

ЗАВАНТАЖЕНО З САЙТУ ТЕСТУВАННЯ.УКР

Хірургія - база тестів 2005 року

Категорія: **Бази тестів українською мовою 2005 року**

Кількість запитань: **439**

1. У дівчини 18 років в правій молочній залозі під ареолою пальпується щільний рухомий вузол до 1 см в діаметрі, з чіткими контурами, не фіксований до оточуючих тканин. Виявила самостійно раптово під час прийняття душу. Попередній діагноз?

*** А) Фібroadенома молочної залози**

- В) Кіста молочної залози
- С) Рак молочної залози
- Д) Ліпома молочної залози
- Е) Внутрішньо-протокова папілома молочної залози

2. Хворий 63 р. скаржиться на біль у правій паховій ділянці, здуття живота, слабкість, стійкі закрепи більше 7 місяців. Об-но: шкіра бліда, суха. В правій здухвинній ділянці пальпується утворення 5-7 см., малорухоме, неболюче. Аускультативно: підсилення кишкових шумів. Ан.крові ер - $2,9 \times 10^{12}/л$, Нв - 80 г/л, ШЗЕ - 32 мм/год, кров у калі. Який найбільш ймовірний діагноз ?

*** А) Рак сліпої кишки**

- В) Хвороба Крона
- С) Поліп сліпої кишки
- Д) Рак правої нирки
- Е) Спастичний коліт

3. В оздоровчому таборі підліток 15 років із скаргами на біль в животі був оглянутий лікарем місцевої лікарні. Діагноз: гострий апендицит, місцевий перитоніт. Якою повинна бути тактика лікаря ?

*** А) Оперувати згідно медичних показів.**

- В) Продовжити динамічне спостереження за хворим.
- С) Отримати згоду підлітка на операцію.
- Д) Отримати згоду батьків.
- Е) Отримати згоду адміністрації табору на операцію.

4. Хворий В. 67 р., скарги на задиху, біль у грудях, слабкість. Хворіє 5 міс. Об-но: t-37,30С, пульс 96/хв. Над правою легенею голосове тремтіння не визначається, перкуторний звук тупий, дихання відсутнє. В харкотинні - домішок крові дифузно змішаний зі слизом. Найбільш вірогідний діагноз ?

*** А) Рак легень**

- В) Великовогнищева пневмонія
- С) Бронхоектатична хвороба
- Д) Вогнищевий туберкульоз легень
- Е) Ексудативний плеврит

5. Хвора 47 років звернулась на приймальний pokій зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, блювоту згустками крові. Захворіла 3 години тому. Раніше нічим не хворіла. АТ - 90/60 мм рт.ст.; пульс 106 за 1 хв, слабкого наповнення. Живіт м'який, незначно болючий в епігастрії. Ан.крові: Єр. - 2,1(1012/л, Нв - 70 г/л, гематокрит - 28%. Яка тактика лікаря приймального покою?

*** А) Визвати на консультацію хірурга**

- В) Відправити хвору до дільничного лікаря
- С) Ввести спазмолітичні препарати
- Д) Промити шлунок
- Е) Направити хвору на колонофіброскопію

6. Хворий К. 65 років, тиждень тому переніс гострий інфаркт міокарду, загальний стан погіршився, турбують задуха в спокої, виражена слабкість, наявність набряків та аститу. Границі серця розширені, відзначається парадоксальна перикардальна пульсація латеральніше від верхівкового поштовху зліва. Поставте правильний діагноз.

*** А) Гостра аневризма серця**

- В) Хронічна аневризма серця
- С) Гострий перикардит
- Д) Кардіосклеротична аневризма серця
- Е) Ревматична аневризма серця

7. Хворий К. 65 років, палить протягом 30 років, скаржиться на періодичні болі в гомілках, які посилюються при ходьбі особливо в холодну пору року. Пальці синюшного кольору, ступні та гомілки холодні, шкіра на них гіпотрофована, пульсація на підколінних артеріях різко ослаблена. Поставте правильний діагноз.

*** А) Облітеруючий атеросклероз**

- В) Хвороба Бюргера
- С) Облітеруючий ендартереїт
- Д) Хвороба Рейно
- Е) Вузликовий периартеріїт

8. До лікаря звернувся хворий 62 років зі скаргами на жовтяницю, що наростає на протязі останнього тижня, темний (кольору пива) колір сечі, білий кал. При огляді: хворий задовільного харчування, склери та шкіра іктеричні, в правому підребр'ї пальпується збільшений напружений жовчний міхур. Попередній діагноз

*** А) Рак головки підшлункової залози**

В) Рак тіла підшлункової залози

С) Рак жовчного міхура

Д) Холедохолітіаз

Е) Рак печінки

9. Хворий 48 р. госпіталізований з нападами судом. Багато років страждає виразкою ДПК. В останній місяць відмічає щоденну блювоту, схуд на 20 кг. Об'єктивно: хворий виснажений. В епігастральній ділянці визначається "шум плеску". Нижня межа шлунку на рівні гребінцевої лінії. Лабораторно: загальний білок 47 г/л; К - 2,1 ммоль/л, Na - 118 ммоль/л, Са - 1,6 ммоль/л, хлориди - 82 ммоль/л, гематокрит - 64%. Який попередній діагноз?

*** А) Декомпенсований стеноз воротаря**

В) Кровоточива виразка ДПК

С) Субкомпенсований стеноз воротаря

Д) Малігнізована виразка шлунку

Е) Компенсований стеноз воротаря

10. Хворий 48 р. госпіталізований з нападами судом. Багато років страждає виразкою ДПК. В останній місяць відмічає щоденну блювоту, схуд на 20 кг. Об'єктивно: хворий виснажений. В епігастральній ділянці визначається "шум плеску". Нижня межа шлунку на рівні гребінцевої лінії. Лабораторно: загальний білок 47 г/л; К - 2,1 ммоль/л, Na - 118 ммоль/л, Са - 1,6 ммоль/л, хлориди - 82 ммоль/л, гематокрит - 64%. Яке лікування показане хворому?

*** А) Гастроентеростомія**

- В) Резекція 2/3 шлунку
- С) Резекція 3/4 шлунку
- Д) Селективна проксимальна ваготомія
- Е) Селективна ваготомія

11. Хвора М., 29 років, впродовж 2-х місяців скаржиться на болі в лівій половині грудної клітини, кашель, задишку, t тіла - 39,6°C. Об-но: ліва половина грудної клітини відстає в акті дихання, ослаблення везикулярного дихання та укорочення перкуторного звуку зліва. Ро-логічно визначається округла тінь у нижній долі лівої легені. Ваш попередній діагноз?

*** А) Абсцес легені**

- В) Гнійний плеврит
- С) Рак легені
- Д) Емпієма плеври
- Е) Хронічна пневмонія

12. Хвора В., 52 років, скаржиться на біль у правій половині грудної клітини, задишку, кашель з великою кількістю пінистої мокроти з неприємним запахом у вигляді м'ясних помиїв. Об'єктивно: стан тяжкий, ціаноз, ЧД - 31, при перкусії укорочений перкуторний звук над правою легенею, аускультативно - різнокаліберні вологі хрипи. Ваш попередній діагноз?

*** А) Гангрена легені**

- В) Абсцес легені
- С) Емпієма плеври
- Д) Бронхоектатична хвороба
- Е) Хронічна пневмонія

13. Хворого М., 30 років, впродовж 5 років турбують кашель з виділенням густої мокроти до 200 мл/добу, біль в кінцівках. Об-но: ліва половина грудної клітини відстає в акті дихання, укорочення перкуторного звуку, аускультативно - різнокаліберні вологі хрипи, пальці у вигляді "барабаних паличок", нігті у формі "часових скелець". Ваш попередній діагноз?

*** А) Бронхоектатична хвороба**

- В) Абсцес легені
- С) Гангрена легені
- Д) Хронічна пневмонія
- Е) Емпієма плеври

14. Хвора М., 27 років, впродовж 6 місяців лікувалась у хірургічному відділенні з приводу емпієми плеври. Проводились неодноразові пункції плевральної порожнини, антибактеріальна терапія. Стан хворої поступово погіршувався, досягти повного розправлення легені не вдалось. Ваша тактика?

