. консервативное лечение 2. наблюдение 3. радикальное хирургическое лечение 4. операция при быстром росте опухоли	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
397.	ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТИМОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ 1. шейный надгрудный доступ 2. частичная продольная стернотомия 3. срединная полная стернотомия 4. торакотомия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
398.	ПО КЛИНИЧЕСКИМ ДАННЫМ ЗАПОДОЗРЕН НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС. В ЭТОМ	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>СЛУЧАЕ НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. торакоскопия</li> <li>2. рентгеноскопия или рентгенография лёгких</li> <li>3. плевральная пункция</li> <li>4. сканирование лёгких</li> </ol>			
399.	<p>У БОЛЬНОГО 27 ЛЕТ ЧАС НАЗАД СРЕДИ ПОЛНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЯВИЛИСЬ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, НЕХВАТКА ВОЗДУХА. ДЫХАНИЕ НАД ЛЕВЫМ ЛЁГКИМ НЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ, ПРИ ПЕРКУССИИ ТИМПАНИТ. СРЕДОСТЕНИЕ СМЕЩЕНО ВПРАВО. У НЕГО НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. сухой плеврит</li> <li>2. инфаркт миокарда</li> <li>3. тромбоэмболию ветвей лёгочной артерии</li> <li>4. спонтанный неспецифический пневмоторакс</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
400.	<p>ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО БЫЛ ОБНАРУЖЕН КОЛЛАПС ЛЁГКОГО НА ПОЛОВИНУ ОБЪЁМА. ЛЕЧЕНИЕ ЕГО НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. плевральной пункции с аспирацией воздуха</li> <li>2. дренирования плевральной полости</li> <li>3. торокоскопии</li> <li>4. немедленной торокотомии</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
401.	<p>У БОЛЬНОГО, ПОСТУПИВШЕГО В ТЯЖЁЛОМ СОСТОЯНИИ, ВЫЯВЛЕНЫ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ РЁБЕР С ОБЕИХ СТОРОН (СЛЕВА – 5, СПРАВА – 4), ВЫРАЖЕННАЯ ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА, ДВУХСТОРОННИЙ ПНЕВМОТОРАКС. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дренирования обеих плевральных полостей</li> <li>2. введения игл в подкожную клетчатку</li> <li>3. интубации трахеи и искусственной вентиляции лёгких</li> <li>4. двухсторонней торокотомии</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
402.	<p>ПРИ НАПРЯЖЁННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. искусственная вентиляция лёгких</li> <li>2. немедленное дренирование плевральной полости</li> <li>3. срочная торокотомия</li> <li>4. торакоскопия</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
403.	<p>ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ С ПОЛНЫМ КОЛЛАПСОМ ЛЁГКОГО</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>во II межреберье по среднеключичной линии</li> <li>в VII межреберье по задней аксиллярной линии</li> <li>в VIII межреберье по средней аксиллярной линии</li> <li>во II межреберье по среднеключичной линии и в VIII межреберье по средней аксиллярной линии (2 дренажа)</li> </ol>			
404.	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>гемоторакс</li> <li>гемопневмоторакс</li> <li>пневмоторакс</li> <li>затемнение лёгкого при рентгенологическом исследовании</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
405.	<p>РУБЦОВЫЙ ПРОЦЕСС В СТЕНКЕ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ОЖОГА ПОЛНОСТЬЮ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>месяца</li> <li>2-3 месяцев</li> <li>6-8 месяцев</li> <li>года</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
406.	<p>ПОСЛЕ ОЖОГА ПИЩЕВОДА БОЛЬНОГО МОЖНО НАПРАВИТЬ НА ПЛАСТИКУ ПИЩЕВОДА ЧЕРЕЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2 месяца</li> <li>3 месяца</li> <li>6 месяцев</li> <li>9-12 месяцев</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
407.	<p>БОЛЬНОЙ С ПОСТОЖОГОВОЙ СТРИКТУРОЙ ПИЩЕВОДА, ОТ УРОВНЯ БИФУРКАЦИИ ДО ЖЕЛУДКА, МОЖЕТ ГЛОТАТЬ ТОЛЬКО ВОДУ. БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>бужирование пищевода</li> <li>срочная гастростомия, пластика пищевода через год после ожога пищевода</li> <li>дилатация пищевода</li> <li>гастростомия и ретроградное бужирование пищевода</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
408.	<p>ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ _____ ПИЩЕВОДА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>верхняя треть</li> <li>бифуркационный отдел</li> <li>наддиафрагмальный отдел</li> <li>абдоминальная часть</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
