

## ТЕСТУВАННЯ.УКР Бази тестів

# Буклет Хірургічний профіль року

Цей тест можна пройти в режимі онлайн тестування на сайті <https://тестування.укр/testkrok/studing/390>

Це офіційні тести з сайту Центру тестування <https://www.testcentr.org.ua/>

1. Хворий Ш., 22 р поступив у клініку з діагнозом: шлунково- кишкова кровотеча. В анамнезі-виразкова хвороба. Об'єктивно: хворий загальмований, шкіра та видимі слизові блідо-сірі з синюшним відтінком, пульс-140 уд./хв., слабкого наповнення, АТ-70/30 мм. рт. ст. Дихання поверхневе, часте. Рефлекси різко ослаблені. Які кровозамінники найбільш доцільно використати для надання допомоги данному хворому ?
  - A. Поліглюкін, желатиноль, полівінол, оксіетилкрохмаль \*
  - B. Ентеродез, полідез, реополіглюкін, реоглюман
  - C. Гідролізін, амілопептид, поліамін, глюкоза
  - D. Ізотонічний хлорид натрія, розчин Рінгера-Локка, лактосол
  - E. Желатиноль, поліамін, глюкоза, полівінол
2. Хворий К, 25 р. поступив у клініку з діагнозом шлунково- кишкова кровотеча. . Об'єктивно: хворий загальмований, шкіра та видимі слизові блідо-сірі з синюшним відтінком, пульс-140 уд./хв., слабкого наповнення, АТ-70/30 мм. рт. ст. Дихання поверхневе, часте. Рефлекси різко ослаблені. Визначити шоківий індекс Альговера та ступінь шоку.
  - A. III ст., шоківий індекс-2 \*
  - B. III ст., шоківий індекс-0,5
  - C. II ст., шоківий індекс-2
  - D. IV ст., шоківий індекс-2
  - E. IV ст., шоківий індекс-0,5
3. Хворий П, 28 р поступив у клініку після ДТП. При поступленні хворий загальмований, шкіра та видимі слизові бліді, пульс-120 уд./хв., ритмічний, слабкого наповнення, АТ-90/40 мм. рт. ст. Дихання поверхневе, часте. Рефлекси ослаблені. Визначити ступінь шоку.
  - A. II ступінь \*
  - B. I ступінь
  - C. III ступінь
  - D. IV ступінь
  - E. Кома
4. Хворий С., 30 р після ДТП. Об-но: хворий загальмований, шкіра та видимі слизові бліді, пульс-128 уд./хв., ритмічний, слабкого наповнення, АТ-85/40 мм. рт. ст. Дихання поверхневе, часте. Рефлекси ослаблені. Діурез зменшений. Які першочергові лікувальні заходи необхідно застосувати ?
  - A. Знеболення, іммобілізація, поповнення ОЦК \*
  - B. Переливання крові, профілактика септичних ускладнень,
  - C. Іммобілізація, стимуляція діуреза
  - D. Переливання кровозамінників, глюкокортикоїди, серцеві глікозиди

## Е. Поповнення ОЦК, імобілізація, стимуляція діурезу

5. У хворого К, 24 р інтенсивні болі в епігастральній ділянці, багаторазове блювання, яке не приносить полегшення, виражена загальна слабкість. . Об'єктивно: загальний стан важкий, шкіра та видимі слизові-бліді з поодинокими фіолетовими плямами. Пульс-100 уд./хв., АТ-100/60 мм.рт.ст. При пальпації живота визначається ригідність черевної стінки та різка болючість у епігастральній ділянці на 6 см. вище пупка та у лівому реберно-хребетному куті, пульсація аорти у епігастральній ділянці не визначається. Ваш діагноз ?
- A. Гострий панкреатит \*
  - B. Гострий апендицит
  - C. Перфоративна виразка
  - D. Гострий холецистит
  - E. Розшаровуючи аневризма аорти
6. Хворий О., 28 р поступив у клініку зі скаргами на біль розлитого характеру по усьому животу. Захворювання розпочалося за 10 годин до поступлення з інтенсивних болей кинджального характеру у епігастрії. Хворий ейфоричний, язик сухий, живіт здутий. М'язи передньої черевної стінки незначно напружені. Гази не відходять. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Рентгенологічно - вільний газ у очеревинній порожнині. Діагноз: виразкова хвороба, перфорація виразки. Ваші дії?
- A. Операція у ургентному порядку \*
  - B. Динамічний нагляд
  - C. Операція при відсутності ефекту від консервативної терапії
  - D. Операція у плановому порядку
  - E. Консервативна терапія
7. Хворий 40 р. поступив у стаціонар зі скаргами на біль в області серця, що триває 4 години, слабшав після вживання нітрогліцерину, нудоту, блювоту з домішками жовчі. Об'єктивно: позитивні симптоми Кера, Мерфі, Ортнера-Грекова; АТ 90/60; Рс - 100 уд./хв. З анамнезу: хворіє на калькульозний холецистит, на передодні вживав жирну їжу, ЕКГ - без особливостей. Ймовірний діагноз?
- A. Напад жовчної коліки \*
  - B. Інфаркт міокарду
  - C. Стенокардія Принцметала
  - D. Виразка шлунка
  - E. Панкреонекроз
8. У жінки 68 років, яка ні на що не скаржилась, при ультразвуковому дослідженні виявили однокамерне кістозне утворення лівих придатків діаметром 8 см. Вільної рідини в черевній порожнині - не має. Клітин карциноми при пункції заднього склепіння не знайдено. Яка подальша тактика?
- A. Хірургічне видалення пухлини. \*
  - B. Періодичний нагляд.
  - C. Прицільна пункція пухлини заднього склепіння.
  - D. Протизапальна терапія.
  - E. Хіміотерапія.

9. Пацієнтка 37 років з сімейним раком яєчників в анамнезі (мати, старша сестра та бабуса по матері – хворіли на рак яєчників), звернулась до онкогінеколога на консультацію. Об'єктивно: патології зі сторони органів жіночої репродуктивної сфери не виявлено. Яка тактика ведення цієї жінки?
- A. Профілактична оофоректомія. \*
  - B. Призначення оральних контрацептивів.
  - C. Ультразвукове дослідження 2 рази на рік.
  - D. Ультразвукове дослідження та мамографія 2 рази на рік.
  - E. Гістеректомія.
10. Хлопчик 6 років отримав травму каменем по правому стегну. Через 2 доби у правому стегні з'явилися болі, що особливо посилювалися при ходінні. Вночі не спав із-за болі. Об'єктивно: стан важкий, дитина загальмована, температура тіла 39,0°C. Пульс 130 в хвилину. АТ 90/50 мм рт ст. Місцево – різка болючість у верхній третині правого стегна, зглаженість пахвинної складки та правого кульшового суглобу, збільшення обводу стегна на 2 см. Який ймовірний діагноз?
- A. Гострий гематогенний остеомієліт \*
  - B. Первинно хронічний остеомієліт
  - C. Кістково-суглобовий туберкульоз
  - D. Забій правого стегна
  - E. Нагноєна гематома стегна
11. Хвора 43 років скаржиться на болі в ділянці заднього проходу, підвищення температури тіла. Хворіє тиждень, початок захворювання ні з чим не пов'язує. При огляді в ділянці задньопрохідного отвору зліва – набряк та болючий інфільтрат з почервонінням шкіри над ним та розм'якшенням в центрі. Пальцове дослідження прямої кишки болюче. Ваш діагноз?
- A. Гострий підшкірний парапроктит \*
  - B. Тріщина заднього проходу
  - C. Запалення гемороїдального вузла
  - D. Тромбоз гемороїдального вузла
  - E. Гострий ішеоректальний парапроктит
12. Через тиждень після перенесеної ангіни дівчина 4 років почала скаржитися на підвищення температури та болі в шийї справа. Об'єктивно: стан середньої важкості, температура тіла 38,8°C, тахікардія. В правій підщелепній ділянці - дифузне почервоніння, щільний без чітких меж інфільтрат з вогнищем розм'якшення, різко болючий. Відкривання рота обмежено. Ваш діагноз?
- A. Аденофлегмона шийї \*
  - B. Міозит шийних м'язів
  - C. Остеомієліт нижньої щелепи
  - D. Гострий підщелепний лімфаденіт
  - E. Гострий паротит
13. Хворий К., 38 р., скаржиться на помірний тупий ниючий біль в правій кисті, загальну слабкість. Обставини пригоди не пам'ятає. Об'єктивно: дистальні фаланги I-II пальців правої кисті чорно-бурого кольору, місцями відшарований епідерміс; ділянки сухого

некрозу брудно-сірого кольору на долонній поверхні. Значний, дерев'янистої щільності набряк ураженої кисті з переходом на передпліччя. Ваш попередній діагноз?

- A. Електроопік \*
- B. Відмороження
- C. Термічний опік
- D. Хімічний опік
- E. Хвороба Рейно

14. Біля відкритого трансформаторного щита знайдено чоловіка літнього віку без свідомості, поряд – сумка з інструментами електромонтера. Зі слів перехожих, біля хвилини тому впав непритомним; спостерігалися судоми. Об-но: шкірні покриви бліді, пульсація на сонних артеріях, дихальні рухи відсутні. Зіниці розширені, реакція на світло не визначається. М'язовий тонус різко знижений. З чого необхідно розпочати комплекс невідкладних заходів?

- A. Прекардіальний удар \*
- B. Непрямий масаж серця
- C. Штучна вентиляція легень
- D. Внутрішньосерцева ін'єкція адреналіну
- E. Трахеостомія

15. На вулиці виявлено чоловіка у непритомному стані, що лежить просто на снігу. Температура повітря – 200 С. З рота запах алкоголю. Об'єктивно: шкірні покриви та видимі слизові бліді. Кінцівки у напівзігнутому положенні, прохолодні на дотик. Пульс 42 за 1 хв, слабкого наповнення, АТ не визначається; дихання рідке, за типом Чейна-Стокса. Спостерігаються періодичні судоми. Який лікувальний захід є патогенетично обґрунтованим у даній ситуації?

- A. Тепла ванна (температура води 360 С) \*
- B. Розтирання шкіри снігом
- C. Ентеральне введення алкоголю
- D. Введення строфантину, кофеїну
- E. Введення адреналіну

16. На прийом до лікаря звернувся чоловік, який 2 доби тому у стані алкогольного сп'яніння переночував на вулиці при температурі повітря – 100 С. Шкіра обох стоп, дистальної третини гомілок багряно-ціанотична, прохолодна на дотик, больова чутливість відсутня. Значний набряк виходить за межі ураження. Окремі напружені середніх розмірів міхурі з геморагічним вмістом. Пульсація на тильній артерії стопи відсутня. Яка ваша тактика?

- A. Направити у відділення термічної травми \*
- B. Видалити міхурі
- C. Накласти термоізолюючу пов'язку
- D. Обробити уражені ділянки етиловим спиртом
- E. Направити до дільничного хірурга

17. Робочий хімзаводу, працюючи з агресивною рідиною, по необережності вилив її собі на спецодяг, отримавши хімічний опік правого стегна та гомілки. Після зняття одягу виявлено: на передньо-внутрішній поверхні правого стегна, передній поверхні правої гомілки з переходом на тил стопи ділянки жовтаво-сірого кольору, місцями обривки

епідермісу. Тактильна та больова гіпестезія уражених ділянок шкіри. З чого розпочати невідкладну допомогу потерпілому?

- А. Промивання проточною водою \*
- В. Обробка етиловим спиртом
- С. Введення наркотичних анальгетиків
- Д. Накладання асептичної пов'язки
- Е. Накладання жирових пов'язок

18. У приймальне відділення доставлений потерпілий з опіком полум'ям IIIA-B-IV ст. обличчя, шиї, передньої поверхні грудної клітки. Волосся у ніздрях обгоріло, слизова губ, язик сіро-білого кольору. Голос хриплий, дихання часте, поверхнєве; "трубний кашель", що супроводжується виділенням харкотиння з домішками кіптяви. Під час транспортування у відділення інтенсивної терапії почали наростати явища дихальної недостатності. Яка невідкладна допомога?

- А. Інтубація трахеї та ШВЛ \*
- В. Трахеостомія
- С. Введення бронхолітиків
- Д. Введення дихальних аналептиків
- Е. Інгаляція зволоженого кисню

19. Хвора, 50 років. Під час їжі розмовляла і раптом закашлялась. Безперервний кашель через 1 годину зменшився однак на протязі 2-х діб нападоподібно відновлювався. Другої доби з'явився біль у правій половині грудної порожнини, з'явилася дихальна недостатність. При аускультії дихання правої легені не прослуховується. Яке ускладнення виникло?

- А. Ателектаз легені. \*
- В. Емфізема легені.
- С. Нижньодольова пневмонія.
- Д. Медіастиніт.
- Е. Бронхоектазія.

20. У дитини, 1 року, 4 доби спостерігається підвищення температури тіла до 39.0. Дитина відмовляється від їжі, стала вередлива. На протязі останніх 2-х діб на фоні лікування погіршилось спочатку дихання носом, а потім ротом. При мезофарингоскопії спостерігається гіперемія і збільшення піднебінних мигдаликів, а також гіперемія, інфільтрація і випинання задньої стінки ротоглотки, що суттєво звужує просвіт ротоглотки. У горизонтальному положенні дитина дихає особливо важко. При пальцевому дослідженні в ділянці випинання визначається флюктуація. Яке ускладнення ангіни виникло?

- А. Заглотковий абсцес \*
- В. Паратонзиллярний абсцес.
- С. Парафаренгіальний абсцес.
- Д. Флегмона дна порожнини рота.
- Е. Стеноз гортані.

21. Під час тонзилектомії видалений з тонзиллярної ніші піднебінний мигдалик зірвався з щіпців і попав в гортань. У хворого з'явився напад ядухи, судомний кашель, блювота,

ціаноз. Хворий різкозбуджений, відчуття страху смерті. Стеноз гортані IV ст. Асфіксія. Яка потребується допомога?

- А. Конікотомія. \*
- В. Трахеотомія.
- С. Видалення стороннього тіла пальцем.
- Д. Пряма (непряма) ларингоскопія і видалення стороннього тіла.
- Е. Інтубація.

22. Під час відпочинку на пляжі у чоловіка 35 років з'явилася кровотеча з однієї половини носа. Відомо, що найчастішим місцем геморагії є передньо-нижній відділ носової перегородки – зона Кисельбаха. У лікаря, який випадково перебував в данному місці не було ні інструментів, ні перев'язочного матеріалу. Однак своїми діями він зупинив кровотечу. Що він зробив?

- А. Прижав крило носа до перегородки носа. \*
- В. Призначив судинно-звужуючі краплі в ніс.
- С. Приложив лід на перенісся.
- Д. Призначив гемостатичні засоби.
- Е. Придбав хворому напівсидячий стан.

23. Через 20 хвилин після вживання цитрусових у дитини з'явилися набряки на губах і біля очей. Пройшло ще 20 хвилин, з'явилися набряк обличчя, висипки на тулубі, утруднене гортане дихання. Пульс 116 за 1 хв., дихання 32 за 1 хв., шумне, відмічається втягнення міжреберних проміжків і епігастрію. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- А. Набряк Квінке. \*
- В. Анафілактичний шок.
- С. Кропивниця.
- Д. Дифтерія.
- Е. Алергічний бронхіт.

24. Хворий 16 років, скаржиться на тупий розпираючий біль в ділянці лівої гомілки, т 39о. Місяць назад хворий отримав травму. Об'єктивно: шкіра лівої гомілки бліда. Сама гомілка не збільшена в об'ємі, болюча при пальпації. На рентгенограмі виявлено "цибулинчастий" періостит. Встановіть попередній діагноз.

- А. Саркома Юінга. \*
- В. Мієломна хвороба.
- С. Остеогенна саркома.
- Д. Остеомієліт.
- Е. Хондросаркома.

25. Хворий 37 років, поступив в хірургічне відділення з остеогенною саркомою великогомілкової кістки. Діагноз підтверджений морфологічно. По даним рентгенографії, пухлина не поширюється за межі окістя. Визначте характеристику символу "Т" згідно клінічної класифікації.

- А. T1. \*
- В. T0.
- С. T2.
- Д. T3.

Е. Т4.

26. Хворий 67 років поступив зі скаргами на загальну слабкість, схуднення за 3 міс. на 12 кг. Об'єктивно: справа в надключичній ділянці визначається збільшений лімфатичний вузол до 3,0 см в діаметрі, щільний, малорухомий, з горбистою поверхнею. На оглядовій рентгенограмі ОГП патологічних змін не виявлено. Який метод діагностики є найбільш інформативним для підтвердження верифікації лімфосаркоми?
- А. Відкрита біопсія лімфовузла. \*
  - В. Термографія.
  - С. Лімфосканування.
  - Д. УЗД.
  - Е. Пункційна аспіраційна біопсія.
27. У хворої 59 років на шкірі правої щоки швидко росте безпігментна пухлина з діаметром 1,5 см. Діагностована: кератоакантома. Визначте найбільш оптимальну лікувальну тактику.
- А. Кріодеструкція пухлини. \*
  - В. Променева терапія.
  - С. Спостереження онколога.
  - Д. Оперативна екстирпація пухлини.
  - Е. Хіміотерапія.
28. У хворого 45 років на правому передпліччі по периферії пігментного невуса виникло кільце з вугільно-чорних вузликів різного розміру. В середині на поверхні невуса виникла виразка, що кровоточить. Попередній діагноз: меланома. Який метод обстеження показаний хворому для верифікації діагнозу?
- А. Мазок-відбиток з цитологічним дослідженням. \*
  - В. Термографія.
  - С. Радіонуклідна діагностика з дозою 32 Р.
  - Д. Об'єктивне обстеження з лінзою.
  - Е. Виявлення меланіна у сечі.
29. Хвора 42 років скаржиться на біль в правій половині грудної клітки, періодичне підвищення  $t$  до 39 $^{\circ}$ . Перенесла травму грудної клітки. Об'єктивно: органи грудної порожнини без особливостей. На рентгенограмах справа на рівні III та IV міжребір'їв спостерігається овальної форми тінь біля 4 см з чіткими контурами, прилягає до хребта. Діагностована невринома. Призначте лікування хворій.
- А. Операція – екстирпація пухлини. \*
  - В. Телегаматерапія.
  - С. Хіміотерапія.
  - Д. Симптоматична терапія.
  - Е. Фітотерапія.
30. Хвора 25 років скаржиться на слабкість, біль в ногах та в попереку, повну втрату зору. З'явилась контрактура в колінних суглобах, хворіє протягом року. Об'єктивно: хвора в важкому стані, виснажена, бліда, виражена атрофія всіх груп м'язів, контрактура



колінних суглобів, повна сліпота. Грудна клітка звичайної форми. Перкуторно середостіння розширено вліво на 3,5 см. ЕКГ – синусова тахікардія. В пунктаті кісткового мозку є ознаки ретикулярної атипії і аутоімунних реакцій. Рентгенологічно знайдено тінеутворення в передньому середостінні з нечіткими контурами зліва, медіально прилягаючі до серединної тіні, розташовані між I та III ребром. Виставте діагноз.

- А. Злоякісна тімома. \*
- В. Загрудинний зоб.
- С. Киста середостіння.
- Д. Киста перикарда.
- Е. Туберкульоз вилочкової залози.

31. Хворий 68 років скаржиться на зниження апетиту, відчуття важкості в надчеребній ділянці після їди, схуднення. Тиждень назад була блювота кавовою гущею, дьогтьоподібний стул. Хворіє протягом 5 місяців, тричі були ознаки шлункової кровотечі. Об'єктивно: шкіра дещо бліда, черевна стінка резистентна в епігастрії. В крові: Hb – 84 г/л, ШОЕ – 48 мм/год. При фіброгастроскопії – в антральному відділі на малій кривизні дефект слизової оболонки у вигляді хронічної виразки до 2-х см з інфільтрованими краями. Назвіть найбільш ймовірний діагноз.

- А. Рак шлунка. \*
- В. Виразкова хвороба шлунка.
- С. Синдром Золінгера-Елісона.
- Д. Синдром Мелорі-Вейса.
- Е. Хвороба Менетріє.

32. У хворої 74 років діагностовано рак проксимального відділу шлунка IV стадії, ускладнений профузною кровотечею, постгеморагічною анемією, кахексією. Яку лікувальну тактику потрібно застосувати?

- А. Комплексна гемостатична терапія. \*
- В. Гастректомія.
- С. Субтотальна резекція шлунка.
- Д. Гастростомія.
- Е. Термінове оперативне втручання.

33. Хвора 70 років, скаржиться на біль в животі, часом переймоподібного характеру, здуття живота, нудоту, закрепи, гази відходять з труднощами, стул після масляної клізми. Хворіє 1,5 року. Об'єктивно: стан середньої важкості, виснажена, на ірігоскопії виявлено інфільтративну циркулярну пухлину висхідної кишки, яка стенозує просвіт. Визначіть оптимальну лікувальну тактику.

- А. Обхідний ілеотрансверзоанастомоз. \*
- В. Правостороння геміколонектомія.
- С. Накладання протиприроднього відхідника.
- Д. Цекостомія.
- Е. Ілео-цекальна резекція.

34. В травмпункт звернувся хворий 23 років, слюсар, з скаргами на біль в правому оці, зниження зору. Три години тому шматочок металу вдарив по оці. Гострота зору правого ока = 0,1 не кор. Гострота лівого ока = 1,0. Об'єктивно праве око: очна щілина звужена,



світлобоязнь, слюзотеча, змішана ін'єкція ока. Очне яблуко пальпаторно м'яке. На рогівці на 4 годинах лінійна рана 5 мм довжиною, з защемленою в її кряях райдужкою. Зіниця зміщена до рани, передня камера мілка. Рефлекс з очного дна – рожевий. Ліве око – здорове. Сформулюйте попередній діагноз.

- А. Проникаюче поранення очного яблука. \*
- В. Контузія очного яблука.
- С. Ерозія рогівки.
- Д. Травматичний кератит.
- Е. Травматичний іридоцикліт.

35. До лікаря звернувся хворий зі скаргами на відчуття стороннього тіла, слюзотечу, світлобоязнь. Десять годин тому стороннє тіло потрапило в праве око. Об'єктивно: набряк повік правого ока. Ін'єкція кон'юнктиви повік та ока. На рогівці стороннє тіло (окалина). Сформулюйте попередній діагноз.

- А. Стороннє тіло рогівки. \*
- В. Кон'юнктивіт.
- С. Склерит.
- Д. Епісклерит.
- Е. Виразка рогівки.

36. Хлопчик 15 років, школяр, звернувся до лікаря зі скаргами на різкий біль та зниження зору обох очей. Десять хвилин тому в очі попав нашатирний спирт, сам промив очі водою. Гострота зору правого ока = 0,1 не кор. Гострота зору лівого ока = 0,5 не кор. Об'єктивно ОУ: різке звуження очної щілини, особливо правої, світлобоязнь, слюзотеча, змішана ін'єкція очей. Рогівки набряклі. Після закапування в очі 1%-го розчину флюоресцеїну вся рогівка правого ока забарвлюється в зелений колір. Зліва рогівка забарвлена частково. Рефлекс з очного дна тьмянний. Сформулюйте попередній діагноз.

- А. Хімічний опік рогівок обох очей. \*
- В. Гострий кон'юнктивіт.
- С. Непроникаюче поранення очей.
- Д. Ерозія рогівок.
- Е. Електроофтальмія.

37. В медичний пункти звернувся хворий, якому в очі потрапив розчин кислоти. Самостійно промив очі. Об'єктивно: шкіра лица, кон'юнктива повік і очного яблука гіперемована, на рогівках – ерозія. Рефлекс з очного дна – тьмянний. Яку допомогу необхідно надати першочергово?

- А. Рясно промити водою кон'юнктивальну порожнину протягом 15-20 хвилин. \*
- В. Закапати дезінфікуючі розчини (0,25% розчин левоміцетину чи 20% розчин сульфацил-натрію).
- С. Закласти 1% тетрациклінову мазь.
- Д. Ввести протиправцеву сироватку.
- Е. Ввести під кон'юнктиву 3мл гемодезу.

38. У хворої 36 років на протязі останнього тижня неодноразово виникає лівостороння ниркова колька. Поступила в урологічне відділення. Пальпація лівої нирки болісна, симптом Пастернацького позитивний. Спазмоаналгетики біль зменшили незначно. За даними УЗД

виражена дилатація сечовода. Вкажіть оптимальну подальшу тактику лікування.

- A. Екстренна катетеризація сечовода або черезшкірна пункційна нефростомія. \*
- B. Повторне введення но-шпа, баралгіну, промедолу, платифіліну та інш.
- C. Новокаїнова блокада за Лорін-Епштейном.
- D. Прийом тамсулозину (омніка) усередину.
- E. Введення диклофінаку внутрішньом'язово.

39. Вкажіть оптимальну тактику лікування хворого з гострим правостороннім обструктивним серозним піелонефритом у якого сечовід закатетеризовано.

- A. Консервативне лікування з наступною плановою ліквідацією обструкції. \*
- B. Черезшкірна пункційна нефростомія з наступною плановою ліквідацією обструкції.
- C. Відкрита операція.
- D. Трансуретральна балона дилатація сечовода.
- E. Уретеролітоекстракція.

40. Хворий 24 років доставлений в приймальне відділення лікарні після ДТП. Загальний стан задовільний, біль в поперековій ділянці виражена. Артеріальний тиск 110/70 мм рт.ст. М'язи передньої черевної стінки напружені, симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. В ділянці пальпації лівої нирки є болюче утворення діаметром до 15 см.. При сечовипусканні тотальна макрогематурія. Яка клінічна ступінь важкості закритого пошкодження нирки в даному випадку?

- A. Середня \*
- B. Легка
- C. Важка
- D. Надважка
- E. Помірно легка

41. 20 годин тому назад у хворого виникла болюча ерекція, яка не зникає. З чого слід почати лікування ?

- A. Промивання кавернозних тіл статевого члена 0,9% розчином натрію хлориду та розчином адреналіну. \*
- B. Відкрита перев'язка кавернозної артерії.
- C. Проведення балано-кавернозного шунтування.
- D. Виконання спонгіокавернозного анастомозу.
- E. Виконання сафено-кавернозного анастомозу.

42. У хворого 47 років останні дві доби відсутні сечовипускання та позиви до нього. 8 років тому назад переніс лівосторонню нефректомію у зв'язку з ушкодженням нирки. Останній місяць відмічав тупий біль в правій поперековій ділянці, який набув характеру ниркової кольки три доби тому назад. Після застосування спазмоаналгетиків біль майже зникла. Який результат лабораторного обстеження має вирішальне значення для вибору лікування хворого ?

- A. Калій крові \*
- B. Сечовина, креатинин крові
- C. Гемоглобін крові
- D. Натрій крові
- E. Кальцій крові

43. У хворої 42 років виник гострий лівосторонній пієлонефрит, який ускладнився бактеріємичним шоком і гострою нирковою недостатністю. Дві доби тому назад настала стадія відновлення діурезу. Які зміни в організмі слід профілакувати в першу чергу у вказаній стадії?
- A. Гіпокаліємію \*
  - B. Гіперазотемію
  - C. набряковий синдром
  - D. Анемію
  - E. Гіпоальбумінемію
44. У хворого 68 років добу тому назад виникла гостра затримка сечі у зв'язку з гіперплазією передміхурової залози. Загальний стан хворого задовільний. 5 годин тому назад встановлений постійний уретральний катетер. Гемоглобін крові-110 г/л, кількість еритроцитів в крові  $4,1 \times 10^{12}/л$ . Яке дослідження є найбільш інформативним для визначення можливості лікування основного захворювання ?
- A. Сечовина і креатинин крові \*
  - B. Загальний аналіз сечі
  - C. Простатичний специфічний антиген
  - D. Екскреторна урографія
  - E. Трансректальне ультразвукове дослідження простати
45. Хворий 72 років на протязі двох років мочився вночі до 3-4 разів, відмічав послаблення струменя сечі. Останній раз сечовипускання відбулось 16 годин тому назад, є поклики до сечовипускання, біль в надлонній ділянці. Живіт м'який, при перкусії над лоном тупий звук. З чого доцільно розпочати лікування хворого ?
- A. Вставити постійний уретральний катетер \*
  - B. Виконати капілярну надлонну пункцію
  - C. Виконати пункційну цистостомію
  - D. Ввести підшкірно 2мг неостигміну метилсульфат (прозеріну)
  - E. Виконати відкриту епіцистостомію
46. У хворого 53 років періодично виникає макрогематурія з виділенням згортків крові без форми. В аналізах сечі незмінні та змінні еритроцити від 50-60 до на все поле зору. Відмовляється від цистоскопії. Ультразвукове дослідження сечового міхура: на правій задньо-боковій стінці утворення діаметром до 3 см. Який прогноз стану хворого найбільш небезпечний ?
- A. Прогресування розповсюдженості пухлини сечового міхура \*
  - B. Анемізація хворого
  - C. Стиснення вічка сечоводу
  - D. Тампонада сечового міхура згортками крові
  - E. Розвиток хронічної ниркової недостатності
47. Хворий 38 років впав з висоти чотирьох метрів, вдарившись поперековою ділянкою об землю. У зв'язку з вираженим боєм доставлений в лікарню. При сечовипусканні вся сеча червоного кольору. При пальпації правої нирки напруження м'язів черевної стінки. Гемоглобін крові 110 г/л. Еритроцити в крові- $3,9 \times 10^{12}/л$ . Аналіз сечі: еритроцити незмінні покривають усі поля зору. Які дослідження слід виконати хворому в першу

чергу ?

- A. Ультразвукове дослідження нирок та/або екскреторну урографію \*
- B. Цистографію
- C. Цистоскопію
- D. Цитологію сечі та простатичний специфічний антиген крові
- E. Правосторонню ретроградну уретеропієлографію.

48. Хворий, у якого неоперабельна злоякісна пухлина шлунку потрапив в автомобільну катастрофу. В результаті травми грудної клітки та перелому кісток тазу розвився травматичний шок та пневмоторакс. Чи показано такому хворому надання невідкладної допомоги та заходів інтенсивної терапії?

- A. Показано в повному об'ємі. \*
- B. Протипоказано.
- C. Показана ІТ травматичного шоку.
- D. Показана ІТ пневмотораксу.
- E. Показана ІТ в мінімальному об'ємі.

49. Хворий 27 років, знайдений на вулиці без свідомості, з відсутнім пульсом на сонних артеріях, розширеними зіницями. Шкіра хворого бліда, тепла на дотик, ціанотичних участків не знайдено, тургор очних яблук та пасивні рухи в кінцівках збережені. Який вид термінального стану у потерпілого?

- A. Клінічна смерть \*
- B. Агонія.
- C. Соціальна смерть (декортикація).
- D. Біологічна смерть.
- E. Преагонія.

50. Хворий 27 років, знайдений на вулиці без свідомості, з відсутнім пульсом на сонних артеріях, розширеними зіницями. Шкіра хворого бліда, тепла на дотик, ціанотичних участків не знайдено, тургор очних яблук збережений, пасивні рухи в кінцівках збережені. Який вид невідкладної допомоги необхідно надати хворому?

- A. Елементарну серцево-легеневу реанімацію. \*
- B. Дефібриляцію серця.
- C. В зв'язку з біологічною смертю невідкладна допомога не показана.
- D. Внутрішньосерцеве введення адреналіну.
- E. Виклик бригади швидкої допомоги.

51. Хворий 75 років, знайдений на вулиці перехожими в стані клінічної смерті 20 хвилин тому. Реанімаційні заходи постраждалому не проводились. Ваші дії, як лікаря?

- A. Не розпочинати реанімаційні заходи. \*
- B. Розпочати елементарну серцево-легеневу реанімацію.
- C. Розпочати непрямий масаж серця.
- D. Розпочати ШВЛ методом "рот до рота".
- E. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.

52. Використання препаратів блокуючих слюновиділення (холінолітиків) в ході операції

кесарського розтину у вагітної з супутнім обструктивним бронхітом :

- A. Може збільшувати в'язкість бронхіального секрету. \*
- B. Протипоказано в зв'язку з токсичним впливом на плід.
- C. Не показано при застосуванні кетаміну.
- D. Не має негативних побічних ефектів.
- E. Протипоказано при гіпотонії.

53. Після успішної реанімації недоношеної та незрілої дитини виникла необхідність проведення довготривалої ШВЛ та кисневої терапії. Який відсоток кисню в дихальній суміші бажаний щоб не стимулювати процес утворення гіалінових мембран?

- A. До 50%. \*
- B. До 30%.
- C. До 70%.
- D. До 90%.
- E. Концентрація кисню не впливає на утворення гіалінових мембран.

54. В ході післяопераційного знеболення морфіном у хворого наступила депресія дихання. Який специфічний антидот необхідно використати?

- A. Налоксон. \*
- B. Унітіол.
- C. Перманганат калію.
- D. Активоване вугілля.
- E. Атропін.

55. В ранньому післяопераційному періоді у хворого наступила зупинка дихання, обумовлена відновленням дії недеполяризуючих міорелаксантами. Який специфічний антидот необхідно використати?

- A. Прозерін. \*
- B. Унітіол.
- C. Налоксон.
- D. Активоване вугілля.
- E. Атропін.

56. У дорослого післяопераційного хворого, в палаті наступила зупинка серця. Венозний доступ та голка для внутрішньосерцевого введення адреналіну відсутні. Яким шляхом введення адреналіну для стимуляції скорочення серця повинен скористатись лікар?

- A. Ендотрахеальним. \*
- B. Внутрішньом'язевим .
- C. Підшкірним.
- D. Внутрішньокістковим.
- E. Намагатись ввести внутрішньовенно.

57. У хворого 39 років, який страждає ішемічною хворобою серця, аритмічним варіантом, під час апендектомії розвинулась фібриляція шлуночків серця. Багаторазові дефібриляції та введення адреналіну і лідокаїну ефекту не мали. Які препарати необхідно використати для підвищення ефективності дефібриляції?

- A. Кордарон (аміодарон). \*
- B. Фіноптін (ізоптін).
- C. Кальція хлорид (глюконат).
- D. Атропін.
- E. Калія хлорид.

58. Чоловік, 25 років, зазнав електротравми. При огляді: постраждалий непритомний, АТ-65/30 мм рт-ст., миготлива аритмія, виражена задишка. Укажіть першочергові дії лікаря.

- A. Серцево-легенева реанімація. \*
- B. Накладання стерильної пов'язки на місце ураження.
- C. Транспортування в лікувальний заклад.
- D. Штучне дихання.
- E. Дезінтоксикаційна терапія.

59. Постраждалий 48 років, на вулиці, був побитий невідомим. З його слів отримав декілька ударів ногою в живіт. Через 30 хвилин доставлений в хірургічну клініку обласного центру. Скаржиться на біль в животі. Стан важкий. Блідий, акроціаноз. Пульс 115 за хвилину, м'який. АТ 75/50 мм.рт.ст. В нижній та бокових областях живота-перкуторний звук тупий. Показники крові: Нв-70г/л, еритроцити-2,5млн; Ht-0,30. У хворого клінічна внутрішньоочеревинної кровотечі. Вкажіть найбільш достовірний спосіб оцінки важкості кровотечі в умовах хірургічної клініки.

- A. Визначення об'єму циркулюючої крові \*
- B. Визначення ЦВТ.
- C. Визначення систолічного артеріального тиску.
- D. Визначення гематократу.
- E. Визначення рівня гемоглобіну.

60. Хворий 67 років під час фізичного навантаження відчув різкий біль в грудній клітці зліва, з'явилась задишка, серцебиття. При огляді визначається акроціаноз, при перкусії - тимпаніт, різко ослаблене дихання зліва аускультативно. Рентгенологічно - колабована легень зліва. Був поставлений діагноз - спонтанний пневмоторакс. Яка причина пневмотораксу?

- A. Бульозна емфізема легень \*
- B. Закрита травма грудної клітки
- C. Туберкульоз легень
- D. Саркоїдоз легень
- E. Полікістоз легень

61. Хворий 67 років під час фізичного навантаження відчув різкий біль в грудній клітці зліва, з'явилась задишка, серцебиття. При огляді визначається акроціаноз, при перкусії - тимпаніт, різко ослаблене дихання зліва аускультативно. Рентгенологічно - колабована легень зліва на 2/3 об'єму. Був поставлений діагноз - спонтанний пневмоторакс. Яка тактика лікування?

- A. Дренування плевральної порожнини в II міжребір'ї по l.medioclavicularis sin. \*
- B. Дренування плевральної порожнини в VII міжребір'ї по l.medioclavicularis sin.
- C. Дренування плевральної порожнини в II міжребір'ї по l.axillaris sin.

- D. Лівобічна нижньобокова торакотомія
- E. Лівобічна верхньобокова торакотомія

62. У хворого з гострим абсцесом лівої легені виник тотальний піопневмоторакс. Яка тактика лікування?
- A. Дренування плевральної порожнини в II міжребір'ї по l.medioclavicularis sin, в VII міжребір'ї по l.axillaris sin. post. \*
  - B. Дренування плевральної порожнини в VII міжребір'ї по l.medioclavicularis sin., в II міжребір'ї по l.axillaris sin. med.
  - C. Лівобічна верхньобокова торакотомія, ушивання дефекту легені
  - D. Лівобічна нижньобокова торакотомія, ушивання дефекту легені
  - E. Лівобічна верхньобокова торакотомія, резекція легені.
63. У хворого флотуючі переломи 5,6,7 ребер справа, ускладнені середнім гемотораксом. Яка тактика лікування?
- A. Дренування плевральної порожнини в VII міжребір'ї по l.axillaris dext. post., скелетне витягання. \*
  - B. Дренування плевральної порожнини в II міжребір'ї по l.axillaris dext. post., інтрамедулярний остеосинтез ребер. \*
  - C. Торакотомія, остеосинтез, ліквідація гемотораксу.
  - D. Торакотомія, остеосинтез, дренування плевральної порожнини по l.axillaris dext. post.
  - E. Верхньобокова торакотомія, остеометалосинтез, дренування плевральної порожнини справа.
64. Хвора знаходиться в гінекологічному відділенні, де на 8 добу після екстірапації матки з додатками виник гострий тромбоз лівої здухвинної вени. З моменту тромбозу пройшло 48 год. Яка тактика лікування?
- A. Госпіталізація в судинне відділення з негайним виконанням тромбектомії. \*
  - B. Госпіталізація в судинне відділення з призначенням тромболітичних препаратів та антикоагулянтів..
  - C. Викликати судинного хірурга для виконання тромбектомії.
  - D. Госпіталізація в судинне відділення, інтенсивна фібринолітична, тромболітична та антикоагулянтна терапія.
  - E. Проведення в умовах гінекологічного відділення антикоагулянтної, фібринолітичної та антибактеріальної терапії.
65. Хворий 65 р. скаржиться на сильний біль в лівій гомілці розпираючого характеру, судомитових м'язів, підвищення тем-ри тіла до 38,50C. Хворіє тиждень. Набряк з'явився через 2 дні після початку захворювання. При огляді шкіра правої ступні і гомілки гіперемована, напружена. Окружність на 5 см більше справа. Стискання литкових м'язів різко болюче. Який діагноз у хворого?
- A. Гострий флеботромбоз глибоких вен правої гомілки. \*
  - B. Гострий тромбофлебіт глибоких вен правої гомілки.
  - C. Гострий артрозо-артрит правого гомілково-ступневого суглоба
  - D. Посттромбофлебітичний синдром. Набряково-больова форма.
  - E. Посттромбофлебітичний синдром. Набряково-больова форма. ХВН III ст.