*** А) Виконання декортізації легені**

- В) Заміна антибіотиків
- С) Налагодження постійного активного дренажу
- Д) Виконання пульмонекомії
- Е) Додати до лікування гіпербаричну оксигенацію

15. Хворий К., 43 р. доставлений в клініку після падіння з висоти в тяжкому стані. Шкірні покрови бліді, PS-112 за 1 хв, АТ-90/50 мм.рт.ст., зправа дихання не проводиться, визначається підшкірна емфізема та емфізема середостіння, кровохаркання. Черговим хірургом запідозрено відрив головного бронху. Ваша тактика?

- * А) Дренування плевральної порожнини і середостіння з проведенням бронхоскопії**
- В) Дренування плевральної порожнини
- С) Невідкладна торакотомія з проведенням інтраопераційної діагностики
- Д) Дренування середостіння
- Е) Призначення наркотичних анальгетиків

16. Хвора 65 років, 3 години тому відчула різкий біль в животі з іррадіацією в праву лопатку, була одноразова блювота. Лікується з приводу ревматоїдного артрити. При огляді - блідість шкіри, АТ 100/60, Пульс - 60 за 1 хв. Живіт значно болючий та напружений в епігастрії та правому підребр'ї, позитивні симптоми подразнення парієтальної очеревини, над правою реберною дугою - тимпаніт. Яку тактику лікарю швидкої допомоги слід обрати?

- * А) Доставити хвору в хірургічний стаціонар**
- В) Ввести болевгамовуючі препарати, динамічний нагляд
- С) Промити шлунок
- Д) Ввести спазмолітичні препарати
- Е) Доставити хвору в ревматологічне відділення

17. Хлопчик 2-х років відстає від ровесників у фізичному розвитку. Об-но: ЧД 20 за хв., ЧСС 104 за хв., печінка - + 4 см, селезінка - 25x15x10см. При аускультації -безперервний систолодіастолічний шум у II-III міжреберних проміжках біля грудини, зниження діастолічного артеріального тиску. На ЕКГ змін немає.

Поставте діагноз?

*** А) Відкрита артеріальна протока**

В) Дефект міжшлуночкової перегородки

С) Дефект міжпредсердної перегородки

Д) Атрезія тристулкового клапана

Е) Вада аортального клапана

18. Хворого П., 15 р., турбує головний біль, носові кровотечі, відчуття похолодання нижніх кінцівок. Об-но: м'язи плечового поясу добре розвинуті, нижні кінцівки гіпотрофовані. Пульсація на артеріях ступні та стегновій різко ослаблена. АТ 150/90 мм.рт ст. на руках, 90/60 мм.рт.ст. на ногах. Над сонними артеріями - систолічний шум. Поставте діагноз?

*** А) Коарктація аорти**

В) Аневризма аорти

С) Аортальний стеноз

Д) Аортальна недостатність

Е) Коарктація легеневої артерії

19. Хворий О., 15 р. відстає у фізичному розвитку, періодичне пожовтіння шкіри. Об-но: селезінка 16x12x10 см, холецистолітіаз, виразка шкіри н/З лівої гомілки. В крові - Ер. $3,0 \times 10^{12}/л$, Hb 90 г/л, КП 1.0, мікросфероцитоз, ретикулоцитоз. Білірубін крові 56 мкмоль/л, непрямий - 38 мкмоль/л. Оберіть метод лікування:

*** А) Спленектомія**

- В) Пересадка селезінки
- С) Портокавальний анастомоз
- Д) Оментоспленопексія
- Е) Оментогепатопексія

20. У хворого 10 років тому був перелом середньої третини лівої стегнової кістки, після чого протягом останніх 7 років в ділянці колишнього перелому з'являється гостре запалення з утворенням нориці, через яку виділяється гнійний вміст з дрібними фрагментами кісткової тканини. Через деякий час нориця закривається. Про яке ускладнення перелому можна думати?

*** А) Хронічний остеомієміт**

- В) Туберкульоз кісток
- С) Флегмона м'яких тканин
- Д) Несправжній суглоб
- Е) Трофічна виразка

21. Хворий 45 років скаржиться на оперізуючий біль в епігастрії багаторазове блювання, здуття живота, пронос. Захворів гостро, після вживання гострої та жирної їжі. Р - 112 за 1 хв. АТ - 110/70 мм. рт.ст. Живіт роздутий, болючий в епігастрії, в правому та лівому підребір(і). В ділянці пупка визначаються точкові крововиливи. Симптом Блюмберга - Щьоткина сумнівний. Позитивні симптоми Мейо - Робсона, Воскресенського. Лейк - 11,8 (109/л., паличкоядерні - 11%, діастаза сечі - 1024 од. Найбільш імовірний діагноз ?

*** А) Гострий панкреатит**

- В) Гострий холецистит
- С) Гостра кишкова непрохідність
- Д) Гострий перитоніт
- Е) Гострий апендицит

22. Пацієнтка 45 років скаржиться на дискомфорт при читанні, почервоніння краю повік, білі пінисті виділення в кутах очних щілин. Об'єктивно відмічається гіперемія та потовщення вільного краю повік, розширення вивідних протоків залоз хряща повік. Який найбільш імовірний діагноз ?

*** А) Мейбомієвий блефарит**

- В) Аденовірусний кон'юнктивіт
- С) Бленорейний кон'юнктивіт
- Д) Хронічний каналікуліт
- Е) Гострий дакриoadеніт

23. Хворий 42 років скаржиться на свербіж, відчуття стороннього тіла під повіками, часте мигання, швидку втомлюваність очей. Об'єктивно відмічається гіперемія та потовщення вільного краю повік, біля основи вій - сірувато-білі пластівці, при знятті яких видно яскраво-червону шкіру. Який найбільш імовірний діагноз ?

*** А) Лусочковий блефарит обох очей**

В) Аденовірусний кон'юнктивіт обох очей

С) Бленорейний кон'юнктивіт обох очей

Д) Хронічний каналікуліт обох очей

Е) Мейбомієвий блефарит обох очей

24. Хворий 55 років скаржиться на втомлюваність, втрату ваги, підвищення температури, болі в лівому підребр'ї, підвищену кровоточивість. Об-но: шкіра бліда, гіпотрофічна, відмічається гепато-спленомегалія. В ан. крові лейкоцитоз більше $30 \times 10^9/\text{л}$ за рахунок гранулоцитів з омолодженням лейкоцитарної формули до бластів, виявляється еозинофільно-базофільна дисоціація. Про яке захворювання слід думати?

*** А) Загострення хронічного мієлолейкозу**

В) Лейкемоїдна реакція

С) Гострий лімфолейкоз

Д) Тромбоцитопенія

Е) В12 - фолієводефіцитна анемія

25. Хвора скаржиться на загальну слабість, втомлюваність, пітливість, збільшення шийних та пахвинних лімфатичних вузлів. Визначається гепатоспленомегалія, ан. крові: Ер. $2,4=10^{12}$, Нв 92г/л, Л. $30=10^9$ лімфоцитоз 80%, гіпогамаглобулінемія, у пунктаті кісткового мозку лімфоцитів більше 30%.

*** А) Хронічний лімфолейкоз**

В) Пролімфоцитарний лейкоз

С) СНІД

Д) Волосатоклітинний лейкоз

Е) Гострий лейкоз

26. Хворий 34 років звернувся з скаргами на різке підвищення температури, нічні поти, різке схуднення, кашель, задишку. Об-но: збільшені шийні лімфатичні вузли та селезінка, Ro-скопічно виявляється збільшення лімфатичних вузлів середостіння. Ан. крові: лейкоцитоз $20=10^9$ /л, нейтрофіліоз з паличкоядерним сувом, лімфоцитопенія. Про яке захворювання слід думати ?