409.	<p>ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНОГО К ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА ПРИ</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	ПОСЛЕОЖГОВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РЕКОМЕНДОВАНА ГАСТРОСТОМИЯ ПО 1. Витцелю 2. Кадеру 3. Топроверу 4. Сапожкову			
410.	НАИБОЛЕЕ СОВРЕМЕННЫМ СПОСОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА 1. тонкой кишкой 2. правой половиной толстой кишки 3. левой половиной толстой кишки 4. желудком	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
411.	ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА 1. подкожный 2. субфасциальный 3. в средостении 4. трансплевральный	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
412.	У БОЛЬНОГО СТРИКТУРА ПИЩЕВОДА И СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА ПОСЛЕ ОЖОГА ПИЩЕВОДА КИСЛОТНОЙ. ТАКТИКА НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ 1. гастростомия 2. гастростомия и гастроэнтероанастомоз 3. гастростомия и резекция желудка по Бильрот 1 4. гастростомия и резекция желудка по Бильрот 2	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
413.	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЭРОЗИЙ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. употребление алкоголя 2. питание острой пищей 3. желудочный рефлюкс 4. сопутствующие заболевания (язвы, холецистит)	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
414.	ПЕПТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ПИЩЕВОДА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В _____ ПИЩЕВОДА 1. верхней трети 2. средней трети 3. нижней трети 4. абдоминальном отделе	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
415.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. кардиодилатация 2. операция Геллера 3. операция Геллера-Петровского 4. операция Геллера-Суворовой	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
416.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТ 1. рентгеноскопия пищевода 2. УЗИ	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3. эзофагокимография 4. эзофагоскопия			
417.	К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АХАЛАЗИИ КАРДИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. расширение пищевода 2. большое количество содержимого в пищеводе 3. хорошее расправление пищевода воздухом 4. рефлюкс желудочного содержимого в пищевод	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
418.	К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АХАЛАЗИИ КАРДИИ НЕ ОТНОСИТСЯ 1. сужение терминального отдела в виде клюва 2. супрастенотическое расширение пищевода 3. изъеденность контуров пищевода 4. уровень «воздух/жидкость» в пищеводе	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
419.	ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ КАРДИОДИЛЯТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. разрыв пищевода 2. кровотечение 3. недостаточность кардии 4. развитие рубцового стеноза	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
420.	НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ УТВЕРЖДЕНИЕМ В ОТНОШЕНИЕ ЭТИОЛОГИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ 1. в основе заболевания лежит травма пищевода 2. развитие заболевания связано с гибелью интрамурального нервного сплетения кардии 3. в генезе заболевания ведущее значение принадлежит психической травме 4. заболевание носит врождённый характер	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
421.	АХАЛАЗИЯ КАРДИИ ИМЕЕТ 1. 1 стадию 2. 2 стадии 3. 3 стадии 4. 4 стадии	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
422.	ПОСЛЕ КАРДИОДИЛАТАЦИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ 1. мотилиум 2. церукал 3. прозерин 4. креон	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
423.	ГЛАВНЫМ КОНСЕРВАТИВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1. питание жидкой пищей 2. таких нет, консервативные мероприятия неэффективны 3. атропинизация 4. мотилиум	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

424.	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. боль за грудиной 2. дисфагия 3. кашель 4. рвота	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
425.	НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ПИЩЕВОДА ПРЕДСТАВЛЯЮТ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА 1. крупного размера 2. суповые кости 3. рыбные кости 4. металлические	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