66. Рентгенологічні признаки посттравматичного гемопневмотораксу:
- A. Колапс легені, наявність горизонтального рівня рідини в плевральній порожнині \*
  - B. Колапс легені, наявність повітря і рідини в плевральній порожнині
  - C. Колапс легені з косим рівнем рідини
  - D. Підшкірна емфізема, косий рівень рідини в плевральній порожнині
67. Ускладнення клапанного пневмотораксу:
- A. Кардіопульмональний шок \*
  - B. Колапс легені, дихальна недостатність
  - C. Колапс легені, зміщення середостіння
  - D. Підшкірна і медіастінальна емфізема
  - E. Пневмомедіастinum
68. У породіллі 34 років на 6 добу після пологів раптово з'явився тупий біль розпираючого характеру в крижово-поперековій ділянці, нижніх відділах живота та правому стегні. Поступово став наростати набряк правої ноги в ділянці стегна і гомілки, ціаноз шкіри. Тем-ра підвищилась до 38,50С. Яке ускладнення виникло у хворої?
- A. Гострий ілеофеморальний флеботромбоз. \*
  - B. Гострий тромбофлебіт тазових вен
  - C. Гострий післяпологовий параметрит
  - D. Синя флегмазія
  - E. Біла флегмазія
69. У породіллі на 5 день після пологів виник гострий ілеофеморальний тромбоз. Яка тактика лікування цієї хворої?
- A. Оперативне лікування: виділення сегнової вени, венотомія, тромбектомія балонним методом за Фогарті. \*
  - B. Консервативна: гепарин в/в по 5тис-10тис од через 4-6 год, стрептокіназа 250тис., трасилол 300 тис., піробутал 5,0 в/м, синкумар.
  - C. Оперативне лікування: виділення сегнової вени, венотомія, тромбектомія балонним методом за Бебкоком.
  - D. Консервативна: гепарин в/в по 5тис-10тис од через 4-6 год, стрептокіназа 250тис., трасилол 300 тис., піробутал 5,0 в/м, синкумар, при неефективності - оперативне.
  - E. Оперативне лікування: виділення сегнової вени, венотомія, тромбектомія балонним методом за Бебкоком, фібринолітична та антикоагулянтна післяопераційна терапія.
70. У хворого опік полум'ям II А, III А, В ступені обох рук, грудної клітки та передньої черевної стінки. Загальна площа опіку біля 35% поверхні тіла із них глибоких – 28%. Опік одержав 4 тижнів тому. Загальний стан важкий. Температура тіла 38,50 С, Р – 92 в хвилину, аритмічний, АТ – 125/70 мм.рт.ст.. Сформулюйте попередній діагноз.
- A. Опікова септикотоксимія \*
  - B. Опіковий шок
  - C. Гостра опікова токсемія
  - D. Реконвалесценція
  - E. Хронічний опіковий шок

71. Хвора А., 24 років, доставлена швидкою допомогою зі скаргами на біль внизу живота, більше праворуч, з ірадіацією в пряму кишку, запаморочення. Ці скарги з'явилися раптово вночі. Остання менструація 2 тижні тому. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді, Р – 92 в хв., АТ – 100/60 мм.рт.ст., температура тіла 36,60С. живіт дещо напружений, болісний в нижніх відділах, симптоми подразнення слабопозитивні. Гемоглобін 98 г/л. найбільш вірогідний попередній діагноз?
- А. Апоплексія яєчника \*
  - В. Гострий аппендицит
  - С. Кишкова непрохідність
  - Д. Позаматкова вагітність
  - Е. Ниркова коліка
72. Хворий 67 років, скаржиться на тупий біль в прямій кишці під час та після дефекації виходження слизу та невеликої кількості крові, яка виділяється впереміжку зі слизом, та має темно-червоний колір, іноді невеликі згустки. Хворіє біля 8 місяців. Об'єктивно: при пальцевому ректальному дослідженні на висоті 4-5 см. від анусу колоподібне звуження кишки. Який найбільш вірогідний діагноз?
- А. Рак середнеампулярного відділу прямої кишки \*
  - В. Рубцевий стеноз прямої кишки
  - С. Хронічний парапроктит
  - Д. Хвороба Крона
  - Е. Неспецифічний виразковий коліт
73. Хворий, 72 років, виявив в ділянці пупка пухлинне утворення. Відмічає затруднення в проходженні твердої їжі. Об'єктивно: лімфовузли не збільшені, живіт м'який помірно болючий в ділянці пупка, де має місце пухлинне утворення щільне до 1,5 см., шкіра над пухлиною не змінена. Ректально – вище передміхурової залози є щільний нерухомий вузол до 3 см.. Яке дослідження повинно бути виконано в першу чергу?
- А. Фіброгастроскопія \*
  - В. Уроскопія
  - С. Ректороманоскопія
  - Д. УЗД передміхурової залози
  - Е. Консультація проктолога
74. У хворого 55 років з декомпенсованим стенозом пілоричного відділу шлунка виразкового генезу з'явився судорожний синдром. Назвіть найбільш вірогідніше патогенетичне обґрунтування цього синдрому?
- А. Гіпокаліємія. \*
  - В. Залізодефіцитна анемія
  - С. Гіповолемія
  - Д. Кахексія
  - Е. Ахлоргідрія
75. На первый этап медицинской эвакуации через 5 часов после землетрясения поступил пораженный Е. Жалуется на боль в области костей таза, не может поднять ногу, надавливание на крылья подвздошной кости значительно усиливает боль. Заторможен. Бледный. Рс-140 в мин. АД 60/30 мм рт.ст. Индекс Альговера 1,5. Укажите, какая степень

травматического шока у пораженного?

- А. Третья степень. \*
- В. Четвертая степень.
- С. Вторая степень.
- Д. Первая степень.
- Е. Тяжелая степень.

76. У новорожденного в первые часы после рождения отмечено обильное пенистое выделение изо рта и носа, затем появились одышка и цианоз. Родился доношенным. У матери на 26-30 неделе беременности отмечалось многоводие. Произведенная проба Элефанта положительная. Наиболее вероятный диагноз?
- А. Атрезия пищевода. \*
  - В. Врожденная диафрагмальная грыжа.
  - С. Лобарная эмфизема.
  - Д. Врожденный порок сердца.
  - Е. Трахеопищеводный свищ.
77. Девочка 7 лет заболела остро 4 часа назад, когда появились нелокализованные боли в животе, головная боль, многократная рвота, частый жидкий стул. Температура тела 39,0 °С. Живот напряжен и резко болезненный при пальпации во всех отделах, особенно в нижних. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Из влагалища отмечаются слизисто-гнойные липкие выделения. Наиболее вероятный диагноз?
- А. Первичный пельвиоперитонит. \*
  - В. Острый аппендицит, перитонит.
  - С. Острая кишечная инфекция.
  - Д. Энтеровирусная инфекция.
  - Е. Острый неспецифический мезаденит.
78. У мальчика 13 лет через неделю после травмы появились постоянные боли в левой голени, беспокоящие больше в ночное время. Через месяц появилась увеличивающаяся припухлость. Температура тела 38-39,0 °С. На рентгенограмме в области дистального метафиза левой большеберцовой кости имеется очаг деструкции, разрастание кортикального слоя (спикулы), отслоение его в виде "козырька". Наиболее вероятный диагноз?
- А. Остеосаркома. \*
  - В. Острый гематогенный остеомиелит левой большеберцовой кости.
  - С. Поднадкостничная гематома в стадии обызвествления.
  - Д. Остеобластокластома.
  - Е. Юношеский хрящевой экзостоз.
79. Больной 11 лет жалуется на боль в правой нижней конечности в течение нескольких месяцев. Появление боли связывает с падением на лестнице. Он также отмечает повышение температуры до 38,5 °С. При рентгенологическом исследовании выявлена деструкция в области диафиза большеберцовой кости. Какова наиболее вероятная патология, которая обуславливает такую картину?
- А. ( Саркома Юинга ) \*
  - В. Остеоид - остеома

- С. Срастающийся перелом
- D. Остеомиелит
- Е. Энхдрома

80. Больная 30 лет жалуется на боли в области левого колена отмечает ухудшения в течение последних недель. При пальпации отмечается увеличение окружности нижней трети бедра на 3 см, ограничение разгибания голени, на рентгенограмме определяется участок деструкции внутреннего мыщелка бедренной кости. Локальная боль в области внутреннего мыщелка левого бедра. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
- A. ( Биопсию участка деструкции \* )
  - B. Томографию бедренной кости
  - C. Теплографию нижних конечностей
  - D. Кальций, фосфор, щелочная фосфатаза крови
  - E. Радиозотопное сканирование нижней конечности
81. У ребенка 11 мес. с ожогом I-II ст. туловища, верхних и нижних конечностей на 3 сутки выявлена стрессовая язва 12-перстной кишки с профузным кровотечением. По жизненным показаниям произведена лапаротомия, дуоденотомия. Во время операции состояние ребенка резко ухудшилось, анестезиолог выявил внезапную остановку сердца. Какое действие необходимо предпринять в первую очередь?
- A. Прямой поддиафрагмальный массаж сердца. \*
  - B. Непрямой массаж сердца.
  - C. Введение адреналина.
  - D. Введение атропина сульфата.
  - E. Введение гидрокарбоната натрия.
82. Ребенку 8 мес. с двусторонней вирусно-бактериальной пневмонией с кардиореспираторным синдромом под общим обезболиванием произведена пункция и катетеризация правой подключичной вены, после чего состояние ребенка ухудшилось. На ЭКГ диагностирована фибрилляция желудочков. При исследовании венозной крови pH-7,3; pCO<sub>2</sub>-50 мм рт ст. Первоочередным терапевтическим мероприятием должно быть:
- A. Электрическая дефибрилляция. \*
  - B. Введение адреналина.
  - C. Введение гидрокарбоната натрия.
  - D. Введение лидокаина.
  - E. Введение хлорида кальция.
83. У ребенка 5 лет выявлен синдром портальной гипертензии, пищеводножелудочное кровотечение. Проводилась интенсивная терапия и многократное переливание крови. Вновь начато переливание консервированной крови. Кровь донора с четко выраженной линией между осевшими эритроцитами и плазмой. После переливания 100 мл одногруппной крови состояние ребенка ухудшилось, у больного развился озноб с повышением температуры тела до 39°C, легкий отек губ и крапивница. Ребенок выделяет прозрачную мочу. Чем обусловлено ухудшение общего состояния больного?
- A. Аллергическая реакция на перелитую кровь. \*
  - B. Продолжающееся профузное пищеводножелудочное кровотечение.

- С. Гемолитические реакции на перелитую кровь.
  - D. Развитием печеночной комы.
  - E. Посттрансфузионные реакции в результате бактериального заражения крови.
84. В городе с населением 650 тысяч человек после землетрясения начали регистрироваться заболевания брюшным тифом. Ежедневно госпитализируется 10-15 больных. Система водоснабжения и канализации разрушена. Население против брюшного тифа не привито. Экстренная профилактика антибиотиками не проводилась. Оцените санитарно-эпидемическое состояние зоны поражения.
- A. Неблагополучное. \*
  - B. Благополучное.
  - C. Неустойчивое.
  - D. Неудовлетворительное.
  - E. Чрезвычайное.
85. В результате урагана в городе С. разрушены жилые здания, система водоснабжения. Имеются погибшие среди людей. Определите основной организационный принцип работы учреждений и формирований службы экстренной медпомощи в данной ситуации.
- A. Бригадный метод работы. \*
  - B. Сортировка раненых и больных по характеру поражения.
  - C. Эшелонированность проводимых мероприятий.
  - D. Единый подход в организации санитарно-гигиенических, противоэпидемических и лечебных мер.
  - E. Участие и взаимодействие всех медслужб не зависимо от подчиненности.
86. В районе Западной Украины возникла природная катастрофа (длительные ливни). Отмечается значительный рост ОКИ. Определите лекарственное средство экстренной профилактики в очаге.
- A. Доксициклин. \*
  - B. Сульфатон.
  - C. Левомецетин.
  - D. Тетрациклин.
  - E. Рифампицин.
87. Бакразведка установила факт применения противником бакоружия. Выберите экспресс-метод для проведения индикации примененного противником возбудителя.
- A. Реакция иммунной флюоресценции (РИФ). \*
  - B. Реакция иммунного лейколиза (РИЛ).
  - C. Реакция связывания комплемента (РСК).
  - D. Реакция Видаля.
  - E. Реакция бластной трансформации лимфоцитов (РБТЛ).
88. Пациент 19 лет в бессознательном состоянии доставлен в реанимационное отделение. При осмотре отмечается состояние глубокой комы с отсутствием реакции на раздражение, широкими зрачками и выраженной депрессией дыхания. В экстренном порядке больному показана:

- А. Интубация трахеи с переводом на ИВЛ \*
- В. Трахеостомия
- С. Трахеотомия
- Д. Коникотомия
- Е. Вспомогательная вентиляция мешком "Амбу"

89. В санпропускник доставлен пациент 20 лет, у которого внезапно появилась резкая боль в грудной клетке, затрудненное дыхание. При исследовании отмечается одышка до 40 в 1 мин., трахея смещена влево. Дыхание справа не выслушивается, перкуторно – высокий тимпанический звук. Этому пациенту не обходимо:
- А. Дренирование плевральной полости с оставлением дренажа по Белау \*
  - В. Трахеотомия
  - С. Дыхание с положительным перемежающимся давлением чистым кислородом
  - Д. Интубация трахеи с ИВЛ
  - Е. Аспирация слизи из правого главного бронха.
90. В ЦРБ через 4 часа поступили сотрудники АЭС, пострадавшие в результате крупной производственной аварии. Среди них пораженный М. с поглощенной дозой облучения 12 Грей. Наблюдаются многократные рвоты, боли в животе, понос с кровью, потливость, общая слабость. Через 4 часа динамика ухудшилась, появились явления кишечной непроходимости язвы кишечника. Назовите форму лучевой болезни.
- А. Кишечная форма. \*
  - В. Костномозговая форма.
  - С. Токсическая форма.
  - Д. Костномозговая форма.
  - Е. Церебральная форма.
91. У ребенка 1 года с деструктивной пневмонией состояние ухудшилось: выросла одышка, стал бледным, повысилась температура тела до 38,0 °С. На произведенной рентгенограмме грудной клетки – слева имеется гомогенное затемнение до третьего ребра, средостение резко смещено вправо. Наиболее вероятный диагноз?
- А. Плеврит. \*
  - В. Спонтанный пневмоторакс.
  - С. Диафрагмальная грыжа.
  - Д. Напряженная киста легкого.
  - Е. Напряженный пиопневмоторакс.
92. У ребенка 5 лет, болеющего двусторонней пневмонией, на 8-е сутки состояние ухудшилось – появился кашель, усилилась одышка, температура тела приобрела гектический характер. На произведенной рентгенограмме отмечено тотальное затемнение правого легочного поля и резкое смещение средостения влево. Какое неотложное мероприятие необходимо произвести в первую очередь?
- А. Плевральную пункцию справа. \*
  - В. Торакотомию справа.
  - С. Лечебную бронхоскопию.
  - Д. Гипербарическая оксигенация.
  - Е. Насильственное раздувание легких под наркозом.

93. У новорожденного, родившегося с весом 4100,0 и с обвитием пуповины, к концу первых суток появилась рвота с примесью желчи. Живот ладьевидной формы, мягкий. Меконий не отходит. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в эпигастральной области определяются два газовых пузыря. В нижележащих отделах кишечника газ отсутствует. Наиболее вероятный диагноз?
- A. Врожденная высокая кишечная непроходимость. \*
  - B. Врожденная низкая кишечная непроходимость.
  - C. Врожденный пилоростеноз, острая форма.
  - D. Мекониальный илеус.
  - E. Постгипоксическая энцефалопатия, динамическая кишечная непроходимость.
94. У новорожденного с первых часов жизни отмечена одышка и цианоз. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межреберные промежутки расширены. Перкуторно средостение смещено вправо. Живот ладьевидной формы, мягкий. На рентгенограмме: множественные просветления в левой плевральной полости в виде "ячеистой сети". Какой диагноз наиболее вероятен?
- A. Врожденная диафрагмальная грыжа. \*
  - B. Врожденная напряженная киста легкого.
  - C. Спонтанный пневмоторакс.
  - D. Ателектаз легкого.
  - E. Врожденная лобарная эмфизема.
95. Доношенный ребенок родился от нормальной беременности, осложненной преждевременной отслойкой плаценты и кровотечением. Спустя 12 часов у ребенка отмечен кроваво-мекониевый стул. Состояние ребенка нарушено не было. Какое диагностическое мероприятие необходимо провести в первую очередь для установления диагноза?
- A. Проба Апта. \*
  - B. Пневмоирригоскопия.
  - C. Определение свертывающей системы крови.
  - D. Анализ крови на протромбин.
  - E. Постановка очистительной клизмы.
96. Пострадавший, вследствие взрыва на железной дороге, с осколочным ранением правой голени доставлен в приемное отделение лечебного учреждения второго этапа медицинской эвакуации. Пострадавший заторможен, дыхание учащенное. АД – 85/55 мм рт.ст., пульс 120 ударов в минуту. К какой группе пораженных будет отнесен данный пострадавший?
- A. Нуждающиеся в проведении противошоковых мероприятий. \*
  - B. Нуждающиеся в срочной хирургической обработке раны с проведением противошоковых мероприятий.
  - C. Нуждающиеся в симптоматической терапии.
  - D. Предупреждение инфекционных осложнений в ране.
  - E. Нуждающиеся в срочной операции.
97. В районе катастрофы, вследствие возгорания продуктопровода, обнаружены и доставлены в пункт экстренной медицинской помощи (ПЭМП) группа обожженных.



Какими основными критериями должен руководствоваться врач сортировочно-эвакуационного отделения ПЭМП для ранней диагностики ожогового шока?

- A. Глубина и площадь поражения. \*
- B. Жажда, мышечная дрожь.
- C. Цианоз, одышка.
- D. Одышка, тахикардия.
- E. Ощущение холода, бледность кожи вне ожога.

98. Пострадавший М., 78 лет, сбит легковым автомобилем 40 мин. тому назад. При поступлении отмечает кратковременную потерю сознания, жалобы на боль в грудной клетке, затруднение дыхания, невозможность стать на ноги. Объективно: в сознании, вял, адинамичен, зрачки равны, горизонтальный нистагм, язык по средней линии. Дыхание частое поверхностное до 32 дых. в мин. При пальпации грудной клетки крепитация 5-8 ребер справа по подмышечной линии. АД — 100-60 мм.рт.ст. Пульс до 120 уд. мин, аритмичный. Деформация обеих голени в средней трети, здесь же патологическая подвижность, гематомы. Множественные ссадины головы и туловища. Описанный вид повреждения является?

- A. Сочетанной травмой. \*
- B. Комбинированной травмой.
- C. Множественной травмой
- D. Монолокальной травмой опорно-двигательного аппарата.
- E. Полифокальным повреждением опорно-двигательного аппарата.

99. Больной М., выпал из окна 5-го этажа. Доставлен в стационар спустя 1 час с момента травмы. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледны, дыхание - 28 дыханий в мин, АД - 80-40 мм рт.ст. Пульс 120 уд. мин. При осмотре: грудная клетка - крепитация 6-10 ребер слева по передней подмышечной линии, деформация тазового кольца, симптомы Вернейля, Ларрея положительные. Живот напряжен, перитонеальных симптомов нет, симптом Джойса - положителен. Правое бедро, левая голень и стопа деформированы. Начата противошоковая терапия. Какое из предлагаемых мероприятий наиболее рационально у данного больного?

- A. Наружный чрезкостный остеосинтез: стабилизационный вариант. \*
- B. Иммобилизация транспортными шинами до стабилизации общего состояния.
- C. Погружной стабильно-функциональный остеосинтез в ургентном порядке.
- D. Лечение иммобилизационным методом (гипсовые повязки)
- E. Лечение методом скелетного вытяжения.

100. Пострадавший 35-ти лет доставлен на ПЭМП лежа, санитарным транспортом. При взрыве бензохранилища был отброшен взрывной волной и засыпан с головой землей. В течении 6 часов был без сознания. При первичном осмотре рвота, носовое кровотечение и кровохарканье, цианоз. Беспокоит головная боль, резкая боль за грудиной, боли в икроножных мышцах, потливость, одышка. АД - 80/50 мм рт.ст. Ps - 120 уд/мин. Сформулируйте диагноз.

- A. ЗЧМТ, травматический шок. \*
- B. Закрытая травма грудной клетки, СДС.
- C. Баротравма легких, СДС.
- D. Ушиб грудной клетки, СДС.
- E. ЗЧМТ, отравление парами бензина.

101. Больной К. 34 лет, доставлен в сан.пропускник хирургического стационара с черепно-мозговой травмой. Состояние крайне тяжелое, без сознания. Самостоятельное дыхание неадекватное, с частотой более 50 в 1 минуту. При санации из полости рта удалены сгустки крови, зубы. Полностью освободить ротоглотку не удастся, из-за инородных тел недостижимых инструментально (корцангом). В связи с нарастающей гипоксией, для обеспечения дыхания необходимо выполнить
- А. Трахеостомию \*
  - В. Провести вспомогательное дыхание мехом-гармошкой
  - С. Выполнить оротрахеальную интубацию без использования мышечных релаксантов
  - Д. Выполнить назотрахеальную интубацию без использования мышечных релаксантов
  - Е. Выполнить оротрахеальную интубацию после использования мышечных релаксантов
102. В кабинете у стоматолога больному 55 лет введен в десну 1 % лидокаин 5 мл. Через 3 минуты развился бронхоспазм. АД снизилось до 60/20 мм рт.ст. Какие медикаменты необходимо ввести немедленно?
- А. 0,1 % раствор адреналина 0,5 мл в/в капельно. \*
  - В. 1 % раствор димедрола 1 мл
  - С. 30 мг преднизолона в/в капельно
  - Д. 125 мг гидрокортизона в/м
  - Е. 10 мл 10 % раствора хлорида кальция в/в.
103. Пациенту 60 лет в реанимационном отделении в связи с выраженной дыхательной недостаточностью по жизненным показаниям выполнили трахеостомию с последующей ингаляцией 100 % кислородом. В результате этой терапии может развиваться?
- А. Гипотензия и апноэ. \*
  - В. Гипертензия и брадикардия.
  - С. Только гипертензия.
  - Д. Только тахикардия.
  - Е. Гипертензия и снижение пульсового давления.
104. Больной К. 54 лет, доставлен в сан.пропускник с черепно-мозговой травмой. Состояние тяжелое, сознание спутанное. Дыхание 52-54 в 1 минуту. При переключении - дыхание в виде судорожных вдохов. При санации в полости рта сгустки крови, отломки костей, зубы. Предпринятая попытка освободить ротоглотку без эффекта. В связи с нарастающей гипоксией, для обеспечения дыхания необходимо выполнить:
- А. Пункционную трахеостомию. \*
  - В. Вспомогательное дыхание мехом-гармошкой.
  - С. Оротрахеальную интубацию без мышечных релаксантов.
  - Д. Назотрахеальную интубацию.
  - Е. Оротрахеальную интубацию после введения мышечных релаксантов.
105. Студент техникума, 15 лет, доставлен СМП в urgentный хирургический стационар с клиникой "острого живота" В сознании, адекватен, критичен. По жизненным показаниям необходима срочная операция. Чье добровольное информированное согласие необходимо для проведения операции в соответствии с действующим законодательством Украины?
- А. Достаточно согласия самого пациента, достигшего 15-летнего возраста \*

- В. Необходимо согласие представителей учебного заведения, поскольку больной не достиг 18-летнего возраста
- С. необходимо согласие родителей, потому что больной не достиг 21-летнего возраста
- Д. Согласия пациента не требуется
- Е. Достаточно распоряжения старшего дежурного хирурга

106. У больной 44 лет во время плановой нефрэктомии слева по поводу МКБ, рецидивирующего камня, хронического пиелонефрита (выраженный спаечный процесс!) при стабильном течении анестезии, кровопотере в 300 мл, внезапно зафиксировано падение АД до 20/0 мм рт.ст. Объективно: зрачки сужены, равны, кожа сухая, обычного цвета,  $t^{\circ}$  тела 36.7 $^{\circ}$ C. Операция приостановлена. Немедленно внутривенно: глюкокортикоиды, симпатомиметики. ЭКГ: синусовая тахикардия (120 в мин), признаков нарушения коронарного кровообращения, перегрузки правых отделов нет. Нв 130 г/л, Эр. 4.1 Т/л, L 9.1 Г/л. Наиболее вероятная патология?
- А. Острая надпочечниковая недостаточность. \*
  - В. Токсико-инфекционный шок.
  - С. Геморрагический шок.
  - Д. Болевой шок.
  - Е. Инфаркт миокарда.
107. Бригада “Скорой помощи” вызвана в центр города к пострадавшему 40 лет, получившему ножевое ранение в спину на уровне левой лопатки. При осмотре: состояние больного тяжелое. В сознании, эйфоричен. АД 90/50 мм ртутного столба. Пульс слабого наполнения, 120 ударов в минуту. Дыхание поверхностное. Частота дыхательных движений 34 в минуту. Из раны сочится кровь. Какова тактика врача “скорой помощи”?
- А. Срочная транспортировка в хирургическое отделение. \*
  - В. Инфузионная терапия.
  - С. Введение симпатомиметиков.
  - Д. Интубация трахеи, искусственная вентиляция легких.
  - Е. Пункция крупного сосуда, струйное введение полиглюкина.
108. Ребенок 2 лет заболел 9 часов назад, когда появились боли в животе, дважды была рвота, затем появился частый жидкий стул. Температура тела 38,60 C. Язык обложен, сухой. Живот щадит при дыхании, пальпацию произвести не удастся из-за беспокойства ребенка. При пальцевом ректальном исследовании выявлено нависание передней стенки прямой кишки. Наиболее вероятный диагноз?
- А. Острый аппендицит, перитонит. \*
  - В. Терминальный илеит (Болезнь Крона).
  - С. Острая энтеровирусная инфекция.
  - Д. Острая кишечная инфекция.
  - Е. Острый мезаденит.
109. Бригада скорой медицинской помощи выехала на место дорожно-транспортного происшествия. Пострадавший - мужчина 36 лет, без сознания, на лице и волосистой части головы - множественные ссадины и ушибы. Нельзя исключить перелом шейного отдела позвоночника. Дыхание частое, поверхностное. АД- 70/40 мм рт.ст., пульс 60 ударов в 1 мин. Выражен цианоз губ, акроцианоз. Какое из перечисленных ниже

мероприятий наряду с иммобилизацией и инфузионной противошоковой терапией обеспечит безопасность транспортировки без усугубления гипоксии?

- А. вспомогательная вентиляция легких через маску \*
- В. инсуффляция увлажненного кислорода
- С. введение дыхательных аналептиков
- Д. введение эуфиллина
- Е. интубация трахеи

110. У больной миастенией на фоне передозировки антихолинэстеразных препаратов, развился холинергический криз. Жалобы на нарушение глотания, чувство нехватки воздуха, выраженную общую слабость. Состояние больной тяжелое, дыхание поверхностное с частота дыхания 42 в 1 мин. Какой вид респираторной терапии будет оптимальным при транспортировке больного в стационар:

- А. Искусственная вентиляция легких через маску. \*
- В. Внутривенное введение дыхательных аналептиков.
- С. Инсуффляция увлажненного кислорода.
- Д. Внутримышечное введение калимина.
- Е. Внутривенное введение эуфиллина.

111. У ребенка 13 лет в течение 2 лет наблюдались боли в эпигастральной области, изжога, периодически рвота съеденной пищей, после которой наступало облегчение. Вчера появилась слабость, головокружение, бледность кожных покровов, дегтеобразный стул. При пальпации живота имеется болезненность в эпигастральной области. Рентгенологически выявлен спазм пилородуоденальной области. Какое лабораторно-инструментальное исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

- А. Фиброгастродуоденоскопия. \*
- В. Фиброколоноскопия.
- С. Развернутый общий анализ крови.
- Д. Пассаж бария по желудочно-кишечному тракту.
- Е. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

112. Бригада СМП вызвана к пациенту, найденному на улице. При осмотре – сознание отсутствует, кома глубокая, имеются следы травмы на голове, умеренное кровотечение из правого слухового прохода, анизокория. Имеется подозрение на перелом правой ключицы и правой лучевой кости. Возраст пострадавшего около 30 лет. Лицо цианотичное, дыхание хрипящее, ЧЛЛ – 8-10 в 1 мин., при аускультации – дыхание выслушивается во всех отделах. АД – 150/90 мм рт.ст., пульс 110 уд. в 1 мин., напряжен, аритмичен. Какие мероприятия интенсивной терапии необходимо выполнить на догоспитальном этапе?

- А. Обеспечение проходимости дыхательных путей, вспомогательная вентиляция \*
- В. Введение аналептиков
- С. Применение гипотензивных препаратов, купирование аритмии
- Д. Остановка кровотечения из наружного слухового прохода
- Е. Транспортировка в специализированный стационар без проведения ИТ

113. Больной со странгуляционной асфиксией доставлен в реанимационное отделение. Кожные покровы, видимые слизистые синюшны. Дыхание поверхностное с частотой 8-12

в 1 минуту. Какие мероприятия должны быть проведены в первую очередь?

- А. Интубация трахеи, ИВЛ. \*
- В. Ингаляция увлажненным кислородом.
- С. Применение антигипоксантов.
- Д. Гипербарическая оксигенация.
- Е. Введение эуфеллина

114. Больной С., 56 доставлен с места дорожно- транспортного происшествия с подозрением на перелом костей таза. При осмотре в машине "Скорой помощи" установлено, что больной находится на мягких носилках в строго горизонтальном положении с валиком под коленными суставами. Какая основная ошибка допущена при транспортировке больного?

- А. Использование мягких носилок без фиксации ремнями к ним \*
- В. Укладка валика под коленные суставы
- С. Отсутствие тазового пояса
- Д. Отсутствие транспортной иммобилизации нижних конечностей
- Е. Отсутствие сгибания ног в коленных суставах

115. Больной Д., 26 упал с высоты 2 м на правую ногу. При осмотре на месте травмы определяется, что правая нижняя конечность укорочена, резко деформирована в области с/з бедра. Под кожу выступают фрагменты кости. Больной стонет, не дает провести детальный анализ состояния конечности врачу скорой помощи. Выберите оптимальный метод транспортной иммобилизации для пострадавшего?

- А. Шина Дитерихса \*
- В. Шина Крамера
- С. Пневмошина
- Д. Жесткие носилки
- Е. Вспомогательные средства иммобилизации

116. При ремонтных работах на химическом комбинате бригада из 8 человек получила отравление неизвестным веществом. Поступили в ЦГБ через сутки после отравления. Предъявляют жалобы на головную боль, чувство опьянения, резкие боли в животе, понос, диспептические расстройства, ослабление зрения. При осмотре - расширение зрачков, гиперемия лица. Какой был выставлен диагноз?

- А. Ингаляционное отравление метанолом. \*
- В. Ингаляционное отравление хлором.
- С. Ингаляционное отравление аммиаком.
- Д. Ингаляционное отравление толуолом.
- Е. Ингаляционное отравление бензолом.

117. В горбольницу №1 доставлено 12 рабочих Макеевской фильтровальной станции, где получил повреждение 800 килограммовый контейнер с хлорным газом. Пострадавшие предъявляют жалобы на мучительный сухой, лающий кашель, тошноту. Какое наиболее прогнозируемое осложнение можно ожидать у данной группы пораженных?

- А. Раздражение слизистой верхних дыхательных путей. \*
- В. Отек слизистой верхних дыхательных путей.
- С. Отек слизистой трахеи.

- D. Поражение кожи лица и глаз.  
E. Отек легкого.
118. Больному 68 лет с целью купирования почечной колики дважды в течение часа введен бупренорфин. После чего состояние резко ухудшилось: сопор, резкое сужение зрачков, частота дыхания 6 в 1 минуту. АД 60/40 мм рт. ст., пульс 140 в 1 минуту с частыми экстрасистолами. Кожа влажная, цианоз. Ваши первоочередные действия:
- A. Искусственная вентиляция легких. \*
  - B. Внутривенно адреналин.
  - C. Внутривенно лидокаин.
  - D. Внутривенно налоксон.
  - E. Инфузия кристаллоидов.
119. Из очага химического поражения, образованного заринном, в МПП доставлен пораженный М. Отмечаются приступы удушья по типу бронхиальной астмы, фибриллярные подергивания жевательных мышц. Какой антидот необходимо ввести пораженному вместе с атропином на данном этапе медицинской эвакуации?
- A. Дипироксим. \*
  - B. Унитиол.
  - C. Тиосульфат натрия.
  - D. Антициан.
  - E. Амилнитрит.
120. На лечение в военно-полевой госпиталь доставлен военнослужащий К. с жалобами на зуд, умеренное чувство сдавления на внутренней поверхности левого бедра. При обследовании определяются пузыри, заполненные прозрачным экссудатом янтарно-желтого цвета с воспалительной эритемой вокруг. Определите дальнейшую тактику.
- A. Опорожнить пузыри. \*
  - B. Оставить пузыри без обработки.
  - C. Удалить пузыри полностью.
  - D. Удалить (крышу) пузырей.
  - E. Просто наложить асептическую повязку.
121. Спустя 4 часа после применения противником химического оружия, военнослужащий А. почувствовал зуд в области левой подколенной ямки. Обратился в МПП. В данной области определяется малоблезненное, бледно-розовое покраснение с нечеткими краями и ишемическим побледнением в центре. Окажите помощь пораженному.
- A. Наложение повязки с 1 % раствором хлорамина. \*
  - B. Орошение раствором антибиотика.
  - C. Наложение повязки с 30 % раствором унитиола.
  - D. Наложение повязки с мазью Вишневского.
  - E. Наложение асептической повязки.
122. Доставлен в МПП пораженный К. Сознание отсутствует, тонико-клонические судороги, мидриаз, экзофтальм, кожные покровы розовые. Какой антидот необходимо ввести на данном этапе пораженному?



- А. Антициан. \*
- В. Дипиросим.
- С. Унитиол.
- Д. Изонитрозин.
- Е. Атропина сульфат.

123. В лечебные учреждения города поступают отравленные из очага химического поражения, образованного хлором. На что должны быть направлены лечебные мероприятия?

- А. Профилактика и лечение токсического отека легких. \*
- В. Профилактика и лечение поражение печени.
- С. Профилактика и лечение острого психоза.
- Д. Профилактика и лечение токсического поражения почек.
- Е. Профилактика и лечение судорожного синдрома.

124. Пациент 43 лет жалуется на острую боль в области правого плечевого сустава, возникшую при падении на наружную область плеча с сопротивлением. Объективно: активное отведение в плечевом суставе невозможно. При попытке активного отведения - боль в области плечевого сустава и сильное напряжение дельтавидной мышцы, усиление болей в области надплечья, отведение плеча происходит вместе с лопаткой до угла 60 градусов. Пальпаторно - боль в проекции надбугорковой области плеча. Пассивные движения в плечевом суставе в сторону отведения и кпереди сохранены и практически безболезненны. Укажите наиболее вероятный диагноз.

- А. Разрыв сухожилия надостной мышцы. \*
- В. Перелом шейки плечевой кости без смещения.
- С. Подвывих в плечевом суставе.
- Д. Частичное повреждение дельтавидной мышцы.
- Е. Перелом большого бугорка плечевой кости.

125. Линейная бригада "Скорой помощи" со стандартным набором медикаментов и оборудования вызвана на место несчастного случая: пострадавший 38 лет упал с высоты 2 м с упором на правую руку. Жалобы на острую боль в области плечевого сустава и предплечья. Объективно: в средней трети предплечья - деформация, боль, усиливающаяся при пальпации и осевой нагрузке, отек, патологическая подвижность. В области плечевого сустава - отек, боль при осевой нагрузке и попытках активных движений, видимых деформаций нет. Какой должна быть иммобилизация конечности с учетом места травмы и возможностей оказания помощи?

- А. Шиной Крамера от правой кисти до левого надплечья с подмышечным валиком. \*
- В. Гипсовой лонгетой с клин-подушкой с отведением плеча до 30 градусов.
- С. Повязкой Дезо.
- Д. Шиной Крамера от правой кисти до правого надплечья.
- Е. Фиксация плеча и предплечья к туловищу бинтовой повязкой.

126. Больная Н. 45 лет оперирована по поводу фибромиомы матки больших размеров. Операция осложнилась геморрагическим шоком. Для проведения инфузионной терапии произведена пункционная катетеризация правой подключичной вены подключичным доступом. Через несколько минут после начала инфузионной терапии появились:



одутловатость шеи, тахикардия, легкий цианоз, акроцианоз, ослабление дыхания справа. Какое осложнение возникло у больной?

- А. Правосторонний пневмоторакс. \*
- В. Спонтанный двухсторонний пневмоторакс.
- С. Правосторонний гемоторакс.
- Д. Кардиопульмональный шок.
- Е. Респираторный дистресс-синдром.

127. У матери, страдающей эндометритом, родился недоношенный ребенок с явлениями асфиксии. С первых дней жизни у него отмечались срыгивания, а через две недели рвота створоженным молоком, начал терять в весе. Температура тела 37,40 С. Живот мягкий, видна сегментирующая перистальтика желудка в виде "песочных часов". В крови: умеренная анемия, натрий – 135 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л (сыворотка). Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Пилоростеноз. \*
- В. Аденогенитальный синдром с потерей солей.
- С. Пилороспазм.
- Д. Постгипоксическая энцефалопатия с явлениями динамической кишечной непроходимости.
- Е. Внутриутробная инфекция, динамическая кишечная непроходимость.

128. Хворий побитий невідомими особами, побої наносились руками по голові, хворий втрачав свідомість на 5-10 хвилин, мала місце нудота та блювота, загальна слабкість в неврологічному статусі розсіяна мікроегнищева неврологічна симптоматика. Місцеві зміни: забої м'яких тканин голови. Який метод обстеження, найбільш інформативний, слід провести для постановки діагнозу.

- А. Комп'ютерна томографія головного мозку. \*
- В. Рентгенографія черепа.
- С. Ехоенцефалографія.
- Д. Ангіографія судин головного мозку.
- Е. Електроенцефалографія.

129. К пострадавшему 34 лет на место ДТП вызвана бригада СМП. При осмотре: состояние тяжелое, в сознании, резко заторможен, зрачки расширены, равны, фотореакция живая, дыхание поверхностное, ЧДД 28 в мин., кожные покровы бледные, покрыты липким потом. Выражен акроцианоз. Артериальное давление 60/40 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях не определяется. ЧСС – 130 ударов в мин. Предполагается закрытые переломы костей таза, правого бедра и костей обеих голени, травматический шок. Каков объем помощи на месте ДТП

- А. Обезболивание, в/в инфузия коллоидных растворов \*
- В. В/в инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов
- С. Имобилизация конечностей, инфузионная терапия
- Д. Инфузионная терапия, гормонотерапия
- Е. Введение аналептиков, гормонов

130. Больная 28 лет через 30 мин после ДТП доставлена в сан. пропускник ОТБ. Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные, холодные. Акроцианоз. Пульс

140 в мин, слабого наполнения и напряжения. АД – 40/0 мм рт.ст. Диагностированы переломы костей обеих бедер в средней трети со смещением с обширными тканевыми гематомами.. Объем первоочередных мероприятий в санпропускнике:

- А. Инфузионная терапия в 2 вены, ингаляция кислорода обезбоживание \*
- В. Инфузия коллоидов/кристаллоидов до 3,5 л.
- С. Гипсовая иммобилизация, трансфузией одногруппной эр. массы
- Д. Постоянное наблюдение хирурга, противошоковая терапия
- Е. Возмещение кровопотери с последующим оперативным лечением.

131. Бригада СМП в лечебное учреждение доставлен неизвестный мужчина в возрасте 45-50 лет с диагнозом: переохлаждение. Больной найден на улице (окружающая температура +50С), внешние повреждения отсутствуют. Состояние больного тяжелое, уровень сознания – умеренная кома, кататоническое мышечное напряжение, зрачки D=S – мидриаз. Кожные покровы бледные, цианотичные, холодные. Ректальная температура +330С. Дыхание спонтанное, ЧДД 10-12 в 1 мин. Пульс нитевидный – 42 в 1 мин., АД 50/0 мм рт. ст. Какие неотложные мероприятия должны быть первоочередными?

- А. Рациональное согревание больного \*
- В. Проведение вспомогательной искусственной вентиляции легких
- С. Введение вазопрессоров
- Д. Восполнение дефицита ОЦК
- Е. Нормализация реологических свойств крови

132. У пострадавшего 42 лет с множественными ножевыми ранениями, на фоне геморрагического шока констатирована асистолия. Из-за анкилоза нижней челюсти с трудностью выполнена назотрахеальная интубация. Как убедиться в правильном положении эндотрахеальной трубки?

- А. Равномерные дыхательные шумы справа и слева при аускультации легких \*
- В. Наличие сопротивления грудной клетки при проведении ИВЛ
- С. Отсутствие цианоза кожных покровов
- Д. Герметичность системы аппарат-пациент
- Е. Вздутие желудка в эпигастральной области

133. Тяжесть состояния пострадавшей при дорожно-транспортном происшествии обусловлена черпно-мозговой травмой. Уровень сознания - глубокая кома, атония, арефлексия; дыхание поверхностное (ЧДД - 7-9 в 1 мин) с периодами апноэ; брадикардия до 42 в 1 мин, АД 160/100 мм рт. ст. В лане реанимационних мероприятий – интубация трахеи. Какие условия следует соблюдать при проведении интубации трахеи?

- А. Правильная укладка пострадавшей во время манипуляции. \*
- В. Выключение сознания больной.
- С. Местная анестезия ротоглотки.
- Д. Введение мышечных релаксантов.
- Е. Наличие аппарата для ИВЛ.

134. Хвора 42 років скаржитися на біль в лівій молочній залозі. При огляді: у верхньо-зовнішньому квадранті молочної залози шкіра гіперемійована, позитивний симптом лимонної шкірки. Хірург під місцевим знечуленням провів розтин над вогнищем запалення, в рану виділилось декілька мл серозно-геморагічної рідини. Ваше

заключення?

- A. Маститоподібна форма раку молочної залози \*
- B. Рак молочної залози
- C. Туберкульоз молочної залози
- D. Мастит
- E. Хворба Мінца

135. У хворої 45 років появилось втягіння лівого соска. В анамнезі наявність кров'янистих виділень із соска, яке припинилось рік тому В лівій пахвовій ділянці збільшений до 1 см. лімфатичний вузол. Ваш діагноз?

- A. Внутрішньопротоковий рак молочної залози \*
- B. Рак молочної залози
- C. Рак Педжета
- D. Хвороба Мінца
- E. Фібroadенома

136. У хворої віком 45 років після травми молочної залози появилось ущільнення тканин. При УЗД молочної залози- кистозні утворення із розростанням у порожнині. Регіонарні лімфовузли не побільшені. При пункції цього утвору отримано кров. Ваше заклучення?

- A. Цистокарцинома \*
- B. Кіста з нагноєнням
- C. Післятравматична гематома
- D. Мастит
- E. Фібroadеноматоз

137. У хворої віком 30 років через два роки після годування дитини грудьми появилось незначне ущільнення в правій молочній залозі, збільшення її, гіперемія, підвищення температури шкіри. Виберіть правильну лікувально-діагностичну тактику

- A. Пункційна біопсія \*
- B. Фізіотерапевтичні процедури
- C. Розкриття та дронування патологічного вогнища
- D. Спостереження в динаміці
- E. Зігріваючі компреси

138. У жінки 50 років лікар оглядового кабінету виявив ущільнення з шиповатою поверхнею у верхньозовнішньому квадранті лівої молочної залози розмірами 2х2 см. Над ущільненням шкіра при спробі взяти її в складку морщиться. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Рак молочної залози \*
- B. Фібroadенома
- C. Фібroadеноматоз
- D. Кіста молочної залози
- E. Мастит

139. На диспансерному обліку у терапевта знаходяться жінки з цукровим діабетом, гіпертонічною хворобою, ожирінням. Появу раку якої локалізації повинен передбачити лікар?