*** А) Лімфогранулематоз**

В) Туберкульоз лімфатичних вузлів

С) СНІД

Д) Метастазу раку простати

Е) Тромбоцитопенія

27. Дівчинка 8 міс., народилась недоношеною, відмічається задуха, тахікардія, гепатоспленомегалія, відставання в фізичному розвитку, ціаноз кінцівок. Об-но: визначається парастернальний серцевий горб, в II міжребір'ї зліва вислуховується систолодіастолічний шум, про яке захворювання слід думати?

*** А) Відкрита артеріальна протока**

В) Коарктація аорти

С) Стеноз аортального клапана

Д) Стеноз легеневої артерії

Е) Незарощення міжшлуночкової перетинки

28. Дівчинка 6 років скаржиться на швидку втомлюваність, задуху при фізичному навантаженні. Аускультативно визначається посилення I тону в проекції трикус підального клапану і стійке розщеплення II тону над легеневою артерією, в II міжребір'ї зліва у грудни вислуховується систолічний шум, там же вислуховується слабкий мезодіастолічний шум. Про яку ваду слід думати?

*** А) Дефект міжпересердної перетинки**

- В) Дефект міжшлуночкової перетинки
- С) Відкритий артеріальний проток
- Д) Мітральний стеноз
- Е) Коарктація аорти

29. Хвора 38 р. скаржиться на випинання на передній поверхні шиї, яке помітила 6 років тому. Воно не збільшувалось. Пульс ритмічний, 72 за хв. АТ - 110/60 мм рт.ст. Внутрішні органи без змін. В правій частці пальпується вузол, який легко зміщується, розміром 4х2 см; ліва частка не пальпується. Тактика?

*** А) Економна резекція щитовидної залози.**

- В) Енуклеація вузла.
- С) Субфасціальна резекція щитовидної залози.
- Д) Розширена резекція щитовидної залози
- Е) Субтотальна резекція щитовидної залози

30. Хвора 45 р. почала відчувати підвищену втомлюваність, пітливість, роздратованість, невживчивість у сім'ї, колективі, незначне підвищення температури тіла вечорами. Менструації регулярні, цикл правильний. Часті ангіни. Пульс ритмічний, 96 за хв. Тремор рук. Щитовидна залоза збільшена [II ст.], неболюча, м'яка. Внутрішні органи без змін. Попередній діагноз?

*** А) Первинний тиреотоксикоз.**

- В) Хронічний тонзиліт.
- С) Неврастенія.
- Д) Хронісепсис.
- Е) Туберкульоз легень.

31. У хворої 46 років з високою гіпертонією, поліурією та прогресуючою слабкістю виявлено: натрій сироватки крові --148 ммоль/л, калій - 2,0 ммоль/л. Вкажіть найбільш ймовірну причину подібного стану хворої?

*** А) Поодинокі аденома наднирника.**

В) Карциноїд.

С) Гіперплазія наднирників.

Д) Карцинома наднирників.

Е) Пухлина гіпофіза.

32. Хвора 37 р. скаржиться на серцебиття, схуднення, пітливість, роздратованість, загальну слабкість. Рс - 108 за хв., екстрасистоли; АТ -145/90 мм рт.ст. В правій частці щитовидної залози вузол 4х3 см; поверхня гладка, рухливість не обмежена. Ліва - дещо збільшена, м'яка. Основний обмін + 34%, білковозв'язаний йод - 880 нмоль/л. Розгорнутий діагноз?

*** А) Змішаний гіпертиреоїдний зоб III ст. Тиреотоксикоз середньої ступеню важкості.**

В) Вузловий гіпертиреоїдний зоб III ст. Тиреотоксикоз середньої ступеню важкості.

С) Змішаний гіпертиреоїдний зоб III ст. Тиреотоксикоз важкого ступеню.

Д) Вузловий гіпертиреоїдний зоб II ст. Тиреотоксикоз легкого ступеню.

Е) Дифузний гіпертиреоїдний зоб II ст. Тиреотоксикоз важкого ступеню.

33. Хвора, яка страждає на гіпепаратиреоз, відмічає біль у правій половині живота, гематурію, сплутаність свідомості, астенію. Нігті потовщені, гіпотонія болючих м'язів. Ро-логічно - генералізована демінералізація кісток і конкремент правої нирки. Са сироватки крові - 3,2 ммоль/л, Р - 0,5 ммоль/л, лужна фосфатаза помірно підвищена. Яке захворювання приєдналось до гіперпаратиреозу?

*** А) Пухлина нирки.**

В) Саркоїдоз.

С) Множинна міелома.

Д) Рак грудної залози.

Е) Аденома паращитовидної залози

34. У хворої 43 років утруднене носове дихання, виділення слизу з носа. Хворіє 3 роки. Об'єктивно: носові раковини збільшені, набухлі, гіперемовані. Носові ходи звужені, помірні слизові виділення. Після анемізації слизова оболонка порожнини носа стає блідою, але помітного зменшення носових раковин не відбувається. Рентгенографія БНП - норма. Який діагноз?

*** А) Хронічний гіпертрофічний риніт**

В) Хронічний катаральний риніт

С) Вазомоторний риніт

Д) Гострий риніт

Е) Хронічний гнійний синусит

35. У хворого сильний біль у правому вусі, температура 38(С, гноєтеча з вуха і зниження слуху. Хворіє 13 днів. Права вушна раковина відстовбурчена, припухлість та болючість м'яких тканин сосковидного відростка справа. В зовнішньому слуховому ході гній, гіперемія і перфорація барабанної перетинки, випинання задньо-верхньої стінки слухового ходу в кістковому відділі. Діагноз?

*** А) Правобічний мастоїдит**

- В) Правобічний гострий гнійний середній отит
- С) Правобічний гострий дифузний зовнішній отит
- Д) Фурункул зовнішнього слухового ходу справа
- Е) Завушний лімфаденіт справа

36. Хвора 53 років скаржиться на болі в правій підреберній ділянці, які ірадіюють в праву лопатку, плече, праву половину шиї та значно збільшуються після вживання жирної та смаженої їжі. Має місце смак гіркого в роті. Об-но: різка болючість у правому підребір'ї, незначне напруження м'язів у правій підреберній ділянці. Позитивні симптоми Ортнера, Мерфі, Мюссі-Георгієвського. Ан. крові: лейкоцити - $9,3 \times 10^9$, ШОЕ 27 мм/год. Білірубін 18,3 мкмоль/л, сечовина 5,3 ммоль/л, креатинін 86 мкмоль/л. Попередній діагноз:

*** А) Гострий холецистит**

- В) Гострий панкреатит
- С) Гострий перитоніт
- Д) Гострий апендецит
- Е) Кишкова непрохідність

37. Хворий 58 років скаржиться на переймоподібні болі в правій підреберній ділянці при вживанні жирної або смаженої їжі, свербіж шкіри, потемніння кольору сечі. Протягом 7 років страждає жовчнокам'яною хворобою. Об-но: шкіра жовтувато-зеленого кольору, іктеричні склери. При пальпації болючість в правій підреберній ділянці, позитивні симптоми Ортнера, Мерфі. Печінка та селезінка не збільшені. Випорожнення світлого кольору. Про яке ускладнення можна думати?

*** А) Механічна жовтяниця**

- В) Гемолітична жовтяниця
- С) Холецистопанкреатит
- Д) Міхурно-тонкокишкова нориця
- Е) Жовчний перитоніт

38. Хворий К., 30 р. скаржиться на тупі болі в прямій кишці. Болі з'явилися 4 дні тому, інтенсивність болей поступово наростала. Хворий приймав ваночки, антибіотики, проте стан не покращився. Температура 37,90 С. При огляді в ділянці анального отвору зліва має місце припухлість, шкіра гіперемована, при пальпації визначається різко болючий інфільтрат, в центрі якого визначається флюктуація. ЗАК: л - 10,5x10⁹/л, є - 3%, п -10%, с - 59%, л - 22%, м - 6%. Ваш діагноз?