426.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. боль за грудиной 2. повышение температуры тела 3. появление эмфиземы на шее 4. непроходимость пищевода	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
427.	ПРИ НАЛИЧИИ ПРОБОДЕНИЯ ПИЩЕВОДА 1. его можно ушить в течение первых 12 часов 2. его можно ушить в течение суток 3. ушивать его нецелесообразно 4. необходимо установить эндопротез	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
428.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ 1. эндоскопия 2. инородное тело 3. трахеостомия 4. интубация трахеи при наркозе	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
429.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАВИТИЯ ОСТРОГО МЕДИАСТИНИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. разрыв пищевода 2. хирургическое вмешательство 3. гнойный лимфаденит с распространением процесса 4. распространение гнойных процессов с шеи	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
430.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНОГО СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. рентгенография с пробой Вальсальвы и в положении Тренделенбурга 2. фиброгастродуоденоскопия 3. мониторинг рН-метрии пищевода 4. измерение размеров грыжи	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

431.	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. лапароскопия</li> <li>2. пневмомедиастинография</li> <li>3. фиброгастроскопия</li> <li>4. рентгеноскопия пищевода и желудка</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
432.	<p>ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. недостаточность кардиального сфинктера</li> <li>2. алкоголизм</li> <li>3. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы</li> <li>4. язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
433.	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. повышенное слюноотделение</li> <li>2. тошнота</li> <li>3. дисфагия</li> <li>4. боли за грудиной</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
434.	<p>МОЛОДОЙ МУЖЧИНА ПРИ АВТОКАТАСТРОФЕ УДАРИЛСЯ ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. ЕГО БЕСПОКОЯТ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ УШИБА, ОСОБЕННО ПРИ ДЫХАНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ: ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ V-VII РЁБЕР СПРАВА ПО ПЕРЕДНЕПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ, ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА В ЭТОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ – ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА. ПРИ ПЕРКУССИИ – ТИМПАНИТ. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ, ОДЫШКИ И ТАХИКАРДИИ НЕТ. НЕКОТОРАЯ БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. посттравматическая пневмония справа</li> <li>2. перелом V-VII рёбер справа</li> <li>3. контузия правого лёгкого</li> <li>4. перелом V-VII рёбер справа, травматический пневмоторакс</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
435.	<p>МУЖЧИНА 40 ЛЕТ В АЛКОГОЛЬНОМ ОПЬЯНЕНИИ 4-5 ЧАСОВ ПРОСПАЛ НА УЛИЦЕ. ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ У НЕГО ПОВЫСИЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА, ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ. В ПОСЛЕДУЮЩЕМ – ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 39 °С. ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ВНЕЗАПНО ПРИ КАШЛЕ ОТОШЛО ОКОЛО</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>200 МЛ ГНОЯ С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. бронхоэктатическая болезнь</li> <li>2. острый абсцесс лёгкого</li> <li>3. плеврит</li> <li>4. обострение хронического бронхита</li> </ol>			
436.	<p>У БОЛЬНОЙ С АБСЦЕССОМ ПРАВОГО ЛЁГКОГО ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКИЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ОДЫШКА. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕНО КОЛАБИРОВАНИЕ ПРАВОГО ЛЁГКОГО, ШИРОКИЙ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ЖИДКОСТИ, РЕЗКОЕ СМЕЩЕНИЕ ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ ВЛЕВО. ДИАГНОЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. эмпиема плевры</li> <li>2. бронхолёгочная секвестрация</li> <li>3. пиопневмоторакс</li> <li>4. напряжённый спонтанный пневмоторакс</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