- A. Молочної залози \*
- B. Бронхів
- C. Підшлункової залози
- D. Печінки
- E. Шлунка

140. Хвора 45 років звернулася до хірурга у зв'язку з появою в лівій молочній залозі ущільнення, яке виявила самостійно 2 тижні тому. Появу новоутвору пов'язує з травмою залози 5 місяців тому. При обстеженні: у верхньо-зовнішньому квадранті молочної залози вузол розмірами 3х3 см горбкуватий, щільний. Шкіра над вузлом, при спробі взяти її в складку морщиться. Пахвові лімфовузли не побільшені. Ваш діагноз?
- A. Рак молочної залози \*
  - B. Післятравматичний фіброз
  - C. Гематома
  - D. Мастит
  - E. Фібroadенома
141. До лікаря поліклініки звернувся хворий 58 років у зв'язку з однократною появою крові в сечі без будь-яких передвісників, спочатку у вигляді червоподібних згустків, потім тотальної гематурії під час двох сечопусків. Ваш попередній діагноз?
- A. Рак нирки \*
  - B. Рак сечового міхура
  - C. Рак сечовода
  - D. Рак лоханки
  - E. Сечокам'яна хвороба
142. У хворого 35 р., який знаходився на стаціонарному лікуванні з приводу триденної - малярії, з'явилися різкий біль у верхніх відділах живота з іррадіацією у ліве плече і лопатку, блідість шкірних покривів, холодний піт, тахікардія, ниткоподібний пульс, зниження артеріального тиску. У черевній порожнині визначається вільна рідина. Яке ускладнення розвинулося у хворого?
- A. Розрив селезінки \*
  - B. Малярійна кома
  - C. Гемоглобінурійна гарячка
  - D. набряк легень
  - E. Гостра ниркова недостатність
143. Хворому С., 44 р., з метою ліквідації постгеморагічної анемії після резекції шлунку, яка проводилася з приводу профузної виразкової кровотечі, перелито в[в краплинно 450,0 мл однокрупної крові. Через 20 хв. Після гемотрансфузії у хворого підвищилась температура до 39,5=C, з'явилась задишка, головний біль, кволість, запаморочення, м'язовий біль, пропасниця. Була одноразова блювота. На шкірі - уртикарний сип. Пульс - 120 за 1 хвилину, АТ - 90/60 мм. рт. ст. яке ускладнення розвинулось у хворого?
- A. Велика пірогенна реакція. \*
  - B. Анафілактичний шок.
  - C. Анафілактична реакція.
  - D. Алергічна реакція.

Е. Калієва інтоксикація.

144. Хворий 30 років раптово відчув гострий біль в животі, інтенсивність якого наростає і приймає розлитий характер. Хворий блідий. Відмічалась одноразова блювота. Положення хворого вимушене на правому боці з приведеними до живота ногами. Живіт різко болючий в епігастрії, виражене напруження м'язів черевної стінки. Печінкова тупість відсутня. При рентгенологічному дослідженні виявлено симптом "серпа". Ваш діагноз?
- А. Перфоративна виразка шлунка. \*
  - В. Гострий панкреатит.
  - С. Тромбоз мезентеріальних судин.
  - Д. Гострий перфоративний аппендицит.
  - Е. Гострий холецистит.
145. Хворий 56 років скаржиться на виражений біль у епігастрії та лівому підребір'ї упродовж чотирьох останніх діб, нудоту і блювання, які не приносять полегшення. Захворів після вживання спиртного та жирної їжі. При обстеженні: лейкоцитоз зі зсувом формули вліво, зниження амілази крові та сечі у 2-3 рази, виражену гіперазотемію. Інші біохімічні показники у межах норми. Який діагноз найбільш імовірний?
- А. Гострий панкреатит, панкреонекроз \*
  - В. Загострення хронічного гломерулонефриту
  - С. Проривна виразка шлунку чи дванадцятипалої кишки
  - Д. Отруєння сурогатами алкоголю
  - Е. Тромбоз або емболія мезентеріальних судин
146. У пацієнтки 55 років 5 років тому діагностовано цироз печінки. Лікувалась нерегулярно. Доставлена з клінікою шлунково-кишкової кровотечі. Під час фіброезофаго-гастродуоденоскопії виявлено розширені вени нижньої третини стравоходу з кровотечею з них. Який з методів лікування слід застосувати в першу чергу?
- А. Госпіталізувати в хірургічний відділ, поставити зонд Блекмора, призначити гемостатичну і кровозамісну терапію \*
  - В. Госпіталізувати в хірургічний відділ і призначити гемостатичну і кровозамісну терапію
  - С. Перевести хвору у реанімаційне відділення
  - Д. Госпіталізувати в хірургічний відділ і призначити сечогінні і гепатопротектори
  - Е. Оперативне втручання у невідкладному порядку
147. У хворої 35 років через 1 год. після травми на фоні геморагічного шоку II ст. під час операції з приводу одномоментного розриву селезінки в черевній порожнині виявлено до 1 л крові. Що потрібно провести хворій?
- А. Реінфузію крові \*
  - В. Переливання цитратної крові
  - С. Переливання одногрупної крові
  - Д. Введення гемостатичних середників
  - Е. Переливання еритроцитарної маси
148. У хворого 24 років внаслідок перелому нижньої щелепи відмічається значна кровотеча з

ротової порожнини. Як попередити розвиток геморагічного шоку на час транспортування в стаціонар?

- А. Перетиснути пальцем загальну сонну артерію \*
- В. Накласти тиснучу пов'язку на нижню щелепу
- С. Зробити тампонаду кровоточивої рани
- Д. Накласти працевидну пов'язку на нижню щелепу
- Е. Ввести 10 мл 10% розчину хлориду кальцію доведено та 2 мл 1% розчину вікасолу домязево

149. У хворій 42 років з тиреотоксичним зобом на 2-й день після субтотальної резекції щитовидної залози підвищилась температура до 41°C, частота пульсу 180 за 1 хв, розвинулась миготлива аритмія, тремор кінцівок. Яким чином можна було б попередити розвиток тиреотоксичного кризу?

- А. Зняти явища тиреотоксикозу до операції \*
- В. Відмовитись від оперативного лікування
- С. Операцію виконувати тільки під місцевою анестезією
- Д. В післяопераційному періоді призначити тиреостатичні препарати
- Е. Призначити після операції з першого дня препарати йоду

150. Чоловік віком 42 роки доставлений у лікарню з приводу гострого болю у животі, що виник раптово після їди. В анамнезі – виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. При об'єктивному обстеженні – виражена ригідність м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Блюмберга, перистальтичні шуми не прослуховуються. Який метод обстеження слід застосувати для підтвердження чи виключення діагнозу перфорації виразки?

- А. Оглядову рентгенографію живота у стоячому положенні \*
- В. Ультразвукове дослідження черевної порожнини
- С. Лапароцентез
- Д. Фіброгастродуоденоскопію
- Е. Додаткові обстеження не потрібні, діагноз зрозумілий з клінічної картини

151. Чоловік 78 років викликав швидку допомогу з приводу блювоти, здуття живота, наявності болючого грижового випинання у паху, яке не вправляється у черевну порожнину зі вчорашнього дня. Під час огляду лікарем швидкої допомоги грижове випинання вправилося, біль пройшов. Які дії лікаря?

- А. Доставити хворого у стаціонар \*
- В. Рекомендувати хірургічне лікування у плановому порядку
- С. Протягом години спостерігати за динамікою клінічної картини
- Д. Призначити дієту і холод на живіт
- Е. Призначити амбулаторне обстеження

152. Пацієнт 52 років знаходиться на лікуванні у хірургічному відділенні з приводу кровотечі з вен стравоходу. Внаслідок проведеного консервативного лікування кровотеча припинилась, але виникла сонливість, апатія, відсутність апетиту. Чим викликані вказані скарги?

- А. Прогресуванням печінкової недостатності. \*
- В. Постгеморагічною анемією

- С. Побічною дією гемостатичної терапії
  - Д. Геморагічним шоком
  - Е. Постгемотрансфузійною реакцією
153. У пацієнтки 65 років діагностовано гострий перфоративний холецистит. На ЕКГ – ознаки вираженої гострої ішемії міокарда. Яку тактику слід обрати хірургові?
- А. Оперативне втручання у невідкладному порядку \*
  - В. Відкласти операцію до стабілізації ЕКГ
  - С. Перевести хвору у реанімаційне відділення
  - Д. Призначити гепаринотерапію
  - Е. Тактику визначає кардіолог
154. Пацієнт 42 років доставлений швидкою допомогою зі скаргами на біль у епігастрії, блювоту, яка не приносить полегшення. Захворів після вживання спиртного та жирної їжі. При обстеженні виявлено лейкоцитоз з зсувом формули вліво, підвищення амілази крові та сечі у 3-4 рази, помірну гіперазотемію. Інші біохімічні показники у межах норми. Який діагноз найбільш імовірний?
- А. Гострий панкреатит \*
  - В. Перитоніт
  - С. Хронічний панкреатит
  - Д. Гостра ниркова недостатність
  - Е. Алкогольне отруєння
155. У хворого після автодорожньої аварії діагностовано внутрішньоочеревенний розрив сечового міхура. Лікування?
- А. Негайне хірургічне втручання - лапаротомія, ушивання та дренивання сечового міхура. \*
  - В. Троакарна цистостомія, призначення знеболювальних, спазмолітиків, антибіотиків
  - С. Дренивання сечового міхура катетером через уретру та призначення антибіотиків
  - Д. Призначення антибіотиків широкого спектру дії та динамічне спостереження
  - Е. Операція епіцистостомія та призначення антибіотиків
156. У хворого 70 років діагностовано доброякісну гіперплазію передміхурової залози. Виникла гостра затримка сечі, катетеризація сечового міхура уретральним катетером безуспішна. Невідкладна допомога?
- А. Провести надлобкову пункцію сечового міхура [троакарну цистостомію] \*
  - В. Ввести спазмолітики і повторно катетеризувати еластичним катетером
  - С. Ввести спазмолітики і знеболювальні
  - Д. Призначити антибіотики широкого спектру дії
  - Е. Динамічне спостереження на протязі доби
157. При пальцево-ректальному дослідженні хворого, який скаржиться на підвищення температури тіла до 39°C та біль в ділянці промежини в правій частці передміхурової залози визначається різка болючість, флюктуація. Яка патологія зумовила таку клінічну картину?
- А. Абсцес передміхурової залози \*



- В. Рак передміхурової залози
- С. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози
- Д. Рак сечового міхура
- Е. Рак прямої кишки

158. Хворий 67 років. Протягом останніх 2-х років відмічає затруднене сечовипускання в"ялим струмком. Кілька останніх діб сеча постійно виділяється краплями. Хворий скаржиться на відсутність апетиту, спрагу, нудоту. При огляді в нижньому відділі живота спостерігається випинання, верхній край якого контурується на рівні пупка. Ректально: передміхурова залоза розмірами 5х6 см, гладка, еластичної консистенції, стінка прямої кишки над нею рухома. Яким чином можна попередити подальше прогресування декомпенсації сечових шляхів та функції нирок у даного пацієнта.

- А. Оперативним шляхом [операцією епіцистостомії] \*
- В. Оперативним шляхом [операцією трансуретральної резекції передміхурової залози]
- С. Оперативним шляхом [операцією одномоментної черезміхурової простатектомії]
- Д. Медикаментозним лікуванням [альфа-адреноблокатори, проскар]
- Е. Консервативним лікуванням [електростимуляція сечового міхура, фітотерапія, сечогінні середники]

159. Хвора 32 років. На протязі останнього місяця тричі відмічались напади правобічної ниркової кольки, суфебрильна лихоманка, які послаблювались після ін"єкції спазмолітичних та знеболюючих середників. Одну добу тому після приступу болю в правій поперековій ділянці температура тіла підвищилась до 39<sup>о</sup>С, спостерігався струс. Об"єктивно: пальпується незначно збільшена, болюча права нирка. Симптом Пастернацького позитивний справа. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку клінічну картину?

- А. Камінь правого сечоводу \*
- В. Хронічний первинний пієлонефрит в фазі загострення
- С. Гострий цистит
- Д. Камінь сечового міхура
- Е. Цисталгія

160. Хворий М., 28 років звернувся в ЛОР відділ із скаргами на колючий біль в ділянці шиї справа, болючий акт ковтання, слинотечу. Із анамнезу встановлено, що 2 години тому, під час їжі [їв рибу] відчув раптово болючість в правій половині горла. Який діагноз можна запідозрити у хворого?

- А. Стороннє тіло гортаноглотки \*
- В. Паратонзиллярний абсцес
- С. Гострий тонзиліт
- Д. Бокова киста шиї
- Е. Заглотковий абсцес

161. В приймальний покій звернувся хворий з скаргами на носову кровотечу в помірній кількості. Із анамнезу виявлено, що кровотеча виникла раптово серед повного здоров'я. Ваша тактика.

- А. Передня тампонада \*
- В. Задня тампонада

- С. Медикаментозна зупинка кровотечі
- D. Перев'язка загальної сонної аретрії
- E. Задня і передня тампонада

162. Ви побачили на вулиці чоловіка, якого невідомий вдарив по шиї ребром долоні. Травмований втратив свідомість, у нього різко утруднене дихання, із затрудненим вдихом, сіро-синя шкіра обличчя та рук. Яке термінове втручання показано даному пацієнту?
- A. Конікотомія \*
  - B. Трахеотомія
  - C. Трахеостомія
  - D. Інтубація трахеї
  - E. Інтубація, трахеостомія
163. Швидкою допомогою доставлений хворий 42 років після травми із значною носовою кровотечею з лівої половини носа. При огляді виявлено значні кров'янисті згустки в лівому носовому ході, кровоточиву ділянку виявити не вдалося. Яку негайну допомогу треба надати хворому?
- A. Тампонада обидвох половин носа \*
  - B. В[в і в]м введення гемостатичних речовин
  - C. Покласти в ліжку і дати холод на перенісся
  - D. Зміряти тиск крові і дати гіпотензивні
  - E. Провести перев'язку зовнішньої сонної аретрії
164. Хворий 18 років скаржиться на головний біль, головокружіння, нудоту. Отримав в побутових умовах травму голови. На короткий час втрачав свідомість, була блювота. Об'єктивно: садно в правій тім'яній ділянці, горизонтальний ністагм при погляді вбік, слабкість конвергентції лівого ока, позитивний с. Марінеско-Родовичі. Менінгеальні симптоми відсутні. Краніограми — без патології. Який вид черепно-мозкової травми у хворого ?
- A. Струс головного мозку. Забій м'яких тканин голови \*
  - B. Забій головного мозку
  - C. Стиснення головного мозку
  - D. Забій м'яких тканин голови
  - E. Дифузне аксональне ураження головного мозку
165. Хворий 46 років доставлений в приймальний pokій в ступорі після автоаварії. Об'єктивно: пульс 66 уд./хв, АТ-160/90 мм рт. ст. Зіниці S>D [анізокорія], мимовільні рухи в лівих кінцівках обмежені. Сухожильні рефлекси S>D с. Бабінського зліва, ригідність м'язів потилиці, позитивний с. Керніга. На краніограмах — перелом правої тім'яної кістки., ліквор — з домішкою крові. Який вид черепно-мозкової травми у хворого ?
- A. Забій головного мозку \*
  - B. Струс головного мозку
  - C. Забій м'яких тканин голови
  - D. Стиснення головного мозку
  - E. Дифузне аксональне ураження головного мозку

166. У хворого 19 років діагностовано спонтанний пневмоторакс справа з повним колабуванням легені. Яке лікування необхідно вибрати для хворого?
- A. Дренування плевральної порожнини за Бюлау, при відсутності ефекту – торакотомія \*
  - B. Негайна торакотомія
  - C. Ліжковий режим, розсмоктуюча терапія
  - D. Плевральні пункції, при відсутності ефекту – дренування плевральної порожнини за Бюлау
  - E. Активне вакуумне дренування плевральної порожнини, при відсутності ефекту – торакотомія
167. Хвора, 55 років, була збита автомобілем. Знаходиться в травматологічному відділенні. Об'єктивно: відмічається патологічна рухомість, крепітація в середній третині великогомілкових кісток. Поверхневі вени правої нижньої кінцівки різко розширені. Яку профілактику тромбоемболії легеневої артерії слід застосувати ?
- A. Гепаринотерапія 3-5 днів і поступовий перехід на антикоагулянти непрямої дії. \*
  - B. Серцево-судинні препарати, вітаміни.
  - C. Знеболюючі, серцево-судинні препарати.
  - D. Вітамінотерапія.
  - E. Біостимулятори.
168. Хворий, 38 років, був збитий автомобілем. Скаржиться на біль в обох стегнах і гомілці. Об'єктивно: відмічається патологічна рухомість і крепітація кісткових уламків в середній третині правого стегна і гомілки. Яку транспортну іммобілізацію для профілактики травматичного шоку слід застосувати?
- A. Шину Дітерихса. \*
  - B. Шину Крамера
  - C. Дві шини Крамера.
  - D. Прибинтувати одну кінцівку до іншої.
  - E. Шину Крамера і прибинтувати хвору ногу до здорової.
169. Хворий С., 57 р., отримав залізничну травму. Скаржиться на біль в правому стегні. Доставлений в травматологічний стаціонар. Об'єктивно: на передній поверхні правого стегна в середній третині рана 3 x 5 см, краї рани нерівні, забиті. Рана кровоточить. Яку профілактику нагноєння в рані застосуєте?
- A. Повноцінна ПХО в перші 6-8 год, застосування антибіотиків широкого спектру дії. \*
  - B. Знеболюючі, антибіотики.
  - C. Антикоагулянти, біостимулятори.
  - D. Антибіотики широкого спектру дії, вітаміни.
  - E. Антибіотики широкого спектру дії, біостимулятори.
170. Хворий А., 38 років, евакуйований вогнеборцями до машини швидкої допомоги. При огляді лікарем: шкірні покриви бліді, покриті холодним потом, дихання часте, пульс 120 ударів за 1 хвилину, АКТ 70/60 мм. рт. ст., незначна кровотеча, патологічна рухомість і крепітація правого стегна у середній третині. Виставлено діагноз: Травматичний шок III ступеня, відкритий перелом правої стегнової кістки. Які першочергові заходи реанімації слід застосувати при наданні першої лікарської допомоги?

- A. Серцево-легенева реанімація на рівні підтримки життя. \*
  - B. Введення наркотичних анальгетиків, транспортна іммобілізація.
  - C. Іммобілізація, профілактика ранової інфекції
  - D. Місцеве знеболення, дача значної кількості рідини для пиття.
  - E. Негайне переливання однокрупної крові
171. До приймального покою каретою швидкої допомоги доставили хворого В., 37 років. При огляді: свідомість пригнічена аж до коми, акроціаноз, "мармуровість шкіри", шкіра холодна, прогресуюча тахікардія, пульс на променевій артерії ниткоподібний, частота дихання 32 на 1 хв, різка глухість серцевих тонів. Виставлено діагноз: травматичний шок, стадія декомпенсованого оборотного шоку. За якої умови шок може перейти у декомпенсований необоротний?
- A. Якщо оборотний шок триватиме більше 10 годин з тенденцією до погіршення. \*
  - B. При відсутності адекватного знеболення.
  - C. Якщо не виконати лапароскопію за життєвими показами.
  - D. При зволікання з переливанням препаратів крові.
  - E. При позитивному симптомі "блідості плями".
172. Потерпілий був збитий автомашиною. В верхній третині лівого стегна рана 4x10 см, з якої виступає уламок кістки, значна варусна деформація стегна, накладена драбинчаста шина. Виберіть найбільш правильний варіант іммобілізації?
- A. З драбинчасті шини \*
  - B. Дві драбинчасті шини
  - C. Шина Дітеріхса
  - D. Шина Томаса
  - E. Шина Дітеріхса та Крамера
173. Потерпілий отримав сліпе кульове поранення в паравертебральну зону. З пов'язки кров не тече. Шок II ст. Яка невідкладна допомога та вид транспортування?
- A. Протишоківі, на щиті \*
  - B. Перев'язка, на щиті
  - C. Протишоківі, напівсидячи
  - D. ПА, антибіотики, на щиті
  - E. Катетеризація, на щиті
174. Потерпілий був притиснутий відкритим заднім бортом вантажівки до стовпа, отримав перелом таза. Блідий, тахікардія. Таз різко болючий. Оптимальний варіант транспортування?
- A. На щиті, положення Волковича \*
  - B. Лежачи на носилках
  - C. На носилках, на животі
  - D. Напівлежаче положення
  - E. На щиті, положення Тренделенбурга
175. Хвора О., 74 років, після зістрибування з табуретки відчула різкий локальний біль спини, що посилювався при рухах та спробі глибоко вдихнути. Після клініко рентгенологічного

обстеження констатовано компресійний перелом тіла Th11 на ґрунті тотального остеопорозу. Якої профілактики остеопорозу слід дотримуватися?

- A. Щоденне споживання 1200 мг Ca<sup>2+</sup> -вмісних препаратів. \*
- B. Носіння м'якого корсету.
- C. Обмеження фізичних навантажень.
- D. Білково-вітамінна дієта.
- E. Мінеральні води, що містять карбонат кальцію.

176. Хворого Г., 32 років, виявили на горіщі будинку після удару упалої на спину дошки. Після повернення постраждалого до свідомості працівниками швидкої допомоги на місці події констатовано перелом грудного відділу хребта без порушення функції спинного мозку. Як слід переносити хворого?

- A. Двома санітарами, обличчям хворого вниз. \*
- B. Двома санітарами, обличчям хворого догори
- C. Одним санітаром, який бере хворого на плече.
- D. Після іммобілізації шиною Крамера.
- E. Після іммобілізації пневматичною шиною.

177. Хвора Ф., 63 років, поступила у відділення судинної хірургії із скаргами на різкий біль, набряк лівої гомілки та стегна. При огляді ліва нижня кінцівка бліда, діаметр її більший від правої: на гомілці – 2-3 см, стегні 4-5 см. Пульсація на тильній артерії стопи та задньогомілкової артерії збережена. У хворой запідозрили тромбоз глибоких вен лівої нижньої кінцівки. Який додатковий метод діагностики буде найбільш інформативний?

- A. Контрасна флебографія \*
- B. Дуплексне сканування
- C. Черезшкірна оксигеметрія
- D. Реовазографія нижніх кінцівок
- E. Плетизмографія нижніх кінцівок

178. Хворий Н., 66 років, скаржиться на різкий біль у правій гомілці і стопі, похолодання її, обмеження рухів у гомілково-ступневому суглобі. Захворів раптово, чотири години назад. В анамнезі у хворого миготлива аритмія. Об'єктивно: шкіра на правій гомілці і стопі бліда, холодна на дотик. Чутливість пальців стопи збережена. Пульс на правій нижній кінцівці збережений лише на стегновій артерії. На лівій нижній кінцівці пульсація збережена і на артеріях стопи. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

- A. Тромбоемболія правої підколінної артерії. \*
- B. Тромбоз глибоких вен
- C. Гострий висхідний тромбофлебіт
- D. Міозит правої гомілки
- E. Неврит сідничного нерва

179. Хворий Т., 46 років, 6 годин тому назад відчув різкий біль у лівій верхній кінцівці, інтенсивність якого через дві години зменшилась, але появилось відчуття затерпання і похолодання пальців лівої китиці. В анамнезі у хворого ІХС миготлива аритмія. При огляді шкіра на лівому передпліччя і китиці бліда, прохолодна на дотик. Чутливість пальців знижена, рухи китицею і пальцями у повному об'ємі, помірно болючі. Пульсація на лівій плечовій артерії збережена лише до її середньої третини. Ви діагностували

тромбоемболію лівої плечової артерії. Що необхідно призначити хворому?

- А. Оперативне лікування \*
- В. Довенозно фібринолізин
- С. Гепарин по 5 тис. ОД через 6 год. підшкірно
- Д. Дуплексне сканування судин лівої верхньої кінцівки
- Е. Фібринолізин + трентал довенозно

180. Хворий С., 78 років, поступив у відділення судинної хірургії із скаргами на раптову появу болі, втрату чутливості, обмеження рухів в правій нижній кінцівці. Хворіє ішемічною хворобою серця, миготливою аритмією. Об'єктивно: шкіра правої ступні і гомілки бліда, знижене оволосіння, гіперкератоз підшвиної поверхні ступні; пальпаторно: шкіра холодна, чутливість в дистальних відділах відсутня, активні рухи різко обмежені; пульсація артерій визначається тільки на рівні загальної стегнової артерії. Яке захворювання можна запідозрити у хворого?

- А. Гостра тромбоемболія правої поверхневої стегнової артерії. \*
- В. Гостра тромбоемболія правої стегнової вени.
- С. Гострий висхідний тромбофлебіт поверхневих вен правої нижньої кінцівки.
- Д. Гострий атеросклеротичний тромбоз правої поверхневої стегнової артерії.
- Е. Біла флегмазія правої нижньої кінцівки.

181. Хвора М., 62 років, доставлена зі скаргами на кровотечу з поверхневої вени правої гомілки після її травмування твердим предметом. Кровотечу зупинено накладанням тугої пов'язки. З анамнезу: 15 років хворіє варикозною хворобою правої нижньої кінцівки, лікування амбулаторне, консервативне. Об'єктивно: наявні варикозно-розширені поверхневі вени басейну великої підшкірної вени II ступеня важкості, повна клапанна недостатність перфорантних вен Кокета. Яке лікування слід застосувати в цьому випадку?

- А. Операція Троянова, видалення варикозно-розширених вен, перев'язка патологічно-змінених перфорантних вен. \*
- В. Перев'язка вен в місці кровотечі.
- С. Операція Троянова, перев'язка варикозно-розширених вен в місці кровотечі.
- Д. Перев'язка вен в місці кровотечі та патологічно-змінених перфорантних вен
- Е. Операція Троянова, перев'язка вен в місці кровотечі та патологічно змінених перфорантних вен.

182. Хвора Н., 62 років, яка хворіє варикозною хворобою нижніх кінцівок близько 10 років, 2 дні тому виявила почервоніння і болючість над варикозним вузлом в середній третині медіальної поверхні правої гомілки. Під час огляду її хірургом виявлено гіперемію шкіри за ходом варикозно зміненої великої підшкірної вени і ущільнення та болючість останньої до верхньої третини стегна. При цьому важка супутня терапевтична патологія дозволяє виконання операції у хворої виключно "за життєвими показами". Назвіть правильну тактику хірурга.

- А. Виконати операцію Троянова-Тренделенбурга. \*
- В. Застосувати антикоагулянти, антиагреганти, тромболітики та протизапальні середники.
- С. Суворий ліжковий режим з підвищеною лівою нижньою кінцівкою і місцеве застосування напівспиртових волого-висихаючих пов'язок.
- Д. Еластична компресія лівої нижньої кінцівки та місцеві зігрівальні фізіотерапевтичні процедури.

Е. Застосувати все вищеперераховане, крім операції Троянова-Тренделенбурга.

183. Хворий М., 65 років, який ніколи не мав скарг щодо нижніх кінцівок, але близько 5 років має непостійну форму миготливої аритмії, вийшовши з дому на подвір'я, відчув раптовий різкий біль у правій литці, що швидко поширився і на пальці. Каретою швидкої допомоги доставлений у стаціонар. Черговий хірург виявив: праві стопа і гомілка – бліді, з мармуровим відтінком, не набряклі, значно холодніші на дотик, ніж ліві. Пульсація артерій лівої нижньої кінцівки – не змінена, на правій – збережена лише на стегновій артерії. Який діагноз у вказаного пацієнта?
- А. Тромбоемболія правої стегнової артерії. \*
  - В. Оклюзія правої підколінної артерії.
  - С. Гострий тромбоз глибоких вен
  - Д. Тромбофлебіт поверхневих вен
  - Е. Гострий тромбоз правої підколінної артерії.
184. Хворий Л., 32 років, поступив зі скаргами на біль, що локалізується в ділянці лівої гомілки і помірну набряклість лівої стопи і гомілки. При огляді в дистальній частині підколінної ямки виявлено пульсуючу припухлість. Аускультативно над припухлістю вислуховується систоло-діастолічний шум. Пальпаторно – виявляється симптом “котячого муркотіння”. Ліва гомілка набрякла, незначно ціанотична, підшкірні вени розширені. З анамнезу відомо про травму лівої підколінної ділянки 2 тижні тому. Поставте діагноз?
- А. Артеріовенозна аневризма \*
  - В. Артеріальна аневризма
  - С. Артеріо-артеріальна аневризма
  - Д. Пульсуюча гематома
  - Е. Кіста підколінної ділянки
185. Хворий М., 1955р.н., доставлений зі скаргами на різке раптове утруднення дихання, кашель, біль в грудях, запаморочення. З анамнезу відомо, що тиждень тому виник набряк гомілки і стопи та болі м'язів при рухах, розширились поверхневі вени в цій ділянці. Від госпіталізації пацієнт відмовився, ліжковий режим не зберігав. Яке ускладнення необхідно запідозрити першочергово?
- А. ТЕЛ Застійна пневмонія \*
  - В. Гостра серцева недостатність
  - С. Гостре порушення мозкового кровообігу
  - Д. Легенева кровотеча
186. Пацієнт 42 років з тривалим “виразковим” анамнезом доставлений у важкому стані із зниженням артеріального тиску до 90/60 мм.рт.ст., судомами, явищами гастральної тетанії. На контрастній рентгенографії шлунку діагностовано субкомпенсований пілородуоденальний стеноз. Яку лікувальну тактику слід обрати в першу чергу?
- А. Короткотривала інтенсивна терапія з наступною резекцією шлунку за одним із методів \*
  - В. Невідкладне хірургічне втручання – резекція шлунку за одним з методів.
  - С. Тривала інтенсивна інфузійна терапія для корекції водно-електролітного, білкового, вуглеводного та жирового балансів
  - Д. Комплексна противиразкова терапія



Е. Ургентне бужування пілоростенозу з допомогою фіброезофаго-гастродуоденоскопа

187. У хворого 50 років під час переливання одногрупної резус-сумісної еритроцитарної маси виник шоківий стан. Швидше за все це:
- А. Гемотрансфузійний шок \*
  - В. Кардіогенний
  - С. Травматичний
  - Д. Геморагічний
  - Е. Ендотоксинний
188. У хворі 48 років через 10 годин після автомобільної травми діагностовано субкапсульну гематому печінки. Під час транспортування у хворого виник шоківий стан. Швидше за все, це шок:
- А. Геморагічний \*
  - В. Кардіогенний
  - С. Травматичний
  - Д. Анафілактичний
  - Е. Ендотоксинний
189. При пальцевому ректальному дослідженні хворого, який скаржиться на підвищення температури тіла до 39°C та біль в ділянці промежини в правій частці передміхурової залози визначається різка болючість, флюктуація. Яка, найбільш вірогідно, патологія зумовила таку клінічну картину?
- А. Абсцес передміхурової залози \*
  - В. Рак передміхурової залози
  - С. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози
  - Д. Рак сечового міхура
  - Е. Рак прямої кишки
190. Вам прийшлося прийти на допомогу жінці у якої виникла велика кровотеча із розірваного варикозно розширеного венозного вузла на лівій гомілці. В чому буде заключатись перша допомога?
- А. Накласти на кровоточиву ділянку стискаючу пов'язку, надати кінцівці припідняте положення та госпіталізувати в хірургічний відділ. \*
  - В. Накласти джгут Есмарха нижче рани та госпіталізувати в хірургічний відділ
  - С. Накласти джгут Есмарха вище рани та госпіталізувати в хірургічний відділ
  - Д. Накласти імпровізований джгут на гомілку нижче рани
  - Е. Накласти на кровоточиву ділянку асептичну пов'язку та госпіталізувати в хірургічний відділ
191. Ви – дільничний лікар. Вас викликали до хворого, у якого на фоні миготливої аритмії раптово появились сильні болі в правій верхній кінцівці, пульс на променевій артерії не визначається. Ваша тактика?
- А. Терміново госпіталізувати хворого в хірургічний стаціонар \*
  - В. Призначити тепло на кінцівку і лікувати вдома
  - С. Терміново госпіталізувати хворого в кардіологічний стаціонар

- D. Призначити протиаритмічні засоби і лікувати вдома
- E. Призначити знеболюючі і лікувати вдома

192. Хворий К., поступив клініку через 2 год після отримання травми правої нижньої кінцівки, кінцівка була придавлена плитою на протязі 1,5-2 год. При огляді відмічається різкий індуративний набряк м'яких тканин гомілки і стегна правої нижньої кінцівки. Шкіра бліда з ділянками незначного ціанозу, пульсація на периферичних артеріях різко ослаблена. Ваш діагноз?
- A. Синдром тривалого здавлення. \*
  - B. Забій м'яких тканин правої ноги
  - C. Посттравматичний венозний тромбоз правої нижньої кінцівки.
  - D. Гострий посттравматичний артеріальний тромбоз.
  - E. Перелом стегна.
193. У хворого 41 року лікар швидкої медичної допомоги діагностував гостру перфорацію виразки шлунку, перитоніт, септичний субкомпенсований шок. Скарги на біль у череві, акроціаноз, гіпертермію 39,0°C. Психічно збуджений, АТ 80/50 мм рт.ст., Р – 120 уд/хв. Живіт напружений, позитивні симптоми подразнення черевнини. Якими внутрішньовенними препаратами доцільно стабілізувати гемодинаміку перед та під час транспортування?
- A. Розчинами кристалоїдів у дозі 10 мл/кг з 5-7 мкг/кг/хв дофаміна \*
  - B. Адреналіном у дозі 3 мкг/хв
  - C. 300 мг пентоксифіліну
  - D. 500 мл 6% стабізолу
  - E. 5% розчин глюкози
194. Хворий 35 років після вживання алкоголю поперхнувся шматком м'яса. На час прибуття реанімаційної бригади швидкої медичної допомоги – свідомість у хворого відсутня, ціаноз шкіряних покривів, діспное, АТ 80/40 мм р.ст., Р – 130 вд/хв. Якого заходу треба вдатися насамперед?
- A. Видалити стороннє тіло за допомогою щипців під контролем ларингоскопу \*
  - B. Нанести хворому декілька сильних ударів проміж лопаток
  - C. Зробити поштовх в епігастральну ділянку
  - D. Проштовхнути стороннє тіло в один з головних бронхів
  - E. Зробити конікотомію
195. У хворого констатовані ознаки клінічної смерті: відсутність пульсу на центральних артеріях, самостійного дихання, розширення зіниць, відсутність свідомості блідість шкірних покривів, атонія, арефлексія, адинамія. З метою елементарного підтримання життя проводяться заходи по негайній оксигенації: ШВЛ, НМС; відновлення кровообігу: медикаментозна терапія, вводяться адреналіну гідрохлорид, атропіна сульфат. На ЕКГ фібриляція шлуночків. Ваша першочергова дія?
- A. Електрична дефібриляція \*
  - B. Продовжувати ШВЛ
  - C. Виконувати зовнішній масаж серця
  - D. Поєднувати ШВЛ із зовнішнім масажем серця
  - E. Вводити антиаритмічні препарати

196. У хворого з політравмою на етапі транспортування до стаціонару раптово різко погіршився стан: втратив свідомість, відсутність пульсу на центральних артеріях, самостійного дихання, розширились зіниці, шкірні покриви бліді, атонія, арефлексія, адинамія. Ваш діагноз?
- A. Клінічна смерть \*
  - B. Перед агонія
  - C. Термінальна пауза
  - D. Агонія
  - E. Біологічна смерть
197. Чоловік 45 років у стані алкогольного сп'яніння при пожежі у власному будинку одержав термічні опіки усієї передньої поверхні тулуба II ступеня, голови - I ступеня. Хворий психічно збуджений. Пульс 122 вд. на 1 хв., артеріальний тиск 100/50 мм рт. ст. З яких інфузійних середовищ необхідно починати інфузійну терапію?
- A. Кристалоїдні розчини \*
  - B. Колоїдні розчини
  - C. Розчини глюкози.
  - D. Жирові емульсії
  - E. Еритроцитарна маса
198. Під час візиту до стоматолога пацієнту була проведена місцева анестезія лідокаїном, після якої розвинувся набряк Квінке з наростаючою клінікою: запаморочення, набряк обличчя, язика, гостра дихальна недостатність, зниження АТ до 60/40 мм рт.ст. Першечерговим заходом збереження життя хворого повинно бути:
- A. В/в введення розчину адреналіну. \*
  - B. Ургентна трахеостомія.
  - C. В/в введення розчину тавегілу.
  - D. В/в введення розчину еуфіліну.
  - E. Штучне дихання „рот в рот“.
199. За медичною допомогою звернувся чоловік 45 років, що на зимовій риболовлі був без рукавичок зі скаргами на порушення чутливості та рухів у кистях рук. При огляді шкіра рук бліда, холодна, не чутлива на дотик. Активні рухи у кистях рук неможливі. Яку першу допомогу треба надати?
- A. Занурення у теплу воду \*
  - B. Занурення у холодну воду
  - C. Розтирання снігом
  - D. Зігрівання полум'ям
  - E. Занурення у гарячу воду
200. Через 20 хвилин на місці пригоди на автошляху лікарем швидкої допомоги оглянута дитина віком 6 років. Діагноз: закритий перелом діафіза правої стегнової кістки із зміщенням уламків. Травматичний шок I ступеня. Який об'єм медичної допомоги повинен надати лікар?
- A. Знеболювання, противошокова терапія, транспортна іммобілізація \*
  - B. Знеболювання
  - C. Транспортна іммобілізація

- D. Інфузійна протишокова терапія
- E. Новокаїнова блокада місця перелому

201. Швидкою допомогою доставлений хворий 56 років в тяжкому стані з діагнозом відкрита різана рана шиї, кровотеча. З анамнезу відомо, що травма хуліганська. Об'єктивно: на шиї горизонтальна різана рана на 2 см. нижче під'язикової кістки, розміром 15см. Кровотеча помірна, в рану при диханні потрапляє повітря. Яка тактика лікаря?
- A. ПХО рани, трахеостомія \*
  - B. зупинка кровотечі притисненням
  - C. ендотрахеальна інтубація
  - D. гемостатична терапія
  - E. перев'язка зовнішньої сонної артерії
202. Лікар швидкої медичної допомоги, оглянувши дитину віком 5 місяців через дві години після травми, виставив діагноз: термічний опік II-III ступеня нижніх кінцівок, промежини, спини до 20 (, опіковий шок II ступеня. Яким буде об'єм медичної допомоги
- A. Знеболювання, протишокова терапія, накладання асептичної пов'язки \*
  - B. Накладання асептичної пов'язки
  - C. Інфузійна терапія
  - D. Охолодження опікової поверхні
  - E. Новокаїнові блокади, асептична пов'язка на уражені ділянки
203. Під час дорожньо-транспортної пригоди постраждала дитина віком 10 років. Через 15 хвилин лікар швидкої допомоги встановив діагноз: відкритий перелом лівої стегнової кістки в нижній третині зі зміщенням, артеріо-венозна кровотеча. Травматичний шок II ступеня. Яка послідовність надання медичної допомоги ?
- A. Зупинка кровотечі, знеболювання, протишокова терапія, накладання асептичної пов'язки, транспортна іммобілізація. \*
  - B. Накладання асептичної пов'язки та негайне транспортування постраждалого до лікарні.
  - C. Накладання гумового джгута та транспортної іммобілізації.
  - D. Зупинка кровотечі, новокаїнова блокада та транспортування хворого.
  - E. Знеболювання, асептична пов'язка, транспортна іммобілізація.
204. Хлопчик 9 років після пригоди на автошляху оглянутий на місці лікарем швидкої допомоги. Встановлено діагноз: закритий перелом діяфіза правої стегнової кістки із зміщенням уламків, травматичний шок I ступеня. Який об'єм допомоги повинен надати лікар?
- A. Знеболювання, протишокова терапія, іммобілізація правого стегна \*
  - B. Знеболювання
  - C. Транспортна іммобілізація
  - D. Інфузійна протишокова терапія
  - E. Новокаїнова блокада
205. Хлопчик віком 1 рік з народження спостерігається дитячим хірургом з приводу хвороби Гіршпрунга. Добу тому стан дитини різко погіршився. Випорожнення відсутні. Протягом

З діб відмічалось багаторазове блювання з домішками зелені. Живіт здутий, пальпується збільшена, ущільнена сигмоподібна кишка. Який чинник інтоксикаційного синдрому.

- A. Калова інтоксикація \*
- B. Паретичний стан кишок.
- C. Блювота.
- D. Печінкова недостатність.
- E. Післягіпоксійний стан нервової системи.

206. Хворий 57 років протягом останнього тижня після приймання їжі відчуває важкість в епігастральній ділянці, нудоту, для усунення яких він самостійно викликає блювоту. Зниження маси тіла за останній місяць близько 10 кг. Яке дослідження передусім дозволить поставити діагноз?

- A. Фіброезофагогастродуоденоскопія \*
- B. Рентгенографія шлунку
- C. Ультразвукова діагностика живота
- D. Комп'ютерна томографія живота
- E. Магніторезонансна томографія живота

207. Хворий 62 років звернувся за медичною допомогою зі скаргами на відчуття незадоволення після акту дефекації, тенезми, періодичну появу слизу та крові в калі на протязі 2 місяців. Для якого захворювання найбільш характерні такі скарги?

- A. Рак прямої кишки \*
- B. Дизентерія
- C. Хронічний виразковий проктосигмоїдит
- D. Хронічний геморой
- E. Тріщина прямої кишки

208. При колоноскопії у хворого 60 років виявлено поліп сигмовидної кишки (35 см від ануса) розмірами 1,5x2,0 см на ніжці. Для визначення подальшої тактики необхідно виконати передусім:

- A. Ендоскопічні патогістологічні дослідження \*
- B. Ірітографію
- C. Пневмографію
- D. Гемокульттест
- E. КТ черевної порожнини

209. Хворий 73 років звернувся зі скаргами на наявність віскоподібного (напівпрозорого) утворення в області правої скроні до 1,5 см, з виразкою посередині. При пальпації новоутворення – обмеження рухомості останнього. Попередній діагноз.