*** А) Гострий парапроктит**

- В) Геморой
- С) Хронічний парапроктит
- Д) Гостре запалення гемороїдальних вен
- Е) Проктит гострий

39. Хворий Н., 34 р., доставлений швидкою медичною допомогою у важкому стані зі скаргами виражену загальну слабкість, періодичні запаморочення, багаторазову блювоту „кавовою гущею”. Об-но: шкіра та видимі слизові бліді, зниженого відживлення, пальпаторно - болючість в гастродуоденальній зоні, позитивний с-м Менделя. ЗАК: ер. - 2,1=109/л, Нв - 80 г/л; Le - 12,0x10⁹/л; ШЗЕ-20 мм/год. Чим ускладнився перебіг захворювання?

*** А) Виразкова хвороба, ускладнена кровотечею.**

- В) Виразкова хвороба, ускладнена пенетрацією.
- С) Виразкова хвороба, ускладнена перфорацією.
- Д) Виразкова хвороба, кальозна виразка.
- Е) Приєднання вторинного панкреатиту.

40. У дитини 3 років погіршене дихання, відмова від їжі, t°-40°C, гугнявість голосу. Впродовж 10 днів явища риніту. Асиметрії м'якого піднебіння немає. Визначається гіперемія та вибухання сферичної форми задньої стінки глотки, більше справа. По передньому краю кивального м'язу за кутом нижньої щелепи болісна при пальпації припухлість. Дихання утруднене, помірний стридор. Діагноз?

*** А) Загорловий абсцес**

- В) Правосторонній паратонзиліт
- С) Правосторонній паратонзилярний абсцес
- Д) Аденофлегмона шиї справа
- Е) Дифтерія ротоглотки

41. Хворий скаржиться на біль в горлі зліва, біль в лівому вусі, підвищення t до 39°C , гугнявість голосу. Хворіє 5 днів. Виражений тризм, підвищена салівація. Голова нахилена на ліве плече. Припухлість, гіперемія, інфільтрація, лівої половини м'якого піднебіння. Защелепні лімфовузли зліва різко болісні при пальпації. Отоскопічна картина в нормі. Ваш діагноз?

*** А) Лівобічний паратонзиллярний абсцес**

- В) Заглотковий абсцес
- С) Парафарингеальна флегмона
- Д) Паратонзиліт зліва
- Е) Флегмона шиї зліва

42. У хлопчика 5 років після перенесеної ангіни на 5 день з'явилися болі в правому кульшовому суглобі. Температура тіла до 39°C . Лейкоцитоз $18,0 \cdot 10^9/\text{л}$, зсув формули вліво. Рухи в кульшовому суглобі болючі, обмежені. Живіт м'який, безболісний. На рентгенограмах кісток таза патології не виявлено. При ретельному дослідженні знайдено інфільтрацію в ділянці правої здухвинної кістки, болюча, напружена. Ваш попередній діагноз?

*** А) Гострий гематогенний остеомієліт правої здухвинної кістки.**

- В) Злоякісна пухлина правої здухвинної кістки.
- С) Гострий апендицит.
- Д) Доброякісна пухлина правої здухвинної кістки.
- Е) Токсико-алергічний коксит.

43. 3-х річна дитина доставлена в приймальне відділення зі скаргами на біль в животі і одноразову блювоту. Температура тіла до 38°C. Дитина неспокійна. Язик сухий. Живіт не вздутий. Пальпація живота неможлива із-за неспокою. При піднаркозній пальпації виявляється напруга м'язів передньої черевної стінки, пухлинне утворення 5?7см в правій мезогастральній ділянці, болюче, малорухоме. Лейкоцитоз 12,3?109/л, з зсувом формули вліво. При ректальному дослідженні патології не виявлено. Ваш попередній діагноз?

*** А) Гострий апендицит.**

В) Гострий холецистит.

С) Інвагінація кишечника.

Д) Пухлина черевної порожнини.

Е) Опущення нирки.

44. Потерпілий 19 років під час пірнання у воду відчув різкий біль в шиї. Доставлений в травматологічне відділення. Об'єктивно: м'язи шиї напружені, виступає остистий відросток 5-го шийного хребця, натискування на нього посилює біль. Рухи в шийному відділі хребта значно обмежені. Є помірні парестезії в пальцях кистей. На рентгенограмі діагностований перелоμο-вивих 5 шийного хребця. Яка найбільш раціональна лікувальна тактика показана для даного виду пошкодження?

*** А) Оперативне втручання - корпородез**

В) Гіпсовий корсет на 3-4 місяці.

С) Реклінація хребта валиком, ЛФК.

Д) Витяг петлею Гліссона

Е) Ліжковий режим протягом 1 міс. з наступною іммобілізацією торако-кроніальною пов'язкою.

45. Потерпілий 45 років доставлений в травматологічний пункт з місця автошляхової пригоди. Скарги на біль внизу живота. При об'єктивному обстеженні встановлено: хворий лежить на спині із зведеними ногами, при спробі розвести ноги виникає біль в ділянці лонного симфізу; при пальпації виявляється болючість та западіння в даній ділянці; при спробі самотійного сечовипускання виділилася незначна кількість сечі з домішками крові. На рентгенограмі діагностований розрив лонного симфізу. На цистогамі відмічається вихід контрастної речовини за контури сечового міхура. Яка лікувальна тактика показана для даного виду пошкодження?

*** А) Відкрита репозиція, зашивання сечового міхура, фіксація тазу апаратом зовнішньої фіксації.**

В) Ліжковий режим в положенні Волковича "жабки".

С) Іммобілізація в гамаку.

Д) Скелетний витяг за нижні кінцівки на шинах Белера.

Е) Відкрита репозиція, остеосинтез лонного симфізу гвинтами і дротяним серкляжем..

46. Потерпілий 30 років під час гри у футбол отримав травму, відчув біль в правому колінному суглобі. механізму травми не пам'ятає. При обстеженні біль з внутрішньої сторони правого колінного суглобу, повне розгинання неможливе. Симптом балатування надколінка. Лікар запідозрив розрив внутрішнього меніска колінного суглобу. Які додаткові методи дослідження треба провести для встановлення остаточного діагнозу?

*** А) Артроскопію.**

В) Пункцію суглобу.

С) Рентгенографію суглобу.

Д) Провести артропневмографію.

Е) Виміряти обсяг рухів в суглобі.

47. Лікар швидкої допомоги приїхав на виклик до пацієнтки 76 років, яка впала на праву ногу. Скарги на біль в ділянці правого кульшового суглобу. Порушення опорної функції правої нижньої кінцівки. Об'єктивно: права нижня кінцівка в положенні зовнішньої ротації, позитивний симптом "прилиплої п'ятки", біль при навантаженні по вісі на великий вертлюг. Поставте попередній діагноз.

*** А) Перелом шийки правого стегна.**

В) Забій правого кульшового суглобу.

С) Задньо-нижній вивих стегна.

Д) Правобічний коксартроз.

Е) Перелом в/3 правого стегна.

48. Лікар швидкої допомоги викликаний до хворого 32 років, який впав на праву кисть в положенні долонної флексії. Об'єктивно встановлено набряк н/З правого передпліччя, багнетоподібна деформація н/З правого передпліччя, біль при пальпації. Які дії має послідовно виконати лікар швидкої допомоги.

*** А) Знеболення, транспортна іммобілізація, доставка хворого в травмпункт.**

В) Відвезти хворого в найближчу лікарню на рентгенографію н/З правого передпліччя.

С) Місцево - зігріваючий компреси та анальгетики.

Д) Місцево – холод та анальгетики.

Е) Туге бинтування н/З правого передпліччя.

49. Хворий 54 років доставлений МШД в приймальне відділення з скаргами на біль в правій половині грудної клітки. Задуху, кашель. Із анамнезу: 1,5 години тому попав в автомобільну аварію та вдарився правою половиною грудної клітки об кермо. Об'єктивно: шкіра та видимі слизові бліді, акроціаноз. Різка біль при пальпації 5-6 ребер справа. Дихання в правій половині грудної клітки не прослуховується. Перкуторно-тімпаніт. А/т 90/60 мм.рт.ст. пульс 100 уд/хв. на рентгенограмі грудної клітки зміщення органів середостіння вліво, відсутність легеневого малюнку справа. Які невідкладні заходи повинен виконати лікар?