437.	<p>БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В БОЛЬНИЦУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА БРОНХОЭКТАТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. НЕБОЛЬШОЙ ЦИАНОЗ ГУБ, ЭМФИЗЕМАТОЗНО РАСШИРЕНА ГРУДНАЯ КЛЕТКА, ИЗМЕНЕНИЕ ПАЛЬЦЕВ РУК ПО ТИПУ «БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК», КОРОБОЧНЫЙ ОТТЕНОК ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА, РАССЕЯННЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. бронхоскопию</li> <li>2. рентгеноскопию грудной клетки</li> <li>3. бронхографию</li> <li>4. томографию</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
438.	<p>МАЛАЯ ПОДКОЖНАЯ (СКРЫТАЯ) ВЕНА ОБЫЧНО РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в подкожной клетчатке на всём протяжении задней поверхности голени</li> <li>2. в подкожножировой клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней</li> <li>3. между листками глубокой фасции на всём протяжении</li> <li>4. между листками глубокой фасции в нижней половине и субфасциально в верхней</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
439.	<p>ПРИ ОЦЕНКЕ ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тальмана</li> <li>2. Шейниса</li> <li>3. Гаккенбруха</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4. Мейо-Претта			
440.	<p>ДЛЯ ФЛЕБОТРОМБОЗА ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА НЕ ХАРАКТЕРНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гиперемия кожи бедра в области прохождения вен</li> <li>2. отёк стопы и голени</li> <li>3. распирающие боли в бедре</li> <li>4. увеличение объёма бедра и голени</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
441.	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. облитерирующий тромбангиит</li> <li>2. облитерирующий атеросклероз</li> <li>3. пункция и катетеризация артерий</li> <li>4. экстравазальная компрессия артерий</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
442.	<p>АМБУЛАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОДЛЕЖИТ ПАЦИЕНТ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. подозрением на острый аппендицит</li> <li>2. «злокачественным» фурункулом</li> <li>3. глубокими ожогами до 10% площади поражения</li> <li>4. подкожным панарицием</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
443.	<p>ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН ПАЦИЕНТ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. липомой правого бедра</li> <li>2. паховой грыжей</li> <li>3. подозрением на обострение язвенной болезни</li> <li>4. подозрением на острый аппендицит</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-10
444.	<p>У ХИРУРГА ПОЛИКЛИНИКИ СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬСЯ ПАЦИЕНТУ С</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. гипертоническим кризом</li> <li>2. подкожным панарицием</li> <li>3. кистой правой почки</li> <li>4. флегмоной левого предплечья</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-10
445.	<p>НА АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЁМ ПРИШЛА ПАЦИЕНТКА 27 ЛЕТ С ОТКРЫТЫМ ЛИСТКОМ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПРООПЕРИРОВАННАЯ 8 СУТОК НАЗАД В СТАЦИОНАРЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА. ЭТОТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НЕОБХОДИМО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. «закрыть» днём выписки из стационара</li> <li>2. вернуть в стационар</li> <li>3. «закрыть» днём обращения на приём в поликлинику</li> <li>4. «продлить»</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-10

446.	ПАЦИЕНТ, ИМЕЮЩИЙ ПРИЗНАКИ ИНВАЛИДНОСТИ, ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН НА 1. КЭК 2. МСЭ 3. принудительное лечение 4. работу с особым режимом	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-10
447.	ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ПОДКОЖНЫМ ПАНАРИЦИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ 1. внутривенный наркоз 2. проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу 3. инфильтрационная анестезия 4. орошение местным анестетиком	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
448.	ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У РАБОТАЮЩЕГО ПАЦИЕНТА 32 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА ПАХОВАЯ ГРЫЖА СПРАВА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ 1. ношение бандажа 2. сменить место работы 3. экстренно обратиться в приёмный покой стационара 4. плановое грыжесечение	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