- A. Карцинома шкіри \*
- B. Меланома шкіри
- C. Фурункул шкіри
- D. Гіперкератоз шкіри
- E. Кератоакантома шкіри

210. Жінка 67 років звернулася зі скаргами на кров'яні виділення з піпки правої грудної

залози. При пальпації – дифузна зернистість тканини правої грудної залози. Яке дослідження необхідно виконати в першу чергу?

- A. Мамографія \*
- B. Дуктографія
- C. Ультразвукова діагностика
- D. Комп'ютерна томографія
- E. Діагностика по Фолю

211. У хворого 41 р. зліва в області паска на спині "родимка", що постійно травмується і поступово збільшується та темнішає. Утворення темно-коричневого кольору до 2 см у діаметрі покриті шкірками. Шкіра навкруг гіперемована. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Який діагноз найімовірніший у хворого?

- A. Меланома \*
- B. Базаліома
- C. Пігментний меланоз Дюбрея
- D. Себорейний кератоз
- E. Кератоакантома

212. Хвора, 66 р., протягом останніх 3-х років лікувалася у терапевта з приводу залізодефіцитної анемії. Не дивлячись на лікування, показники гемоглобіну та еритроцити знижувалися. У хворой в правій половині живота пальпується пухлина до 10 см у діаметрі. В аналізі крові еритроцити –  $2,1 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобін – 64 г/л. Яке обстеження необхідно виконати для верифікації діагнозу?

- A. Фіброколоноскопія \*
- B. Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини
- C. УЗД органів черевної порожнини
- D. Рентгенографія шлунково-кишкового тракту
- E. Екскреторна урографія

213. У жінки, що лікується у ендокринолога з приводу хронічного аутоімунного тиреоїдиту при огляді виявлено множинні вузлові утворення в обох молочних залозах, у зв'язку з чим виконано мамографію. При цьому на фоні множинних затемнень з чіткими контурами у верхній зовнішній ділянці лівої молочної залози виявлено групу мікрокальцинатів. Про що може свідчити цей симптом?

- A. Рак молочної залози \*
- B. Хронічний мастит
- C. Запальна псевдопухлина
- D. Фібroadенома
- E. Кіста

214. Чоловік 67 років, протягом останніх місяців відмічав закреп, олівцеподібний стовпчик калу при дефекації. Нещодавно в калі з'явилися домішки свіжої крові, слизу. Ректальний огляд провести не вдається із-за сильного звуження анального отвору. Попередній діагноз:

- A. Рак прямої кишки \*
- B. Рак анального каналу
- C. Хронічний геморой

- D. Хронічна анальна тріщина
- E. Виразка прямої кишки

215. До лікаря звернувся хворий 30 років, який після тривалого перебування в темряві та емоційного напруження скаржиться на сильний біль в лівому оці, в лівій половині голови, затуманювання зору, нудоту, блювання. Різко знижена гострота зору лівого ока, на очному яблуці змішана ін'єкція, рогова оболонка набрякла, передня камера мілка, зіниця розширена, внутрішньо-очний тиск пальпаторно різко підвищений. Для якої патології характерна така клінічна картина?
- A. Гострий напад глаукоми \*
  - B. Гострий кон'юнктивіт
  - C. Іридоцикліт
  - D. Кератит
  - E. Іридоцикліт з гіпертензією
216. Хворий 25 років, після автодорожньої травми лежить біля машини. Скаржиться на біль у лівій половині грудної клітки та лівій руці. Дихання адекватне, аускультативно у легенях зліва дихання не вислуховується. АТ - 140/90 мм рт. ст., ЧСС - 100 в хв. Шкіра і слизові - бліді. Який захід має першочергове значення?
- A. Ввести знеболюючий засіб \*
  - B. Винести потерпілого в безпечне місце
  - C. Провести підготовку до транспортування
  - D. Здійснити саме транспортування у лікарню
  - E. Провести пункцію плевральної порожнини
217. У хворого 59 років з травматичною ампутацією нижньої кінцівки та значною крововтратою артеріальний тиск 60/40 мм.рт.ст., пульс 140 уд на хв., гемоглобін 62 г/л, центральний венозний тиск (ЦВТ) - негативний. З чого потрібно починати відновлення об(ему циркулюючої крові (ОЦК)?
- A. колоїди \*
  - B. кристалоїди
  - C. еритроцитарна маса
  - D. цільна кров
  - E. альбумін
218. У хворого 22 років гостра кровотеча з язви шлунка. Відзначається ясна свідомість, при вставанні з ліжка пульс 126 уд. на хв., артеріальний тиск 80/40 мм.рт.ст., гемоглобін 76 г/л, гематокріт 0.24, центральний венозний тиск (ЦВТ) нульовий, діурез 500 мл. Який обсяг внутрішньої крововтрати?
- A. 11 - 20% \*
  - B. 0,5 - 10%
  - C. 21 - 40%
  - D. 41 - 70%
  - E. більш 70%
219. На протязі останнього місяця у хворого 68 років щоденно була сильна блювота, він сильно



схуд. При огляді хворий виснажений, обезводнений, в епігастральній ділянці пальпується пухлипоподібне утворення з нечіткими контурами, визивається шум плеску. Який діагноз найімовірніший у хворого

- A. Рак шлунку, ускладнений стенозом воротаря \*
- B. Перфорація виразки шлунку
- C. Гастроптоз
- D. Гострий панкреатит
- E. Гострий холецистит

220. Чоловік 70 років поступив у стаціонар з приводу раптової блювоти "кофейною гущею". В анамнезі проблем зі шлунком не відмічає. Вважав себе здоровим. Загальний стан задовільний. При пальпації живота відмічає незначний біль у епігастрії, в надключичній ділянці зліва пальпується щільний лімфовузол до 1,5 см у діаметрі. Який діагноз найімовірніший?

- A. Рак шлунку \*
- B. Ерозивний гастрит
- C. Варикозне розширення вен стравоходу
- D. Виразка шлунку
- E. Виразка стравоходу

221. Хвора 35 років скаржиться на почервоніння та потовщення пипки лівої молочної залози. При огляді пипка та частина ареоли покриті вологими шкірками та струпами, при злушчуванні яких виявляється волога, зерниста поверхня. Пипка потовщена та щільна на дотик. Яке захворювання слід запідозрити у хворої?

- A. Рак Педжета \*
- B. Гострий мастит
- C. Еритема
- D. Внутрішньо-протокова папілома
- E. Екзема

222. У хворої 58 років 10 місяців тому з'явилася дисфагія, яка поступово посилювалася. В даний час хвора з натугою може проковтнути воду. Різко виснажена. Над лівою ключицею пальпується конгломерат щільних лімфатичних вузлів. Який діагноз у хворої?

- A. Рак кардіального відділу шлунка \*
- B. Кардіоспазм
- C. Ахалазія стравоходу
- D. Діафрагмальна кила
- E. Стравохід Беретта

223. Хворий 54 років скаржиться на біль за грудиною, почуття стороннього тіла у верхній третини шиї, непрохідність їжі та слини, блювання після прийому їжі. З анамнезу встановлено, що хворий проковтнув великий шмат курячого м'яса з кісткою, після чого з'явилися вищевказані жалоби. При непрямій ларингоскопії визначається значна кількість слини у грушоподібних синусах. В легенях дихання везикулярне. Який додатковий метод дослідження необхідно провести для підтвердження попереднього діагнозу?

- A. рентгенографія стравоходу з контрастуванням \*

- В. термографічне дослідження шиї
- С. УЗД органів черевної порожнини
- Д. рентгенографія органів грудної порожнини
- Е. комп'ютерна томографія грудної порожнини

224. Дитина 5 років їла горіх і несподівано похлинулася, закашлялася, з'явилося утруднене дихання. При огляді виявлений періодичний кашель, утруднений видих, відставання грудної клітки в акті дихання. Аускультативно виявлено послаблене дихання справа, перкуторно - тимпаніт, рентгенологічно — зміщення органів середостіння вліво. Який метод лікування хворого?

- А. бронхоскопія, видалення стороннього тіла \*
- В. протинабрякові ендоларингеальні інгаляції
- С. торакотомія
- Д. езофагоскопія
- Е. трахеотомія

225. Хворий 35 років скаржиться на біль в ділянці носа, кровотечу. Годину тому отримав хуліганську травму. Свідомості не втрачав. Об'єктивно: виражений набряк м'яких тканин носа. Носове дихання утруднене. Риноскопично обільна носова кровотеча з передніх відділів носа, виявляється значний набряк слизової оболонки. На рентгенограмах в прямій та бічних проекціях перелома кісток носа не виявлено. Які першочергові заходи слід провести?

- А. передня тампонада носа \*
- В. анемізація слизової оболонки носа
- С. призначення гемостатичної терапії та антибіотиків
- Д. репозиція кісток носа
- Е. задня тампонада носа

226. Хлопчик 6-ти років луснув кабакове насіння і випадково проковтнув чи вдихнув його. Відразу з'явився приступ задухи, який невдовзі минув, однак час од часу відновлювався кашель. Об'єктивно: виражена задишка у спокої, блідність шкіряних покривів, дихання шумне, при цьому на видиху чути виразливий "ляскаючий" звук. Аускультативно вислуховуються сухі хрипи. Огляд глотки і гортані неможливий у зв'язку з вираженим блювальним рефлексом. До якої локалізації стороннього тіла найбільш характерні наведені симптоми?

- А. трахея \*
- В. глотка
- С. стравохід
- Д. гортань
- Е. бронхи

227. Лікар швидкої медичної допомоги прибув на місце пригоди та знайшов потерпілого від електротравми у непритомному стані. Людина лежала горілиць, біля потерпілого знаходився електричний дріт під напругою 2кВ. Якими рухами найдоцільніше наблизитися лікарю до хворого?

- А. Стрибками на двох ногах \*
- В. Одразу підбігти

- С. Великими кроками
- Д. Плазуючи
- Е. Чекати вимкнення електроструму

228. Солдату який був в осередку ураження ОР введено антидот з АІ. Уражений евакуйований в МПБ, введено підшкірно 4 мл 0,1% розчин атропіну. Скарги на загальну слабкість, спрагу, сухість в горлі, охриплість голосу, збуджений, поведінка агресивна. Шкіра обличчя гіперемована, зіниці розширені. В легенях жостке дихання. Пульс 112 уд/хв, АТ-140/90 мм.рт.ст. Що могло б спричинити описану картину?
- А. Атропінізація організму \*
  - В. Ураження зарином
  - С. Ураження ВЗ
  - Д. Ураження дифосгеном
  - Е. Передозування реактиваторів холінестерази
229. У солдата після виходу з осередку ураження ОР появились погіршення зору, головний біль, загальна слабкість, відчуття нестачі повітря. Об'єктивно: ціаноз слизових, фібрилярні посмикування м'язів обличчя. В легенях жорстке дихання, незвучні сухі свистячі хрипи, відмічається брадикардія, А/Т 90/60 мм.рт.ст. Який лікарський середник з АІ використовується для надання І медичної допомоги?
- А. Будаксим \*
  - В. Афінін
  - С. Атропін
  - Д. Ізонітрозин
  - Е. Цистамін
230. Під час артилерійського обстрілу хімічними снарядами противника військовослужбовець отримав важке перкутанне ураження зоманом. На обмундированні та предметах оснащення виявлено краплини ОР. Які табельні засоби застосовуються для проведення дегазації предметів обмундирування та оснащення військово-службовця на полі бою?
- А. Полідегазуючий розчин з АІ \*
  - В. Дегазуючий розчин №1
  - С. Дегазуючий розчин №2 ащ, №2 бщ
  - Д. На основі солей
  - Е. На основі важких металів
231. Хворий Н., скаржиться на підсилену саливацію, болі за грудиною, які не пов'язані з фізичними навантаженнями, на загальну слабкість, на регургітацію, відчуття важкого проходження їжі по ставоходу. Хворіє на протязі 1 року. Спочатку відмічав затруднення при ковтанні відварного м'яса, тверду їжу необхідно було запивати водою. Дефіцит маси тіла 15 кг. Поставте попередній діагноз.
- А. Рак ставоходу. \*
  - В. Аневризма грудного відділу аорти.
  - С. Дивертикул ставоходу.
  - Д. Пухлина органів середостіння.
  - Е. Гострий езофагіт

232. Хвора К., 54 роки, поступила в хірургічне відділення з скаргами на інтенсивні болі в животі, особливо в правому підребір'ї, втрату маси тіла, зростання загальної слабості, підвищення температури тіла. Хворіє 1,5 року. Шкірні покриви жовтушні. Живіт збільшений в об'ємі, асцит, печінка збільшена, поверхня бугриста. Ваш попередній діагноз?
- A. Рак печінки \*
  - B. Цироз печінки
  - C. Ехінококоз печінки
  - D. Хронічний гепатит
  - E. Гострий холецистит
233. Хвору М., 64 роки протягом 10 років турбують закрепи. На протязі останнього року спостерігаються проноси і закрепи, болі в животі, бурчання, відчуття важкості і вздуття, поганий апетит. Пацієнтка втратила біля 12 кг маси тіла. В останній час в калових масах виявила домішки крові. Сформулюйте попередній діагноз?
- A. Рак товстої кишки. \*
  - B. Комбінований геморой
  - C. Неспецифічний виразковий коліт
  - D. Туберкульоз товстої кишки.
  - E. Хронічний нетероколіт
234. Хворий З., хворіє на протязі 3 місяців. Скарги на біль в епігастрії, відчуття важкості в животі, нудоту, відсутність апетиту. Дефіцит маси тіла 12 кг. Батько помер від раку шлунка у віці 38 років. Спостерігалася блювота з домішками "чорної крові". При пальпації живота визначається резистентність в епігастрії і болючість. Про яке захворювання органів черевної порожнини треба думати?
- A. Рак шлунку \*
  - B. Виразка шлунка
  - C. Гастрит шлунка
  - D. Хронічний панкреатит
  - E. Псевдокіста підшлункової залози
235. Хвора М., скаржить на болі за грудиною, затруднення при ковтанні, відрижку, загальну слабкість. Хворіє 6 місяців. Втратила в масі 12 кг. При рентгенологічному дослідженні нижньої третини стравоходу виявлено дефект наповнення у вигляді вузлоподібного утвору з нерівними контурами. Просвіт в ураженій ділянці звужений, перистальтика відсутня. Ваш діагноз?
- A. Рак стравоходу \*
  - B. Кардіоспазм
  - C. Пухлина середостіння
  - D. Лейоміома стравоходу
  - E. Туберкульоз стравоходу
236. Хворий К., скаржиться на постійну виснажену біль в верхній половині живота і супроводжується нудотою, блювотою, метеоризмом, діареєю, підвищенням t тіла. Спостерігається зниження маси тіла. Хворіє на протязі 1 року. Лікувався в гастроентерологічному відділенні без стійкого ефекту. За останні 6 місяців у перебігу

захворювання не було світлих проміжків.Спостерігається жовтяниця, асцит.Печінка, селезінка збільшені; щільні,бугриста поверхня.Ваш попередній діагноз?

- А. Рак підшлункової залози \*
- В. Цироз печінки
- С. Хронічний панкреатит
- Д. Псевдокіста підшлункової залози
- Е. Туберкульоз підшлункової залози

237. Хвора Н.,41 рік, звернулася з скаргами на наявність гострих болей в животі, нудоту, блювоту.Діагноз гострої хірургічної патології було знято. При рентгенологічному дослідженні шлунка було виявлено наявність каскаду у верхньому відділі шлунка, які не вирівнюються при прийманні барієвої суміші, вкорочення малої кривизни шлунка.Ваш діагноз?

- А. Рак шлунка \*
- В. Дивертикул шлунка
- С. Виразка шлунка
- Д. Рак підшлункової залози
- Е. Виразка шлунка з перфорацією

238. Хворий С, 56р, поступив зі скаргами на сверблячку, ниючі болі в правому підребр'ї, загальну слабкість, відсутність апетиту, жовтяницю, яка прогресивно наростає протягом місяця. Вираженого больового синдрому небуло. Живіт м'який, печінка +5 см, в правому підребр'ї пальпується помірно-болючий пухлиноподібний утвір овальної форми. Кал ахолічний, уробілін в сечі невизначається. Ваш діагноз?

- А. Рак головки підшлункової залози \*
- В. Рак воріт печінки
- С. Рубцеві стріктури холедоха
- Д. Холедохолітиаз
- Е. Рак Фатерового сосочка

239. У хворого К. 62 р, на протязі 15 років хворівшого виразкою шлунка в останній час зникла сезонність больового синдрому, болі стали носити постійний тупий характер, погіршав апетит. При дослідженні шлункового соку-загальна кислотність-10, вільна-0. Рентгенологічно в антральному відділі шлунка "ніша" розміром 2,5 см, стінка шлунку ригідна, еребудований рисунок складок слизової.Про яке ускладнення необхідно подумати?

- А. малігнізована виразка шлунка \*
- В. Пенетруюча виразка шлунка
- С. Дивертикул шлунка
- Д. Туберкульоз шлунка
- Е. Атрофічний гастрит

240. Хворий С., 67 років звернувся до лікаря зі скаргами на затруднене проходження їжі по стравоходу, відчуття наповнення та розпирання за грудиною, особливо після прийому їжі, гіперсалівацію, нудоту, зригування їжею, неприємний запах з рота. Про яке захворювання можна думати у даного хворого?

- А. Рак стравоходу \*

- В. ахалазія стравоходу
- С. дивертикул стравоходу
- Д. діафрагмальна грижа
- Е. езофагіт

241. Вам довелося прийти на допомогу жінці 55-ти років, у якої виникла кровотеча із розірваного варикозно розширеного вузла на лівій гомілці. В чому буде заключатись перша допомога?
- А. Тиснуча пов'язка, підвищення положення ураженої кінцівки, при відсутності ефекту прошивання проксимального і дистального кінця ураженої вени. \*
  - В. Тиснуча пов'язка, підвищення положення ураженої кінцівки.
  - С. Накладання жгута, тиснуча пов'язка.
  - Д. Тиснуча пов'язка.
  - Е. Накладання жгута.
242. Хворий Д. 48 років доставлений в приймальне відділення із відкритим переломом нижньої кінцівки. Загальний стан тяжкий. Шкірні покриви бліді з ціанотичним відтінком, вологі. Пульс 110 уд/хв. А/Т: 90/55 мм рт. ст. ЧД-26 за хвилину. Нв- 80 г/л. Нт- 30. Оцініть ступінь крововтрати.
- А. Тяжкий. \*
  - В. Середний.
  - С. Легкий.
  - Д. Масивна крововтрата
  - Е. Шок
243. Ви стали свідком дорожньо-транспортної пригоди і зупиняючи артеріальну кровотечу із нижньої кінцівки наклали жгута. Які із критеріїв в повній мірі відображають правильність його накладання?
- А. Відсутність пульсу на периферії, зупинка кровотечі, бліда і холодна кінцівка. \*
  - В. Відсутність пульсу на периферії, неінтенсивна кровотеча, бліда і холодна кінцівка.
  - С. Зупинка кровотечі, бліда і холодна кінцівка.
  - Д. Відсутність пульсу на периферії, зупинка кровотечі.
  - Е. Зупинка кровотечі.
244. Хворий Б. 56 р. поступив у клініку після отримання електротравми 30 хвилин тому. Стан хворого важкий, без свідомості, судомні скорочення м'язів. Пульс 110 уд/хв. аритмічний, тони серця глухі. Дихання утруднене. Який ступінь ураження хворого?
- А. III ступінь \*
  - В. I ступінь
  - С. II ступінь
  - Д. IV ступінь
245. Перераховані дії є вірними при лікуванні анафілактоїдної / анафілактичної реакції під час анестезії
- А. Внутрішньовенне введення адреналіну \*

246. Внутрішньовенне введення високих доз фурасеміду
- А. Припинення внутрішньовенних інфузій \*
  - В. Поглиблення анестезії
  - С. Внутрішньовенне введення бікарбоната
247. У пацієнта з симптомами відсутності кровообігу на ЕКГ встановлена асистолія. Першочерговим терапевтичним міроприємством повинно бути:
- А. Введення адреналіну \*
248. Електрична дефібриляція
- А. Введення лідокаїну \*
  - В. Введення хлорида кальцію
  - С. Введення атропіну
249. Потерпілого вилучено з під уламків зруйнованого бу-динку через 6 годин. Об'єктивно: синдром довготривалого розчавлювання обох кінцівок, некомпенсована ішемія II ступеню. Вкажіть об'єм першої медичної допомоги.
- А. Знеболювання, накладання джгута, охолодження, іммобілізація \*
  - В. Бинтування кінцівок, охолодження, іммобілізація
  - С. Звільнення кінцівок, охолодження, іммобілізація
  - Д. Знеболювання, іммобілізація, введення антибіотиків
  - Е. Найскоріше транспортування у лікувальний заклад
250. Больной С., 35 лет, после удара ногой в живот поступил на следующий день с жалобами на боли внизу живота, недомогание, t до 38,0, невозможность мочеиспускания. При осмотре общее состояние средней тяжести. Пульс 104 в мин. АД – 120/80. Язык сухой, живот участвует в дыхании. При поверхностной пальпации над лоном небольшое напряжение и болезненность. Определяется нечетко выраженный симптом Щеткина. При катетеризации мочевого пузыря получено до 500 мл мутной мочи с неприятным запахом. Укажите наиболее вероятную причину заболевания.
- А. Разрыв мочевого пузыря \*
  - В. Ушиб передней брюшной стенки.
  - С. Подкожный разрыв тонкой кишки.
  - Д. Острый аппендицит
  - Е. Забрюшинная гематома
251. Больной У., 18 лет получил удар ногой в промежность, после чего появились боли в месте удара, усиливающиеся при ходьбе, значительная припухлость. При попытке мочеиспускания боли по ходу промежности усиливаются, выделяются капли крови. Укажите возможную причину нарушения мочеиспускания.
- А. Подкожный разрыв уретры \*
  - В. Разрыв мочевого пузыря
  - С. Гематома промежности
  - Д. Перелом костей таза
  - Е. Нарушение иннервации мочевого пузыря



252. У дитини в віці 6 років діагностована тонко – тонкокишкова інвагінація. Ваша тактика.
- A. Негайна операція \*
  - B. Операція в плановому порядку
  - C. Консервативне розправлення
  - D. Спостереження
  - E. Дослідження з барієвою взвісю
253. У новонародженої дитини клініка атрезії стравоходу. Назвіть найбільш вірне положення хворого атрезією стравоходу з нижньою трахеостравохідною норицею при транспортуванні ?
- A. Вертикальне \*
  - B. На правому боці
  - C. Звозвишеним тазовим кінцем
  - D. Горизонтальне
  - E. Положення не має значення
254. Защемлення пахової кили виникло у дівчинки в віці 3 років. Давність защемлення 1 година. Виберіть метод лікування.
- A. Негайне оперативне втручання \*
  - B. Ручне вправлення кили
  - C. Короткочасний наркоз
  - D. Комплекс консервативних заходів, розрахованих на самовправлення кили
  - E. Клізма з хлоралгідратом
255. Назвіть час появи клінічних симптомів пілоростенозу у дітей.
- A. Третій тиждень життя \*
  - B. Перша доба після народження
  - C. Другий тиждень життя
  - D. Четвертий тиждень життя
  - E. Після 1 року життя
256. У дитини в віці 8 місяців раптово з'явився приступоподібний біль у череві, блювота. Відмічена затримка стула. При ректальному огляді знайдена темна кров. Ваш припустимий діагноз.
- A. Інвагінація кишечника \*
  - B. Поліп прямої кишки
  - C. Щилина слизової оболонки прямої кишки
  - D. Меккелев дивертикул
  - E. Виразка 12-палої кишки
257. Больной 48 лет, поступил с жалобами на резкие боли в эпигастрии. В анамнезе перенесенная операция по поводу язвенной болезни 5 лет назад - резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через год после операции у больного появился желудочный дискомфорт. Диагностировали и лечили гастрит оперированного желудка. Объективно: состояние тяжелое, больной бледен, кожные покровы сухие пульс 110 в мин., АД 100/70. Язык сухой, обложен, живот напряжен и резко болезнен в эпигастрии, положителен

симптом Щеткина. Ваш діагноз?

- А. Перфорация пептической язвы анастомоза. \*
- В. Опухоль культи желудка.
- С. Гастрит оперированного желудка
- Д. Острый панкреатит
- Е. Острый холецистит

258. Больному с типичной клиникой перфоративной язвы предложено срочное оперативное вмешательство от которого он категорически отказался. Каковы ваши действия?

- А. Созвать консилиум в составе главного врача, начмеда и зав.отделением и убедить больного о необходимости оперативного лечения. \*
- В. Оперировать, несмотря на несогласие больного.
- С. Интенсивная терапия и противовоспалительное лечение.
- Д. Постоянная аспирация желудочного содержимого через зонд с введением антибиотиков по Тейлору.
- Е. Проведение противоязвенной терапии.

259. Больной 38 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту. Боли появились внезапно, 4 часа назад. Ранее был оперирован по поводу травмы брюшной полости с повреждением кишечника. П - 98 ударов в мин. АД - 130/80 мм рт.ст. Язык сухой обложен белым налетом. Живот ассиметрично вздут, по средней линии послеоперационный рубец, перистальтика усилена, газы не отходят. На обзорной R-грамме чаши Клойбера. Ваш диагноз.

- А. Острая спаечная непроходимость. \*
- В. Острый панкреатит.
- С. Пищевая токсикоинфекция.
- Д. Прободная язва.
- Е. Почечная колика.

260. Больная 54 года, доставили в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Болеет 2-е сутки после погрешности в диете. Больная повышенного питания. Р - 112, АД - 100/70 мм рт. ст. Язык сухой обложен белым налетом. Живот вздут, болезнен в эпигастрии, положителен симптом Воскресенского, Блюмберга, перистальтика ослаблена. Л- 21,4.х109/л . Диастаза мочи 254. Ваш диагноз.

- А. Острый панкреатит. \*
- В. Острый холецистит.
- С. Прободная язва.
- Д. Почечная колика. Пиелонефрит.
- Е. Кишечная непроходимость.

261. 12-летней девочке установили диагноз циклической нейтропении. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза:

- А. Стернальная пункция \*
- В. Гемограмма
- С. Тест с нитросиним тетразолием

- D. Тест на лейкоцитарную щелочную фосфатазу
- E. Полимеразная цепная реакция

262. Больной 36 лет, поступил в клинику с болями в правом подреберье с иррадиацией в шею, рвоту. Боли появились 4 часа назад. В течение 3 мес. была изжога. Рс-72 удара в мин. АД – 120/70, язык влажный. Живот болезнен в правом подреберье. Слабо положительный синдром Щеткина, Ортнера отрицателен. На R-грамме свободного газа в брюшной полости нет. Л – 12х10<sup>9</sup>. Ваш диагноз.
- A. Острый холецистит. \*
  - B. Острый панкреатит.
  - C. Прободная язва 12-ти перстной кишки.
  - D. Острый гастрит.
  - E. Язвенный колит
263. Стан хворого 5 років дуже важкий. Дихання різко затримане, відмічається втягування податливих місць грудної клітки. На рентгенограмі – збільшення прозорості обох легенів. В анамнезі – аспірація стороннього тіла. Укажіть локалізацію стороннього тіла.
- A. Фіксоване стороннє тіло трахеї \*
  - B. Стороннє тіло гортані
  - C. Стороннє тіло бронху
  - D. Рухоме стороннє тіло трахеї
  - E. Стороннє тіло стравоходу
264. Хворий 5 років поступив до лікарні з діагнозом: правосторонній орхіт. Анамнез: захворювання почалося раптово з різкою болючістю в правій половині калитки, через 1 годину виник набряк і гіперемія калитки. За 10 днів до цього хворів на паротит. При огляді: набряк і гіперемія калитки різко виражені, яєчко болісне, великих розмірів і підтягнуто до кореня калитки. Поставте діагноз.
- A. Перекрути яєчка \*
  - B. Правосторонній паротитний орхіт
  - C. Перекрути гідатіди
  - D. Алергічний набряк калитки
  - E. Флегмона калитки
265. Дитина в віці 3 років направлена на госпіталізацію з діагнозом гострого апендициту. При огляді в приймальному відділенні даних за гострий апендицит немає. Ваша тактика.
- A. Госпіталізувати \*
  - B. Відпустити до дому
  - C. Відпустити до дому. Активний виклик педіатра поліклініки.
  - D. Відпустити до дому. Рекомендації повторного огляду при появі болю в животі
  - E. Відпустити до дому під нагляд хірурга поліклініки
266. Больной А., 73 лет находится на лечении в клинике по поводу механической желтухи. Наиболее вероятная причина механической желтухи – опухоль головки поджелудочной железы. Какой из нижеперечисленных симптомов наиболее характерен для данного состояния.?

- A. С-м Курвуазье. \*
- B. Щеткина-Блюмберга.
- C. С-м Кера.
- D. С-м Пастернацкого
- E. С-м Воскресенского

267. Хворий Ш., 69 років, раптово знепритомнів біля маніпуляційного кабінету. Об'єктивно: свідомість відсутня, самостійне дихання не визначається. Пульс на центральних артеріях вкрай слабкий, аритмічний. Використання якої з наведених методик штучної вентиляції легенів забезпечує максимальний дихальний об'єм?

- A. З рота в рот. \*
- B. Хольгера – Нільсена.
- C. Сільвестра.
- D. Модифікований метод Сільвестра.
- E. Підняття нижніх кінцівок.

268. Хворий Ш., 69 років, раптово знепритомнів біля маніпуляційного кабінету. Об'єктивно: свідомість відсутня, самостійне дихання та пульс на центральних артеріях не визначається. Після початку реанімаційних заходів проведено електричну дефібриляцію серця. Які фактори знижують ефективність дефібриляції?

- A. Всі наведені. \*
- B. Неправильне розташування електродів.
- C. Неадекватна вентиляція легенів.
- D. Наявність декомпенсаційного ацидозу.
- E. Тривала клінічна смерть.

269. Дитина постійно дихає ротом, носове дихання утруднене. Яка найбільш часта патологія глотки може привести до цього стану?

- A. Аденоїдні вегетації \*
- B. Викривлення носової перегородки
- C. Ангіофіброза носоглотки
- D. Хронічний поліпозний гайморит
- E. Хоанальний поліп

270. Найбільш вірогідне джерело кровотечі при наявності безформних згортків крові в сечі:

- A. Сечовий міхур \*
- B. Уретра
- C. Сечовід
- D. Нирка

271. Найбільш вірогідне джерело кровотечі при наявності хробакоподібних згортків крові в сечі:

- A. Нирка \*
- B. Уретра
- C. Сечовід
- D. Сечовий міхур

272. Із психіатричної лікарні доставлений хворий, який сьогодні сказав лікаря, що 2 дні тому проковтнув англійську булавку. Хворий ніяких скарг не пред'являє, загальний стан лишається задовільним, живіт м'який, безболісний. При рентгенологічному дослідженні велика англійська булавка знайдена в тонкому кишечнику, яка знаходиться в закритому положенні. Що треба зробити?
- А. Рентгенконтроль, спостереження в умовах хірургічного відділення. \*
  - В. Оперативне втручання в ургентному порядку.
  - С. Хворому немає потреби спостерігатися в умовах хірургічного відділення.
  - Д. Спостереження в хірургічному відділенні, очистна клізма
  - Е. Спостереження в умовах хірургічного відділення
273. Хворий Ц. 35 років доставлений бригадою швидкої допомоги. З даних анамнезу стало відомо, що періодично протягом трьох років турбує біль у епігастральній ділянці, особливо у нічний час, печія, для зменшення якої вживав соду. За медичною допомогою не звертався. Протягом двох тижнів перед поступленням відмічає посилення болю, який самостійно пройшов два дні тому. В день поступлення з'явилась сильна слабкість, нудота, головокружіння, двічі було випорожнення прямої кишки чорним, дьогтеподібним калом. Зі слів супроводжуючих двічі втрачав свідомість. При огляді: хворий блідий, стан середньої тяжкості. Пульс 105 ударів на хвилину, АТ 90/60 мм. рт. ст. Загальний аналіз крові: гемоглобін 96 г/л. лейкоцитів  $16 \times 10^9$ /л. Найбільш вірогідний попередній діагноз.
- А. Гострокровоточива виразка дванадцятипалої кишки.. \*
  - В. Рак шлунка.
  - С. Гострий панкреатит.
  - Д. Інфаркт міокарду.
  - Е. Кровотча з флебетазій стравоходу.
274. У хворої 18 років без попереднього анамнезу 2 доби тому виник біль в епігастральній ділянці, який потім змістився до правої здухвинної ділянки, поступово став посилюватися, підвищилася температура тіла до  $39,80^{\circ}\text{C}$ , виникла різка слабкість, було одноразове блювання їжею. За допомогою не зверталася. При огляді: стан важкий, пульс 125 ударів на хвилину, АТ 100/50 мм рт. ст., язик сухий, Живіт піддутий, різко болісний у всіх ділянках, переважно – у правій здухвинній. черевна стінка обмежена в рухомості при диханні, виявляється розповсюджений позитивний симптом Щьоткіна-Блумберга. Лейкоцитоз  $21,8 \times 10^9$ /л. Нб 130 г/л. Яке ускладнення виникло у хворого?
- А. Деструктивний апендицит. Розповсюджений гострий перитоніт. \*
  - В. Перфорація сліпої кишки.
  - С. Інвагінація здухвинної кишки.
  - Д. Перфоративна виразка
  - Е. Переривання позаматкової вагітності.
275. Хворий 42 років доставлений у стаціонар в порядку екстреної допомоги: раптово виникло блювання мало зміненою кров'ю. Пацієнт сповістив, що така кровотеча вже третя протягом останніх двох років. З анамнезу – 8 років тому хворів на вірусний гепатит В. При огляді на животі виявляється значна венозна сітка у вигляді "голови медузи", пальпується збільшена селезінка і щільний край печінки на рівні реберної дуги. Пульс 115 ударів на хвилину. АТ 100/50 мм рт. Ст. Найбільш імовірний діагноз?
- А. Кровотеча з варикозно змінених вен стравоходу. \*
  - В. Синдром Меллорі-Вейсса.

- С. Легенева кровотеча.
- Д. Гострокровоточива дуоденальна виразка.
- Е. Кровотеча з пухлини шлунка.

276. У хворої 68 років, що багато років страждає на лівобічний деформуючий коксартроз, на тлі тривалого вживання диклофенаку (останні два тижні – чотири рази на день) раптово з'явилася непритомність, запаморочення, слабкість, двічі була блювота рідиною, що за кольором нагадує кавову гущину. Протягом останніх трьох тижнів – постійний біль в епігастрії, з приводу чого два тижні тому в поліклініці виконали ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки – виявлений вогнищевато-атрофічний гастрит. Пульс 105 ударів на хвилину. АТ 100/70 мм рт. ст. Яке інструментальне дослідження на першому етапі буде найбільш доцільним?
- А. Ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки. \*
  - В. Ультразвукове дослідження органів живота.
  - С. Рентгенконтрастне дослідження стравоходу, шлунка, кишечника.
  - Д. Оглядова рентгенографія органів грудної та черевної порожнини.
  - Е. Комп'ютерна томографія.
277. До приймального відділення хірургічної клініки доставлена дитина 5 років, яка випила невідому рідину, із скаргами на біль за грудиною та в епігастральній ділянці. Була багаторазова блювота шлунковим вмістом, слизом. З'ясувати анамнез у дитини, а також у осіб, що її супроводжують, не вдається. На губах та в роті пацієнта – гіперемія та набряк слизової оболонки, поодинокі ерозії, білуваті плями. Лікар запідозрив хімічний опік стравоходу. В чому буде полягати оптимальна невідкладна допомога?
- А. Зондове промивання шлунка, дезінтоксикаційна терапія. \*
  - В. Інфузійна терапія.
  - С. Екстрена операція.
  - Д. Беззондове промивання шлунка.
  - Е. Раннє бужування стравоходу.
278. 25-річний пацієнт, що тривалий час вживає алкогольні напої, доставлений у хірургічну клініку з приводу багаторазової блювоти спочатку рештками їжі, потім – малозміненою кров'ю та її згортками, що виникло внаслідок вживання горілки. При ендоскопічному дослідженні виявлений лінійний розрив слизової оболонки в ділянці переходу стравоходу в шлунок. Шлунок та дванадцятипала кишка без особливостей. Ваш діагноз?
- А. Синдром Меллорі-Вейсса. \*
  - В. Гострий геморагічний гастрит.
  - С. Гострі ерозії стравоходу та шлунка.
  - Д. Гострокровоточива виразка дванадцятипалої кишки.
  - Е. Хімічний опік стравоходу.
279. Дитина 5 місяців доставлена до клініки через 36 годин від початку захворювання бліда, з повторним блюванням. Останній раз випорожнення були 34 години тому, слиз із кров'ю у вигляді малинового желе. З анамнезу встановлено, що дитина вперше отримала манну кашу у якості прикорму. Живіт здутий, напружені м'язи передньої черевної стінки, відсутня перистальтика кишечника, позитивний симптом Щоткіна та відсутня "печінкова тупість" при перкусії живота. На оглядовому знімку вільний газ в черевній порожнині.

Яка причина цих симптомів?

- A. перфорація кишечника при інвагінації \*
- B. Пневмонія
- C. Аспірація
- D. Пневмоторакс
- E. Харчове отруєння

280. Хлопчик 7 років впав з велосипеда на лівий бік. При огляді виявлено позитивний френікус-симптом і слабо виражений симптом Щоткіна-Блумберга. При перкусії – укорочення перкуторного звуку в лівій половині живота. В загальному аналізі крові – зниження показників червоної крові. Артеріальний кров'яний тиск знижений також. Ваш попередній діагноз?

- A. Закрита травма селезінки \*
- B. Кишкова непрохідність
- C. Ушиб лівої половини грудної клітки
- D. Гострий апендицит
- E. Діафрагмальна грижа зліва

281. У хворого 45 років на ділянці правої кисті на тильній поверхні є зірчастий рубець, що виник після виробничої травми 8 років тому. Останнім часом рубець почав ущільнюватись, а потім у центрі вкрився виразками. Регіонарні лімфовузли не збільшені.

- A. консультація онколога, взяття скребка виразки для цитологічного дослідження \*
- B. Місцеве лікування мазями
- C. Консультація дерматолога
- D. Динамічне спостереження
- E. Висічення виразки у хірурга

282. У хворої 20 років після травми в перукарні пігментного новоутворення лобної ділянки воно почало збільшуватись в діаметрі, змінило забарвлення (стало більш темним). Після травми пройшло 2 тижні. План обстеження.

- A. Консультація онколога, дерматоскопія \*
- B. Взяття скребка з пухлини для цитологічного дослідження
- C. Пункційна біопсія пухлини
- D. Динамічне спостереження
- E. УЗД пухлини

283. Чоловіка 65 років турбує наявність виразки на слизовій оболонці щоки справа в місці травмування її протезом. Виразка існує близько 2 місяців. Полоскання антисептичними розчинами не ефективне. Регіонарні лімфовузли не збільшені.

- A. Консультація онколога, біопсія виразки \*
- B. Консультація отоларинголога
- C. Дерматоскопія виразки
- D. Консультація стоматолога, призначення антибактеріальної терапії
- E. Консультація інфекціоніста

284. Для ранньої діагностики раку молочної залози необхідно проводити



- A. Регулярно самоогляд молочних залоз, профілактичні огляди, мамографію після 50 років \*
- B. Термографію молочних залоз
- C. УЗД молочних залоз
- D. МРТ молочних залоз
- E. Визначення онкомаркеру C15-3

285. Для ранньої діагностики раку шлунку необхідно проводити

- A. Спостереження за групами ризику, проведення програм скринінгу раку шлунку \*
- B. Фіброгастроскопія
- C. УЗД органів черевної порожнини
- D. МРТ органів черевної порожнини
- E. Визначення онкомаркеру РЕ

286. Для ранньої діагностики раку товстої кишки необхідно проводити

- A. Проведення тестів на приховану кров у калі \*
- B. Фіброколоноскопія
- C. УЗД органів черевної порожнини
- D. МРТ органів черевної порожнини
- E. Визначення онкомаркеру РЕ

287. Для ранньої діагностики раку прямої кишки необхідно проводити

- A. Ректальне пальцеве дослідження \*
- B. Ректороманоскопія
- C. УЗД органів малого тазу
- D. МРТ органів малого тазу
- E. Визначення онкомаркеру РЕ

288. Для ранньої діагностики раку стравоходу необхідно проводити

- A. Спостереження за групами ризику, проведення ендоскопічного дослідження \*
- B. Рентгенконтрастне дослідження стравоходу
- C. УЗД органів середостіння
- D. КТ органів середостіння
- E. Визначення онкомаркеру РЕ

289. Для ранньої діагностики раку легенів необхідно проводити

- A. Флюорографія широких мас населення \*
- B. Цитологічне дослідження харкотиння
- C. Плевральна пункція
- D. КТ органів середостіння
- E. Бронхоскопія

290. К детскому хирургу обратилась мать с сыном, которому было 5 недель от рождения, с жалобами на рвоту "фонтаном" и резкое исхудание ребёнка. Был заподозрен врожденный пилоростеноз. Какой симптом из методов физикального обследования при этом

заболевании будет наиболее объективным?

