

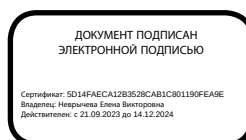
Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

ОДОБРЕНО
педагогическим советом
12.09.2022, протокол № 5

УТВЕРЖДАЮ
И.о. проректора управления
по учебной работе

Е.В. Неврычева

13 сентября 2022 г.



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.67 Хирургия
Укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»
БЗ (108 часов, 3 з.е.)

Хабаровск

2022

Оглавление

I.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
II.	ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	4
III.	ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ	7

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы 31.08.67 Хирургия соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации по образцу, установленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом оценки качества освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы и должна дать объективную оценку наличию у выпускника подготовленности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.67 Хирургия относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель государственной итоговой аттестации: объективном выявлении уровня подготовленности выпускника к компетентностному выполнению следующих видов профессиональной деятельности: профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая.

1.1. Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка уровня сформированности у выпускников необходимых универсальных и профессиональных компетенций;
- определение уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- выявление уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.
- принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-хирург – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Института с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

1.2. Результаты освоения программы ординатуры

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных и профессиональных компетенций:

1.1. Универсальные компетенции и индикаторы их достижения:

Таблица 1

Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК-1. Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
	УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-2. Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	УК-2.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
	УК-2.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
	УК-2.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
УК-3. Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	УК-3.1 Планирует педагогическую деятельность
	УК-3.2 Осуществляет педагогическую деятельность

1.2. Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
Профилактическая деятельность	ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ПК-1.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-1.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских	ПК-2.1 Проводит профилактику (в том числе профилактические медицинские осмотры)

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	по профилю «хирургия» ПК-2.2 Проводит диспансеризацию и диспансерное наблюдение
	ПК-3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	ПК-3.1 Проводит противоэпидемические мероприятия ПК-3.2 Организует защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
	ПК-4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	ПК-4.1 Применяет социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
Диагностическая деятельность	ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	ПК-5.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ПК-5.2 Направляет пациентов (или проводить самостоятельно) на лабораторные и инструментальные обследования
Лечебная деятельность	ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	ПК-6.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ПК-6.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения ПК-6.3 Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, оформляет необходимую медицинскую документацию и направляет для прохождения медико-социальной экспертизы (МСЭ)
	ПК-7. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	ПК-7.1 Оценивает состояния пациентов ПК-7.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
Реабилитационная деятельность	ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	ПК-8.1 Применяет методы медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях ПК-8.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
Психолого-педагогическая деятельность	ПК-9. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9 Применяет психолого-педагогические методы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
Организационно-управленческая деятельность	ПК-10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в	ПК-10.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан

Наименование группы профессиональных компетенций (по видам деятельности)	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
	сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-10.2 Участвует в управлении медицинской организацией и ее структурными подразделениями
	ПК-11. Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ПК-11.1 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
	ПК-12. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	ПК-12.1 Участвует в организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

III. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ

1.3. Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

1.4. Формы проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания проходят в три этапа:

- тестирование;
- оценка уровня освоения практических навыков;
- собеседование.

1.5. Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится основной образовательной программы по специальности 31.08.67 Хирургия, результаты освоения которой имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Таблица 4

Этапы государственной итоговой аттестации

№ п/п	Наименование этапа	Предмет проверки	Особенности проведения
1.	Тестирование	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 100 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Института

		ординатуры	в соответствии с расписанием.
2.	Оценка уровня освоения практических навыков	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры	При проверке практических навыков обучающемуся предоставляются данные лабораторных и инструментальных обследований. В процессе ответа обучающийся должен провести анализ представленных обследований и дать свое заключение. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
3.	Собеседование	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке.

Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1.1. Основная литература

1. Аддитивные технологии при первичном и ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава : учеб. пособие / В. А. Базлов, М. В. Ефименко, А. А. Корыткин [и др.]. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, 2022. – 48 с. : ил.
2. Алгоритмы диагностики и лечения хирургических заболеваний. Учебное пособие. В 2 частях. Часть 2. Гнойно-воспалительные заболевания / О. В. Галимов, Р. С. Суфияров, Ю. В. Костина [и др.]. – Уфа : БГМУ, 2022. – 127 с. : ил.
3. Алгоритмы диагностики и лечения хирургических заболеваний. Учебное пособие. В 2 частях. Часть 1. Хирургические болезни брюшной полости / О. В. Галимов, Р. С. Суфияров, Ю. В. Костина [и др.]. – Уфа : БГМУ, 2022. – 98 с. : ил.
4. Ампутация и протезирование : учеб. пособие / Д. А. Тихомиров, Я. В. Ненахова, Н. Б. Щеколова, В. Г. Козюков. – Пермь : Изд-во ПГМУ им. Е. А. Вагнера, 2018. – 88 с. : ил.
5. Анальная трещина: современные методы диагностики и лечения : учеб. пособие / П. В. Царьков, С. К. Ефетов, А. М. Шломина, А. А. Отабеков. – М. : Изд-во Сечен. Ун-та, 2022. – 48 с. : ил.
6. Асланов, А. Д. Острая кишечная непроходимость : учеб. пособие / А. Д. Асланов, Л. М. Сахтуева. – Нальчик, 2018. – 60 с.
7. Волков, В. Е. Венозные и артериальные эмболии в хирургии : учеб. пособие / В. Е. Волков, С. В. Волков. – Чебоксары : Изд-во ЧГУ, 2020. – 96 с. : ил.
8. Волков, В. Е. Хирургические заболевания прямой кишки : учеб. пособие / В. Е. Волков, С. В. Волков. – Чебоксары : Изд-во ЧГУ, 2018. – 88 с.
9. Глушков, Н. И. Острая толстокишечная непроходимость опухолевого генеза : учеб. пособие / Н. И. Глушков, Т. Л. Горшенин, С. К. Дулаева. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2020. – 48 с. : ил.
10. Десмургия : учеб. пособие / Е. Н. Смолина, З. Х. Османов, М. Е. Борискова [и др.]. – СПб.

: Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2020. – 36 с. : ил.

11. Диабетическая стопа : учеб. пособие / Н. И. Глушков, Г. М. Горбунов, М. Б. Кветный [и др.]. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. – 36 с. : ил.

12. Диагностика и лечебная тактика при острой кишечной непроходимости : учеб. пособие / В. П. Акимов, О. И. Яковенко, Т. В. Яковенко [и др.]. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021. – 72 с. : ил.

13. Диагностика и лечение псевдокист поджелудочной железы, осложнённых перфорацией и разлитым ферментативным перитонитом : учеб. пособие / В. Р. Гольцов, В. Е. Савелло, Р. В. Вашетко [и др.]. – СПб. : Фирма Стикс, 2019. – 36 с. : ил.

14. Диагностика и хирургическое лечение рака легкого : учеб. пособие [в т. ч. для клин. ординаторов по специальности «Онкология» и «Хирургия»] / А. И. Иванов, Н. В. Коваленко, В. В. Жаворонкова [и др.]. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2021. – 38 с. : ил

15. Желудочные кровотечения опухолевого генеза : учеб. пособие / Б. В. Сигуа, В. П. Земляной, А. А. Курков, И. И. Губков. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2020. – 40 с. : ил.

16. Замещение аллокостью дефектов костной ткани при доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях : учеб. пособие / И. А. Кириллова, Е. А. Анастасиева, Е. В. Губина, Л. А. Черданцева. – Новосибирск : [Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна], 2021. – 60 с. : ил.

17. Зубаровский, И. Н. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки : учеб. пособие / И. Н. Зубаровский, С. М. Джиев. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2020. – 20 с.

18. Иммунологические аспекты трансплантации органов: иммуносупрессия, иммунологическая толерантность : учеб. пособие / М-во здравоохранения РФ, Нац. мед. исслед. центр трансплантологии и искусств. органов им. В. И. Шумакова ; сост. О. М. Цирульников, О. Е. Гичкун, А. О. Шевченко. – М. : Триада, 2020. – 51 с. : ил.

19. Кишечные свищи. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение : учеб. пособие, рекоменд. Координац. советом по обл. образования «Здравоохранение и медицинские науки» / С. Н. Потахин, Н. Н. Захаров, Д. Г. Рехен, С. В. Горохов. – Саратов : Изд-во СГМУ, 2022. – 76 с. : ил.

20. Корольков, А. Ю. Острое нарушение мезентериального кровообращения : учеб. пособие / А. Ю. Корольков, Д. И. Василевский, Д. Н. Попов. – СПб. : Скифия-принт, 2022. – 58 с. : ил.

21. Крайнюков, П. Е. Гнойные заболевания кисти (диагностика и лечение) : учеб. пособие для врачей и студентов / П. Е. Крайнюков, С. А. Матвеев, В. В. Кокорин. – М. : Изд-во РАЕН, 2020. – 48 с. : ил.

22. Кровотечения : учеб. пособие / С. И. Панин, Д. В. Фролов, С. Н. Карпенко [и др.]. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2022. – 88 с. : ил.

23. Лопатин, З. В. Симуляционное обучение в хирургии: отработка базовых хирургических манипуляций на тренажёре для разъединения и соединения тканей : учеб. пособие / З. В. Лопатин, М. М. Нахумов, И. М. Гасанбеков. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. – 40 с. : ил.

24. Макаров, И. В. Практические навыки : учеб. пособие [в т. ч. для клин. ординаторов] / И. В. Макаров, А. Ю. Сидоров, В. Я. Шибанов. – 4-е изд., испр. и доп. – Самара : Офорт, 2018. – 54 с. : ил.

25. Микрохирургический тренинг: организация индивидуальной учебной микрохирургической лаборатории, формирование, развитие и поддержание базовых и специальных навыков в области микрохирургии : учеб. пособие / А. В. Станишевский, К. Н. Бабичев, В. В. Ткачев [и др.]. – 2-е изд. – М. : Эко-Пресс, 2023. – 88 с. : ил.

26. Минимально инвазивные вмешательства у больных с опухолевой механической желтухой : учеб. пособие / В. Г. Ившин, С. М. Абдуллоев, М. В. Ившин, А. А. Цыбин. – Тула : Изд-во ТулГУ, 2019. – 32 с. : ил.

27. Мухин, А. С. Фотолекции НМО по избранным вопросам хирургии. Часть 1 / А. С. Мухин. – Н. Новгород : ИП Якушов Ю. И., 2023. – 156 с. : ил.

28. Наружные грыжи живота : учебн. пособие / Н. Ю. Коханенко, К. В. Павелец, О. Г. Вавилова [и др.]. – СПб. : Изд-во СПбГПМУ, 2022. – 44 с. : ил.

29. Оперативная оториноларингология : учеб. пособие / М-во здравоохранения Хабаров. края, Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. В. Э. Кокорина. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2022. – 80 с. : ил.

30. Оперативная хирургия гнойных процессов мягких тканей с основой клинической анатомии : учеб. пособие / В. К. Татьянченко, Ю. В. Красенков, Ю. В. Сухая [и др.] ; под ред. В. К. Татьянченко. – Ростов н/Д. : Изд-во РостГМУ, 2022. – 134 с. : ил.

31. Особенности диагностики и лечения хирургических заболеваний на фоне сахарного диабета : учеб. пособие / сост. М. Ф. Заривчацкий, П. С. Лукин, Е. Н. Смирнова. – Пермь : Изд-во ПГМУ им. Е. А. Вагнера, 2021. – 164 с. : ил.
32. Острая мезентериальная ишемия. Диагностическая и лечебная тактика : учебное пособие / И. П. Дуданов, Н. Ю. Коханенко, И. А. Соловьёв [и др.] ; под ред. И. П. Дуданова. – СПб. : Изд-во СПбГПМУ, 2022. – 44 с. : ил.
33. Острый панкреатит : учеб. пособие / К. Г. Кубачев, Т. В. Яковенко, Н. Э. Заркуа [и др.]. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021. – 84 с. : ил.
34. Острый панкреатит. Панкреонекроз : учеб. пособие / А. Г. Фёдоров, С. В. Давыдова, В. А. Иванов, А. Е. Климов. – М. : Изд-во РУДН, 2021. – 76 с. : ил.
35. Отдельнов, Л. А. Абдоминальный компартмент-синдром : учеб. пособие / Л. А. Отдельнов, А. С. Мухин, В. В. Паршиков. – Н. Новгород : Изд-во ПИМУ, 2020. – 68 с. : ил.
36. Пантелеев, В. С. Гнойные заболевания кисти, костей и суставов : учеб. пособие / В. С. Пантелеев, М. А. Нартайлаков, М. Р. Гараев. – Уфа : БГМУ, 2021. – 74 с. : ил.
37. Пахомов, И. А. Хирургическая коррекция фиксированной молоткообразной деформации малых пальцев стопы : учеб. пособие / И. А. Пахомов, С. М. Гуди, И. А. Кириллова. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, 2022. – 52 с. : ил.
38. Постхолецистэктомический синдром и дисфункция сфинктера Одди: клиника, диагностика, лечение и профилактика : учеб. пособие / сост. М. В. Репин. – Пермь : Изд-во ПГМУ им. Е. А. Вагнера, 2021. – 100 с. : ил.
39. Применение бактериофагов при лечении глубокой перипротезной инфекции тазобедренного сустава : учеб. пособие / В. В. Павлов, Е. А. Федоров, А. А. Корыткин, С. О. Кретьен. – Новосибирск : Изд-во ННИИТО им. Я. Л. Цивьяна, 2023. – 32 с. : ил.
40. Радикальная шейная лимфодиссекция с интраоперационным нейромониторингом : учеб. пособие / З. А. Раджабова, А. С. Митрофанов, Р. А. Нажмудинов [и др.]. – СПб. : Изд-во НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, 2021. – 48 с. : ил.
41. Радикальные операции с сосудистыми реконструкциями при местнораспространенных злокачественных опухолях поджелудочной железы : учеб. пособие для обучающихся в системе высш. и доп. проф. образования по специальностям 31.08.57 «Онкология», 31.08.67 «Хирургия», 31.08.08. «Радиология» и 31.08.63 «Рентгенология», 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия» / Д. Н. Майстренко, С. А. Попов, О. Е. Молчанов [и др.]. – СПб. : Полифарм, 2021. – 52 с. : ил.
42. Раны. Раневой процесс : учеб. пособие / Н. А. Бубнова, М. Е. Борискова, В. В. Васильев [и др.] ; под ред. В. П. Морозова. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2021. – 32 с.
43. Сепсис в хирургической и онкологической практике : учеб. пособие для подгот. клин. ординаторов по специальностям 31.08.67 «Хирургия», 31.08.57 «Онкология» / Ю. И. Веденин, Н. В. Коваленко, А. И. Иванов, В. В. Жаворонкова. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2021. – 72 с. : ил.
44. Синдром диабетической стопы : учеб. пособие / сост. М. Ф. Заривчацкий, П. С. Лукин, М. В. Колыванова. – Пермь : Изд-во ПГМУ им. Е. А. Вагнера, 2020. – 116 с. : ил.
45. Синдром компрессии чревного ствола : учеб. пособие / С. Г. Баландов, Д. И. Василевский, А. Ю. Корольков [и др.]. – СПб. : Скифия-принт, 2022. – 36 с. : ил.
46. Тестовый контроль для ординаторов по специальности «Хирургия» : учеб. пособие для последипл. образования, рекомендованное Учеб.-метод. объединением по мед. и фармацевт. образованию вузов России / Е. А. Корымасов, Е. П. Кривощёков, С. А. Иванов [и др.]. – М. : Перо, 2019. – 368 с.
47. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : учеб. пособие / сост. А. В. Бодоев, А. Н. Плеханов, В. П. Саганов. – Улан-Удэ : Изд-во БГУ, 2021. – 128 с. : ил.
48. Трансплантация солидных органов в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 : учеб. пособие / сост. С. В. Готье, А. О. Шевченко, О. М. Цирульников. – М. ; Тверь : Триада, 2020. – 47 с.
49. Хворостов, И. Н. Хирургическая, операционная и протезирующая техника : учеб. пособие / И. Х. Вахитов, И. С. Рагинов, Н. Ф. Кашапов [и др.]. – Казань : Изд-во Казан. ун-та, 2021. – 174 с. : ил.
50. Хирургические заболевания прямой кишки : учеб. пособие / Н. А. Мизуров, О. В. Арсютов, Г. Н. Краснов, Д. Г. Жамков. – Чебоксары : Изд-во ЧГУ, 2022. – 100 с. : ил.
51. Хирургические заболевания удвоенных почек : учеб. пособие / Е. В. Егорычева, Д. А. Добросердов, М. С. Мартинец, К. А. Сейц. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2021. – 36 с. : ил.
52. Хирургическое лечение прогрессирующего идиопатического сколиоза у подростков 10–

14 лет : учеб. пособие / В. В. Новиков, М. А. Чернядьева, А. С. Васюра, В. В. Рерих. – Новосибирск : Изд-во НННТО им. Я. Л. Цивьяна, 2023. – 48 с. : ил.

53. Хирургическое лечение хронического панкреатита : учеб. пособие / Б. Б. Намазов, Б. П. Филенко, Б. В. Сигуа [и др.]. – СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2022. – 48 с. : ил.

54. Цитологический мониторинг лечения неспецифического воспалительного очага : учеб. пособие / А. А. Цыбин, В. Г. Ившин, Н. М. Захарова, Ю. В. Дубоносов. – 3-е изд., доп. – Тула : Изд-во ТулГУ, 2020. – 72 с. : ил.

55. Эндохирургические операции при раке правой половины ободочной кишки : учеб. пособие для слушателей системы доп. проф. образования по специальностям «Хирургия» и «Онкология» / А. О. Расулов, Ш. А. Алишихов, А. Б. Байчоров [и др.]. – М. : Изд-во МГМСУ, 2021. – 66 с. : ил.

56. Ямщиков, О. Н. Особенности обследования пациентов хирургического, травматолого-ортопедического профиля : учеб. пособие / О. Н. Ямщиков, С. А. Емельянов. – Тамбов : Державинский, 2022. – 62 с. : ил.

57. Яровенко, Г. В. Лимфедема : учеб. пособие / Г. В. Яровенко, С. Е. Каторкин, П. Н. Мышенцев. – Самара : ИП Никифоров М. В., 2019. – 130 с. : ил.

1.2. Дополнительная литература

58. Абдуллаев, Э. Г. Клинические аспекты острой кишечной непроходимости : учеб.-практ. пособие / Э. Г. Абдуллаев, А. Э. Абдуллаев. – Владимир : Изд-во ВГУ, 2021. – 235 с. : ил.

59. Абдуллаев, Э. Г. Эндовидеолапароскопическая хирургия острого аппендицита : учеб.-практ. пособие / Э. Г. Абдуллаев, А. Э. Абдуллаев. – Владимир : Агентство дизайна и реклам. технологий, 2022. – 136 с. : ил.

60. Актуальные вопросы современной хирургии : сб. науч.-практ. работ, посвящ. 70-летию зав. каф. общ. хирургии им. проф. М. И. Гульмана КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого заслуж. деят. науки РФ, заслуж. врача России, акад. РАЕН, проф., д-ра мед. наук Ю. С. Винника / М-во здравоохранения РФ, Краснояр. гос. мед. ун-т им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого ; под ред. М. М. Петровой, С. С. Дунаевской, Г. Э. Карапетяна. – Красноярск : Версо, 2018. – 406 с.

61. Анатомия, физиология и хирургия щитовидной железы : учеб.-метод. пособие / П. С. Глушков, В. А. Горский, Р. Х. Азимов, А. В. Протасов. – М. : Эйдос, 2023. – 46 с. : цв. ил.

62. Анаэробная инфекция в хирургической практике : метод. пособие / Р. Г. Аванесян, Ю. А. Спесивцев, М. В. Любимов [и др.]. – СПб. : Изд-во СПбГПМУ, 2021. – 28 с.

63. Антибактериальная терапия нозокомиальных инфекций, вызванных грамотрицательными бактериями, устойчивыми к карбапенемам, у пациентов хирургического профиля в условиях многопрофильного стационара МЧС России : метод. рекомендации / Т. М. Ворошилова, А. В. Панов, А. С. Плешков [и др.]. – СПб., 2019. – 26 с. : ил.

64. Антонов, А. В. Современные технологии в лечении остеонекроза головки бедра : моногр. / А. В. Антонов, В. Е. Воловик, С. Н. Березуцкий. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2022. – 112 с. : ил.

65. Асептический некроз головки бедренной кости у взрослых : метод. рекомендации / сост. А. В. Антонов, В. Е. Воловик. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2020. – 28 с. : ил.

66. Аутотрансплантация жировой ткани в лечении длительно незаживающих ран венозной этиологии : учеб.-метод. пособие / сост. Г. Н. Гуликян, Г. Э. Карапетян, Ю. С. Винник. – М. ; Красноярск : Изд-во КрасГМУ, 2021. – 90 с. : ил.

67. Бариатрическая хирургия : учеб.-метод. пособие / В. А. Кащенко, В. В. Стрижелецкий, А. Е. Неймарк [и др.]. – СПб., 2020. – 46 с. : ил.

68. БЭСТА: базовый эндохирургический симуляционный тренинг и аттестация / М.

Д. Горшков, А. А. Свистунов, С. А. Совцов [и др.]. – [М.] : РОСОМЕД, 2018. – 80 с.

69. Данилов, И. Н. Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы : учеб.-метод. пособие / И. Н. Данилов, А. Е. Неймарк, А. А. Ковалев. – СПб. : Политехника-Сервис, 2019. – 56 с. : ил.

70. Диагностика и лечение периоперационной анемии и дефицита железа у хирургических пациентов : метод. рук. / Рос. ассоц. трансфузиологов [и др.] ; ред. В. Н. Серов. – Чебоксары : Изд. дом "Среда", 2021. – 58 с. : рис., табл.

71. Диагностика и тактика хирургического лечения осложнений хронического панкреатита : метод. рекомендации / М-во здравоохранения РФ, Нац. мед. исслед. центр хирургии им. А. В. Вишневского. – М., 2018. – 32 с. : ил.

72. Диагностика и хирургическое лечение кистозных опухолей поджелудочной железы : метод. рук. / под ред. А. Г. Кригера, Г. Г. Кармазановского. – М. : Изд-во НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского, 2019. – 54 с. : ил.

73. Дифференциальный подход в лечении острых нарушений мезентериального кровообращения в условиях многопрофильного стационара : метод. рекомендации / В. А. Мануковский, А. Б. Курилов, А. Е. Демко [и др.]. – СПб. : Изд-во СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2023. – 45 с. : ил.

74. Карапетян, Г. Э. Современные аспекты лечения хронических ран : моногр. / Г. Э. Карапетян. – Новосибирск : Наука, 2019. – 208 с.

75. Комплексное лечение кишечных свищей : метод. рук. / Р. Р. Аляутдинов, Е. А. Ахтанин, С. В. Берелавичус [и др.] ; под ред. А. Г. Кригера. – М., 2019. – 66 с. : ил.

76. Кузнецов, Н. А. Клиническая хирургия: обследование пациента : рук. / Н. А. Кузнецов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 152 с. : ил.

77. Лазериндуцированная термотерапия узлов щитовидной железы с абляцией сосудов, питающих узел : метод. пособие для врачей-эндокринологов, врачей-хирургов, врачей ультразвуковой диагностики / В. Г. Петров, А. И. Созонов, Е. Г. Бакшеев [и др.]. – Тюмень : Айвекс, 2022. – 84 с. : ил.

78. Леонова, С. Н. Способ хирургического лечения молоткообразной деформации пальцев стопы : метод. рекомендации по применению новой мед. технологии / С. Н. Леонова, И. В. Усольцев, М. А. Косарева. – Иркутск : Изд-во ИНЦХТ, 2022. – 28 с. : ил.

79. Леонова, С. Н. Способ хирургической коррекции отклоненной деформации малых пальцев стопы : метод. рекомендации по применению новой мед. технологии / С. Н. Леонова, И. В. Усольцев, М. А. Косарева. – Иркутск : Изд-во ИНЦХТ, 2022. – 32 с. : ил.

80. Лечение деформирующих форм лимфедемы методом компрессионно-резекционной редукции лимфедематозных тканей : метод. рекомендации / А. А. Малинин, С. И. Прядко, М. С. Джабаева, С. Ю. Сергеев. – М., 2019. – 20 с. : ил.

81. Мазайшвили, К. В. Компрессионная терапия заболеваний вен нижних конечностей : учеб.-метод. пособие / К. В. Мазайшвили, В. В. Дарвин. – Сургут : Печат. мир, 2019. – 32 с. : ил.

82. Методика проведения прицельных чрескожных диагностических и лечебных вмешательств в клинической практике : учеб.-метод. пособие / сост. Б. Л. Дуберман, Д. В. Мизгирев, А. М. Эпштейн. – Архангельск : Изд-во СГМУ, 2020. – 70 с. : ил.

83. Методические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозомболических осложнений у больных хирургического профиля / под ред. А. Н. Иващенко. – М. : Ред. журн. «На боевом посту», 2018. – 38 с. : ил.

84. Методические рекомендации по питанию для пациентов до и после бариатрических операций / А. Е. Неймарк, М. С. Артемьева, Л. В. Махова, И. И. Трубникова. – СПб., 2022. – 52 с. : ил.

85. Методы ушивания троакарных ран : учеб.-метод. пособие / сост. В. А. Горский, В. П. Армашов, Б. Е. Титков. – М. : Изд-во РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. – 42 с. : ил.

86. Микусев, И. Е. Тендогенные сгибательные контрактуры пальцев кисти. Вопросы этиологии, профилактики и оперативного лечения / И. Е. Микусев, Г. И. Микусев, Р. Ф.

Хабибуллин. – Казань : Медицина, 2021. – 72 с. : ил.

87. Неймарк, А. Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (МКБ-10: K21) : учеб.-метод. пособие / А. Е. Неймарк, И. Н. Данилов, А. А. Ковалёв. – СПб. : Политехника-Сервис, 2019. – 56 с. : ил.

88. Непреднамеренная гипотермия при операциях на органах брюшной полости. Диагностика, лечение, профилактика : учеб.-метод. пособие / сост. В. В. Павленко, В. П. Армашов, А. С. Сидорова. – М. : Изд-во РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2019. – 36 с.

89. Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки. Монография. Том 2. Вентральные и послеоперационные вентральные грыжи / С. И. Петрушко, Ю. С. Винник, С. В. Миллер [и др.]. – Красноярск, 2018. – 268 с. : ил.

90. Осложнения перкутанной нефролитотомии : метод. рекомендации № 16 / Департамент здравоохранения г. Москвы ; сост. В. А. Малхасян, В. Ю. Иванов, И. В. Семенякин [и др.]. – М. : АБВ-пресс, 2019. – 28 с. : ил

91. Острое нарушение мезентериального кровообращения : метод. рекомендации / А. Д. Асланов, А. Н. Косенков, О. Е. Логвина [и др.]. – М. : Синапс, 2021. – 38 с. : ил.

92. Принципы хирургического лечения переломов : учеб.-метод. пособие / А. К. Дулаев, И. Г. Беленький, Б. А. Майоров, Ф. С. Григорян. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2019. – 28 с. : ил.

93. Протокол предоперационной подготовки больных : метод. материал / С. В. Антонов, А. С. Долока, Е. С. Ким [и др.] ; под ред. В. В. Унжакова. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2019. – 20 с. : ил.

94. Профилактика троакарных грыж : учеб.-метод. пособие / сост. В. А. Горский, В. П. Армашов, А. П. Эттингер. – М. : Изд-во РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. – 72 с. : ил.

95. Реконструкция связочного аппарата при тотальном поражении ротаторной манжеты плеча : метод. рекомендации по применению новой мед. технологии / Н. С. Пономаренко, И. А. Куклин, Н. В. Тишков, Д. В. Меньшова. – Иркутск : Изд-во ИНЦХТ, 2022. – 20 с. : ил.

96. Синютин, А. А. Влияние послеоперационного плазмафереза на функцию и внутриорганный кровоток почечного аллотрансплантата : учеб.-метод. пособие / А. А. Синютин, А. Г. Янковой, А. Б. Зулькарнаев. – М. : Изд-во МОНИКИ, 2019. – 24 с. : ил.

97. Система поддержки принятия врачебных решений. Хирургия. Клинические протоколы лечения / сост. А. В. Шабунин, А. Н. Алимов, В. В. Бедин. – М. : Изд-во НИИОЗММ, 2021. – 96 с.

98. Современные подходы к хирургическому лечению пациентов с десмоидными фибромами абдоминальной локализации : учеб.-метод. пособие / А. Б. Рябов, А. К. Кострыгин, В. М. Хомяков [и др.]. – М., 2019. – 20 с. : ил.

99. Способ малоинвазивной двухэтапной декомпрессии с костной аллопластикой в лечении асептического некроза головки бедренной кости : метод. рекомендации для специалистов здравоохранения / М-во здравоохранения Хабар. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. А. В. Антонов, В. Е. Воловик. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2019. – 24 с. : ил.

100.Способ хирургического лечения пациентов с переломом проксимального отдела плечевой кости : метод. рекомендации по применению новой мед. технологии / В. В. Монастырев, Н. С. Пономаренко, Н. В. Тишков [и др.]. – Иркутск : Изд-во ИНЦХТ, 2022. – 32 с. : ил.

101.Травмы желчевыводящих протоков: диагностические и лечебные подходы в медицинских учреждениях различного уровня : метод. рекомендации / П. Н. Ромашенко, А. С. Прядко, Н. А. Майстренко [и др.]. – СПб. : ЛОКБ, 2019. – 32 с. : ил.

102.Трансплантация почки от живого родственного донора : учеб.-метод. пособие / Я. Г. Мойсюк, А. И. Сушков, Ю. О. Малиновская [и др.]. – М. : Изд-во МОНИКИ, 2018. – 56 с.

103.Трофические язвы нижних конечностей : практ. пособие для студентов, клин.

ординаторов и врачей различ. специальностей / В. Ю. Бибииков, Н. А. Гордеев, В. И. Пан, Е. В. Попова. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2018. – 23 с. : ил.

104.Фёдоров, Е. А. Оптимизация обследования пациентов с новообразованиями надпочечников. Современные типы оперативного лечения надпочечников : метод. рекомендации / Е. А. Фёдоров. – СПб., 2019. – 23 с. : ил.

105.Хирургические доступы для эндопротезирования тазобедренного сустава : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Хабаров. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. А. Г. Рыков. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2023. – 36 с. : ил.

106.Хирургические доступы к коленному суставу : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Хабаров. края, Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения ; сост. А. В. Антонов, В. Е. Воловик. – Хабаровск : Ред.-изд. центр, ИПКСЗ, 2023. – 44 с. : ил.

107.Хирургические заболевания брюшной стенки и органов брюшной полости : учеб.-метод. пособие / под ред. С. М. Яшина, В. В. Давыденко. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2019. – 48 с.

108.Хирургическое лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы : учеб.-метод. пособие / Д. И. Василевский, А. Ю. Корольков, Д. А. Смирнов, А. С. Лапшин. – СПб. : Ред.-изд. центр ПСПбГМУ, 2019. – 28 с. : ил.

109.Хирургическое лечение костно-хрящевых дефектов коленного сустава : учеб.-метод. пособие / сост. К. А. Егизарян, Г. Д. Лаишвили, М. А. Данилов [и др.]. – М. : Изд-во РАМН, 2021. – 50 с. : ил.

110.Хирургическое лечение переломов локтевого отростка : учеб.-метод. пособие / М. Д. Абакиров, С. Е. Федоров, А. А. Ахпашев [и др.]. – М. : Изд-во РУДН, 2019. – 28 с. : ил.

111.Хирургия дегенеративных поражений позвоночника : нац. рук. / Ассоц. хирургов-вертебрологов ; под ред. А. О. Гущи, Н. А. Коновалова, А. А. Гриня. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 480 с. – (Национальные руководства).

112.Хирургия дегенеративных поражений позвоночника : нац. рук. : крат. изд. / под ред. А. О. Гущи, А. Р. Юсуповой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 192 с. : ил. – (Национальные руководства).

113.Хороненко, В. Э. Периоперационное обеспечение панкреатодуоденальных резекций : учеб.-метод. пособие / В. Э. Хороненко. – М., 2021. – 30 с.

7.3 Информационно-электронные ресурсы

114.Абдоминальная хирургия : нац. рук. : крат. изд. / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 912 с. : ил. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

115.Винд, Г. Дж. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюшная полость и малый таз / Г. Дж. Винд ; под ред. А. Н. Лызикова, О. Д. Мяделец ; пер. А. А. Шур. – М. : Мед. лит., 2021. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108383.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

116.Волошенюк, А. Н. Оказание медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой / А. Н. Волошенюк, Н. В. Завада, Н. С. Сердюченко. – Минск : Белорус. наука, 2023. – 624 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/132026.html> (дата обращения: 01.08.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

117.Волошенюк, А. Н. Эндопротезирование тазобедренного сустава в нестандартных случаях / А. Н. Волошенюк, А. В. Мартинович, Н. С. Сердюченко. – Минск :

Белорус. наука, 2019. – 235 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/95493.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

118. Гаин, Ю. М. Хроническая рана / Ю. М. Гаин, С. И. Третьяк, В. Г. Богдан. – Минск : Беларус. наука, 2023. – 368 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/132034.html> (дата обращения: 01.08.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

119. Гарелик, П. В. Общая хирургия : учеб. / П. В. Гарелик, О. И. Дубровщик, Г. Г. Мармыш. – Минск : Вышэйшая шк., 2021. – 376 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120006.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

120. Диагностика и лечение псевдокист поджелудочной железы, осложнённых перфорацией и разлитым перитонитом / В. Р. Гольцов, В. Е. Савелло, Р. В. Вашетко [и др.] ; под ред. В. Е. Парфёнова, И. М. Барсуковой. – СПб. : Стикс, 2019. – 36 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120555.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

121. Дулаев, А. К. Аномалии развития и заболевания позвоночника : учеб. пособие / А. К. Дулаев, Д. И. Кутянов, В. А. Мануковский. – СПб. : Фолиант, 2019. – 48 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/90206.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

122. Дулаев, А. К. Деформации позвоночника : учеб. пособие / А. К. Дулаев, Д. И. Кутянов, В. А. Мануковский. – СПб. : Фолиант, 2019. – 56 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/90209.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

123. Загрядский, Е. А. Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни / Е. А. Загрядский. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458792.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

124. Инфекционные осложнения у обожжённых : пособие для врачей / В. А. Мануковский, О. В. Орлова, П. К. Крылов, Н. Р. Насер ; под ред. В. А. Мануковского, В. Е. Парфёнова, И. М. Барсуковой. – СПб. : Изд-во СПбНИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2021. – 34 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120548.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

125. Криохирургия / под ред. А. Ш. Ревитшвили, А. В. Чжао, Д. А. Ионкина – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 376 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449769.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

126. Левин, Л. Т. Хирургические болезни уха / Л. Т. Левин, Я. С. Темкин. – М. : Мед. лит., 2021. – 429 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108388.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

127. Лемешевский, А. И. Основы хирургической техники : учеб. пособие / А. И. Лемешевский. – Минск : Вышэйшая шк., 2019. – 184 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/90805.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

128. Лосев, Р. З. Хирургия с учетом коэффициентов натяжения тканей у человека : моногр. / Р. З. Лосев. – Саратов : Изд-во СГМУ им. В. И. Разумовского, 2020. – 472 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL:

<https://www.iprbookshop.ru/122816.html> (дата обращения: 13.07.2022). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

129. Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 624 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460009.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

130. Овечкин, А. М. Безопиоидная аналгезия в хирургии: от теории к практике : рук. для врачей / А. М. Овечкин, А. Г. Яворовский. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 240 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465929.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

131. Острые заболевания позвоночника: дифференциальная диагностика и лечебная тактика : учеб. пособие / А. К. Дулаев, Д. И. Кутянов, В. А. Мануковский, С. Л. Брижань. – СПб. : Фолиант, 2019. – 40 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/90216.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

132. Острый калькулезный холецистит и его осложнения. Новое о холелитиазе : практ. рук. / под ред. И. М. Буриева, Г. Г. Мелконяна. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 272 с. : ил. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456620.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа : по подписке.

133. Острый нетравматический панкреатит : учеб. пособие для врачей / Ю. М. Морозов, К. Н. Мовчан, Т. И. Оболенская [и др.]. – Саратов : Ай Пи Ар Медиа, 2019. – 201 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/86936.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

134. Палевская, С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 752 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477519.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

135. Постон, Г. Дж. Принципы оперативной хирургии / Г. Дж. Постон. – М. : Мед. лит., 2021. – 298 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108384.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

136. Прогностические критерии для обоснования хирургической и эвакуационной тактики у пациентов с политравмой в травмоцентрах II и III уровня : пособие для врачей / А. И. Махновский, О. Н. Эргашев, И. М. Барсукова [и др.] ; под ред. В. Е. Парфёнова. – СПб. : СПб.НИИСП им. И. И. Джанелидзе, 2020. – 42 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120524.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

137. Ривкин, В. Л. Болезни прямой кишки / В. Л. Ривкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 128 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443187.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

138. Руководство по амбулаторной хирургической помощи / под ред. П. Н. Олейникова – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 416 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444481.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

139. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : пособие / Ю. М. Киселевский, П. М. Ложко, А. А. Стенько [и др.] ; под ред. Ю. М. Киселевского. – 2-е изд. –

Минск : Вышэйшая шк., 2021. – 408 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/120083.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

140. Удлинение конечностей в условиях биоактивной имплантации в длинных трубчатых костях : учеб. пособие / А. В. Попков, Д. А. Попков, Н. А. Кононович [и др.] ; под ред. А. В. Попкова. – Томск : Изд-во Том. политехн. Ун-та, 2019. – 224 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/106166.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

141. Хирургический больной: мультидисциплинарный подход / под ред. В. В. Бояринцева, И. Н. Пасечника. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 336 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457528.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

142. Хирургия язвенной болезни / Ю. Б. Мартов, В. В. Аничкин, С. Г. Подолинский, Л. А. Фролов. – 2-е изд. – М. : Мед. лит., 2021. – 262 с. – Текст : электрон. // IPR Smart : цифровой образоват. ресурс : [сайт]. – URL: <https://www.iprbookshop.ru/108389.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: для авторизир. пользователей.

143. Хирургия дегенеративных поражений позвоночника / под ред. А. О. Гуши, Н. А. Коновалова, А. А. Гриня. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 480 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450017.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

144. Черных, А. В. Грыжи живота : ил. рук. / А. В. Черных, В. В. Алипов, М. П. Попова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 144 с. – Текст : электрон. // Консультант врача : электрон. мед. б-ка : [сайт]. – URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457405.html> (дата обращения: 03.10.2023). – Режим доступа: по подписке.

7.4. Клинические рекомендации по профилю «хирургия»

7.5. Информационно-электронные ресурсы

1. Официальный сайт Минздрава России <http://www.rosminzdrav.ru>
2. Российская государственная библиотека (РГБ) www.rsl.ru
3. Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины): www.iramn.ru

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Больной 55 лет перенес пневмонию, однако через две недели вновь появилась температура с ознобом, боли при глубоком дыхании в правой половине грудной клетки, а три дня назад при сильном кашле выделилось около 100 мл гнойной мокроты. Сделано рентгенологическое обследование легких.

Вопросы:

1. Опишите рентгенограмму
2. Поставьте диагноз
3. Наметьте лечение

Больной 24 лет обратился по поводу кашля с гнойной мокротой. В детстве перенес корь, осложнившуюся пневмонией. С тех пор 2-3 раза в год

рецидивирует пневмония, держится субфебрильная температура, постоянный кашель. За последние месяцы увеличилось количество мокроты до 200 мл, снизилась работоспособность. Больной похудел. Больному произведено рентгенологическое исследование легких.

Вопросы:

1. Какой метод обследования применен и какая патология обнаружена?
2. Поставьте диагноз.
3. Какова лечебная тактика?

При диспансерном обследовании военнослужащего 40 лет, не предъявляющего никаких жалоб, при флюорографии в правом легком обнаружено затемнение. Сделаны рентгенограммы.

Вопросы:

1. Опишите рентгенограммы
2. Поставьте диагноз
3. Наметьте лечение

Больная 53 года обратилась по поводу ноющих болей в правой половине грудной клетки, снижения работоспособности, слабости, похудения. При аускультации и перкуссии изменений в легких не обнаружено. Сделана рентгенограмма легких.

Вопросы:

1. Опишите рентгенограмму
2. Поставьте диагноз
3. Наметьте лечение

Больная 60 лет последние три месяца отмечает сухой кашель одышку, слабость. Похудела на 5 кг. При объективном исследовании изменений в легких не обнаружено. Сделана рентгенограмма грудной клетки.