449.	РАННЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКОЙ РАНЫ НАЗЫВАЕТСЯ ОБРАБОТКА 1. в первые 6 часов после травмы 2. спустя 12 часов после травмы 3. до 18 часов после травмы 4. через 24-36 часов после травмы	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
450.	ОТСРОЧЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ – ЭТО ОБРАБОТКА ЕЁ В ПЕРИОД 1. спустя 6 часов после травмы 2. до 18 часов после травмы 3. 18-24 часа после травмы 4. 24-48 часов после травмы	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
451.	ПОЗДНЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ – ЭТО ОБРАБОТКА ЕЁ В ПЕРИОД 1. 18-24 часа после травмы 2. 24-36 часов после травмы 3. 36-48 часов после травмы 4. 48-72 часа после травмы	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
452.	ГЛАВНОЙ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ СТОРОНОЙ «КОНСЕРВАТИВНОГО» (ТАМПОННОГО) МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1. недостаточное дренирование гнойной раны 2. недостаточное антимикробное воздействие на рану	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	3. невозможность ограничить распространение гнойной инфекции 4. плохой функциональный результат лечения			
453.	В СТРУКТУРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ ХАРАКТЕРНО ПРЕВАЛИРОВАНИЕ _____ МИКРОФЛОРЫ 1. грамотрицательной 2. грамположительной 3. смешанной 4. грибковой	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
454.	ХОРОШЕЕ ЗАЖИВЛЕНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ БУДЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ 1. если наложить первичные швы 2. если наложить вторичные швы 3. в любом случае 4. если предоставить ране возможность вторичного натяжения	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
455.	РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗАЩИТОЙ ГНОЙНОЙ РАНЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО В _____ ФАЗЕ ЗАЖИВЛЕНИЯ 1. первой 2. второй 3. третьей 4. любой	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
456.	К ВИДАМ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН НЕ ОТНОСИТСЯ ЗАЖИВЛЕНИЕ 1. первичным натяжением 2. вторичным натяжением 3. под струпом 4. под повязкой	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
457.	ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ БРЮШИНЫ ПРОИСХОДИТ 1. при проникающей открытой травме живота 2. при некрозе кишки 3. при перфорации полого органа брюшной полости 4. гематогенным путём	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
458.	К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПЕРИТОНИТА НЕ ОТНОСИТСЯ 1. рвота 2. задержка отхождения газов 3. тахикардия 4. симптом Курвуазье	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
459.	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ 1. боль в животе 2. напряжение мышц передней брюшной стенки 3. рвота	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4. задержка отхождения стула и газов			
460.	ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ЛАВАЖ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОКАЗАН ПРИ 1. ферментативном перитоните 2. периаппендикулярном абсцессе 3. распространённом гнойном перитоните 4. межкишечном абсцессе	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
461.	ДИАГНОЗ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ДО ОПЕРАЦИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ 1. рентгенологически 2. анамнестически 3. на основании лабораторных признаков системного воспаления 4. по клиническим признакам	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
462.	ДЛЯ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ 1. дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией 2. УФО крови 3. ультрагеофилтрация 4. эндолимфатическое введение антибиотиков	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
463.	К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА НЕ ОТНОСИТСЯ 1. ликвидация патологического очага 2. санация брюшной полости антисептиками 3. дренирование брюшной полости 4. интраоперационная стимуляция кишечной перистальтики	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
464.	ПЛАНОВЫЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЯТЬ ЧЕРЕЗ 1. 12 часов 2. 24 часа 3. 48 часов 4. 72 часа	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
465.	ОПТИМАЛЬНОЙ ДРЕНАЖНОЙ СИСТЕМОЙ ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 1. перчаточный дренаж 2. дренаж Пенроуза 3. «сигарный» дренаж 4. дренаж Редона	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