- А. Видимая перистальтика желудка по типу “песочных часов” \*
- В. Пальпация гипертрофированного привратника
- С. Видимая перистальтика кишечных петель
- Д. Симптомы раздражения брюшины
- Е. Увеличение печени

291. Ребёнок 5 лет обратился в приемное отделение с жалобами на боли в животе. 5 часов назад, во время игры получил прямой удар по животу. Обнаружено: ребёнок бледен, пульс частый, слабого наполнения. При пальпации дефанс в области мезогастрия, там же болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Заподозрено повреждение кишечника. Какие рентгенологические признаки характерны для этой патологии?

- А. Наличие свободного газа в брюшной полости \*
- В. Наличие 2-х газовых пузырей в эпигастральной области
- С. Наличие чаш Клойберга
- Д. Отсутствие пневматизации кишечника
- Е. Отсутствие газового пузыря желудка

292. В клинику детской хирургии доставлен новорожденный 3 недель жизни. Со слов, у ребенка на фоне полного благополучия отмечается рвота “фонтаном” в течение последних двух недель. Рвотные массы не содержат желчи. Заподозрен пилоростеноз. Какой вид обследования должен быть применен в оптимальном варианте?

- А. УЗИ живота \*
- В. Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- С. Гастрофиброскопия
- Д. Лапароскопия
- Е. Рентгеноконтрастное исследование желудка

293. Ребенок 3 лет получил ожог пищевода концентрированной серной кислотой. Какой вид срочной помощи необходимо оказать?

- А. Эвакуация содержимого желудка по зонду \*
- В. Промывание желудка водой через зонд
- С. Промывание желудка слабыми щелочными растворами
- Д. Промывание желудка слабыми кислыми растворами
- Е. Обильное питье

294. В клинику детской хирургии доставлен новорожденный с выраженной одышкой, цианозом. При осмотре пораженная половина грудной клетки выбухает, средостение оттеснено в противоположную сторону, перкуторно-тимпонит, аускультативно-ослабленное дыхание. На рентгенограмме: смещение средостения в противоположную сторону, тотальное просветление, отсутствие легочного рисунка. Ваш диагноз?

- А. Пневмоторакс \*
- В. Гидроторакс
- С. Гемоторакс
- Д. Пиопневмоторакс
- Е. Врожденная лобарная эмфизема

295. В клинику детской хирургии доставлен ребёнок с жалобами на резкие боли внизу живота с иррадиацией в промежность, непрерывными позывами и невозможность помочиться. Было заподозрено повреждение мочевого пузыря. Какой основной метод диагностики?
- A. Цистография \*
  - B. В/в урография
  - C. Хромоцитоспония
  - D. Лапароскопия
  - E. Цистоскопия
296. У хворий, 56 років, на третю добу після перенесеної операції по виділенню злоякісної пухлини щитовидної залози поступово з'явилась задишка зі значно утрудненим вдихом. ЧДР – 26-28 за 1 хвилину. В акті дихання приймають участь допоміжні м'язи. Ларингоскопія: вестибулярний відділ гортані не змінений, голосові складки білого кольору, знаходяться в серединному положенні, при видоку не розходяться. Який хірургічний захід найбільш доцільно зробити?
- A. Трахеостомія \*
  - B. Конікотомія
  - C. Інтубація
  - D. Пункція трахеї
  - E. Ларингектомія
297. Хвора, 16 років, скаржиться на головний біль у ділянці лоба зліва с 11 до 17 години, закладеність носа, підвищення температури тіла до 38,6°C, загальну слабкість, нездужання. Хворіє біля десяти днів після ГРВІ. При огляді порожнини носа спостерігається набряк слизової оболонки, носова перетінка викривлена ліворуч. Під час пальпації лобової пазухи зліва різка болючість. На рентгенограмі приносних пазух відмічається затемнення лобової пазухи зліва у вигляді рівня рідини. Який найбільш вірогідний діагноз?
- A. Гострий фронтит \*
  - B. Остеома лобової пазухи
  - C. Хронічний фронтит
  - D. Рак лобової пазухи
  - E. Менінгеома
298. Хворий, 37 років, перебуваючи у стані алкогольного сп'яніння, під час їжі ковтнув занадто великий шматок м'яса, після чого посинів, перестав дихати. Аускультативно дихання відсутнє. Який хірургічний захід найбільш доцільно зробити?
- A. конікотомія \*
  - B. Трахеостомія
  - C. Інтубація
  - D. Штучне дихання.
  - E. Пункція трахеї
299. Хворий, 29 років, скаржиться на різкі болі у горлі при ковтанні, слюнотечу, задиху, підвищення температури тіла до 39°C. Хворіє другий день після того, як випив холодного пива. Під час огляду хворий збуджений, шумно дихає. Задиха з різким подовженням вдиху. В акті дихання приймає участь допоміжна мускулатура, спостерігається западіння

над- і підключичних ямок, міжреберних проміжків. Непряма ларингоскопія: різкий набряк, інфільтрація та гіперемія надгортанника, стан інші відділов гортані з'ясувати неможливо. Який хірургічний захід необхідно терміново зробити?

- A. трахеостомія \*
- B. Конікотомія
- C. Інтубація
- D. Штучне дихання.
- E. Пункція трахеї

300. Хвора, 16 років, скаржиться на інтенсивний біль у горлі зліва що віддає у вухо, різке утруднення ковтання та відкриття роту, підвищення температури тіла до 39,2°C, загальну слабкість, нездужання. Хворіє третю добу, за тиждень до початку скарг лікувалась у дільничного лікаря з приводу ангіни. Відкриття роту значно утруднене (тризм жувальних м'язів), у роті густа слина, лівий піднебінний мигдалик випнутий усередину, піднебінно-язикова дужка різко гіперемійована, інфільтрована, набрякла. За кутом нижньої щелепи визначаються збільшені та болючі лімфовузли. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Паратонзиллярний абсцес \*
- B. Ангіна
- C. Дифтерія
- D. Фарингіт
- E. Хронічний тонзиліт

301. В приемное отделение городской больницы доставлено 5 пострадавших после ДТП. Три из пяти носилочные, два из трех крайне возбуждены. Время суток 20:30, на дежурстве в это время суток находятся 2 врача отделения реанимации, травматолог, 2 хирурга. Какие действия врача приемного отделения (с чего необходимо начать)?

- A. Пригласить на консультацию всех специалистов дежуривших в это время суток в больницу \*
- B. Приступить к забору анализов у всех пострадавших
- C. Приступить к измерению артериального давления
- D. Начать самостоятельный осмотр каждого пациента
- E. Направить больных на рентгенологическое обследование

302. Ребёнок 5,5 мес, Заболел остро, около 4 часов назад, когда появился первый приступ, была однократная рвота. Затем приступы беспокойства периодически повторялись и учащались. Об-но: ребенок бледен, живот умеренно вздут, при пальпации мягкий. В правом подреберье определяется умеренно подвижное опухолевидное образование, слегка болезненное при пальпации. При пальцевом ректальном исследовании на перчатке следы темной крови с примесью слизи. Ваш диагноз?

- A. Инвагинация \*
- B. Острый аппендицит
- C. Заворот сигмовидной кишки
- D. Полип прямой кишки
- E. Симптом портальной гипертензии

303. Больной 24 лет обратился к хирургу с жалобами на интенсивные боли в области промежности и мошонки, задержку мочеиспускания, уретроррагию. Из анамнеза: травму

получил при езде на мотоцикле по пересеченной местности. При осмотре: в области промежности и мошонки определяется гематома, пальпация резко болезненна. При ректальном исследовании выявлена болезненная припухлость парапростатической клетчатки, нечёткость контуров простаты. Ваш диагноз:

- А. Разрыв заднего отдела уретры \*
- В. Разрыв переднего отдела уретры;
- С. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря
- Д. Внутривнутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря
- Е. Тампонада мочевого пузыря

304. Больному 68 лет с диагностической целью была выполнена катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером. Через несколько часов, при попытке помочиться, ощутил резкую боль в промежности, появилась гематурия. Каждый последующий акт мочеиспускания сопровождался гематурией и усилением боли в промежности. Что можно предположить:

- А. Повреждение заднего отдела уретры; \*
- В. Острый уретрит
- С. Острый простатит
- Д. Острый цистит
- Е. Острый парапроктит

305. Больной, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отмечает, что в последние два дня появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Отмечается бледность кожных покровов. В эпигастральной области слабая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Какое осложнение язвенной болезни можно заподозрить?

- А. Желудочное кровотечение \*
- В. Перфорация язвы желудка
- С. Малигнизация язвы желудка
- Д. Прикрытая перфорация язвы желудка
- Е. Острый гастрит

306. Спортсмен около часа назад получил сильный удар в живот. Жалуется на резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области опоясывающего характера, затрудненное дыхание. Больной бледен, выражен акроцианоз, покрыт липким потом, пульс слабого наполнения 140 ударов в минуту. Живот резко болезнен в эпигастральной области, симптом Щеткина – Блюмберга слабо выражен. Печеночная тупость сохранена. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Разрыв поджелудочной железы \*
- В. Острый панкреатит
- С. Разрыв полого органа
- Д. Прободная язва желудка
- Е. Разрыв печени

307. В приемное отделение доставлен пострадавший после падения с высоты около 3-х м, стонет от боли, ноги подтянуты к животу. Живот напряжен, во всех отделах положительные симптомы раздражения брюшины. На обзорной рентгенограмме органов

брюшной полости газ под обоими куполами диафрагмы. Наиболее вероятный предварительный диагноз

- А. Разрыв полого органа, перитонит \*
- В. Внутрибрюшное кровотечение, перитонит
- С. Подкапсулярный разрыв селезенки
- Д. Разрыв печени
- Е. Разрыв поджелудочной железы

308. В отделении неотложной хирургии поступил 35 летний пациент через 30 минут после ДТП с жалобами на боли в животе, тошноту, головокружение. При осмотре: кожные покровы бледные, АД 70/30 мм. рт. Ст., пульс 120 ударов в минуту, нитевидный, в правом и левом подреберье – подкожное кровоизлияние от удара. Наиболее оптимальным методом диагностики будет:

- А. Диагностическая лапароскопия \*
- В. УЗИ
- С. Рентгенография
- Д. Диагностическая лапаротомия
- Е. Ангиография

309. На месте ДТП при осмотре бригадой скорой медицинской помощи пострадавший находится в салоне автомобиля, в сознании, на боли не жалуется, не может пошевелить ни руками, ни ногами, на левой голени по передней поверхности умеренно кровоточащая рваная рана. С какого действия необходимо начать оказание медицинской помощи?

- А. Наложение шейного воротника \*
- В. Извлечь пострадавшего из салона автомобиля
- С. Наложение кровоостанавливающего жгута
- Д. Проведение вспомогательной вентиляции легких
- Е. Ингаляция кислорода

310. После автокатастрофы у больного диагностирован перелом костей таза. На протяжении 24 часов больного беспокоит частое, болезненное, маленькими порциями с примесью крови мочеиспускание. Больному необходимо провести:

- А. Цистографию \*
- В. УЗИ брюшной полости
- С. Пункцию мочевого пузыря
- Д. Антибактериальную, гемостатическую терапию
- Е. Лапаротомию

311. Мужчина 40 лет доставлен с места ДТП, в бессознательном состоянии, при объективном обследовании определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины сомнительные. Какие из ниже перечисленных признаков свидетельствуют о повреждении органов ЖКТ и являются показаниями к экстренной лапаротомии.

- А. Наличие свободного газа в брюшной полости на обзорной рентгенограмме живота. \*
- В. Смещение органов средостения вправо на обзорной рентгенограмме груди
- С. Рентгенологически диагностированный перелом костей таза.

- D. Резко ослабленная перистальтика при аускультации живота.
- E. Снижение уровня гематокрита в общем анализе крови

312. Пострадавший Р. 52 лет, доставлен в приемный покой в состоянии шока, после падения с высоты. На фоне множественных переломов костей конечностей и ребер, ушибов и ссадин мягких тканей, при пальпации живота определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. После проведенных противошоковых мероприятий в первую очередь необходимо выполнить:

- A. Диагностическую лапароскопию. \*
- B. Репозицию и фиксацию переломов под общим обезболиванием.
- C. Компьютерную томографию.
- D. Дренирование плевральной полости.
- E. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

313. Больной А. 39 лет во время аварии в шахте, при взрыве метана, был отброшен взрывной волной и получил удар в живот тупым предметом. Доставлен в приемный покой с жалобами на интенсивные боли постоянного характера по всему животу, больше в верхних отделах. По установленному назогастральному зонду поступает кровь. Больному показана:

- A. Экстренная лапаротомия. \*
- B. Диагностическая лапароскопия.
- C. ФГДС с целью уточнения источника кровотечения.
- D. Лапароцентез.
- E. Обзорная рентгенография живота.

314. У больного язвенной болезнью в результате кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки с нестойким гемостазом развился геморрагический шок. С каких препаратов наиболее целесообразно начать инфузионную терапию?

- A. Кристаллоидные растворы \*
- B. Альбумин
- C. Свежезамороженная плазма
- D. Эритроцитарная масса
- E. Реополиглюкин

315. У больного с тупой травмой грудной клетки наблюдается прогрессирующее снижение показателей гемодинамики, цианоз. Перкуторно над правой половиной грудной клетки “коробочный” звук. О каком неотложном состоянии следует подумать в первую очередь?

- A. Напряженный пневмоторакс \*
- B. Гемоторакс
- C. Разрыв диафрагмы
- D. Геморрагический шок
- E. Тромбоэмболия легочной артерии

316. У больного развилась остановка кровообращения. Выяснено, что больной находится в терминальной стадии онкологического заболевания. Реанимационные мероприятия в данном случае



- А. Не проводятся \*
  - В. Проводятся как обычно
  - С. Не используется ИВЛ "рот ко рту"
  - Д. Не используется введение адреналина
  - Е. Не проводится электрическая дефибриляция
317. У больного с множественными переломами ребер развилась остановка кровообращения. В данном случае проводится:
- А. Открытый массаж сердца \*
  - В. Закрытый массаж сердца
  - С. Массаж сердца в положении на животе с кулаком под грудиной
  - Д. Массаж сердца не проводится
  - Е. Вид массажа сердца значения не имеет
318. У больного с тупой травмой правой половины грудной клетки наблюдается прогрессирующее снижение гемодинамики: АД 60/0 мм.рт.ст., пульс нитевидный, прогрессирующий цианоз. Вы подозреваете напряженный пневмоторакс справа. Какое неотложное мероприятие следует провести в первую очередь?
- А. Пункцию плевральной полости во втором межреберьи справа по среднеключичной линии \*
  - В. Пункцию плевральной полости в девятом межреберьи справа по заднеподмышечной линии
  - С. Интубацию трахеи, перевод на ИВЛ
  - Д. В/в инфузию плазмозамещающих растворов
  - Е. В/в инфузию допмина
319. У больного аденомой предстательной железы, восходящим цистопиелонефритом после введения первой дозы антибактериального препарата развилось внезапное снижение показателей гемодинамики: АД 60/0, пульс нитевидный, одышка до 40 в мин. Какое осложнение развилось у данного больного?
- А. Септический шок \*
  - В. Гиповолемический шок
  - С. Вазогенный коллапс
  - Д. Тромбоэмболия легочной артерии
  - Е. Инфаркт миокарда
320. У больного на фоне политравмы наблюдаются явления геморрагического шока. Какой компонент циркулирующей крови необходимо восполнять в первую очередь?
- А. Объем жидкой части крови \*
  - В. Объем циркулирующих эритроцитов
  - С. Объем циркулирующего белка
  - Д. Объем циркулирующих факторов свертывания крови
  - Е. Лучше всего перелить цельную кровь
321. В результате крушения пассажирского состава вблизи небольшой станции возникло большое число пострадавших. Оказание необходимого объема медицинской помощи

невозможно в силу інформаційної ізоляції. Больним якої оказання першої медичної допомоги може бути відсрочено?

- А. Легко раненим \*
- В. Агонізуючим
- С. Тяжело раненим
- Д. Детям
- Е. С поєднаними пошкодженнями

322. Чоловік 30 років в результаті землетрусу знаходився під завалом на протязі 12 годин. Команда рятувальників при вилученні постраждалого виявила, що його права нижня кінцівка пережата балкою, ознаки життєспроможності в ній відсутні. Оптимальним варіантом надання допомоги в даному випадку є:

- А. Ампутація кінцівки на місці \*
- В. Вивільнення кінцівки без накладення жгута
- С. Вивільнення кінцівки з попереднім накладенням жгута
- Д. Проведення масивної інфузійної терапії
- Е. Вивільнення кінцівки з наступною іммобілізацією

323. Чоловік 40 років доставлений в приймальний покой з скаргами на болі в попереку, відсутність сечовипуску, головний біль, набутість обличчя, порушення чутливості в ногах. Около двох діб тому, будучи в стані алкогольного оп'яніння, заснув, сівши на лавочку. Після пробудження почувував онеміння і слабкість в ногах, пересувався з труднощами, однак команду СМВ викликав на другі доби, коли помітив різке зменшення сечовипуску і червоний колір сечі. Дане становище обумовлено:

- А. Синдромом тривалого стиснення \*
- В. Алкогольної полінейропатією
- С. Порушенням мозгового кровообігу
- Д. Гострим отруєнням замінниками алкоголю
- Е. Погіршенням хронічного пієлонефриту

324. Больний 55 років потрапив в відділення реанімації в стані травматичного шоку. Дежурна зміна почала проведення протишокової терапії. Який клінічний показник в найбільшій мірі буде свідчити про її ефективність?

- А. Хвилиновий/годинний сечовипуск \*
- В. Стан свідомості
- С. Артеріальний тиск
- Д. Концентрація гемоглобіну
- Е. Колір і температура шкірних покривів.

325. В приймальний покой потрапив больний з закритою черепно-мозговою травмою. Стан свідомості – кома. Шкірні покриви бліді, відзначається акроціаноз. Виразний тахіпноз, ЧД=45 в 1 хвилину. АД=190/110, ЧСС=124 в 1 хвилину. Для ліквідації дихальної недостатності в даній ситуації необхідно:

- А. Почати штучну вентиляцію легких \*
- В. Почати інгаляцію кисню
- С. Ввести дихальні аналептики
- Д. Ввести морфін для зменшення частоти дихання

Е. Наложить трахеостому

326. Больной 34 лет предъявляет жалобы на безболеую, ни с чем не связанную макрогематурию. Какое заболевание необходимо исключить в первую очередь?
- А. Опухоль почки \*
  - В. Мочекаменную болезнь
  - С. Хронический пиелонефрит
  - Д. Хронический гломерулонефрит
  - Е. Аденому предстательной железы
327. Мужчина 23 лет доставлен в приемный покой в коматозном состоянии. Из анамнеза известно, что неделю назад он упал и ударился головой, после чего появились головная боль, нарушение сна, а через несколько дней – прогрессирующие нарушения сознания. Дыхание адекватное самостоятельное, АД= 150/70, ЧСС=60 в 1 минуту. На ЭХО-энцефалоскопии – смещение срединных структур мозга на 3 мм вправо. Наиболее вероятно будет предположить:
- А. Субдуральную гематому \*
  - В. Острое нарушение мозгового кровообращения
  - С. Абсцесс мозга
  - Д. Менингоэнцефалит
  - Е. Ушиб головного мозга
328. В приемный покой доставлен мужчина 45 лет после ДТП. В сознании, возбужден, отмечается акроцианоз кожи и нарастающая эмфизема верхней половины туловища. Левая половина грудной клетки отстает в дыхании, аускультативно слева дыхание практически отсутствует, перкуторно слева – тимпанит. Частота дыхания 44 в 1 минуту, АД=180/100, ЧСС=124 в 1 минуту. С какого мероприятия необходимо начинать лечение?
- А. Дренирование плевральной полости слева \*
  - В. Перевод больного на ИВЛ
  - С. Назначение седативных препаратов
  - Д. Наложение трахеостомы
  - Е. Дренирование плевральной полости справа
329. При пожаре на одном из крупных металлургических предприятий общее число пострадавших составило около 300 человек. Вы организуете оказание первой медицинской помощи раненым и пораженным. Что не входит в объем этого вида помощи?
- А. Внутривенные инфузии при наличии шока \*
  - В. Вынос из очага пожара
  - С. Проведение транспортной иммобилизации
  - Д. Временная остановка наружного кровотечения
  - Е. Искусственная вентиляция легких
330. При пожаре на одном из крупных металлургических предприятий общее число пострадавших составило около 300 человек. Вы организуете оказание первой врачебной помощи на базе одной из близлежащих поликлиник города. Какое из перечисленных оперативных вмешательств может быть выполнено на данном этапе?

- A. Ампутация конечности, висящей на кожном лоскуте \*
- B. Некрэктомия
- C. Декомпрессионная трепанация черепа
- D. Торакотомия при массивном свернувшемся гемотораксе
- E. Первичная хирургическая обработка ран мягких тканей

331. Вы организуете оказание первой врачебной помощи пострадавшим от аварии на одном из крупных промышленных предприятий города. Врачей какого профиля необходимо привлекать для оказания данного объема помощи?

- A. Специализация не имеет значения \*
- B. Абдоминальных хирургов
- C. Терапевтов
- D. Всех перечисленных
- E. Травматологов

332. В приемный покой доставлен мужчина 30 лет. Уровень сознания – кома I. Анамнез неизвестен. Имеют место незначительные повреждения кожных покровов головы. Дыхание глубокое, ЧДД=12 в 1 минуту. АД=190/110, ЧСС=60 в 1 минуту. Слева отмечается мидриаз. Какую патологию можно заподозрить в первую очередь?

- A. Черепно-мозговую травму \*
- B. Острое отравление
- C. Ишемический инсульт
- D. Геморрагический инсульт
- E. Гипогликемическую кому

333. В результате крушения поезда образовалось большое число пострадавших с различной хирургической и терапевтической патологией. Вы организуете оказание квалифицированной медицинской помощи. На базе какого отделения она может быть оказана?

- A. Все перечисленные отделения \*
- B. Отделение абдоминальной хирургии
- C. Отделение челюстно-лицевой хирургии
- D. Терапевтическое отделение
- E. Отделение реанимации

334. В результате схождения селевого потока пострадала большая часть населения нескольких деревень, которые в данный момент находятся в состоянии транспортной и информационной изоляции. Вы оказываете пострадавшим первую врачебную помощь. На оказании помощи какой категории больных необходимо сосредоточить основные усилия, если учесть, что эвакуация людей с места катастрофы в ближайшее время невозможна?

- A. Пострадавшим, жизнь которых возможно спасти \*
- B. Агонирующим больным
- C. Легко раненым пострадавшим
- D. Детям и беременным женщинам
- E. Пострадавшим с острыми психозами

335. В хирургическую клинику доставлен пациент 65 лет с жалобами на боль в эпигастральной области опоясывающего характера. Известно, что в течение многих лет он страдает хроническим панкреатитом. Какое исследование необходимо провести такому пациенту в первую очередь?
- А. Снятие ЭКГ \*
  - В. Общий анализ крови
  - С. Определение амилазы крови
  - Д. Обзорный снимок грудной клетки
  - Е. Обзорный снимок органов брюшной полости
336. Больной 45 лет поступил в приемный покой с жалобами на полное нарушение отхождения мочи, боли в области промежности с иррадиацией в прямую кишку, повышение температуры до 38,0°C. Симптоматика развивалась постепенно в течение 2 дней. При пальпаторном исследовании предстательная железа резко болезненна, значительно увеличена, контуры её гладкие, консистенция плотная. Наиболее вероятно предположить:
- А. Острый простатит \*
  - В. Аденому предстательной железы
  - С. Рак предстательной железы
  - Д. Острый эпидидимоорхит
  - Е. Острый парапроктит
337. У больного 56 лет в течение месяца имеется язва на боковой поверхности языка. Полоскание рта различными растворами и отварами улучшения не дало. Лечение не поддается за последние 3 мес. Увеличилась вдвое. Размер язвы 2-2,5 см, дно-некротизировано. Регионарные подчелюстные лимфоузлы до 2 см, мягко-эластичны, мало подвижны в количестве 3-х. Наиболее вероятно предположить:
- А. Рак языка. \*
  - В. Декубитальная язва
  - С. Афтозный стоматит
  - Д. Аспириновая язва.
  - Е. Лейкоплакия
338. Больного 69 лет пять месяцев беспокоит кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, кровохаркание. В начале заболевания было повышение  $t_{0}$ , боли в левой половине грудной клетки. На рентгенограммах в н/ доле левого легкого определяется шаровидное образование неправильной формы 7 x 5 x 6 см с просветом в центре, без уровня жидкости, стенки бугристые, толстые. Бронхоскопия без патологии. За время наблюдения и лечения тубдиспансере отмечается отрицательная рентгенологическая динамика. Какой наиболее вероятный диагноз ?
- А. Полостная форма периферического рака легкого. \*
  - В. Хронический абсцесс легкого.
  - С. Фиброзно-кавернозный туберкулез
  - Д. Эхинококк легкого
  - Е. Очаговая пневмония
339. Больной 59 лет курильщик с 40 летним стажем поступил в терапевтическое отделение с

жалобами на высокую температуру тела, кашель, боли, в правой половине грудной клетки, одышку. Диагностирована острая правосторонняя верхнедолевая пневмония. Проведен курс антибактериальной терапии в течение 14 дней состояние улучшилось, температура нормализовалась. На конт-рольной рентгенограмме легких передний сегмент верхней доли выглядит в виде клиновидной тени. Какой диагноз ?

- А. Центральный рак правого легкого. \*
- В. Остаточные явления острой верхне-долевой пневмонии.
- С. Инфильтративный туберкулез
- Д. Очаговый пневмосклероз
- Е. Хроническая пневмония.

340. У больного подозревается центральный рак легкого. Какой метод обследования наиболее информативен для верификации и локализации первичного узла при данной патологии?

- А. Бронхоскопия с биопсией. \*
- В. Бронхография
- С. Компьютерная томография.
- Д. Обзорная рентгенография
- Е. Полипозиционная рентгенография

341. У больного 62 лет, который курит и часто болеет пневмониями, при обзорной Ro- графии грудной клетки в правом легком обнаружено треугольной формы затемнение с вершиной, обращенной к корню легкого и смещение тени сердца и средостения в сторону поражения. Наиболее вероятно будет предположить:

- А. Центральный рак легкого \*
- В. Абсцесс легкого
- С. Киста легкого
- Д. Периферичный рак легкого
- Е. Ателектаз легкого

342. Больная предъявляет жалобы на боли в левом надплечье. Объективно в левой подключичной области определяется плотный увеличенный лимфоузел. На обзорной рентгенограмме грудной клетки нечеткая “ стелющаяся “ тень под куполом плевры. Какое заболевание можно предположить?

- А. Рак Пенкоста. \*
- В. Брахиоплексит
- С. Шейный лимфаденит
- Д. Инфильтративный туберкулез левого легкого
- Е. Лимфогранулематоз.

343. Больной К., 48 лет, госпитализован в онкологическую клинику с жалобами на одышку, затуманивание сознания, головную боль, приступы кашля. Объективно: акроцианоз, одутловатость верхней части туловища и лица, расширение вены шеи и передней грудной стенки. Дыхание поверхностное до 30 раз в минуту . На обзорной рентгенографии органов грудной полости обнаружена полициклическая тень больших размеров у средостения. Какой клинический синдром возник у больного?

- А. Синдром поллой вены. \*
- В. Функциональный синдром.

- С. Синдром общих проявлений
- D. Паранеопластичний синдром.
- Е. Синдром портальной гипертензии.

344. Больная, 46 лет, жалуется на наличие образования в правой молочной железе. При осмотре в верхне-наружном квадранте правой молочной железы имеется опухоль диаметром до 4,0 см, плотная, бугристая, подвижная, без четких границ, с кожей не связанная. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Какое дополнительное исследование будет определяющим в уточнении диагноза?
- A. Пункционная биопсия. \*
  - B. Термография.
  - C. Бесконтрастная маммография
  - D. Контрастная маммография.
  - Е. УЗИ молочной железы.
345. Больной 3. 67 лет жалуется на одышку, боли в грудной клетке, повышение температуры, кашель с гнойной мокротой. Аускультативно в правом легком резко ослабленное дыхание, в нижних отделах почти не выслушивается. На рентгенограммах легких в прямой и боковой проекции снижение прозрачности, уменьшение объема нижней и средней доли правого легкого, смещение средостения вправо. Какое заболевание можно предположить?
- A. Центральная рак правого легкого. \*
  - B. Туберкулез правого легкого
  - C. Острая пневмония.
  - D. Хроническая пневмония
  - Е. Эксудативный плеврит
346. У 32 летней женщины на маммограмме обнаружены микрокальцинаты в верхне - наружном квадранте правой молочной железы. В течении 3-х лет наблюдается у онколога по поводу двусторонней диффузной мастопатии. Ваша тактика.
- A. Секторальная резекция , со срочной биопсией. \*
  - B. Наблюдение в динамики.
  - C. Радикальная мастэктомия.
  - D. Ампутация правой молочной железы.
  - Е. Гормонотерапия.
347. Больная 44 лет жалуется на боли, наличие уплотнения и увеличение в размере правой молочной железы. Объективно: правая молочная железа отечна, гиперемирована, сосок утолщен и втянут. Пальпируется нечеткий болезненный инфильтрат, который занимает нижние квадранты. Наиболее вероятный диагноз ?
- A. Отечно - инфильтративный рака правой молочной железы. \*
  - B. Правосторонний острый мастит.
  - C. Хронический мастит справа.
  - D. Туберкулез правой молочной железы.
  - Е. Саркома правой молочной железы.



348. Женщина 48 лет обнаружила в правой молочной железе уплотнение, не приносящее каких-либо неприятных ощущений. Обратилась к врачу через 3-и месяца в связи с увеличением образования. При осмотре : опухоль плотной консистенции 2,5х3 см, яснее прощупывается в горизонтальном положении, без четких границ, безболезненная, с кожей и соском не связана. В правой подмышечной области увеличенный л/узел 2 см, плотной консистенции. Ваш предварительный диагноз.
- А. Рак молочной железы. \*
  - В. Фиброаденома молочной железы.
  - С. Фиброзно-кистозная мастопатия.
  - Д. Киста молочной железы.
  - Е. Хронический мастит
349. У женщины 24 лет на коже левой молочной железы имеется родимое пятно, которое за последние 3 месяца потемнело, стало увеличиваться, мокнуть, покрываться темными корочками. При осмотре в верхне-наружном квадранте темное пятно, возвышается над кожей, изъязвленное, безболезненное. Отделяемое кровянистое. В подмышечной области увеличенный до 1,5 см плотный лимфоузел, безболезненный, подвижный. Каков предварительный диагноз ?
- А. Меланома \*
  - В. Болезнь Педжета
  - С. Пигментный невус
  - Д. Рак кожи
  - Е. Лишай
350. Юноша 24 лет жалуется на конгломерат плотных, не спаянных с кожей безболезненных лимфоузлов 4-5 см. в диаметре в правой надключичной области, периодические повышения температуры тела до 39°, кожный зуд и боли в костях таза и грудной клетки. Анализ крови: Нb-95 г/л, Л-12(109/л, Э -10%, СОЭ -35 мм/час. При рентгенографии грудной клетки увеличение лимфоузлов средостения. Ваша тактика?
- А. Биопсия лимфоузла \*
  - В. Наблюдение.
  - С. Антибиотикотерапия.
  - Д. Физиотерапия.
  - Е. Операция - шейная лимфаденэктомия
351. Женщина 26 лет жалуется на появление плотных, не спаянных с кожей лимфоузлов 2-4 см. в диаметре в области шеи слева и в правой надключичной области, повышенную температуру тела до 39°, кожный зуд, профузные ночные поты, похудание на 10 кг. за последний месяц. При исследовании материала биопсии лимфоузла обнаружены клетки Березовского - Штернберга. Какое заболевание можно предположить?
- А. Лимфогранулематоз \*
  - В. Туберкулез лимфатических узлов.
  - С. Хроническая лейкемия.
  - Д. Метастазы рака в шейные и надключичные лимфоузлы
  - Е. Лимфосаркома.

352. В районную поликлинику обратилась женщина 29 лет и жалобами на изменение кожи соска

левой молочной железы на виде потемнения, которое сопровождается появлением изъязвлений в околососковой области, отеком молочной железы, чувством жжения. Болеет 3 месяца. Раньше обращалась к дерматологу - лечение без положительного эффекта. При обследовании левой подмышечной области пальпируется лимфатический узел до 1,5 см, цельной консистенции. Ваш диагноз ?

- А. Болезнь Педжета (Рак соска молочной железы) \*
- В. Экзема соска
- С. Хронический мастит
- Д. Алергический дерматит
- Е. Лимфома молочной железы

353. Больной 64 лет обратился с жалобами на желтуху, появившуюся 2 дня назад, кожный зуд. Кожа и слизистые окрашены в желто-зеленый цвет, кал обесцвечен, печень увеличена, безболезненна, под краем правой доли прощупывается увеличенный безболезненный желчный пузырь. При дуоденальном зондировании - отсутствие порций В и С, количество амилазы в дуоденальном содержимом 32. Каков предположительный диагноз?

- А. Рак головки поджелудочной железы \*
- В. Рак желчного пузыря.
- С. Острый холецистит.
- Д. Болезнь Боткина.
- Е. Гемолитическая желтуха.

354. Больная 59 лет обратилась с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, исхудание, потерю аппетита, температуру 38,2 по вечерам. При осмотре обнаружена увеличенная бугристая печень. Рентгенологическое и эндоскопическое обследование органов брюшной полости опухоли не обнаружило. При УЗИ в печени обнаружен очаг пониженной эхогенности неправильной формы, размерами 5х6 см. Какой наиболее вероятный диагноз ?

- А. Первичный рак печени. \*
- В. Эхинококк печени.
- С. Гемангиома печени.
- Д. Абсцесс печени.
- Е. Цирроз печени.

355. Женщина 53 лет, работница анилиноокрасочной промышленности обратилась с жалобами на частые позывы на мочеиспускание, кровь в моче. При объективном исследовании органы брюшной полости не изменены, при УЗИ - почки обычной формы и структуры. При цистоскопии на задней стенке мочевого пузыря, между устьями мочеточников обнаружено полиповидные разрастания на широком основании с изъязвлением. Каков предварительный диагноз ?

- А. Рак мочевого пузыря. \*
- В. Пиелонефрит.
- С. Рак почки.
- Д. Хронический цистит.
- Е. Почечнокаменная болезнь.

356. Мужчина 62 лет обратился с жалобами на наличие крови в моче, появившейся внезапно без болевых ощущений. Последний месяц отмечает ухудшение общего состояния, слабость, потерю аппетита. При пальпации органов брюшной полости в правом подреберье обнаружена безболезненная опухоль, подвижная, прощупываемая также в поясничной области. СОЭ - 42.т? -N. При УЗИ обнаружено увеличение правой почки, контуры бугристые. При цистоскопии отмечено выделение крови из устья правого мочеточника. Какой наиболее вероятный диагноз ?
- А. Рак правой почки \*
  - В. Паранефрит
  - С. Мочекаменная болезнь
  - Д. Киста правой почки.
  - Е. Гидронефроз.
357. Мужчина 37 лет отмечает после травмы во время бритья рост пигментного образования на щеке. Опухоль изъязвлена и кровоточит. Какая должна быть диагностическая тактика в этой ситуации ?
- А. Взятие мазков-отпечатков для цитологического исследования. \*
  - В. Инцизионная биопсия опухоли
  - С. Криодеструкция
  - Д. Пункционная биопсия опухоли
  - Е. Наблюдение
358. У мужчины 68 лет, появились кровянистые выделения из левой ноздри боли в левой половине головы и в левом глазу. При риноскопии в левом носовом ходе определяется серого цвета полипообразный вырост. На обзорной рентгенограмме черепа отмечается затемнение левой Гайморовой пазухи. Какой наиболее вероятный диагноз ?
- А. Рак верхней челюсти \*
  - В. Гайморит
  - С. Полип полости носа
  - Д. Глаукома
  - Е. Острый ринит
359. Больная 45 лет предъявляет жалобы на наличие опухоли левой половины шеи. Опухоль появилась два года назад, последние месяцы отмечает ее быстрый рост, а также появилась осиплость голоса. В левой доле щитовидной железы пальпируется плотное, бугристое, безболезненное, неподвижное образование 6 см в диаметре. Наиболее вероятный диагноз ?
- А. Рак щитовидной железы \*
  - В. Узловой эутиреоидный зоб
  - С. Зоб Хашимото
  - Д. Киста левой доли щитовидной железы
  - Е. Тиреотоксический зоб
360. У больного 45 лет при УЗИ диагностики обнаружена опухоль 3 x 4 см центре IV- го сегмента печени. Предварительный диагноз : рак печени. Каким способом можно получить морфологическую верификацию диагноза ?
- А. Пункционная биопсия опухоли печени под контролем УЗИ \*

- В. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
- С. Радионуклидное сканирование печени
- Д. Ангиография печени
- Е. Лапароскопия

361. Під час їжі в їдальні санаторію у відпочиваючого раптово з'явився наподібний кашель, інспіраторна задишка, запаморечення, він посинів, впав з стільця. Черговий лікар запідозрив стороннє тіло гортані, гострий стеноз гортані в стадії асфіксії, лікар пальпаторно визначив щитоподібний та перстнеподібний хрящі і між ними ножем одномоментно розсік м'які тканини шиї поперечним розрізом. Яку операцію зробив черговий лікар?
- А. Конікотомія. \*
  - В. Ларинготомія.
  - С. Верхня трахеотомія.
  - Д. Середня трахеотомія.
  - Е. Крікотомія.
362. Во время еды в столовой санатория у отдыхающего внезапно появился приступообразный кашель, инспираторная одышка, он посинел и упал со стула. Дежурный врач заподозрил инородное тело гортани, острый стеноз в стадии асфиксии, врач пальпаторно определил щитовидный и перстневидный хрящи и между ними ножом одномоментно рассек мягкие ткани шеи поперечным разрезом. Какую операцию сделал дежурный врач?
- А. Коникотомия. \*
  - В. Ларинготомия.
  - С. Верхняя трахеотомия.
  - Д. Средняя трахеотомия.
  - Е. Крикотомия.
363. У 2-х річної дитини хворіючої на грип, серед ночі раптово з'явилося стенотичне дихання, "гавкаючий", підвищилась температура до 38,8 0 С. "Швидка допомога" доставила дитину в ЛОР-відділення з діагнозом: ГРИП, первинний гострий ларинготрахеїт, стеноз гортані в стадії субкомпенсації. Який метод повинен застосувати лікар для діагностики хвороби?
- А. Пряма ларингоскопія \*
  - В. Непряма ларингоскопія.
  - С. Верхня трахеобронхоскопія
  - Д. Нижня трахеобронхоскопія
  - Е. Фарингоскопія
364. Во время еды зеленого горшка у 5-летнего ребенка внезапно появился приступообразный кашель, инспираторная одышка. Ребенок был доставлен в ЛОР-отделение и при обследовании врач определил симптом "баллотирующего" инородного тела верхних дыхательных путей. Какой диагноз?
- А. Инородное тело трахеи. \*
  - В. Инородное тело гортани
  - С. Инородное тело глотки
  - Д. Инородное тело бронхов
  - Е. Острый ларингит

365. В ЛОР-відділення поступив чоловік 59-років після автомобільної катастрофи з ознаками обструкції дихальних шляхів: блідий, на обличчі долонях холодний піт, дихання стенотичне, в акті дихання приймають участь допоміжні м'язи, шкіра з синюшним відтінком. Визначено гострий травматичний стеноз гортані в стадії декомпенсації. Яка показана операція?
- A. Верхня трахеотомія \*
  - B. Середня трахеотомія
  - C. Нижня трахеотомія
  - D. Ларингофісура
  - E. Крікотомія
366. В ЛОР-клініку був доставлений хворий, який під час їжі риби поперхнувся і одразу у нього з'явився судомний кашель, колючий біль в горлі, через дві години голос став хрипнути, дихання ковтання та стали утрудненими і болючими. Який діагноз поставив оториноларинголог?
- A. Стороннє тіло гортані. \*
  - B. Стороннє тіло трахеї
  - C. Стороннє тіло глотки
  - D. Стороннє тіло бронхів
  - E. Гострий ларингіт
367. В ЛОР-клинику был доставлен больной, который поперхнулся во время еды рыбы. Сразу появился сильный судорожный кашель, колющая боль в гортани. Через два часа голос стал хриплым, появилось затрудненное дыхание и глотание. Какой диагноз поставил оториноларинголог?
- A. Стороннє тіло гортані. \*
  - B. Стороннє тіло трахеї
  - C. Стороннє тіло глотки
  - D. Стороннє тіло бронхів
  - E. Гострий ларингіт
368. Жінка, 42 років, під час їжі, після короткого інтенсивного приступу кашлю раптово знепритомніла. При огляді виражений дифузійний ціаноз, нитковидний пульс, дихання у виді коротких, судорожних подихів. Найбільш ймовірна причина стану :
- A. Стороннє тіло дихальних шляхів. \*
  - B. Тромбоемболія легеневої артерії.
  - C. Фібриляція шлуночків.
  - D. Астматичний статус.
  - E. Анафілактичний шок.
369. Хворий К., 67 років, хворіє на пупкову килу на протязі 5 років. Грижове випинання з'являлося після напруження і вільно вправлялося в черевну порожнину. Доставлений ургентно машиною "швидкої допомоги" в приймальний відділ лікарні ввечері. Хворий відмічає, що сьогодні вранці після натужування з'явився різкий біль в навколупупковій ділянці і грижове випинання перестало вправлятися в черевну порожнину. З середини дня біль став переймистим, з'явилася блювота, не відходять гази і нема стільця. Вдома самостійно намагався вправити грижове випинання в черевну порожнину, і одна із

спроб вдалася – грижове вип(ячування зникло, але переймистий біль у животі і блювота продовжуються. Об(єктивно – живіт здутий, напружений в мезогастрії, пальпаторно виявляється дефект апоневрозу в проекції пупка до 3 см в діаметрі, перистальтика в верхніх ділянках живота бурхлива, в нижніх – відсутня. Блювота с домішками тонкокишкового вмісту. Який попередній діагноз і тактика щодо цього хворого?