Вопросы:

1. Опишите рентгенограмму
2. Поставьте диагноз
3. Наметьте лечебную тактику

Больной 65 лет поступил с жалобами на боли за грудиной при подъеме на 1 этаж, одышку. Подобные жалобы в течение года. В покое болей и одышки нет, отеков на ногах, вынужденного положения нет. При обследовании: АД 120/80 мм.рт.ст., ЧСС 82 в 1 минуту, в легких изменений нет. Верхушечный толчок несколько смещен и отклонен влево и незначительно усилен, ритм галопа. При аускультации выслушивается справа от грудины мягкий систолический шум, иррадиирующий на сонные артерии и к верхушке сердца.

Вопросы:

1. Опишите эхокардиограммы
2. Необходимые методы обследования больного
3. Возможный диагноз
4. Варианты лечения

Больная 54 лет поступила с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, нарушения ритма. Подобные жалобы последние три года после перенесенной ОРВИ, полгода назад присоединились нарушения ритма. При обследовании: АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 96 в 1 минуту, мерцательная аритмия. При аускультации систолический шум в 5 межреберье слева. При ЭхоКГ левое предсердие 5,6см, давление в легочной артерии 45 мм.рт.ст., изменения створок митрального клапана, с отрывом хорд, митральная недостаточность 2степени (см. эхокардиограммы).

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы обследования
3. Варианты лечения.

У больной 48 лет при амбулаторном обследовании выявлено образование в левом предсердии. Сделана ЭхоКГ

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Предложите необходимые дополнительные методы обследования
3. Предложите варианты лечения

У больной 60 лет при осмотре выявлено, что левая молочная железа увеличена в размерах, деформирована, уплотнена (фотография прилагается). В левой подмышечной впадине пальпируются плотные увеличенные лимфатические узлы.

Вопросы:

Ваш диагноз и лечебная тактика.

При приёме к врачу обратилась больная 28 лет, кормящая мать, с жалобами на боли в правой молочной железе, повышение температуры тела до 38-39 °С, ознобы. При осмотре правая молочная железа отёчна, увеличена, гиперемирована. В нижнем наружном квадранте правой молочной железы пальпаторно определяется участок флюктуации (фотография прилагается).

Вопросы:

Ваш диагноз? Какое лечение показано больной?

У больной 26 лет при профилактическом осмотре в верхне-наружном квадранте левой молочной железы выявлен одиночный безболезненный узел диаметром 5 см, плотной консистенции, хорошо отграниченный от окружающих тканей. Сосок не изменен, выделений из него нет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Больной произведена бесконтрастная маммография (прилагается).

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? О чем свидетельствует представленная маммограмма? Какое лечение показано больной?

В клинику поступил пациент 74 лет, у которого два дня назад появились постоянные интенсивные боли в правом подреберье и эпигастриальной области, была повторная рвота желудочным содержимым, температура тела повысилась до 38,5°C.

Объективно: состояние больного средней тяжести, пульс 100 уд. в мин. Язык сухой. Живот при пальпации напряженный и болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Определяются положительные симптомы Ортнера, Мюсси, а также Мерфи и Щёткина- Блюмберга (только в правом подреберье). В анализе крови лейкоциты - $16,0 \times 10^9/\text{л}$.

При ультразвуковом исследовании брюшной полости установлено, что желчный пузырь увеличен в размерах, содержит группу конкрементов. Стенка его утолщена до 8 мм, с удвоенным контуром. Признаков желчной гипертензии не выявлено (см. рисунок).

Вопросы:

Установите диагноз.

Определите оптимальную тактику лечения данного пациента.

У больной 45 лет спустя 7 дней после холецистэктомии, выполненной по поводу острого флегмонозного холецистита, появились постоянные интенсивные боли в правом подреберье, отмечено повышение температуры до 38,0°C, общая слабость.

Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 100 уд. в мин. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации напряженный и болезненный в правом подреберье и эпигастрии. В правом подреберье нечетко пальпируется малоподвижный, болезненный инфильтрат, мягкоэластической консистенции, определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Перистальтика выслушивается, не усилена. Признаков воспаления послеоперационной раны нет.

В анализе крови лейкоциты - $18,0 \times 10^9/\text{л}$.

При ультразвуковом исследовании брюшной полости установлено, что в проекции ложа желчного пузыря определяется жидкостное образование объемом до 18 см³, с четкими границами (см. рисунок). Внутрипеченочные желчные протоки и гепатикохоледох не расширены.

Вопросы:

Какое осложнение холецистэктомии имеет место?

Определите оптимальную тактику лечения данной пациентки.

В клинику поступила больная К., 62 лет. Из анамнеза удалось выяснить, что пациентка заболела пять дней тому назад, когда после приема жирной пищи появились боли в правом подреберье, слабость, тошнота. В последние два дня склеры глаз и кожный покров приобрели желтушный оттенок, отметила потемнение мочи, осветление кала.

Объективно:

Состояние больной средней тяжести. Температура тела $36.7\text{ }^{\circ}\text{C}$. Расчёсов на коже нет. Склеры глаз и кожа желтушной окраски. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, желчный пузырь и селезёнка не пальпируются.

При УЗИ брюшной полости установлено: печень в размерах не увеличена, однородной структуры; желчный пузырь небольших размеров, содержит конкременты; толщина стенки желчного пузыря 3 мм; гепатикохоледох диаметром 12 мм, в дистальной его части визуализируется гиперэхогенное образование с четкой акустической тенью (см. рисунок).

Вопросы:

Какова наиболее вероятная причина желтухи?

Какие инструментальные и лабораторные методы обследования следует применить для уточнения диагноза?

Определите тактику лечения данной пациентки.

Пациентка 56 лет поступила в клинику с жалобами на постоянные боли в правом подреберье, гипертермию до $38.5\text{ }^{\circ}\text{C}$, желтушность кожных покровов, возникшие за 3 дня до поступления. Также беспокоит выраженная слабость, потливость. В течение последних суток отметила, что моча темная, пенная. Был однократный обесцвеченный стул. Также больная указывает, что за последние полгода дважды были кратковременные эпизоды желтухи, не сопровождавшиеся интенсивными болями и гипертермией, проходили самостоятельно в течение 2-3 дней.

При УЗИ брюшной полости выявлено, что желчный пузырь обычных размеров, полость его заполнена множественными конкрементами до 2,8 см в диаметре, стенка желчного пузыря не утолщена, без признаков воспалительных изменений. Также выявлено расширение холедоха до 1,5 см с гиперэхогенным образованием в дистальной его части. Больной была выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (см. рисунок).

Вопросы:

О каком осложнении желчнокаменной болезни может идти речь в данном случае? Какую лечебную тактику следует избрать в данной ситуации?

Какие лабораторные, инструментальные и клинические признаки будут являться критериями эффективности проводимого лечения?

Больной К. 42 лет поступил в тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость, обильную рвоту кровью. Ранее подобных явлений не отмечал. Из анамнеза стало известно, что ранее 8 лет назад больной перенес вирусный гепатит В. При осмотре кожные покровы иктеричные, в брюшной полости определяется свободная жидкость. На передней брюшной стенке определяются расширенные подкожные вены. Перкуторно печень и селезенка увеличены в размерах. Ректально – черный стул. Нб-65г/л. При

экстренной эзофагоскопии выявлены варикозно-расширенные вены пищевода с продолжающимся кровотечением на момент исследования.

Вопросы:

1. Как остановить кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода?
2. Укажите возможные методы профилактики рецидива кровотечения

Больной Н., 49 лет поступил в тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость, обильную рвоту кровью. Из анамнеза стало известно, что в течение длительного времени злоупотребляет алкогольными напитками. При осмотре кожные покровы бледные, в брюшной полости определяется свободная жидкость, на передней брюшной стенке определяются расширенные подкожные вены. Ректально – черный стул. Нб-55г/л. При экстренной эзофагоскопии выявлены варикозно-расширенные вены пищевода с признаками состоявшегося кровотечения. Больному выполнено эндоскопическое лигирование варикозных вен.

Вопросы:

1. Опишите схему дальнейшего консервативного лечения больного
2. Ваша тактика в случае рецидива кровотечения

Больная 32 лет обратилась с жалобами на слабость, утомляемость, похудание, учащенное сердцебиение, потливость, раздражительность. Больна в течение года, когда после психической травмы постепенно появились вышеуказанные жалобы. Не обследовалась, не лечилась. При поступлении: больная пониженного питания, пульс 115 уд. в мин., ритмичный. Имеется светобоязнь. Шея симметрична, создается впечатление «толстой шеи», пальпируется увеличенная щитовидная железа, узловые образования в ней четко не определяются.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.

У больной 39 лет имеется пальпируемый узел в правой доле щитовидной железы диаметром 2 см. Визуально форма шеи не изменена, клинические проявления тиреотоксикоза отсутствуют. При УЗИ: размеры узла 25,8×19,8×18,1 см, узел с выраженной кистозной дегенерацией.

Вопросы:

1. Составьте план обследования больной.
2. Определите лечебную тактику.

Больной К., 42 лет, отмечает жалобы на боли в костях суставах, кожный зуд. При ультразвуковом исследовании щитовидной железы определяется опухолевидное образование, прилежащее к нижнему полюсу левой доли щитовидной железы, диаметром около 1 см, пальпации данное образование недоступно. При сцинтиграфии шеи имеется зона патологического накопления радиофармпрепарата, локализующееся в области нижнего

полюса левой доли щитовидной железы. В анализе крови отмечено повышение уровня ионизированного кальция до 1,38 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Диагностическая и лечебная тактика

В приемное отделение хирургического стационара доставлен пациент 59 лет. Больной в сознании, предъявляет жалобы на боли в животе, повышение температуры тела до 39⁰С. Из анамнеза известно, что около 10 лет по поводу перфоративной язвы 12- перстной кишки больному проведена верхнесрединная лапаротомия. 4 недели назад по поводу острого деструктивного аппендицита. Пациент оперирован доступом по Ленандеру. Объективно состояние ближе к тяжелому. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание спонтанное, частота дыхательных движений 24 в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов не выслушивается. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс удовлетворительных качеств, ритмичный, 115 ударов в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Осмотр живота см. фото. Пальпаторно определяется болезненность в области послеоперационного рубца в зоне аппендэктомии. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Аускультативно перистальтические шумы активные, шума трения брюшины не выслушивается. Диурез адекватный, стул самостоятельный, оформленный, обычной окраски в день поступления в стационар.

Вопросы:

1. Какое заболевание имеется у данного пациента?
2. Какой вид микроорганизмов наиболее характерен для данной патологии?
3. Составьте алгоритм лечебно-диагностические мероприятия у данного больного.

В стационар доставлен пациент 78 лет с жалобами на боли по задней поверхности шеи. Из анамнеза известно, что больной в течение 25 лет страдает сахарным диабетом. 2-3 недели назад отметил появление плотного образования по задней поверхности шеи, которое постепенно увеличивалось в размерах, с усилением болей в данной области. За медицинской помощью не обращался, не лечился. В день поступления в стационар отметил повышение температуры тела, озноб, резкую слабость, гнойное отделяемое из образования по задней поверхности шеи. При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела 39,4⁰С. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание спонтанное, частота дыхательных движений 21 в минуту. Аускультативно дыхание ослабленное везикулярное, проводится во все отделы, хрипов не выслушивается. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, пульс 100 ударов в минуту. АД 160/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный. Перистальтические шумы выслушиваются, обычной силы. Стул оформленный, обычной окраски. Диурез адекватный. При

лабораторном обследовании отмечается гипергликемия до 24 ммоль/л, кетоновые тела в моче +++.

Вопросы:

1. Какое заболевание имеется у данного пациента?
2. Какой вид микроорганизмов наиболее характерен для данной патологии?
3. Составьте алгоритм лечебно-диагностические мероприятия у данного больного (с учетом данных лабораторного обследования).

В приемное отделение доставлена пациентка 61 года с жалобами на боли в правой ягодичной области, озноб, головную боль, слабость, повышение температуры тела до 39⁰С. Из анамнеза известно, что в течение 10 дней в поликлинических условиях больной проводились внутримышечные инъекции диклофенака по поводу остеохондроза позвоночника с корешковым синдромом. При осмотре состояние средней тяжести, стабильное. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание спонтанное, частота дыхательных движений 16 в минуту. При аускультации дыхание ослабленное везикулярное, проводится во все отделы. Хрипы не выслушивается. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс удовлетворительных качеств, ритмичный, 110 ударов в минуту. АД 160/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтические шумы выслушиваются, обычной силы. Диурез адекватный. Стул самостоятельный, оформленный, обычной окраски в день поступления в стационар. Локально: см. фото. При пальпации в области левой ягодицы определяется резко болезненное образование плотно- эластичной консистенции, в центре которого имеется участок размягчения тканей.

Результаты лабораторного обследования: Клинический анализ крови:

Эритроциты 4,2 млн/мкл;
гемоглобин 135 г/л;
гематокрит 43%; лейкоциты 13000/мкл; палочкоядерные 10%;
сегментоядерные 66%;
эозинофилы 1%;
базофилы 0%;
лимфоциты 20%;
моноциты 3%;
тромбоциты 300 тыс/мкл;
СОЭ 42 мм/ч.

Биохимический анализ крови:

Белок общий 70 г/л;
мочевина 8 ммоль/л;
креатинин 86 мкмоль/л;
билирубин общий 10
мкмоль/л; калий 4,8
ммоль/л;
натрий 145 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание имеется у данного пациента?
2. Какой вид микроорганизмов наиболее характерен для данной патологии?
3. Составьте алгоритм лечебно-диагностические мероприятия у данного больного.

В стационар доставлен пациент 36 лет. БОМЖ. Больной предъявляет жалобами на умеренные боли в области левого голеностопного сустава, общую слабость. Из анамнеза известно, что около месяца назад длительное время находился на улице при температуре ниже -5°C в состоянии алкогольного опьянения без обуви на левой ноге. При поступлении локально: см. фото.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз у данного пациента.
2. Каковы сроки формирования демаркационной линии при данной патологии?
3. Составьте алгоритм лечебно-диагностические мероприятия у данного больного.

В приёмное отделение доставлена пациентка 66 лет. Из анамнеза известно, что в течение 2-х суток беспокоит недомогание, слабость, снижение аппетита, диффузные мышечные боли. Накануне поступления вечером отметила подъем температуры до $40,1^{\circ}\text{C}$, озноб. Утром появились резкие боли и яркое покраснение правой голени. Объективно состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание спонтанное, частота дыхательных движений 18 в минуту. При аускультации дыхание ослабленное везикулярное, проводится во все отделы. Хрипы не выслушивается. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс удовлетворительных качеств, ритмичный, 95 ударов в минуту. АД 150/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, при пальпации мягкий, безболезненный. перистальтические шумы выслушиваются. Стул оформленный, обычной окраски. Диурез адекватный. Локально: см. фото.

Вопросы:

1. Какое заболевание имеется у данного пациента?
2. Какой вид микроорганизмов наиболее характерен для данной патологии?
3. Приведите современную клиническую классификацию данной нозологии.
4. Составьте алгоритм лечебных мероприятия у данной больной.

Больной 41 года оперирован по поводу гангренозного аппендицита, диффузного серозно-фибринозного перитонита. На 5 сутки после операции появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Произведена обзорная рентгенография брюшной полости.

Вопросы: Диагноз. Какая хирургическая тактика оптимальна в данном случае?

Госпитализирована больная 72 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов, тошноту, вздутие живота. Выполнена контрастная энтерография. В течение 6 часов проведена консервативная терапия (инфузия кристаллоидных растворов, зондирование желудка, очистительная клизма).

Вопросы: Оцените рентгенологическую динамику. Определите оптимальную хирургическую тактику.

Госпитализирована больная 72 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов, тошноту, вздутие живота. Выполнена контрастная энтерография. В течение 6 часов проведена консервативная терапия (инфузия кристаллоидных растворов, зондирование желудка, очистительная клизма).

Вопросы: Оцените рентгенологическую динамику. Определите оптимальную хирургическую тактику.

Больная 45 лет госпитализирована через 10 часов от развития схваткообразных болей в животе. В анамнезе аппендэктомия доступом Волковича-Дьяконова. При осмотре живот умеренно вздут, кишечные шумы выслушиваются, пальпаторно умеренная болезненность, симптом Щеткина отрицательный, симптом Склярова положительный. Выполнена обзорная рентгенография брюшной полости.

Вопросы: Описать рентгенологическую картину. Предварительный диагноз. Выбор лечебной тактики, объем мероприятий, последовательность их проведения и методы оценки результатов лечения.

Больной госпитализирован через 5 суток от задержки стула и отхождения газов. При осмотре – состояние средней тяжести, живот асимметричен, вздут в левых отделах, перкуторно здесь же определяется тимпанит. Шум «плеска». В анамнезе: многодневные запоры, регуляция стула клизмами, неоднократно лечился консервативно по поводу задержек дефекации, при ирригоскопии выявлена долихосигма. Начата консервативная терапия. Выполнена экстренная ирригоскопия.

Вопросы: Описать рентгенологическую картину. Предварительный диагноз. Оптимальная хирургическая тактика.

Больная 45 лет госпитализирована через 18 часов от развития острых болей в животе. В анамнезе аппендэктомия доступом Волковича-Дьяконова. При осмотре живот вздут, кишечные шумы выслушиваются, чередование их усиления и затихания, пальпаторно разлитая болезненность, симптом Щеткина отрицательный, симптом Склярова положительный. Выполнено ультразвуковое исследование, во время которого выявлено расширение просвета тонкой кишки до 3,4 см, внутрипросветное депонирование жидкости, маятникообразная перистальтика.

Вопросы: Предварительный диагноз. Выбор лечебной тактики, объем мероприятий, последовательность их проведения и методы оценки результатов лечения.

У больного 25 лет внезапно возникли сильные боли в эпигастральной области, которые через час самостоятельно исчезли. Раньше таких болей никогда не было. Иногда бывает изжога после еды острой пищи. Обратился в поликлинику через 6 суток, в связи с сохраняющимися тупыми болями в правом подреберье и мезогастральной области и присоединением лихорадки до 39°C с ознобами. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье и правой мезогастральной области, где пальпируется плотный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании грудной клетки обнаружен свободный газ под правым куполом диафрагмы. Выполнено УЗИ брюшной полости.

Вопросы: Обоснуйте диагноз и тактику ведения этого больного.

Пациенту 60-ти лет предстоит плановая лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ: хронического калькулезного холецистита. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад по поводу хронической ишемической болезни сердца больному выполнено стентирование. От момента стентирования до настоящего времени пациент принимает дезагрегант плавикс.

Результаты лабораторного обследования:

Клинический анализ крови:

Эритроциты 5 млн/мкл

Гемоглобин 150 г/л

Гематокрит 45%

Ретикулоциты 1%

Цветовой показатель 1

Лейкоциты 5000/мкл

Палочкоядерные 1%

Сегментоядерные 70%

Эозинофилы 3%

Базофилы 0%

Лимфоциты 23%

Моноциты 3%

Тромбоциты 200 тыс/мкл

СОЭ 8 мм/ч

Биохимический анализ крови:

Белок общий 70 г/л

Альбумины 60%

Глобулины 40%

Мочевина 5 ммоль/л

Креатинин 80 мкмоль/л

Билирубин общий 10 мкмоль/л

Прямой 2 мкмоль/л

Непрямой 8 мкмоль/л

Калий 4,5 ммоль/л

Натрий 135 ммоль/л

Коагулограмма:

АЧТВ 24 секунды

МНО 1,1

Фибриноген 3,2 г/л

Время кровотечения 20 минут

Вопросы:

1. По какой схеме следует проводить антитромботическую профилактику у данного пациента в периоперационном периоде.
2. Какие лабораторные тесты следует использовать для оценки эффективности данной антитромботической профилактики?

Больной 51 года оперирован по поводу инфильтративного рака тела желудка. Выполнена чрезбрюшная гастрэктомия. На 6 сутки после операции пациент отметил развитие резких болей в животе. Произведена пероральная энтерография.

Вопросы: Опишите рентгенограмму. Лечебная тактика.

Больная О., 50 лет, год назад перенесла операцию - холецистэктомию по поводу острого деструктивного калькулезного холецистита. Из протокола операции известно, что при ревизии в области шейки желчного пузыря был обнаружен выраженный воспалительный инфильтрат. Мобилизация желчного пузыря проводилась от дна. Со значительными техническими трудностями был обнаружен пузырный проток, который был перевязан и пересечен в непосредственной близости от места его впадения в шейку желчного пузыря. Через 3 года после операции у больной вновь появились боли в правом подреберье. При УЗИ в области проекции ложа желчного пузыря обнаружена тень конкремента до 1,0 см в диаметре. Больной выполнена ЭРХПГ (см. снимок).

Вопросы: Ваш диагноз? Определите тактику лечения.

Больная П., 57 лет перенесла видеолaparоскопическую холецистэктомию по поводу острого холецистита. Из протокола операции известно, что при мобилизации желчного пузыря отмечалось краевое ранение стенки общего желчного протока. Конверсия не выполнялась. Ранение ушито под контролем видеолaparоскопии. Через год после операции у больной отмечено появление болей в правом подреберье, желтухи. При ЭРХПГ выявлено расширение общего желчного и внутрипеченочных протоков (см. снимок).

Вопросы: Укажите причину желчной гипертензии. Какой из методов хирургического лечения вы считаете оптимальным в данном случае?

Больной У., 57 лет, перенес операцию — холецистэктомию, холедохолитотомию, дренирование холедоха дренажем Кера по поводу острого холецистита, множественного холедохолитиаза, холангита, механической желтухи. Из протокола операции известно, что один из

конкрементов был ущемлен в БДС и был низведен в 12-перстную кишку путем проталкивания. Через год после операции больной отметил появление постоянных болей в правом подреберье, желтушность кожи и видимых слизистых, потемнение мочи. При ЭРХПГ выявлено расширение вне и внутривнутрипеченочных желчных протоков (снимок) на фоне значительного сужения терминального отдела холедоха (симптом «писчего пера»).

Вопросы: Ваш диагноз? Какое лечение показано больному?

Больной 55 лет, поступил в плановом порядке в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли по типу перемежающейся хромоты в бедрах и ягодицах с обеих сторон при ходьбе до 200 м, импотенцию. Болен в течение 3-х лет, когда появились вышеуказанные жалобы, заболевание прогрессировало постепенно. Курит длительное время.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД – 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 140/90.

Status localis: обе нижние конечности - бледные, прохладные, отмечается снижение волосяного покрова на голеньях. Движения и чувствительность сохранены, пульсация артерий не определяется на всем протяжении.

Вопросы: Установите клинический диагноз, стадию артериальной недостаточности нижних конечностей. Методы обследования и тактика лечения.

Больной 37 лет поступил в отделение сосудистой хирургии в плановом порядке с жалобами на пульсирующее опухолевидное образование в правой подколенной области. В анамнезе тупая травма правой подколенной области около 2-х лет назад, после чего появилось пульсирующее опухолевидное образование в подколенной ямке, которое постепенно увеличивалось в размерах.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧДД – 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 130/90 мм рт.ст.. Гемоглобин – 140 г/л.

Status localis: правая нижняя конечность теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на бедренной артерии отчетливая, в подколенной ямке определяется пульсирующее опухолевидное образование 4х5 см, кожа над ним не изменена, пульсация на артериях стопы несколько ослабленная. Левая нижняя конечность теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на всем протяжении отчетливая.

Вопросы: Установите диагноз. Методы обследования и тактика лечения.

Пациент 50 лет госпитализирован в плановом порядке в стационар.

Жалобы на боли в правой н/конечности при ходьбе до 20 м, периодически - в покое.

Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы беспокоят в течение длительного времени, постепенно отмечал уменьшение расстояния безболевой ходьбы. Хронические заболевания: ГБ. Вредные привычки: табакокурение;

Из медицинской документации известно: Цереброваскулярная болезнь. Хроническая ишемия головного мозга,

Последствия перенесенного строго нарушения мозгового кровообращения в ВББ от 07.03.2016 г. Гипертоническая болезнь 2 ст, риск ССО 4, высокий. НК 0.; Перенесенные заболевания: ОНМК от 2016 года

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное.

АД 140/80 мм рт. ст. ЧСС 135

ударов в 1 мин. Температура 36,6°C. ЧДД 16 в 1 минуту.

Сосудистый статус: Обе н/к нормальной окраски, движения и чувствительность сохранены в полном объеме.

Пульсация артерий н/к слева отчетливая на всех уровнях, справа не определяется ни на одном из уровней.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Назначайте дополнительные методы обследования для верификации диагноза
3. Определитесь с тактикой лечения.

Пациент: Женщина 28 лет, гиперстенического телосложения.

Около 6 месяцев назад отметила периодически возникающее чувство давления в области шеи, месяц назад отметила нарушение симметрии шеи.

Осмотрена эндокринным хирургом:

Кожные покровы не изменены. Визуально шея не симметрична за счет опухолевидного образования по передней поверхности шеи слева от трахеи.

Пальпация безболезненна. Правая доля щитовидной железы не пальпируется, в левой доле щитовидной железы пальпируется узловое образование, мягко-эластической консистенции, выступающее на 5 см выше левой ключицы, нижний край образования не пальпируется, подвижное, безболезненно. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Голос звонкий.

Анализ крови на ТТГ: 2,1 мЕд/л (Норма: 0,4-4,0 мЕд/л)

УЗИ Щитовидной железы: Щитовидная железа расположена типично, контур ровный четкий. Правая доля щитовидной железы изоэхогенна, узловые образования не содержит. Объем правой доли щитовидной железы 7,2 мл, левая доля щитовидной железы увеличена в размерах за счет гиперэхогенного узлового образования, нижний край которого, к осмотру не доступен, локализуется загрудинно и ниже левой ключицы, видимая часть образования имеет размеры 54 x 48 x 58 мм. Объем видимой части левой доли щитовидной железы 14 мл. Перешеек 2 мм. Периферические лимфоузлы не увеличены.

ПТАБ узлового образования правой доли ЩЖ: Цитограмма фолликулярной опухоли. (Диагностическая категория 4 по классификации Bethesda 2017)

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз
2. Есть ли необходимость в дополнительных обследованиях? Если да, то какие обследования кроме общеклинических необходимо выполнить и как они могут повлиять на тактику лечения.
3. Предложите тактику лечения. Если предполагается хирургическое лечение, возможный объем операции?

Пациент: Женщина 56 лет.

Жалоб нет.

При плановом профилактическом обследовании выявлено повышение уровня кальция крови.

Выполнен анализ крови на ПТГ, уровень которого также оказался повышен.

Осмотрена эндокринным хирургом:

Кожные покровы не изменены. Визуально шея симметрична

Пальпация шеи безболезненна. Щитовидная железа, узловые образования, лимфатические узлы не пальпируются.

Голос звонкий

Анализ крови на Са общий: 2,73 ммоль/л (Норма: 2,2-2,5 ммоль/л) Анализ крови на ПТГ: 112,10 пг/мл (Норма: 15,0 - 65,0 пг/мл)

Анализ крови на витамин Д (25-ОН Vitamin D): 45 нмоль/л (Норма: 30-100 нмоль/л)

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз
2. Есть ли необходимость в дополнительных обследованиях? Если да, то какие обследования кроме общеклинических необходимо выполнить и как они могут повлиять на тактику лечения.
3. Предложите тактику лечения. Если предполагается хирургическое лечение, возможный объем операции?

Пациент: Мужчина 27 лет.

Жалобы на потерю веса, тахикардия, повышенную потливость, нарушение сна.

Указанные жалобы в течении месяца.

Около 7 лет назад подобные жалобы уже появлялись. При этом был диагностирован диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз средней степени тяжести. Проводилось лечение препаратом Тирозолом с постепенным снижением дозы, на фоне которого проявления заболевания купировались и через 14 месяцев от начала лечения препарат был отменен, пациент вернулся к обычной жизни.

Осмотрена хирургом:

Кожные покровы не изменены. Визуально шея симметрична

Пальпация шеи безболезненна. Щитовидная железа, узловые образования, лимфатические узлы не пальпируются.

Голос звонкий

Анализ крови на ТТГ: 0,01 мЕд/л (Норма: 0,4-4,0 мЕд/л)

УЗИ Щитовидной железы: Щитовидная железа расположена типично, контур ровный четкий, ткань щитовидной железы смешанной эхогенности, кровоток усилен, узловые образования не определяются. Перешеек 2 мм. Объем щитовидной железы 21 мм. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз
2. Есть ли необходимость в дополнительных обследованиях? Если да, то какие обследования кроме общеклинических необходимо выполнить и как они могут повлиять на тактику лечения.
3. Предложите тактику лечения. Если предполагается хирургическое лечение, возможный объем операции?

Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура — 37, 2°. Озноба не было. При пальпации живота — болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×

8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз — $10.2 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какое заболевание следует исключить?
3. Показана ли экстренная операция?
4. Ваша лечебная тактика и обследования?

Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура — 37, 6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты — $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое заболевание следует исключить?
3. Какое обследование необходимо провести для его исключения?
4. Какое решение должно быть принято?

Женщина 32 лет. Вторая беременность — 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастриальной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят

постоянный характер, без иррадиации. Температура тела — 37,2°. Лейкоциты — $11,6 \times 10^9/\text{л}$. Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации напряжен и болезненный в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга не выражен, Ровзинга отрицательный, Ситковского положительный.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое заболевание следует исключить и как?
3. Ваша тактика лечения?

У больного 46 лет, поступившего в стационар через 6 часов от момента ущемления паховой грыжи, произошло ее самопроизвольное вправление. Хирург решил выполнить грыжесечение с пластикой пахового канала. При этом во время операции не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости нет. Операция прошла без осложнений. На следующий день больной жаловался на вздутие и боли в животе, температура поднялась до 38С, но эти явления были расценены как реакция и послеоперационный парез. Однако к концу дня стало ясно, что у больного развился перитонит.

Вопросы:

1. Какова причина перитонита?
2. Какая тактическая ошибка была допущена хирургом?
3. Тактика дальнейшего лечения

У больной 46 лет после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и правую лопатку. Поднялась температура тела до 37, 80 С, была многократная рвота. При пальпации правого подреберья определялось дно болезненного желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. При поступлении выполнено УЗИ — желчный пузырь 115× 63 мм, стенка 3 мм, в просвете желчного пузыря определяются конкременты. После назначения консервативной терапии состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, боли уменьшились, спустя сутки после поступления желчный пузырь перестал пальпироваться, оставалась небольшая болезненность в точке желчного пузыря. При динамическом УЗИ — желчный пузырь 82× 59 мм, стенка 3 мм, внутрипечёчные желчные протоки расширены до 2-3 мм, холедох 12 мм. Однако после купирования болевого приступа у больной появилась иктеричность кожи, показатели билирубина стали нарастать.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каков должен быть диагностический алгоритм и лечебная тактика?

Больная В., 47 лет поступила в отделение для выполнения лапароскопической холецистэктомии. В связи с наличием в анамнезе холедохолитиаза и механической желтухи перед операцией произведена ЭРПХГ — был выявлен «вентильный» камень холедоха. Выполнена типичная ЭПСТ протяженностью 1,2 см, литоэкстракция. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастриальной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота. Симптом Керте положительный. Амилаза крови и мочи повышена.

Вопросы: Какое осложнение развилось у больной? Какие дополнительные исследования необходимо произвести? Какой должна быть лечебная тактика?

У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При пальпации живота отмечено некоторое увеличение размеров инфильтрата и усиление его болезненности. Консистенция инфильтрата неравномерная. По вечерам наблюдается гипертермия до 38°C. В общем анализе крови отмечается повышение количества лейкоцитов до $17 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы инструментальной диагностики позволят его подтвердить?
3. В чем состоит лечебная тактика?

В приёмное отделение доставлен пациент 50 лет, страдающий в течение 3-х лет правосторонней пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу — безуспешно. Состояние пациента ухудшалось, и он обратился в больницу. Во время гигиенической ванны в приёмном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя лучше и настоял на уходе домой. Через 12 часов он вновь поступил с жалобами на боли по всему животу, тошноту, рвоту, сухость во рту.

При поступлении в хирургическое отделение состояние больного тяжёлое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс — 110 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД — 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот умеренно вздут, ограниченно участвует в дыхании. При пальпации отмечается резкая болезненность по всему животу, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щёткина-Блюмберга определяется по всему животу. Лейкоциты крови — $18,2 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какая тактическая ошибка допущена в ведении больного?
3. Какова Ваша лечебная тактика?

Больной К., 40 лет, поступил в приёмное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Появление болей отметил ночью. В начале заболевания боли носили нелокализованный характер, позднее переместились в правую подвздошную область.

Температура тела 37,2°C. Был однократный жидкий стул.

Вопросы:

1. Какое заболевание наиболее вероятно?
2. Какие симптомы необходимо определить у пациента?
3. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать в данном случае?
4. Проведите дифференциальный диагноз.

На операции по поводу левосторонней ущемлённой паховой грыжи после вскрытия грыжевого мешка и рассечения ущемляющего кольца установлено, что находящаяся в грыжевом мешке петля сигмовидной кишки длиной около 25 см тёмно- багрового цвета, не перистальтирует, пульсация сосудов брыжейки не определяется. После согревания в тёплом физиологическом растворе в течение 20 минут и блокады брыжейки раствором новокаина динамики в состоянии кишки не произошло.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика лечения?

У больного 35 лет, после приёма алкоголя появились боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в поясницу, многократная рвота.

При осмотре состояние больного тяжёлое. Кожные покровы несколько бледные. Склеры субъиктеричны. Пульс – 120 в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом.

Живот несколько вздут, резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. В отлогих местах живота – притупление перкуторного звука. Симптом Щёткина-Блюмберга – положительный. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула не было.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования Вы выполните больному для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо пациенту?
4. При выполнении лапароскопии были выявлены следующие изменения на большом сальнике. Опишите и объясните их причину.

Больной 48 лет оперирован 1,5 мес. назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита. Была произведена холецистэктомия. В желчном пузыре было большое количество мелких холестериновых камней. Холангиография на операционном столе не производилась. На 8-й день после операции у больного открылся наружный желчный свищ. В сутки отделяется до 800 мл желчи. Беспокоят слабость, поносы, отмечался обесцвеченный стул. Нормотермия. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Билирубин крови 270,6 мкм/л. Реакция на стеркобилин в кале отрицательная. Больному выполнено исследование желчных путей.

Вопросы:

1. Какое исследование выполнено больному?

2. Опишите найденную патологию.
3. Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища?
4. Какова Ваша тактика лечения больного?

Больной 65 лет в течение 20 лет страдает приступообразными болями в правом подреберье. Год назад перенёс острый холецистит. После консервативного лечения острые явления стихли. Больному была предложена плановая операция, от которой он отказался. В последующем беспокоили ноющие боли в правом подреберье. Около 2-х месяцев назад сам определил у себя в этой области опухолевидное образование. При поступлении в клинику состояние больного удовлетворительное.

Нормотермия. Кожные покровы обычной окраски. Пульс – 76 в минуту, ритмичный. При пальпации живота в правом подреберье определяется плотноэластическое малоболезненное подвижное образование размерами 10×8×8 см. Симптомов раздражения брюшины нет.

Выполнено УЗИ брюшной полости

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
3. Ваш план обследования и тактика лечения?

У больного К., 47 лет, страдающего язвенной болезнью, в течение последних 4-х дней. Наблюдаются постоянные боли в эпигастрии справа с иррадиацией в поясницу, тошнота, рвота. Выполнена гастродуоденоскопия и компьютерная томография. По результатам рентгеноконтрастного исследования эвакуация из желудка не нарушена. В анализах крови: Hb – 165 г/л, L – $11,3 \times 10^9$ /л, общий билирубин – 18,4 мкмоль/л, α -амилаза – 345 Ед/л, щелочная фосфатаза – 62 Ед/л.

Вопросы:

1. О каком осложнении заболевания следует думать?
2. Определите лечебную тактику.
3. Какие препараты Вы назначите больному?

Мужчина, 56 лет, отметил появление отёка правой руки и появление болей в конечности.

Отёк появился 3 дня назад, без видимой причины. Травму конечности, значительную физическую нагрузку отрицает. Военный пенсионер (служил на атомной подводной лодке). Курит более 40 лет. В течение последних 5-х лет в весенние и осенние периоды отмечает изжогу и ноющие боли в эпигастрии. Правая в/конечность тёплая, движения и чувствительность в полном объёме, пульсация на артериях запястья.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
4. Как лечить больного?

Во время диспансеризации у пациента 58 лет в области пупка обнаружено выпячивание округлой формы диаметром 5 см. Выпячивание возникло около 5 лет назад, постепенно увеличивается. Периодически беспокоят боли в области пупка ноющего характера, особенно после физической нагрузки. Выпячивание малоболезненное, эластической консистенции, не вправляется в брюшную полость, при перкуссии над ним определяется притупление. Кашлевой толчок положительный. Размеры выпячивания существенно не меняются при переходе из горизонтального в вертикальное положение. Температура тела 36,6°C, лейкоциты крови $5,1 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы диагностики необходимы в данном случае?
3. Определите тактику лечения.

Пациент нуждался в определение группы крови по системе АВ0. При проведении данной манипуляции доктор последовательно внес в 4 лунки по одной капле исследуемой крови. Затем доктор последовательно добавил в лунки по две капли цоликлональных антисывороток: в первую лунку цоликлон анти-А, во вторую цоликлон анти-В, в третью цоликлон анти-А и в четвертую цоликлон анти-В. После перемешивания содержимого лунок отдельными стеклянными палочками доктор поставил планшет на стол и через 1 минуту оценил наличие/отсутствие агглютинации.

Вопросы:

1. Были ли допущены ошибки при определении группы крови по системе АВ0?

Пациент 66 лет доставлен в стационар с жалобами на прогрессирующую слабость, тошноту. В течение недели отмечал повторные эпизоды дефекации жидким черным стулом со зловонным запахом. Из анамнеза известно, что у больного в течение длительного времени имеется левосторонний коксартроз. Для купирования болей в тазобедренном суставе пациент ежедневно принимает обезболивающие препараты. Около 4-х недель назад у пациента был диагностирован тромбоз глубоких вен левой нижней конечности, в связи с чем больному был назначен варфарин. Больной не выполнял рекомендации врача, уровень МНО не контролировал, периодически употреблял алкоголь. При физикальном обследовании кожные покровы бледные, влажные. ЧДД до 20 в минуту, тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 100/60 мм рт.ст., пульс 108 в минуту. При пальпации живот мягкий, незначительно болезненный в верхних отделах. При лабораторном обследовании Нв 72 г/л; гематокрит 28%; МНО 16.

Вопросы:

1. Какие ведущие патологические синдромы имеет место у пациента? В чем причинно-следственная связь их развития?
2. Опираясь на свой опыт, сформулируйте клинический диагноз, который с большей

долей вероятности может соответствовать данной клинической ситуации.

3. Какие инструментальные и лабораторные методы обследования целесообразно выполнить данному пациенту?

4. Перечислите группы лекарственных препаратов, которые целесообразно назначить данному пациенту.

5. Показана ли пациенту трансфузия компонентов крови? Если да, то какие компоненты целесообразно назначить? Если нет, обоснуйте свой ответ.

В связи с явлениями тяжелой постгеморрагической анемии дневной лечащий врач выполнил пациенту трансфузию дозы эритроцитарной массы. Процедурная медсестра утилизировала пакет с остатками трансфузионной среды. Лечащий врач сообщил о завершении гемотрансфузии дежурному доктору и оставил пациента под наблюдением своего коллеги.

Вопросы:

1. Как вы оцениваете действия лечащего врача? Кто должен проводить дальнейший мониторинг состояния пациента?

2. Опишите последовательность действий врача, осуществляющего мониторинг состояния пациента после гемотрансфузии. Какие медицинские документы он должен оформить?

3. Какие медицинские документы должен оформить врач, осуществлявший гемотрансфузию?

К Вам обратился пациент с жалобами на боли в икроножных мышцах, возникающих при ходьбе на расстояние около 300 метров. После кратковременного отдыха боли проходят. Вышеуказанные жалобы в течение 1,5 лет. Из анамнеза известно, что пациент курит около 20 лет.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост – 177 см, вес – 89 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 78 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: нижние конечности сформированы и развиты правильно, имеется бледность кожного покрова, волосяной покров отсутствует, мускулатура развита слабо. При пальпации болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренных артериях ослаблена, на подколенных, артериях тыла стопы не определяется.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента? Проклассифицируйте стадию данного синдрома.