466.	ОПТИМАЛЬНЫМ РЕЖИМОМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>1. эскалационная терапия</p> <p>2. деэскалационная терапия</p> <p>3. применение только местных антисептических средств на начальном этапе, антибактериальная терапия – при ухудшении состояния больного</p> <p>4. комбинация антибиотиков</p>			
467.	<p>ДЛЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <p>1. продлённая вено-венозная гемо(диа)фильтрация</p> <p>2. УФО крови</p> <p>3. лимфосорбция</p> <p>4. ВЛОК</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
468.	<p>ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА</p> <p>1. SAPS II</p> <p>2. APACHE III</p> <p>3. SOFA</p> <p>4. MIP</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
469.	<p>ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА</p> <p>1. MODS</p> <p>2. SAPS II</p> <p>3. SOFA</p> <p>4. ИБП</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
470.	<p>ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ И ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ШКАЛА</p> <p>1. MODS</p> <p>2. SAPS II</p> <p>3. SOFA</p> <p>4. ИБП</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
471.	<p>К МЕРОПРИЯТИЯМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. катетеризация центральной вены</p> <p>2. катетеризация мочевого пузыря</p> <p>3. установка назогастрального зонда</p> <p>4. установка газоотводной трубки</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
472.	<p>НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ЗОНД УДАЛЯЕТСЯ</p> <p>1. через 1-2 суток</p> <p>2. при отсутствии отделяемого по нему</p> <p>3. при отсутствии признаков системного воспаления</p> <p>4. после восстановления моторики кишечника</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

473.	<p>НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ЗОНД НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. дренирования кишечника</li> <li>2. энтеросорбции</li> <li>3. кишечного лаважа</li> <li>4. энтерального питания</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
474.	<p>К КРИТЕРИЯМ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. отсутствие симптомов системной воспалительной реакции</li> <li>2. отсутствие проявлений постинфекционной астении</li> <li>3. отсутствие полиорганной недостаточности, связанной с инфекцией</li> <li>4. восстановление функции ЖКТ</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
475.	<p>К МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ СТРЕСС-ЯЗВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. раннее энтеральное питание</li> <li>2. применение ингибиторов протонной помпы</li> <li>3. массивная инфузионная терапия</li> <li>4. восстановление функции ЖКТ</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
476.	<p>БОЛЬНОМУ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ II-III СТЕПЕНИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ПОКАЗАНА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. экстренная операция немедленно после установления диагноза</li> <li>2. экстренная операция после введения сердечных средств</li> <li>3. экстренная операция после кратковременной 2-3-х часовой инфузионной терапии</li> <li>4. операция после полной ликвидации дефицита ОЦК, электролитов, белка</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
477.	<p>ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОГО С РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПЕРИТОНИТОМ НАЧАЛО НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. после восстановления кишечной перистальтики</li> <li>2. в сроки 24-36 ч</li> <li>3. с 3-4 суток интенсивной терапии</li> <li>4. при адекватном спонтанном дыхании</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
478.	<p>ПРИСОЕДИНЕНИЕ МЕТРОНИДАЗОЛА ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ ПОКАЗАНО</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. к карбопенемам</li> <li>2. при первичном перитоните</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>3. при высеве анаэробов из перитонеального экссудата</p> <p>4. к антибактериальному препарату без антианаэробной активности</p>			
479.	<p>ОПТИМАЛЬНЫМ ПУТЁМ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>1. внутримышечный</p> <p>2. внутривенный</p> <p>3. внутриартериальный</p> <p>4. внутрибрюшинный</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