*** А) Пункцію плевральної порожнини.**

- В) Комп'ютерну томографію.
- С) Переливання крові.
- Д) Торакотомію.
- Е) Накладання тугої пов'язки на грудну клітку.

50. Хворий 42 років впав з драбини висотою 2 метрів на випрямлені ноги. Відчув біль в лівому колінному суглобі та неможливість рухів При об'єктивному та рентгенологічному обстеженні встановлений діагноз: закритий перелом зовнішнього виростка великогомілкової кістки зі зміщенням. Який метод лікування повинен бути застосований?

*** А) Операція металоостеосинтезу.**

- В) Лікування за допомогою скелетного витягу.
- С) Лікування в гіпсовій пов'язці.
- Д) Лікування з застосуванням апарату Іллізарова.
- Е) Протезування колінного суглобу.

51. В приймальне відділення доставлений чоловік 38 років, який впав з висоти 2 метрів. У хворого перелом 5 ребра справа, напружений клапанний пневмоторакс, закритий вивих правого плеча, перелом лівої стегнової кістки в нижній третині. Яку першочергову невідкладну допомогу треба застосувати?

*** А) Спочатку пункція плевральної порожнини, потім вправлення вивиху правого плеча і скелетний витяг по осі лівого стегна.**

В) Спочатку скелетний витяг по осі лівого стегна, потім пункція плевральної порожнини і вправлення вивиху правого плеча.

С) Спочатку іммобілізація торакобрахіальною гіпсовою пов'язкою і скелетний витяг по осі лівого стегна.

Д) Спочатку іммобілізація гіпсовою пов'язкою лівого стегна, потім вправлення вивиху правого плеча і іммобілізація торакобрахіальною гіпсовою пов'язкою.

Е) Спочатку вправлення вивиху правого плеча, потім ОМС лівого стегна пластиною і спостереження за хворим.

52. Чоловік 25 років був збитий автомобілем, доставлений в травмпункт в без свідому стані. У хворого виявлено субдуральну напружену гематому та перелом лівої скроневої кістки, закритий перелом правої гомілки в середній третині, забій черевної порожнини. В якому порядку хворому надавати допомогу ?

*** А) В першу чергу потрібно ліквідувати субдуральну гематому, в другу чергу - провести дослідження черевної порожнини лапароскопом і накласти скелетний витяг за праву п'яткову кістку.**

В) В першу чергу потрібно іммобілізувати гомілку гіпсовою пов'язкою, в другу чергу обстежити черевну порожнину лапароскопом і провести спостереження за хворим.

С) В першу чергу потрібно обстежити черевну порожнину пошуковим катетером, в другу чергу - провести ОМС правої гомілки пластинами та трепанацію черепа.

Д) В першу чергу необхідно синтезувати кістки правої гомілки апаратом Іллізарова, в другу чергу - зробити діагностичну лапаротомію живота і трепанацію черепа.

Е) В першу чергу необхідно накласти скелетний витяг за праву п'яткову кістку, в другу чергу - провести трепанацію черепа і діагностичну люмбальну пункцію.

53. У новонародженого хлопчика на протязі 24 годин не відходить меконій. Дитина неспокійна, відмовляється від груді. Анальний отвір розташований звичайно. Живіт рівномірно здутий, при пальпації дитина неспокійна, плаче. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини видно чисельні різнокаліберні повітряні пухирі з горизонтальними рівнями рідини (чаші Клойбера) Ваш попередній діагноз?

*** А) Вроджена низька кишечна непрохідність.**

В) Пологовий параліч плечового сплетіння зправа.

С) Вроджений пілороспазм.

Д) Вроджена висока кишкова непрохідність.

Е) Хвороба Гіршпрунга.

54. Хлопчик 9 років, періодично страждає задишкою. При огляді: температура тіла 37,2 С, ЧД - 26 дих. за 1 хв. Ліва половина грудної клітки відстає в диханні, збільшена в об'ємі, міжреберні проміжки розширені. Дихання, легеневий звук різко ослаблені. Рентгенологічно: зниження прозорості лівої легені. Межистіння зміщене вправо на 2 см. Ваш попередній діагноз?

*** А) Лівосторонній плеврит.**

В) Бронхіальна астма.

С) Вроджена вада серця.

Д) Стороннє тіло дихальний шляхів.

Е) Плевропневмонія.

55. 3 дні назад у хлопчика з-під нігтьової пластинки видалено потустороннє тіло. Через 2 дні з'явився різкий пульсуючий біль в кінці нігтьової фаланги, особливо при надавлюванні, гіперемія нігтьового валика, піднялась температура тіла до 37,5°C, змінився колір нігтьової пластинки. Ваш діагноз?

*** А) Піднігтьовий панарицій.**

- В) Бешиха.
- С) Пароніхія.
- Д) Ерізіпілоїд.
- Е) Абсцес.

56. У новонародженого хлопчика лікарі відмітили відсутність активних рухів у правій ручці, пасивні рухи викликають крик, крововилив в області правої ключиці. Яку патологію можливо запідозрити?

*** А) Пологовий перелом правої ключиці.**

- В) Пологовий параліч плечового сплетіння зправа.
- С) Пологовий перелом правого плеча.
- Д) Пологова черепно-мозкова травма.
- Е) Пологовий епіфізіоліз прав. плеча.

57. Хворий 65 р. Скаржиться на тупий біль та важкість в правому підребер'ї, жовтяницю. Об'єктивно: шкіра і видимі слизові жовтушні. При пальпації печінка збільшена, болюча, бугриста. Загальний білірубін крові - 74 ммол/л. За допомогою прицільної біопсії печінки під контролем УЗД встановлено діагноз - холангіоцелюлярний рак печінки. Який етіологічний фактор найбільш вагомий в розвитку даної патології?

*** А) Опісторхоз.**

- В) Гепатит В.
- С) Цироз печінки.
- Д) Квашіоркор.
- Е) Алкоголь.

58. Хворий 72 р. скаржиться на біль та виділення крові під час дефекації. При ректальному пальцевому дослідженні виявлено пухлину анального каналу прямої кишки. Отримана верифікація – плоскоклітинний рак. Де слід в першу чергу шукати вторинну (метастатичну) пухлину?

*** А) Легені.**

В) Печінка.

С) Кістки тазу.

Д) Середостіння.

Е) Головний мозок.

59. Хвора 38 р. звернулась до онколога з приводу новоутворення в правій молочній залозі. В анамнезі звертає на себе увагу пізній початок менструальної функції (16 р.), безпліддя. Об'єктивно: ожиріння II ст., брадикардія, хвора заторможена, адинамічна, лице маскоподібне. За допомогою пункційної біопсії встановлено діагноз рак молочної залози. Яка патогенетична форма захворювання у пацієнтки?

*** А) Тіреоїдна.**

В) Яєчникова.

С) Наднирникова.

Д) Інволютивна.

Е) Гіпофізарна.

60. Хворий 63 р. скаржиться на біль в епігастральній ділянці, відразу до м'ясної їжі, нудоту, похудіння. Об'єктивно: шкіра та слизові бліді, живіт при пальпації болючий в епігастральній ділянці, де визначається обмежено рухоме пухлинне утворення. В аналізі крові: Hb 76 г/л; лейк.- 12×10^9 ; ШОЕ 48 мм/год. Отримана морфологічна верифікація раку шлунка - аденокарцинома. Який метод діагностики слід застосувати для визначення операбельності процесу?

*** А) Лапароскопія.**

- В) Гастрофіброскопія з прицільною біопсією.
- С) Контрастна рентгенографія шлунку.
- Д) Визначення прихованої крові в калі.
- Е) Пункційна біопсія печінки.