2. Опираясь на свой опыт, сформулируйте клинический диагноз, который с большей долей вероятности может соответствовать данной клинической ситуации.

3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?

4. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?

5. Какова Ваша лечебная тактика?

Выполняя ремонт одежды, пациент уколол иглой ладонную поверхность дистальной фаланги 2-го пальца кисти. Через 2-е суток от момента получения травмы отметил появление болей в поврежденном пальце. На следующие сутки появился выраженный отек пальца, распространяющийся на его основание, резкая болезненность при движениях в проксимальном и среднем межфаланговых суставах. Больной к врачу не обращался, лечился самостоятельно согревающими компрессами. На 4-е сутки после получения ранения в ночное время отметил усиление болей в пальце, в связи с чем в утренние часы обратился в поликлинику по месту жительства.

При осмотре в сознании, температура в подмышечной впадине 37,8°. Местный статус: проксимальная, средняя и дистальная фаланга резко отечны, гиперемированы. Палец в вынужденном полусогнутом состоянии, попытка активных либо пассивных движений в межфаланговых сочленениях сопровождаются резким усилением болей. Пульс удовлетворительных качеств, ритмичный, до 100 ударов в минуту. АД 125/70 мм.рт.ст. ЧДД 18 в минуту, лейкоциты крови $16 \cdot 10^9$ в литре, со сдвигом формулы влево (палочкоядерных – 16%).

Вопросы:

1. Опираясь на свой опыт, сформулируйте клинический диагноз, который с большей долей вероятности может соответствовать данной клинической ситуации.
2. Какие дополнительные физикальные и инструментальные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
3. Какова Ваша лечебная тактика?

К вам обратился пациент 32 лет с жалобами на тупые распирающие боли, тяжесть и отек правой верхней конечности, которые появились сегодня утром. При тщательном опросе удалось выяснить, что мужчина спал с женой, которая перед тем, как заснуть положила голову ему на плечо, а пациент, боясь потревожить супругу, не стал убирать руку и заснул в этом положении. Среди ночи он почувствовал жгучие боли и онемение правой руки, в связи с чем извлек ее из-под головы супруги и продолжил свой сон. После пробуждения с утра обнаружил появление указанных жалоб. Самостоятельно не лечился, сразу обратился за медицинской помощью.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: правая верхняя конечность увеличена в размерах (+1 см в средней трети предплечья, +3 см в средней трети плеча), кожный покров цианотичной окраски, отмечается набухание подкожных вен, отек подкожной клетчатки тыла кисти. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Артериальная пульсация на лучевой и локтевой артериях отчетливая.

Вопросы:

1. Опираясь на свой опыт, сформулируйте клинический диагноз, который с большей долей вероятности может соответствовать данной клинической ситуации.
2. С чем связано развитие заболевания у данного пациента?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

К вам обратилась пациентка 33 лет с жалобами на тупые распирающие боли и отек левой нижней конечности, усиливающиеся при нахождении в вертикальном положении тела и уменьшающиеся в положении лежа. Данные жалобы беспокоят в течение 3-х дней. Со слов больной на протяжении 5-и месяцев по рекомендации гинеколога (дисфункция яичников репродуктивного периода) принимает комбинированные оральные контрацептивы (Ярина).

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост – 165 см, вес – 60 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 82 удара в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, имеется небольшой цианоз кожного покрова, пастозность мягких тканей в области нижней трети голени. Голень увеличена в размерах: +1 см в нижней трети, +3 см в средней трети, +2 см в верхней трети. Отмечается усиление подкожного венозного рисунка, варикозной трансформации подкожных вен нет. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация артерий стопы отчетливая.

Вопросы:

1. Опираясь на свой опыт, сформулируйте клинический диагноз, который с большей долей вероятности может соответствовать данной клинической ситуации.
2. С чем связано развитие заболевания у данного пациента?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

В стационар доставлена пациентка 76 лет с жалобами на интенсивные боли в правой стопе и голени, чувство онемения и парестезии в конечности. Из анамнеза известно, что больная длительное время страдает ИБС: мерцательной аритмией, трижды перенесла инфаркт миокарда.

При осмотре: общее состояние тяжелое. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 160 см, вес – 114 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 88 ударов в минуту, пульс аритмичный, АД 140/90 мм.рт.ст., ЧД – 19 в мин. Живот мягкий,

безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: при осмотре правой нижней конечности последняя сформирована правильно, имеется выраженная бледность кожного покрова стопы и голени. На данных участках конечность холодная на ощупь. Пульсация на общей бедренной артерии ослаблена, на подколенной артерии и артерии тыла стопы не определяется. Пассивные движения в суставах конечности сохранены. Активные движения в голеностопном суставе невозможны, в коленном суставе ограничены.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента? Проклассифицируйте стадию данного синдрома.
2. Какие заболевания наиболее часто приводит к развитию данного синдрома? С чем вероятнее всего связано появление заболевания у данного пациента и как можно снизить риски его развития?
3. Какие инструментальные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. Какова лечебная тактика у данного пациента?

На поликлинический прием к хирургу пришла пациентка 45 лет с жалобами на наличие болезненного уплотнения, расположенного на внутренней поверхности средней и верхней трети голени с переходом на нижнюю треть бедра справа по ходу варикозно расширенных подкожных вен. Около 5-ти дней назад впервые отметила появление покраснения и уплотнения кожи на голени. Больная за медицинской помощью не

обращалась, самостоятельно использовала согревающие компрессы. На фоне такого лечения покраснение увеличивалось в размерах и распространилось на бедро, в связи с чем обратилась в поликлинику.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 170 см, вес – 110 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 76 ударов в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст., ЧД – 17 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: при осмотре правой нижней конечности последняя сформирована правильно, отмечается умеренная пастозность мягких тканей в области голеностопного сустава и нижней трети голени. В бассейне большой подкожной вены картина варикозной трансформации подкожных сосудов по смешанному типу. На медиальной поверхности средней и верхней трети голени с переходом на нижнюю треть бедра по ходу варикозно расширенных подкожных вен имеется резко болезненное уплотнение в виде жгута. На данных участках кожные покровы гиперемированы, отечны, горячие на ощупь. Чувствительность, активные и пассивные движения в конечности сохранены в полном объеме. Артериальная пульсация сохранена на всем протяжении.

Вопросы:

1. Опираясь на свой опыт, сформулируйте клинический диагноз, который с большей долей вероятности может соответствовать данной клинической ситуации.
2. Дайте оценку лечебным мероприятиям, проведенным пациенткой. Какое влияние они оказали на течение заболевания?
3. Какие дополнительные инструментальные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

На 3-ие сутки после операции по поводу огнестрельного ранения правого бедра состояние больного резко ухудшилось. Развилась гипертермия до 40,0С, тахикардия, одышка, расстройство сознания по типу делирия. В области послеоперационной раны в средней и нижней трети правого бедра определяется отек мягких тканей, из раны появилось обильное серозно-геморрагическое отделяемое с гнилостным запахом. При пальпации в окружности раны определяется крепитация мягких тканей.

Вопросы:

1. Опираясь на свой опыт, сформулируйте клинический диагноз, который с большей долей вероятности может соответствовать данной клинической ситуации.
2. Какое лабораторное исследование позволяет верифицировать диагноз?
3. Ваша лечебная тактика.

Пациент 70 лет госпитализирована в плановом порядке в стационар. Жалобы на боли, отек в правой нижней конечности в течении 5 дней.

Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь, сахарный диабет II типа, рак легкого T2N2M0. Вредные привычки: отрицает. В анамнезе месяц назад перелом голени справа.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное.

АД 150/80 мм рт. ст. ЧСС 76 ударов в 1 мин. Температура 36,6°C. ЧДД 16 в 1 минуту.

Сосудистый статус: Обе н/к нормальной окраски, движения и чувствительность сохранены в полном объеме. Отек правой голени +2 см.

Пульсация артерий н/к отчетливая на всех уровнях с обеих сторон. Вопросы:

1. Сформулируйте основной диагноз
2. Назначайте дополнительные методы обследования для верификации диагноза
3. Определитесь с тактикой лечения.

ВОПРОСЫ К СОБЕСЕДОВАНИЮ

1. Асептика и антисептика. Роль отечественных хирургов.
2. Антибиотики. Классификация, показания к применению, способы введения.
3. Раны и их классификация. Инфекция ран. Современные методы лечения ран.
4. Абсцесс, флегмона, рожистое воспаление. Клиника, лечение.
5. Лимфангоит, лимфаденит. Причины, клиника, лечение.
6. Особенности течения воспалительных процессов на лице. Лечение.
7. Анаэробная инфекция. Клиника, диагностика, лечение, профилактика (включая столбняк).
8. Тендовагинит. Клиника, диагностика, лечение.
9. Хирургический сепсис. Клиника, принципы лечения.
10. Кровотечения. Причины, классификация, лечение.
11. Термические ожоги и их лечение.
12. Понятие о трансплантации органов и тканей.
13. Деонтология в практике хирурга.
14. Правовые вопросы в хирургической клинике. Осмотр хирурга при диспансеризации населения.
15. Кожная пластика, виды пластики, показания к применению.
16. Актиномикоз: локализация, особенности клиники, принципы лечения.
17. Отморожения: классификация, клиническое течение, лечение.
18. Зоб. Классификация. Клиника и лечение эутиреоидного зоба.
19. Тиреотоксический зоб. Классификация, клиническая картина. Показания к операции. Предоперационная подготовка. Осложнения послеоперационного периода, профилактика и лечение их. Роль отечественных хирургов в разработке методов операций на щитовидной железе.
20. Доброкачественные опухоли молочной железы. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
21. Мастопатия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
22. Рак молочной железы. Стадии процесса, диагностика, лечение.
23. Мастит, классификация, клиника, лечение, профилактика.
24. Спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика, лечение.
25. Рак легкого. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
26. Хронические легочные заболевания. Диагностика, лечение.
27. Абсцесс легкого. Патогенез, клиника, лечение.
28. Острая и хроническая эмпиема плевры. Причины, клиника, диагностика, лечение.

29. Опухоли и кисты средостения. Диагностика, лечение.
30. Констриктивный перикардит. Клиника, диагностика, лечение.
31. Ревматический митральный порок сердца. Показания к хирургическому лечению.
32. Хирургическое лечение приобретенных пороков сердца.
33. Ахалазия пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Показания к операции.
34. Рак пищевода. Классификация по стадиям. Клиника, диагностика, лечение. Ранние симптомы заболевания.
35. Ожоги пищевода. Клиника, лечение.
36. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация, клиника, лечение.
37. Паховая грыжа. Клиника, диагностика, лечение. Виды операций.
38. Бедренная грыжа. Диагностика, лечение.
39. Ущемленные грыжи. Диагностика, причины диагностических ошибок, особенности оперативного лечения, методы определения жизнеспособности кишки.
40. Водянка оболочек яичка. Клиника, диагностика, лечение.
41. Хронический холецистит, показания к хирургическому лечению.
42. Методы предоперационного обследования желчных путей.
43. Острый холецистит. Хирургическая тактика. Причина диагностических ошибок. Осложнения острого холецистита.
44. Обтурационная желтуха. Причины, клиника, диагностика, лечение.
45. Опухоли панкреатодуоденальной зоны. Диагностика, лечение.
46. Рак поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
47. Заболевания большого дуоденального соска. Клиника, диагностика, лечение.
48. Постхолецистэктомический синдром. Классификация, диагностика, лечение.
49. Опухоли печени. Классификация, клиника, хирургическое лечение осложнений.
50. Портальная гипертензия. Причины, диагностика, хирургическое лечение.
51. Эхинококк печени: Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
52. Хронический панкреатит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
53. Острый панкреатит. Этиопатогенез. Классификация. Стадия клинического течения. Осложнения. Лечение по стадиям заболевания.
54. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Показания к оперативному лечению, методы операций.
55. Методы обследования при заболеваниях желудка и 12-ти перстной кишки.
56. Хирургическая тактика при кровоточащих язвах желудка и 12-ти перстной кишки. Роль отечественных хирургов в разработке этого вопроса.
57. Прободная язва желудка и 12-ти перстной кишки. Клиника, диагностика, лечение.
58. Стеноз пилорического канала. Этиология, патогенез. Стадии процесса, диагностика, лечение.
59. Понятие о хронической дуоденальной непроходимости. Клиника, диагностика, лечение.
60. Предраковые заболевания желудка. Диагностика, лечение. Роль профилактических осмотров.
61. Полипы желудка. Диагностика, особенности лечения.
62. Рак желудка. Пути метастазирования. Радикальные и паллиативные операции. Клинические признаки неоперабельности.
63. Рак кардиального отдела желудка. Клиника, ранние симптомы заболевания, диагностика, лечение.
64. Постваготомические и пострезекционные синдромы. Классификация, клиника, лечение.
65. Острый аппендицит. Дифференциальная диагностика, причины диагностических ошибок.
66. Острый аппендицит. Особенности клиники при атипичном расположении.
67. Особенности течения острого аппендицита в старческом возрасте.

68. Осложнения при остром аппендиците. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, лечение.
69. Перитонит. Классификация, клиника, лечение.
70. Поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс Дугласова пространства. Клиника, диагностика, лечение.
71. Болезнь Крона. Локализация, клиника, диагностика, лечение.
72. Неспецифический язвенный колит. Клиника, диагностика, лечение.
73. Кишечные свищи. Классификация, лечение.
74. Непроходимость кишечника. Классификация, диагностика, лечение.
75. Спаечная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, лечение.
76. Обтурационная кишечная непроходимость. Причины, клиника, диагностика, лечение.
77. Инвагинация кишечника. Причины, клиника, диагностика, лечение.
78. Тромбоз мезентериальных сосудов. Клиника, диагностика, тактика.
79. Рак ободочной кишки. Особенности клиники в зависимости от локализации. Осложнения. Диагностика, лечение.
80. Рак прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение. Роль профилактических осмотров.
81. Паранекроз, паранекральные свищи. Клиника, диагностика, лечение.
82. Геморрой. Клиника, лечение.
83. Выпадение прямой кишки. Клиника, лечение.
84. Варикозное расширение вен конечностей. Клиника, специальные методы обследования, лечение.
85. Тромбоз глубоких вен конечностей. Клиника, диагностика, лечение.
86. Посттромботический синдром. Клиника, диагностика, лечение.
87. Острая артериальная непроходимость. Клиника, лечение.
88. Облитерирующий атеросклероз. Клиника, стадии процесса, лечение.
89. Панариции. Классификация, клиника, лечение.
90. Острые остеомиелиты. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
91. Хронические остеомиелиты. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
92. Трофические язвы конечностей. Причины образования. Лечение.
93. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей.
94. Показания к хирургическому лечению ишемической болезни сердца.
95. Инородные тела пищевода: клиника, диагностика, лечение.
96. Острые медиастиниты: причина, клиника, диагностика, лечение.
97. Инородные тела трахеи, бронхов: диагностика, первая помощь, лечение.
98. Диагностические и лечебные возможности эндоскопии в хирургии органов брюшной полости.
99. Особенности лечебной тактики у хирургических больных при сахарном диабете.
100. Синдром дисфагии. Классификация, методы диагностики. 100. Хирургическое лечение туберкулеза легких. Показания и виды операций. 101. Туберкулез брюшины и кишечника. Клиника, лечение.
102. Гнойная инфекция ран. Классификация, клиническая картина. Профилактика и лечение раневой инфекции.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Актуальные вопросы онкологии

В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС СОСТАВЛЯЮТ

злокачественные новообразования
 болезни органов кровообращения
 травмы и отравления
 болезни органов пищеварения

болезни органов дыхания

САМОЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ У МУЖЧИН
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

рак легкого
рак желудка
рак предстательной железы
рак прямой кишки

КУРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА

рака легкого, гортани, мочевого пузыря
рака легкого, яичников, мочевого пузыря
рака легкого, почки, щитовидной железы
рака легкого, желудка, толстой кишки
рака легкого, шейки матки, лимфосаркомы

К 1Б КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ

больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование
больные с предопухолевыми заболеваниями
лица, излеченные от злокачественных новообразований
правильного ответа нет

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА МЕТАСТАЗИРУЕТ

в легкие
в плоские кости
в паховые лимфоузлы
в кожу

ЧАЩЕ ВСЕГО ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА ПОРАЖАЕТ

длинные трубчатые кости
все плоские кости
кости черепа
кости таза

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЯВЛЯЕТСЯ
ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПРИ РАКЕ

пищевода и анального канала прямой кишки
желудка и тонкой кишки
тонкой и ободочной кишки
желудка и ободочной кишки

ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ
АНАТОМИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ:

сигмовидная кишка
восходящая ободочная кишка
поперечная ободочная кишка
нисходящая ободочная кишка
слепая кишка

К КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ БОЛЬНЫЕ, СТРАДАЮЩИЕ
ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ С ПРИЗНАКАМИ ПРОЛИФЕРАЦИИ
1б

Ia
II
III

ОСТЕОГЕННЫЕ САРКОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ:

до 25 лет
от 30 до 40 лет
от 40 до 50 лет
старше 50 лет

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения
проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
динамическое наблюдение
назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ ЛИЦА У

75-85% больных
60-70% больных
50-55% больных
на коже лица встречается редко

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ, ЛИДИРУЮЩИМ ПО ЧАСТОТЕ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

дисфагия
боль в грудной клетке при глотании
повышенное слюноотделение
рвота

НАИБОЛЕЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНА К ОТДАЛЕННОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ МЕЛАНОМА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА

узловая
акролентигинозная
злокачественное лентиго
поверхностная

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

гематурия
пальпируемая опухоль
боль
слабость
ускоренная СОЭ

ПО МЕРЕ РОСТА РАКА ЛЕГКОГО СКОРОСТЬ НАРАСТАНИЯ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНА

при эндобронхиальном экзофитном раке
при перибронхиальном узловатом раке
при разветвленном раке
при пневмониеподобном раке

при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

СИМПТОМЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАКА ЛОКАЛИЗОВАННОГО

в сигмовидной кишке
в восходящей кишке
в поперечной кишке
в слепой кишке

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ РФ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ ИМЕЕТ ТЕНДЕНЦИЮ

к повышению
к снижению
к стабильности
к повышению в старшей возрастной группе
к снижению среди лиц молодого возраста

ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ГОЛОВКА

тело
хвост
вся поджелудочная железа (тотальное поражение)

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛОКАЛИЗОВАНЫ В

печени
костях
легких
надпочечниках
селезенке

К ТРИАДЕ СИМПТОМОВ РАКА ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ

гематурия, боль, пальпируемая опухоль
гематурия, боль, ускоренная СОЭ
гематурия, потеря веса, слабость
гематурия, боль, слабость
гематурия, боль, повышенная температура тела

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОПУХОЛИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ

затрудненное и/или учащенное мочеиспускание
боль в промежности, крестце, пояснице
микроскопическая гематурия
нарушение акта дефекации

АДЕКВАТНЫМ ОБЪЕМОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

тотальная тиреоидэктомия
резекция доли
гемитиреоидэктомия
энуклеация узла

С КАКОЙ ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ КОНТРОЛЬНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТ, ИЗЛЕЧЕННЫЙ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ
первый год - 1 раз в 3 мес, второй - третий год - 1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
один раз в 6 мес. в течение 5 лет, затем – ежегодно
первый год - 1 раз в мес, второй год -1 раз в 3 мес, третий - пятый года -1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
ежегодно в течение 10 лет

НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ НЕ ВЛИЯЕТ
употребление большого количества жиров
ультрафиолетовое излучение
курение
микротравмы слизистой губы

КАКИЕ ИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРОВОЖДАЮТСЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ
фолликулярный и папиллярный рак
медуллярный и недифференцированный рак
папиллярный и медуллярный рак
недифференцированный и фолликулярный рак

ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВНУТРИПРОТОВОКОВОЙ ПАПИЛЛОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
кровянистые выделения из соска
симптом втяжения
наличие плотного участка с зернистой поверхностью
болезненность при пальпации ареолы

КАКОЙ СИМПТОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ПИЩЕВОДА В ЛИМФУУЗЛЫ АОРТАЛЬНОГО ОКНА
осиплость голоса
кашель
боль в грудной клетке
икота
дисфагия

РАК ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В
печень
легкие
надключичные лимфатические узлы
кости

МЕТАСТАЗЫ В ПЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ РАКЕ
желудочно-кишечного тракта
легкого
молочной железы
женских половых органов

Здоровый образ жизни
ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ЛАКУНАРНОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЮТСЯ
артериальная гипертензия
мерцательная аритмия
сахарный диабет

искусственные клапаны сердца
все вышеперечисленное

ПОКАЗАТЕЛИ НАРУШЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ

натощак > 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста ≥ 11.1 ммоль/л
натощак ≥ 6.1 и < 7.0 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста < 7.8 ммоль/л
натощак < 6.1 ммоль/л и через 2 часа после глюкозо-толерантного теста > 7.8 ммоль/л

ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ХС ЛПНП ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ

≤ 1.8 ммоль/л
 ≤ 2.5 ммоль/л
 ≤ 3.0 ммоль/л

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ ХИБС СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПП ФК

не менее 2-х раз в год
не менее 3-х раз в год
не менее 4-х раз в год

БОЛЬНЫХ ИБС, ОТНЕСЕННЫХ К ГРУППЕ УМЕРЕННОГО РИСКА НАПРАВЛЯЮТ НА КАГ

без дальнейших неинвазивных исследований
по результатам дополнительных исследований
необходимость в рутинном направлении на КАГ отсутствует

К ОСНОВНЫМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ ПРОГНОЗ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОТНОСЯТСЯ (ОТМЕТИТЬ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ОТВЕТЫ):

АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА
статины
бета-адреноблокаторы
нитраты
ингибиторы АПФ или блокаторы РААС
антагонисты кальция

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЫШЕН ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ У МУЖЧИН

180 см и более;
94 см и более;
102 см и более;
110 см и более;

ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ (ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ) ПОДЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ КОНТИНГЕНТЫ ГРАЖДАН

больные хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), являющимися основными причинами инвалидности и преждевременной смертности населения
пациенты имеющие высокий риск развития ССЗ
больные ХНИЗ и пациенты с высоким сердечно-сосудистым риском
нет правильного ответа

ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫЕ ХНИЗ ЯВЛЯЕТСЯ

ДОСТИЖЕНИЕ ЗАДАННЫХ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИКАЛЬНОГО, ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

достижение целевых уровней факторов риска

замедление патологического процесса и развития обострений.

снижение числа госпитализаций и осложнений.

повышение качества и увеличение продолжительности жизни

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ЛИЦ, НЕ ИМЕЮЩИХ ДОКАЗАННЫХ ХНИЗ, НО ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК ИХ РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

достижение заданных параметров физикального, лабораторного и инструментального обследования

достижение целевых уровней факторов риска

предупреждение развития патологического процесса и заболеваний.

повышение качества и увеличение продолжительности жизни

все вышеперечисленное

В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ НУЖДАЮТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

1 I группа

2 II группа

III группа

I и II группы

II и III группы

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ III ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

43,7%

2 23,1%

17,6%

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ II ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ В МАСШТАБАХ РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

43,7%

23,1 %

17,6%

ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ (ВЫБРАТЬ ОДИН ВАРИАНТ ОТВЕТА)

уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания

сокращение числа случаев инвалидности

уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением

снижение числа вызовов СМП и госпитализаций по экстренным показаниям

все перечисленное

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ ВРАЧЕЙ (ФЕЛЬДШЕРОВ) В ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
уменьшение числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным показаниям, по поводу обострений и осложнений заболевания
сокращение числа случаев инвалидности
уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у лиц, находящихся под диспансерным наблюдением
полнота охвата диспансерным наблюдением больных
все перечисленное

РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПОСЕЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ С АГ I-III СТЕПЕНИ С ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ, НО БЕЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

не менее 1 раза в год
не менее 2-х раз в год
1 раз в 3 месяца
каждый месяц

КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АД ЯВЛЯЕТСЯ ПОРОГОВЫМ ПРИ САМОКОНТРОЛЕ

менее или равно 140/90 мм рт ст
менее или равно 135/85 мм рт ст
менее или равно 130/80 мм рт ст

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

высоким технологиям
простейшим и нетрудозатратным
сложным инструментальным

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА

первом году программы
третьем году программы
пятом году программы

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ЭТО

комплекс организационных и технологических мероприятий по управлению и осуществлению профилактической программы
систематизированное изложение основных целей, задач, направленных на профилактику заболеваний, травм, несчастных случаев, сохранение и укрепление здоровья
повседневная работа и деятельность системы здравоохранения, общественных организаций

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА РАВНЯТЬСЯ

основному обмену;
200ккал;
энерготратам;
расходам на движение;
верного ответа нет

С ВОЗРАСТОМ ЭНЕРГОГРАТЫ

увеличиваются;
не изменяются;
уменьшаются;
зависит только от профессии;
верного ответа нет

У ЖЕНЩИН ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ДОЛЖНА БЫТЬ

как у мужчин;
меньше;
больше;
зависит только от профессии;
верного ответа нет

ЖИРЫ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ПО ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ ДОЛЖНЫ СОСТАВЛЯТЬ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

7%;
10%;
30%;
40%;
верного ответа нет

ПРОСТЫЕ УГЛЕВОДЫ СОСТАВЛЯТЬ ДОЛЖНЫ ОТ КАЛОРИЙНОСТИ СУТОЧНОГО РАЦИОНА

12%;
7%;
0%;
30%;
верного ответа нет

ПРИЕМ ПИЩИ ЗА СУТКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ

2-3 раза;
3-4 раза;
по желанию;

ИЗБЫТОК ЖИРА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

желчекаменной болезни;
атеросклерозу;
раку кишечника;
раку молочной железы;
все вышеперечисленное.

ИЗБЫТОК ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОСТЫХ УГЛЕВОДОВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

ожирение;
язвенную болезнь;
рак груди;
цирроз печени;
колит.

ИЗБЫТОК ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ОПАСЕН ДЛЯ РАЗВИТИЯ

гастрита;
колита;

артериальной гипертонии;
артроза суставов
верного ответа нет

В ПИТАНИИ ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ ОТМЕЧАЕТСЯ
избыток белка;
нерациональное соотношение жиров;
недостаток витаминов;
недостаток углеводов;
избыток жира и недостаток витаминов

ПОВАРЕННУЮ СОЛЬ ЛУЧШЕ ОГРАНИЧИТЬ
убрав солонку со стола;
недосаливая при кулинарной обработке
избегая солений;
верно а,б,в;
верного ответа нет

ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕОБХОДИМО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ,
ОГРАНИЧИТЬ
белки;
соль;
растительное масло;
фрукты;

ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИПЕМИИ НЕОБХОДИМО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
ОГРАНИЧИТЬ
жиры;
соль;
растительное масло;
фрукты, овощи;

ПРИ ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ НЕОБХОДИМО ОГРАНИЧИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО
белки;
жиры;
сахара;
алкоголь;
сахара и алкоголь.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ НЕОБХОДИМЫ В ОСНОВНОМ ДЛЯ
лечения больных в стационаре;
профилактике наркомании;
помощи при отказе от курения;
достижения сбалансированности рациона;
профилактика ХНИЗ

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА В НОРМЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВЕН
5- 9;
10 - 14;
15- 19;
20 - 25;
верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
У МУЖЧИН

80 и более;

94 и более;

102 и более;

110 и более;

верного ответа нет

РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ВЫСОК ПРИ ОКРУЖНОСТИ ТАЛИИ
У ЖЕНЩИН

88 и более;

94 и более;

102 и более;

ПО и более;

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ АЛИМЕНТАРНОЙ ФОРМЫ (ПЕРВИЧНОГО) ОЖИРЕНИЯ

низкая физическая активность;

переедание;

гормональная недостаточность;

АБДОМИНАЛЬНЫЙ (МУЖСКОЙ) ТИП ОЖИРЕНИЯ ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА
сердце;

артерии;

вены;

А и Б;

суставы;

ЖЕНСКИЙ ТИП ОЖИРЕНИЯ (ТИП «ГРУШИ») ДЕЙСТВУЕТ В ОСНОВНОМ НА

печень;

легкие;

опорно-двигательный аппарат;

почки;

верного ответа нет

ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

лекарственная терапия;

диета;

пищевые добавки;

хирургическое лечение;

СТЕПЕНЬ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ РЕДУКЦИИ ДИЕТЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ ВОЗМОЖНА
ДО

500 ккал.

800 ккал.

1000 ккал.

1200ккал.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ ПОКАЗАНА ПРИ

высоких степенях ожирения;

сопутствующей патологии;

булимии;

ПРИ ОЖИРЕНИИ НУЖНО ОГРАНИЧИВАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

белки;
витамины;
минералы;
углеводы;

ПОВЫШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА
ПРЕДПОЛАГАЕТ

занятия йогой;
аэробные нагрузки на досуге;
марафон;
силовые нагрузки;
верного ответа нет

1Г ЖИРА СОДЕРЖИТ, КИЛОКАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

1Г УГЛЕВОДОВ СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

1Г БЕЛКА СОДЕРЖИТ, КАЛОРИЙ

1;
7;
4;
9;

верного ответа нет

1Г «ЧИСТОГО» АЛКОГОЛЯ СОДЕРЖИТ КАЛОРИЙ

1;
4;
7;
9;

верного ответа нет

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ ЖЕНЩИН В
КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

5г;
50 г;
30 г;
60 г;

АЛКОГОЛЬ В ПЕРЕСЧЕТЕ НА «ЧИСТЫЙ СПИРТ» ВРЕДЕН ДЛЯ МУЖЧИН В
КОЛИЧЕСТВЕ ЗА СУТКИ БОЛЕЕ

5г;

50 г;
50 г;
60 г;
верного ответа нет

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ (СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ, ВОЗ) – ЭТО

процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем, а также процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье
процесс, позволяющий людям повысить контроль за своим здоровьем.
процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над факторами, определяющими здоровье и улучшить тем самым здоровье.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
б) убежденность лиц, принимающих решения, межсекторальное сотрудничество, ориентация на граждан, участие местного сообщества
ориентация на граждан, участие местного сообщества.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний
комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНАЯ – ЭТО

комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний

РИСК КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

сердечно-сосудистых
травм и несчастных случаев
болезней нервной системы
новообразований
болезней органов пищеварения

ЦЕЛЬ КОНЦЕПЦИИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

стабилизации показателей здоровья населения РФ.
снижении показателей смертности общей

снижение показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
снижение показателей смертности от внешних причин

КОНТИНГЕНТЫ, НА КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНА КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ
ЗДОРОВЫХ

детей всех возрастных групп.

молодежь.

пожилых людей

все вышеперечисленное.

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОФИЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ
ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБХОДИМЫМИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ БРЕМЕНИ
БОЛЕЗНИ В ПОПУЛЯЦИИ

смертность, инвалидность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность

летальность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность

смертность, летальность, заболеваемость, временная нетрудоспособность

смертность, инвалидность, заболеваемость, временная нетрудоспособность

смертность, инвалидность, летальность, временная нетрудоспособность

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА

выявление заболеваний на ранних стадиях.

выявление заболеваний и факторов риска

выявление факторов риска и факторов здоровья

ПО ПРОГНОЗАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ К 2020 ГОДУ ОСНОВНОЙ УРОН (ЧИСЛО
ПОТЕРЯННЫХ ЛЕТ ТРУДОСПОСОБНОСТИ) ВСЛЕДСТВИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВИТ

50%

80%

60%

ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ К ОСНОВНЫМ НИЗ ОТНОСЯТ

болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства

болезни системы кровообращения, рак, хронические заболевания легких, травмы, психические заболевания и расстройства

болезни системы кровообращения, рак, сахарный диабет, психические заболевания и расстройства.

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НИЗ В ЗАПАДНЫХ СТРАНАХ СВЯЗЫВАЮТ,
ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, СО СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ

снижением распространенности поведенческих ФР среди населения

снижением частоты возникновения новых случаев НИЗ

снижением смертности от БСК

все ответы верны

УПРАВЛЯЕМЫЕ ОСНОВНЫМИ ФАКТОРЫ РИСКА, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА РОСТ
СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

курение, потребление алкоголя, нездоровое питание

только курение

курение и повышенное артериальное давление

курение, повышенное артериальное давление, потребление алкоголя, нездоровое питание

КАКОЙ ПРИНЦИП (СТРАТЕГИЯ) ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПО ОЦЕНКАМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, СЧИТАЕТСЯ ОСНОВНЫМ

- популяционная стратегия
- стратегия высокого риска
- сочетание стратегий популяционной и высокого риска

РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ ПРИ ВЫБОРЕ СТРАТЕГИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО

- уровнями отдельных факторов риска
- возрастом
- географическими условиями и характеристиками окружающей среды
- суммарным риском
- наличием необходимого оборудования

ИНТЕГРАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ДОЛЖНЫ ВКЛЮЧАТЬ

- разработку законодательства;
- просвещение населения
- поддержку активности населения;
- доступ к информации и содействие ее распространению;
- наличие и доступность профилактической помощи;
- межсекторальное взаимодействие.
- все вышеперечисленное

КАКИЕ ПРИНЦИПЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, НА ПРИМЕРЕ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, СЧИТАЮТСЯ ВАЖНЕЙШИМИ И ДОЛЖНЫ УЧИТЫВАТЬСЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

- поддержки, осознание пользы от занятий.
- уверенность индивидуума в наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.
- уверенность индивидуума в возможностях заниматься физической активностью, в получение удовольствия от занятий, наличие социальной поддержки, осознание пользы от занятий.
- уверенность индивидуума в пользе от занятий.

КАКИЕ ФАКТОРЫ, НАРЯДУ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА, ОКАЗАЛИ СУЩЕСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НА РОСТ СМЕРТНОСТИ ОТ БСК В РОССИИ

- психосоциальные факторы, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения
- психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения,
- психосоциальные факторы, экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения
- экономический уровень жизни населения, адекватная лечебная и профилактическая деятельность служб здравоохранения

СРЕДИ ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТ БСК ТЕМПЫ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОССИИ ВЫШЕ ОТ

- ишемической болезни сердца, чем от цереброваскулярной болезни
- цереброваскулярной болезни, чем от ишемической болезни сердца

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ

- 20%
- 50%
- 40%
- 55%

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ ИБС ПРИ СКРИНИНГЕ (МАССОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ) ОТНОСЯТСЯ К

- высоким технологиям
- простейшим и нетрудозатратным
- сложным инструментальным

К НАУЧНО ДОКАЗАННЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕРАМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПРОФИЛАКТИКИ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ОТНОСЯТСЯ

диетическая коррекция избыточной массы тела, дислипотеидемии, водно-солевого обмена.

оптимизация двигательной активности: быстрая ходьба и/или бег, плавание; включение физической активности в часы досуга и повседневную деятельность.

отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем).

нормализация режима дня, рациональное распределение свободного времени.

рациональная психотерапия, самосовершенствование, аутотренинг, развитие устойчивости к стрессовым ситуациям.

все вышеперечисленное

В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ПОКАЗАНО, ЧТО ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР НА УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ (ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА) ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА

первом году

на третьем году

через 5 лет;

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

- до 10%
- 20-30%
- 30-40%
- 40-50%

ДОЛЯ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ, СВЯЗАННАЯ С КУРЕНИЕМ ТАБАКА

- до 10%
- 20-30%
- 30-40%
- 40-50%

В КАКИХ СТРАНАХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЧАСТОТА КУРЕНИЯ МУЖЧИН МЕНЕЕ 30%

- Западная Европа
- Восточная Европа

Финляндия
Канада

ОСНОВНЫЕ МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КУРЕНИЯ ПО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ВКЛЮЧАЮТ

предотвращать курение с детского и юношеского возраста
оказывать помощь лицам, желающим бросить курить
информационную работу медиков, СМИ
законодательное регулирование
все вышеперечисленное

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОГРАНИЧЕНИИ КУРЕНИЯ ТАБАКА НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

регулирование производства табачных изделий, оптовой и розничной продажи
рекламирование табака
запрет на курения (на рабочих местах, в транспорте, учреждениях здравоохранения, образования, культуры, спорта, власти)
пропаганду знаний о вреде курения.
запрет на показ курения в фильмах, кроме новых.

ВО ВРЕМЯ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ КАМПАНИИ В РОССИИ НАБЛЮДАЛОСЬ

снижение смертности от внешних причин
увеличение продолжительности жизни
снижение смертности от внешних причин и увеличение продолжительности жизни

В КАКОМ ГОДУ В РОССИИ ПРИНЯТА КОНЦЕПЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА НАРКОТИКАМИ

в 2000
в 1999
в 1993
в 2005

Реализация профилактических программ направлена на
достижение поставленных целей программы
соблюдение запланированных сроков и использование запланированных ресурсов
достижение поставленной цели и использование запланированных ресурсов
достижение цели в запланированные сроки
достижение поставленной цели, соблюдение сроков и использования запланированных ресурсов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

партнерство и участие СМИ
участие системы образования
управление программой, оценку процесса реализации, оценку эффективности реализации
партнерство, участие СМИ, системы образования, управление программой, оценку процесса реализации и эффективности, профилактические технологии, обучение специалистов, населения и пациентов, создание условий для реализации
профилактические технологии и обучение специалистов, населения и пациентов, и создание условий для реализации

ОБЯЗАТЕЛЬНО ВХОДИТ В ДИРЕКЦИЮ ПРОГРАММЫ НА ЭТАПЕ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ административное руководство региона (территории)

административное руководство региона (территории) и представители общественности
административное руководство региона (территории) и представители всех партнеров по реализации программы
представители общественности и финансовых организаций, участвующих в финансировании программы.
представители всех партнеров по реализации программы и представители общественности

РОЛЬ СМИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

содействие формированию позитивного отношения к здоровью, и моды на здоровый образ жизни

повышение ответственности каждого человека за сохранение своего здоровья, а следовательно и здоровья общества

вовлечение различных секторов общества, администрации в реализацию мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

формирование партнерских отношений для продвижения профилактических программ на различных уровнях

все вышеперечисленное.

ОСНОВНЫЕ ПУТИ СОТРУДНИЧЕСТВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

обязательная программа гигиенического воспитания в школах, лекции по здоровому образу жизни и здоровому поведению в школах

обследование состояния здоровья и здорового поведения школьников и осуществление профилактических вмешательств (вакцинация) через школьные медицинские кабинеты

программа по укреплению здоровья в школах

совместная подготовка предложений к мероприятиям областных и городских программ по охране здоровья

все вышеперечисленное

ФАКТОРЫ, ПО ВАШЕМУ МНЕНИЮ, НАИБОЛЕЕ СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСПЕШНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

уровень информированности пациента о факторах риска

уровень подготовки медицинского работника по основам профилактического консультирования

уровень профессиональной подготовки медицинского работника и наличие личного опыта
желание пациента изменить свое поведение

знание медицинскими работниками психологии изменения поведенческих привычек и умение их применить при профилактическом консультировании

В ОСНОВЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВОСТЕПЕННЫМ

раннее выявление заболевания и факторов риска

консультирование по профилактике и коррекции факторов риска

медикаментозное лечение и коррекция факторов риска

межсекторальное сотрудничество и создание условий для реализации профилактических мер
все вышеперечисленное

МОНИТОРИРУЮТСЯ И ОЦЕНИВАЮТСЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММАХ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

структурные измерения

организационные изменения

показатели здоровья и уровни факторов риска
данные социологических опросов об уровне знаний и умений медицинских работников, знаний населения, пациентов.
все перечисленное

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ОСНОВНЫМ В ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

показатели здоровья населения (пациентов)
уровень знаний и умений медицинских работников
уровень знаний населения (пациентов) и отношение к здоровью
построение партнерства
рациональное расходование ресурсов

ИСТОЧНИКИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения
все перечисленное

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ КРАТКОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ программ

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп
программы подготовки специалистов, программы обучения

ИСТОЧНИКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ ПО ОЦЕНКЕ СРЕДНЕСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

данные официальной медицинской статистики
результаты выборочных обследований населения
статистические отчеты, отчеты о деятельности, протоколы совещаний, первичная медицинская документация
наглядные санпросвет материалы
опросы специалистов, населения, целевых групп

программы подготовки специалистов, программы обучения

ПОКАЗАТЕЛИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (В ПОЛИКЛИНИКАХ)

распространенность факторов риска

удельный вес профилактических посещений (в % от общего числа)

полнота охвата профилактическими осмотрами (в %)

показатели, характеризующие качество диспансерного наблюдения

смертность и заболеваемость

ПОКАЗАТЕЛИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

контингент и объем диспансеризации.