480.	<p>ВЫБОР ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ НЕ ЗАВИСИТ ОТ</p> <p>1. тяжести общего состояния</p> <p>2. выраженности синдрома системной воспалительной реакции</p> <p>3. уровня лечебного учреждения</p> <p>4. происхождения перитонита</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
481.	<p>НАЗНАЧЕНИЕ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ЭТИОТРОПНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ЗАВИСИТ ОТ</p> <p>1. источника перитонита</p> <p>2. данных микробиологического исследования</p> <p>3. происхождения перитонита</p> <p>4. тяжести перитонита</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
482.	<p>К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНИТА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. положительная динамика симптомов абдоминальной инфекции</p> <p>2. уменьшение выраженности системной воспалительной реакции</p> <p>3. отрицательный результат микробиологического исследования перитонеального экссудата</p> <p>4. уменьшение интоксикации</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
483.	<p>К КРИТЕРИЯМ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. температуры тела <math>\geq 38</math> °C или <math>\leq 36</math> °C</p> <p>2. ЧСС <math>\geq 90</math> в мин</p> <p>3. среднее артериальное давление <math>\geq 100</math> мм рт. ст. или <math>\leq 65</math> мм рт. ст.</p> <p>4. в клиническом анализе крови: количество лейкоцитов <math>\geq 12 \times 10^{12}/л</math> или <math>\leq 4 \times 10^{12}/л</math> или количество незрелых форм <math>\geq 10\%</math></p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
484.	СЕПСИС – ЭТО	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>1. наличие двух и более признаков синдрома системной воспалительной реакции</p> <p>2. синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов</p> <p>3. угрожающая жизни органная дисфункция в результате нарушения ответа хозяина на инфекцию</p> <p>4. синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов с признаками тканевой и органной гипоперфузии и артериальной гипотонией, не устраняющейся с помощью инфузионной терапии и требующей назначения катехоламинов</p>			
485.	<p>СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК – ЭТО</p> <p>1. наличие двух и более признаков синдрома системной воспалительной реакции</p> <p>2. синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов</p> <p>3. угрожающая жизни органная дисфункция в результате нарушения ответа хозяина на инфекцию</p> <p>4. подвид сепсиса, характеризующийся циркуляторной недостаточностью, проявляющейся артериальной гипотонией и повышением уровня лактата более 2 ммол/л, несмотря на адекватную инфузию, и требующей введения вазопрессоров</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
486.	<p>К БИОМАРКЁРАМ СЕПСИСА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. прокальцитонин</p> <p>2. С-реактивный белок</p> <p>3. серомукоид</p> <p>4. пресепсин</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
487.	<p>К ПРАВИЛАМ ЗАБОРА КРОВИ ДЛЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>1. кровь для исследования необходимо забирать до назначения антибиотиков</p> <p>2. необходимым минимумом забора являются две пробы, взятые из вен разных верхних конечностей с интервалом 30 мин</p> <p>3. кровь для исследования необходимо забирать только из периферической вены</p> <p>4. забор крови осуществляется на высоте лихорадки</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
488.	<p>ПОД ТЕРМИНОМ «СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА» ПОНИМАЮТ</p> <p>1. системный ответ на проникновение инфекции</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	<p>2. системный ответ на разнообразные выраженные экстремальные воздействия и агрессию</p> <p>3. системный ответ на тяжёлую травму, ожоги</p> <p>4. системный ответ на повторные оперативные вмешательства, сопровождающиеся шоком</p>			
489.	<p>ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО И ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ</p> <p>1. APACHE II</p> <p>2. SOFA</p> <p>3. RANSON</p> <p>4. GLASGO</p>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
490.	<p>ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЦНС ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ</p> <p>1. APACHE II</p> <p>2. SOFA</p> <p>3. RANSON</p> <p>4. GLASGO</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