61. На 6 добу після отримання колотої рани в ділянці середньої фаланги II пальця лівої кисті з'явилися пульсуючий біль, набряк пальця, підвищення температури тіла до 39°C . Місцево: палець знаходиться в зігнотомуположенні, набряклий, шкіра синюшно-багряна, при дослідженні зондом різкий біль на всьому протязі. Розігнути палець неможливо через біль. Про яку форму панарицію можна думати?

*** А) Сухожильну**

- В) Суглобову
- С) Кісткову
- Д) Підшкірну
- Е) Пандактиліт

62. На 15 добу після дрібної травми правої ступні хворий відчув нездужання, стомлюваність, дратівливість, головний біль, підвищення температури тіла, відчуття стискання, напруження та посмикування м'язів правої гомілки. Про яке захворювання можна подумати?

*** А) Правець**

- В) Анаеробна газова гангрена
- С) Бешиха
- Д) Гострий тромбофлебіт
- Е) Тромбемболія підколінної артерії

63. Під час сільськогосподарської роботи робітник отримав відкриту травму правої ступні. Через 3 години звернувся за медичною допомогою. В чому полягає екстена профілактика правця?

*** А) Неспецифічна - первинна хірургічна обробка рани та специфічна - активно-пасивна імунізація**

- В) Активно-пасивна імунізація
- С) Введення протиправцевої сироватки
- Д) Введення правцевого анатоксину
- Е) Первинна хірургічна обробка рани

64. У потерпілого циркулярний опік лівого передпліччя з утворенням щільного темно-коричневого струпа. Пульсація на променевій артерії відсутня. Ваша тактика лікування?

*** А) Некротомія та протишокова терапія**

- В) Некректомія
- С) Інфузійна терапія
- Д) Ампутація кінцівки
- Е) Накласти іммобілізацію

65. З відмороженнями обох ступней хворий доставлений в приймальне відділення. Що необхідно зробити потерпілому?

- * А) Накласти теплоізолюючу пов'язку, ввести судиннорозширюючі препарати**
- В) Призначити серцеві препарати
- С) Помістити ноги в гарячу воду
- Д) Розтерти снігом ступні
- Е) Накласти спиртовий компрес

66. У потерпілого опікова травма 15% поверхні тіла II-III ст. На 20 добу після травми у хворого різке підвищення температури тіла, загальна слабкість, часте дихання, загострення рис обличчя, АТ=90/50 мм рт.ст., пульс 112 уд. в хв. Про яке ускладнення можна думати?

- * А) Сепсис**
- В) Пневмонія
- С) Гостра інтоксикація
- Д) Гнійний бронхіт
- Е) Анаеробна інфекція

67. Хворий отримав глибоку різану рану правого стегна. У приймальному відділенні черговий хірург виконав первинну хірургічну обробку рани з накладанням первинного шва. Через 4 доби в ділянці рани з'явилися біль, почервоніння шкіри, набряк, гнійні віділення із щілини рани, підвищення температури тіла до 39,0С. Про яке ускладнення рани можна думати і що потрібно зробити?

- * А) Нагноєння рани, потрібно зняти шви і розвести краї рани**
- В) Накласти зігріваючий компрес
- С) Бешиха, призначитиантибіотики
- Д) Правець, активно-пасивна імунізація проти правцю
- Е) Лімфангіт, накласти зігріваючий компрес

68. На четверту добу після отримання колотої рани правої стопи у хворого піднялась температура тіла до 38,0°C, пахові лімфатичні вузли збільшились, стали болючі, шкіра над ними почервоніла. Про яке ускладнення рани можна думати?

*** А) Лімфаденіт**

В) Лімфангоїт

С) Флегмона

Д) Правець

Е) Бешиха

69. Породілля на 10-ту добу скаржиться на підвищення температури тіла до 39,0°C, лихоманку протягом останніх 3-х діб. При огляді права молочна залоза набрякла, гіперемована, болюча. Пальпується інфільтрат в верхньому квадранті з флюктуацією, болючий. Вибрати метод лікування.

*** А) Хірургічний**

В) Антибактеріальна терапія

С) Ультразвук на молочну залозу

Д) Евакуація молока

Е) Подавлення лактації

70. Хворий І-в, 50 років звернувся зі скаргами на підвищення температури тіла до 39,0°C, пульсуючий біль та припухлість правої кисті. Напередодні уколів кисть риб'ячою кісткою. При огляді відмічається набряк і різкий біль в долоні та в ділянці підвищення І пальця кисті. Окрім цього відзначається набряк м'яких тканин тилу кисті, покрасіння шкіри та різкий біль при рухах пальців. Яке захворювання у пацієнта?

*** А) Флегмона правої кисті**

В) Карбункул кисті

С) Бешиха кисті

Д) Сухожильний панарицій І пальця кисті

Е) Чужерідне тіло кисті

71. Хвора П-ва, 45 років, звернулась до лікарні через 12 діб після початку захворювання зі скаргами на біль та припухлість I пальця лівої кисті. При обстеженні відмічено підвищення T0 тіла до 38,90C. Ногтьова фаланга I пальця колбоподібно потовщена, синьо-багряного кольору. Під нігтьовою пластинкою та місцями під епідермісом видно гній. Під час пальпації відмічається різкий біль. На Ro-грамі пальця видні деструктивні зміни в нігтьовій фаланзі. Який вид панарицію у хворої?

*** А) Кістковий**

- В) Шкіряний
- С) Підшкіряний
- Д) Сухожильний
- Е) Суглобовий

72. У хворого в стані клінічної смерті проводиться штучна вентиляція легень методом “з рота до рота” та непрямий масаж серця. Лікар звернув увагу на те, що повітря не проходить в дихальні шляхи хворого, а його голова та тулуб знаходяться в одній площині. Яка причина неефективності дихання в данній ситуації?

*** А) западіння язика**

- В) Малий об'єм повітря, що вдихається
- С) Проведення непрямого масажу серця
- Д) Вітсутність зонду в шлунку
- Е) Маленький рот у хворого

73. Немовля, 3 тижнів, у тяжкому стані, кволе, пульс частий, гіпертермія до 39о, шкіра мармурового відтінку, втрата маси до 10%. У поперековій ділянці пляма синюшно-червоного кольору і інфільтрація м'яких тканин, яка швидко збільшується. Якою буде тактика лікування дитини з флегмоною новонароджених у такому стані?

*** А) Множинні розрізи шкіри в шаховому порядку вздовж усього вогнища.**

В) Лампасні розтини над вогнищем

С) Динамічний нагляд за дитиною.

Д) Пункція вогнища.

Е) Спиртово-фурациліновий компрес.

74. Немовля, 3 тижнів, з клінічними ознаками внутрішньоутробного інфікування, раптово перестало активно рухати кінцівкою. Пасивні рухи болючі, плечовий суглоб збільшений, стан дитини погіршується. При ультразвуковому дослідженні - суглобова щілина значно розширена. Який метод лікування доцільно використати насамперед у цього немовля?

*** А) Пункція суглоба та підведення антибіотиків.**

В) Трепанація кістки.

С) Пункція кістки.

Д) Артротомія.

Е) Динамічне спостереження.

75. Немовля, 2 тижнів, від ускладнених пологів, з ознаками внутрішньоутробного інфікування, у важкому стані, який прогресивно погіршується. Живіт збільшений, черевна стінка напружена, на ній виражена венозна сітка, , значний набряк зовнішніх статевих органів. При ультразвуковому дослідженні черевної порожнини - газу не має, рідини до 100 мл. Яку тактику слід обрати у цьому випадку.

*** А) Посиндромна терапія та дренування черевної порожнини.**

В) Консервативна терапія.

С) Лапаротомія.

Д) Лапароскопія.

Е) Фізіотерапевтичне лікування

76. На амбулаторний прийом до лікаря-терапевта звернувся хворий 60 років з єдиною скаргою на безпричинне схуднення на 10 кг (більше 5% ваги тіла) за останні 2 місяці. При фізикальному обстеженні змін не виявлено. Лікар призначив обстеження, запідозривши у хворого злоякісну пухлину. Рак якої локалізації найбільш імовірний у цього хворого?