- А. Защемлена пупкова кила с відривом апоневротичного защемлюючого кільця, гостіталізація і термінова операція. \*
- В. Вправлена защемлена пупкова кила, нагляд в динаміці в приймальному відділенні.
- С. Вправлена пупкова кила, амбулаторний нагляд, операція в плановому порядку.
- Д. Заворот тонкого кишківника, госпіталізація та підготовка до операції.
- Е. Гострий панкреатит травматичного генезу, лабораторне дообстеження і госпіталізація для консервативної терапії.

370. Хвора С., 63 років, доставлена “Швидкою допомогою” в приймальний відділ лікарні зі скаргами на болі в правій здухвинній ділянці з ірадіацією в праве стегно, гіпертермію до 38,50С, сухість в роті, слабкість, недомагання. Захворіла 4 дні тому, коли зненацька з(явився різкий біль в епігастрії, який через 2 години перемістився в праву здухвинну ділянку. Приймала знеболюючі, таблетовані антибіотики, до лікаря не зверталася. З вчорашнього дня з(явилися ознаки інтоксикації. Об(єктивно: Язик сухуватий, Без нальота. Живіт піддутий, м(який, в правій здухвинній ділянці пальпується пухлино подібне утворення з нечіткими контурами, щільне, без наявності розм(якнення, болюче при пальпації. Симптоми подразнення очеревини слабо позитивні. Перистальтика ритмічна. Р-92 в 1 хвилину. Т – 38,30 С. Який діагноз у хворої і тактика лікування?

- А. Апендикулярний інфільтрат, госпіталізація, консерва-тивне лікування. \*
- В. Гострий аппендицит, термінова операція.
- С. Апендикулярний абсцес, госпіталізація, невідкладна операція.
- Д. Пухлина сліпої кишки, стаціонарне дообстеження.
- Е. Інвагінація в зоні кишки, операційне втручання.

371. Хворий Т., 46 років, що хворіє на цироз печінки протягом 8 років, доставлений ургентно в важкому колаптоїдному стані. Зі слів родичів сьогодні 4 години тому раптово з(явилася блювота пінистою кров(ю, яка повторювалася 5 разів. Об(єктивно: свідомість запаморочена, різко блідий, пульс 124 в 1 хвилину, АТ-90/60 мм.рт.ст.. Під час огляду повторилася обільна блювота пінистою кров(ю. При терміновій фіброгастроскопії виявлено, що кровотеча іде з варикозно розширених вен стравоходу. Активно продовжується. Яка має бути тактика лікування?

- А. Поставити зонд Блекмора, проводити інтенсивну замісну терапію, введення коагулянтів. \*
- В. Термінова лапаротомія з прошиванням вен через гастротомію.
- С. Термінова лапаротомія з прошиванням вен поза межами стравоходу і шлунку.
- Д. Термінова проксимальна резекція шлунку.
- Е. Поставити назогастральний зонд, відмовити шлунок охолодженими розчинами, проводити гемокоагуляційну і замісну терапію.

372. У хворого 38 років розчавлена рана підколінної ділянки з інтенсивною артеріальною кровотечею. Під час ревізії рани виявлений дефект підколінної артерії понад 4 см, кровотеча з обох кінців артерії. Ваші дії?

- А. Накласти тимчасове шунтування артерії, викликати лікаря-ангіохірурга. \*

- В. Виділити обидва кінця артерії в рані і перев'язати їх.
- С. Провести перев'язку артерії на протязі
- Д. Звести обидва кінця артерії і накласти первинний шов на артерію.
- Е. Провести ампутацію ноги на рівні стегна.

373. При якому переломі ключиці показане оперативне лікування?

- А. осколюватий перелом зі значним зміщенням осколків \*
- В. Поперечний перелом з повним зміщенням
- С. Перелом з великим кутовим зміщенням
- Д. Операція показана при всіх видах переломів
- Е. Операція не показана

374. Яка тактика при переломі кісткових відділів ребер?

- А. спирт – новокаїнові блокади місць переломів, фіксує пов'язка \*
- В. Фізіотерапевтичне лікування
- С. Постільний режим, аналгетики
- Д. Фіксує пов'язка, дає антибіотики
- Е. Оперативне лікування

375. Хвора дитина 2-х років, зі слів матері захворювання з'явилося раптово, вночі. З'явилося утруднення дихання і сухий дзвінкий (гавкаючий) кашель, загальне збудження.

Об'єктивно: хвора дитина неспокійна (збуджена), відмічається різко утруднене шумне дихання. У вдиху беруть участь м'язи грудної клітини та черевного пресу. Шкіра має мармуровий відтінок, наростає ціаноз видимих слизових оболонок. Артеріальний тиск падає, пульс слабкий. Ваш діагноз?

- А. Гострий стенозуючий ларинго-трахеобронхіт, або несправжній круп, стадія декомпенсації. \*
- В. Гострий геморагічний ларингіт.
- С. Гострий катаральний ларингіт.
- Д. Стороннє тіло трахеї.
- Е. Пневмонія

376. Відпочиваючи на природі, під час сну хворий відчув проникнення у вухо комах. При цьому він відмітив неприємні відчуття у вусі, шкрябання, а через деякий час різкий біль - до нестерпного. В чому полягає невідкладна допомога у таких пацієнтів?

- А. Заповнити слуховий хід стерильним розчином олії, або олійним чи водним розчином антисептика, призначити знеболюючі препарати, консультацію отоларинголога. \*
- В. Зовнішній слуховий хід щільно закрити ватою, просоченою розчином антисептика, призначити знеболюючі препарати.
- С. Усунення, по можливості стороннього тіла підручними засобами, призначити знеболюючі препарати..
- Д. Знеболюючі препарати, протизапальна терапія, антисептичні краплі у вухо
- Е. Заповнити слуховий хід 96% розчином етилового спирту, призначити знеболюючі препарати, консультацію отоларинголога.

377. Що є загальним для всіх форм шока?



- А. Зменшення капілярної перфузії. \*
- В. Тахікардія.
- С. Блідість шкіряних покривів.
- Д. Зменшення периферійного венозного опору.
- Е. Зменшення серцевого викиду.

378. При яких із наведених видів шоку вже на ранніх стадіях відмічається деперсія міокарду?

- А. Анафілактичному. \*
- В. Опіковому.
- С. Токсико-інфекційному.
- Д. Гіповолемічному.
- Е. При тромбоемболії легеневої артерії.

379. Через 40 хвилин після ДТП Ви надаєте допомогу потерпілому в тяжкому стані з легким пригніченням свідомості. АТ – 80/40 мм.рт.ст, пульс аритмічний 100-120 в 1хв., тони серця не прослуховуються. Порушення дихання, ціаноз, аускультативно дихання зліва відсутньо, тимпаніт. Ваш діагноз.

- А. Напружений пневмоторакс зліва. \*
- В. Забій головного мозку.
- С. Інфаркт міокарду.
- Д. Гемоторакс зліва.
- Е. Перелом груднини.

380. Який із цих симптомів достовірно свідчить про неефективність зовнішнього масажу серця?

- А. Відсутність пульсу на а.carotis. \*
- В. Відсутність свідомості.
- С. Паралітичне розширення зіниць.
- Д. Відсутність перелому ребер.
- Е. Відсутність дихання.

381. У пацієнта з плоскоклітинним раком серенюгрудного відділу стравоходу, статусом Карновського = 80%, оптимальним методом лікування є:

- А. Резекція стравоходу з неоад'ювантною променевою терапією. \*
- В. Дистанційна променева терапія
- С. Хіміотерапія з променевою терапією
- Д. Екстерпація стравоходу
- Е. хіміотерапія

382. Що відноситься до основних факторів ризику виникнення раку стравоходу?

- А. Паління, та систематичне споживання алкоголю \*
- В. Тривале вживання тваринних жирів
- С. Звичка до холодної їжі
- Д. Звичка до гарячої їжі
- Е. Споживання гострої їжі

383. Що сприяє виникненню раку підшлункової залози
- A. Паління \*
  - B. Діабет
  - C. Хронічний панкреатит
  - D. Відсутність жовчного міхура
  - E. Підвищене споживання жирної їжі
384. Хто повинен виконувати пальцеве дослідження прямої кишки хворому, у якого скарги на наявність крові під час дефекації?
- A. Лікар первинного прийому, до якого звернувся хворий \*
  - B. Хірург
  - C. Проктолог
  - D. Ендоскопіст
  - E. Пальцеве дослідження виконувати не обов'язково
385. Яке обстеження повинен виконати лікар первинного прийому, відразу, при скаргах хворого на дискомфорт під час акту дефекації
- A. Пальцеве обстеження прямої кишки \*
  - B. Ректороманоскопію
  - C. Фіброколаноскопію
  - D. Рентгеноскопію органів черевної порожнини
  - E. Пальцеве дослідження виконувати не обов'язково
386. Який характер крововиділення у хворих на рак прямої кишки?
- A. Кров темна, змінена, на початку акту дефекації \*
  - B. Яскрава, свіжа, в кінці акту дефекації
  - C. Профузна кровотеча з падінням тиску і втратою свідомості
  - D. Мелена на протязі останніх 12 годин
  - E. Кров, гній та слиз при акті дефекації не спостерігається
387. У 64-річного хворого, курця з 40-річним стажем, на протязі останніх 3 місяців субфібрильна температура, анемія, загальна слабкість. Яке захворювання, в першу чергу, слід запідозрити?
- A. Рак правої половини ободової кишки \*
  - B. Рак легені
  - C. Хронічну неспецифічну пневмонію
  - D. Лімфогрануломатоз
  - E. Отруєння солями важких металів
388. Яке обстеження слід проводити в першу чергу і обов'язково у хворих з підозрою на рак прямої кишки?
- A. Пальцеве дослідження \*
  - B. Ректорманоскопію
  - C. УЗД передміхурової залози та органів черевної порожнини
  - D. Рентгенографія органів черевної порожнини
  - E. Ірієграфію з подвійним контрастуванням

389. Хвору 42 років турбують корінцеві болі в ділянці поперекового відділу хребта, спостерігаються болі при тисненні на остисті відростки L2. Температура і аналізи в нормі. На рентгенограмі визначається „здуття” тіла L2, грубі, вертикально розміщені кісткові трабекули, п'ятнистий остеопороз тіла, дужок, суглобових відростків. Встановіть діагноз.
- A. Гемангіома. \*
  - B. Остеохондроз.
  - C. Гематогенний остеомієліт.
  - D. Спонділодисплазія.
  - E. Деформуючий спондиліоз.
390. Хвора 19 років скаржиться на болі в правому стегні, наростання протягом 2-3 місяців ущільнення тканин по задне-зовнішній поверхні стегна. Температура циклічно зростає до 38-39°. Гіперемія тканин стегна, ШОЕ - 38 мм/год, лейкоцитоз. На рентгенограмі - потовщення діафізу стегнової кістки, „цибулинний” періостит, вогнище остеоартрозу і остеосклерозу. Встановіть діагноз.
- A. Саркома Юінга. \*
  - B. Кістково-хрящевий екзостоз.
  - C. Фібозна дисплазія.
  - D. Гетеротопічна осифікація.
  - E. Епіфізарна дисплазія.
391. У чоловіка 28 років визначається випадково виявлене, щільної консистенції нерухоме утворення розміром з „грецький” горіх підшкірно, за головою лівої малої гомілкової кістки. На рентгенограмі утворення починається „ніжкою” з метафазу лівої великогомілкової кістки довжиною 2,5 см і закінчується „шляпкою”. Утворення з чіткими контурами, не збільшується в динаміці спостереження. Встановіть діагноз.
- A. Кістково-хрящовий екзостоз. \*
  - B. Гемангіома.
  - C. Хондросаркома..
  - D. Мієломна хвороба.
  - E. Спонділо-епіфізарна дисплазія.
392. Важкі переломи кісток кінцівок на до госпітального етапі.
- A. Тимчасово іммобілізуються шинами та лонгетами, приготовленими заздалегідь. \*
  - B. Не беруться до уваги.
  - C. Фіксуються еластичними бинтами.
  - D. Не фіксуються без виконання репозиції.
  - E. Репонуються та фіксуються шляхом накладання гіпсових пов'язок.
393. Потерпілі з діагнозами: вивих акроміального кінця правої ключиці (21р.), перелом правої лопатки (16 р.), забій правого надпліччя (63р.), перелом обох кісточок гомілки (22 р.), вивих лівої гомілки (18 р.), потребували медичної допомоги. Організаційно, потерпілому з яким діагнозом необхідно надати допомогу в першу чергу?
- A. Вивих лівої гомілки (18 р.). \*
  - B. Вивих акроміального кінця правої ключиці(21р.).
  - C. Перелом правої лопатки (16р.).
  - D. Забій правого надпліччя (63р.).

Е. Перелом обох кісточок лівої гомілки (22 р.).

394. Потерпілі з діагнозами: перелом стегна (67 р.), перелом обох кісток гомілки (34р.), перелом ключиці (21 р.), перелом наслідника (65р.), синдром тривалого здавлення гомілки (43 р), потребували медичної допомоги. Організаційно, потерпілому з яким діагнозом необхідно надати допомогу в першу чергу?
- А. Потерпілому з синдромом тривалого здавлення гомілки (43 р.). \*
  - В. Перелом стегна (67 р.).
  - С. Перелом обох кісток гомілки (34р.).
  - Д. Перелом ключиці (21 р.).
  - Е. Перелом наслідника (65р.).
395. У хворого Т., 40 років, передбачається наявність переломовивих у шийному відділі хребта в результаті автодорожньої пригоди. На час прибуття карети швидкої допомоги він знаходиться в салоні автомобіля. Перші дії по організації надання допомоги повинні включати:
- А. Фіксація хребта комірцем Шанца, обережно витягти з машини, покласти на рівню поверхню. \*
  - В. Ввести антидепресанти (амілінітрат 2,0 в/м).
  - С. Як можливо швидше витягти з машини та направити в лікарню
  - Д. Зробити спробу вправити вивих, а потім витягти з машини.
  - Е. Ввести новокаїн 2% - 2,0 в місце найімовірнішого пошкодження хребта паравертебрально
396. Хворий В., 43 роки. У хворого діагностовано компресійний перелом тіла L1 з розвитком больового синдрому, чутливих порушень в проекції сегментів L1-L2 (гіпестезії, парестезії). Перші дії по організації надання допомоги повинні включати:
- А. Ввести анальгетики, проти набрякові, госпіталізувати в профільне відділення. \*
  - В. Ввести снодійні, покласти на рівню поверхню.
  - С. Призначити масаж, провести мануальну терапію.
  - Д. Немає необхідності в невідкладній терапії.
  - Е. Викликати швидку, транспортувати сидячому положенні.
397. В автопригоді травмовано п'ять пасажирів, котрі потребували негайної Вашої допомоги, це потерпілі із: переломом лівої ключиці (30 років), переломом правої стегнової кістки (34 роки), переломом лівого передпліччя із втраченою тямкою (32 роки). Якому потерпілому Ви будете надавати допомогу в першу чергу?
- А. Пасажиру із втраченою тямкою. \*
  - В. Потерпілому із переломом стегна.
  - С. Потерпілому із переломом гомілки.
  - Д. Потерпілому із переломом передпліччя.
  - Е. Потерпілому із переломом ключиці.
398. Хворий, 30 років, підвівшись із положення сидячи навприсядки, відчув гострий біль по внутрішній поверхні правого колінного суглоба. На основі клініко-рентгенологічних даних встановлено пошкодження медіального меніска. Ваша перша допомога хворому?

- A. Імобілізація задньої гіпсовою шиною протягом двох тижнів. В першу дому холод на коліно. \*
- B. Імобілізація задньої гіпсовою шиною протягом місяця.
- C. Бинтування коліна еластичним бинтом протягом місяця.
- D. Промивання колінного суглоба фіз. розчином.
- E. Внутрішньо суглобове введення знеболюючих.

399. В результаті вибуху на шахті, під завалом опинився чоловік 37 років. При огляді: ліва нога до рівня нижньої третини стегна фіксована під камінною плитою, стан середньої важкості, хворий збуджений, ЧСС 110 в 1хв., АТ 100/60 мм рт ст. Які невідкладні дії необхідні?

- A. накласти джгут на верхню третину стегна, вивільнити кінцівку, провести туге бінтування кінцівки нижче джгута \*
- B. вивільнити кінцівку, ввести знеболювальне, зафіксувати кінцівку транспортними шинами
- C. ввести серцеві глікозиди, вивільнити кінцівку, провести туге бінтування кінцівки
- D. ввести заспокійливе, вивільнити кінцівку, накласти транспортну шину
- E. вивільнити кінцівку, накласти джгут на нижню третину стегна, провести туге бінтування кінцівки

400. Які види медичної допомоги надаються потерпілим в зоні вибуху на нафтопереробному виробництві при дуже великій кількості постраждалих?

- A. перша медична, долікарська, перша лікарська \*
- B. перша медична, спеціалізована, кваліфікована
- C. перша лікарська, кваліфікована, спеціалізована
- D. перша медична, долікарська, спеціалізована
- E. долікарська, перша лікарська, спеціалізована шлунку, ввести атропін п/к

401. Постраждалий від удару в автокатастрофі скаржить на різкі болі в крижовому відділі хребта, промежині. При надавлюванні на гребені клубових кісток – різка болючість, позитивний симптом “прилиплої п”яти” зправа, укорочення правого стегна зі “зникненням” великого вертлюга. В якому положенні необхідно транспортувати хворого?

- A. на спині з валиком під колінами, розведеними в сторони (положення жабки) \*
- B. на спині з валиком під попереком і пласкою подушкою під головою
- C. на спині, з прямими нижніми кінцівками, шиною на правій нозі
- D. на спині з валиком під колінами і пласкою подушкою під головою
- E. на спині з шиною на правій нозі і зігнутою лівою ногою

402. У хворого на фоні повного добробуту з’являється кров у сечі (безболісна гематурія). Попередній діагноз?

- A. Новоутворення органів сечовивідної системи \*
- B. Полікістоз нирок
- C. Камені нирок
- D. Туберкульоз нирки
- E. Гломерулонефрит

403. Найбільш достовірні методи діагностики пухлини сечового міхура.
- A. Цистоскопія \*
  - B. Висхідна цистографія
  - C. УЗД
  - D. Нисхідна цистографія
  - E. Аналіз сечі на атипові клітини
404. Найбільш достовірні методи диференційної діагностики пухлини доброякісної гіперплазії передміхурової залози і раку простати.
- A. Трансректальна пункційна біопсія простати \*
  - B. Низхідна цистографія
  - C. УЗД
  - D. Дослідження крові на PSA
  - E. Дані пальцевого ректального дослідження
405. Найбільш достовірні методи діагностики пухлини яєчка.
- A. Пункційна біопсія яєчка \*
  - B. Висхідна генітографія
  - C. Дослідження еякуляту
  - D. Реотестікулографія
  - E. Дані пальпаторного дослідження
406. Яка найбільш раціональна методика евакуації сечі з сечового міхура при гострій затримці сечовипускання внаслідок гострого паренхіматозного простатиту?
- A. Надлонна капілярна пункція сечового міхура \*
  - B. Катетеризація сечового міхура металевим катетером
  - C. Катетеризація сечового міхура еластичним катетером
  - D. Троакарна цистостомія
  - E. Епіцистостомія
407. Тактика уролога при надходженні на санпропускник хворого з тотальною гематурією.
- A. Цистоскопія з метою виявлення джерела гематурії, госпіталізація для подальшого обстеження і лікування \*
  - B. Холод на живіт
  - C. Госпіталізувати хворого і проводити консервативне лікування
  - D. Призначити кровоспинні медикаменти і відпустити хворого додому
  - E. Провести оглядову і екскреторну урографію і при відсутності даних про патологію відпустити хворого додому
408. Чоловік 55 років скаржиться на виділення крові з прямої кишки на протязі 3 місяців. При огляді перианальної зони та пальцевому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено. Який метод обстеження у даного пацієнта найбільш інформативний?
- A. Фіброколоноскопія \*
  - B. Ректороманоскопія
  - C. Іригоскопія
  - D. Посів кала, копрограма

## Е. Комп'ютерна томографія

409. Жінка 40 років пред'являє скарги на кров'янисті виділення з соска. При пальпаторному дослідженні патологічних змін в залозі не виявлено. Який найбільш ймовірний діагноз?
- А. Доброякісна внутрішньопротокова папілома \*
  - В. Рак соска
  - С. Внутрішньопротоковий рак молочної залози
  - Д. Хронічний мастит
  - Е. Мастопатія
410. Жінка 82 років скаржиться на біль в правій пахвинній ділянці, схваткоподібний біль в животі, блювоту на протязі 2 діб. При обстеженні на 3 см нижче правої пахвинної складки пухлиноподібне болюче утворення 4х3 см, шкіра над яким гіперемована. Ваш діагноз?
- А. Защемлена правобічна стегова грижа, флегмона грижового мішку \*
  - В. Правобічний пахвинний лімфаденіт
  - С. Невправима правобічна стегова грижа
  - Д. Гостра кишкова непрохідність
  - Е. Абсцес стегна
411. Пацієнт 75 років, з миготливою аритмією, гіпертонічною хворобою скаржиться на біль, парестезії, відсутність рухів в лівій нижній кінцівці. При фізикальному обстеженні шкіра кінцівки бліда, набряку кінцівки немає, чутливість і активні рухи в кінцівці відсутні, пульсація на артеріях ступні і гомілки з обох сторін відсутня. Ваш діагноз?
- А. Гостра тромбоемболія стегової артерії зліва \*
  - В. Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок
  - С. Гостре порушення мозкового кровообігу
  - Д. Корінцевий синдром
  - Е. Полірадикулоневрит
412. У больного 60 лет в течение 7 недель прогрессивно нарастает желтуха, .кожный зуд, потеря массы тела до 11 кг, болевой синдром отсутствует. Стул ахоличный. Положительный симптом Курвуазье. Установите предварительный диагноз
- А. Рак головки поджелудочной железы \*
  - В. Вирусный гепатит
  - С. Холедохолитиаз
  - Д. Рак желудка
  - Е. Малярия
413. Больной Б., 65 лет жалуется на боль в эпигастральной области, отсутствие аппетита ,отрыжку, рвоту. Исхудание за полгода на 13 кг. Клинический анализ крови – Нb-76 г/л, СОЭ-27 мм/ч. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз:
- А. Рак желудка \*
  - В. Язвенная болезнь желудка
  - С. Киста поджелудочной железы
  - Д. Синдром Мэллори-Вэйса



## Е. Хронический панкреатит

414. Укажіть найбільш інформативний метод, підтверджуючий діагноз жодочно-кишечного кровотечення:
- А. Езофагогастродуоденоскопія. \*
  - В. Определение толерантности плазмы к гепарину.
  - С. Компьютерная томография.
  - Д. Определение индекса Анговери.
  - Е. Магнитнорезонансная томография
415. Хворий 40 років, на протязі тривалого часу хворіє на виразкову хворобу шлунка, відмітив, що в останні 2 дні вираженість болю стала меншою, але з'явилася слабкість, головокружіння. Вранці, при вставанні з ліжка, він на кілька секунд втратив свідомість. Хворий блідий. Пальпаторно в епігастральній області незначна болючість. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Які методи діагностики слід використати в першу чергу для верифікації даної патології?
- А. ФГДС \*
  - В. Ро-скопія шлунка
  - С. УЗ-дослідження черевної порожнини
  - Д. Комп'ютерна томографія черевної порожнини
  - Е. Оглядова Ро-графія черевної порожнини
416. У хворої 39 років після вживання надмірної кількості м'ясної жирної гострої їжі знезацька з'явився приступ жорсткого болю в епігастральній ділянці оперезуючого характеру, багаторазове блювання. Температура тіла залишалася нормальною. При пальпації епігастральної ділянки відмічалася помірна болючість. Амілаза сечі 1024 од. Консервативне лікування на протязі доби покращило загальний стан: біль стала менш інтенсивною, зупинилася блювота. Живіт став м'який, легка болючість в епігастральній ділянці ще залишилася. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Амілаза сечі зменшилася до 256 од. Ймовірний діагноз?
- А. Гострий панкреатит \*
  - В. Гастрит
  - С. Виразка шлунку
  - Д. Кишкова непрохідність
  - Е. Апоплексія яєчників
417. Хвора 45 років помітила пухлинний утвір в правій молочній залозі. Менструальний цикл не змінювався. Молочні залози симетричні, шкіра та соски не змінені. В нижньо-зовнішньому квадранті лівої молочної залози пальпується пухлинний утвір діаметром 2,5 см, щільної консистенції, горбистий, без чітких меж, рухомий, не зв'язаний з шкірою та грудним м'язом. Виділення з соска відсутні. При пальпації долонею пухлина не зникає. Симптом Прибрама негативний. Регіонарні лімфовузли не пальпуються. Ймовірний діагноз?
- А. Рак молочної залози \*
  - В. Фіброаденома молочної залози
  - С. Дисгормональна гіперплазія
  - Д. Ліпома молочної залози

## Е. Рак Педжета

418. Хворий 72 років протягом 8 років спостерігається з приводу виразки антрального відділу шлунка. Від оперативного лікування відмовлявся. Протягом останніх 5 місяців біль в епігастрії набула постійного характеру, знизилася працездатність, погіршився апетит, втратив у вазі на 15 кг. Які діагностичні заходи слід застосувати для діагностики?
- А. ФГДС з біопсією \*
  - В. ФГДС
  - С. Ро-скопія шлунка
  - Д. УЗ-дослідження черевної порожнини
  - Е. Колоноскопія
419. Чоловік звернувся до лікаря із скаргами на біль в шийному відділі хребта, вимушене положення голови. Захворювання пов'язує з тим, що після сну різко повернув голову вбік, заходячись в ліжку.
- А. Об'єктивно: голова хворого знаходиться в вимушеному положенні, повернута вправо. Ротаційні рухи в шийному відділі хребта неможливі із-за болю, задня група м'язів шиї напружена. Назвіть попередній діагноз: \*
  - В. Ротаційний підвих 1 шийного хребця \*
  - С. Перелом зуба С2 хребця
  - Д. Шийний міозит
  - Е. Туберкульозний спондиліт.
  - Ф. Хвороба Бехтерева.
420. Будівельник звернувся з скаргами на болі в ділянці променево-зап'ясткового суглобу, які його періодично турбують. Посилення болю завжди припадає на момент інтенсивної роботи і, особливо, при роботі з кісточкою. Травми не пригадує. До лікаря звернувся вперше, біль вдавалося зняти традиційними домашніми заходами, а останні 2-3 місяці болі турбують частіше. При огляді пальпаторно виявлена болюча зона, розташована в основі 1 пальця правої кисті. Біль посилюється при відведенні кисті дозовні, при згинання в променево-зап'ястковому суглобі, при відведенні і натисканні по вісі на 1 палець. Зовні змін немає. Назвіть попередній діагноз:
- А. Хронічний сілоїдіт правої променевої кістки. \*
  - В. Гідрома променево-зап'ясткового суглоба.
  - С. Перелом променевої кістки в типовому місці.
  - Д. Ревматоїдний артрит.
  - Е. Деформуючий артроз променево-зап'ясткового суглоба.
421. На рентгенограмі лівого стегна дівчинки 10 років в зоні нижньої третини констатується веретеноподібне розширення кістки, корковий шар її стоншений. Пухлина, що має плямистий малюнок, зруйнувавши епіфізарну пластинку, проросла хрящ і проникла в колінний суглоб.
- А. Хондросаркома. \*
  - В. Саркома Юінга
  - С. Остеобластокластома
  - Д. Фіброма.
  - Е. Гематогенний остеомієліт

422. У хлопчика 11 років через 3 місяці після удару хокейною ключкою в ділянці нижньої третини лівого стегна має місце велике тверде, болюче при пальпації пухлиноподібне утворення, яке покрито стоншеною шкірою із розширеними підшкірними венами. Кахексія не виражена, хоча констатовані метастази в легені.
- A. остеогенна саркома. \*
  - B. Хронічний посттравматичний остеомієліт;
  - C. Фібринозна дисплазія;
  - D. Остеобластокластома;
  - E. Хондрома.
423. У юнака 18 років має місце закритий перелом діафіза правої гомілки внаслідок падіння з трактора і виявлений клінічно фельдшером на польовому стані. Постраждалого необхідно доставити в ЦРЛ, яка розташована на відстані 15 км. Який вид іммобілізації слід використати?
- A. шину крамера. \*
  - B. Імпровізовану шину з 2 прямих дошок
  - C. Транспортувати на ношах в автомобілі без іммобілізації
  - D. Деротаційний чобіток
  - E. Тугу марлеву пов'язку.
424. Чоловіку на ліву ногу впала балка. При обстеженні виявлені набряк, гематома, деформація і патологічна рухливість в середній третині лівого стегна. Яка шина забезпечить оптимальну транспортну іммобілізацію?
- A. Шина Дітерікса \*
  - B. Шина Єланського.
  - C. Шина Крамера
  - D. Шина Чижина
  - E. Шина Дельбе
425. Хвора 32-х років упала на вулиці на витягнуту праву руку. Скарги на сильний біль в нижній третині правого передпліччя. При огляді виявлені набряк, гематома, деформація і різка болючість в нижній третині правого передпліччя. Активні і пасивні рухи різко обмежені і болючі. Транспортна іммобілізація повинна забезпечити нерухомість:
- A. Променево-зап'ясткового і ліктьового суглоба. \*
  - B. Стопи
  - C. Гомілково-ступневого суглоба
  - D. Колінного суглоба.
  - E. Кульшового суглоба
426. Хворий 43-х років упав з другого поверху будинку. Скарги на сильний біль в нижній третині правої гомілки. При огляді виявлені набряк, гематома, деформація і різка болючість в нижній третині правої гомілки. Активні і пасивні рухи різко обмежені і болючі. Транспортна іммобілізація повинна забезпечити нерухомість:
- A. Гомілково-ступневого і колінного суглоба. \*
  - B. Стопи
  - C. Гомілково-ступневого суглоба
  - D. Колінного суглоба.

## Е. Кульшого суглоба

427. У хворого 20 років виявлено поодинокий ущільнений вузол у правій долі щитовидної залози, з низькою ехогенністю за даними УЗО. Яка подальша тактика для диференційної діагностики цього новоутворення?
- А. Тонкогolkова аспіраційна пункційна біопсія (ТАПБ) \*
  - В. Сканування щитовидної залози з радіактивним йодом
  - С. Сканування щитовидної залози з радіактивним технецієм
  - Д. УЗО повторно через 3 місяці
  - Е. Лімфотиреографія
428. У хворого 37 років на фоні гострого синуситу на 7 день захворювання підвищилась t<sup>т</sup> до 40°, з'явився біль в області передньої поверхні шиї, який підсилюється при ковтанні, та поворотах голови. При огляді: щитовидна залоза збільшена, болюча при пальпації, у лівій долі пальпується м'який болючий вузол. Шкіра в цій ділянці гаряча, спостерігається гіперемія. Ваш діагноз?
- А. Абсцес щитовидної залози \*
  - В. Рак щитовидної залози
  - С. Крововилив у вузол щитовидної залози
  - Д. Гострий тонзилит
  - Е. Підгострий тироїдит
429. У хворого, який лікується у стаціонарі з приводу апендикулярного інфільтрату, на 5 добу посилюються болі в правій здухвинній ділянці, з'явилася гарячка до 39,0°C з ознобом. Яка найбільш ймовірна причина такого стану?
- А. Апендикулярний абсцес \*
  - В. Дифузний перитоніт
  - С. Флегмона заочеревинного простору
  - Д. Флегмона передньої черевної стінки
  - Е. Гостра кишкова непрохідність
430. Хвора госпіталізована із скаргами на переймоподібні болі в животі, багаторазове блювання. В минулому – операція з приводу гінекологічної патології. На оглядовій рентгеноскопії органів черевної порожнини - роздуті петлі тонкої кишки, множинні "чаші Клойбера". Яка найбільш ймовірна причина вказаної патології?
- А. Злукова хвороба. \*
  - В. Пухлина товстої кишки.
  - С. Пухлина тонкої кишки.
  - Д. Защемлена грижа.
  - Е. Дивертикуліт товстої кишки.
431. Хворий госпіталізований із скаргами на виділення темної крові при дефекації. При ректальному обстеженні патології не виявлено. Яка найчастіша причина цього стану?
- А. Дивертикуліт товстої кишки. \*
  - В. Пухлина товстої кишки.
  - С. Пухлина тонкої кишки.

- D. Ангіодисплазія слизової товстої кишки.
- E. Хвороба Рендю-Ослера.

432. Потерпілий 40 років під час ДТП вдарився правою половиною грудної клітки до керма. Протягом 1 години росли задишка, загальна слабкість. При аускультатії легень справа - дихання відсутнє, зліва - везикулярне. Пульс 110 ударів за хв., ритмічний. АТ - 110/70 мм.рт.ст. Яке ускладнення розвинулось у пацієнта?
- A. Закритий пневмоторакс справа. \*
  - B. Перелом ребер справа
  - C. Забій грудної клітки справа.
  - D. Правобічний гемоторакс.
  - E. Плевропульмональний шок.
433. У хворого 20 років 2 години тому виникли раптово виникли болі у верхній половині живота. Болі інтенсивні, постійні, посилюються при диханні та рухах. пульс 90. АТ 120/70 мм.рт.ст. При пальпації - болючість в епігастрії, визначається захисне напруження м'язів живота. При перкусії живота печінкова тупість відсутня. Який діагноз можна встановити на основі клініки?
- A. А. Перфоративна виразка. \*
  - B. Гострий панкреатит.
  - C. Загострення виразкової хвороби.
  - D. Загострення хронічного гастриту.
  - E. Гострий холецистит.
434. У хворого 45 років п'ятнадцятирічний анамнез виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Протягом 7 днів багаторазове блювання темно-коричневим вмістом, загальна слабкість. Пульс 100 уд. за хв., АТ 90/50 мм.рт.ст., тургор шкіри знижений, пальпаторно живіт незначно болючий в епігастрії. На рентгенограмі велика кількість рідини у шлунку. Ваш діагноз?
- A. Стеноз виходу зі шлунка. \*
  - B. Шлунково-кишкова кровотеча.
  - C. Гостра кишкова непрохідність.
  - D. Загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.
  - E. Гостре розширення шлунка.
435. У хворої 33 років виникли дрощі та біль у правому підребер'ї. Вважає себе хворою два дні. На УЗД виявлено конкременти до 5 мм у жовчному міхурі, інфільтрація тканин навколо міхура. Виберіть оптимальну тактику ведення хворої.
- A. Скерувати хвору у хірургічний стаціонар. \*
  - B. Спостереження на фоні жовчогінних засобів.
  - C. Призначити антибактеріальні і протизапальні засоби.
  - D. Призначити знеболюючі ненаркотичні анальгетики.
  - E. Спостереження на фоні спазмолітиків.
436. Хвора 40 років раптово відчула сильний біль у лівій половині грудної клітки, нестачу повітря. Захворювань легень та травм грудної клітки не було температура тіла нормальна,

дихання над лівою легенею не вислуховується. При перкусії вислуховується коробковий звук зліва і зміщення і визначається зміщення середостіння вправо. Яке захворювання розвинулось у хворої?

- А. Спонтанний неспецифічний пневмоторакс. \*
- В. Інфаркт міокарду.
- С. Фібринозний плеврит.
- Д. Защемлення діафрагмальної грижі.
- Е. Туберкульоз легень..

437. 72-річний пацієнт впродовж останніх 6 міс відмічає слабкість, втрату апетиту, дисфагію і похудіння. Ваш найбільш ймовірний діагноз?

- А. Рак стравоходу \*
- В. Хронічний гастрит
- С. Діафрагмальна грижа
- Д. Дивертикул стравоходу
- Е. Виразка шлунка

438. У 38-річного пацієнта впродовж останніх 3 тижнів закрепи. Під час акту дефекації відмічає різкий біль в анальній ділянці, червону кров на поверхні сформованого калу. Ваш попередній діагноз?

- А. Анальна тріщина \*
- В. Рак прямої кишки
- С. Геморой
- Д. Гострий парапроктит
- Е. Дивертикул сигмоподібної кишки

439. Жінка 55 років доставлена в хірургічний стаціонар після падіння в результаті вибуху на виробництві, одержала травму правої половини грудної клітки. Діагностовано пневмоторакс, колабовану легеню, підшкірну емфізему, перелом V-VI ребер зліва. Було дреновано плевральну порожнину за Бюлау. Через 48 годин легеня не розправилася, дренаж функціонує. Яка подальша лікувальна тактика?

- А. Показана торакотомія. \*
- В. Повторно дреновати плевру.
- С. Зашити первинний дренаж, аналгезія.
- Д. Відсмоктувати повітря пункціями.
- Е. Консервативна терапія.

440. 46-річний потерпілий був збитий автомобілем. Доставлений в лікарню через 40 хвилин після травми. Потерпілий в мозковій комі, виявлено перелом V-VII ребер справа, закритий перелом правого плеча і правої гомілки. Пульс 110 уд/хв., слабких властивостей. Артеріальний тиск 80/40 мм.рт.ст. Живіт м'який, печінкова тупість збережена, перистальтика кишок послаблена. Які першочергові заходи необхідно провести?

- А. Лапароцентез або лапароскопія. \*
- В. Рентгенографія черепа, кінцівок.
- С. Рентгенографія грудної клітки.
- Д. Комп'ютерна томографія.
- Е. Ультразвукове обстеження органів живота.

441. 24-річний потерпілий доставлений в лікарню через 2 години після травми. При обстеженні виявлені множинні забої і гематоми на обличчі, забійну рану нижньої губи, різку болючість і припухлість в ділянці V ребра зліва, рану передньої черевної стінки 1(0,5 см в мезогастрії. Живіт м'який, перитонеальних ознак не виявлено. Яким допоміжним обстеженням виявити проникаюче поранення черевної порожнини?
- A. Лапароскопією. \*
  - B. Оглядом рентгеноскопією живота.
  - C. Зондовою ревзією рани.
  - D. Ультразвуковим обстеженням органів живота.
  - E. Лапаротомією.
442. 38-річний потерпілий був госпіталізований в хірургічний стаціонар через 4 доби після травмування під час землетрусу. Діагностовано закриту черепно-мозкову травму, забій грудної клітки, закритий перелом V-VI ребер зліва, масивний згорнутий гемоторакс. Проводилася консервативна терапія. На 5-у добу гемоторакс не ліквідовано. Яка подальша лікувальна тактика?
- A. Торакотомія. \*
  - B. Продовжити консервативну терапію.
  - C. Дренування плеври з активною аспірацією.
  - D. Пункція плеври і відсмоктування крові.
  - E. Жодна з вказаних.
443. В хірургічний стаціонар доставлений 36-річний пацієнт в комі. Відомо, що годину тому впав з балкону будинку, з 4 поверху. При огляді наявна рана правої щоки, хруст відламків V-VI ребер зліва, підшкірна емфізема. Яку тактику необхідно застосувати першочергово?
- A. Обстеження "чотирьох порожнин". \*
  - B. Рентгенографія черепа.
  - C. Рентгенографія грудної клітки.
  - D. Консультація нейрохірурга.
  - E. Введення знеболюючих.
444. Хворий поступив після вживання алкоголю з різким болем у верхніх відділах живота, багаторазовим блюванням їжею, слизом, сухістю в роті. Температура - 37,0°C. Живіт напружений в лівому підребер'ї, піддутий. Який найбільш ймовірний діагноз при поступленні?
- A. Гострий панкреатит. \*
  - B. Гострий апендицит.
  - C. Гострий холецистит.
  - D. Гостра кишкова непрохідність.
  - E. Загострення виразкової хвороби.
445. У хворого з анамнезом наявності конкрементів жовчного міхура після порушення у харчуванні виникли різкі болі в правому підребер'ї та епігастрії, нудота, багаторазове блювання жовчю. Хворий блідий, загальмований. При обстеженні - живіт болючий на всьому протязі, різко позитивні симптоми подразнення очеревини. При перкусії - відсутність печінкової тупості. Яка патологія у хворого?
- A. Перфоративна виразка. \*



- В. Гострий холецистит.
- С. Гострий панкреатит.
- Д. Гострий апендицит.
- Е. Гостра кишкова непрохідність.

446. Чоловік 42 років, захворів гостро після вживання жирної їжі. Скарги на болі у верхніх відділах живота, багаторазове блювання без поліпшення. Язик підсихає, обкладений білим нальотом. Живіт помірно болючий, напружений в верхніх відділах, більше зліва. Про яке захворювання можна думати?

- А. Гострий панкреатит. \*
- В. Гострий апендицит.
- С. Гострий холецистит.
- Д. Гостра кишкова непрохідність.
- Е. Загострення виразкової хвороби.

447. У хворої раптово виникли різкі болі в правій половині живота з іррадіацією в попереку, статеві органи, часте сечорвипускання. Живіт дещо піддутий, помірно болючий в поперековій ділянці справа. Симптом Пастернацького позитивний справа. Який попередній діагноз?

- А. Правобічна ниркова коліка. \*
- В. Гострий апендицит.
- С. Гострий холецистит.
- Д. Гостра кишкова непрохідність.
- Е. Гострий панкреатит.

448. Пацієнт 38 років, хворіє на цукровий діабет, 1 тип. Скаржиться на болі в правій ступні, наявність раневої поверхні з норичними гнійними виділеннями. Пульсація на магістральних артеріях збережена. Яке ускладнення діабету виникло?