потребность в диспансерном наблюдении в лечебно-профилактической помощи и активность в ее реализации

оценку эффективности диспансеризации

здоровье прикрепленного населения

информированность и отношение населения (пациентов) к медицинским назначениям

УКАЖИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЕ ВОЗ ПОТРЕБЛЕНИЕ ФРУКТОВ И ОВОЩЕЙ В СУТКИ (БЕЗ УЧЕТА КАРТОФЕЛЯ)

200 г

300 г

500 г

800 г

ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

наличием сбалансированного регулярного питания;

недостатком в рационе питания белка;

избытком насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов в рационе питания;

недостатком в рационе питания клетчатки;

недостатком витаминов группы В и Д.

Избранные вопросы скрининга онкологических заболеваний

МЕТОДОМ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

рентгеноскопия

биопсия опухоли*

УЗИ

компьютерное обследование

термография

В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА И ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ СЧИТАЕТСЯ

эндоскопия желудка с биопсией

рентгенологический метод (Rg-скопия, Rg-графия)

исследование кала на скрытую кровь

исследование желудочного сока с гистамином

НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА (СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ) МОГУТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНЫ

при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом
при рентгенологическом исследовании
при использовании эндоскопических методов
при клиническом осмотре больного

ВНУТРИПРОТОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИ
дуктографии
бесконтрастной маммографии
крупнокадровой флюорографии
не могут быть выявлены рентгенологически

РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОПУХОЛЕЙ
щитовидной железы
желудка
поджелудочной железы
почки
предстательной железы

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
крупный литический очаг в эпифизе кости, иногда с остатками ячеистой структуры
нарушение кортикального слоя
экстраоссальный компонент, не содержащий дополнительных включений
периаостальная реакция в виде "козырька"

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЭА (РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА) МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО
для динамического наблюдения после лечения (в качестве мониторинга)
для уточнения степени распространенности опухоли (стадирования)
для установления диагноза рака

ПОСЛЕ ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения
проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
динамическое наблюдение
назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ
ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ И КОРНЕЙ ЛЕГКИХ
ЯВЛЯЕТСЯ
рентгеновская компьютерная томография
рентгенография + линейная томография
рентгеноскопия
сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (^{67}Ga)
магнитно-резонансная томография

ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ
ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО

пневмоторакс
гемоторакс
кровохаркание
имплантационное метастазирование

ДЛЯ ОЦЕНКИ МЕСТНОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА
ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

компьютерная томография
ангиографическое исследование
экскреторная урография
рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
ультразвуковое исследование

НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

цистоскопия
бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре
общий клинический анализ мочи
радионуклидная цистография

ПРИ КАКОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К БЫСТРОМУ МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ

меланоме
раке нижней губы
раке молочной железы
остеогенной саркоме

МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ В РОССИИ ДЛЯ СКРИНИНГА НА РАК
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

гемокульт-тест
ирригография
рентгеноскопия желудка и кишечника
колоноскопия

ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНА
маммография*

УЗИ молочных желез
пункционная Биопсия
секторальная резекция
самообследование

В ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА КЛЕТОК

не нарушена*
нарушена умеренно
нарушена выраженно
возможны все варианты

СОЧЕТАНИЕ «N₀» ОБОЗНАЧАЕТ

недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов*
одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ

легких

органов брюшной полости

молочной железы*

щитовидной железы*

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, инфекционная безопасность

МЕХАНИЗМ (ПУТЬ) ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

контактно-бытовой

аэрогенный

вертикальный

пищевой

трансмиссивный

ВИЧ ПОРАЖАЕТ

эритроциты

лимфоциты

тромбоциты

гепатоциты

макрофаги

ДИАГНОЗ ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СТАВИТСЯ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ

полового контакта

наличие у больного СПИД-маркерного заболевания

увеличения лимфатических узлов более 3-х мес.

обнаружения антител к ВИЧ в сыворотке методом ИБ

наличия у больного иммунодефицита, снижение количества Т4 (хелперов)

ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ КРОВЬЮ КОЖУ РУКИ ОБРАБАТЫВАЮТ

96⁰ спиртом

70⁰ спиртом

дважды моют с мылом

3% раствором хлорамина

ПРЕДМЕТЫ ОБИХОДА В ОКРУЖЕНИИ БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ДЕЗИНФИЦИРУЮТ

6% раствором перекиси водорода

96⁰ спиртом

5% хлорными растворами

3% хлорными растворами

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ АНАЛИЗА НА ВИЧ ОЗНАЧАЕТ, ЧТО

пациент болен СПИДом

в организме есть антитела к ВИЧ

человек заразен на протяжении всей его жизни

у больного терминальный период

7. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА ВИЧ ИНФЕКЦИИ

2-3 недели

3-4 месяца

5-6 месяцев
от 2 недель до 6 месяцев
от 3 недель до 1 года и более

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЙ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗЕН В
стадии инкубации
серонегативный период
стадии ПСИДа
бессимптомный период

ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ (БОЛЕЗНЕННОСТИ) ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ – ЭТО

число больных туберкулезом, состоящих на учете на конец года, в пересчете на 100 000 жителей так же на конец года
число больных активным туберкулезом на конец года
удельный вес больных туберкулезом среди всех больных на данной территории
число больных туберкулезом в пересчете на 1000 жителей.

САМЫМ ОПАСНЫМ ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
бактериовыделитель с наличием в окружении его детей или лиц с асоциальным поведением
скудный бактериовыделитель при контакте только со взрослыми
бактериовыделитель с факультативным выделением МБТ и при контакте только со взрослыми

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ УСТАНАВЛИВАЕТ
правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации
общие рекомендации по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации
все перечисленное

Клиническая фармакология

ШИРОТА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ - ЭТО

хирургическая доза лекарства;
отношение концентрации лекарства в органе или ткани к концентрации его в плазме крови;
диапазон между минимальной терапевтической и минимальной токсической концентрациями лекарства в плазме; (+)
процент не связанного с белком лекарства;
диапазон между минимальной и максимальной терапевтическими концентрациями лекарства.

ФАРМАКОКИНЕТИКА - ЭТО

изучение абсорбции, распределения, метаболизма и выведения лекарств (+)
изучение биологических и терапевтических эффектов лекарств
изучение токсичности и побочных эффектов
методология клинического испытания лекарств
изучение взаимодействий лекарственных средств

ВИДЫ АБСОРБЦИИ В ЖКТ

фильтрация

диффузия
активный транспорт
пиноцитоз
все виды (+)

РЕЗУЛЬТАТОМ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СВЯЗЫВАНИЯ ПРЕПАРАТА С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение $T_{1/2}$
повышение концентрации свободной фракции препарата
снижение концентрации свободной фракции препарата (+)
лучшая эффективность препарата

ПРЕПАРАТЫ, БОЛЬШЕ ПОДВЕРГАЮЩИЕСЯ МЕТАБОЛИЗМУ В ПЕЧЕНИ

липофильные (+)
гидрофильные
липофобные
имеющие кислую реакцию
имеющие щелочную реакцию

ФАРМАКОДИНАМИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ИЗУЧЕНИЕ

эффектов лекарственных средств и механизмов их действия (+)
абсорбции и распределения лекарств
метаболизма лекарств
выведения лекарств

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КИШЕЧНУЮ АБСОРБЦИЮ

pH желудочного сока
васкуляризация
моторика
состояние микрофлоры кишечника
все перечисленные (+)

ПРЕПАРАТЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ОДНОНАПРАВЛЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ, НАЗЫВАЮТСЯ

агонистами
синергистами (+)
антагонистами
миметиками
литиками

ЕСЛИ ПЕРВИЧНУЮ МОЧУ СДЕЛАТЬ БОЛЕЕ ЩЕЛОЧНОЙ, ТО

экскреция слабых кислот уменьшится
экскреция слабых кислот увеличится (+)
экскреция слабых оснований увеличится
увеличится экскреция и слабых кислот, и слабых оснований
экскреция не изменится

ПРЕПАРАТЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ИНДУКЦИИ ФЕРМЕНТОВ В ПЕЧЕНИ

фенобарбитал (+)
циметидин
амиодарон
эритромицин

ципрофлоксацин

факторы, влияющие на период полувыведения
почечный и печёночный клиренс (+)
биодоступность
скорость распределения
связь с белком
экскреция почками

ФАКТОРЫ ФАРМАКОКИНЕТИКИ, ИЗМЕНЯЮЩИЕСЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

всасывание
объём распределения
почечная экскреция
метаболизм
всё перечисленное (+)

ВЕЛИЧИНА БИОДОСТУПНОСТИ ВАЖНА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

пути введения лекарственных средств (+)
кратности приема
скорости выведения
эффективности препарата
продолжительности лечения

БИОДОСТУПНОСТЬ - ЭТО

процент вещества, выделенного из организма
процент вещества, достигшего системного кровотока (+)
эффективная доза препарата, оказывающая терапевтический эффект
процент препарата, связанного с белком
ничего из перечисленного

ЛЕКАРСТВА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СВЯЗЫВАЮТСЯ В ПЛАЗМЕ С

альбуминами (+)
глобулинами
фибриногеном
мукопротеинами
трансферрином

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО

разница между минимальной терапевтической и минимальной токсической дозами (+)
между максимальной терапевтической и максимальной токсической
между минимальной терапевтической и максимальной токсической
между максимальной терапевтической и минимальной токсической

ЗАВИСИТ БИОДОСТУПНОСТЬ ОТ

всасывания и связи с белком
всасывания и пресистемного метаболизма (+)
экскреции почками и биотрансформации в печени
объёма распределения

ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ ($T_{1/2}$) ЭТО

время выведения препарата из организма
время снижения концентрации препарата в плазме на 50% (+)

снижение скорости выведения на 50%
время достижения терапевтической концентрации

НА ПОЧЕЧНУЮ ЭКСКРЕЦИЮ ВЛИЯЮТ

уровень клубочковой фильтрации
уровень канальцевой реабсорбции
уровень канальцевой секреции
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

РЕЗУЛЬТАТОМ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВ В ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

образование активных метаболитов
образование неактивных метаболитов
образование токсических продуктов
всё вышеперечисленное (+)
ничего из перечисленного

БИОТРАНСФОРМАЦИЯ ПРЕПАРАТА ПРИВОДИТ К

меньшей степени ионизации
меньшей жирорастворимости (+)
снижению связывания с белком
большей степени ионизации

ПАРАМЕТР «КАЖУЩИЙСЯ ОБЪЕМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ» ХАРАКТЕРИЗУЕТ

скорость всасывания препарата
скорость выведения препарата
скорость распада препарата
эффективность препарата
способность препарата проникать в органы и ткани (+)

БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРЕПАРАТА В ПЛАЗМЕ ПРИ СУБЛИНГВАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ, ЧЕМ ПЕРОРАЛЬНОМ ПОТОМУ, ЧТО

лекарство не подвергается пресистемному метаболизму (+)
лекарство не связывается с белками плазмы
лекарства не связываются с тканями
увеличивается гидрофильность препарата
увеличивается липофильность препарата

ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ НЕЗАВИСИМО ОТ ДОЗЫ ИЛИ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ, НАЗЫВАЮТСЯ

токсические
аллергические (+)
фармакодинамические
фармакокинетические
псевдоаллергические

ВЫСОКИЙ ОБЪЁМ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

о высоких концентрациях свободного препарата в плазме
о высоких концентрациях препарата в тканях (+)
о высоких концентрациях связанного препарата в плазме
о низких концентрациях препарата в тканях
о хорошей эффективности препарата

ЭФФЕКТ ДВУХ ЛЕКАРСТВ ПРЕВЫШАЕТ СУММУ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭФФЕКТОВ, ЭТО

антагонизм
суммарный эффект
аддитивный эффект
потенцирование (+)
сенситизация

В ПОНЯТИЕ ЭЛИМИНАЦИИ ПРЕПАРАТА ВХОДИТ

всасывание
распределение
экскреция (+)
связь с белком
пресистемный метаболизм

СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВ, ПРИ КОТОРОМ БИОДОСТУПНОСТЬ МАКСИМАЛЬНА

пероральном
сублингвальном
внутримышечном
внутривенном (+)
ректальном

В ПОНЯТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВХОДИТ

вытеснение препарата из связи с белком
ингибирование метаболизма в печени
инактивация препаратов в инфузионном растворе (+)
торможение всасывания лекарств
взаимодействие на уровне экскреции в почках

ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СНИЖАЕТСЯ СВЯЗЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ С БЕЛКАМИ ПЛАЗМЫ

ишемическая болезнь сердца
острые инфекции
цирроз печени (+)
бронхиальная астма
пневмония

ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПОЧЕЧНЫЙ КЛИРЕНС ПРЕПАРАТОВ

пол
вес
почечный кровоток (+)
гипертензия
заболевания печени

ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСКОРЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

курение (+)
пожилой возраст
хроническое употребление алкоголя
прием эритромицина

лихорадка

СИНДРОМ «РИКОШЕТА» - ЭТО

снижение эффекта препарата при его отмене
увеличения эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма при отмене препарата
развитие обратного эффекта при продолжении использования препарата (+)

ФАКТОР, ПРИВОДЯЩИЙ К ЗАМЕДЛЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВ

курение
пожилой возраст (+)
однократное употребление алкоголя
прием барбитуратов
прием рифампицина

АУТОИНДУКЦИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

пенициллина
нитроглицерина (+)
пропранолола
преднизолона
гентамицина

СИНДРОМ ОТМЕНЫ ЭТО

положительное действие лекарственного средства
снижение эффекта препарата при его отмене
ответная реакция организма на отмену препарата (+)
усиление эффекта препарата при его отмене

ФАКТОРЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ВСАСЫВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ В ЖКТ

запор
приём антацидов (+)
приём холинолитиков
хорошее кровоснабжение стенки кишечника

ИНГИБИТОРОМ ПЕЧЁНОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

циметиди (+)
нитраты
рифампицин
фенобарбитал
никотин

АУТОИНДУКЦИЯ ВЫЗЫВАЕТ

повышение эффективности препарата при повторном применении
инактивация препарата другим лекарственным средством
увеличение активности препарата при первом введении
снижение эффективности препарата при повторном применении (+)

РАВНОВЕСНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭТО

состояние, когда количество абсорбированного препарата равно количеству выводимого (+)
максимальная концентрация после введения препарата
концентрация перед очередным введением препарата

средняя концентрация после введения препарата
правильных ответов нет

ВСАСЫВАНИЕ БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ ЛЕКАРСТВ ПРОИСХОДИТ
в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в толстом кишечнике

ПРЕПАРАТЫ С ВЫСОКОЙ ЛИПОФИЛЬНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВСЕМ
ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ
выводятся почками в неизменном виде (+)
хорошо всасываются в ЖКТ
метаболизируются в печени
хорошо проникают через гематоэнцефалический барьер

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ
дигоксина
гентамицина
теофиллина (+)
преднизолона
ванкомицина

В ЩЕЛОЧНОЙ МОЧЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ВЫВЕДЕНИЕ
морфина
новокаинамида
барбитуратов (+)
хинина
варфарина

КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ ВЫЗЫВАЕТ ОЩЕЛАЧИВАНИЕ МОЧИ
аскорбиновая кислота
аспирин
тиазидные диуретики
бикарбонат натрия (+)
эуфиллин

УКАЖИТЕ МЕХАНИЗМЫ АБСОРБЦИИ ПРЕПАРАТА
пиноцитоз
пассивная диффузия
активный транспорт
филтрация
все перечисленное (+)

УКАЖИТЕ, ГДЕ В ОСНОВНОМ ПРОИСХОДИТ ВСАСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВ
в ротовой полости
в пищеводе
в желудке
в тонком кишечнике (+)
в прямой кишке

ВСАСЫВАНИЕ КАКИХ ПРЕПАРАТОВ СНИЖАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ ПИЩИ
ампициллина (+)
рамприла
омепразола
ципрофлоксацина
метопролола

СЕЛЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА ЗАВИСИТ ОТ
периода полувыведения
способа приема
связи с белком
объема распределения
дозы (+)

ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ВОЗНИКАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ФАРМАКОКИНЕТИКИ ЛЕКАРСТВ, КРОМЕ
нарушения почечной экскреции
увеличения концентрации препаратов в плазме
уменьшения связывания с белками плазмы
увеличения $T_{1/2}$
уменьшения биодоступности (+)

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРИЕМ АЛКОГОЛЯ ПРИВОДИТ К
увеличению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
замедлению метаболизма в печени (+)
снижению почечной экскреции
снижению $T_{1/2}$

НИКОТИН ПРИВОДИТ К
уменьшению абсорбции лекарств
увеличению объема распределения лекарств
увеличению связи с белками плазмы
ускорению метаболизма в печени (+)
ускорению почечной экскреции

ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ
гиперкалиемия
гинекомастия
синдром Рейно
подагра (+)
гипогликемия

АНТИБИОТИК, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ДИАРЕЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ
ПРОКИНЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ
эритромицин (+)
амоксциллин
цефтриаксон
гентамицин
ванкомицин

НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧНЫМ ИЗ АНТИБИОТИКОВ АМИНОГЛИКОЗИДНОЙ ГРУППЫ ЯВЛЯЕТСЯ

амикацин
тобрамицин
гентамицин
неомицин (+)
стрептомицин

РАЗВИТИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАКОГО ВИТАМИНА МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

A
B1
B2
C
фолиевой кислоты (+)

НАЗНАЧЕНИЕ КАКОГО ВИТАМИНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ У РЕБЕНКА

A (+)
B1
B2
C
PP

ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ПОДАГРЕ ИЗ-ЗА СПОСОБНОСТИ ВЫЗЫВАТЬ ГИПЕРУРИКЕМИЮ

нитроглицерин
эритромицин
пропранолол
гипотиазид (+)
каптоприл

УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ РАННИЙ СИМПТОМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ

рвота
гинекомастия
потеря аппетита (+)
гиперкалиемия
тахикардия

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИДЕПРЕССАНТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИХ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

сердцебиение
сухость во рту
нарушение аккомодации
задержка мочеиспускания
все перечисленное (+)

Диуретик, вызывающий развитие гирсутизма и гинекомастии

гипотиазид
спиронолактон (+)
фуросемид

диакарб
индапамид

СОЧЕТАНИЕ ГИПОТОНИИ И БРАДИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ
ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

клофелина (+)
нифедипина
каптоприла
празозина
нитроглицерина

Медицина чрезвычайных ситуаций

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАЩИТЕ И ПО ЗАЩИТЕ
НАСЕЛЕНИЯ, МАТЕРИАЛЬНЫХ И КУЛЬТУРНЫХ ЦЕННОСТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ
РФ ОТ ОПАСНОСТЕЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ВЕДЕНИИ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ
ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ЭТО

мобилизация;
мобилизационная подготовка;
территориальная оборона;
гражданская оборона;

ВВЕДЕНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ НА ТЕРРИТОРИИ РФ НАЧИНАЕТСЯ

с момента объявления состояния войны;
с момента фактического начала военных действий;
с введением на территории РФ военного положения;
все перечисленное выше;

ОБЩЕЕ РУКОВОДСТВО ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНОЙ В ОБЛАСТИ ИЛИ КРАЕ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

Центр по делам ГО и ЧС;
Комиссия по ГО и ЧС;
Специально уполномоченное лицо;
Законодательное собрание области;
Губернатор.

ВОЗРАСТ ГРАЖДАН, РФ МУЖСКОГО ПОЛА, КОТОРЫХ МОГУТ ЗАЧИСЛЯТЬ В
НЕВОЕНИЗИРОВАННЫЕ ФОРМИРОВАНИЯ И СЛУЖБЫ ГО СОСТАВЛЯЕТ

18-27 лет;
20 - 45 лет;
16 - 60 лет
18-60 лет;
18-45 лет.

ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ И ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАЧ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ В
ВОЕННОЕ ВРЕМЯ ПОВЫШАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ

повседневных мероприятий;
первоочередных мероприятий первой группы;
первоочередных мероприятий второй группы;
мероприятий общей готовности;
все перечисленное выше.

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРЕВОДУ ЭКОНОМИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЭКОНОМИКИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЭКОНОМИКИ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ПЕРЕВОДУ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ, ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЙ НА РАБОТУ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ, ПЕРЕВОДУ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДРУГИХ ВОЙСК, ВОИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ, ОРГАНОВ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ НА ОРГАНИЗАЦИЮ И СОСТАВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ- ЭТО

мобилизация;

мобилизационная подготовка;

военная подготовка;

гражданская оборона;

мероприятия ГО и ЧС.

МЕРОПРИЯТИЯ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРОВОДЯТСЯ

в мирное время;

в военное время;

в рабочее время;

всегда;

после введения военного положения.

СОСТОЯНИЕ ВОЙНЫ В РФ ОБЪЯВЛЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ

в случае угрозы вооруженного нападения на РФ другого государства;

в случае вооруженного нападения на РФ другого государства или группы государств;

в случае возникновения чрезвычайной ситуации:

в случае угрозы проведения на территории РФ террористических актов:

НА УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ОБЛАСТИ МОБИЛИЗАЦИИ, ВОЗЛОЖЕНО

разработка документов по планированию деятельности организации;

создание мобилизационных органов;

осуществление международного сотрудничества

выполнение мобилизационных заказов (заданий);

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ, ПОСТРАДАВШЕГО ОТ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭТИХ ДЕЙСТВИЙ ВОЗЛОЖЕНО

на МО РФ

на ВСМК

на МСГО

на ГВМУ

на МЗ РФ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, В СЛУЧАЕ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ, ВКЛЮЧАЕТ

лечебно-эвакуационные и санитарно-противоэпидемические мероприятия,

медицинское снабжение, медицинскую защиту населения

медицинское снабжение, этап медицинской эвакуации, путь медицинской эвакуации, медицинскую защиту.

лечебно-эвакуационные мероприятия, учет и отчетность, эвакуационное направление, медицинскую сортировку

санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, медицинское снабжение, вид медицинской помощи, объем медицинской помощи

повышение устойчивости тыла, сохранение промышленного потенциала страны, защиту населения в условиях военного времени

СОСТАВ МСГО ПРЕДСТАВЛЕН

областью, краем, республикой в составе РФ б. территорией города, городского района, сельского округа

руководством, органом управления, формированиями, учреждениями
головными больницами, многопрофильными и профилированными больницами
органами управления и штабами МСГО

В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОДЧИНЕННОСТИ, ФОРМИРОВАНИЯ МСГО ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ

на территориальные и производственные

на объектовые и территориальные

на производственные и объектовые

на территориально-производственные

на санитарные - гигиенические и лечебные

В СОСТАВ МСГО НА МЕСТНОМ УРОВНЕ ВХОДЯТ

силы и средства МСГО организаций

силы и средства МСГО на территории города, сельского района

силы и средства МСГО на территории субъектов РФ

силы и средства МСГО на территории всей РФ

формирования и учреждения

Первая и неотложная помощь

**МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ПРИ
ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ**

2-3 минуты

4-5 минут

5-6 минут

до 30 минут +

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ

нитевидный пульс на сонной артерии

отсутствие спонтанного дыхания +

отсутствие пульса на сонной артерии +

отсутствие сознания +

САМЫМ ЧАСТЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

асистолия

фибриляция желудочков +

олная атриовентрикулярная блокада

экстремальная синусовая брадикардия

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

старческий возраст

травмы не совместимые с жизнью +

заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития +

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

только клиническая смерть +
агония и предагональное состояние
все внезапно развившиеся терминальные состояния
клиническая смерть и биологическая смерть

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ КОМПРЕССИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ВДУВАНИЯМИ ВОЗДУХА ПРИ СЛР, ПРОВОДИМОЙ 1 РЕАНИМАТОРОМ ДОЛЖНО БЫТЬ

1 вдох:5-6 компрессий
1-2 вдоха:6-8 компрессий
15 компрессий:2 вдоха
30 компрессий:2 вдоха +

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

постоянная одышка
приступообразная одышка
вынужденное положение больного во время приступа
приступы одышки с удлиненным выдохом +
"бочкообразная" грудная клетка

МАКСИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК, ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ

10 мин
30 мин +
1 час
3 мин

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

введение антигистаминных препаратов
наложение жгута
в/в введение преднизолона и адреналина +
п/к введение адреналина в место инъекции

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

бледность кожи на фоне высокой температуры
заторможенность и вялость больного
гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами +
гипотония, поддающихся лечению прессорными аминами

ОТПУСКА ПО БОЛЕЗНИ ИЛИ УВЕЧЬЮ БОЛЬНОГО ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ

*Лечащим врачом
Заведующим отделением

Контрольно-экспертной комиссией
Бюро медико-социальной экспертизы
Каждым из перечисленных

СРОКИ ВРЕМЕННОГО ПЕРЕВОДА НА ДРУГУЮ РАБОТУ ПО БОЛЕЗНИ РАБОЧЕГО ИЛИ СЛУЖАЩЕГО ОПРЕДЕЛЯЮТ

Профсоюзные органы
*Контрольно-экспертная комиссия
Заведующий отделением
Бюро медико-социальной экспертизы

ЗАДАЧАМИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ

Определение у рабочих и служащих временной утраты трудоспособности Рекомендации по обеспечению необходимых условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе (временно или постоянно)

Выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности у рабочих и служащих и своевременное направление их на освидетельствование в Бюро медико-социальной экспертизы

*Все перечисленное

ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ, ОТЛИЧАЮЩИМИ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ОТ СТОЙКОЙ, ЯВЛЯЮТСЯ

Продолжительность нетрудоспособности
Благоприятный клинический прогноз

*Благоприятный трудовой прогноз

Все перечисленное

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЫДАЕТСЯ

В случае выраженного обострения

*При нарушении функции больного органа

При общем тяжелом состоянии больного

Ни в одном из перечисленных случаев

В любом из перечисленных случаев

ПОЛНАЯ ПОТЕРЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

Незначительным нарушением функции больного органа, когда затруднено выполнение прежней работы

*Полной утратой функции поврежденного органа в результате травмы, когда противопоказано выполнение прежней работы

Всем вышеперечисленным

Временной утраты функции поврежденного органа

ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ

Все трудящиеся

*Только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное страхование

Только те, которые работают постоянно
Те, которые работают временно или на сезонных работах
Никто из перечисленных

ПРИ БЫТОВОЙ ТРАВМЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

- *С 1 дня
- С 3 дня
- С 5 дня
- С 6 дня
- С 14 дня

ЕСЛИ ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНОГО ВОССТАНОВИЛАСЬ ВО ВРЕМЯ
ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАКРЫВАЮТ
Днем обращения больного к врачу в поликлинику

- *В день выписки из стационара
- Через 3 дня после выписки
- Все перечисленное верно
- Вопрос решается индивидуально

ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ЗАБОЛЕЛ ВО ВРЕМЯ КОМАНДИРОВКИ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

- *Медицинским учреждением по месту командировки
- *Выдается только справка о заболевании
- Со дня возвращения из командировки
- Листок нетрудоспособности не выдается

СРОКИ ВРЕМЕННОГО ПЕРЕВОДА РАБОЧЕГО ИЛИ СЛУЖАЩЕГО НА ДРУГУЮ РАБОТУ ПО БОЛЕЗНИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- Профсоюзные органы
- *Контрольно-экспертная комиссия
- Заведующий отделением
- Лечащий врач
- Бюро медико-социальной экспертизы

ФУНКЦИЯМИ КОНТРОЛЬНО-ЭКСПЕРТНОЙ КОМИССИЕЙ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- Решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности
- Продление листка нетрудоспособности на сроки выше 30 дней
- Выдачи листка нетрудоспособности на санаторно-курортное лечение
- Направление в Бюро медико-социальной экспертизы
- *Трудоустройство лиц, имеющих инвалидность

ФУНКЦИЯМИ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- *Продления временной нетрудоспособности на срок свыше 6 месяцев
- Установление группы и причины инвалидности
- Определения трудовых рекомендаций инвалидам
- Определения времени фактического наступления инвалидности
- Установления степени утраты трудоспособности при трудовом увечье

НЕ ДАЮТ ПРАВО АДМИНИСТРАЦИИ СРАЗУ РАСТОРГНУТЬ ТРУДОВОЙ ДОГОВОР (КОНТРАКТ) СЛЕДУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ ТРУДОВОЙ ДИСЦИПЛИНЫ РАБОТНИКОМ

*Систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей

Прогул (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин

Появление на работе в нетрезвом состоянии

Совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности

Однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями

Секция: Раздел: ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

Название Раздел: ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

НАИБОЛЕЕ ВОЗМОЖНЫМИ ПУТЯМИ ПРОРЫВА ГНОЯ ПРИ ПАРОТИТЕ, ОБЪЯСНЯЕМЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТОПОГРАФИИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЕ ФАЕЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

прорыв гноя в ротовую полость

*в переднее окологлоточное пространство

заднее окологлоточное пространство

*наружный слуховой проход

В СОСТАВ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ НЕРВЫ

*Блуждающий нерв

*Нисходящая ветвь подъязычного нерва

Промежуточный нерв

Пограничный симпатический ствол

УЧИТЫВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЮ МЕЖРЕБЕРНОГО СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ПУНКЦИЮ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ БЕЗОПАСНЕЕ ПРОВОДИТЬ

Во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра

В 7-8 межреберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра

*В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра

В любом из указанных мест

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

*незаращением межпредсердной перегородки

незаращением артериального протока

незаращением межжелудочковой перегородки

плотным срастанием вен шеи с фасциями

рассечением фасциально-клеточных пространств шеи

С КЛЕТЧАТКОЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЫ СООБЩАЕТСЯ

*переднее глубокое клетчаточное пространство

надостное

подостное

передняя предлопаточная щель

*задняя предлопаточная щель

ИЗ-ЗА НАЛИЧИЯ АНАСТОМОЗОВ МЕЖДУ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ СОСУДАМИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА И ДРУГИХ ОРГАНОВ, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ АППЕНДИЦИТЕ МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ

*На правую почку

*На желчный пузырь

*На желудок

Никуда не распространяется

ТРЕУГОЛЬНИК КАПО ОБРАЗОВАН

*Общим печеночным протоком

*Пузырным протоком

Желчным пузырем

Печенью

Двенадцатиперстной кишкой

*Пузырной артерией.

Секция: Раздел: МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИИ

Название Раздел: МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИИ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕМЫЙ АТЕЛЕКТАЗ СЕГМЕНТА ЛЕГКОГО, ДОЛИ ИЛИ ВСЕГО ЛЕГКОГО ОБЯЗЫВАЕТ ВРАЧА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ИСКЛЮЧИТЬ

*центральный рак легкого

Доброкачественную опухоль (центральную)

Пневмонию

Пневмоторакс

Инородное тело

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОЗДУХА ИЛИ БАРИЯ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ИЛИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

О холедохолитиазе

О сальмонеллезе желчного пузыря

*О внутренней желчной фистуле

О желудочно-толстокишечной фистуле

О холецистите

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

Тромбоз селезеночной или воротной вены

Опухдлевые поражения печени

*Цирроз печени

Легочная или сердечно-сосудистая недостаточность

Синдром Бадд-Хиари

ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА МОЖНО ВЫЯВИТЬ С ПОМОЩЬЮ

Лапароскопии

Пневмомедиастинографии

Ангиографии печени

*Рентгеноскопии пищевода и желудка
Динамической гепатобилиосцинтиграфии

ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ
СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ

*Ретроградная холангиопанкреатография
*Ультразвуковое скенирование
*Компьютерная томография
Холецистография
*Ангиография и изотопная сцинтиграфия

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ
МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Кровотечение
Желчеистечение
Повреждение полого органа с последующим развитием перитонита
Обострение холангита или развитие острого панкреатита
*Все перечисленные

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕТРОГРАДНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
ХОЛАНГИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Острый панкреатит
Механическая желтуха
Хронический панкреатит
Наличие конкрементов в панкреатических протоках
Холедохолитиаз

РАСПОЗНАВАНИЮ ПРИЧИНЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ БОЛЕЕ ВСЕГО
ПОМОГАЕТ

Пероральная холецистография
Внутривенная холецистохолангиография
*Ретроградная холангиография
Сцинтиграфия печени
Прямая спленопортография

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛЕГОЧНОГО БОЛЬНОГО ДОЛЖНО
НАЧИНАТЬСЯ

С томографии легких
С прицельной рентгенографии
С бронхографии
С суперэкспонированной рентгенографии
*С обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НОВООБРАЗОВАНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ НАИБОЛЕЕ
ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

Пневмомедиастиноскопия
Бронхография
Бронхоскопия
*Пневмомедиастинотография
Искусственный пневмоторакс

СТЕАТОРРЕЯ ХАРАКТЕРНА

Для постхоленцистэктомического синдрома

Для острого панкреатита

*Для хронического панкреатита

Для печеночной недостаточности

Для болезни Крона

БАРИЕВАЯ КЛИЗМА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЕТ

Изменение рельефа слизистой ободочной кишки

Полную обтурацию просвета кишки

*Нишеподобные выпячивания

Сегментарный спазм

Наличие чаш Клойбера

БАРИЕВАЯ КЛИЗМА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ В СТЕНКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЕТ

Наличие чаш Клойбера

Изменение рельефа слизистой оболочки кишки

Дивертикулоподобные выпячивания

*Сегментарный спазм

Полную обтурацию просвета

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НЕОБХОДИМА ПОДГОТОВКА

Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием

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

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

Не требуется специальной подготовки

Приемом 1,5-2 л, жидкости за два часа до исследования

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ТЕСТОМ СОСТОЯНИЯ КЛАПАННОГО АППАРАТА МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Реовазография

Проба Дельбе-Пертеса

Флебодиагностика

Ультразвуковая доплерография

*Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХОЛЕДОХОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СВИЩ ЯВЛЯЕТСЯ

ФГДС

Обзорная Rg-графия брюшной полости

Пероральная холецистография

Внутривенная холеграфия

*Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

ПОСЛЕ ОСТРОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПЕРВЫМИ ИЗМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ

Ph артериальной крови и СО-2

Гемоглобин и гематокрит

*ЦВД

Насыщенность крови кислородом

Количество эритроцитов в периферической крови

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ШВОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

Обзорную рентгенографию брюшной полости

*Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка

ФГДС

УЗИ брюшной полости

Лапароскопию

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

*Экстренную гастродуоденоскопию

Обзорную рентгеноскопию брюшной полости

Лапароскопию

Рентгеноскопию желудка

Ангиографию

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

Рака толстой кишки

Рака поджелудочной железы

*Рака печени

Рака печени и поджелудочной железы

Рака толстой кишки и поджелудочной железы

Секция: Раздел: НЕЙРОХИРУРГИЯ, ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Название Раздел: НЕЙРОХИРУРГИЯ, ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ
ДЛЯ СОТЯСЕНИЯ МОЗГА ХАРАКТЕРНО

*Потеря сознания

Тошнота, рвота

Головная боль

Истечение ликвора из уха

*Ретроградная амнезия

ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ДЛЯ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

*Вторичная потеря сознания

*Развитие генерализованного эпилептического припадка спустя двое суток после травмы

*Анизокория

Птоз верхнего века

*Гемипарез или гемиплегия

ПРИ СОТЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

Кровотечение из носа

Потеря сознания

Головная боль

Эпилептические припадки

*Головокружение, нистагм

НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

Сильная головная боль

Рвота

Ликворея из носа

Подкожная гематома

*Наличие перелома на краниограмме

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

Сильная головная боль

Неоднократные рвоты

Однократная рвота

*Истечение жидкости из носа

Кровоподтек под глазом

ПРИ НАЛИЧИИ ПРОНИКАЮЩЕЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С АКТИВНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ КРАЕВ РАНЫ ХИРУРГ ДОЛЖЕН

Наложить швы на кровоточащую рану

Наложить давящую повязку

*Произвести первичную хирургическую обработку раны с перевязкой сосудов, удалением костных обломков и ушиванием раны с введением дренажа

Произвести перевязку кровоточащих сосудов и наложение швов на рану

Произвести тампонаду раны

ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

Ограничение открывания рта

Нарушение прикуса

Кровотечение из носа

*Асимметрия лица

Диплопия

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ХИРУРГ ДОЛЖЕН

Отправить больного домой

Отправить домой и при ухудшении состояния вызвать на дом скорую помощь

Госпитализировать в травматологическое отделение

*Госпитализировать в нейрохирургическое отделение

Оставить под наблюдением поликлиники

ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

*Нарастание неврологической симптоматики

*Нарушения проходимости субарахноидального пространства

Наличие крови в ликворе

*Синдром острого переднего повреждения спинного мозга

*Перелом со смещением I и II шейных позвонков и явлением сдавливания спинного мозга

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЛАМИНЭКТОМИИ ПРИ ТРАВМЕ СПИННОГО МОЗГА ЯВЛЯЮТСЯ

Сотрясение спинного мозга
Ушиб шейного отдела спинного мозга
*Сдавление спинного мозга
Ушиб грудного отдела спинного мозга
Травматическое субарахноидальное кровоизлияние

ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГРЫЖАХ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ЯВЛЯЮТСЯ

Нарастающий болевой синдром
Онемение в области промежности
*Остро возникшие тазовые расстройства
Постепенно нарастающие чувствительные нарушения
Все перечисленное

Секция: Раздел: ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

Название Раздел: ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

О нарушении функции печени при ожоговом шоке свидетельствуют

*Повышение уровня билирубина в сыворотке крови

*Гипергликемия

Протромбинемия

Повышение активности трансаминаз

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ, ПРИНЯТАЯ ДЛЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ, ВЫДЕЛЯЕТ

Две степени

Три степени

*Четыре степени

Пять степеней

Аналогична классификации при термических ожогах

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ ПРИМЕНЯЕТСЯ

При поверхностных ожогах

При ограниченных глубоких ожогах с профилактической целью

*При развитии осложнений

Для лечения обожженных в условиях поликлиники

Не применяется

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ АМПУТАЦИИ ОБОЖЖЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ ИЛИ КРУПНЫХ ЕЕ СЕГМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

*Полная гибель конечности (ее сегментов) в результате травмы

Сдавление конечности циркулярным струпом

Острый гнойный артрит

Ампутация с целью уменьшения общей площади термических поражений и снижения интоксикации

С целью улучшения сердечной деятельности

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ГЛУБОКОМ ПОРАЖЕНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ

- *Ожоговый струп включает в себя капсулу сустава

Пострадавшие испытывают боли в суставах

- *Пострадавшие испытывают ограничение движения в суставах

Отмечается повышение температуры

ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ IIIА СТЕПЕНИ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ПОВРЕЖДАЕТСЯ

Весь сетчатый слой кожи

- *Частично органеллы кожи эпителиального характера

- *Сосочковый слой

Частично подкожно-жировая клетчатка

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ ОТ ОЖОГОВ СВОДИТСЯ

К закрытию раны спиртовой повязкой

К наложению на обожженную конечность повязки с мазью А.В. Вишневского

- *К охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки

Наложение повязки с левомиколом

Наложение повязки с фурациллином

ДЛЯ ОЖОГОВОГО ШОКА ХАРАКТЕРНЫ

- *Нормальная температура тела

Гипертермия

- *Гиповолемия

Анемия

ДЛЯ ОСТРОЙ ОЖГОВОЙ ТОКСЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ

Гемоконцентрация

- *анемия

- *выраженная интоксикация

- *гипо- и диспротеинемия

Для коррекции ацидоза больному в ожоговом шоке следует ввести

Лактасол

- *Трис-буфер

Полиглюкин

- *5% раствор соды

ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОЖОГА ОТ ВОЛЬТОВОЙ ДУГИ ЯВЛЯЮТСЯ

наличие меток тока

- *характерная локализация повреждения

- *металлизация кожи

- *поражение органа зрения

ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ В РАНАХ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

борную мазь

фурацилиновую мазь

- *мафенид

- *йодопионовую мазь

*биологическое покрытие
*мазь на жировой основе
мазь на водорастворимой основе
повязку с гипертоническим раствором

Анемия
Нормализация диуреза
*Повышение температуры тела
Диспротеинемия
Снижение АД

*При ограниченных по площади глубоких поражениях
При глубоких ожогах свыше одной трети площади свода черепа
При поверхностных ожогах
*При распространенных глубоких ожогах

Мази на основе ПЭГ (полиэтиленгликоля)
*Аэрозолям
Биологическим покрытиям
Раствору фурацилина
Лазеротерапии

Раствор фурацилина
*Раствор диоксидина
*Левомеколь
Пропоцеум

Перфорированными трансплантатами аутокожи
*Сплошными трансплантатами аутокожи без насечек и перфораций
Полнослойными кожными трансплантатами
Кожно-фасциальными ауто трансплантатами
Расщепленным лоскутом