*** А) Рак шлунка**

В) Рак легенів

С) Рак ободової кишки

Д) Рак передміхурової залози

Е) Рак підшлункової залози

77. На профілактичний огляд до хірурга звернулася жінка 55 років, яка на протязі останніх 15 років знаходиться під наглядом терапевта з приводу гіпертонічної хвороби та хронічного холециститу. Ріст 158 см, маса тіла 96 кг. При огляді у нижньо-зовнішньому квадранті правої молочної залози виявлено ущільнення близько 2 см в діаметрі, з нечіткими контурами. Про яке захворювання слід подумати насамперед?

*** А) Рак молочної залози**

- В) Фіброаденома молочної залози
- С) Кіста молочної залози
- Д) Ліпома молочної залози
- Е) Хронічний мастит

78. До лікаря звернулася жінка 60 років зі скаргами на біль у верхньо-зовнішньому квадранті лівої молочної залози. В анамнезі 4 роки тому травма молочної залози. При огляді та пальпації змін в молочних залозах не виявлено. Який метод обстеження має найбільше діагностичне значення?

*** А) Маммографія**

- В) УЗД молочних залоз
- С) Пункційна біопсія
- Д) Аналіз крові на маркери раку молочної залози
- Е) Комп'ютерна томографія молочних залоз

79. Чоловік 42 років звернувся в поліклініку зі скаргами на відчуття тяжкості внизу живота, часте і болюче сечовипускання, забарвлення сечі кров'ю наприкінці сечовипускання. Відомо, що захворів після охолодження. При пальцевому ректальному обстеженні передміхурової залози змін не визначається. У аналізі сечі білок - 0,99 г/л, лейкоцити - 30-40 у полі зору, еритроцити - на все поле зору, велика кількість бактерій. Про яке захворювання можна думати?

*** А) Гострий цистит.**

- В) Гострий простатит.
- С) Туберкульоз сечового міхура.
- Д) Рак сечового міхура.
- Е) Рак передміхурової залози.

80. Жінка 30 років звернулась у поліклініку зі скаргами на біль у ділянці сечового міхура, часте і болюче сечовипускання. Наприкінці сечовипускання інколи з'являється декілька капель крові. Відомо, що захворіла після охолодження. У загальному аналізі сечі велика кількість бактерій, злущеного епітелію, білок - 0,66 г/л, лейкоцити - 35-40 у полі зору, еритроцити - 80-100 у полі зору. При застосуванні проби двох склянок - лейкоцитурія в обох порціях сечі (40-45 у полі зору). Який із перелічених симптомів найбільш вірогідно підтвердить припустимий Вами діагноз?

*** А) Лейкоцитурія.**

- В) Біль.
- С) Полакіурія.
- Д) Бактеріурія.
- Е) Термінальна гематурія.

81. Немовля, 2 тижнів, від ускладнених пологів, з ознаками внутрішньоутробного інфікування, у тяжкому стані, який прогресивно погіршується. Живіт збільшений, черевна стінка напружена, зникла печінкова тупість та з'явилося притуплення у відлогих місцях. Яке дослідження підтверджує ускладнений перебіг некротичного ентероколіту

*** А) Рентгенограма черевної порожнини у вертикальному стані.**

В) Рентгенологічне дослідження з йодолі полом.

С) Термографія черевної порожнини.

Д) Електроміографія м'язів черевної стінки

Е) Негайна езофагогастроскопія.

82. Хворому із поширеним післяінфекційним абсцесом правої сідниці лікар-хірург провів спочатку пункцію , а потім оперативне розкриття абсцесу з випорожненням гнійного вмісту та налагодженням постійного промивання порожнини розчинами антисептиків, введенням протеолітичних ферментів. Призначив антибіотики широкого спектру дії та імуно-корегуючу терапію. Яка із виконаних та призначених дій хірурга є провідним компонентом профілактики сепсису?

*** А) Хірургічне розкриття абсцесу**

В) Пункція абсцесу

С) Місцеве застосування протеолітичних ферментів

Д) Призначення антибіотикотерапії

Е) Призначення медикаментозної імунокорекції

83. Після операції з приводу остеомієліта правого стегна на 5 добу Перебіг захворювання ускладнився розвитком сепсису. Не зважаючи на Комплексну терапію сепсису, на 7 добу залишається висока температура до 390С, частота пульсу 100 пошт. за 1 хв., частота дихання 25 за 1 хв. Артеріальний тиск 100/60 мм рт. ст. В аналізі крові кількість лейкоцитів $16 \times 10^8/\text{л}$, кількість паличкоядерних форм 16%. Яка фаза клінічного перебігу сепсису триває?

*** А) Катаболічна**

В) Анаболічна

С) Реабілітаційна

Д) Функціональна

Е) Напруження

84. Хворому Х. у плановому порядку була виконана операція. Діагноз: холецистопанкреатит, механічна жовтяниця. Наступного дня в зв'язку з різким погіршенням стану він був повторно прооперований. Ще через добу хворий помер. На розтині були виявлені два пересічених жовчних протоки, перев'язаних лігатурами. Однак причиною смерті хворого Х. з'явилася тромбоемболія легеневої артерії внаслідок розвинених у ранньому післяопераційному періоді тромбозу вен гомілки. Як кваліфікувати дії лікаря, котрий вів хворого?

*** А) Дисциплінарне правопорушення**

В) Лікарська помилка

С) Неналежне виконання професійних обов'язків

Д) Сумлінна омана

Е) Нещасливий випадок

85. При обстеженні потерпілої С. лікар судово-медичний експерт визначив циркулярний синець навколо правого ока. Який ступінь тяжкості тілесних ушкоджень у потерпілої?

- * А) Легке без тимчасової втрати працездатності**
- В) Легке із тимчасовою втратою працездатності
- С) Середньої тяжкості
- Д) Тяжке
- Е) Ушкодження не підлягає визначенню ступеня тяжкості

86. До медпункту заводу звернувся робітник з проникаючим пораненням правого ока шматком металу. Половина уламку знаходиться в передній камері ока, половина - зовні. Лікар видалив уламок, наклав біокулярну пов'язку, ввів протиправцеву сироватку і терміново направив хворого до стаціонару. Яку помилку допустив лікар при наданні першої допомоги?

- * А) Видалив уламок металу**
- В) Наклав біокулярну пов'язку
- С) Ввів протиправцеву сироватку
- Д) Не закапав мідріатик
- Е) Не направив пацієнта на рентгенівський знімок очниці

87. Під час профогляду у пацієнта виявлено металеве стороннє тіло в сітківці лівого ока. Око спокійне. Райдужка більш темна, ніж в правому оці. На ендотелії рогівки пилоподібні коричневі відкладення. Під капсулою кришталика темно-коричневі зерна пігменту, в сітківці- пігментні вогнища. Про яке ускладнення може іти мова?

- * А) Сідероз ока**
- В) Халькоз ока
- С) Хронічний іридоцикліт
- Д) Травматична катаракта
- Е) Травматичний хоріоретиніт

88. Пацієнт отримав проникаюче поранення ока невеличким шматочком металу. На рогівці рана завдовжки 1мм, відповідно їй таких же розмірів дірчастий дефект райдужки. Лікар запідозрив наявність внутрішньоочного стороннього тіла, але на оглядовій рентгенограмі очниці воно не виявляється. Який метод дослідження повинен застосувати лікар, щоб підтвердити свою підозру?

*** А) Рентгенографія ока по Фогту**

В) Рентгенографія ока по Комбергу-Балтіну

С) Ультразвукове дослідження ока

Д) Комп'ютерна томографія ока

Е) Трансілюмінація ока

89. Ребенок в возрасте 7 лет, доставлен в стационар с острым гематогенным остеомиелитом нижней трети бедра, на 4 сутки от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое, выражены симптомы интоксикации. Ваша лечебная тактика?