491.	<p>ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВОДИМОЙ В ПЕРВЫЕ 6 Ч ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ТКАНЕЙ ДОЛЖНО ДОСТИЧЬ</p> <p>1. 15-20 мм вод. ст.</p> <p>2. 0-5 мм рт. ст.</p> <p>3. 8-12 мм рт. ст.</p> <p>4. 8-12 мм вод. ст.</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
492.	<p>СРЕДНЕЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (АДСР) В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВОДИМОЙ В ПЕРВЫЕ 6 Ч ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ТКАНЕЙ ДОЛЖНО ДОСТИЧЬ</p> <p>1. <math>\geq 40</math> мм рт. ст.</p> <p>2. <math>\geq 65</math> мм рт. ст.</p> <p>3. <math>\geq 80</math> мм рт. ст.</p> <p>4. <math>\geq 100</math> мм рт. ст.</p>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
493.	<p>ДИУРЕЗ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВОДИМОЙ В ПЕРВЫЕ 6 Ч ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ТКАНЕЙ ДОЛЖЕН ДОСТИЧЬ</p> <p>1. 500 мл</p> <p>2. 1,5 л</p> <p>3. 50 мл/ч</p> <p>4. <math>\geq 0,5</math> мл/кг/ч</p>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
494.	<p>САТУРАЦИЯ КРОВИ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЕ (SVCO<sub>2</sub>) ИЛИ СМЕШАННОЙ</p>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	<p>ВЕНОЗНОЙ КРОВИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВОДИМОЙ В ПЕРВЫЕ 6 Ч ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПСИС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ ТКАНЕЙ ДОЛЖНА ДОСТИЧЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\geq 40\%</math></li> <li>2. <math>\geq 60\%</math></li> <li>3. <math>\geq 70\%</math></li> <li>4. <math>\geq 90\%</math></li> </ol>			
495.	<p>ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ СТАРТОВОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНОГО СЕПСИСОМ НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пол больного</li> <li>2. происхождение сепсиса (внебольничный или нозокомиальный)</li> <li>3. предполагаемый очаг инфекции</li> <li>4. тяжесть состояния больного</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
496.	<p>ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛЫМ СЕПСИСОМ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. низкие дозы нефракционированного гепарина</li> <li>2. препараты низкомолекулярного гепарина</li> <li>3. чулочные изделия с градуированной компрессией</li> <li>4. массаж нижних конечностей</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
497.	<p>ВНУТРИВЕННАЯ ТЕРАПИЯ АНТИБИОТИКАМИ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. после проведения диагностических мероприятий и установления всех источников инфекции</li> <li>2. после оперативного лечения, направленного на ликвидацию источника инфекции</li> <li>3. после проведения инфузионной терапии и стабилизации состояния больного</li> <li>4. в течение первого часа с момента установления диагноза «сепсис» и после того, как взят соответствующий материал для микробиологического исследования</li> </ol>	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
498.	<p>ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СТАРТОВОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ СЕПСИСА ДОЛЖЕН ОСНОВЫВАТЬСЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НА</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. возрасте и поле больного</li> <li>2. тяжести общего состояния по шкале SAPS II или APACHE III</li> <li>3. данных о чувствительности внебольничных</li> </ol>	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	и нозокомиальных возбудителей в конкретном регионе и стационаре, соответственно 4. количестве признаков ССВР			
499.	<p>АДЕКВАТНОСТЬ СТАРТОВОГО РЕЖИМА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ДОЛЖНА ОЦЕНИВАТЬСЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. через 3-4 ч на основании динамики гемодинамических показателей</li> <li>2. через 48-72 ч на основании микробиологических и клинических данных</li> <li>3. по рентгенологической динамике со стороны лёгких через 5-6 сут</li> <li>4. по динамике микробиологических посевов крови</li> </ol>	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
500.	<p>«ПРОБА С ОБЪЁМНОЙ НАГРУЗКОЙ» У БОЛЬНЫХ С СЕПСИСОМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ГИПОВОЛЕМИЮ ПРОВОДИТСЯ ПУТЁМ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. инфузии 500-1000 мл кристаллоидов или 300-500 мл коллоидов в течение 30 мин</li> <li>2. переливания 300 мл эритромаcсы</li> <li>3. переливания 500-600 мл свежзамороженной плазмы</li> <li>4. перорального приёма 1,5 л жидкости</li> </ol>	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5