Дебризан
*Дермазин
Левосин
*Диоксиколь

РЕГИОНАРНЫЕ АБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИЗОЛЯТОРЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОБОЖЖЕННЫХ С ЦЕЛЬЮ

- *предупреждения <перекрестного> инфицирования в условиях стационара
- *лучшего заживления глубоких ожогов
- создания оптимальных условий для эпителизации поверхностных ожогов
- *создания оптимальных условий для лечения больных с глубокими ожогами

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ БАКТЕРИЦИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ СРЕДИ
ПРИМЕНЯЕМЫХ РАСТВОРОВ ОБЛАДАЮТ

Раствор фурацилина

- *Раствор фурагина калия
- *Раствор мафенида ацетата
- Раствор перекиси водорода

Секция: Раздел: КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

Название Раздел: КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

ДЛИНА АНАЛЬНОГО КАНАЛА СООТВЕТСТВУЕТ

1-2 см

2-3 см

*3-4 см

4-5 см

5-6 см

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ЧАЩЕ РАСПОЛОЖЕНА НА

- *Задней полукружности анального канала
- Правой полукружности анального канала
- Левой полукружности анального канала
- Передней полукружности анального канала
- Передней и задней полукружности анального канала

ВОЗНИКНОВЕНИЮ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СПОСОБСТВУЮТ

- *Длительные запоры
- Геморрой
- Острый парапроктит и проктит
- *Травма прямой кишки и анального канала

ЗАДНЯЯ ДОЗИРОВАННАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ ОКАЗАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- *Геморроя, с повышенным тонусом сфинктера и анальной трещины
- Кокцигодинии
- Хронического парапроктита
- Геморроя с выпадением внутренних геморроидальных узлов
- Выпадении слизистой прямой кишки

ДЛЯ УТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ДОСТАТОЧНО

- Пальцевого исследования прямой кишки
- Колоноскопии
- *Аноскопии
- Ирригоскопии
- Ректороманоскопии

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КАЛЕЗНОЙ ТРЕЩИНЫ НАИБОЛЕЕ
ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

Пресакральная блокада раствором новокаина
Введение новокаина со спиртом под трещину
Пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье
Иссечение трещины
*Иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией

ДОЗИРОВАННАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАДНЕЙ АНАЛЬНОЙ
ТРЕЩИНЫ ПРЕДПОЛАГАЕТ РАССЕЧЕНИЕ ЗАДНЕЙ ПОРЦИИ ВНУТРЕННЕГО
СФИНКТЕРА НА ГЛУБИНУ

*0,5-0,8 см
0,8-1,0 см
1,0-1,5 см
1,5-2,0 см
Более 2,0 см

К ГЕМОРРОЮ ПРЕДРАСПОЛАГАЮТ

*Тяжелый физический труд
*Употребление алкоголя
*Проктосигмоидит
*Длительные и упорные запоры
Избыточный вес

ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ ПО МИЛЛИГАНУ- МОРГАНУ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

Циркулярное иссечение слизистой анального канала
Иссечение геморроидальных узлов на 2, 5, 8 часах по циферблату
*Иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату
Иссечение выпадающих геморроидальных узлов
Иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату с восстановлением
слизистой анального канала

БОЛЬНОМУ, ГЕМОРРОЙ У КОТОРОГО ОСЛОЖНИЛСЯ ТРЕЩИНОЙ АНАЛЬНОГО
КАНАЛА, СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ

Противовоспалительное лечение
Иссечение анальной трещины
*Пресакральную новокаиновую блокаду
Геморроидэктомию
Геморроидэктомию с дозированной сфинктеротомией

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО
ПРОИЗВЕСТИ

*Пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию
Анализ кала на скрытую кровь
Лапароскопию
Ультразвуковое исследование органов малого таза
Рентгенологическое исследование ободочной кишки

РЕЗЧАЙШИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ АНУСА ВО ВРЕМЯ АКТА ДЕФЕКАЦИИ,
СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ВЫДЕЛЕНИЕМ АЛОЙ КРОВИ, СО
<СТУЛОБОЯЗНЬЮ> ХАРАКТЕРНЫ

Для рака прямой кишки
Для полипа прямой кишки

Для сфинктерита
*Для трещины анального канала
Для геморроя

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕКТАЛЬНОГО СВИЩА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

Стул обильным
Кровотечением при дефекации
*Рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища
Выделением слизи при дефекации
Повышение температуры

НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

Склеротерапию
Пресакральную новокаиновую блокаду
Антикоагулянты
*Оперативное вмешательство
Применение холода

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

Ректороманоскопия
Колоноскопия
*Ирригоскопия
Исследование толстой кишки после приема бария внутрь
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

ВОЗНИКНОВЕНИЮ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СПОСОБСТВУЮТ

Повышение внутрибрюшного давления
*Повышение внутрикишечного давления
Пищевой фактор (употребление рафинированной пищи)
Пищевой фактор (употребление пищи, богатой клетчаткой)
Употребление большого количества жидкости

ПРИ ОСТРОМ ИШИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ПОКАЗАНЫ

Пункция гнойника и введение антибиотиков
Вскрытие гнойника через просвет кишки
Вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки
*Вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале
Пункция абсцесса и введение дренажа для промывания

В этиологии парапроктитов главное значение имеет

Выпадение прямой кишки
Травма слизистой прямой кишки
*Воспаление анальных желез
Геморрой
Общие септические заболевания

ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

Кровотечение из прямой кишки

Поносы

Склонность к запорам

*Закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление

Дефект слизистой прямой кишки

ПОСЛЕ МАКРО- И МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ, УДАЛЕННОГО ПО ПОВОДУ РАКА, СФОРМУЛИРОВАН ДИАГНОЗ: <РАК ПРЯМОЙ КИШКИ T2M0MX) ЭТО ЗНАЧИТ, ЧТО

*Опухоль занимает 1/2 окружности кишки

*Регионарные лимфатические узлы не поражены

Регионарные лимфатические узлы поражены

*Нет отдаленных метастазов

ПОСЛЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

Выраженный болевой синдром

*Задержка мочеиспускания

Перианальный отек

Кровотечение

Острый парапроктит

ПРИ ГНОЙНОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА БОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

Пункция абсцесса, промывание его и введение антибиотика

Вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости

Иссечение эпителиального хода с ушиванием раны наглухо

Вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и открытым ведением раны

*Вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и подшиванием краев раны по дну

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЕЗА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

*Дивертикулит

Кровотечение

Пенетрация дивертикула в брыжейку кишки

Перфорация сигмовидной кишки

Кишечная непроходимость

ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНЫ

Резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец

Наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости

*Операция Гартмана

Лапаротомия, дренирование брюшной полости

Дренирование брюшной полости, трансверзостомия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ

Воспаление сигмовидной кишки

Пенетрация опухоли в брыжейку

*Кишечная непроходимость

Перфорация опухоли

Профузное кишечное кровотечение

ПРИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОМ РЕКТАЛЬНОМ СВИЩЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ГНОЙНОЙ ПОЛОСТЬЮ, НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Иссечение свища в просвет кишки

Дренирование гнойной полости

*Проведение лигатуры и дренирование гнойной полости

Иссечение свища с ушиванием сфинктера

Пластическая операция по низведению слизистой по Блиничеву

ВРОЖДЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛЕЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

В левой половине ободочной кишки

*В правой половине ободочной кишки

Одинаково часто в правой и левой половине

В сигмовидной кишке

В поперечно-ободочной кишке

ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ПЕРФОРАЦИЕЙ ОПУХОЛИ, ОТСУТСТВИИ МЕТАСТАЗОВ В ОТДАЛЕННЫЕ ОРГАНЫ У БОЛЬНОГО 62 ЛЕТ ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

Резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы

Резекция сигмовидной кишки с анастомозом

*Резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы

Трансверзостомия, дренирование брюшной полости

Выведение сигмовидной кишки с опухолью на переднюю стенку живота

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

*Осмотра перианальной области

Пальцевого исследования прямой кишки

Ректороманоскопии

Ирригоскопии

Колоноскопии

ГЕМОРОИДАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫДЕЛЕНИЕМ ПРИ АКТЕ ДЕФЕКАЦИИ

*Алой крови на поверхности кала

Темной крови со сгустками

Мелены

Смешанной крови и кала со слизью

Алой крови со сгустками

ПОДКОЖНЫЙ ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

Отсутствием изменений на коже промежности

Наличием параректальных свищей

*Припухлостью промежности с гиперемией кожи

Болями в глубине таза

Выделением слизи из ануса

ОСТРЫЙ ПОДКОЖНЫЙ ПАРАПРОКТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

Болей в промежности

Повышения температуры

Гиперемии кожи над припухлостью

*Болей, наступающих спустя некоторого времени после дефекации

Наличия припухлости на промежности

Секция: Раздел: ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Название Раздел: ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕС. ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КИСТОЗНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ЛЕГКОМ. ЖАЛОБ НЕТ. РЕБЕНКУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

Оперативное лечение

Пункционный метод

Консервативное лечение

*Выжидательная тактика

Санаторное лечение

У БОЛЬНОГО РЕБЕНКА ТЯЖЕЛОЕ СОСТОЯНИЕ, ВЫРАЖЕННАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ЗВОНКИЙ ГОЛОС, ПЕРИОДИЧЕСКИ СЛЫШЕН СИМПТОМ <ХЛОПКА>. В ДАННОМ СЛУЧАЕ РЕЧЬ ИДЕТ

Об инородном теле бронха

Об инородном теле гортани

О фиксированном инородном теле трахеи

*О баллотирующем инородном теле трахеи

Об инородном теле пищевода

РЕБЕНОК ВЫПИЛ ГЛОТОК УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИИ И СРАЗУ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР. ЕМУ СЛЕДУЕТ СДЕЛАТЬ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Щелочным раствором

Подкисленным раствором

Холодной водой

*Водой комнатной температуры

Горячей водой

РЕБЕНОК ВЫПИЛ ГЛОТОК ЕДКОЙ ЩЕЛОЧИ. ЕМУ НУЖНО СДЕЛАТЬ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА

Холодной водой

*Водой комнатной температуры

Щелочным раствором

Подкисленным раствором

Горячей водой

С МОМЕНТА УЩЕМЛЕНИЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У МАЛЬЧИКА В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ ПРОШЛО 8 ЧАС. ЕМУ НЕОБХОДИМО

Срочное оперативное вмешательство

*Орошение грыжевого выпячивания хлорэтилом

Комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на самовправление грыжи

Кратковременный наркоз

Клизма с хлоралгидратом

УЩЕМЛЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ВОЗНИКЛО У ДЕВОЧКИ В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ. ДАВНОСТЬ УЩЕМЛЕНИЯ 1 ЧАС. ЕЙ НЕОБХОДИМО

Ручное вправление грыжи

Кратковременный наркоз

*Срочное оперативное вмешательство

Комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на самовправление грыжи
Клизма с хлоралгидратом

УЩЕМЛЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ВОЗНИКЛО У МАЛЬЧИКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА. ПРИ ОСМОТРЕ И ОЩУПЫВАНИИ ГРЫЖЕВОГО ВЫПЯЧИВАНИЯ ОТМЕЧЕНЫ ГИПЕРЕМИЯ И ПАСТОЗНОСТЬ ТКАНЕЙ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМЫ

Комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на самовправление грыжи
Ручное вправление грыжи

Срочное вправление грыжи под кратковременным наркозом

*Срочное оперативное вмешательство

Назначение барбитуратов

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВОЗРАСТ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

6 мес.

1 год

*После установления диагноза

3 года

5 лет

В ОБОСНОВАНИИ ВОЗРАСТНОГО СРОКА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ ЛЕЖАТ

Особенности иммунитета

Опасность развития осложнений паховой грыжи

*Особенности дифференцировки мышечно-апоневротических структур паховой области

Характер метаболизма соединительной

Особенности обменных процессов

ОСНОВНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ У ДЕВОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

Использование косметических швов

Зашивание поверхностного пахового кольца и пахового канала <наглухо>

*Выделение и сохранение круглой связки матки, восстановление анатомической целостности структур паховой области

Использование кетгутового материала

Операционный разрез по кожной складке

У РЕБЕНКА АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ХОЛОДНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ, ОБНАРУЖЕННЫЙ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

Разделение инфильтрата, аппендэктомия

Применение марлевого тампона

Применение резинового тампона

*Глухой шов раны, антибиотики и физиотерапию

Выключение инфильтрата

НА 7-Е СУТКИ У РЕБЕНКА ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ОБНАРУЖЕН ПЛОТНЫЙ ТАЗОВЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ. НЕОБХОДИМЫ

Дренирование инфильтрата

Пункция инфильтрата через прямую кишку

*Назначение антибиотиков и лечебных клизм

Назначение массивных доз антибиотиков
Наблюдение

У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 10 ЛЕТ НА 4-Е СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОТМЕЧАЮТСЯ
ЯВЛЕНИЯ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА. ЕМУ
НЕОБХОДИМА

Срочная операция
Операция в плановом порядке
Дача бария, наблюдение
*Дача бария, консервативная терапия
Наблюдение

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

1-3 часа
3-6 часов
*12-24 часа
Двое суток
Трое суток

СРОКИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОЗДНЕЙ СПАЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЮТ НЕ БОЛЕЕ

1-3 часа
*3-6 часов
12 часов
24 часа
48 часов

РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ 3 ЛЕТ НАПРАВЛЕН НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ С
ДИАГНОЗОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. ПРИ ОСМОТРЕ В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ
ДАННЫХ ЗА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НЕТ. РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ

Отпустить домой
*Госпитализировать
Отпустить домой, активный вызов педиатра поликлиники
Отпустить домой, рекомендации повторного осмотра при появлении болей в животе
Отпустить домой под наблюдение хирурга поликлиники

ОПТИМАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ БОЛЬНОГО ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

3-6 мес.
До 1 года
*До 3 лет
До 10 лет
До 15 лет

У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 6 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ТОНКОКИШЕЧНАЯ
ИНВАГИНАЦИЯ. ЕМУ НЕОБХОДИМА

*Срочная операция
Операция в плановом порядке
Консервативное расправление

Наблюдение
Исследование с бариевой взвесью

ПРОВЕДЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО РАСПРАВЛЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ
КИШЕЧНИКА ВОЗМОЖНО В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

До 6 час
До 12 час
*До 18 час
До 24 час
До 36 час

К СИМПТОМАМ ОСЛОЖНЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА ОТНОСИТСЯ

Гематурия
*Пиурия
Пальпируемая опухоль
Боль
Дизурия

НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ АПОСТЕМАТОЗНЫМ НЕФРИТОМ
ОБУСЛОВЛИВАЕТ

Камень верхней чашечки
Камень лоханки
Коралловидный камень почки
*Камень мочеточника
Камень мочевого пузыря

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У
НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Ограничение отведения бедер
*Симптом Маркса-Ортолани (соскальзывания головки)
Укорочение ножки
Асимметрия кожных складок
Наружная ротация ножки

ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

*В первые 3 недели жизни
Через 3 месяца после рождения
Полугодовалом возрасте
После года жизни
В возрасте от 1 года до 3 лет

У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ ОБНАРУЖЕН КРИПТОРХИЗМ В ФОРМЕ ПАХОВОЙ
ЭКТОПИИ. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

До 6 лет
До 10 лет
До 12 лет
До 16 лет
*Проводить безотлагательно

У ДЕВОЧКИ В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНА ДОПУБЕРТАТНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ
ОДНОЙ ИЗ ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ. ЕЙ НЕОБХОДИМА

Пункция
Расширенная биопсия
Биопсия
*Динамическое наблюдение.
Мастэктомия

Секция: Раздел: ХИРУРГИЯ СОСУДОВ
Название Раздел: ХИРУРГИЯ СОСУДОВ
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗА ВЕН ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
Растворения фибрина
*Приостановления роста тромба
Увеличения количества сгустков
Изменения внутренней оболочки сосудов
Снижения активности ДНК

ПРИЧИНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ ТРОМБОФЛЕБИТ

Лицевых вен
*Глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
Глубоких вен верхних конечностей
Поверхностных вен нижних конечностей
Поверхностных вен верхних конечностей

ДЛЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ

Резкий отек нижней конечности
Некроз пальцев стоп
Похолодание стопы
Симптом перемежающейся хромоты
Отек и гиперемия по ходу пораженных вен

К ОСНОВНЫМ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К ТРОМБОЗУ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

*Замедления тока крови в венах
*Нарушения целостности внутренней выстилки вен
*Варикозного расширения вен
*Снижения фибринолитической активности крови
Мерцательной аритмии

МАРШЕВАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ

Несостоятельных коммуникантных вен
*Прходимости глубоких вен нижних конечностей
Недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
Тромбоза подколенной артерии
Острого тромбофлебита

ПРОБА ПРЕТТА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ

Прходимости глубоких вен нижних конечностей
Недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях

*Несостоятельных коммуникативных вен
Острого тромбофлебита
Тромбоза подколенной артерии

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

*Дистальные отеки
Распирающие боли
*Повышение температуры тела
*Гиперемия кожи и отек по ходу вен
*Резкая болезненность при пальпации

ТРОМБООБРАЗОВАНИЮ ПОСЛЕ ПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЙ СПОСОБСТВУЕТ
Повышение фибринолитической активности

*Ожирение
*Гиподинамия
*Онкологические заболевания
*Ишемическая болезнь сердца

СИМПТОМАМИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

*Отеки дистальных отделов конечностей по вечерам
Переменяющаяся хромота
*Признаки трофических расстройств кожи голени
*Судороги по ночам
*Видимое расширение подкожных вен

К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ УЛУЧШЕНИЮ ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, НЕ ОТНОСЯТСЯ

Сокращение икроножных мышц
Возвышенное положение нижних конечностей
*Длительный постельный режим
Бинтование ног эластическими бинтами
Раннее вставание

ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОММУНИКАНТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ ОПЕРАЦИЮ

Беккока
Нарата
Маделунга
Троянова-Тренделенбурга
*Линтона

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

Назначение гепарина
*Назначение дезагрегантов
*Лечебная физкультура
Длительный постельный режим
*Бинтование ног эластичным бинтом

ОПЕРАЦИЯ ТРОЯНОВА-ТРЕНДЕЛЕНБУРГА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

*В перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен зондом

В перевязке коммуникантных вен над фасцией

В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

ОПЕРАЦИЯ НАРАТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

В удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени

*В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен с помощью зонда

В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

ОПЕРАЦИЯ МАДЕЛУНГА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

*В удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен с помощью зонда

В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

В надфасциальной перевязке коммуникантных вен

ОПЕРАЦИЯ КЛАППА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

В удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен с помощью зонда

*В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

В надфасциальной перевязке коммуникантных вен

ОПЕРАЦИЯ КОКЕТТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен с помощью зонда

В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

*В надфасциальной перевязке коммуникантных вен

В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

ОПЕРАЦИЯ ЛИНТОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В удалении подкожных вен с помощью зонда

В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

В надфасциальной перевязке коммуникантных вен

*В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

НАИМЕНЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ДОСТИГАЕТСЯ

*Комбинированным оперативным методом

Операцией Линтона

Операцией Бебкока

Операцией Нарата

Операцией Маделунга

ОСНОВНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ТРОМБОЗЕ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ

Антибиотики

Спазмолитики

*Антикоагулянты

Активные движения

Парентеральное введение больших объемов жидкостей

ДЛЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ ХАРАКТЕРНО

*Резкие боли распирающего характера

*Повышение температуры тела

*Отек конечности

*Цианоз

Гиперемия кожи по ходу больной вены

ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

Постельный режим

*Бутадион

*Компрессы с мазью Вишневского

*Ходьба

*Возвышенное положение конечности

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОБЫЧНО БЫВАЮТ СЛЕДСТВИЕМ

Абсцессов

Флегмон

*Флеботромбозов

Лимфаденитов

Эндартериита

СМЫСЛ БИНТОВАНИЯ ГОЛЕНЕЙ ЭЛАСТИЧЕСКИМИ БИНТАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В необходимости профилактики лимфостаза

В необходимости воздействия на артериальный кровоток

*В ускорении кровотока по глубоким венам

В профилактике трофических расстройств

В необходимости большей концентрации кровообращения

ФЛЕБОТРОМБОЗЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЧАЩЕ У БОЛЬНЫХ

*С ожирением

*С варикозным расширением вен

*С онкологическими заболеваниями

С почечной недостаточностью

*С ишемической болезнью сердца

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ ДОЛЖНО ПРОИЗВОДИТЬСЯ С ЦЕЛЬЮ

Предотвратить дальнейшее расширение сосуда

Предотвратить двусторонний подострый эндокардит

Предотвратить сердечную недостаточность

*Восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда

Обратить в норму симптом Тинеля

ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОКАЗАНО

Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия

Сафенэктомия по комбинированной методике

*Перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную

Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок

Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Кровохарканье

Боли в грудной клетке

*Одышка

Кашель с мокротой

Шум трения плевры

ПРИ РАНЕНИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

Перевязка воротной вены

Создание соустья с селезеночной веной

*Наложение сосудистого шва

Операция Экка

Резекция воротной вены

Секция: Раздел: ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

Название Раздел: ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ДИАФИЗА ПЛЕЧА

НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

Мягкой повязки Дезо

Гипсовой повязки Дезо

*Шины Крамера

Гипсовой повязки по Вайнштейну

Торакобрахиальной гипсовой повязки

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМА

Повязка Дезо

*Фиксация шиной Крамера

Фиксация на шине ЦИТО

Фиксация шиной Ситенко

Торакобрахиальная повязка

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДАМ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПРЕДПЛЕЧЬЯ ОТНОСЯТСЯ

*Перелом луча в типичном месте Коллиса

Перелом луча в типичном месте Смита

Перелом головки локтевой кости

*Перелом шиловидного отростка лучевой кости

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ МОЖЕТ ПОВРЕЖДАТЬСЯ

- *Длинный разгибатель большого пальца
- Разгибатель указательного пальца
- Длинный сгибатель большого пальца
- Короткий лучевой разгибатель кисти
- Длинный лучевой разгибатель кисти

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛУЧЕВОЙ КИСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ В КАЧЕСТВЕ ИММОБИЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- Тыльный гипсовый лангет
- Круговая гипсовая повязка до локтевого сустава
- Круговая гипсовая повязка до нижней трети плеча
- Ладонный гипсовый лангет
- *Тыльный и ладонный гипсовый лангет

В ПОНЯТИЕ "РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК" ВХОДИТ

- *Частичный надрыв связочного аппарата
- Полный разрыв связок
- Отрыв связок от места прикрепления
- Отрыв связок с местом прикрепления
- Отрыв связочного аппарата с разрывом мышц

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- *Ушиба тазобедренного сустава
- *Вывиха бедра
- *Перелома шейки бедра
- Ушиба коленного сустава

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ, СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВКЛЮЧАЕТ

- Оперативное лечение
- *Гипсовую повязку, скелетное вытяжение
- *Раннее функциональное лечение
- *Симптоматическое лечение
- *Противовоспалительное лечение

ПРИЧИНА НЕСРОСШЕГОСЯ ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА БЕДРА

- *Смещение отломков
- *Интерпозиция тканей между отломками
- *Анатомо-физиологические особенности
- *Ранняя нагрузка

ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕРЕЛОМ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ ВОЗМОЖНО НА ОСНОВАНИИ

- *Локальной боли

Разлитой болезненности

- *Усиления боли при осевой нагрузке
- Крепитации

ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОВРЕЖДАЮТСЯ

Простата у мужчин и яичники у женщин

*Уретра (простатическая ее часть)

Дистальная часть мочеиспускательного канала

Мочевой пузырь

Влагалище у женщин и половой член у мужчин

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВОСПАЛЕНИЯ МЫШЦЫ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ

*Снижения функции конечности

*Боли

Лимфаденита и лимфангоита

*Отека сегмента конечности

*Защитной контрактуры конечности

РАЗРЫВ СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНОЙ ЧАСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ В ОБЛАСТИ

*Длинной головки двуглавой мышцы плеча

Короткой головки двуглавой мышцы плеча

Четырехглавой мышцы бедра

Двуглавой мышцы бедра

Трехглавой мышцы голени

ОТРЫВ СУХОЖИЛИЯ С КОСТНЫМ ФРАГМЕНТОМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

Ахиллова сухожилия

Длинной головки двуглавой мышцы плеча

*Трехглавой мышцы плеча

Четырехглавой мышцы бедра

Двухглавой мышцы бедра

ДЛЯ ОТРЫВА СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ХАРАКТЕРНО

*Возникновение острой боли в области верхней трети плеча

*Ощущение своеобразного треска, щелчка

Западение мягких тканей по передневнутренней поверхности плеча, выше которого определяется выпячивание

*Резкое снижение силы сгибания предплечья в локтевом суставе

*Кровоизлияние и отек в области плеча

ДЛЯ РАЗРЫВА ЧЕТЫРЕХГЛАВОЙ МЫШЦЫ БЕДРА ХАРАКТЕРНО

*Повреждение сухожильной части четырехглавой мышцы бедра

*Отсутствие разгибательных движений голени

Характерное западение мягких тканей над коленной чашечкой

*Неустойчивость в коленном суставе

*Возраст пострадавшего от 40 до 60 лет

ДЛЯ ТИПИЧНОГО ПОДКОЖНОГО РАЗРЫВА АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ХАРАКТЕРНО

Разрыв сухожилия, происходящего на фоне дегенеративно-трофических изменений

Разрыв сухожилия, происходящего после неожиданного некоординированного резкого сокращения трехглавой мышцы голени

*Разрыв, чаще локализирующегося в месте перехода мышцы в сухожилие
Гематома, располагающаяся часто в области внутренней и наружной лодыжек

ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА ХАРАКТЕРНО

Кровоизлияние в передней брюшной стенке

*Разрыв прямой мышцы живота, возникающего, как правило, при прямом ударе в момент расслабления брюшного пресса

Резкая боль в области брюшной стенки

Симптомы раздражения брюшины

Напряжение передней брюшной стенки

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

Снижении высоты тела позвонка

Изменении оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)

Состоянии и нарушении кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела

*Степени смещения межпозвонкового диска

Наличии гематомы в мягких тканях у тела позвонка

ОРИЕНТИРОМ ПРИ СЧЕТЕ ПОЗВОНКОВ НА СПОНДИЛОГРАММЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ЯВЛЯЕТСЯ

Основание черепа

Остистый отросток 1-го шейного позвонка

*Зуб 2-го шейного позвонка

*Остистый отросток 7-го шейного позвонка

ОТПРАВНЫМИ ТОЧКАМИ ПРИ СЧЕТЕ РЕБЕР НА РЕНТГЕНОВСКОМ СНИМКЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ

*1-е ребро и ключица

*Контуры сердца

*Нижний угол лопатки

Реберная дуга

*12-й грудной позвонок

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

*сотрясение головного мозга

*сдавление головного мозга

субарахноидальное кровоизлияние

внутричерепная гематома

*ушиб головного мозга

отек головного мозга

пролапс головного мозга

дислокация головного мозга

СИНДРОМ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СИМПТОМАМИ

*Головной болью (как "обручем стягивает" голову)

*Головной болью, которая заметно, усиливается при движении глазных яблок

*Положительным симптомом Брудзинского

*Возможным проявлением делириозного состояния

Гемипарезом

ДИАГНОЗ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- *Тошноты, головокружения
 - *Приливов крови к лицу, шума в ушах
 - *Переменяющейся, не стойкой анизокории
 - *Не выраженных менингеальных симптомов
- Мелкоразмашистого нистагма, проходящей; через 10-12 дней

ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШИХ С ОТКРЫТЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОБЛАСТИ САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- В лежачем положении на спине
- В лежачем положении на боку с приподнятой головой
- *полусидячем положении
- В положении на животе
- В положении на спине с приподнятой головой

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ТРЕБУЮТ

- *Наложения разрезной гипсовой повязки
- Скелетного вытяжения
- Наложения компрессионно-дистракционного аппарата
- Хирургического лечения
- Функционального лечения

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВНУТРЕННЕЙ ЛОДЫЖКИ РЕНТГЕНОГРАММЫ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ГОЛЕНИ ПРОИЗВОДЯТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ПЕРЕЛОМА

- Внутреннего мыщелка большеберцовой кости
 - Наружного мыщелка большеберцовой кости
 - *Головки малоберцовой кости или ее верхней трети
- Перелома надколенной чашечки

ДЛЯ ФИКСАЦИИ ЛОДЫЖЕК ПОСЛЕ ИХ ВПРАВЛЕНИЯ ПОКАЗАНА

- Циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка
- Циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой
- *Разрезная циркулярная повязка типа "сапожок"
- "У"-образная повязка с лонгетой для стопы
- "У"-образная повязка без лонгеты для стопы

ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- *Боли в области пяточной кости, уплощение свода стопы, деформация голеностопного сустава, опущение вершушек лодыжек на стороне перелома пяточной кости
- Деформация голеностопного сустава, смещение внутренней лодыжки вверх
- Гемартроз голеностопного сустава, уплощение внутреннего свода стопы
- Боль в области расположения пяточной кости, отсутствие деформации голеностопного сустава
- Боль в области пяточной кости и отек мягких тканей

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАЗРЫВ ДИАФРАГМЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- Обзорная рентгенография грудной и брюшной полости
- *Рентгенография с перорально вводимым контрастом
- Диагностическая пункция плевральной полости

Лапароцентез или лапароскопия
Ультразвуковое исследование грудной и брюшной полости

Секция: Раздел: УРОЛОГИЯ

Название Раздел: УРОЛОГИЯ

НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА ПО ЛОРИН-ЭПШТЕЙНУ (СЕМЕННОГО КАНАТИКА, КРУГЛОЙ СВЯЗКИ) ЯВЛЯЕТСЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАМНЯ

В почечной лоханке

В верхней трети мочеточника

В средней трети мочеточника

*В нижней трети мочеточника

Место локализации камня не имеет значения

ПРИЗНАКОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Округлое эхонегативное образование в почке с тонкими стенками

Гипоэхогенное образование в собирательной системе почки

*Дилатация чашечно-лоханочной системы и верхней трети мочеточника

Солидное образование в почке

Неоднородность паренхимы почки

ПРИЗНАКАМИ ОПУХОЛИ ПОЧКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

*Четкость неровных контуров

*Неоднородность эхоструктуры

*Солидное образование

*Отсутствие дорсального усиления

Наличие акустической тени

ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

*Увеличение размеров почки

*Ограничение подвижности почки

*Неоднородность паренхимы

Гиперэхогенная структура с акустической тенью

*Наличие гипоэхогенного образования в паренхиме почки или в паранефрии с неровными контурами

ПРИЗНАКАМИ ТРАВМЫ ПОЧКИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Округлое эхонегативное образование с четким контуром в почке

*Дилатация чашечно-лоханочной системы

*Эхонегативное образование в паранефрии

*Прерывистость контура почки

*Ограничение подвижности почки

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАРАНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

Обзорная рентгенография мочевых путей

Экскреторная урография
Изотопная ренография
*Ультразвуковое исследование
Паранефральная пункция

ПРИ ОСТРОМ ЦИСТИТЕ ИЗ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОКАЗАНЫ

Цистоскопия - в большинстве случаев
*Цистоскопия - в исключительных случаях
Цистоскопия противопоказана
Катетеризация мочевого пузыря
Уретроскопия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО ЦИСТИТА СЛЕДУЕТ
ПРОВОДИТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*острым пиелонефритом
*острым простатитом
*острым аппендицитом
*парапроктитом
колитом

ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА НАЛИЧИЕ ЦИСТИТА ПРИ НЕЯСНОМ
ДИАГНОЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

*Лейкоцитурия
Азотемия
Отсутствие болей при пальцевом ректальном или влагалищном исследовании
Гематурия
Припухлость над лоном

К СИМПТОМАМ НЕОСЛОЖНЕННОЙ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
ОТНОСЯТСЯ

*Увеличение грыжевого выпячивания при наполнении мочевого пузыря
*Исчезновение грыжевого выпячивания после мочеиспускания
*Мочеиспускание в несколько приемов
*Затрудненное учащенное болезненное мочеиспускание
Гематурия

ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ТРАВМЕ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Макрогематурия
*Уретроррагия
Задержка мочеиспускания
Промежностная гематома
Частое болезненное мочеиспускание

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВНЕБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
ЯВЛЯЕТСЯ

Ятрогенная травма
*Перелом костей таза со смещением
Удар в живот при переполненном мочевом пузыре
Падение с высоты
Переполнение мочевого пузыря

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВНУТРИБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

Ятрогенная травма

Перелом костей таза со смещением

*Удар в живот при переполненном мочевом пузыре

Падение с высоты

Переполнение мочевого пузыря

ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ

*Ретроградную цистографию

Уретрографию

Экскреторную урографию

Пневмоцистографию

Обзорную урографию

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ

*Боль в поясничной области

*Припухлость в поясничной области

*Гематурия

*Нарушение функции почки

Лихорадка

ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ ВСЛЕДСТВИЕ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ КАТЕТЕРИЗАЦИЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ КАТЕТЕРОМ

Мочеточниковым

Металлическим

*Нелатона

*Тимана

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНФАРКТ ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Ультразвуковое исследование

Экскреторная урография

Почечная венография

Ретроградная пиелография

*Аортоангиография

Секция: Раздел: ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ

Название Раздел: ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ

ФУРУНКУЛ, КАК ПРАВИЛО, ВЫЗЫВАЕТСЯ

Стрептококком

*Стафилококком

Гонококком

Синегнойной палочкой

Протеем

ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА ВКЛЮЧАЕТ

- *Протирание окружающей кожи 70 градусным спиртом
- Выдавливание и повязки с гипертоническим раствором поваренной соли при наличии некроза
- *Обкладывание пенициллином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата
- *Прием сульфаниламидных препаратов внутрь
- *Ультрафиолетовое облучение

ПРИ КАРБУНКУЛЕ ШЕИ ПОКАЗАНО

Согревающий компресс с мазью Вишневского

- *Антибиотики внутримышечно
- *Сульфаниламидные препараты внутрь
- *Витамиотерапия
- *Ультрафиолетовое облучение

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГИДРАДЕНИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

Стрептококк

Протей

- *Стафилококк

Синегнойная палочка

Кишечная палочка

ДЛЯ ФЛЕГМОНЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

- *Общее недомогание
- *Повышение температуры тела
- *Локальная болезненность
- *Локальная гиперемия кожи
- Полость с гноем, окруженная капсулой

В ЭТИОЛОГИИ ПАРА-ПРОКТИТА ХАРАКТЕРНО ПРОНИКНОВЕНИЕ ИНФЕКЦИИ В ПАРАРЕКТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ ЧЕРЕЗ

- *Трещины заднего прохода
- *Воспаленные геморроидальные узлы
- Бытовым путем
- *Поврежденную слизистую оболочку прямой кишки
- *Расчесы в области заднего прохода

НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ ГНОЙНОГО АРТРИТА ВЫЗЫВАЮТСЯ

Стафилококком

Пневмококком

Протеем

Синегнойной палочкой

- *Гемолитическим стрептококком

ПРИ ФУРУНКУЛЕ ЛИЦА С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- *Строгий постельный режим
- Широкое раскрытие гнойного очага
- *Пища в жидком состоянии
- Инфузионная дезинтоксикационная терапия

ВОЗБУДИТЕЛЕМ РОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

Золотистый стафилококк

*Стрептококк

Кишечная палочка

Ассоциация микроорганизмов

Синегнойная палочка

К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ПАРОТИТА ОТНОСИТСЯ

Формирование свища

Развитие флегмоны шеи

Развитие остеомиелита нижней челюсти

*Парез ветвей лицевого нерва

Парез ветвей тройничного нерва

НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГЛУБОКОЙ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ

*Гнойный медиастенит

*Гнойный менингит

Сдавление дыхательных путей

*Прорыв гноя в пищевод

*Сепсис

ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ГНОЙНОГО МЕДИАСТЕНИТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМЫ

Массивная антибиотикотерапия

Иммунотерапия

Дезинтоксикационная терапия

*Хирургическое лечение

Гемотрансфузия

ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БЫВАЕТ

Остеомиелит

Тромбофлебит

Периостит

*Лимфостаз

Сепсис

ПРИ ГНИЛОСТНОМ ПАРАПРОКТИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ

Клафорана

Гентамицина

Вибрамицина

*Метроджила и клиндамицина

Любого из перечисленных антибиотиков

ОСНОВНОЙ ОПАСНОСТЬЮ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

Нарушение дыхания за счет отека

Выраженная интоксикация

Угроза развития осложнений со стороны органов зрения

*Развитие восходящего лицевого тромбофлебита

Образование некрозов кожи с последующие грубым рубцеванием

ФАКТОРАМИ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ПОЯВЛЕНИЮ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ДООПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

- *Сахарный диабет
- *Предшествующие инфекционные заболевания
- Ожирение
- Авитаминоз

ОПЕРАЦИЮ АРТРОТОМИИ ПРИ ГНОЙНОМ АРТРИТЕ ПРОИЗВОДЯТ

- При обширном разрушении суставных концов костей
- *При многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта
- При наличии гноя в полости сустава
- При разрушении связочного аппарата сустава
- При резко выраженном болевом синдроме

К ХАРАКТЕРНЫМ МЕСТНЫМ СИМПТОМАМ ТУБЕРКУЛЕЗА СУСТАВОВ ОТНОСЯТСЯ

- Боль
- Нарушение функции сустава
- Деформация сустава
- Выраженная гиперемия кожи
- Прогрессирующая мышечная атрофия конечностей

ЯРКО ВЫРАЖЕННАЯ КАРТИНА СТОЛБНЯКА ОБЫЧНО ПРОТЕКАЕТ СО ВСЕМИ СЛЕДУЮЩИМИ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ

- *Распространенные судороги мышц туловища и конечностей
- *Повышение температуры тела до 42 градусов С
- Отсутствие сознания
- *Резко выраженная тахикардия
- *Задержка мочеиспускания

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРОТИВОСТОЛБНЯЧНОЙ СЫВОРОТКИ НЕОБХОДИМО ПРИ

- *Ушибленной раны головы
- *Термическом ожоге бедра 2-й степени
- *Остром гангренозном аппендиците
- *Открытом переломе плеча
- Закрытом переломе голени

ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТОЛБНЯКА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- *Противостолбнячная сыворотка
- *Столбнячный анатоксин
- Мышечные релаксанты
- *Хлоралгидрат
- *Нейролептики

В РАННЕЙ СТАДИИ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПОКАЗАНЫ

- Экстренная операция
- *Введение антибиотиков
- *Переливание крови
- *Введение витаминов
- *Создание функционального покоя пораженной области

К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ОТНОСЯТСЯ

Травма кости
Общее или местное охлаждение
Перенесенные инфекции
*Наличие гнойно-воспалительного процесса
Авитаминоз

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

*Нижний метафиз бедра
Верхний метафиз бедра
Нижний метафиз голени
*Верхний метафиз голени

ПРИ СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКОМ ОСЛОЖНЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ГНОЙНЫЕ ОЧАГИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

В печени
В легких
В селезенке
*В головном мозгу
В сердце

К СРЕДСТВАМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ СЕПСИСЕ ВЫЗВАННОМ СТАФИЛОКОККОМ ОТНОСЯТСЯ

Т-активин
Левамизол
*Антистафилококковая плазма и стафилококковый анатоксин
Лейкомасса
Тромбоцитарная масса

НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМИ ПУТЯМИ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЮТСЯ

Пероральный
Внутримышечный и внутривенный
*Внутривенный и эндолимфатический
Внутрикостный и внутримышечный
Эндолимфатический

АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ СЕПСИСЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

При положительных посевах крови
После получения антибиотикограмм
При обнаружении первичного очага или метастатических гнойников
*С момента установления диагноза
При неадекватном вскрытии первичного очага

ПРИ СТАФИЛОКОККОВОМ СЕПСИСЕ ИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

"Природные" пенициллины
*Цефалоспорины и полусинтетические пенициллины

Нитрофураны и макролиды
Полусинтетические пенициллины
Макролиды

ПРИ СИНЕГНОЙНОМ СЕПСИСЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

Оксациллин
Фурагин калия
*Гентамицин и клиндамицин
Метроджил
Сульфаниламиды

АНТИСТАФИЛОКОККОВЫЙ БАКТЕРИОФАГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
СТАФИЛОКОККОВОГО СЕПСИСА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

Внутривенно
Ректально
Внутримышечно
*Местно в рану
Внутриартериально

ПАЛОЧКА СИНЕ-ЗЕЛЕННОГО ГНОЯ В РАНЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНА

*При синегнойном сепсисе
*При стафилококковом сепсисе
*При протейном сепсисе
*При анаэробном сепсисе
При столбняке

АКТИВНУЮ ИММУНИЗАЦИЮ ПРИ СТАФИЛОКОККОВОМ СЕПСИСЕ СЛЕДУЕТ
ПРОВОДИТЬ С ПОМОЩЬЮ

Антистафилококкового бактериофага
*Нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина
Антистафилококковой плазмы
Антистафилококкового иммуноглобулина
Ведение гамма-глобулина

К МЕРОПРИЯТИЯМ, РЕКОМЕНДУЕМЫМ ПРИ СЕПСИСЕ, ОТНОСЯТСЯ

*Вскрытие гнойного очага
Ограниченное введение жидкости
*Внутримышечное введение антибиотиков
*Переливание крови
*Введение витаминов

ДЛЯ СЕПТИКОПИЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ

Общая слабость, истощение организма
*Метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани
Резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных гнойных метастазов
Гектическая температура
Относительное стихание процесса к концу образования гнойных метастазов

К ОСЛОЖНЕНИЯМ СЕПСИСА ОТНОСЯТСЯ

*Септические кровотечения
*Тромбоэмболия артерий конечностей или внутренних органов

Асцит, анасарка
*Септический эндокардит
*Пневмония

ПРИ НАЛИЧИИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПОКАЗАНА

*Срочная операция - вскрытие абсцесса
Пункция абсцесса
Наблюдение
Консервативная терапия
Лапароскопия

ВНЕБРЮШИННЫЙ СПОСОБ ВСКРЫТИЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПО КЛЕРМОНУ ПРЕДПОЛАГАЕТ

*Отслоение тупым путем поперечной фасции вместе с брюшиной от нижней поверхности диафрагмы
Отслоение тупым путем только поперечной фасции
Подход к гнойнику через грудную полость со вскрытием плевры
Подход к гнойнику через грудную полость без вскрытия плевры
Подход к гнойнику через разрез передней брюшной стенки

ЗАДНИЙ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС ПОД ЛЕВЫМ КУПОЛОМ ДИАФРАГМЫ ВСКРЫВАЕТСЯ

Через верхне-срединный доступ
Через косой доступ в левом подреберье
*По А.В. Мельникову
По Клермону
Путем использования все указанных выше методов

ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА СЗАДИ ВЕНЕЧНОЙ СВЯЗКИ АБСЦЕСС ВСКРЫВАЮТ

По Клермону
Лапароскопическим способом
*По А.В. Мельникову
Через верхне-срединный доступ
Пункцией и дренированием под контролем УЗИ

АНАЭРОБНАЯ НЕКЛОСТРИДИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА К

Пенициллину
Гентамицину
Левомецетину
Стрептомицину
*Метронидазолу

СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ АНТИБИОТИКОВ НАИБОЛЕЕ СИЛЬНО УГНЕТАЕТ КОСТНЫЙ МОЗГ

Ампициллин
Гентамицин
Канамицин
*Левомецетин

Кефзол

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБРАЗОВАНИЕ АКТИВНОГО ИММУНИТЕТА ВЫЗЫВАЕТ

*Стафилококковый анатоксин
Антистафилококковый иммуноглобулин
Антистафилококковая плазма
Сывороточный полииммуноглобулин
Антисинегнойная плазма

ИЗ УКАЗАННЫХ АНТИБИОТИКОВ НЕКРОЗ ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

Левомецетин
Цефтриаксон
Эритромицин
*Тетрациклин
Пенициллин

ИЗ УКАЗАННЫХ АНТИБИОТИКОВ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ДОЛЖЕН ПРИМЕНЯТЬСЯ

*Левомецетин
Оксациллин
Эритромицин
Тетрациклин
Пенициллин

ФЛЕГМОНА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
Местном перитоните в правой подвздошной области
*Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка
Медиальном расположении червеобразного отростка
Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки

Секция: Раздел: ХИРУРГИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Название Раздел: ХИРУРГИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

БОЛЬНЫЕ, КОТОРЫМ ПЛАНИРУЕТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ РАДИОАКТИВНОГО ИЗОТОПА ЙОДА-131 НЕ ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬ ЙОДИСТЫЕ И ТИРЕОСТАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕЧЕНИЕ

10 дней
20 дней
*30 дней
40 дней
50 дней

С ПОМОЩЬЮ СКЕНИРОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

*Форму железы
*Наличие "горячих узлов"
*Наличие "холодных узлов"

*Наличие гипертиреоза

Подвижность железы

ПУНКЦИОННУЮ БИОПСИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОИЗВОДИТЬ ПРИ

*Дифференциальной диагностике различных заболеваний щитовидной железы

*Определении степени включения радиофарм-препарата в ткань щитовидной железы

*Определении характера патологического процесса

*Определении локализации и распространенности патологического процесса

Установлении длительности заболевания

ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

*Тиреотоксический криз

*Парез голосовых связок

*Послеоперационный тиреотоксикоз

*Кровотечение

Ухудшение слуха и зрения

ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА НАБЛЮДАЕТСЯ

*Психическое возбуждение

*Беспокойство

*Повышение температуры тела и учащение пульса

*Появление холодного пота

Нарастание экзофтальма

ПРИ РАЗВИТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО КРИЗА НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ

*Кортикостероиды

*Сердечные средства

*Жаропонижающие

*Внутривенное введение глюкозо-новокаиновой смеси

Антикоагулянты

ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ПО ПОВОДУ ДИФфуЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

*Ранение ветвей возвратного нерва

*Кровотечение во время операции и в ближайшие часы после оперативного вмешательства

*Гипопаратиреоз

*Ларингоспазм, ранение трахеи

Ранение подключичной артерии

ПРИ ОСТРОЙ ПАРАТИРЕОИДНОЙ ТЕТАНИИ ПРИСТУПЫ СУДОРОГ МОГУТ РАЗВИВАТЬСЯ В БЛИЖАЙШИЕ

2 часа

4 часа

*6 часов

8 часов

12 часов

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ

*У 1% больных

У 3-5% больных

У 6-8% больных

У 9-10% больных

Более чем у 10% больных

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ЛЕЧЕНИЮ 1-131 БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ

*Беременность и период лактации

*Лейкопения

*Токсический зоб, локализующийся в загрудинном пространстве и позади пищевода

*Узловые и смешанные формы токсического зоба

Пожилой возраст

ПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ 1-131 В ЛЕЧЕБНЫХ ЦЕЛЯХ ЯВЛЯЮТСЯ

*Отказ больных от операции

*Наличие декомпенсации сердца у больных с токсическим зобом

*Рецидив тиреотоксикоза после субтотальной резекции щитовидной железы

*Отсутствие эффекта от консервативного лечения больных с тяжелым и средней тяжести диффузного токсического зоба

Аллергия к тиреоидину

НОРМАЛЬНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЧЕЛОВЕКА ПРИНЯТО СЧИТАТЬ

Одну пару желез

*Две пары желез

Три пары желез

Четыре пары желез

Пять пар желез

ТИПИЧНЫМИ МЕСТАМИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЮТСЯ

Передняя поверхность верхних полюсов обеих долей

Передняя поверхность средних отделов обеих долей

Передняя поверхность нижних полюсов обеих долей

*Задняя поверхность верхних и нижних полюсов обеих долей

Загрудинное пространство

НОРМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО

2х1х0,5 мм

3х2х1,5 мм

4х2,5х2 мм

*6х3х1,5 мм

7,5х5х3 мм

НОРМАЛЬНАЯ ОКОЛОЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ИМЕЕТ

Серповидную форму
Шарообразную форму
Цилиндрическую форму
Конусообразную форму
*Дискообразную форму

НОРМАЛЬНАЯ ОКОЛОЦИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ИМЕЕТ

Коричневую окраску
Оранжевую окраску
*Желтую окраску
Серую окраску
Вишневую окраску

ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЕЙ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ,
ПРЕВЫШАЮЩИЙ

*11 мг%
12 мг%
13 мг%
14 мг%
15 мг%

ПРИ РАЗВИТИИ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЧЕСКОГО КРИЗА СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ

*Сернокислую магнезию
*5% раствор глюкозы
*Сердечные средства
*Кислород
Парагормон

ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

*Неприятными тянущими мышечными болями, носящими локальный или диффузный характер
*Болями в костях и суставах, чаще мигрирующего характера
*Жаждой и тошнотой
*Головной болью, головокружением и сердцебиением
Зевотой и икотой

МАКСИМУМ ДЕЙСТВИЯ ПАРАГОРМОНА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЕГО В ОРГАНИЗМ
НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ

20 минут
30 минут
40 минут
50 минут
*60 минут

К НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМАМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ОТНОСЯТСЯ

*Общей мышечной слабости
*Быстрой утомляемости
*Снижения нервномышечной возбудимости и развития гипотонии в отдельных группах мышц
*Появления болей в стопах
Переломов костей

ЧАСТОТА СОЧЕТАНИЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА С ПАНКРЕАТИТОМ СОСТАВЛЯЕТ

*МЕНЕЕ 3%

От 3 до 5%

От 6 до 10%

От 11 до 15%

Свыше 15%

ЧАСТОТА РАКА АДЕНОМЫ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЕТ
ОКОЛО

*2%

6%

10%

12%

15%

ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНИ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО

У 2-6% больных

*У 8-10% больных

У 10-15% больных

У 20% больных

Более чем у 20% больных

ДЛЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЧЕСКОГО КРИЗА ХАРАКТЕРНЫ

*Неукротимая рвота

*Постоянная тошнота

Частая икота

*Тахикардия

*Сердцебиение

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЧЕСКОГО КРИЗА, ВЫЗВАННОГО
ПЕРЕДОЗИРОВКОЙ ВИТАМИНА D, ЭФФЕКТИВНЫМ МОЖЕТ ОКАЗАТЬСЯ
ПРИМЕНЕНИЕ

Концентрированного раствора глюкозы

Раствора бикарбоната натрия

*Сернокислой магнезии

Кортикостероидов

Гликозидов

ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО ПРИ

*Рахите

*Множественной миеломе

*Саркоидозе костей и метастазах рака в кости

*Острой и хронической почечной недостаточности

Диффузном токсическом зобе

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА МОЖЕТ
СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

Исчезновение жажды

Прекращение тошноты и рвоты

*Нормализация фосфорно-кальциевого обмена

Исчезновение боли в костях

Прибавка в весе

ДЛЯ КИСТ, ВОЗНИКАЮЩИХ В КОСТЯХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ ТОГО, ЧТО КИСТЫ

- *Всегда однокамерные

Могут быть одиночные

Могут быть множественные

Располагаются чаще всего в области костномозгового канала

Имеют разные размеры

ПОРАЖЕНИЕ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- *Болью в костях

- *Длительным заживлением переломов

- *Болезненностью переломов

- *Деформацией костей вследствие неровного сращения перелома

Множественными вывихами костей

АДЕНОМА ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛАГАЕТСЯ В ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО

- *В 4-6% случаев

В 8-10% случаев

В 12-15% случаев

В 15-20% случаев

Более чем в 20% случаев

АДЕНОМА ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ В ЗАГРУДИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО

- *1 % наблюдений

5% наблюдений

10% наблюдений

20% наблюдений

25% наблюдений

МНОЖЕСТВЕННЫЕ АДЕНОМЫ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО:

В единичных случаях

- *В 4-6% случаев

8-10% случаев

В 10-15% случаев

Более чем в 15% случаев

НАИБОЛЬШИЙ РАЗМЕР АДЕНОМЫ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЕТ ОКОЛО

4 см в диаметре

8 см в диаметре

- *10 см в диаметре

12 см в диаметре

15 см в диаметре

МАЛИГНИЗАЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ

*Одиночного нефункционирующего узла

Фолликулярной аденомы

Зоба Хошимото

Зоба де Кервена

Зоба Риделя

ОСЛОЖНЕНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ "ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА",
В ВОЗНИКНОВЕНИИ КОТОРОЙ ИГРАЮТ РОЛЬ ТАКИЕ ФАКТОРЫ

Хроническая диабетическая невропатия

Атеросклеротическая обструкция артерий

Бактериальная инфекция

Хроническая диабетическая невропатия и бактериальная инфекция

*Хроническая диабетическая невропатия, атеросклеротическая обструкция артерий,
бактериальная инфекция

ДЛЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
ХАРАКТЕРНЫ

*Безудержное прогрессирование периферического воспаления

*Вовлечение в процесс сухожильных влагалищ

Артриты

*Кандидомикоз

*Декомпенсация сахарного диабета

ОСОБЕННОСТЬЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕ
ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

По связкам при хорошем состоянии кожных покровов

По сухожилиям при хорошем состоянии кожных покровов

По связкам и сухожилиям с нарушением состояния кожных покровов

*По связкам, сухожилиям и апоневрозу при относительно хорошей сохранности кожных
покровов

По мышечным тканям

ПОД ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИЕЙ ПОДРАЗУМЕВАЕМ

*Генерализованное поражение кровеносных сосудов (крупного, среднего и мелкого
калибра)

Поражение сосудов мелкого калибра

Поражение сосудов среднего калибра

Поражение сосудов крупного калибра

Поражение сосудов мелкого и среднего калибра

ПРИ ПОДКОЖНОМ ВВЕДЕНИИ ПРОСТОГО ВОДОРАСТВОРИМОГО ИНСУЛИНА
МАКСИМУМ ДЕЙСТВИЯ ЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

30 минут

1 час

2 часа

*3 часа

6 часов

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Не имеют особенностей течения

*Наблюдается быстрый рост опухоли и диссеминация процесса

Наблюдается медленный рост опухоли

Не имеют тенденции к диссеминации процесса

Ведут к обострению сопутствующих заболеваний

ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ
НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

*Успокаивающего действия на центральную нервную систему

*Йодосодержащие препараты

*Тиреостатические препараты

*Радиоактивный йод

Антикоагулянты

Секция: Раздел: РАДИАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

Название Раздел: РАДИАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ КЛИНИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО
ИМЕЮТ МЕСТО В СЛЕДУЮЩЕЙ СИСТЕМЕ

Центральной нервной системе

Сердечно-сосудистой системе

*Системе органов кроветворения

Пищеварительной системе

Иммунной системе

КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, НАИБОЛЕЕ РАНО ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ОСТРОЙ
ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

Тошнота и рвота

Лейкопения

Эритема кожи

Выпадение волос

*Жидкий стул

ПОРОГОВАЯ ДОЗА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

0,5 Гр

*1 Гр

2Гр

3 Гр

4Гр

НАИБОЛЕЕ РАННИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ
ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ
СЛЕДУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ

Эритроцитов

Лейкоцитов

Нейтрофилов

*Лимфоцитов

Тромбоцитов

МИНИМАЛЬНАЯ ДОЗА ИЗЛУЧЕНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩАЯ РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ
ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ, СОСТАВЛЯЕТ

*1,5 Гр

1 Гр

0,5 Гр
0,2Гр
0,1Гр

ЧИСЛО СЛУЧАЕВ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ У РАБОТНИКОВ
ПРЕДПРИЯТИЙ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ И ЭНЕРГЕТИКИ СОСТАВЛЯЕТ

*До 10 случаев в год

Нисколько

Менее 100 случаев в год

Менее 1000 случаев в год

20-30 случаев в год

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧЕЛОВЕКА, РАНЕЕ ПОДВЕРГШЕГОСЯ ОБЛУЧЕНИЮ В МАЛЫХ
ДОЗАХ

*Никаких

Утяжеление клинического течения

Большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию

Переход острых форм в хронические

Устойчивость к обычной терапии

Секция: Раздел: ОНКОЛОГИЯ

Название Раздел: ОНКОЛОГИЯ

С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВИРУСА СВЯЗЫВАЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ

*Рака шейки матки

*Рака печени

Рака желудка

*Рака носоглотки

*Лейкозов

ОСНОВНАЯ СУЩНОСТЬ КАНЦЕРОГЕНЕЗА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

В нарушении биохимических процессов в цитоплазме

В нарушении взаимодействия структур ядра и цитоплазмы

*В повреждении генетического аппарата клетки

В изменении клеточной мембраны

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ОТНЕСЕНА К
РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ

Фибросаркома

Веретенноклеточная саркома

Синовиальная саркома

Липосаркома

*Лимфогранулематоз

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

Как самостоятельный метод лечения

*В предоперационном периоде

*В послеоперационном периоде

Комбинация химиотерапии и лучевого воздействия

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРИСУЩИ

Инфильтративный рост

*Экспансивный рост

Нарушение дифференцировки клеток

Медленное метастазирование

К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ОТНОСИТСЯ

Неспецифический язвенный колит

Болезнь Крона

Гиперпластический полип

*Диффузный семейный полипоз

Спастический колит

ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЕТ

*Снижение показателей клеточного иммунитета

Снижение показателей гуморального иммунитета

Состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей

Влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно

Злоупотребление алкоголем

СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПА ЗОНАЛЬНОСТИ С ФУТЛЯРНОСТЬЮ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НАПРАВЛЕНО

На обеспечение антибластики

*На обеспечение абластики

На снижение риска хирургических вмешательств

На максимальное сохранение функции органа

На уменьшение кровопотери

НЕДОСТАТКАМИ МЕТОДА ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

*Пригорание фрагментов опухоли к электроду

*Опасность глубокого поражения стенки органа

*Отторжение коагулированных тканей в течение нескольких дней

Недостаточность абластики

Все перечисленное

ТЕРМИНУ <ОПЕРАБЕЛЬНОСТЬ> БОЛЬШЕ ВСЕГО СООТВЕТСТВУЕТ

*Состояние больного, позволяющее выполнить операцию

Состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию

Выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию

Отсутствие противопоказаний к различным видам анестезии

НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКАЗЫВАЕТ НАИМЕНЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ

Тип роста опухоли

Гистологическая структура опухоли

Наличие метастазов в регионарных лимфоузлах

Наличие отдаленных метастазов

*Возраст больного

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДАЮТ ЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ

В верхне-внутреннем квадранте

*В верхне-наружном квадранте

В нижне-внутреннем квадранте

В нижне-наружном квадранте

В центральной части

ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ

I стадии

IIa стадии

IIb стадии

*III и IV стадиям

Любой из перечисленных стадий

ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ РАДИКАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Подведение максимально возможной дозы излучения

Снижение биологической активности опухолевых клеток

Вызвать гибель наиболее чувствительных опухолевых клеток

Достижение частичной регрессии опухоли

*Достижение полной эрадикации опухолевых клеток

ЗАДАЧАМИ КОРОТКОГО ИНТЕНСИВНОГО КУРСА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Повысить операбельность

Повысить резектабельность

Достигнуть значительного уменьшения опухоли

Получить полную регрессию опухоли

*Понизить жизнеспособность опухолевых клеток

К РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МОГУТ БЫТЬ ОТНЕСЕНЫ ОПУХОЛИ

*Лимфогранулематоз

*Лимфосаркома

*Семинома

*Аденокарцинома желудка

*Мелкоклеточный рак легкого

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НАИБОЛЕЕ РАДИОРЕЗИСТЕНТНОЙ ОПУХОЛЮ ЯВЛЯЕТСЯ

Плоскоклеточный неороговевающий рак

Семинома

Опухоль Юинга

*Остеогенная саркома

Лимфогранулематоз

НА РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОПУХОЛИ ВЛИЯЮТ

*Напряжение кислорода в опухоли
*Дифференцировка опухолевых клеток *
Форма роста опухоли
Адекватность кровоснабжения опухоли

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛУЧЕВОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

Пожилой возраст
Молодой возраст
*Активный туберкулез
Гипертоническая болезнь
Беременность

МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ АНТИБИОТИКОВ
ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

Реакции алкилирования молекул ДНК
Нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
*Подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
Денатурации тубулина - белка микротрубочек
Образовании сшивок молекул ДНК

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АНТИМЕТАБОЛИТОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

В реакции алкилирования молекул ДНК
*В нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
В подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
В денатурации тубулина - белка микротрубочек
В образовании сшивок молекул ДНК

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

В реакции алкилирования молекул ДНК
В нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
В подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
*В денатурации тубулина - белка микротрубочек
В образовании сшивок молекул ДНК

ЭФФЕКТИВНАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

*К уменьшению объема опухоли
*К переводу больного в операбельное состояние
*К возможному сокращению объема оперативного вмешательства
К значительному улучшению состояния больного

АНДРОГЕНЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ

При раке мочевого пузыря
*При раке молочной железы
При злокачественных опухолях яичника
При раке предстательной железы

ЭСТРОГЕНЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ

*При раке предстательной железы
При злокачественной опухоли яичка

При раке яичников
При всех перечисленных опухолях

РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ

Поджелудочной железы

Желудка

*Щитовидной железы

Печени

Селезенки

РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕН ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

*Только первичной опухоли щитовидной железы

*Метастазов рака щитовидной железы в легкие, печень

Метастазов рака щитовидной железы в кости

Всего перечисленного

НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБЛАДАЮТ

*Инфильтративным ростом

Экзофитным ростом

Смешанным ростом

Ростом опухоли в виде узла

Все перечисленные типы роста встречаются с одинаковой частотой

К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСЯТСЯ

Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия

Узловая фиброзно-кистозная мастопатия

*Фиброаденома

Анаплазия молочной железы

ДЛЯ ПАПИЛЛОМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

*Наклонность к рецидивам

*Множественность поражений

*Частое озлокачествление

Длительность течения

РАК ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЕТ

В кости и печень

*В кости и легкие

В легкие и головной мозг

В легкие и печень

В забрюшинные лимфоузлы и печень

ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВНУТРЕННИХ КВАДРАНТАХ
ПЕРВЫМ ЭТАПОМ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ БУДУТ

Подмышечные лимфоузлы

*Парастеральные лимфоузлы

Паховые лимфоузлы

Подлопаточные лимфоузлы

Лимфоузлы средостения

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВСТРЕЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ОТДЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Пищевод и анальном канале прямой кишки

Желудке и тонкой кишке

Тонкой и ободочной кишке

Желудке и ободочной кишке

Желудке и двенадцатиперстной кишке

МЕДУЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ

Из А-клеток

Из В-клеток

*Из С-клеток

Из любой вышеуказанных клеток

Ни из одной из вышеуказанных клеток

ПОД ПОНЯТИЕМ <СКРЫТЫЙ> РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ

Наличие малых размеров опухоли в ткани щитовидной железы, без клинических ее проявлений

*Наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков, первичной опухоли

Наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи

Наличие опухоли, не прорастающей капсулу щитовидной железы

Наличие опухоли, не прорастающей в трахею

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗАМИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОРАЖАЮТСЯ

*Лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены

Надключичные

Паратрахеальные

Претрахеальные

Загрудинные

К ДИСЭМБРИОНАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ШЕИ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ

Хемодектому

*Хордому

*Бронхиогенный рак

Менингиому

МИНИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

*Энуклеацию узла

Резекцию доли

Гемитиреоидэктомию

Гемитиреоидэктомию с перешейком

Субтотальную резекцию щитовидной железы

ХИМИОТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА

При папиллярном раке щитовидной железы

При фолликулярном раке щитовидной железы

*При низкодифференцированном раке щитовидной железы

Эффективность не зависит от морфологической структуры

ПРИ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА, ЖЕЛУДОЧНО-ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ СВЯЗКА

*Должна удаляться обязательно

Удаляется частично

Никогда не удаляется

Может быть удалена, но не обязательно

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МАЛИГАИЗИРУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ ЖЕЛУДОЧНЫХ ПОЛИПОВ

Гиперпластические

Аденоматозные

Аденопапилломатозные

*Папиллярные

Все, независимо от их гистологического строения, обладают одинаковым индексом малигнизации

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ БЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА ИЗ ПОЛИПА ДОПУСТИМА

Во всех случаях

При одиночном полипе на ножке независимо от его размеров

При одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров

*При одиночном мелком полипе на ножке

При множественных мелких полипах

ГАСТРЭКТОМИЮ ИЗ КОМБИНИРОВАННОГО ДОСТУПА (АБДОМИНОТОРАКАЛЬНОГО) ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЯТЬ

При тотальном поражении желудка

При экзофитной опухоли проксимального отдела желудка

При инфильтративной опухоли любой локализации

*При распространении опухоли на пищевод независимо от типа ее роста

При любом типе роста опухоли, располагающейся в дистальной трети желудка, с метастазами в кардиальные, правые и левые желудочно -сальниковые, селезеночные, левые желудочные и поджелудочные лимфоузлы

ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

Формированию желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-1

*Формированию передиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом

Формированию позадиободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле

Формирование анастомоза по Райхель-Полиа

МАЛИГНИЗАЦИЮ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ПОЗВОЛЯЮТ ЗАПОДОЗРИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ

*Размеры язвенной ниши более 2 см в диаметре

*Длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей

*Снижение кислотности желудочного сока

Высокий уровень кислотности содержимого желудка

НАИБОЛЕЕ ТРУДЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

Рак кардиального отдела желудка

*Рак дна желудка

Рак тела желудка

Рак выходного отдела желудка

Диагностика рака желудка одинаково трудна при всех перечисленных локализациях

МЕТАСТАЗЫ РАКА ЖЕЛУДКА В ПЕЧЕНЬ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК

Имплатационные метастазы

Ортоградные метастазы лимфогенные

Ретроградные метастазы лимфогенные

*Гематогенные метастазы

ПРИ НАЛИЧИИ МАЛИГНИЗИРОВАННОГО ПОЛИПА ЖЕЛУДКА БОЛЬНОМУ
ПОКАЗАНА

Эндоскопическая полипэктомия

Хирургическое иссечение полипа

Клиновидная резекция желудка

Экономная резекция желудка

*Субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов

ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ РОЛЬ В ВОЗРАСТАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
РАКОМ ЛЕГКИХ ПРИНАДЛЕЖИТ

Генетическому фактору

Профессиональным вредностям

*Курению

Загрязнению атмосферы

Хроническим воспалительным заболеваниями

К ЦЕНТРАЛЬНОМУ РАКУ ЛЕГКОГО ОТНОСЯТСЯ ОПУХОЛИ, ИСХОДНОЙ
ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ БРОНХИ

*главные

*долевые

*сегментарные

субсегментарные

V порядка

ПОНЯТИЕ <ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ> ОБОЗНАЧАЕТ, ЧТО ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК
ЛЕГКОГО ПРОРАСТАЕТ СТЕНКУ

*главного бронха

* долевого

*сегментарного бронха

субсегментарного бронха

бронха V порядка

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ДИАМЕТРОМ В 4 СМ, НЕ ПРОРАСТАЮЩИЙ
ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПЛЕВРЫ, С ОДИНОЧНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В
БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ, СООТВЕТСТВУЕТ

1 стадии заболевания

IIA стадии

*IIB стадии

IIIA стадии

ШБ стадии

РАК СЕГМЕНТАРНОГО БРОНХА МЕНЕЕ 3 СМ В ДИАМЕТРЕ БЕЗ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ОТНОСИТСЯ

*К I стадии

К IIА стадии

К ШБ стадии

К IVА стадии

К IVВ стадии

РАК ЛЕГКОГО МЕТАСТАЗИРУЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

*В печень

*В кости

*В головной мозг

В поджелудочную железу

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОГО СВИЩА ВСЛЕДСТВИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕН ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ

Типичной пневмонэктомии

Расширенной пневмонэктомии

Пневмонэктомии с резекцией перикарда или грудной стенки

*Пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи

Лобэктомии

НАИБОЛЕЕ РЕЗИСТЕНТНЫМИ К ХИМИОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЛЕГКОГО

В костный мозг

В лимфоузлы

*В печень

В мягкие ткани

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

Повышенное слюноотделение

Тошнота

*Дисфагия

Рвота

Боли за грудиной

ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Обладает высокой эффективностью

Может использоваться с таким же успехом, как и лучевая терапия

*Малоэффективна

Не применяется

Не эффективна

ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА БЕТА-ФЕТОПРОТЕИН ЧАЩЕ БЫВАЕТ ПРИ

*Первичном раке печени

Метастатическом раке печени

Доброкачественных опухолях печени

Гемангиоме печени

Не характерна для опухолевых поражений печени

ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

В костях

В забрюшинных лимфоузлах

*В легких

В головном мозге

В лимфоузлах

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ЧАЩЕ ДИАГНОСТИРУЮТСЯ

При ультразвуковом исследовании

При рентгеновской компьютерной томографии

*При ангиографическом исследовании

При радиоизотопном исследовании

Размеры опухоли не влияют на точность перечисленных методов

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Хирургический метод

Системная химиотерапия

Регионарная химиотерапия

Лучевое лечение

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

Боль

Пальпируемая опухоль

*Гематурия

Слабость

Ускоренная СОЭ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ

Гистологической структурой опухоли

Размерами опухоли

Локализацией опухоли

*Размерами и локализацией опухоли

Гистологической структурой и размерами опухоли

В КАЧЕСТВЕ ПЕРВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ

*Шейно-надключичных лимфоузлов

Медиастинальных лимфоузлов

Забрюшинных лимфоузлов

Паховых лимфоузлов

Всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой

У БОЛЬНОГО ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ ОТМЕЧАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ С ОБЕИХ СТОРОН. ЭТО СООТВЕТСТВУЕТ

IA стадии
IIA стадии
*IIB стадии
IIIA стадий
IIIB стадии

ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙНЫХ УЗЛОВ С ОДНОЙ СТОРОНЫ, А ТАКЖЕ МЕДИАСТИНАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ СЛЕДУЕТ ГОВОРИТЬ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ

IA стадии
*IIA стадии
IIIA стадии
IIIB стадии
IIB стадии

ПОРАЖЕНИЕ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВСЕХ ГРУПП ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ В СОЧЕТАНИИ С ПРОФУЗНОЙ ПОТЛИВОСТЬЮ ПРИНЯТО РАСЦЕНИВАТЬ КАК

IIA стадии
IIB стадии
IIIA стадии
*IIIB стадии
IV стадия

ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ, А ТАКЖЕ МЕДИАСТИНАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ С СИМПТОМАМИ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИНЯТО РАСЦЕНИВАТЬ КАК

IIA стадии
IIB стадии
IIIA стадии
*IVA стадии
IVB стадия

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ

В парааортальные лимфоузлы
В лимфатические
*В печень
В легкие
В паховые лимфатические узлы

ПОРАЖЕНИЕ АКСИЛЛЯРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ С ОДНОЙ СТОРОНЫ, МЕДИАСТИНАЛЬНЫХ, ПАРААОРТАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, СЕЛЕЗЕНКИ, А ТАКЖЕ НАЛИЧИЕ ЛИХОРАДКИ ДО 38 ГРАДУСОВ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

IIA стадии
IIB стадии
IIIA стадии
*IIIB стадии
IV стадия

Секция: Раздел: МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ

Название Раздел: МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ

КЛИНИКА ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ РАВНОЙ
250 мл
500 мл
*1000 мл
1500мл
2000 мл

ВЛИВАНИЕ 1 Л ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА ХЛОРИСТОГО НАТРИЯ
УВЕЛИЧИТ ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ
На 1000 мл
На 750 мл
На 500 мл
*На 250 мл
Менее 250 мл

ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ У ВЗРОСЛЫХ МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ
50 мл/кг
*60 мл/кг
70 мл/кг
80 мл/кг
90 мл/кг

УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНУЮ КИСЛОРОДНУЮ ЕМКОСТЬ КРОВИ И ТРАНСПОРТ O₂
ОБЕСПЕЧИВАЕТ ГЕМАГОКРИТ НЕ НИЖЕ
20-25%
30%
*35%
40%
45%

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ В НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ НАЧИНАЮТ С
ПЕРЕЛИВАНИЯ
Эритромаcсы
Донорской крови
*Кристаллоидных растворов
*Коллоидных растворов

ПЕРЕЛИВАНИЕ НЕСОВМЕСТИМОЙ КРОВИ ВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ
*гемотрансфузионного шока
отека легких
*гемолиза
*острой почечной недостаточности
геморрагического синдрома

К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРОБАМ, ПРОВОДИМЫМ ПЕРЕД КАЖДЫМ ПЕРЕЛИВАНИЕМ
КРОВИ, ОТНОСЯТСЯ
*групповая совместимость
*индивидуальная совместимость
*биологическая проба
*определение резус-совместимости
*определение резус-фактора

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОВОЛЕМИИ ВНАЧАЛЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

Вазопрессоры

Кардиотонические средства

*Плазмозаменители

Эритромассу

Донорскую кровь

НЕЙРОТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

Пенициллин и линкомицин

Кефзол и пенициллин

Полимиксин и стрептомицин

*Стрептомицин и кефзол

Линкомицин и стрептомицин

ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ АНТИБИОТИКОВ ЖЕЛУДОЧНЫМ СОКОМ
ИНАКТИВИРУЕТСЯ

Оксациллин

Эритромицин

Канамицин

Метациклин

*Пенициллин

ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ:

Пенициллин

*Тетрациклин

Линкомицин

Колимицин

Цефамезин

СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ АНТИБИОТИКОВ БАКТЕРИЦИДНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

Левомецетин

Тетрациклин

Эритромицин

*Ампиокс

Олеандомицин

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ АНТИБИОТИКОВ НЕФРОТОКСИЧЕСКИМ И
ОТОТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

Окситетрациклин

*Полимиксин

Линкомицин

Цефазолин

Левомецетин

ВЫСОКИЙ РИСК ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СВЯЗАН С ПЕРЕЛИВАНИЕМ ВСЕГО
ПЕРЕЧИСЛЕННОГО

*эритромаcсы

Альбумина

Плазмы

*Криопреципитата

*Тромбомассы

КРОВЬ, ИЗЛИВШАЯСЯ В ГРУДНУЮ ИЛИ БРЮШНУЮ ПОЛОСТИ, ПРИГОДНА ДЛЯ РЕИНФУЗИИ В ТЕЧЕНИЕ

*Первых суток

2 суток

3 суток

1 недели

Срок не ограничен, если она жидкая

СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОБЛАДАЮТ КАК БАКТЕРИЦИДНЫМ, ТАК И БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

*Потесептил, рифампицин, ванкомицин

Неомицин, метациклин, ампиокс

Карбенициллин, дибекасин, тетрациклин

Рифамид, миноциклин, сизомицин

Ванкомицин, оксиглюкоциклин, азлоциллин

БОЛЬНОМУ С А (II) -НЕОБХОДИМО ПЕРЕЛИТЬ ДОНОРСКУЮ ПЛАЗМУ. ПЛАЗМА ЭТОЙ ГРУППЫ ОТСУТСТВУЕТ. БОЛЬНОМУ ВОЗМОЖНО ПЕРЕЛИВАНИЕ ПЛАЗМЫ

В (IV)

0 (I)

*Только одноклассовую плазму

В (III)

Любую сухую

Раздел: МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ИВЛ У БОЛЬНЫХ С ВОЗНИКШЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

при шоке служит уровень pO_2 при ингаляции чистым кислородом:

А. Ниже 40 мм рт. ст.

Б. Ниже 50 мм рт. ст.

В. Ниже 60 мм рт. ст.

*Ниже 70 мм рт. ст.

Д. Правильного ответа нет

ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

* pH менее 7,3

* pCO_2 менее 40 мм рт. ст.

pCO_2 менее 20 мм рт. ст.

* BE более 5 ммоль/л

BE более 10 ммоль/л

ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

* pH более 7,45

* pCO_2 менее 40 мм рт. ст.

pCO_2 менее 60 мм рт. ст.