- А. Трофічна виразка. \*
- В. Бешиха правої ступні.
- С. Волога гангрена правої ступні.
- Д. Суха гангрена правої ступні.
- Е. Тромбоз вен ступні.

449. Хвора Б., 52 років скаржиться на сильний біль в правій половині живота, який іррадіює в праву надключичну ділянку; підвищення температури тіла, сухість та гіркоту в роті. Було неодноразове блювання, яке не приносило полегшення. Біль пов'язує з вживанням жирної їжі. Хвора лежить на правому боці. Бліда. Тахікардія. Язик сухий. Живіт при пальпації болючий в правій половині та дещо напружений в правому підребер'ї. Ймовірний діагноз?

- А. Гострий холецистит. \*
- В. Перфоративна виразка.
- С. Гострий апендицит.
- Д. Правобічна ниркова коліка.
- Е. Гостра кишкова непрохідність.

450. Хвора Б., 28 років була госпіталізована в хірургічне відділення з діагнозом гострий апендицит. Хворіє 5 діб. Лікувалася самостійно, приймала знеболюючі та спазмолітики. В правій здухвинній ділянці пальпується щільний утвір, який практично нерухомий, з чіткими контурами. Було встановлено діагноз: апендикулярний інфільтрат. Ваша подальша тактика?
- А. Консервативне лікування. \*
  - В. Апендектомія в ургентному порядку.
  - С. Апендектомія в плановому порядку.
  - Д. Апендектомія в ургентному порядку, дренування черевної порожнини.
  - Е. Амбулаторне лікування.
451. У хворого Б., 20 років на третій день після апендектомії з'явилась жовтяниця, біль в правому підребер'ї, гектична температура. Пальпується збільшена болюча печінка. Про яке ускладнення необхідно думати?
- А. Пілефлебіт. \*
  - В. Цироз печінки.
  - С. Вірусний гепатит.
  - Д. Холедохолітаз.
  - Е. Токсичний гепатит.
452. Жінка 37 років протягом трьох діб відмічає поступово наростаючий біль у правій здухвинній ділянці, що починався з епігастральної ділянки. Температура тіла 37,5-37,8 °С. При поступленні язик вологий, пульс 80 уд./хв., лейкоцитоз  $12 \times 10^9/\text{л}$ . Живіт при пальпації м'який помірно болючий в правій здухвинній ділянці, де нечітко пальпується утвір. Про яку патологію слід думати?
- А. Апендикулярний інфільтрат. \*
  - В. Пухлина сліпої кишки.
  - С. Апендикулярний абсцес.
  - Д. Перекручена кіста яйника.
  - Е. Позаматкова вагітність.
453. Хворий Б., 76 років госпіталізований ургентно з гострим болем в животі у важкому стані. Хворіє протягом 12 годин. Шкірні покриви бліді, язик підсихає, обкладений білим налетом, було блювання темним вмістом. Пульс 100 уд./хв., аритмічний, слабкого наповнення. АТ 80/40 мм рт.ст. Живіт напружений і різко болючий у всіх відділах, не приймає участі в акті дихання. Наявні симптоми подразнення очеревини. З анамнезу: у хворого ІХС, перенесений інфаркт міокарду, останні 3 роки миготлива аритмія. Про яку патологію слід думати?
- А. Тромбоз мезентеріальних судин. \*
  - В. Перфоративна виразка шлунка.
  - С. Гострий холецистит.
  - Д. Гострий панкреатит.
  - Е. Гострий дивертикуліт.
454. Хворий 27 років під час роботи на наждачному камені без захисних окулярів відчув різкий удар в ліве око. З'явилися біль в оці, світлобоязнь, слезотеча. При огляді: гострота зору лівого ока=0,7, не коригує, змішана ін'єкція, по лімбі адаптована рана

рогівки, зіниця овальної форми, подальші відрізки без змін. Яке обстеження необхідно зробити для уточнення діагнозу?

- A. Рентгенографію орбіт \*
- B. Біомікроскопію
- C. УЗД
- D. Тонометрію
- E. Рефрактометрію

455. До окуліста звернувся хворий зі скаргами на гострий біль та погіршення зору лівого ока. На роботі отримав травму ока при ударі молотком то металу. Об'єктивно: блефароспазм, світлобоязнь, зіяюча рана рогівки, гіфема, мілка передня камера, гіпотонія. Ваш діагноз?

- A. Проникаюче поранення рогівки. \*
- B. Контузія.
- C. Подряпина рогівки.
- D. Непроникаюче поранення рогівки.
- E. Травматичний ірит.

456. Хворий 40 років скаржиться на різкий біль в ділянці верхньої лівої повіки, сильний головний біль, загальне нездужання. При огляді: гострота зору обох очей = 1.0; виражена гіперемія та набряк верхньої повіки лівого ока, шкіра напружена, складки її відсутні, очна щілина звужена; при пальпації - флюктуація, верхня повіка різко болюча, щільна.

Температура тіла - 38.2 С. Діагноз ?

- A. Флегмона верхньої повіки \*
- B. Флегмона орбіти
- C. Гострий склерит
- D. Гострий мейбоміт верхньої повіки
- E. Дакріoadеніт

457. Жінка потрапила до лікарні зі скаргами на гострий біль в животі із втратою свідомості, блідістю шкіри. В анамнезі запалення жовчєвивідних шляхів. Прискорене дихання та ознаки шоку. АТ 98/50 мм.рт.ст., пульс 124 уд./хв. виявлено ознаки асцити. Біохімічні дослідження плазми: Na<sup>+</sup> 134 ммоль/л, К<sup>+</sup> 7,1 ммоль/л, сечовина 18,2 ммоль/л, креатинін 255 ммоль/л, амілаза 320 г/( л•год), глюкоза 9,8 ммоль/л, Який діагноз?

- A. Гострий панкреатит та ниркова недостатність \*
- B. Хронічний панкреатит
- C. Цукровий діабет
- D. Гостра ниркова недостатність
- E. Шок невідомої етіології

458. Хвора 54 роки поступила в хірургічне відділення з підозрою на панкреатит. При лабораторному обстеженні виявлено наступні показники: лейкоцити - 16 Г/л, активність амілази - 180 Од/л, активність лактатдегідрогенази - 24 мкмоль/л, глюкоза - 6,44 ммоль/л. Це може вказувати на розвиток:

- A. Панкреонекрозу \*
- B. Гострий панкреатит важкого ступеню
- C. Гострий панкреатит середнього ступеню
- D. Гострий панкреатит легкого ступеню

## Е. Біліарний панкреатит

459. При огляді в приймальному відділенні у хворого 28 років встановлено: живіт втягнутий, передня черевна стінка не приймає участі в диханні, пальпаторно на всьому протязі визначається напруження м'язів, болючість, позитивні симптоми подразнення очеревини. Печінкова тупість відсутня, перистальтика не прослуховується. Який попередній діагноз найбільш вірогідний?
- А. Проривна виразка шлунка \*
  - В. Гострий апендицит.
  - С. Гострий панкреатит.
  - Д. Гостра кишкова непрохідність.
  - Е. Гострий холецистит.
460. У хворі 25 років раптово з'явився ниючий постійний біль в епігастрії. Через дві години відчула нудоту, було одноразове блювання. Біль до ранку перемістився у праву клубову ділянку. До цього часу температура тіла піднялася до 37,6°C, пульс досяг 90 уд. за 1 хв. При огляді: напруження м'язів передньої черевної стінки в правій клубовій ділянці, позитивний симптом Блюмберга. Ваш діагноз?
- А. Гострий апендицит. \*
  - В. Кишкова коліка.
  - С. Аднексит.
  - Д. Сальпінгіт.
  - Е. Ниркова коліка.
461. Хворий 23 роки скаржиться на сильний „кинджальний” біль в епігастрії. Одразу ж після появи болю виникло одноразове блювання. На момент обстеження біль минув. Пульс ( 54 уд/хв, ритмічний. Язик вологий, обкладений. Живіт напружений і болючий у правому підребер'ї, в інших відділах ( м'який, не болючий. Симптоми подразнення очеревини від'ємні. Позитивний симптом Спіжарського. Яка причина болю?
- А. Проривна виразка шлунка. \*
  - В. Загострення виразкової хвороби шлунка.
  - С. Гострий панкреатит.
  - Д. Перфоративний холецистит.
  - Е. Гостра дистрофія печінки.
462. Пацієнт 25 років отримав травматичну ампутацію нижньої кінцівки на рівні стегна, множинні рани сідниць. Стан хворого важкий, свідомість ясна, збуджений. Лице і губи різко бліді, пульс на периферичних артеріях слабого наповнення, артеріальний тиск – 65/20 мм рт.ст. Яка першочергова тактика лікаря швидкої допомоги?
- А. Введення наркотичних анагетиків. \*
  - В. Введення серцевих середників.
  - С. Переливання солевих розчинів.
  - Д. Гемотрансфузійна терапія.
  - Е. Пункція периферичної вени.
463. Хворий 32 роки поступив через півгодини після травми на будівництві (бетонна плита

впала на нижні кінцівки). Свідомість збережена, відмічається рухове і мовне збудження, погана контактність, голос глухий. Шкіра бліда, покрита холодним потом. Пульс - 90 уд/хв, артеріальний тиск - 100/60 мм.рт.ст.. Тонус м'язів підвищений. Про який патологічний стан слід думати?

- A. Еректильна фаза травматичного шоку. \*
- B. Торпідна фаза травматичного шоку.
- C. Синдром тривалого здавлення.
- D. Компенсований шок.
- E. Декомпенсований шок.

464. В 40-річної хворої у верхньому зовнішньому квадранті грудної залози виявлено щільної консистенції утвір розміром 1(1,5 см, рухомий, не зрощений зі шкірою. Цитологічне дослідження пунктату не виявило ракових клітин. Подальша тактика лікування полягає у:

- A. Секторальній резекції залози. \*
- B. Радикальній мастектомії.
- C. Хіміотерапії.
- D. Променевій терапії.
- E. Жодному з перелічених методів.

465. У 67-річного чоловіка на фоні тривалої гормонотерапії раку передміхурової залози з'явилися кров'яністі виділення з лівого соска. При огляді сосок втягнутий, ареоли - з ділянками мокнуття, інфільтрація соска поширюється на ареолу і підлеглі тканини у медіальному напрямку. Ваш діагноз:

- A. Хвороба Педжета. \*
- B. Стрептодермія.
- C. Гінекомастія.
- D. Мастит.
- E. Сифіліс грудної залози.

466. 16-річна дівчина звернулася зі скаргами на наявність ущільнення у лівій грудній залозі. У верхньому і нижньому медіальних квадрантах виявлено неболючі рухомі ущільнення розмірами 0,5(1,0 см та 1,0(1,0 см. Шкіра над ними не змінена. Виділення з соска відсутні. Найбільш імовірний діагноз:

- A. Фібroadенома. \*
- B. Рак.
- C. Кистозна мастопатія.
- D. Лактостаз.
- E. Лімфаденіт.

467. У хворої 40 років 6 днів болі в животі, підвищення температури тіла до 38,50С. Болі постійні, періодично посилюються. При пальпації у правій клубовій ділянці визначається еластичний, болючий, округлої форми утвір. Симптоми подразнення очеревини від'ємні. У загальному аналізі крові лейкоцитоз 11,5 X 10<sup>9</sup>, формула незмінена, загальний аналіз сечі без змін. Який з наступних діагнозів найбільш ймовірний?

- A. Апендикулярний інфільтрат. \*
- B. Пухлина сліпої кишки.
- C. Правобічний піосальпінкс.

- D. Позаматкова трубна вагітність.
- E. Правобічний паранефрит.

468. У 69-річного чоловіка болі в лівій половині живота, підвищення температури тіла до 39,0°C, озноб. Патологічних виділень при дефекації не відмічав, сечовипускання не порушене. Пальпаторно в лівій клубовій ділянці визначається болючий, нерухомий інфільтрат, визначається захисне напруження м'язів. В загальному аналізі крові лейкоцитоз 15,5 X 10<sup>9</sup>, зсув формули вліво. Який з діагнозів найбільш ймовірний?

- A. Дивертикуліт сигмоподібної кишки. \*
- B. Обструктивний рак ободової кишки.
- C. Заворот сигмоподібної кишки.
- D. Правобічний паранефрит.
- E. Правобічна ниркова коліка.

469. Хворий у важкому стані, блідий, з гіпергідрозом, температура тіла коливається на протязі доби від 39,0°C до 37,10°C, артеріальний тиск понижений на фоні тахікардії, явища загальної інтоксикації. При огляді припухлість підщелепової ділянки з однієї сторони, больове та затруднене відкривання рота. В анамнезі: лікування хронічного періодонтиту 8 зуба 2 міс. тому. Ваш діагноз:

- A. флегмона підщелепової ділянки \*
- B. гнійний лімфаденіт
- C. остеомієліт нижньої щелепи
- D. паратонзиллярний абсцес
- E. гострий сепсис

470. В стаціонарі лікується хворий з виразковою хворобою шлунку. В 2-й годині ночі хворий поскаржився на сильний біль в епігастральній ділянці. Хворий блідий, пульс слабого наповнення, живіт різко напружений і болючий (дошкоподібний), біль зменшується при лежанні на правому боці в позі "ембріона". Ваш діагноз:

- A. перфоративна виразка \*
- B. гострий інфаркт міокарда
- C. гострий холецистит
- D. гострий панкреатит
- E. гострий апендицит

471. У хворого інтенсивний розлитий біль живота, з дзвінкою перистальтикою, блювота не приносить полегшення, є затримка газів та стільця. Живіт болючий, перкуторно над розширеною кишкою високий, тимпанічний звук, при ректальному обстеженні розширена пуста ампула прямої кишки і розслаблення сфінктера заднього проходу. Через 5 годин - при аускультатії перистальтика відсутня, сухість рота. На рентгенограмі органів черевної порожнини - "чаші Клойбера". Ваш діагноз:

- A. гостра кишкова непрохідність \*
- B. кишкова коліка
- C. гострий апендицит
- D. хронічний неспецифічний коліт
- E. гострий холецистит

472. Хворий звернувся до окуліста зі скаргами на гострий біль, світлобоязнь, почервоніння та погіршення зору лівого ока після травми гілкою дерева, яку отримав два дні тому. Об'єктивно: гострота зору лівого ока 0,04 не корегує, око болюче, змішана ін'єкція судин, рогівка мутна, в центрі гнійний інфільтрат 3 мм на 4 мм, набряк райдужки, міоз. Ваш діагноз?
- A. Виразка рогівки. \*
  - B. Гострий напад глаукоми.
  - C. Ерозія рогівки.
  - D. Кератит.
  - E. Гострий іридоцикліт.
473. Хвора 48 років скаржиться на сильну головну біль в лобній ділянці праворуч, біль правого ока, "затуманення" зору, кольорове сяйво навколо джерела світла, нудоту, блювоту. При огляді: гострота правого ока - 0,04, н/к, лівого - 1,0; внутрішньоочний тиск правого ока - 36,0, лівого - 21,0 мм рт.ст.; застійна ін'єкція; дифузний набряк рогівки; зіниця вертикально овальної форми, помірний мідріаз. Діагноз ?
- A. Гострий приступ глаукоми \*
  - B. Гострий кон'юнктивіт
  - C. Гострий іридоцикліт
  - D. Гострий кератоувеїт
  - E. Гострий дакриоденіт
474. Чоловік 26 років скаржиться на різкий біль та почервоніння обох очей, світлобоязнь та слезотечу. Заблукав у горах, був знайдений через добу, не користувався сонцезахисними окулярами. До алергії не схильний. Об'єктивно: блефароспазм, кон'юнктива обох очей різко гіперемована, рогівки з дрібноточковими дефектами епітелію, поверхневими пухирцевими висипаннями. Що ви призначите даному пацієнту невідкладно?
- A. 0,25-0,5% розчин дікаїну місцево та 30% розчин сульфацилу натрію \*
  - B. очну мазь з антибіотиком
  - C. очні краплі з антибіотиком
  - D. очні краплі з глюкокортикоїдом
  - E. Антигістамінні очні краплі
475. Рятувальник 40 років скаржиться на різкий біль та почервоніння обох очей, світлобоязнь та слезотечу. З анамнезу відомо, що під час надання допомоги в екстремальних умовах виконував зварювальні роботи, не користувався захисним щитком. До алергії не схильний. Об'єктивно: блефароспазм, кон'юнктива обох очей різко гіперемована, на рогівці - дрібні пухирцеві здуття епітелію. Діагноз?
- A. Електроофтальмія \*
  - B. Герпетичний кератокон'юнктивіт
  - C. Алергічний кератокон'юнктивіт
  - D. Аденовірусний кератокон'юнктивіт
  - E. Стороннє тіло рогівки
476. У жінки 23 років скарги на раптове значне зниження зору, появу темної плями перед лівим оком. З анамнезу відомо, що вона спостерігала зблизька вибух на виробництві без жодних захисних засобів. При огляді гострота зору правого ока 1,0, лівого ока 0,1, не



корегує. Очі спокійні, оптичні середовища прозорі, в полі зору лівого ока центральна скотома. Діагноз?

- A. Опік макулярної ділянки лівого ока \*
- B. Променева катаракта
- C. Центральна серозна хоріоретинопатія
- D. Розрив сітківки
- E. Відшарування сітківки

477. Дитина 1,5 року госпіталізована в райлікарню зі скаргами на блювання і понос з діагнозом гастроентериту. На 3-й день з'явилися сильні болі в животі, гіпертермія 39°C, тахікардія, здуття і напруження живота, позитивний симптом Боткіна, лейкоцитоз 10,0x10<sup>9</sup>/л. Про який діагноз слід думати?

- A. Гострий апендицит. \*
- B. Непрохідність кишок.
- C. Інвагінація кишок.
- D. Гострий панкреатит.
- E. Дизентерія.

478. В урологічний стаціонар звернувся чоловік 23 років, що отримав травму при падінні з драбини. Скаржиться на біль у поперековій ділянці, більше праворуч, домішку крові у сечі. Загальний стан відносно задовільний. Живіт м'який, чутливий у правій половині. Симптом Щюткіна-Блумберга негативний. Симптом Пастернацького позитивний праворуч. За результатами УЗД : субкапсулярний розрив правої нирки. Якою повинна бути тактика ведення цього хворого?

- A. Госпіталізація, проведення консервативної терапії, спостереження на протязі 15-20 діб у стаціонарі. \*
- B. Негайне оперативне втручання
- C. Введення гемостатичних засобів та рекомендації зберігати ліжковий режим на протязі тижня.
- D. Катетеризація сечового міхура та промивання його 5% розчином Е-АКК.
- E. Переведення у хірургічний стаціонар.

479. Дівчина 16 років скаржиться на ниючий біль у поперековій ділянці праворуч, що періодично посилюється при ходьбі та тривалому перебуванні у вертикальному положенні. Останні місячні у строк, звичайні. При огляді стан хворої задовільний, пацієнтка високого зросту, астенічної статури. Язик вологий, чистий. При пальпації живіт м'який, безболісний. При пальпації у вертикальному положенні у правій клубовій ділянці спостерігається нижня частина округлого утворення, завбільшки 6,5 см, мало болісне при натискуванні. Симптом Пастернацького слабо позитивний праворуч. Який діагноз найбільш вірогідний ?

- A. Нефроптоз праворуч \*
- B. Правобічний сальпінгіт
- C. Позаочеревинне доброякісне утворення
- D. Осумкований апендикулярний абсцес
- E. Позаматкова вагітність

480. У хворого 67 років, що звернувся до лікаря зі скаргами на біль у ділянці промежини,

часте сечовиділення, гематурію, при ректальному дослідженні виявлене одностороннє збільшення передміхурової залози, щільної консистенції, помірно болоче при пальпації. Найбільш інформативним методом верифікації діагнозу буде:

- A. Тонкогільна трансректальна біопсія \*
- B. Дослідження простатичного специфічного антигену
- C. УЗД передміхурової залози
- D. Екскреторна урограма
- E. Комп'ютерна томографія органів малого тазу

481. У хворого 48 років, що звернувся до уролога зі скаргами на викривлення статевого пруття під час ерекції, пальпується щільне утворення розмірами 4,5x1 см у лівій дорсальній ділянці статевого пруття. Діагностована хвороба Пейроні. Яка терапія буде найбільш доцільною?

- A. Місцеві ін'єкції лідази, солукортефа, фізіотерапія \*
- B. Хірургічне видалення бляшки
- C. Інтракавернозні ін'єкції простагландинів
- D. Відмова від статевого життя
- E. Спостереження з подальшим фалопротезуванням

482. У хворого Н., 62 років, що спостерігається у уролога з приводу ДГПЗ, раптово після прийому гострої їжі й алкоголю з'явився біль у надлонній ділянці, часті, болісні непродуктивні позиви до сечовиділення. При огляді у приймальню відділені стаціонару загальний стан середньої важкості, самотужки не мочиться. АТ - 160/100 мм. Пульс - 102 уд./хв. Живіт при пальпації дуже болісний, над лоном пальпується еластичне утворення великих розмірів. Спроба встановити катетер Фоллея навіть на металевому провіднику не дала успіху. Що слід робити далі:

- A. Надлонну пункцію \*
- B. Рекомендувати хворому гарячу ванну
- C. Виконати одночасну аденомектомію
- D. Негайну цистостомію
- E. Застосувати медикаментозну терапію (но-шпа 2 мл в/м, лазікс 40 мг в/в)

483. Хвору 34 років госпіталізовано в стаціонар зі скаргами на сильні переймоподібні болі у правій ділянці живота, що ірадіюють у пах, праве стегно, соромні губи. Найімовірніше приступ ниркової кольки зумовлений:

- A. Каменем нижньої третини сечоводу \*
- B. Каменем уретри
- C. Каменем нижньої миски правої нирки
- D. Каменем січового міхура
- E. Папіломою сечового міхура на правому боці трикутника Л'єто

484. У хворої Н. 36 років, у якої на протязі 5 діб були помірні болі у лівій поперековій ділянці та спостерігався вечірній субфебрилітет, раптово підвищилась температура тіла до 39,8 С, з'явився нестерпний біль у лівій поперековій ділянці. При огляді стан хворої важкий, свідомість спутана. Язик чистий, підсушений. Живіт м'який, помірно болісний при пальпації у лівій гіпогастральній ділянці. Симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. Симптом Пастернацького різко позитивний ліворуч, помірно позитивний праворуч. На

серії екскреторних урограм візуалізується камінь мисково-сечоводного сегмента.

Встановлено діагноз: Гострий пієлонефрит, блокуючий камінь лівої нирки. Якою має бути тактика лікаря?

- A. Негайне оперативне втручання: пієлолітотомія, нефростомія, декапсуляція \*
- B. Проведення масивної антибактеріальної терапії
- C. Антибактеріальна терапія з урахуванням чутливості
- D. Дистанційне дроблення каменя
- E. Нефректомія

485. У хлопчика 10 років під час гри у футбол раптово з'явився біль у мошонці з ірадіацією у пахову ділянку, голівку статевого прутня. При огляді загальний стан середньої важкості. Живіт м'який, безболісний. Ліве яєчко підтягнуто до лінії мошонки, у ділянці верхнього полюсу яєчка пальпується щільне невелике – 0,5 см завбільшки, болісне при пальпації утворення. Ліве яєчко трохи збільшене, щільно-еластичної консистенції. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Перекрут гідатиди яєчка \*
- B. Гострий орхоепідіміт
- C. Травма лівого яєчка
- D. Пахова грижа
- E. Гострий фунікуліт

486. Хвора 57 років доставлена у хірургічне відділення з діагнозом вузловий зоб III ступеню правої долі щитовидної залози. Хворіє на зоб 20 років. Останнім часом зоб швидко збільшився у розмірі. При огляді: права доля щитовидної залози збільшена до III ступеню, обмежена у рухливості. Вузол у долі з чіткими контурами, щільний, значно обмежений у рухливості, мало болісний. Який діагноз у хворої ?

- A. Рак щитовидної залози \*
- B. Змішаний зоб
- C. Аутоімунний тиреоїдит у сполучі з вузловим зобом
- D. Зоб Ріделя
- E. Туберкульоз щитовидної залози

487. Хворій 36 років з багатовузловим зобом III ступеню було виконано операцію - субтотальну резекцію щитовидної залози. На 3 добу після операції хвора поскаржилася на почуття „повзання комах”, корчі у кисті, ступні та обличчі, похолодіння кінцівок. Яке післяопераційне ускладнення виникло?

- A. Гіпопаратиреоз \*
- B. Тиреотоксична криза
- C. Парез гортанних нервів
- D. Гіпотиреоїдна кома
- E. Гіпоглікемічна кома

488. Хворий скаржиться на помірний постійний біль в правій здухвинній ділянці. Хворіє 4 доби. При пальпації відзначається щільне помірно болісне утворення розміром 15x10 см, яке розміщується в правій здухвинній ділянці. Симптомів подразнення очеревини немає. Температура тіла хворого субфебрильна. Дефекація без особливостей. Встановлено діагноз: апендикулярний інфільтрат. Яка дальша тактика лікування?

- А. Консервативна терапія в стаціонарі. \*
- В. Термінова операція – апендектомія.
- С. Лікування під наглядом амбулаторного хірурга вдома.
- Д. Іригоскопія. Консультація гастроентеролога та інфекціоніста.
- Е. Лапароскопія, дренування черевної порожнини.

489. У хворого раптово з'явилися сильні болі в епігастрії. В анамнезі – виразкова хвороба 12п.к. Язик сухий. Живіт напружений, болісний при пальпації. На оглядовому знімку черевної порожнини є чаші Клойбера, гіперпневматоз кишок. Вільного повітря в черевній порожнині не виявлено. Яке дослідження потрібно провести.

- А. Термінову ендоскопію шлунка та 12п.к. \*
- В. Пневмогастрографію
- С. Комп'ютерну томографію
- Д. Лапароцентез
- Е. УЗД гепатодуоденальної зони

490. Хворий скаржиться на вздуття живота, схваткоподібні болі. Перестали відходити гази. Апендектомія 3 роки тому. На R-грамі черевної порожнини відзначається гіперпневматоз кишок та численні чаші Клойбера. Встановлено діагноз: гостра кишкова непрохідність. В чому полягає подальша тактика хірурга?

- А. Термінова операція. Виявлення та усунення причини непрохідності. \*
- В. Консервативна терапія
- С. Іригоскопія.
- Д. Комп'ютерна томографія черевної порожнини
- Е. Проба Шварца (пасаж бар'я по кишечнику)

491. У хірургічне відділення поступив хворий з защемленою правосторонньою паховою косою грижею. При транспортуванні хворого в операційну грижа самостійно вправилась. Болі зникли. Хворий настоює на виписці. Яка подальша тактика чергового хірурга?

- А. Залишити хворого в стаціонарі під наглядом хірурга. \*
- В. Відпустити хворого під нагляд амбулаторного хірурга
- С. Оперувати в ургентному порядку – виконати герніопластику.
- Д. Призначити антибіотики, аналгетики, голод на 3 дні.
- Е. R – скопія шлунково-кишкового тракту.

492. З діагнозом перфоративна виразка 12 п.к. хворий взятий в операційну. На операції виявлена перфоративна виразка передньої стінки 12п.к. Виразковий анамнез 6 років. Перфорація наступила за 2 години до поступлення в стаціонар. Який обсяг оперативної допомоги?

- А. Висічення виразки з селективною проксимальною ваготомією (СПВ). \*
- В. Ушивання виразкового отвору з стоволовою ваготомією (СтВ).
- С. Резекція дистальної третини шлунку по Більрот І.
- Д. Антрумектомія з селективною ваготомією (СВ).
- Е. Тампонада перфоративного отвору сальником на ніжці, трансназальна інтубація тонкої кишки.

493. Хворий 76 років з діагнозом жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит підготовлений до оперативного втручання – холецистектомії. В анамнезі: холангіт, часті простудні захворювання. Що слід назначати хворому з метою профілактики післяопераційних ускладнень?
- А. Одну дозу цефалоспоріна 1-го або 2-го покоління до операції \*
  - В. Курс лікування пеніциліном
  - С. УВЧ – терапію
  - Д. Імунокоректори після операції
  - Е. Гідрокортизон у черевну порожнину під час оперативного втручання
494. Хворому з виразкою виконали дістальну резекцію ? шлунка по Більрот І в важких технічних умовах. Що необхідно виконати в цілях профілактики недостатності шлунково-кишкового анастомозу?
- А. Трансназальну інтубацію тонкої кишки \*
  - В. Розтягнення ануса по Субботіну
  - С. Зрошення черевної порожнини розчином антибіотиків
  - Д. Введення в черевну порожнину розчину гідрокортизону
  - Е. Суворий ліжковий режим на протязі 6-7 днів
495. У хворого на гострий панкреатит на фоні інтенсивної адекватної консервативної терапії спостерігається значне зменшення діурезу - до 800мл на добу, підвищення температури тіла до 39 °С на протязі 10 днів, блювота, явища парезу кишок. Яка подальша тактика лікаря?
- А. Оперативне втручання. \*
  - В. Продовження консервативної терапії.
  - С. Комп'ютерна томографія черевної порожнини з метою уточнення ступеню деструкції залози.
  - Д. Динамічне УЗД підшлункової залози.
  - Е. Лапароскопія.
496. У хворої, яка госпіталізована в хірургічне відділення з підозрою на гострий апендицит, діагностовано гонококовий пельвеоперитоніт. Вкажіть подальшу тактику хірурга.
- А. Консервативна терапія \*
  - В. Лапароскопічна санація черевної порожнини
  - С. Екстренна лапаротомія, апендектомія
  - Д. Екстренна лапаротомія
  - Е. Екстренна лапаротомія, тубоваректомія, апендектомія.
497. У приймальне відділення звернувся хворий на виразку 12-п. кишки зі скаргами на погіршення самопочуття, біль у животі, слабкість. При обстеженні живіт м'який, болісний в епігастральній ділянці; симптоми подразнення очеревини відсутні. В біляпупковій ділянці виявлена підшкірна емфізема (симптом Вігіацо). Яке ускладнення виразкової хвороби виникло у хворого?
- А. Перфорація виразки 12-палої кишки в позаочеревиний простір \*
  - В. Перфорація виразки в черевну порожнину
  - С. Пенетрація виразки в підшлункову залозу
  - Д. Пенетрація виразки в жовчний міхур

## Е. Перфорація виразки в малий сальник

498. У хворого, який оперований з приводу виразки 12-палої кишки, виконана резекція шлунку за методикою Більтрот II. На п'яту добу після операції діагностовано нездатність кукси 12-палої кишки та явища перитоніту. Вкажіть подальшу тактику лікування.
- А. Екстрена лапаротомія, санація та дренування черевної порожнини. \*
  - В. Екстрена лапаротомія. Зашивання дефекту 12-палої кишки.
  - С. Екстрена лапаротомія. Селективна ваготомія із зашиванням дефекту 12-палої кишки
  - Д. Екстренна лапаротомія, дуоденостомія
  - Е. Постійна аспірація вмісту шлунка зондом та інтенсивна антибіотикотерапія.
499. Хворий на гострий панкреатит середньої важкості перебігу знаходився на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні. Через два тижні лікування загальний стан хворого поліпшився, але в епігастральній області з'явилося утворення щільної консистенції з гладкими краями. При УЗД органів черевної порожнини відзначається, що це утворення має розміри 20х15 см і гомогенну структуру. Яке ускладнення могло виникнути у хворого?
- А. Псевдокиста підшлункової залози \*
  - В. Рак підшлункової залози
  - С. Абсцес черевної порожнини
  - Д. Гостра кишкова непрохідність
  - Е. Ехінокок печінки
500. Хворий поступив у хірургічний стаціонар зі скаргами на пожовтіння склер та шкіри, темну сечу та освітлений кал. Болей не відзначає. За останні півроку схуд, зник апетит. При УЗД відзначається збільшена бугриста підшлункова залоза, розширені внутрішньо-печінкові протоки, холедох, жовчний міхур. Живіт при пальпації безболісний. Жовчний міхур збільшений, безболісний, зміщується. (симптом Курвуаз'є). Яке захворювання можна запідозрити у цього хворого?
- А. Рак підшлункової залози \*
  - В. Калькульозний холецистит
  - С. Рак шлунка
  - Д. Паренхіматозний гепатит
  - Е. Абсцес черевної порожнини
501. Хворий скаржитися на сильні розпираючі болі в правому підребер'ї, високу температуру тіла. Три тижні тому переніс лапароскопічну холецистектомію. Післяопераційний період протікав важко, довго була субфебрильна температура. При УЗД відмічається під печінкою утворення круглої форми з рівнем рідини в ньому. Діагноз: абсцес підпечінкового простору. Яка подальша тактика хірурга?
- А. Лапаротомія, санація та дренування порожнини підпечінкового абсцесу. \*
  - В. Консервативна терапія з обов'язковим застосуванням антибіотиків
  - С. Пункція порожнини абсцеса, евакуація гною, введення розчину антибіотиків.
  - Д. Пункція абсцесу – дренаж по Бюлау
  - Е. Лапароскопічне вскриття гнійника, санація порожнини, введення розчину антибіотиків

502. Хвора скаржиться на наявність розширення підшкірних вен на нижній лівій кінцівці. В останній час з'явилося затвердіння в нижній третині гомілки по всьому периметру, крапки бурої пігментації. Температура тіла нормальна. Встановлен діагноз: первинне розширення поверхневих вен лівої нижньої кінцівки. Яка подальша тактика хірурга?
- А. Операція- венектомія в плановому порядку \*
  - В. Масаж, фізіотерапія, ліжковий режим
  - С. Термінове оперативне лікування – перев'язка поверхневих вен у місці впадіння їх у глибоку.
  - Д. Призначення еластичної компресії
  - Е. Накладення анастомозів між глибокою та поверхневою системою вен
503. Хворий скаржиться на помірний постійний біль в правій здухвинній ділянці. Хворіє 4 доби. При пальпації відзначається щільне помірно болісне утворення розміром 15x10 см, яке розміщується в правій здухвинній ділянці. Симптомів подразнення очеревини немає. Температура тіла хворого субфебрильна. Дефекація без особливостей. Встановлено діагноз: апендикулярний інфільтрат. Яка дальша тактика лікування?
- А. Консервативна терапія в стаціонарі. \*
  - В. Термінова операція – апендектомія.
  - С. Лікування під наглядом амбулаторного хірурга вдома.
  - Д. Іригоскопія. Консультація гастроентеролога та інфекціоніста.
  - Е. Лапароскопія, дрнування черевної порожнини.
504. Хворий скаржиться на вздуття живота, схваткоподібні болі. Перестали відходити газы. Апендектомія 3 роки тому. На R- грамі черевної порожнини відзначається гіперпневматоз кишок та численні чаші Клойбера. Встановлено діагноз: гостра кишкова непрохідність. В чому полягає подальша тактика хірурга?
- А. Термінова операція. Виявлення та усунення причини непрохідності. \*
  - В. Консервативна терапія
  - С. Іригоскопія.
  - Д. Комп'ютерна томографія черевної порожнини
  - Е. Проба Шварца (пасаж бар'я по кишечнику)
505. У хірургічне відділення поступив хворий з защемленою правосторонньою паховою косою грижею. При транспортуванні хворого в операційну грижа самостійно вправилась. Болі зникли. Хворий настоює на виписці. Яка подальша тактика чергового хірурга?
- А. Залишити хворого в стаціонарі під наглядом хірурга. \*
  - В. Відпустити хворого під нагляд амбулаторного хірурга
  - С. Оперувати в ургентному порядку – виконати герніопластику.
  - Д. Призначити антибіотики, аналгетики, голод на 3 дні.
  - Е. R – скопія шлунково-кишкового тракту.
506. З діагнозом перфоративна виразка 12 п.к. хворий взятий в операційну. На операції виявлена перфоративна виразка передньої стінки 12п.к. Виразковий анамнез 6 років. Перфорація наступила за 2 години до поступлення в стаціонар. Який обсяг оперативної допомоги?
- А. Висічення виразки з селективною проксимальною ваготомією (СПВ). \*
  - В. Ушивання виразкового отвору з стловою ваготомією (СтВ).



- С. Резекція дистальної третини шлунку по Більрот І.
- Д. Антрумектомія з селективною ваготомією (СВ).
- Е. Тампонада перфоративного отвору сальником на ніжці, трансназальна інтубація тонкої кишки.

507. Хворий 76 років з діагнозом жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит підготовлений до оперативного втручання – холецистектомії. В анамнезі: холангіт, часті простудні захворювання. Що слід назначати хворому з метою профілактики післяопераційних ускладнень?
- А. Одну дозу цефалоспоріна 1-го або 2-го покоління до операції \*
  - В. Курс лікування пеніциліном
  - С. УВЧ – терапію
  - Д. Імунокоректори після операції
  - Е. Гідрокортизон у черевну порожнину під час оперативного втручання
508. У хворого на гострий панкреатит на фоні інтенсивної адекватної консервативної терапії спостерігається значне зменшення діурезу - до 800мл на добу, підвищення температури тіла до 39 °С на протязі 10 днів, блювота, явища парезу кишок. Яка подальша тактика лікаря?
- А. Оперативне втручання. \*
  - В. Продовження консервативної терапії.
  - С. Комп'ютерна томографія черевної порожнини з метою уточнення ступеню деструкції залози.
  - Д. Динамічне УЗД підшлункової залози.
  - Е. Лапароскопія.
509. У хворій після лапароскопічної холецистектомії з'явилося жовтяничне забарвлення шкіри та склер, у крові вміст білірубіну підвищився до 126 мкмоль/л. Яке дослідження необхідно провести для уточнення причини жовтяниці?
- А. Едоскопічну ретроградну холеходопанкреатографію \*
  - В. Лапароскопію
  - С. Повторний аналіз крові на вміст білірубіну
  - Д. Пункційну біопсію печінки
  - Е. Фіброгастродуоденоскопію
510. У хворій, яка госпіталізована в хірургічне відділення з підозрою на гострий апендицит, діагностовано гонококовий пельвеоперитоніт. Вкажіть подальшу тактику хірурга.
- А. Консервативна терапія \*
  - В. Лапароскопічна санація черевної порожнини
  - С. Екстренна лапаротомія, апендектомія
  - Д. Екстренна лапаротомія
  - Е. Екстренна лапаротомія, тубоваректомія, апендектомія.
511. У приймальне відділення звернувся хворий на виразку 12-п. кишки зі скаргами на погіршення самопочуття, біль у животі, слабкість. При обстеженні живіт м'який, болісний в епігастральній ділянці; симптоми подразнення очеревини відсутні. В біляпупковій

ділянці виявлена підшкірна емфізема (симптом Вігіацо). Яке ускладнення виразкової хвороби виникло у хворого?

- A. Перфорація виразки 12-палої кишки в позаочеревиний простір \*
- B. Перфорація виразки в черевну порожнину
- C. Пенетрація виразки в підшлункову залозу
- D. Пенетрація виразки в жовчний міхур
- E. Перфорація виразки в малий сальник

512. Хворий на гострий панкреатит середньої важкості перебігу знаходився на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні. Через два тижні лікування загальний стан хворого поліпшився, але в епігастральній області з'явилося утворення щільної консистенції з гладкими краями. При УЗД органів черевної порожнини відзначається, що це утворення має розміри 20х15 см і гомогенну структуру. Яке ускладнення могло виникнути у хворого?

- A. Псевдокиста підшлункової залози \*
- B. Рак підшлункової залози
- C. Абсцес черевної порожнини
- D. Гостра кишкова непрохідність
- E. Ехінокок печінки

513. Хворий поступив у хірургічний стаціонар зі скаргами на пожовтіння склер та шкіри, темну сечу та освітлений кал. Болей не відзначає. За останні півроку схуд, зник апетит. При УЗД відзначається збільшена бугриста підшлункова залоза, розширені внутрішньо-печінкові протоки, холедох, жовчний міхур. Живіт при пальпації безболісний. Жовчний міхур збільшений, безболісний, зміщується. (симптом Курвуаз'є). Яке захворювання можна запідозрити у цього хворого?

- A. Рак підшлункової залози \*
- B. Калькульозний холецистит
- C. Рак шлунка
- D. Паренхіматозний гепатит
- E. Абсцес черевної порожнини

514. Хворий скаржитися на сильні розпираючі болі в правому підребер'ї, високу температуру тіла. Три тижні тому переніс лапароскопічну холецистектомію. Післяопераційний період протікав важко, довго була субфебрильна температура. При УЗД відмічається під печінкою утворення круглої форми з рівнем рідини в ньому. Діагноз: абсцес підпечінкового простору. Яка подальша тактика хірурга?

- A. Лапаротомія, санація та дренивання порожнини підпечінкового абсцесу. \*
- B. Консервативна терапія з обов'язковим застосуванням антибіотиків
- C. Пункція порожнини абсцеса, евакуація гною, введення розчину антибіотиків.
- D. Пункція абсцесу – дренаж по Бюлау
- E. Лапароскопічне вскриття гнійника, санація порожнини, введення розчину антибіотиків

515. Після субтотальної резекції щитовидної залози у хворої почала наростати слабкість, сонливість, втомлюваність, з'явився набряк вік. Запідозрено гіпотеріоз. Для підтвердження діагнозу необхідно визначення:

- А. Рівня тіреотропного гормону крові \*
- В. Рівня Т3
- С. Рівня Т4
- Д. Рівня антитиреоїдних антитіл
- Е. Рівня поглинання радіоактивного йоду

516. У хворого 35 років скарги на наявність пухлини по передній поверхні шиї, відчуття задихи, дертя у горлі. При пальпації шиї в проекції правої частки щитовидної залози виявлено щільний, малорухомий вузол 2 см в діаметрі. Який метод діагностики новоутворень щитовидної залози найбільш інформативний?

- А. Пункційная биопсия \*
- В. Сцинтиграфія
- С. Комп'ютерна томографія
- Д. Ультразвукове дослідження
- Е. Лімфографія

517. На другу добу після субтотальної резекції щитовидної залози з приводу дифузного токсичного зобу у хворої з'явилися тонічні судоми пензлів (рука акушера), позитивні симптоми Хвостека, Вейса, Труссо. Яке ускладнення операції виникло ?

- А. Гіпопаратиреоз \*
- В. Анафілактичний шок
- С. Тиреотоксична криза
- Д. Інфаркт міокарда
- Е. Асфіксія

518. Хвора 40 років спостерігається в ендокринолога з приводу гіперплазії щитовидної залози І ступеня. Відомо, що вона прибула з ендемічного району. Які рекомендації по профілактиці розвитку зоба можна дати хворій?

- А. Йодотерапія в мікродозах (1-2 мкг) \*
- В. Споживання їжі, багатої тирозином
- С. Відмова від паління
- Д. Уникати переохолодження
- Е. Регулярні огляди лікаря

519. У хворій 45 років пальпується твердий вузлик у лівій долі щитовидної залози. Запідозрено рак щитовидної залози. Який найбільш інформативний метод діагностики раку щитовидної залози ?

- А. Пункційная биопсия \*
- В. Сцинтиграфія
- С. Комп'ютерна томографія
- Д. Ультрозвукове дослідження
- Е. Лімфографія

520. У хворого Н., 39 років, з кістою підшлункової залози після фізичного навантаження з'явився різкий біль у животі, нудота, блювання. При пальпації живота – різке напруження передньої черевної стінки, ознаки подразнення очеревини. При УЗД

визначене зменшення розмірів кісти. Якою повинна бути тактика ведення хворого?

- A. ( Оперативне втручання \*
- B. Введення спазмолітиків
- C. Призначення кортикостероїдних гормонів
- D. Застосування антиферментних препаратів
- E. Ендоскопічна терапія

521. Хворий 60 років поступив у відділення з obturacійною кишковою непрохідністю, яка обумовлена пухлиною сигмовидної кишки. Стан хворого середньої тяжкості. Привідна кишка заповнена калом. Пухлина рухлива. Якою повинна бути тактика хірурга?

- A. Операція Гартмана \*
- B. Резекція пухлини з накладанням первинного анастомозу
- C. Накладання колостоми
- D. Консервативне лікування
- E. Накладання anus praeter naturalis

522. У хлопчика 12 років діагностована ілео-цекальна інвагінація. З початку захворювання пройшло 10 годин. Загальний стан задовільний. Якою повинна бути тактика хірурга?

- A. Консервативне лікування, при відсутності покращення – операція \*
- B. Термінова операція
- C. Паранефральна новокаїнова блокада
- D. Оперативне лікування у плановому порядку
- E. Сифонна клізма

523. Хворому 40 років рік тому здійснено ушивання виразки з приводу перфоративної виразки шлунку. Доставлений у лікарню зі скаргами на різучий біль над пупом, який періодично підсилюється; підсилюється блювота, сухість у роті, пульс 104 ударів за 1 хв. Після початку захворювання хворий оправився, відійшли газы. На якому рівні у хворого непрохідність кишкового тракту ?

- A. Висока тонкокишкова непрохідність \*
- B. Непрохідність в ділянці висхідного відділу товстого кишечника
- C. Низька тонкокишкова непрохідність
- D. Рубцовий стеноз у ділянці воротаря
- E. Непрохідність у ділянці сигми

524. Пострадавший после ДТП (лобовое столкновение) – водитель автомобиля. Жалобы на боли в грудной клетке, головную боль, в правой стопе. При осмотре, поврежденный опорно-двигательного аппарата не выявлено. Необходимо провести иммобилизацию:

- A. шейного отдела позвоночника \*
- B. Бедра
- C. Голени
- D. предплечья

525. Метод иммобилизации (для транспортировки) перелома таза

- A. укладывание больного на жесткие носилки в положение “поза лягушки” - согнутые в коленных и тазобедренных суставах под углом 40° нижние конечности \*

- В. циркулярная фиксация таза простыней или полотенцем
- С. наложение шины Крамера, как при переломе бедра

526. Укладывание пострадавшего с переломом таза в “позу лягушки” достигается путем:

- А. подкладыванием валика под коленные суставы \*
- В. наложение шины Крамера
- С. подкладыванием валика под голени

527. Положение благоприятное при транспортировке при повреждении позвоночника:

- А. разгибание \*
- В. сгибание

528. Положение переразгибания при травме шейного отдела позвоночника при отсутствии воротника Шанса достигается путем укладывания пострадавшего на жесткие носилки с валиком под:

- А. лопатки \*
- В. Шею
- С. Голову

529. Иммобилизация повреждений опорно-двигательного аппарата это метод

- А. борьбы с болевым синдромом \*
- В. вправления переломов
- С. лечения переломов

530. При иммобилизации перелома бедра необходимо фиксировать:

- А. коленный и тазобедренный сустав \*
- В. тазобедренный, коленный и голеностопный сустав
- С. коленный и голеностопный сустав
- Д. коленный сустав

531. При переломах костей конечностей необходимо провести фиксацию

- А. двух, смежных и с местом перелома, суставов \*
- В. трех суставов

532. При переломах костей верхней конечности для иммобилизации достаточно:

- А. фиксировать верхнюю конечность к туловищу в положении сгибания в локтевом суставе 90 %. \*
- В. наложить мягкую давящую повязку на место перелома
- С. уложить конечность вдоль туловища

533. При иммобилизации перелома бедра оптимальным средством является

- А. шина Дитерхса \*
- В. шина Крамера

- С. пневматическая шина
- D. фиксация обеих нижних конечностей между собой

534. Хворий 60 років скаржиться на біль у боці справа, схуднення, слабкість, пітливість, лихоманку. Об'єктивно: шкіра бліда, при пальпації живота у правій ділянці – пухлинне утворення. Кров у сечі. Нв крові - 74 г/л. Яка патологія може зумовити таку картину?

- A. Рак правої нирки \*
- B. Злоякісна пухлина тонкої кишки
- C. Злоякісна пухлина товстої кишки
- D. Апендикулярний інфільтрат
- E. Полікістоз нирки

535. Хворий 60 років скаржиться на біль у боці справа, схуднення, слабкість, пітливість, лихоманку. Об'єктивно: шкіра бліда, при пальпації живота в правій ділянці – пухлинне утворення. Кров у сечі. Нв крові 74 г/л. Запропонуйте схему обстеження хворого

- A. Екскреторна урографія, УЗД нирок, селективна ангіографія нирок \*
- B. Цистоскопія
- C. Наявність клітин Штернгеймера-Мальбіна
- D. Ізотопна ренографія
- E. Біопсія нирок

536. Хворий 60 років, скаржиться на біль у боці справа, схуднення, слабкість, пітливість, лихоманку. Об'єктивно: шкіра бліда. При пальпації живота в правій ділянці пухлинне утворення. Кров у сечі. Нв крові 74 г/л. Який метод обстеження дозволяє виявити джерело кровотечі?

- A. Трьохсклянка проба, цистоскопія, катетеризація сечоводів \*
- B. Цистоскопія
- C. Моча за Нечипоренком
- D. В/в урографія
- E. Біопсія нирок

537. Хворий 45 років скаржиться на слабкість, гематурію. В/в урографія виявила у правій нирці пухлину до 2,5 см у діаметрі. Назвіть клінічну стадію захворювання.

- A. I стадія \*
- B. II стадія
- C. III стадія
- D. IV стадія
- E. II - III стадії

538. Хворий 45 років скаржиться на слабкість, гематурію. В/в урографія виявила у правій нирці пухлину до 2,5 см у діаметрі. Оберіть метод лікування

- A. Радикальна нефректомія \*
- B. Хіміотерапія
- C. Променева терапія
- D. Селективна емболізація ниркової артерії
- E. Хіміотерапія, променева терапія

539. Хвора 45 років скаржиться на біль в попереку, слабкість, схуднення, появу в сечі крові у вигляді "черв'яків". НЬ 83 г/л. Хворіє більше 4 місяців. Про яке захворювання слід думати?
- А. Пухлина нирок \*
  - В. Нефрит гострий
  - С. Нефрит хронічний
  - Д. Геморагічний діатез
  - Е. Ниркова колька
540. Хворий 53 років скаржиться на лихоманку на протязі 3 тижнів, озноб, ниючий біль у попереку, макрогематурію. Об'єктивно: в правому підребер'ї пальпується тверде бугристе утворення. НЬ 70 г/л. [Са++ ] у сироватці крові - 150 мг/л. Про що свідчить гіперкальціємія у даному випадку?
- А. Гормонально-активна аденокарцинома нирки \*
  - В. Патологія наднирників
  - С. Феохромоцитома
  - Д. Тиреотоксикоз
  - Е. Мікседема
541. При яких пухлинах нирки УЗД є найінформативнішим методом дослідження?
- А. Пухлини паренхіми нирки \*
  - В. Пухлини ниркової миски
  - С. Саркома нирки
  - Д. Папілома
  - Е. Ангіома
542. Хвора 68 років госпіталізована в стаціонар з гострою нирковою недостатністю. Скарги на відсутність сечі останню добу, біль у попереку, нудоту. Два тижні тому проведена холецистектомія. В зв'язку з підвищенням температури тіла отримувала протягом 10 діб гентаміцин по 240 мг/добу, цефтріаксон 2 г/добу. Об'єктивно: стан середньої тяжкості, шкіра помірно бліда, АТ 110/70 мм рт.ст., ЧСС 100, живіт безболісний. НЬ 98 г/л, ШОЕ 22 мм/годину, креатинін крові 0,40 ммоль/л, сечовина крові 36 ммоль/л. УЗД органів черевної порожнини без патології. Яка причина гострої ниркової недостатності?
- А. Нефротоксичність гентаміцину \*
  - В. Застосування цефтріаксону
  - С. Гострий гломерулонефрит
  - Д. Сепсис
  - Е. Анемія
543. Хвора 68 років після холецистектомії у зв'язку з підвищенням температури тіла протягом 10 діб отримувала гентаміцин по 240 мг/добу, цефтріаксон по 2 г/добу, після чого з'явилися біль у попереку, нудота, анурія. Об'єктивно: стан середньої тяжкості, шкіра помірно бліда, АТ 110/70, ЧСС 100. Живіт безболісний. НЬ 98 г/л, ШОЕ 22 мм/годину, креатинін крові 0,40 ммоль/л, сечовина крові 36 ммоль/л. УЗД органів черевної порожнини без патології. Ваш діагноз?
- А. Гостра ниркова недостатність \*
  - В. Гостра затримка сечі



- С. Гострий панкреатит
- D. Ниркова коліка
- Е. Анемія

544. У постраждалого 45 років з важкою черепно-мозковою травмою (контузія мозку другого ступеня) на третю добу після травми виникли зорові галюцинації погрожуючого типу, психомоторне збудження, дезорієнтація в місці та часі. В минулому зловживав алкоголем. Визначте психопатологічний синдром
- A. Делірій \*
  - B. Гострий галюциноз
  - C. Аменція
  - D. Онейроїдний синдром
  - Е. Паморочний стан свідомості
545. Анемія, лихоманка, слабкість є найбільш характерними для раку:
- A. Правої половини ободової кишки \*
  - B. Тонкої кишки
  - C. Селезінкового кута
  - D. Лівої половини ободової кишки
  - Е. Сигмоподібної кишки
546. Симптомокомплекс кишкової непрохідності є провідним при раку:
- A. Лівої половини ободової кишки \*
  - B. Сліпої кишки
  - C. Печінкового кута
  - D. Правої половини ободової кишки
547. При раку надампулярного відділу прямої кишки переважають симптоми:
- A. Порушення функції (запори, проноси) \*
  - B. Больові відчуття
  - C. Інтوكсикація
  - D. Паранеоплазія
  - Е. Патологічні виділення
548. До дільничного лікаря звернувся хворий 62 років зі скаргами на почуття незадоволення після акту дефекації, періодичний слиз, кров у калі протягом 2 місяців. Ваш попередній діагноз?
- A. Рак ампулярного відділу \*
  - B. Дизентерія
  - C. Хронічний виразковий проктосигмоїдит
  - D. Геморой
549. У 65-річної жінки розвилася вогнищева десквамація шкіряного епітелію, мочок вуха і долонь. Через місяць з'явилась дисфагія, що поступового прогресувала. Ваш попередній діагноз?

- A. Рак стравоходу \*
- B. Ахалазія
- C. Дивертикул
- D. Кардіоспазм
- E. Акрокератоз Базекса

550. До лікаря звернулась хвора 49 років зі скаргами на появу жовтяниці протягом 3 тижнів, свербіння шкіри, загальну слабкість, схуднення до 6 кг. Границі печінки за Курловим 15x12x10 см: край печінки злегка округлений, під краєм реберної частки печінки пальпується тугоеластичне малоболісне утворення овальної форми 7x4 см. Випорожнення глінисто-сірого кольору. Загальний білірубін – 256 ммоль/л, прямий – 96 ммоль/л. Ваш попередній діагноз?

- A. Пухлина панкреатодуоденальної зони \*
- B. Хвороба Боткіна
- C. Пухлина або кіста правої частки печінки
- D. Водянка жовчного міхура
- E. Пухлина жовчного міхура

551. Диференційовані форми раку щитовидної залози переважно розповсюджуються:

- A. За лімфатичними шляхами \*
- B. Гематогенно
- C. На протязі
- D. По фасціальній-футлярній структурі

552. Ризик розвитку раку щитовидної залози найбільш високий при наявності:

- A. Поодинокого “холодного” вузла (що не поглинає I133) \*
- B. Тиреоїдиту Хашимото
- C. Тиреоїдиту де Кервена
- D. Зоба Риделя
- E. Фолікулярної аденоми

553. У жінки після 2 років годування дитини груддю з'явилося дифузне ущільнення грудної залози, її збільшення, гіперемія, підвищення температури шкіри. Виберіть лікувально-діагностичну тактику.

- A. Пункцій на біопсію \*
- B. Зігріваючі компреси
- C. Фізіотерапія
- D. Розтин, дренажування
- E. Спостереження в динаміці

554. Найбільш патогномонічна мамографічна ознака раку молочної залози -

- A. Променисті контури \*
- B. Чіткі контури утворення тіні
- C. Однорідна структура утворення тіні

555. Симптом “лимонної шкірки” при раку молочної залози спостерігається
- А. При набряково-інфільтративній формі \*
  - В. При всіх формах
  - С. При маститоподібній формі
  - Д. При раку Педжета
  - Е. При бешихоподібній формі
556. Хвора 35 років скаржиться на почервоніння і потовщення соска. При огляді сосок і частина ореоли укрита шкурочками, що мокнуть. При їх злущуванні відкривається вогка, зерниста поверхня. Сосок потовщений і щільний при пальпації. Ваш діагноз?
- А. Рак Педжета \*
  - В. Екзема
  - С. Туберкульоз
  - Д. Мастит
557. Доброякісною пухлиною без ризику малігнізації є:
- А. Невус внутрішньодермальний \*
  - В. Меланоз Дюбрейля
  - С. Лентигомеланома
  - Д. Лентигінозна дисплазія
  - Е. Пограничний неву
558. Хворому 22 років, із приводу важкого тиреотоксикозу, без адекватної передопераційної підготовки, була зроблена субтотальна тиреоїдектомія. Через 8 годин після операції підвищилася температура, з'явилася гіперемія особи, тулуби, посилене потовиділення, тахікардія до 140 ударів у хв., хекання, порушення. Яке ускладнення розвилось в хворого?
- А. Тиреотоксичний криз \*
  - В. Гіпотиреоїдний криз
  - С. Гостра серцева недостатність
  - Д. Злоякісна гіпертермія
  - Е. Феохромоцитомний криз
559. Виклик додому. Жінка 64 років захворіла рік тому: швидко підсилювались стомлюваність і послаблення пам'яті, епізоди оглушення та сонливості, постійний головний біль із ранковим блюванням. Після обстеження встановлений діагноз – пухлина лівої скроневої долі. Протягом години збуджена, з утратою орієнтації, відчуває зорові галюцинації (пожежі, ріки крові), відчуває страх. Що призначити з метою зняття збудження?
- А. Діазепам \*
  - В. Аміназин
  - С. Депакін
  - Д. Галоперидол
  - Е. Тизерцин
560. Найбільш частим симптомом пухлини сечового міхура є:
- А. Гематурія \*
  - В. Дизурія

- С. Слабкий струмінь сечі
- D. Біль
- Е. Утруднене сечовипускання

561. До лікаря поліклініки звернувся хворий 58 років з приводу появи крові в сечі без будь-яких передвісників, спочатку у вигляді черв'якоподібних згустків, потім тотальної гематурії при двох сечовипусканнях. Ваш попередній діагноз?
- A. Пухлина сечоводу \*
  - B. Пухлина нирки
  - C. Пухлина сечового міхура
  - D. Сечокам'яна хвороба
  - E. Геморагічний цистит
562. У хворого в післяопераційний період розвинулась гостра біль. Хворий оперувався в амбулаторних умовах з приводу підшкірного абсцесу на передпліччі. Якими анальгетиками мав скористуватись пацієнт із поради анестезіолога?
- A. Трамадол + нестероїдні протизапальні препарати \*
  - B. Нестероїдні протизапальні препарати
  - C. Опіоїди та парацетомол
  - D. Трамадол
  - E. Опіоїди
563. Чоловік, 21 рік, у якого ожиріння переведений в ПІТ після лімфадемектомії у зв'язку із злоякісною пухлиною яєчка. Хірургічний розріз від 8 ребра до лобкового сімфіза, був встановлений дренаж в праву плевральну порожнину. Після екстубації і пробудження хворий поскаржився на сильну біль, дихання було поверхневим та частим (35/хв.). В/в ввели морфін в дозі 10мг, після чого хворий припинив скаржитися на біль та став дуже млявий. На фоні інгаляції 50% киснем, газів артеріальної крові: PaO<sub>2</sub>-58мм.рт.ст.; Pa-CO<sub>2</sub>-53мм.рт.ст.; pH-7,25 и HCO<sub>3</sub>-21мекв/л. На Ro-грамі легеневі поля чисті, обсяг легенів зменшений
- A. Неефективна післяопераційна аналгезія з опіоїдною депресією дихання. \*
  - B. Остаточно правосторонній пневмоторакс
  - C. Долевий ателектаз
  - D. Гемоторакс
  - E. Післяопераційна наркотична депресія
564. У хворої 42 років раптом виник гострий різкий біль у попереку зліва, який поширювався на ліву половину живота, віддавав у пах, супроводжувався нудотою, блюванням. Після теплої ванни й прийому баралгіну біль зник. У клінічному аналізі сечі – гематурія, на УЗД нирок виявлено камінь в лівій нирці – 0,2 см. Ваш діагноз?
- A. Сечокам'яна хвороба \*
  - B. Гострий пієлонефрит
  - C. Гострий гломерулонефрит
  - D. Пухлина нирки
  - E. Цистит

565. Хворий 57 років після падіння відчув різкий біль у попереку, при сечовиділенні звернув увагу на червоний колір сечі. У клінічному аналізі сечі – гематурія. Рентгенологічне й ультразвукове дослідження нирок патології не виявили. Ваш діагноз?
- А. Забій нирки \*
  - В. Гострий цистит
  - С. Гострий пієлонефрит
  - Д. Аденома передміхурової залози
  - Е. Ушкодження уретри
566. Хворий 55 років, водій вантажного автомобіля, скаржився на незадовільне сечовиділення, часті позиви на виділення сечі, особливо вночі, неприємні відчуття внизу живота, на червоний колір сечі. В анамнезі життя патології нирок не було. У клінічному аналізі сечі – гематурія, Рентгенологічне, УЗД не виявило патології нирок. Ваш діагноз?
- А. Аденома передміхурової залози. \*
  - В. Простатит
  - С. Цистит
  - Д. Гострий пієлонефрит
  - Е. Гострий гломерулонефрит
567. Хвора 73 років скаржиться на несподівану зміну кольору сечі. Сеча червона, з домішками кров'яних згустків, що нагадують черв'яків, болю нема, непокоїть слабкість. У клінічному аналізі сечі – гематурія, у клінічному аналізі крові: Hb 84 г/л, ШОЕ 31 мм/год. Ваш діагноз?
- А. Пухлина нирки \*
  - В. Гострий цистит
  - С. Гострий пієлонефрит
  - Д. Гострий гломерулонефрит
  - Е. Сечокам'яна хвороба
568. У хворого 22 років після отримання опіків III ступеня на 4 добу з'явилися масивні набряки, анорексія, нудота, блювання, шкірна сверблячка, головний біль, спрага, запах сечі із рота. У крові: сечовина - 45 ммольл, креатинін - 0,755 ммольл, калій плазми крові - 7,9 ммольл, еритроцити - 2,2 10<sup>12</sup>/л, в сечі - білок - 3,6 г/л, еритроцити - на 14 полію зору, циліндри токсичні - 4-6 в пр., еритроцитарні - 3-4 в пр., воскові - 2-3 в пр. Яке ускладнення опікової хвороби розвилось у даного хворого?
- А. Гостра ниркова недостатність \*
  - В. Гострий гломерулонефрит
  - С. Токсична нефропатія
  - Д. Апостематоз нирок
  - Е. Гострий пієлонефрит
569. Хвора 55 років прооперована з приводу аденоми гіпофіза. Після операції з'явилася слабкість, адинамія, астенія, депресія, нудота, болі в животі. При обстеженні зафіксована тахікардія - 145 уд./хв., гіпотонія - АТ 55/0 мм рт.ст., гіпоглікемія, гіпонатріємія, гіперкаліємія. Яке ускладнення розвилось у хворої?
- А. Гостра надниркова недостатність \*
  - В. Гіпоглікемічна кома

- С. Гостра серцева недостатність
- D. Гостра ниркова недостатність
- E. Гостра печінкова недостатність

570. У хворого після оперативного втручання на нирках з приводу сечокам'яної хвороби зафіксований тромбоз вен наднирників. Яке найбільш вірогідні наслідки тромбозу?

- A. Гостра надниркова недостатність \*
- B. Гостра серцева недостатність
- C. Гостра ниркова недостатність
- D. Симпато-адреналовий криз
- E. Гіпоглікемічна кома

571. Хворому 37 років була проведена ектомія правого наднирника з приводу пухлини. Замісна терапія кортикостероїдами та мінералокортикоїдами не проводилася. Розвиток якого стану можна очікувати у хворого?

- A. Гострої надниркової недостатності \*
- B. Гострої ниркової недостатності
- C. Гіперальдостеронізму
- D. Гострої серцевої недостатності
- E. Симпато-адреналового кризу

572. Бригада ШМД викликана до хворої 35 років. Хвора скаржиться на різкі болі в області попереку з іррадіацією в пах. Хвора тримається за хворий бік, стогне, не може знайти собі місця. Відмічається різка слабкість, сухість у роті, нудота. При пальпації - різка хворобливість правої половини області попереку. Симптом Пастернацького різко позитивний справа. У сечі - макрогематурія. Яка найбільш вірогідна причина гострої гематурії?

- A. Сечокам'яна хвороба, ускладнена нирковою колікою \*
- B. Пухлина сечового міхура
- C. Гострий гломерулонефрит
- D. Позаматкова вагітність
- E. Спонтанний аборт

573. Хворий 68 років скаржиться на виділення згустків крові з сечею. Больовий синдром відсутній. Протягом останніх 3 місяців відмічається слабкість, зниження інтересу до життя. Яка найбільш вірогідна причина гематурії?

- A. Пухлина сечової системи \*
- B. Форнікальна кровотеча
- C. Сечокам'яна хвороба
- D. Пухлина простати
- E. Інфаркт нирки

574. Хворий 48 років, поступив до урологічного відділення із скаргами на болі в гіпогастрії, промежині, відсутність сечовипускання протягом доби, підвищення температури тіла до 38,0, тіпанку. При огляді - блідість шкіри, пульс 90 на 1 хвилину, тони серця ритмічні, ясні, АТ 130/90 мм рт.ст, у легенях - везикулярне дихання. Живіт здутий, печінка,

селезінка, нирки не пальпуються. Перкуторні межі сечового міхура на 3 см нижче пупка. Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Захворів тиждень тому, коли стали турбувати болі в правій половині попереку з іррадіацією по ходу сечоводу в промежину, різі при частому сечовиділенні, зміна кольору сечі на червоно-бурий, лихоманка, тіпанка. Близько 10 років страждає сечокам'яною хворобою, хронічним калькульованим пієлонефритом з загостреннями 1-2 рази на рік та виходженням конкрементів. Ваш попередній діагноз?

- А. Обтурація конкрементом уретри \*
- В. Гостра ниркова недостатність
- С. Рак передміхурової залози
- Д. Аденома передміхурової залози
- Е. Гострий простатит

575. Хворий 48 років поступив до урологічного відділення із скаргами на болі в гіпогастрії, промежині, відсутність сечовипускання протягом доби, підвищення температури тіла до 38,0, тіпанку. При огляді – блідість шкіри, пульс 90, тони серця ритмічні, ясні, АТ 130/90 мм рт.ст, у легенях – везикулярне дихання. Живіт здутий, печінка, селезінка, нирки не пальпуються. Перкуторні межі сечового міхура на 3 см нижче пупка. Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Захворів тиждень тому, коли стали турбувати болі в правій половині попереку з іррадіацією по ходу сечоводу в промежину, різі при частому сечовиділенні, зміна кольору сечі на червоно-бурий, лихоманка, тіпанка. Близько 10 років страждає сечокам'яною хворобою, хронічним калькульозним пієлонефритом з загостреннями 1-2 рази на рік та виходженням конкрементів. Перелік досліджень для визначення діагнозу та вибірки методів лікування ?

- А. УЗД нирок, передміхурової залози та сечового міхура, пальцеве ректальне дослідження, оглядова урографія, ретроградна уретрографія. \*
- В. УЗД нирок, передміхурової залози та сечового міхура, пальцеве ректальне дослідження, ретроградна уретрографія.
- С. УЗД нирок, передміхурової залози та сечового міхура, оглядова урографія, ретроградна уретрографія.
- Д. УЗД нирок, передміхурової залози та сечового міхура, пальцеве ректальне дослідження, оглядова урографія, ретроградна уретрографія, екскреторна урографія.
- Е. УЗД нирок, передміхурової залози та сечового міхура, пальцеве ректальне дослідження, оглядова урографія, ретроградна уретрографія, сечовіна та креатенін крові.

576. Хворий М, 48 років, поступив в урологічне відділення із скаргами на болі в гіпогастрії, промежині, відсутність сечовипускання протягом доби, підвищення температури тіла до 38,0, тіпанку. При огляді – блідість шкіри, пульс 90, тони серця ритмічні, ясні, АТ 130/90 мм. рт.ст, в легенях – везикулярне дихання. Живіт здутий, печінка, селезінка, нирки не пальпуються. Перкуторні межі сечового міхура на 3 см нижче пупка. Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Захворів тиждень тому, коли стали турбувати болі в правій половині попереку з іррадіацією по ходу сечоводу в промежину, різі при частому сечовиділенні, зміна кольору сечі на червоно-бурий, лихоманка, тіпанка. Близько 10 років страждає сечокам'яною хворобою, хронічним калькульозним пієлонефритом з загостреннями 1-2 рази на рік та виходженням конкрементів. Який діагностичний метод допомагає в виключенні діагнозу конкременту сечового міхура ?

- А. УЗД сечового міхура \*



- В. Пальцеве ректальне дослідження
- С. Ретроградна цистографія
- Д. Екскреторна урографія
- Е. Низхідна цистографія

577. Хворий М, 48 років, поступив в урологічне відділення із скаргами на болі в гіпогастрії, промежині, відсутність сечовипускання протягом доби, підвищення температури тіла до 38,0, тіпанку. При огляді – блідість шкіри, пульс 90, тони серця ритмічні, ясні, АТ 130/90 мм. рт.ст, в легенях – везикулярне дихання. Живіт вздутий, печінка, селезінка, нирки не пальпуються. Перкуторні межі сечового міхура на 3 см нижче пупка. Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Захворів тиждень тому, коли стали турбувати болі в правій половині попереку з іррадіацією по ходу сечоводу в промежину, різі при частому сечовиділенні, зміна кольору сечі на червоно-бурий, лихоманка, тіпанка. Близько 10 років страждає сечокам'яною хворобою, хронічним калькульозним пієлонефритом з загостреннями 1-2 рази на рік та виходженням конкрементів. Які лікувальні препарати необхідно призначити хворому в першу чергу?
- А. Антибіотики \*
  - В. Анальгетики
  - С. Спазмолітики
  - Д. Сечогінні
  - Е. Жарознижуючі
578. Найбільш важливою ознакою, що вказує на розвиток недостатності кори наднирників під час або одразу після операції є:
- А. Стійка гіпотонія \*
  - В. Стійка гіпертензія
  - С. Стійка задишка
  - Д. Стійка тахікардія
  - Е. Стійка брадикардія
579. Хворому з тяжкою формою цукрового діабету під час операції перелито багато еритроцитарної маси. Протягом кількох годин після операції пацієнт загинув. Вкажіть найбільш імовірну причину смерті:
- А. Підвищення рівню калію в крові \*
  - В. Зниження рівню кальцію в крові
  - С. Гемоліз
  - Д. Ацидоз
  - Е. Емболія
580. Який метод дослідження є найбільш пріоритетним для діагностики кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту?
- А. Фіброгастродуоденоскопія \*
  - В. Рентгенографія
  - С. Рентгеноскопія
  - Д. Ангіографія
  - Е. Дослідження кала на приховану кров

581. Яке тактичне рішення необхідно прийняти при розвитку токсичного мегаколону та відсутності ефекту від застосування кортикостероїдів, інфузії та похідних саліціатів у хворого на хронічний неспецифічний виразковий коліт?
- A. Припинити консервативну терапію та вирішити вопрос про хірургічне втручання або застосування циклоспорину \*
  - B. Збільшити дози кортикостероїдів
  - C. Призначити препарати калію
  - D. Призначити гемотрансфузії
  - E. Відмінити аміносаліцілати
582. Хворий 62 років скаржиться на гостру затримку сечі, попередньо спостерігалось ніктурія, затруднення при сечовипусканні, слабкий струмінь сечі. Найбільш імовірний діагноз?
- A. Аденома передміхурової залози \*
  - B. Рак передміхурової залози
  - C. Гострий простатит
  - D. Атонія сечового міхура
  - E. Гострий цистит
583. Надлобкову капілярну пункцію сечового міхура виконують:
- A. На 1-2 см вище лобка по середній лінії \*
  - B. На 3-5 см вище лобка по середній лінії
  - C. На 5-7 см вище лобка по середній лінії
  - D. Орієнтуючись на збільшений сечовий міхур
  - E. На 1-2 см вище лобка
584. Жінка 38 років скаржиться на наявність крові в сечі під час менструацій. Про яке захворювання можна думати?
- A. Ендометріоз сечового міхура \*
  - B. Рак сечового міхура
  - C. Рак матки
  - D. Порушення менструального циклу
  - E. Гломерулонефрит
585. Гострий абдомінальний біль на початку хвороби спостерігається при наступних захворюваннях, окрім:
- A. Шлунково-кишкової кровотечі \*
  - B. Перфоративної виразки шлунка
  - C. Гострого панкреатиту
  - D. Кишкової непрохідності
  - E. Гострого холециститу
586. У постраждалого відкритий перелом правої гомілки. Ваша тактика?
- A. Уведення знеболюючих препаратів, накладання асептичної пов'язки, іммобілізація кінцівки \*
  - B. Вправлення кісткових відламків, асептична пов'язка
  - C. Уведення знеболюючих препаратів, асептична пов'язка

- D. Імобілізація кінцівки, уведення знеболюючих засобів
- E. -

587. У постраждалого відкритий перелом правої гомілки. Ваша тактика?
- A. Уведення знеболюючих препаратів, накладання асептичної пов'язки, іммобілізація кінцівки без попередньої репозиції відламків \*
  - B. Вправлення кісткових відламків, іммобілізація кінцівки, асептична пов'язка
  - C. Уведення знеболюючих препаратів, асептична пов'язка
  - D. Імобілізація кінцівки, введення знеболюючих засобів
588. При вивихах кінцівок транспортна іммобілізація виконується в положенні, в якому кінцівку знайдено, окрім:
- A. Заднього вивиху колінного суглоба \*
  - B. Вивиху плечового суглоба
  - C. Вивиху стегна
  - D. Вивихів пальців стопи
589. У постраждалого відкритий перелом правої гомілки. Ваша тактика?
- A. Уведення знеболюючих препаратів, накладання асептичної пов'язки, іммобілізація кінцівки \*
  - B. Вправлення кісткових відламків, асептична пов'язка
  - C. Уведення знеболюючих препаратів, асептична пов'язка
  - D. Імобілізація кінцівки, введення знеболюючих засобів
590. У постраждалого відкритий перелом правої гомілки. Ваша тактика?
- A. Уведення знеболюючих препаратів, накладання асептичної пов'язки, іммобілізація кінцівки без попередньої репозиції відламків \*
  - B. Вправлення кісткових відламків, іммобілізація кінцівки, асептична пов'язка
  - C. Уведення знеболюючих препаратів, асептична пов'язка
  - D. Імобілізація кінцівки, введення знеболюючих засобів
591. Постраждалий під час ДТП скаржиться на значний біль у правому стегні. Знайдено деформацію, та патологічну рухливість в середньої третині правого стегна. Інших ушкоджень не знайдено. Які необхідні першочергові заходи?
- A. У хворого закритий перелом правого стегна. Необхідно введення протишокових засобів, створення венозного доступу та відновлення ОЦК, транспортна іммобілізація від тазостегнового до гомілковостопного суглобів \*
  - B. У хворого перелом правого стегна. Необхідно транспортна іммобілізація від тазостегнового до гомілковостопного суглобів, введення знеболюючих препаратів
  - C. У хворого перелом правого стегна. Необхідно транспортна іммобілізація від тазостегнового до гомілковостопного суглобів та введення протишокових засобів
592. У хворого підвищення температури тіла до 38,5оС, озноб, пульсуючий біль у промежині, яка посилюється при сечовипусканні та дефекації, утруднення сечовипускання. Ваш діагноз?

- A. Гострий простатит у стадії формування абсцесу \*
- B. Гострий парапроктит, абсцес промежини
- C. Гострий цистит на фоні аденоми простати
- D. -
- E. -

593. У хворого підвищення температури тіла до 39°C, озноб, пульсуючий біль у промежині, яка посилюється при дефекації, сечовипускання нормальне. При пальпації виявляється болюча пухлина у періанальній ділянці та гіперемія шкіри. Ваш діагноз та лікувальна тактика?
- A. Гострий парапроктит. Необхідна госпіталізація у хірургічне чи проктологічне відділення \*
  - B. Гострий простатит. Необхідна госпіталізація в урологічне відділення
  - C. Гострий геморой. Необхідна госпіталізація у хірургічне чи проктологічне відділення
594. Хвора 38 років скаржиться на періодичну субферильну температуру, загальну слабкість, тупий біль у правій половині живота та навколо пупка, чергування закрепів із проносами кашоподібним стільцем до 3-4 разів з незначною домішкою крові. Який попередній діагноз та необхідне обстеження?
- A. У хворої хвороба Крона. Необхідне додаткові рентгенологічне та ендоскопічне обстеження \*
  - B. У хворої неспецифічний виразковий коліт. Необхідне додаткові рентгенологічне та ендоскопічне обстеження
  - C. У хворої дивертикульоз ободової кишки. Необхідне рентгенологічне обстеження
  - D. У хворої хронічний геморой. Необхідне ректальне та ендоскопічне обстеження
595. Хвора 52 років скаржиться та періодичний тупий біль біля пупка, періодично здуття та гурчання живота, загальну слабкість, схуднення, чергування закрепів із проносами. Періодично відмічається кров у стільцю. При клінічному обстеженні виявлено пухлиноподібне утворення в лівій мезогастральній ділянці живота. Ваш попередній діагноз та тактика?
- A. У хворої рак лівої половини ободової кишки. Необхідна госпіталізація у хірургічне відділення, рентгенологічне та ендоскопічне обстеження \*
  - B. У хворої неспецифічний виразковий коліт, необхідна госпіталізація у гастроентерологічне відділення для додаткового обстеження
  - C. У хворої інвагінація лівої половини ободової кишки. Необхідна госпіталізація у хірургічне відділення для екстреного оперативного лікування
596. Хворий 72 років скаржиться на гострий біль у животі без чіткої локалізації, яка почалася раптово, носить нестерпний характер. Був рідкий стілець з домішкою крові В анамнезі інфаркт міокарду миготлива аритмія. При обстеженні живіт м'який, пальпаторно біль практично відсутня. Ваш діагноз?
- A. Гостра мезентеріальна тромбоемболія \*
  - B. Неспецифічний виразковий коліт
  - C. Рак ободової кишки
  - D. Хвороба Крона
  - E. Заворот ободової кишки

597. У хворого 60 років відмічається періодична домішка крові у випорожненнях наприкінці дефекації або у вигляді червоно плями на фекаліях. Найбільш вірогідний діагноз та захворювання, з якими необхідний диференціальний діагноз?
- А. У хворого хронічний геморой. Диференційний діагноз необхідний з тріщиною прямої кишки, раком ободової кишки. \*
  - В. У хворого тріщина прямої кишки. Диференційний діагноз необхідний з хронічним гемороем, раком ободової кишки, виразковим колітом.
  - С. У хворого рак ободової кишки. Диференційний діагноз необхідний з тріщиною прямої кишки, хронічним гемороем.
  - Д. У хворого виразковий коліт. Диференційний діагноз необхідний з хронічним гемороем, хворобою Крона, раком ободової кишки.
598. Вкажіть найбільш інформативний метод для остаточної діагностики причини наявності крові у випорожненнях?
- А. Ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія, колоноскопія) \*
  - В. Рентгенологічне дослідження (рентгеноскопія, ірігоскопія)
  - С. Ультразвукове дослідження
  - Д. Капрологічне дослідження
  - Е. Гематологічне дослідження
599. У відділення травматології поступив чоловік 25 років зі зламом кісток тазу (ДТП). Через кілька годин почав скаржитися на відсутність сечовипускання при наявності бажання це зробити та біль у надлобковій зоні. При огляді хворого привернув до себе увагу повний сечовий міхур. Попередній діагноз?
- А. розрив уретри \*
  - В. гострий простатит
  - С. аденома простати
  - Д. гострий пієлонефрит
  - Е. Гострий цистит
600. У відділення травматології поступив чоловік 25 років зі зламом кісток тазу (ДТП). Через кілька годин почав скаржитися на відсутність сечовипускання при наявності бажання це зробити та біль у надлобковій зоні. При огляді хворого привернув до себе увагу повний сечовий міхур, при ректальному обстеженні у хворого виявилась зсуювана угору високо „сидяча” простата. Який метод обстеження необхідний для остаточного діагнозу?
- А. Ретроградна уретрографія \*
  - В. Внутрішньовенна урографія
  - С. УЗД органів малого тазу
  - Д. Рентген ШКТ
  - Е. Комп'ютерна томографія
601. У відділення урології поступив чоловік 32 років зі скаргами на біль у ділянці сечового міхура, промежини, прямої кишки та відсутність сечовипускання при наявності бажання це зробити, підвищену температуру тіла. Захворів день тому, після переохолодження. Спочатку була температура до 39, часте сечовипускання (особливо вночі), а також домішок крові у кінці сечовипускання, а через декілька годин з'явилися вищевказані скарги. При огляді привернув до себе увагу повний сечовий міхур; при ректальному

обстеженні – болісна та збільшена простата; у клінічному аналізі сечі – бактеріурія та піурія. Попередній діагноз?

- A. Гострий простатит \*
- B. Хронічний простатит
- C. Гострий пієлонефрит
- D. Гострий цистит
- E. Абсцес простати

602. До відділення урології поступив чоловік 32 років зі скаргами на біль у ділянці сечового міхура, промежини, прямої кишки та відсутність сечовипускання при наявності бажання це зробити, підвищену температуру тіла. Захворів день тому, після переохолодження. Спершу була температура до 39, часте сечовипускання (особливо вночі), а також домішок крові у кінці сечовипускання, а через кілька годин з'явилися вищевказані скарги. При огляді привернув до себе увагу повний сечовий міхур; при ректальному обстеженні у хворого виявилась болісна та збільшена простата; у клінічному аналізі сечі – бактеріурія та піурія. Попередній діагноз – гострий простатит. Яка терапія буде етіотропною?

- A. антибактеріальна \*
- B. Протизапальна
- C. Вітамінотерапія
- D. Фізіотерапія
- E. знеболюючі засоби

603. У больного челюстно-лицевая травма, двойной перелом нижней челюсти, перелом костей носа: нестабильный перелом шейного С3-С5 отдела позвоночника. Во время транспортировки наступила остановка дыхания. Оптимальным методом экстренного восстановления проходимости верхних дыхательных путей для проведения ИВЛ является

- A. Наложение крико-тиреотомии \*
- B. Наложение трахеостомы
- C. Интубация трахеи
- D. Использование ларингеальной маски
- E. Использование воздуховода

604. У больного закрытая травма грудной клетки, сопровождающаяся парадоксальным дыханием и нарастающими явлениями дыхательной недостаточности. Подкожной эмфиземы нет. Аускультативно в легких жесткое дыхание ослаблено в нижних отделах с двух сторон с влажными разнокалиберными хрипами. Отхаркивает пенистую мокроту. Ваши действия

- A. Экстренная интубация трахеи и перевод больного на ИВЛ. При подозрении на гемо- или пневмоторакс – дренирование плевральной полости \*
- B. Вначале производится дренирование плевральных полостей, затем интубация трахеи и ИВЛ
- C. ИВЛ противопоказана при любой торакальной травме если есть подозрение на повреждение легких и наличие воздуха в плевральной полости
- D. –
- E. –