* BE более +5 ммоль/л

BE более +10 ммоль/л

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ПРОИСХОДИТ МАССИВНОЕ ОСВОБОЖДЕНИЕ

Гнетамина

Гистамина и серотонина

Гистамина, серотонина и медленно реагирующей субстанции (МРС)

Гистамина, серотонина, МРС и брадикинина

*Гистамина, серотонина, МРС, брадикинина и ацетилхолина

ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Норадреналин

Преднизолон

Димедрол

Хлористый кальций

*Адреналин

ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМИИ НОРМАЛЬНАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА ОБЫЧНО ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ

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

*Желудок - 24 часа тонкая кишка - 4 часа толстая кишка - 3 суток

Желудок - 3 суток тонкая кишка - 3 суток толстая кишка - 3 суток

Желудок - 24 часа тонкая кишка - 24 часа толстая кишка - 24 часа

Желудок - 4 часа тонкая кишка - немедленно толстая кишка - 24 часа

ВНУТРИВЕННАЯ ИНФУЗИЯ ПИТУИТРИНА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

Увеличения вязкости крови

Снижения активности крови

*Снижения давления в системе воротной вены

Активации процесса перехода протромбина в тромбин

Снятия спазма вен портальной системы

Секция: Раздел: ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Название Раздел: ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

ФЕНТАНИЛ ЯВЛЯЕТСЯ

*Мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут

Анальгетиком короткого действия (2-3 минуты)

Нейролептиком

Препаратом выраженного психотропного действия

Антидепрессантом

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ ВО ВРЕМЯ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО

*Недостаточной глубины наркоза

*Манипуляций в области рефлексогенных зон

Введения солевых растворов

*Нарушения газообмена

*Уменьшения ОЦК из-за кровопотери

ДЛИТЕЛЬНОЕ НАХОЖДЕНИЕ КАТЕТЕРА В ВЕНЕ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ КО ВСЕМУ ПЕРЕЧИСЛЕННОМУ

- *Септическому флебиту
- *Химическому флебиту
- *Тромбоэмболии
- *Септицемии
- ДВС-синдрому

ИЗМЕНЕНИЯ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ СЧИТАЮТСЯ КОМПЕНСИРОВАННЫМ ПРИ PH

- 7.25-7 АЗ
- 7.46-7.51
- *7.35-7.45
- 7.19-7.28
- 7.10-7.18

ИЗОТОНИЧЕСКОЙ СЧИТАЕТСЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ

- 0,8%
- 3%
- 4,2%
- *5%
- 10%

ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- *отсутствие пульса и АД
- *остановка дыхания
- отсутствие сознания
- акроцианоз
- *отсутствие сердечных тонов

ПОКАЗАНИЕМ К ПРЯМОМУ МАССАЖУ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- Остановка дыхания
- Остановка сердца
- Потеря сознания
- *Отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут
- Фибрилляция сердца

ОТЕК ЛЕГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ

- *при увеличении отрицательного внутрилегочного давления
- *при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах
- при повышении коллоидно-осмотического давления крови
- *при снижении лимфатической ре-абсорбции жидкости в легких
- при снижении проницаемости мембран

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

- Внутривенное введение дыхательных analeptиков
- *Санацию трахеобронхиального дерева, пеногашение
- *Кислородотерапию, искусственную вентиляцию легких
- *Введение мочегонных и гормонов

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ВКЛЮЧАЕТ

- *введение адреналина 0,3 мл
- *кортикостероиды 240 мг гидрокортизона на 5% раствора глюкозы
- *оксигенотерапию
- *бикарбонат натрия
- *ИВЛ
- *инжекционную бронхоскопию с лаважем бронхиального дерева
- *регидратацию
- ганглиолитики
- *подавление кашля

ПРИ УТОПЛЕНИИ В МОРСКОЙ ВОДЕ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ РАЗВИТИЯ

- Гиперволемии
- Гемолиза
- *Гиперосмолярного отека легких
- Повышения калия в крови
- Острой почечной недостаточности

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА (МЕНДЕЛЬСОНА) НЕОБХОДИМО

- *опорожнить желудок через зонд
- дать слабительное
- *назначить соду по 1 ч. ложке за 30 мин. до еды
- *назначить циметидин
- *дать трисилинат магния по схеме

ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- *при перитоните
- *при пневмонии
- *при эндометрите
- *при менингите
- *при инфекционном эндокардите
- *при пиелонефрите

АЛЬБУМИНЫ ОБЛАДАЮТ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ, ПОТОМУ ЧТО

- Способствуют привлечению и удержанию жидкости в сосудистом русле
- Играют важную роль в поддержании коллоидно-осмотического давления плазмы
- Являются универсальным средством транспорта ферментов, гормонов, лекарственных веществ
- Являются, резервом белкового питания организма
- *Могут вызвать сывороточный гепатит

ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ УДЛИНЯЕТСЯ

- При травмах и разможениях мышц
- При гемолитических кризах
- *При резко выраженной тромбоцитопении
- При асфиксии
- При ожоговой травме

ВРЕМЯ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ

При гипокоагуляции
При гиперкоагуляции
При анемии
*При увеличении фибриногена в крови
При ожогах

ПРОДУКТЫ ДЕГРАДАЦИИ ФИБРИНОГЕНА (17ДФ)

*Не влияют на свертывание крови
Обладают антикоагулянтными свойствами
Вызывают гиперкоагуляцию
Свидетельствуют о снижении концентрата фибриногена
Свидетельствуют о снижении тромбинового времени

ДЛЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ ФАЗЫ ПЕРИТОНИТА ХАРАКТЕРНО

*токсическое поражение ЦНС
*развитие функциональной кишечной непроходимости
развитие ДВС-синдрома
*развитие печеночно-почечной недостаточности
иммунодефицит

ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

*Декомпенсированный дыхательный ацидоз с метаболическим алкалозом
Гипонатриемия с метаболическим алкалозом
рН выше 7.35
Гипонатриемия с метаболическим ацидозом
Декомпенсированный дыхательный алкалоз с метаболическим алкалозом

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ВКЛЮЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

*адреналин
*глюкокортикоиды
*антигистаминные
*плазмо-заменители
*хлористый кальций
*кофеин

ПРИЧИНАМИ ПЕРЕГРУЗКИ ПРАВОГО СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

*тромбоэмболия легочной артерии
*пневмоторакс
*массивный ателектаз
*гидроторакс
*массивная пневмония
*астматический статус
тромбоз нижней полой вены

МЕТОДИКА ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ СВОДИТСЯ

*к предварительной водной нагрузке
*к введению 15-20% раствора маннитола из расчета 1-1,5 в/кг
*к введению растворов электролитов с учетом ионог-рамм
*к ведению до 1 л белковых препаратов (плазмы, альбумин, аминокептид)

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ВКЛЮЧАЕТ

- *лечение шока и гиповолемии
- *лечение дыхательных нарушений
- *коррекцию острых нарушений водно-электролитного баланса, КЩС
- *купирование болевого синдрома
- *назначение цитостатиков и антиферментных препаратов
- локальную гипертермию желудка

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ ОБЪЕМНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПЛАЗМОЗАМЕНЯЮЩИЕ РАСТВОРЫ

- *Декстраны
- *Растворы желатины
- Плазма
- Рингер-лактат
- Кристаллоиды

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДЕКСТРАНОВ ВОЗМОЖНЫ

- *Перегрузка кровообращения
 - *Опасность кровотечения
 - *Почечная недостаточность
- Все ответы правильны

ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ВНУТРИСОСУДИСТОМ ТРОМБОЗЕ НЕОБХОДИМО ВВОДИТЬ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

- *Гепарин
- Фибриноген
- *Фибринолизин
- Тромбоцитарную массу

ОПАСНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ

- Гипогликемии
- *Гипокалиемии
- *Отека мозга - синдром дисэквилибирования
- *Расстройства дыхания
- Артериальной гипертензии

НАЗОВИТЕ САМЫЙ ОБЪЕКТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ

- Показатели Нв, числа эритроцитов
- Показатели пульса и артериального давления
- Бледность кожных покровов
- Коллапс
- *Дефицит глобулярного объема

ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ТРАНСКАПИЛЛЯРНОЙ МИГРАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДОПОЛНЯТЬ ИНФУЗИЮ КРИСТАЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ

- Эритро массой
- *Желатинолем
- Альбумином
- Кортикостероидами
- Допамином

ДЛЯ БОРЬБЫ С ПАРЕЗАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

Адреномиметиков

*Эпидуральной анестезии

*Декомпрессии желудочно-кишечного тракта

*Паранефральной блокады, электростимуляции

*Прозерина, серотонина, клизм

ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ МИНУТ

Наступает гемоконцентрация с повышением гематокрита

Гематокрит не изменяется

Наступает гемодилюция с падением гематокрита

*Происходит быстрое перемещение интерстициальной жидкости в сосудистое русло с целью поддержания постоянного объема плазмы

*Изменений в периферической крови не происходит

В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ГИПОТОНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ

*С невосполненной кровопотерей, гиповолемией или продолжающимся кровотечением

С болевым синдромом

С изменением положения больного на операционном столе

С передозировкой анестетика

С эндокринной недостаточностью

ПРИЗНАННЫМ В ЛЕЧЕНИИ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ДИГОКСИНА ЯВЛЯЕТСЯ

Верапамил

*Лидокаин

Кальций

Новокаин

Калий

КАРДИТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ГИПЕРКАЛИЕМИИ КУПИРУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ

Адреналина гидрохлорида

Кофеина, эфедрина гидрохлорида

*Препаратов кальция (хлористый Са, глюконат Са)

10% раствора глюкозы

Кортикостероидов

Секция: Раздел: ГРУДНАЯ ХИРУРГИЯ

Название Раздел: ГРУДНАЯ ХИРУРГИЯ

У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ ЖАЛОБЫ НА СУХОЙ НАДСАДНЫЙ КАШЕЛЬ. ВЕРОЯТНО, ИМЕЮТСЯ ОСНОВАНИЯ ЗАПОДОЗРИТЬ

Бронхит острый

Бронхоэктатическую болезнь

Плеврит

*Рак легкого

Бронхит хронический

ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО БРОНХОСКОПИЮ СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ КАК МЕТОД

Не имеющий никакого значения
Имеющий значение для уточнения диагноза
Имеющий лечебное значение
*Имеющий лечебное и диагностическое значение
Имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

ПРИ НАЛИЧИИ ГАНГРЕНОЗНОГО АБСЦЕССА РАЗМЕРОМ 6X6 CM В НИЖНЕЙ
ДОЛЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

Госпитализировать в терапевтическое отделение
Начать лечение антибиотиками, витаминотерапию и пр.
Немедленно сделать бронхоскопию
Сделать бронхографию
*Назначить лечение в хирургическом отделении в течение двух недель, а затем
радикальная операция

ЕСЛИ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГИПОВЕНТИЛЯЦИЯ СЕГМЕНТА,
ДОЛИ ИЛИ ВСЕГО ЛЕГКОГО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВРАЧ ОБЯЗАН ОТВЕРГНУТЬ

*Рак легкого
Доброкачественную опухоль
Эмфизему легкого
Инородное тело
Кисту легкого

ПЕРЕДНЕЕ СРЕДОСТЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗЛЮБЛЕННЫМ МЕСТОМ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Энтерогенной кисты средостения
Бронхогенной кисты средостения
Целомической кисты перикарда
Лимфогранулематоза средостения
*Тимомы

В РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНОМ УГЛУ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ТАКИЕ
ОБРАЗОВАНИЯ, КАК

Липома средостения
*Невринома средостения
Паразитарная киста средостения
Дермоидная киста средостения
Мезотелиома локальная

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ

Пневмотомия
Клиновидная резекция легкого
*Пневмозэктомия
Лобэктомия
Торакопластика

ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ
ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Бронхография
Рентгенография
Рентгеноскопия
Томография

Компьютерная томография

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОРАЖАЕТ

Верхние доли обоих легких

Базальные сегменты нижних долей

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

Среднюю долю

Отдельные сегменты обоих легких

СИМПТОМ "БАРАБАНЫХ ПАЛОЧЕК" И "ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ"

Является характерным только для бронхоэктатической болезни

*Может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры

Более характерен для пороков сердца

Характерен для актиномикоза

Характерен для туберкулеза

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Верхняя доля

Средняя доля

*Нижняя доля

Язычковый сегмент

Любая доля и любой сегмент обоих легких

У БОЛЬНОГО 26 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН ГАНГРЕНОЗНЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПРОФУЗНЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

Гемостатическая терапия

Искусственный пневмоторакс

Пневмоперитонеум

Тампонада дренирующего бронха

*Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ НИЖНЕЙ ЛОБЭКТОМИИ РАЗВИЛСЯ АТЕЛЕКТАЗ ОСТАВШИХСЯ СЕГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

Плевральная пункция

Назотрахеальная катетеризация

Микротрахеостома

*Лечебная бронхоскопия

Дренирование плевральной полости

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

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

*Кашель с большим количеством гнойной мокроты

Высокая температура

Кровохарканье

Симптом "барабанных палочек"

АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ РЕТОРАКОТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
Первичная несостоятельность культи бронхе
*Внутриплевральное кровотечение
Ателектаз легкого
Напряженный пневмоторакс

ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ С ПОЛНЫМ КОЛЛАПСОМ ЛЕГКОГО ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

По средней аксиллярной линии в 6 межреберье
Во 2-м межреберье по среднеключичной линии
7-м межреберье по задней аксиллярной линии
В 8-м межреберье по задней аксиллярной линии
*2 дренажа: во 2-м межреберье средне-ключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО БЫЛ ОБНАРУЖЕН КОЛЛАПС ЛЕГКОГО НА ПОЛОВИНУ ОБЪЕМА. ЛЕЧЕНИЕ ЕГО НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ

*С плевральной пункции с аспирацией воздуха
С дренирования плевральной полости
С торакоскопии
С немедленной торакотомии
С симптоматического лечения

БОЛЬНОМУ 27 ЛЕТ. ЧАС НАЗАД СРЕДИ ПОЛНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЯВИЛИСЬ
СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, НЕХВАТКА ВОЗДУХА.
ДЫХАНИЕ НАД ЛЕВЫМ ЛЕГКИМ НЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ, ПРИ ПЕРКУССИИ
ТИМПАНИТ. СРЕДОСТЕНИЕ СМЕЩЕНО ВПРАВО. У НЕГО НЕОБХОДИМО
ЗАПОДОЗРИТЬ

Сухой плеврит
Инфаркт миокарда
Тромбоэмболию ветвей легочной артерии
*Спонтанный неспецифический пневмоторакс
Ущемленную диафрагмальную грыжу

ПО КЛИНИЧЕСКИМ ДАННЫМ ЗАПОДОЗРЕН СПОНТАННЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПНЕВМОТОРАКС. В ЭТОМ СЛУЧАЕ НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Торакоскопия
*Рентгеноскопия и рентгенография легких
Плевральная пункция
Сканирование легких
Бронхоскопия

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ НАЧИНАЕТСЯ

С противовоспалительного лечения
С вагосимпатической блокады
*С плевральной пункции
С дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
С торакотомии

СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРОИЗВОДСТВОМ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ, К МОМЕНТАЛЬНОМУ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ МОГУТ ПРИВЕСТИ

Внутриплевральное кровотечение

*Воздушная эмболия головного мозга

*Анафилактический шок

Плевропульмональный шок

Геморрагический шок

ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ

Бронхоэктатической болезни

Абсцесса

Туберкулеза

*Острой пневмонии

Эхинококкоза

НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ СПОСОБОМ ЭВАКУАЦИИ ЭКССУДАТА ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СЕРОЗНОМ ХАРАКТЕРЕ ЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

Дренирование плевральной полости

*Плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса

Плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником

Широкая торакотомия

Введение дренажа по Сельдингеру

ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

Выделение крови изо рта

Кашель с выделением алой пенистой крови

Наличие затемнения в легком

Наличие экссудата в плевральной полости

*Наличие крови в бронхах при бронхоскопии

ОПЕРАЦИЯ ЭЗОФАГО-КАРДИОМИОТОМИИ ПОКАЗАНА

При карциноме пищевода

*При ахалазии пищевода и кардиоспазме

При диафрагмальной грыже

При грыже пищеводного отверстия диафрагмы

При всем перечисленном

ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА КАРДИИ С КАРДИОСПАЗМОМ НЕОБХОДИМЫ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ

*Давности заболевания

*Характера дисфагии

*Особенностей рентгенологической семиотики

*Эндоскопической картины

Характера стула

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*Эзофагитом

Надрывами слизистой дна желудка

*Зиянием кардиального жома
Эндоскопическая картина решающего значения не имеет
Надрывом слизистой гастро-эзофагального отдела

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ РАЗРЫВА ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ

Эндоскопия
*Инородное тело
Трахеостомия
Интубация трахеи при наркозе
Спонтанный разрыв

НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Лучевая терапия
Химиотерапия
*Хирургическое лечение
Электрокоагуляции опухоли
Комбинированное лечение

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЕТСЯ

*Недостаточность кардиального сфинктера
Алкоголизм
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
Употребление горячей пищи

ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕФЛЮКСЭЗОФАГИТА ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ВКЛЮЧАЮТ

*Дробного питания
*Возвышенного положения туловища во время сна
*Нормализации массы тела при ожирении
Диеты с низким содержанием клетчатки
*Ношения свободного (не тесного) белья

ДЛЯ НЕМЕДЛЕННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО
РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ

Применять массивные гемостатические средства
Применять гипотензивные средства
Вводить малые гемостатические дозы крови
*Ввести зонд Блек-Мора
Хирургически прошить кровоточащие сосуды

НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ
ПРИЕМЕ СЛЕДУЮЩИХ ХИМИЧЕСКИХ АГЕНТОВ

Неорганических кислот
*Щелочей
Органических кислот
Лаков
Суррогатов алкоголя

НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА ВЫЗЫВАЮТСЯ

Кислотами
*Щелочами

Суррогатами спирта
Фосфорорганическими веществами
Горячей водой

НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПИЩЕВОДЕ ПРИ ЕГО ХИМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ИМЕЮТ МЕСТО

На всем протяжении пищевода

В области глотки

В области кардии

*В местах физиологических сужений

В абдоминальном отрезке пищевода

У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ РАЗВИЛАСЬ ПЕРВИЧНАЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КУЛЬТИ БРОНХА. ЕМУ НЕОБХОДИМЫ

Плевральная пункция

*Дренажирование плевральной полости

Бронхоскопия и нанесение биологического клея

Срочная реторакотомия

Наблюдение за больным

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СРОЧНОЙ ШИРОКОЙ ТОРАКОТОМИИ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

Пневмоторакс

Гемоторакс

Свернувшийся гемоторакс

*Продолжающееся кровотечение в плевральную полость

Сам факт проникающего ранения

ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УШИВАНИЯ РАНЕНИЙ СЕРДЦЕ ЯВЛЯЕТСЯ

*Передне-боковая торакотомия на стороне ранения

Передне-боковая торакотомия слева

Стернотомия

Задне-боковая торакотомия слева

Левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения

ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

Наложить циркулярную повязку на грудную клетку

Наложить одностороннюю лейкопластырную повязку

Произвести паравертебральную спиртоновокаиновую блокаду

Выполнить вагосимпатическую блокаду

*Выполнить блокаду "трех мест" (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Кровохаркание

Гемоторакс

Пневмоторакс

Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании

*Гемо-пневмоторакс

ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА КУПОЛА ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье

Боль в предреберье

*Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании

Ослабленное дыхание на стороне травмы

Общее тяжелое состояние больного

ДЛЯ РАЗРЫВА КРУПНОГО БРОНХА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

*Напряженный пневмоторакс

*Напряженная эмфизема средостения

*Общее тяжелое состояние больного

Кровохарканье

*Подкожная эмфизема

БОЛЬНОЙ УПАЛ С ВЫСОТЫ 7-ЭТАЖНОГО. ДИАГНОСТИРОВАН РАЗРЫВ ЛЕВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА. РЕШЕНО БОЛЬНОГО ОПЕРИРОВАТЬ. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ БУДЕТ

Передне-боковая торакотомия

Боковая торакотомия по 4 межреберью

*Задне-боковая торакотомия

Стернотомия

Боковая торакотомия по 7-му межреберью

БОЛЬНОЙ ПОПАЛ В АВТОМОБИЛЬНУЮ КАТАСТРОФУ. ДИАГНОСТИРОВАН ЛЕВОСТОРОННИЙ ГЕМО-ПНЕВМОТОРАКС, ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОБНАРУЖЕН ПЕРЕЛОМ V, VI, VII РЕБЕР СЛЕВА, ПРИЧЕМ ПЕРЕЛОМ VI РЕБРА СО СМЕЩЕНИЕМ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ И ПРОНИКНОВЕНИЕМ ОДНОГО ИЗ НИХ В ЛЕГОЧНУЮ ТКАНЬ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ ВКЛЮЧАЮТ

Только дренирование плевральной полости

Гемостатическую консервативную терапию

*Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого

Искусственную вентиляцию легких

Экстраплевральный остеосинтез

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

*Плевральная пункция

Дренирование плевральной полости

Широкая торакотомия

Торакотомия и ликвидация гемоторакса

Подход должен быть строго индивидуальным

БОЛЬНОЙ 3 ЧАСА НАЗАД ПОЛУЧИЛ НОЖЕВОЕ РАНЕНИЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ. ТОНЫ СЕРДЦА ГЛУХИЕ, ТАХИКАРДИЯ, ДД-80/ 20 ММ РТ. СТ. ПУЛЬС НА ЛУЧЕВЫХ АРТЕРИЯХ НИТЕВИДНЫЙ. ИМЕЕТ МЕСТО УКОРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

Ранение легкого

Торако-абдоминальное ранение

*Ранение сердца

Ранение крупных сосудов средостения

Плевро-пульмональный шок

БОЛЬНОЙ ПОЛУЧИЛ ДОРОЖНУЮ ТРАВМУ. В ПРОЦЕССЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЫЯВЛЕН ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ТАЗА. НАД ЛЕВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКИЕ ШУМЫ. У ДАННОГО БОЛЬНОГО МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

Внутрибрюшное кровотечение

Разрыв легкого

Тупую травму сердца

*Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную

Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования

БОЛЬНАЯ 4 ЧАСА НАЗАД ПОЛУЧИЛА МНОЖЕСТВЕННЫЕ НОЖЕВЫЕ РАНЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ НОРМАЛЬНОЙ ОКРАСКИ. ПУЛЬС 92 УДАРА В МИНУТУ, УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОГО НАПОЛНЕНИЯ И НАПРЯЖЕНИЯ. ДД - 100/70 ММ РТ. СТ. ГЕМОПНЕВМОТОРАКСА НЕТ. БОЛЬНОЙ НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

Плевральную пункцию справа

Плевральную пункцию слева

Левостороннюю торакотомию

*Первичную хирургическую обработку ран грудной клетки

Дренирование левой плевральной полости

БОЛЬНОЙ ПОЛУЧИЛ ПРОНИКАЮЩЕЕ НОЖЕВОЕ РАНЕНИЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫ. АД-90/60 ММ. РТ. СТ., ПУЛЬС - 112 УДАРОВ В МИНУТУ, СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ И НАПРЯЖЕНИЯ, РИТМИЧНЫЙ. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ШИРОКИЙ УРОВЕНЬ ЖИДКОСТИ, ДОСТИГАЮЩИЙ НИЖНЕГО УГЛА ЛОПАТКИ. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА СВОДИТСЯ

К дренированию плевральной полости

*К немедленной торакотомии

К плевральным лечебным пункциям

К только интенсивной терапии

К интенсивной терапии в сочетании с дренированием плевральной полости

У БОЛЬНОГО, ПОСТУПИВШЕГО С ДВУСТОРОННИМ ПЕРЕЛОМОМ РЕБЕР, ИМЕЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА. ПО КЛИНИЧЕСКИМ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ДАННЫМ ПРИЗНАКОВ ПНЕВМОТОРАКСА И ГЕМОТОРАКСА НЕТ. НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ

Дренирование плевральной полости справа

Дренирование обеих плевральных полостей

*Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки

Насечки на коже грудной клетки и шеи

Динамическое наблюдение

У БОЛЬНОГО, ПОСТУПИВШЕГО В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ, ВЫЯВЛЕН ПЕРЕЛОМ РЕБЕР (СЛЕВА 5, СПРАВА - 4), ВЫРАЖЕННАЯ ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА СРЕДОСТЕНИЯ, ДВУСТОРОННИЙ ПНЕВМОТОРАКС. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ

*С дренирования обеих плевральных полостей
С введения игл в подкожную клетчатку
С интубации и искусственной вентиляции легких
С наложения трахеостомии и искусственной вентиляции
С двусторонней торакотомии

ПРИ БОЛЬШОМ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ 5-ДНЕВНОЙ ДАВНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

*Широкую торакотомию, удаление гемоторакса
Дренирование плевральной полости
Введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса
Повторные плевральные пункции
Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса

В ЛЕГКОМ ВЫЯВЛЕНО НЕБОЛЬШОЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ХАРАКТЕРА ЭТОГО ОБРАЗОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

Бронхоскопию
*Трансторакальную игловую биопсию
Катетеризационную биопсию при бронхоскопии
Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки
Исследование промывных вод при бронхоскопии

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО ШАРОВИДНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ДИАМЕТРОМ ОКОЛО 1 СМ НА ПЕРИФЕРИИ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, ПРИ ОТСУТСТВИИ ЖАЛОБ НЕОБХОДИМО

Динамическое наблюдение
Трансторакальная игловая биопсия
Катетеризационная биопсия при бронхоскопии
*Торакотомия, широкая биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результатов, соответствующий объем резекции легкого
Верхняя лобэктомия без предварительной верификации

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

*Плевральная пункция
Дренирование плевральной полости
Широкая торакотомия
Торакоскопия и ликвидация гемоторакса
Дренирование плевральной полости двумя дренажами

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ШИРОКОЙ ТОРАКОТОМИИ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

Пневмоторакс
Свернувшийся гемоторакс
*Продолжающееся кровотечение в плевральную полость
Проникающее ранение грудной клетки
Гемо-пневмоторакс

БОЛЬНОМУ 47 ЛЕТ. ДАВНО И МНОГО КУРИТ. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ МЕСЯЦЕВ ПОЧТИ ЕЖЕДНЕВНО КРОВОХАРКАНИЕ. НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ

Хронический абсцесс легкого

Хроническую пневмонию
*Рак легкого
Туберкулез легкого
Пневмосклероз

ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПОКАЗАНО

Искусственная вентиляция легких
*Немедленное дренирование плевральной полости
Срочная торакотомия
Торакоскопия
Трахеостомия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ЭМБОЛИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Верхняя доля правого легкого
Базальные отделы левого легкого
*Периферические отделы обоих легких
Нижние доли обоих легких
Междолевые промежутки с обеих сторон

ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО ПЕРВЫЕ ДНИ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Дренирование плевральной полости
*Массивная антибактериальная терапия
Санационная бронхоскопия
Плевротомия
Резекция легкого

НАИБОЛЕЕ ВЫГОДНОЕ МЕСТО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПНЕВМОТОРАКСА

*2-е межреберье по средней ключичной линии
4-е межреберье по передней подмышечной линии
7-е межреберье по передней аксиллярной линии
8-е межреберье по задней аксиллярной линии
3-е межреберье по средней ключичной линии

НАИЛУЧШИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

Фундопликация по Ниссену
*Крикофарингеальная миотомия и иссечение или подшивание дивертикула
Иссечение дивертикула
Операция Геллера
Операция Белл

БОЛЬНОЙ 60 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ЖАЛУЕТСЯ НА ДИСФАГИЮ, ЧУВСТВО ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ГОРЛЕ, ПОХУДАНИЕ. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

Диффузный эзофагит
Дивертикул Ценкера
Ахалазию пищевода
*Карциному пищевода
Язвенный рефлюкс-эзофагит

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНОГО СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Рентгенография с пробой Вальсальва и в положении Тренделенбурга

*Фиброгастродуоденоскопия

Мониторная рН-метрия пищевода

Измерение размеров грыжи

Оценка вредных привычек (курение, алкоголь)

АДЕНОКАРЦИНОМА ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПИЩЕВОДА С КАРДИЕЙ
НАИЛУЧШИМ ОБРАЗОМ ИЗЛЕЧИВАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

Еюностомии для питания

Лучевой терапии

Химиотерапии 5-Fu и митомицином С

*Экстирпации пищевода

Обходного анастомоза с тонкой кишкой

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МЕДИАСТИНИТА

*Разрыв пищевода

Хирургическое вмешательство

Гнойный лимфаденит с распространением процесса

Распространение гнойных процессов с шеи

Вовлечение средостения в туберкулезный процесс или грибковое поражение при заболеваниях легких

ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Наследственность

Неоднократная беременность с абортами

Травма молочной железы

Повышенный фон наружной радиации

*Отсутствие беременности на фоне химической контрацепции

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОГО СВИЩА ВСЛЕДСТВИЕ
НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕН ПРИ
ВЫПОЛНЕНИИ

Типичной пневмонэктомии

Расширенной пневмонэктомии

Пневмонэктомии с резекцией перикарда или грудной стенки

*Пневмонэктомии с резекцией бифуркаций трахеи

Лобэктомии

СУЩЕСТВУЮЩЕЕ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

*Ниже атмосферного

Не зависит от давления в воздушных путях

Не изменяется в процессе дыхательного цикла

Одинаково во всех отделах плеврального пространства

Увеличивается при тартании

НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКИЕ РАССТРОЙСТВА ГАЗООБМЕНА НАБЛЮДАЮТСЯ

При повреждениях груди с открытым пневмотораксом

*При повреждении груди с клапанным пневмотораксом

*При массивном гемотораксе
При подкожной эмфиземе

ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ ОДНОГО ЛЕГКОГО

Перфузия в нижнем легком уменьшается

Вентиляция в нижнем легком уменьшается

*Соотношение вентиляция перфузия нарушено больше перед спадением пораженного легкого, чем после

Физиологическое мертвое пространство увеличивается

Среднее давление в легочной артерии уменьшается

УМЕНЬШЕНИЕ ТОРАКО-ЛЕГОЧНОЙ ПОДВИЖНОСТИ (COMPLEANCE) ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

*Эмфиземе

*Фиброзе легких

*Астме

Раке легкого

СИЛЬНАЯ ДЕВИАЦИЯ ТРАХЕИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

Правосторонним пневмотораксом

*Зобом

Коллапсом левого легкого

Левосторонней эмпиемой

Левосторонней пневмонэктомией

АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ДВУХПРОСВЕТНОЙ ТРУБКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ

Опухоль легкого

*Бронхоплевральный свищ

Необходимость выполнения лобэктомии

Ламинэктомия в торакальном отделе

Операция на пищеводе

ПРИ ПНЕВМОНИИ ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГИПОКСЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Сокращение кровотока через невентилируемые участки легких

*Поверхностное дыхание, гиповентиляция

Повышение метаболизма

Повышение внутрилегочного давления

ПАРАДОКСАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ

*При пневмотораксе

При управляемой вентиляции

При ателектазе

При пневмонии

При ларингоспазме

ПРИ ПОВОРОТЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ НА СПИНЕ В БОКОВОЕ, ПОГЛОЩЕНИЕ КИСЛОРОДА СО СТОРОНЫ НИЖЕЛЕЖАЩЕГО ЛЕГКОГО

Уменьшается на 15-30%

*Увеличивается на 15-30%

Не изменяется
Слегка увеличивается
Слегка уменьшается

ЦИАНОЗ СТАНОВИТСЯ ЗАМЕТЕН, КОГДА НАСЫЩЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ НИЖЕ

100%
80%
*85%
90%
95%

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ДВУПРОСВЕТНЫХ ТРАХЕАЛЬНЫХ ТРУБОК ЯВЛЯЮТСЯ

*Резекция бронхоэктатического сегмента
*Устранение бронхоплевральной фистулы
Резекция гигантской кисты легкого
Мезотелиома плевры

НЕОЖИДАЕМЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПНЕВМОТОРАКС МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАН С

*Нефрэктомией и адреналэктомией
Шейной симпатэктомией
Тиреоидэктомией и трахеостомией
*Гастрэктомией

ПРЕИМУЩЕСТВАМИ УПРАВЛЯЕМОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР СЧИТАЮТСЯ

Снижение парадоксальной вентиляции и возможность использования положительного давления в конце выдоха (РЕЕР)
Снижение легочной инфекции
Предотвращение пневмоторакса
Ускорение сращения переломов ребер
Улучшение работы сердца

РАЗВИТИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА СВЯЗАНО С

*Врожденной легочной кистой
*Буллезной болезнью
Астмой
Ревматоидным артритом

Секция: Раздел: ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Название Раздел: ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ТАМПОНИРОВАНИЕ ПОДПЕЧЕНОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО

При остром деструктивном холецистите
При неушитом ложе удаленного желчного пузыря
*При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря
При редких швах ложа удаленного желчного пузыря
Тампон не ставят

ПРИ ВЫБОРЕ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА ОБЫЧНО РУКОВОДСТВУЮТСЯ

Сроком с момента прободения

*Степенью воспалительных изменений брюшины

Величиной перфоративного отверстия

Локализацией перфоративного отверстия

Возрастом больного

ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

Анализ кала на скрытую кровь

Контрастную рентгеноскопию желудка

Анализ желудочного сока на скрытую кровь

*Фиброгастроскопию

Определение гемоглобина и гематокрита

При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета <кофейной гущи> может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы:

*На малой кривизне желудка

*В кардиальном отделе желудка

*В антральном отделе желудка

*В нижнем отделе пищевода

В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ, КАК ПРАВИЛО, ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

*Иссечения язвы

*Ушивания язвы

*Резекции желудка

*Пилоропластики с ваготомией

Наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НА ТЯЖЕСТЬ В ЭПИГАСТРИИ, СЛАБОСТЬ - ВПЛОТЬ ДО ОБМОРОКА ПОСЛЕ ПРИЕМА СЛАДКОЙ ИЛИ МОЛОЧНОЙ ПИЩИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

Инсулемы поджелудочной железы

Синдрома приводящей петли

Пептической язвы анастомоза

*Демпинг-синдрома

Синдрома малого желудка

СЕКРЕТИН ОБРАЗУЕТСЯ

*В двенадцатиперстной кишке

В печени

В поджелудочной железе

В дистальных отделах тонкой кишки

В гипоталамусе

ОСНОВНЫМ СТИМУЛЯТОРОМ ОСВОБОЖДЕНИЯ СЕКРЕТИНА ЯВЛЯЕТСЯ

*Соляная кислота

Продукты расщепления белков

Жиры
Углеводы
Все перечисленные факторы

К СИМПТОМАМ СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТСЯ

- *Рвота
- *Шум плеска над проекцией желудка
- Наличие чаш Клойбера
- *Отрыжка
- *Похудание

ДЛЯ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНОГО К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СТЕНОЗА ЖЕЛУДКА ЯЗВЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НЕОБХОДИМО

Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве

- *Промывание желудка
- Введение растворов электролитов
- *Введение белковых растворов
- *Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния

РЕЗЕКЦИЯ НА ВЫКЛЮЧЕНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА

- При низкой постбульбарной язве
- При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
- При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки
- При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы
- *При пенетрации язвы в печень

ОДНИМ ИЗ РАННИХ СИМПТОМОВ ОСТРОГО РАСШИРЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- Икота
- Отсутствие кишечных шумов
- *Вздутие в области эпигастрия
- Тахикардия
- Рвота

ОСТРОЕ РАСШИРЕНИЕ ЖЕЛУДКА МОЖЕТ БЫТЬ БЫСТРО РАСПОЗНАНО

- Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
- Лапароцентезом
- *Назогастральной интубацией
- Перкуссией брюшной стенки
- Исследованием плазмы крови на серотонин

ПРИ СОЧЕТАНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ВОЗНИКАЮТ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ

- *Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
- Поздней обращаемостью
- Возможностью психозов
- Возможностью суицидальных попыток
- Всем перечисленным

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ

Рвота

Желудочное кровотечение

*Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости

Частый жидкий стул

Икота

ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ТРАНСФОРМАЦИЮ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРЕТЕРПЕВАЮТ

Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки

Постбульбарные язвы

*Язвы малой кривизны желудка

Язвы большой кривизны желудка

Язвы всех указанных локализаций

К АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ

*Перфорация

*Кровотечение, не останавливаемое консервативными методами

*Малигнизация

Большая глубина <ниши> пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании

*Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка

О НАЛИЧИИ ПРОБОДЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОЗВОЛЯЮТ СУДИТЬ

*Доскообразный живот

Сильные боли в эпигастрии

Боли в поясничной области

Повышение лейкоцитоза до 15000

Легкая желтуха склер и кожных покровов

НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, НЕРЕДКО ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ

*Затеканием содержимого по правому боковому каналу

Рефлекторными связями через спинномозговые нервы

Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области

Развивающимся разлитым перитонитом

Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

СРОЧНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ТРЕБУЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Остановившееся желудочное кровотечение

*Перфоративная язва

Пенетрирующая язва

Стеноз выходного отдела желудка

Малигнизированная язва

ЭКОНОМНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА, ВЫПОЛНЕННАЯ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ЧАЩЕ ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

Демпинг-синдрома
Гипогликемического синдрома
Синдрома <малого желудка>
*Пептической язвы анастомоза
Синдрома приводящей петли

ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО
ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

Хроническим холециститом
*Хроническим колитом
*Хроническим аппендицитом
*Хроническим панкреатитом
Мезоаденитом

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА ОТНОСЯТСЯ

Желтуха
*Шум плеска натошак
*Похудание
*Отрыжка <тухлым>
*Боли в эпигастрии распирающего характера

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПРОБОДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Двенадцатиперстная кишка
Пилорический отдел желудка
Малая кривизна желудка
Большая кривизна желудка
Кардинальный отдел желудка

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО ТЕЙЛОРУ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

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

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ КУЛЬТИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

Гипопротеинемия
Гипотензия во время операции
Аксиальный поворот тонкой кишки
*Дуоденостаз
Послеоперационный панкреатит

В МОМЕНТ ПРОБОДЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

Тахикардия
Схваткообразная боль

Локализованная, умеренная боль
*Внезапно возникшая интенсивная боль
Жидкий стул

ПРИКРЫТИЮ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СПОСОБСТВУЮТ

Малый диаметр прободного отверстия
Незначительное наполнение желудка
*Топографическая близость соседних органов
Большой диаметр прободного отверстия
Хорошо развитый большой сальник

РЕЦИДИВЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ

При калезной язве
При пенетрирующей язве
При поверхностных эрозиях слизистой
*При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см
При рубцующейся язве

РАК ЖЕЛУДКА ВСЕГДА МЕТАСТАЗИРУЕТ

В легкие
В печень
*В регионарные лимфоузлы
В кости
По брюшине

СИМПТОМАМИ, ВХОДЯЩИМИ В <СИНДРОМ МАЛЫХ ПРИЗНАКОВ> ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА, ЯВЛЯЮТСЯ

*Диспептические явления: снижение аппетита, быстрая насыщаемость, тошнота, икота, отрыжка тухлым
*Анемия
*Нарастающая слабость, тупые боли, желудочный дискомфорт
Повышенный аппетит, слюноотделение
*Похудание, отвращение к пище

РАК ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

В кардиальном отделе желудка
По большой кривизне желудка
По малой кривизне желудка
*В антральном отделе желудка
В дне желудка

К ОТДАЛЕННЫМ МЕТАСТАЗАМ РАКА ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ

*Метастазы в легкое
*Метастаз Крукенберга
*Метастаз Вирхова
*Метастаз Шницлера
Метастазы в желудочно-поджелудочную связку

ОПЕРАЦИЯ ГАСТРОСТОМИИ ПОКАЗАНА

При неоперабельном раке тела желудка

При неоперабельном раке антрального отдела желудка

*При стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванном опухолью

При всех перечисленных случаях

Ни в одном из перечисленных случаев

ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ В ОТЛИЧИЕ ОТ НЕУЩЕМЛЕННОЙ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ НЕОБХОДИМО

Вначале рассечь ущемляющее кольцо

*Вначале рассечь грыжевой мешок

Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот

Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)

Сделать лапаротомию

РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ

*Острое начало

*Невправимость грыжи

*Болезненность грыжевого выпячивания

*Резкая боль

Высокая температура

ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ТАКТИКА ХИРУРГА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости

*Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара

Поставить очистительную клизму

Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром

Назначить теплую ванну

БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА НАЛИЧИЕ ГРЫЖИ В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ИМЕЮТ МЕСТО БОЛИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ, УЧАЩЕННЫЕ ПОЗЫВЫ НА МОЧЕИСПУСКАНИЕ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО У БОЛЬНОГО

Грыжа запирающего отверстия

Прямая паховая грыжа

Бедренная грыжа

Косая паховая грыжа

*Скользкая грыжа

НЕВПРАВИМОСТЬ ГРЫЖИ ЗАВИСИТ

От спаек грыжевого мешка с окружающими тканями

*От спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем

От сужения грыжевых ворот

От выхода в нее мочевого пузыря

От выхода в нее слепой кишки

ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯТЬ ОПЕРАЦИЮ

*Бассини и Постемпского

Мартынова

Жирара-Спасокукоцкого

Руджи-Парлаваччио

РУ

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОЙ ПЕТЛИ КИШКИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ОТВОДЯЩИЙ ОТРЕЗОК КИШКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ РЕЗЕЦИРОВАН, ОТСТУПАЯ ОТ ВИДИМОЙ ГРАНИЦЫ НЕКРОЗА НА РАССТОЯНИЕ

5-10 см

*15-20 см

25-30 см

35-40 см.

45-50 см

ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

*Наблюдение в течение 1 -2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию

Выполнение срочной операции

Наблюдение

Консервативное лечение

Вправление грыжи

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖЕЙ И ВОДЯНКОЙ ОБОЛОЧЕК ЯИЧЕК СЛЕДУЕТ ПРИБЕГНУТЬ

*К трансиллюминации и пальпации

К пункции

К перкуссии

К аускультации

К пальцевому исследованию прямой кишки

ШЕЙКА МЕШКА БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ РАСПОЛОЖЕНА

Впереди круглой связки

*Медиальнее бедренных сосудов

Латеральнее бедренных сосудов

Позади бедренных сосудов

Медиальнее купферовской связки

УЩЕМЛЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ

Затрудненное дыхание

*Рвота

*Цианоз

*Анемия

*Заполненные газом петли кишечника в грудной клетке, выявленные при рентгенологическом исследовании

ДЛЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ХАРАКТЕРНЫ

*Рефлюкс-эзофагит

*Ущемление

*Кровотечение

Появление язвы желудка

*Экстракардиальная стенокардия

ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ МОГУТ СОСТАВЛЯТЬ ЧАСТЬ СТЕНКИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ГРЫЖАХ

Рихтерской

Косой паховой

*Скользящей

Прямой паховой

Пупочной

ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

*Повреждение сосудов

*Ранение нервов брюшной стенки

*Пересечение семявыводящего протока

*Ранение кишки и мочевого пузыря

Ранение матки

ДЛЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ С ВЫХОЖДЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ХАРАКТЕРНО

Наличие болей в надлобковой области

Наличие грыжевого выпячивания в паховой области

Учащенное мочеиспускание и прерывистость

Позывы на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования

*Наличие положительного симптома Мейо-Робсона

НЕКРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКЕ УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ, КАК ПРАВИЛО, НАЧИНАЮТСЯ

*Со слизистого слоя

С подслизистого слоя

С мышечного слоя

С субсерозного слоя

С серозного слоя

К ГРЫЖАМ, ТРЕБУЮЩИМ ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ В СВЯЗИ С ЧАСТЫМИ УЩЕМЛЕНИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ

*Бедренные

Косые паховые

Пупочные

Грыжи белой линии живота

Прямые паховые

ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ПЕТЛИ КИШКИ ПРИ ГРЫЖАХ НАИБОЛЬШИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ

*В приводящей петле

В отводящей петле

В приводящей и отводящей петле в равной степени

В сегменте брыжейки ущемленной кишки

На всем протяжении кишки

ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА РАКА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

*Обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки

- *Деформацию двенадцатиперстной кишки
- *Стеноз двенадцатиперстной кишки
- Стойкий парез кишечника
- *Прорастание опухоли в головку поджелудочной железы

ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА МОГУТ БЫТЬ

- *Дуоденостаз
- *Стеноз сфинктера Одди
- *Проявления аллергии
- *Заброс желчи в панкреатический проток
- Инфекционные заболевания (гепатиты)

ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ВОЗМОЖНЫ ВСЕ УКАЗАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- *Абсцесс поджелудочной железы
- *Флегмона забрюшинной клетчатки
- *Ферментативный перитонит
- *Острая сердечная недостаточность
- Обтурационная кишечная непроходимость

АБДОМИНИЗАЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРОИЗВОДИМАЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ, СПОСОБСТВУЕТ

- Ограничению патологического процесса в брюшной полости
- Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
- Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
- Улучшению кровоснабжения железы
- *Уменьшению активности протеолитических ферментов

ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ

- *Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
- Блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
- Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
- Купируют процессы кининообразования
- Улучшает кровоснабжение поджелудочной железы

ПРИ ВЫВЕДЕНИИ БОЛЬНОГО ИЗ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ШОКА ДОЛЖНЫ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- *Необходимость купировать болевой синдром
- *Восполнение обмена циркулирующей крови
- Назначение больших доз антибиотиков
- *Проведение комплексной детоксикации
- *Лечение нарушения сократительной функции миокарда

ВОПРОС: ИСХОДОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА МОГУТ БЫТЬ ВСЕ УКАЗАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- *Образование ложной кисты
- *Развитие хронического панкреатита
- *Появление сахарного диабета
- *Развитие кистозного фиброза железы
- Возникновение инсуломы

ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО
АКТИВИЗИРОВАННЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ СОДЕРЖИТСЯ

В артериальной крови

В венозной крови

*В экссудате брюшной полости

В лимфе

В моче

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У
ЖЕНЩИН МОЖЕТ БЫТЬ

Беременность

*Хронический холецистит

Алкоголизм

Травма живота

Применение кортикостероидов

ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ ЖИРОВОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ХАРАКТЕРНО

*Образование постнекротического инфильтрата

*Изолированный пневмоторз поперечно-ободочной кишки

Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости

*Положительный симптом Воскресенского

*Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов,
желудка и кишечника

НЕОТЛОЖНЫЙ ЛЕЧЕБНЫЙ КОМПЛЕКС ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ДОЛЖЕН
ОБЕСПЕЧИТЬ

Купирование болевого синдрома

Снятие спазмы сфинктера Одди

*Ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы

Уменьшение секреторной активности и отека поджелудочной железы

Инактивизация протеаз в крови и детоксикацию

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У
МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ

Травма живота

Применение кортикостероидов

*Алкоголизм

Хронический холецистит

Цирроз печени

УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ В МОЧЕ СЧИТАЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ, ЕСЛИ ОН
СОСТАВЛЯЕТ

16 единиц

32 единицы

64 единицы

*128 единиц

256 единиц

РАЗВИТИЕ ТОКСЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОБУСЛОВЛИВАЕТСЯ

*Попаданием в кровь и лимфу токсогенных полипептидов

*Попаданием в кровь и лимфу токсогенных липидов

*Попаданием в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов

*Активированием калликреинкининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови
Наличием высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛНЫХ НЕСФОРМИРОВАВШИХСЯ СВИЩЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОТКРЫВАЮЩИХСЯ В ГНОЙНУЮ ПОЛОСТЬ ВКЛЮЧАЕТ

- *вскрытие и дренирование гнойных затеков
- *активную аспирацию из раны
- срочную радикальную операцию
- *интенсивную терапию
- *отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода

У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

Эвентрация
Образование кишечных свищей
Тромбоэмболия легочной артерии
*Формирования гнойников брюшной полости
Пневмония

ВЕДУЩИМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- *Хирургическое вмешательство
- Дезинтоксикационная терапия
- Рациональная антибиотикотерапия
- Борьба с парезом кишечника
- Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

ПЕРФОРАЦИЯ ЛЮБОГО ПОЛОГО ОРГАНА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- *Появлением резкой боли
- *Напряжением мышц передней брюшной стенки
- *Брадикардией
- *Френикус-симптомом
- Симптомом Мейо-Робсона

ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ

- Массы тела больного
- *Характера микрофлоры
- *Степени выраженности интоксикации
- *Гиповолемии
- *Степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия

ПРИ ПОСЕВАХ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЭКССУДАТА ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ РОСТ

Стафилококка
Протея
*Кишечной палочки
Смешанной флоры
Анаэробной флоры

НЕПОСРЕДСТВЕННЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ МОГУТ БЫТЬ

- *Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков
 - *Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно- двенадцатиперстной связки
 - *Технические и тактические ошибки хирургов
 - *Исследование протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами
- Пальпаторное исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

НЕЗАМЕЧЕННЫЕ РАНЕНИЯ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА МОГУТ ПРИВЕСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ К ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ

- *Ограниченному или разлитому желчному перитониту
 - *Образованию подпеченочных гнойников
 - *Развитию наружного желчного свища
- Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
- *Развитию поддиафрагмального абсцесса

ЛИКВИДИРОВАТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ МОЖНО

- *Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой
 - *Сшив проток на Т-образном дренаже
 - *Сшив проток на Г-образном дренаже
 - *Наложив билиодигестивный анастомоз
- Наложив холецисто-гастроанастомоз

ДЛЯ ХОЛАНГИТА ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- *Лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа
 - *Потрясающие ознобы
 - *Повышение потливости, жажда, сухость во рту
- Увеличение селезенки
- *Увеличение печени

У БОЛЬНЫХ ХОЛЕДО-ХОЛИТИАЗОМ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- *Холангит
 - *Обтурационная желтуха
 - *Рубцовые изменения протока
 - *Пролежни стенки протока
- Рак желчного пузыря

ПРИ УЩЕМЛЕННОМ КАМНЕ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА СЛЕДУЕТ

- Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
- Наложить холедоходуоденоанастомоз
- После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
- *Вскрыть холедох и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток
- Наложить холедохоэнтероанастомоз

РАЦИОНАЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

Диетическое

Медикаментозное

*Хирургическое

Санаторно-курортное

Лечение минеральными водами

ПЕРЕМЕЖАЮЩУЮСЯ ЖЕЛТУХУ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ

Камнем пузырного протока

Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока

Вклиненным камнем большого дуоденального соска

*Вентильным камнем холедоха

Опухолью внепеченочных желчных протоков

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ ОСТРУЮ ЖЕЛЧНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ОТНОСЯТСЯ

*Опухоли гепатопанкреатикодуоденальной области

*Стеноз большого дуоденального сосочка

*Холедохолитиаз

Дуоденальная гипертензия

*Глистная инвазия

ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОБНАРУЖЕН СМОРЩЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ, НАБИТЫЙ КАМНЯМИ, РАСШИРЕННЫЙ ДО 2,5 СМ ОБЩИЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ

Произвести холецистэктомию

*Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике

Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока

Наложить холецистостому

Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

БОЛЬНАЯ 50 ЛЕТ, СТРАДАЕТ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ НЕЕ

Диетотерапия, применение спазмолитиков

Санаторно-курортное лечение

*Плановое хирургическое лечение

Лечение сахарного диабета и стенокардии

Хирургическое лечение только по витальным показаниям

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

*Холедохолитиаз

*Сдавления общего желчного протока лимфоузлами

*Отека головки поджелудочной железы

Холангита

*Глистной инвазии общего желчного протока

РАСПОЗНАВАНИЮ ПРИЧИНЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ БОЛЕЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЕТ

Пероральная холецистография

Внутривенная холецистохолангиография

*Ретроградная (восходящая) холангиография
Сцинтиграфия печени
Прямая спленопортография

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СВЯЗАНО

С желчно-каменной болезнью

Со стенозирующим папиллитом

*С забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз

С псевдотуморозным панкреатитом

С опухолью головки поджелудочной железы

ЖЕЛЧНЫЙ КАМЕНЬ, ВЫЗВАВШИЙ ОБТУРАЦИОННУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ПОПАДАЕТ В ПРОСВЕТ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЧЕРЕЗ ФИСТУЛУ МЕЖДУ ЖЕЛЧНЫМ ПУЗЫРЕМ И

Слепой кишкой

Малой кривизной желудка

*Двенадцатиперстной кишкой

Тощей кишкой

Ободочной кишкой

ЖЕЛЧНЫЕ КАМНИ ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТОЯТ

*Из холестерина

Из цистина

Из оксалатов

Из солей желчных кислот

Из мочевой кислоты

ХОЛЕСТЕРОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НАИБОЛЕЕ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ

С острым холециститом

*С желчно-каменной болезнью

Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта

С раком желчного пузыря

С хроническими неспецифическими заболеваниями легких

ПУТЯМИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ТКАНЬ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

Воротная вена

Печеночная артерия

Нижняя полая вена

Жёлчные протоки

Лимфатические сосуды

ПО ВОРОТНОЙ ВЕНЕ ИНФЕКЦИЯ ПОПАДАЕТ В ПЕЧЕНЬ

*Из воспалительных очагов органов брюшной полости

Из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов

Из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита

Из желчных протоков при гнойном холангите

Из левых отделов сердца при септическом эндокардите

МНОЖЕСТВО МЕЛКИХ АБСЦЕССОВ В ПЕЧЕНИ, КАК ПРАВИЛО, РАЗВИВАЮТСЯ

При остром деструктивном холецисте
При заползании аскарид во внутривенные желчные протоки
При нагноении вокруг инородного тела печени
При нагноении паразитарной кисты печени
*При тяжелом гнойном холангите

ОСНОВНЫМ ВИДОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЛИТАРНЫХ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

Резекция доли или сегмента печени
Наложение билиодигестивного соустья
*Вскрытие и дренирование абсцесса
Трансплантация печени
Гемигепатэктомия

ЗАБОЛЕВАНИЕ АМЕБНЫМ АБСЦЕССОМ ПЕЧЕНИ, КАК ПРАВИЛО, СОВПАДАЕТ

*С учащением случаев амебной дизентерии
С учащением случаев инфекционного гепатита
С учащением случаев описторхоза
С эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний
С сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

АБСЦЕССЫ АМЕБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ АБСЦЕССОВ ДРУГОЙ ЭТИОЛОГИИ

Множественными, подкапсульными расположениями
*Крупными размерами
*Отсутствием истинной пиогенной оболочки
*Содержимым коричневатого цвета
*Выпадением и гнойного осадка, напоминающего <кофейную гущу>

СПЕЦИФИЧЕСКИМ АНТИАМЕБНЫМ СРЕДСТВОМ ЯВЛЯЮТСЯ

Антибиотики аминогликозидного ряда
Метронидазол
*Эметин, хлорохин, дифосфат
Хинин
Антибиотики цефалоспоринового ряда

ПРИ НАЛИЧИИ КРУПНЫХ АМЕБНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ КОМПЛЕКСНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА СОЧЕТАТЬСЯ

*С пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамебных препаратов
С лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
С резекцией пораженной доли печени
С гемигепатэктомией
Применение антибиотиков широкого спектра действия

ДЛЯ ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО

*Спленомегалия
*Варикозное расширение вен пищевода
*Варикозное расширение вен передней брюшной стенки
*Асцит
Острое расширение желудка

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
СКЛАДЫВАЮТСЯ ИЗ НАЛИЧИЯ

*Спленомегалии

*Высокого портального давления

*Лейкопении, тромбоцитопении

Кровоточивости слизистой оболочки носа

*Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и кардии

ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЗОНДА ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ИЗ ВАРИКОЗНО- РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ

*Пневмония

*Трофические изменения слизистой оболочки пищевода

*Пролежни

*Гиперсаливация

Тиреоидит

ЗОНД ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН
ПИЩЕВОДА МОЖНО ОСТАВЛЯТЬ

На 6-10 часов

На 12-18 часов

*На 1-8 суток

На 9-12 суток

На 13-15 суток

ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПОРТОКАВАЛЬНОГО
АНАСТОМОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

Цирроз печени

Асцит

*Кровотечение из вен пищевода

Портальная энцефалопатия

Рецидивирующая желтуха

ПОСТОЯННЫМ СИМПТОМОМ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ЯВЛЯЕТСЯ

Интермитирующая лихорадка

Общая слабость

*Спленомегалия

Кровоточивость слизистой оболочки носа

Маточные кровотечения

СИНДРОМ БАДДА-ХИАРИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО В ВОЗРАСТЕ

От 5 до 10 лет

От 12 до 15 лет

*От 20 до 40 лет

От 45 до 50 лет

От 55 до 60 лет

К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗВИТИЮ
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОТНОСЯТСЯ

*Врожденные аномалии кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.)

- *Чрезмерная подвижность органов врожденного или приобретенного характера
 - *Наличие спаек, тяжей, сращений
- Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза
- *Наличие различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

К ВРОЖДЕННЫМ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- *Удвоения кишечника
 - *Общая брыжейка подвздошной и слепой кишки
- Ситус висцерус инверзус
- *Мобильный цекум
 - *Мегадолихосигма

НАЗО- ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РАЗВИТИЕМ

- *Синуситов и отитов
 - *Бронхитов и пневмонии
- Тромбоза легочной артерии
- *Стеноза пищевода и гортани
 - *Разрыва варикозно расширенных вен пищеводе

ПОВЫШЕНИЕ ВНУТРИКИШЕЧНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИВОДИТ К

- *Ухудшению вентиляции легких
 - *Дополнительной потери жидкости
 - *Дополнительной потери белков и эритроцитов
- Возникновению мезентеральных тромбозов
- *Развитию функциональной кишечной непроходимости

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- *Жидкость в кишечных петлях преобладает над газом
 - *Вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие
- Значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением
- *Чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве
 - *Диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЦИАНОТИЧНОЙ НЕПЕРЕСТАЛЬТИРУЮЩЕЙ, ПОТЕРЯВШЕЙ ТОНУС КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРИБЕГАЮТ К СЛЕДУЮЩИМ ПРИЕМАМ

- *Обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут
 - *Введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0,25% раствора новокаина
 - *Нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли
- Легкое поглаживание и перемещение кишки

ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШИ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАКОНЧЕНА ЛЮБЫМ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ПРИЕМОВ

Деторсией

*Сигмопексией

*Мезосигмопликацией

*Резекцией сигмовидной кишки

*Выведением некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВКЛЮЧАЕТ

*Одномоментную резекцию жизнеспособной долихосигмы с наложением анастомоза

*Одномоментную резекцию некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза

*Резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы

*Операцию Гартмана или типа Гартмана

Выворачивание омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

НАИБОЛЬШИЕ НАРУШЕНИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА ИМЕЮТ МЕСТО

При спаечной кишечной непроходимости

При обтурационной кишечной непроходимости

*При странгуляционной кишечной непроходимости

При паралитической форме динамической кишечной непроходимости

При спастической форме динамической кишечной непроходимости

ПРИ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

С хирургического вмешательства

С инфузионной терапии

*С введения назогастрального зонда

С антибиотикотерапии

С применения препаратов антихоли-нэстеразного действия

В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ЦИСТОГАСТРОТОМИЯ, ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ЭТОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Эзофагит, вызванный попаданием трипсина

Рецидив кисты

Послеоперационное кровотечение

Инфекция

*Злокачественное перерождение

НАИЛУЧШИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Медикаментозное лечение

Марсупилинизация

Резекция тела поджелудочной железы

Лучевая терапия

*Иссечение кисты

В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕРЕДКО ПРАКТИКУЕТСЯ НАЛОЖЕНИЕ АНАСТОМОЗОВ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ ТРАКТОМ. ЛУЧШИМ ИЗ НИХ ЯВЛЯЕТСЯ

Цистогастроэстомия

Цистоеюноэстомия с межкишечным анастомозом

*Цистоеюноэстомия на отключенной петле

Цистокολοэстомия

Цистодуоденэстомия

АСЦИТ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН

*Канцероматозом брюшины

*Нарушением портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень

*Сдавленной воротной вены опухолью

*Тромбозом воротной вены

Спленомегалией

У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОБТУРАЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ОПУХОЛЬЮ ВОЗНИКАЮТ

*Болей в верхнем отделе живота

*Нарушения переваривания пищи

*Кишечных расстройств

*Похудания

Исчезновения сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли

ПРИ ОСТРОМ РАСШИРЕНИИ ЖЕЛУДКА ЕСЛИ НЕ ПРИНЯТЬ НЕОТЛОЖНЫХ МЕР, НАИБОЛЕЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ИСХОДОМ БУДЕТ

*Болевой шок

Разрыв желудка

Перитонит

Некроз слизистой оболочки желудка

Легочная недостаточность

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕСТОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ТИПИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

*Малая кривизна желудка

Гастроэнтероанастомоз

Оставленная язва в культе желудка

Эрозивный гастрит

Дуоденальная культя

ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ЖЕЛУДКА НЕОБХОДИМО

Произвести резекцию желудка

Произвести резекцию желудка и ваготомию

*Произвести резекцию желудка и назначить химиотерапию

Назначить химиотерапию

Назначить лучевую терапию

БЕДРЕННАЯ ГРЫЖА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

*Небольшими размерами

*Частым ущемлением

*Опусканием в мошонку

*Расположением ниже пупартовой связки

Выхождением через паховый канал

ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В БОЛЬНИЦУ БОЛЬНОГО С УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ ПЕРВЫМИ ПЕРВЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ

*Срочное оперативное вмешательство

Теплая ванна с целью возможного спонтанного вправления

Введение спазмолитиков для более легкого вправления грыжи

Назначение анальгетиков и спазмолитиков

Насильственное вправление с последующим наблюдением в условиях стационара

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ МНОГОЧАСОВОЙ ДАВНОСТИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЮТСЯ

Назначение анальгетиков и спазмолитиков для облегчения вправления грыжи

Применение общей теплой ванны

Вправление грыжи

*Проведение срочного оперативного лечения

Выполнение предоперационной подготовки в течение 2-3 часов с последующей операцией

ПРИ НАЛИЧИИ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОЙ ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ, ВЫЯВЛЕННОЙ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ, НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ РЕЗЕКЦИЮ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ, ОТСТУПАЯ ОТ ВИДИМОЙ ГРАНИЦЫ НЕКРОЗА НА РАССТОЯНИЕ

5-10 см

15-20 см

25-30 см

*40-50 см

60-70 см

ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ ТЕХНИЧЕСКИЕ ТРУДНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ТЕМ, ЧТО

Имелась диагностическая ошибка

*Кишка составляет одну из стенок грыжевого мешка

Брыжейка тонкой кишки может быть ущемлена в грыжевых воротах

Наблюдается врожденная недостаточность поперечной фасции

Чаще наблюдается левосторонняя локализация грыжи

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

*Большая интенсивность боли опоясывающего характера

Сонливость

*Вздутие кишечника с выраженным перистальтическим шумом, слышимым на расстоянии

*Появление левостороннего плеврального выпота

*Наличие свободной жидкости в брюшной полости

СКОРОСТЬ ПРОДВИЖЕНИЯ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО ПО КИШЕЧНИКУ СОСТАВЛЯЕТ

1 см/мин

5 см/мин

*10 см/мин

25 см/мин

15 см/мин

ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИСТОЧНИКА ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ

1 -2 литров

4-6 литров

*8-12 литров

14-16 литров

18-20 литров

УЗЛООБРАЗОВАНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ МЕЖДУ

Прямой и тонкой кишкой

Нисходящей и сигмовидной кишкой

*Сигмовидной и тонкой кишкой

Петлями тонкой кишки

Слепой и тонкой кишкой

ВОДЯНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

Обтурации камнем общего желчного протока

Обтурации камнем общего печеночного протока

Обтурации камнем большого дуоденального сосочка

*Обтурации камнем пузырного протока

Хронического нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРАТИВНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

Обзорная рентгеноскопия брюшной полости

Рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью

Экстренная гастродуоденоскопия

*Ангиография

Лапароскопия

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

*Экстренную гастродуоденоскопию

Обзорную рентгеноскопию брюшной полости

Лапароскопию

Рентгеноскопию желудка

Ангиографию

СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА ЭТО

*Разрыв слизистой кардинального отдела желудка

Наличие <зеркальных> язв

Стеноз привратника

Повреждение слизистой антрального отдела желудка

Стойкий спазм кардиального сфинктера

ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Появление перитонеальных признаков

Исчезновение грыжевого выпячивания

Дизурические явления

Повышение температуры

Наличие болевого синдрома в области грыжевых ворот

НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Инвагинация

Заворот

Узлообразование

Ущемленная грыжа

Обтурация толстой кишки опухолью

КРОВАВЫЙ ПОНОС МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО ПРИ

*Язвенном колите

*Терминальном илеите

*Дизентерии

*Острой порфирии

Ишемии толстой кишки

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ МЕСТО ЛОКАЛИЗАЦИИ КАРЦИНОИДНОЙ ОПУХОЛИ:

Тонкая кишка

Печень

Подвздошная кишка

*Червеобразный отросток

Толстая кишка

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРЫХ ЯЗВ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ЯВЛЯЮТСЯ

Перфорация

Малигнизация

Пенетрация

*Кровотечение

Переход в хроническую язву

Наличие у больного после резекции желудка рвоты, желудочным содержимым в большом количестве без примеси желчи, тахикардии свидетельствует о развитии:

Перитонита

Панкреатита

Кишечной непроходимости

*Анастомозита

Кровотечения в просвет желудка

НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ТОШНОТЫ, РВОТЫ, ВЗДУТИЯ ЖИВОТА, НЕОТХОЖДЕНИЕ ГАЗОВ, БОЛЕЙ В ПОКОЕ И ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

*Кишечной непроходимости

*Перитоните

*Панкреатита

Анастомозите

*Межкишечном абсцессе

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА ОСЛОЖНЯЕТСЯ

*Кровотечением

*Пенетрацией

*Перфорацией

*Малигнизацией

Стенозом

У БОЛЬНОГО ПЕРФОРАЦИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ, ОСЛОЖНЕННАЯ РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

Резекцию желудка по первому способу Бильрота

Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру

*Ушивание язвы, дренирование брюшной полости

Селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику

Стволовую ваготомию и пилоропластику

ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ ПО ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТАМ ОТДАЕТСЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

Гематокритному числу

Уровню гемоглобина

Дефициту ОЦК

*Дефициту ГО

Дефициту ОЦП

БОЛЬНОЙ ПОСТУПИЛ В КЛИНИКУ С НЕОДНОКРАТНОЙ РВОТОЙ КРОВЬЮ СО СГУСТКАМИ. ЯЗВЕННЫЙ АНАМНЕЗЕ ОТРИЦАЕТ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЕТ АЛКОГОЛЕМ. В АНАМНЕЗЕ ПАНКРЕАТИТ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

Язва желудка

Рак желудка

*Синдром Меллори-Вейса

Синдром Золлингера-Элиссона

У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ, ПОЯВИЛИСЬ ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ В КОНЕЧНОСТЯХ, ОБМОРОЧНОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРИЧИНОЙ КОТОРЫХ СЛУЖИТ

Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки

Кровотечение

Гипогликемический шок

*Нарушения электролитного обмена

Нарушение мозгового кровообращения

У БОЛЬНОГО С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ, ИМЕЮТСЯ ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

Раствора глюкозы

Инсулина

Сердечных гликозидов и мезатона

*Раствора хлористого натрия и раствора калия

Переливание эритроцитной массы

У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ВОЗНИКЛА РВОТА ТИПА <КОФЕЙНОЙ ГУЩИ>. ВАША ТАКТИКА

Повторная лапаротомия
Переливание эритромаcсы
Введение аминокaproновой кислоты и хлористого кальция
Промывание желудка
*Промывание желудка и фиброгастроскопия

КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ

Головокружение после приема сладкой пищи
Потливость
Сердцебиение
Слабость
*Анемия

У БОЛЬНОГО 75 ЛЕТ С ПРОДОЛЖАЮЩИМСЯ ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, А ТАКЖЕ ТЯЖЕЛЫМИ СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОКАЗАНО

Резекция желудка
Прошивание кровоточащего сосуда
*Клиновидное иссечение язвы желудка
Термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа
Консервативное лечение

У БОЛЬНОГО С ДИВЕРТИКУЛЕЗОМ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РАЗВИЛОСЬ ПРОФУЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ВАША ТАКТИКА

Удаление кровоточащего дивертикула
*Левосторонняя гемиколэктомия
Сигмотомия перевязка кровоточащего сосуда
Электрокоагуляция кровоточащего сосуда
Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ДИВЕРТИКУЛЫ

В пищеводе
В желудке
В двенадцатиперстной кишке
*В ободочной кишке
В тонкой кишке

ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОБНАРУЖЕН РЫХЛЫЙ ИНФИЛЬТРАТ С ФОРМИРОВАНИЕМ АБСЦЕССА. ВАША ТАКТИКА

*Удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса
Отграничение инфильтрата тампонами и ушивание брюшной полости
Дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом
Новокаиновая блокада по Школьникову
Лапаротомия, дренирование полости абсцесса

ПРИ РИХТЕРОВСКОМ УЩЕМЛЕНИИ С НЕКРОЗОМ СТЕНКИ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫМ ВАРИАНТОМ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Резекция кишки
Клиновидное иссечение некротического участка
Погружение участка некроза однорядным шелковым швом
Погружение некротизированного участка 2-х рядным швом

Выведение кишки наружу

ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ
УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ЯВЛЯЮТСЯ

Перистальтика кишечной стенки

Пульсация сосудов брыжейки

Серозная оболочка блестящая, темно- вишневого цвета

*Розовый цвет кишечной стенки, блеск серозной оболочки, сохранение пульсации сосудов
брыжейки и перистальтики кишечной стенки

Блестящая серозная оболочка, сохранена перистальтика кишечной стенки

ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГИГАНТСКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ
НЕОБХОДИМО

Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот с помощью листов
грыжевого мешка

Ликвидировать ущемление, резецировать грыжевой мешок, произвести пластику
грыжевых ворот, используя пластические материалы

*Ликвидировать ущемление, пластику грыжевых ворот не производить

Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот классическими
методами

ПРИ ТРУДНОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЯ ПАХОВОГО ЛИМФАДЕНИТА ОТ
УЩЕМЛЕННОЙ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ, ПРОИЗВОДИТСЯ

Пункция образования

Сканирование изотопом галия

Лечение антибиотиками

Ирригоскопия

*Операция

ПРИ РАССЕЧЕНИИ ЖИМБЕРНАТОВОЙ СВЯЗКИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ БЕДРЕННОЙ
ГРЫЖЕ БЫЛ ПОВРЕЖДЕН СОСУД, КОТОРЫМ ОКАЗАЛАСЬ

Бедренная вена

Бедренная артерия

*Запирательная артерия

Нижняя брыжеечная артерия

Наружная подвздошная артерия

УЩЕМЛЕНИЕ ПРОТИВОБРЫЖЕЕЧНОГО КРАЯ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ

При грыже Литре

*При грыже Рихтера

При комбинированной паховой грыже

При грыже спигелиевой линии

При грыже треугольника Пти

УЩЕМЛЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

Грыже спигелиевой линии

Грыже треугольника Пти

Грыже Рихтера

*Грыже Литре

Комбинированной паховой грыже

У БОЛЬНОГО ПО ДОРОГЕ В БОЛЬНИЦУ ПРОИЗОШЛО САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ
ВПРАВЛЕНИЕ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРЕДПОЛАГАЕТ
Лапаротомию и ревизию органов брюшной полости

*Наблюдение за больным в условиях стационара

Очистительную клизму

Отпустить больного домой

Назначение антибиотиков

ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНО ПРОИЗВОДИМ

Рассечение ущемляющего кольца

*Рассечение грыжевого мешка

Лапаротомию

Пункцию образования

Введение спазмолитиков

ПРИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ ПО ПОВОДУ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ПАХОВОМОШНОЧНОЙ
ГРЫЖИ ОБНАРУЖЕНО, ЧТО ОДНОЙ ИЗ СТЕНОК ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ЯВЛЯЕТСЯ
МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

Прямой паховой грыжи

Косой паховой грыжи

Бедренной грыжи

*Скользящей грыжи

Ущемленной грыжи

НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ
ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ ПРИ
МОЧЕИСПУСКАНИИ, МАКРОГЕМАТУРИЯ. ЭТО ОБУСЛОВЛЕНО

*Ранением мочевого пузыря

Острым циститом

Почечной коликой

Простатитом

Обострением хронического пиелонефрита

ВЫКРАИВАНИЕ ЛОСКУТА ДЛЯ АУТОДЕРМАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ ПРОИЗВОДИТСЯ

*Вблизи операционного рубца

На животе

На бедре

На спине

В ягодичных областях

ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОБНАРУЖЕН
ВЫПОТ С ПРИМЕСЬЮ ЖЕЛЧИ, ЖЕЛЧНОЕ ПРОПИТЫВАНИЕ
ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СВЯЗКИ И ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ПРИЧИНА
ЭТИХ ИЗМЕНЕНИЙ

Деструктивный холецистит

*Ферментативный холецистит

Деструктивный панкреатит

Перфорация пилородуоденальной язвы

Гнойный холангит

ЧАСТИЧНОЕ УДАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ С ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ ОСТАВШЕЙСЯ СЛИЗИСТОЙ ПОКАЗАНО ПРИ

Гангренозном холецистите

Перивезикальном абсцессе

Синдроме Мириззи

*Плотном паравезикальном инфильтрате

Атипичном расположении желчных протоков

ПРИ ОСТРОМ РАСШИРЕНИИ ЖЕЛУДКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ

Ввести спазмолитики

*Установить постоянную аспирацию желудочного содержимого с коррекцией водно-электролитного состава

2 раза в сутки осуществлять эвакуацию желудочного содержимого

Наложить гастроэнтероанастомоз по Вольфлеру

Произвести стволовую ваготомию с пилоропластикой

ПРИ ЗАВОРОТЕ ЖЕЛУДКА НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

Резекцию желудка

Разворачивание заворота и фиксацию желудка к париетальной брюшине

*Разворачивание заворота и назогастральное дренирование

Разворачивание заворота и селективно-проксимальную ваготомию

Будете лечить больного консервативно

У БОЛЬНОГО С ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ВЫЯВЛЕНЫ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ВЫСТУПАЮЩИЕ НАД СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПАПУЛЛООБРАЗНЫЕ КРОВОТОЧАЩИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ДИАМЕТРОМ ДИАМЕТРОМ 0,2-0,3 СМ. НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ НЕТ. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Эрозивный гастрит

Гемофилия

*Болезнь Рандю-Ослера

Болезнь Менетрие

Ожог желудка соляной кислотой

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ НАРУЖНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СВИЩА ПОКАЗАНО

Иссечение свища

Наложение анастомоза между свищом и тонкой кишкой

Резекция поджелудочной железы

*Консервативная терапия, направленная на угнетение эндокринной функции

поджелудочной железы (5-фторурацил, рибонуклеаза, соматостатин), жировая диета

Пломбировка свища

ГЛАВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

Кининовый <взрыв>

*Феномен <уклонения ферментов>

Значительное повышение активности апуд-системы

Выброс простагландинов

Отек брыжейки ободочной кишки

НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПЕРВОЙ ФАЗЕ ОБУСЛОВЛЕНО

Токсической дилатацией сосудов

Резким повышением емкости портальной системы

*Повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межклеточное пространство

Сердечной недостаточностью

Перегрузкой правого сердца

ДЛЯ СНЯТИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

*Введение баралгина и его аналогов

*Введение промедола, дипидолора

*Выполнение различных новокаиновых блокад

Введение морфина, фентанила

*Продленная перидуральная блокада

ПРЕДЕЛЬНЫМ СРОКОМ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЫСОКИХ ГУБОВИДНЫХ СВИЩАХ ЯВЛЯЮТСЯ

*Три недели

Три месяца

Нет определенного срока

До появления полиорганной недостаточности

После ликвидации мацерации кожи вокруг свища

ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ВНЕБРЮШИННОГО СПОСОБА ЗАКРЫТИЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Сложность операции

Образование послеоперационной грыжи

*Частые рецидивы после операции

Возможность кровотечения

Опасность инфицирования брюшной полости

ДЛИТЕЛЬНОЕ НАХОЖДЕНИЕ ДРЕНАЖЕЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИВОДИТ

*Образованию кишечных свищей

Кровотечению

Нагноению раны

Хроническому колиту

Хроническому циститу

СМЕНА ОБТУРАТОРОВ ПРИ КИШЕЧНЫХ СВИЩАХ ПРОВОДИТСЯ НЕ РЕЖЕ ОДНОГО РАЗА

В 3 дня

В 5 дней

*В 10 дней

В 14 дней

В 20 дней

ДИСФАГИЯ ПОСЛЕ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПО НИССЕНУ ОБУСЛОВЛЕНА

Повреждением блуждающих нервов

Повреждением диафрагмального нерва

*Гиперфункцией манжеты
Чрезмерным сужением пищеводного отверстия диафрагмы
Гипертонусом кардии

ПРИ ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ
ХИРУРГИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ СЛУЖИТ

Доступ по Кохеру, Федорову
Торакоабдоминальный доступ
Доступ по Черни
*Срединная лапаротомия
Поперечная лапаротомия

КРАЕВАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ

Повреждении элементов глиссоновой триады
Повреждении нижней полой вены
*Огнестрельных и других краевых повреждениях печени
Подкапсульных разрывах печени
Отрыве сегмента печени

ПРИ РАНЕНИИ ЖЕЛУДКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ

Ваготомия + ушивание ран
*Ушивание ран желудка
Резекция желудка
Гастроэнтероанастомоз + ушивание ран
Пилоропластика + ушивание ран

ПРИЗНАКАМИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ ЧАСТИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ВЫЯВЛЕННЫМИ ПРИ ЛАПАРОТОМИИ
ЯВЛЯЮТСЯ

Отек гепатодуоденальной связки
Отек корня брыжейки тонкой кишки
Имбибирование кровью малого сальника
Рефлюкс желчи в желудок
*Имбибирование желчью и появление воздуха в забрюшинной клетчатке в области
нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки

ПРИ СВЕЖИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО

*Ушивание ее раны, зондирование двенадцатиперстной кишки
Резекция 2/3 желудка
Гастроэнтероанастомоз
Ушивание ран двенадцатиперстной кишки и холецистэктомия
Гастродуоденостомия по Финнею

ПРИ РАНЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВИРСУНГОВА
ПРОТОКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ

*Ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения
Дренирование раны, холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки, профилактика
панкреатита
Резекция поджелудочной железы
Резекция поджелудочной железы, спленэктомия

Дренирование сальниковой сумки

РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЕЕ РАНЕНИИ ПОКАЗАНА

- *При полных поперечных разрывах и размозжениях
- При посттравматическом панкреатите
- При ранении селезеночной артерии
- При ранении головки поджелудочной железы
- При обширных стеатонекрозах забрюшинной клетчатки

ПРИ РАНЕНИЯХ ТОНКОЙ КИШКИ ОБОСНОВАННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- *Ушивание ран
- Энтеростомия
- Резекция тонкой кишки
- Наложение трансверзоеюноанастомоза
- Выполнение операции Майдля

ПОКАЗАНИЕМ К РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ТРАВМАХ ЯВЛЯЮТСЯ

- Точечные кровоизлияния по серозной оболочке в области травмы
- Сквозное ранение тонкой кишки
- *Отрыв кишки от брыжейки на протяжении 4 см и более
- Гематома брыжейки
- Обширная забрюшинная гематома

ПРИ СВЕЖИХ РАНЕНИЯХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО

- Ушивание раны
- *Ушивание раны и дренирование брюшной полости
- Гемиколэктомия
- Операция Лахей
- Колостомия

ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ ОБУСЛОВЛЕН

- Дуоденостазом
- Портальной гипертензией
- *Панкреато-билиарным рефлюксом
- Перихоледохеальным лимфаденитом
- Хроническим колитом

СВЕЖЕЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В РАННЕМ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- Чрескожной чреспеченочной холангиографии
- *Ретроградной панкреато-холангиографии
- Ретроградной панкреато-холангиографии + чрескожной чреспеченочной холангиографии
- Фистулохолангиографии
- УЗИ

ПЕРЕСЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- Механической желтухой
- Икотой
- Гнойным холангитом
- *Желчеистечением

Рвотой желчью

ПЕРЕВЯЗКА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

Желчным перитонитом

Лихорадкой

Желчеистечением

*Механической желтухой

Панкреонекрозом

ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО КАРКАСНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ

Дренаж Фелькера

Потерянный дренаж

Т-образный дренаж

Кера-Мейо-Робсона

*Сменный транспеченочный по Гетц-Сейпол-Куриану

ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО

Декомпрессия желудка

Введение спазмолитиков

Дуоденотомия, удаления камня

*Низведение камня, энтеротомия

Гастроэнтероанастомоз

ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ГЕПАТИКОЕЮ-НОАНАСТОМОЗА ДЛИНА ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ, ВЫКЛЮЧЕННОЙ ПО РУ, ДОЛЖНА БЫТЬ

До 30 см

30-50 см

50-70 см

*70-90 см

90-120 см

ПОКАЗАНИЕМ К ОДНОМОМЕНТНОМУ ДВОЙНОМУ ДРЕНИРОВАНИЮ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

Холедохолитиаз

Хронический головчатый панкреатит

Поликистоз печени

Дистальная рубцовая стриктура гепа-тихохоледоха до 1,0 см

*Дистальная рубцовая стриктура гепа-тихохоледоха более чем 1,5 см

ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

*Инородным телом

*Аневризмой брюшного отдела аорты

*Сдавлением мезентериальными сосудами

*Инвагинацией тощей кишки в двенадцатиперстную

Головчатым панкреатитом

ПРИ ВЫПАДЕНИИ ИНВАГИНАТА ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ ПРОХОД С НЕКРОЗОМ КИШКИ ПОКАЗАНА

Операция Микулича

Вправление инвагината ректоскопом

Чрезбрюшинная резекция кишки после вправления инвагината

*Чрезбрюшинная резекция толстой кишки без вправления инвагината

Сигмостома

ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ,
ЦЕЛЕСООБРАЗНА ОПЕРАЦИЯ:

Левосторонняя гемиколэктомия

Резекция сигмовидной кишки

Цекостомия

*Операция Гартмана

Трансверзостомия

ПРИ ПЕРФОРАЦИИ НЕУДАЛИМОЙ ОПУХОЛИ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА
ПОКАЗАНО

Ушивание перфорации, наложение двухствольного ануса

Ушивание перфорации, дренирование брюшной полости

Подведение тампонов к перфорации, наложение одноствольного ануса

Цекостомия, дренирование брюшной полости

*Ушивание перфорации, двухствольная сигмостома, дренирование брюшной полости

ПРИ РАКЕ ВЕРХНЕГО АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ
СОЧЕТАЮЩИМСЯ С СОЛИТАРНЫМ МЕТАСТАЗОМ В ПЕЧЕНИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

Низкая передняя резекция прямой кишки и химиотерапия

Экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлсу

Петлевая сигмостомия и химиотерапия

*Низкая передняя резекция прямой кишки и резекция печени

Петлевая сигмостомия, эмболизация ветвей печеночной артерии и химиотерапия

СИНДРОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА ЭТО

Множественное язвенное поражение желудка, двенадцатиперстной, тощей и подвздошной кишки

Сочетание рецидивирующей язвы желудка с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

Пептические язвы желудка и 12 п. кишки в сочетании с энтеритом или диареей

*Рецидивирующие язвы желудка и 12 п. кишки в сочетании с аденомами островкового аппарата поджелудочной железы

Пептические язвы желудка на фоне атрофия слизистой

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА
ВКЛЮЧАЮТ

*Гипокалиемии

*Гипонатриемии

Дыхательного ацидоза

*Сгущения крови

*Кислой реакции мочи

КРИТЕРИЕМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

*Участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально расположенного органа

Участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенного органа

Наличие грыжевого содержимого

Отсутствие грыжевого содержимого

Участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного органа

ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ПОКАЗАНО

Консервативное лечение с антибиотиками

Вскрытие флегмоны

Дренирование флегмоны двухпросветным дренажем с активной аспирацией

Интубация кишечника зондом Миллер-Эбота

*Операция лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с

некротизированными петлями кишечника

КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Дисфагия

Частая рвота желудочным содержимым

*Частые изжоги

Похудание

Неустойчивый стул

УДЛИНЕНИЕ ПРОТРОМБИНОВОГО ВРЕМЕНИ ПРИ ЖЕЛТУХЕ НЕ УДАЕТСЯ КОРРИГИРОВАТЬ НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ВИТАМИНА К. ЭТО НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

Наличии отдаленных метастазов

Длительности механической желтухе

Полной обструкции желчных протоков

*Выраженной гепатоцеллюлярной дисфункции

Гемолитической желтухи

АБДОМИНИЗАЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРОИЗВОДИМАЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ, СПОСОБСТВУЕТ

Ограничению патологического процесса в брюшной полости

*Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство

*Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки

*Улучшению кровоснабжения железы

Уменьшению активности протеолитических ферментов

ПРИ ОТЕЧНОЙ ФОРМЕ ПАНКРЕАТИТА ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИИ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

Отека малого сальника и печеночнодвенадцатиперстной связки

*Уменьшения в размерах желчного пузыря

Выбухания стенки желудка кпереди

Гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости

Серозного выпота в подпеченочном пространстве

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

*Хронический алкоголизм

ЖКБ

Гиперпаратиреозидизм

Наследственный фактор

Травма

ПРИЧИНОЙ РЕФЛЕКТОРНОЙ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

Мерцательная аритмия

Обострения язвенной болезни желудка

*Компрессионный перелом позвоночника

Гипертонический криз

Болезнь Крона

ПЕРЕМЕЖАЮЩУЮСЯ ЖЕЛТУХУ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ

Камнем пузырного протока

Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока

Вклиненным камнем большого дуоденального соска

*Вентильным камнем холедоха

Опухолью внепеченочных желчных протоков

МЕТАСТАЗЫ КАРЦИНОИДА В ПЕЧЕНЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ

В тощей кишке

*В подвздошной кишке

В червеобразном отростке

В толстой кишке

В прямой кишке