*** А) Остеоперфорация после предоперационной подготовки**

В) Инфузионная и антибактериальная терапия

С) Оперативное лечение в плановом порядке

Д) Разрез мягких тканей после предоперационной подготовки

Е) Скелетное вытяжение

90. Хворий 56 років на 4 добу після вогнепального ушкодження правого стегна скаржиться на інтенсивний розпираючий біль в області рани, прогресуючий набряк тканин. Об'єктивно: стан хворого тяжкий, температура тіла 39,60С, пульс 126 за 1 хв., шкіра бліда. Навколо рани значний набряк і напруження тканин, які мають ціанотичний колір. Там відмічається крепітація. Пов'язка скудно промокає серозно-геморагічною рідиною. Яке ускладнення виникло?

*** А) Газова гангрена стегна.**

- В) Оклюзія стегнової артерії
- С) Тромбоз стегнової вени
- Д) Флегмона стегна
- Е) Бешиха стегна

91. Госпіталізовано хворого з опіком лівої гомілки. Термічна травма 3 години тому. Площа опікової рани складає 1-1,5% поверхні тіла, сама рана темного кольору, покрита сухою коркою-струпом. Навколо рани гіперемії, набряку шкіри і підшкіряної клітковини та інших ознак запалення немає. Оберіть оптимальну лікувальну тактику.

*** А) Рання некректомія з первинною аутодермопластикою**

- В) Некректомія через 2-3 тижні
- С) Пізня аутодермопластика грануляційної рани
- Д) Пов'язки з лікувальними мазями
- Е) Пов'язки з розчином антисептиків, антибіотиків

92. Хворий, 44 років, скаржиться на нападоподібний біль у правому підребер'ї, помірну жовтяницю, наявність у калі згустків крові у вигляді олівця, анемію. Два місяці тому отримав закриту травму правої половини живота. Кровотечі повторюються через 6 - 8 днів. Який з названих методів обстеження має найбільшу діагностичну цінність для встановлення діагнозу?

*** А) Селективна ангіографія печінкової артерії**

- В) Ультразвукове дослідження черевної порожнини
- С) Пероральна холеграфія
- Д) Рентгенконтрастне дослідження шлунково-кишкового тракту
- Е) Езофагогастродуоденоскопія

93. Хворий, 54 років, скаржиться на постійний біль у правому підребер'ї, наростаючу жовтяницю, лихоманку до 39 градусів, наявність світлого незабарвленого калу та темної сечі. Два тижні тому переніс приступ гострого болю у правому підребер'ї, який супроводжувався блювотою. Через 5 днів хворий почав жовтіти, через 9 - підвищилась температура. Яке з перелікованих ускладнень першочергово впливає на хірургічну тактику у цього хворого?

*** А) Гнійний холангіт**

- В) Механічна жовтяниця
- С) Печінкова недостатність
- Д) Холестатичний гепатит
- Е) Біліарний панкреатит

94. Дівчина, 12 років, звернулася до лікаря зі скаргами на біль у животі на протязі 10 годин, який стає інтенсивнішим. В анамнезі відмічається виділення з піхви на протязі останніх 2 діб мутної рідини. У дитини виражені ознаки інтоксикації, роздутий, болючий та напружений живіт, одноразово був рідкий стілець. В аналізі крові лейкоцитоз, з зсувом формули вліво. Який найімовірніший діагноз у дитини.

*** А) Гематогенний перитоніт**

- В) Гострий апендицит
- С) Вульвовагініт
- Д) Гострий апендицит, перитоніт
- Е) Ентероколіт

95. Немовля, 3 тижнів, з клінічними ознаками внутрішньоутробного інфікування, раптово перестало активно рухати кінцівкою. Пасивні рухи болючі, різко обмежені, плечовий суглоб збільшений, гарячий, стан дитини різко погіршується. При ультразвуковому дослідженні - розширення суглобної щілини, нечіткі контури метаепіфізу. Яке захворювання має місце?

*** А) Метаепіфізарний остеомієліт плечової кістки.**

- В) Інфекційно-токсичний шок.
- С) Парез верхньої кінцівки.
- Д) Неспецифічний артрит плечового суглоба.
- Е) Ушкодження верхньої кінцівки.

96. Хворий, 35 років, що страждає виразковою хворобою 12-палої кишки, відмітив, що за останню добу в нього виникли слабкість та головокружіння, а ранком, піднявшись з ліжка, він втратив свідомість. Хворий блідий, в епігастрії болісність, симптомів подразнення очеревини немає. Яке ускладнення виразкової хвороби Ви запідозрили ?

*** А) Виразкова кровотеча**

- В) Перфорація виразки
- С) Пенетрація виразки
- Д) Малігнізація виразки
- Е) Стеноз.

97. Хворий 68 років скаржиться на тупий біль у череві, схуднення, слабкість, закрепи межують з рідким стільцем, багато темної крові у калі. Об'єктивно: шкіра землиста, суха. При пальпації живота в правій здухвинній ділянці - інфільтрат 6х9 см, який майже не зміщується. Нь крові - 68 г/л. Яка найбільш вірогідна патологія може зумовлювати таку картину?

*** А) Кишкова кровотеча зі злоякісної пухлини**

- В) Дивертикулярна хвороба, ускладнена кровотечею
- С) Хвороба Крона, ускладнена кровотечею
- Д) Поліпоз ободової кишки, ускладнений кровотечею
- Е) Неспецифічний виразковий коліт, ускладнений кровотечею.

98. Хворий 52 років з виразковою хворобою 12-палої кишки, ускладненою кровотечею. АТ - 120/80 мм рт ст, пульс - 90 в 1 хв., Нь - 100 г/л, еритроцити - $3,7 \cdot 10^{12}$, Нт - 32, діурез - 40 мл/на год. Який ступінь важкості крововтрати у хворого?

*** А) Середній ступінь**

- В) Крововтрата відсутня
- С) Легкий ступінь
- Д) Важкий ступінь
- Е) Вкрай важкий ступінь.

99. Під час оперативного втручання у хворого 30 років виявлено тонко-тонкокишковий конгломерат темного кольору, кишка в якому признана нежиттєздатною. Привідна кишка розширена до 7-8 см, роздута, переповнена кишковим вмістом та газом. Яка патологія призвела до оперативного втручання?

*** А) Інвагінаційна (змішана) непрохідність**

- В) Странгуляційна непрохідність
- С) Обтураційна непрохідність
- Д) Паралітична непрохідність
- Е) Спастична непрохідність.

100. Хворий 70 років зі скаргами на переймоподібний біль у лівій половині черева, затримку газів та випорожнення, нудоту. Хворіє 1 рік, відмічав закрепи, домішки слизу та крові в калі, схуд на 15 кг, стан погіршився 2 доби назад. Живіт здутий, шум плескоту, ректально – симптом Обухівської лікарні. Найбільш вірогідний діагноз ?

*** А) Обтураційна непрохідність кишечника**

- В) Заворот сигмовидної кишки
- С) Спайкова непрохідність кишечника
- Д) Тромбоз мезентеріальних судин
- Е) Неспецифічний виразковий коліт.

101. Хворий 19 років зі скаргами на переймоподібний біль у череві, багаторазову блювоту їжею, затримку газів та випорожнення на протязі 1 доби. У 8 років виконана апендектомія. Живіт здутий, шум плескоту, на оглядовій рентгенограмі черевної порожнини чаші Клойбера. Найбільш вірогідний діагноз ?

*** А) Спайкова кишкова непрохідність**

- В) Заворот сигмовидної кишки
- С) Обтураційна кишкова непрохідність
- Д) Тромбоз мезентеріальних судин
- Е) Хвороба Крона.

102. Хворий, 42 років, внаслідок ДТП отримав політравму: закриті переломи правої плечової кістки та кісток лівого передпліччя із зміщенням відламків, закриту тупу травму живота. Доставлений до приймального відділення через 30 хвилин після травми. Шкіряни покрови бліді. Артеріальний тиск 90/20 мм рт. ст. в місцях переломів деформація, біль. Живіт при пальпації напружений, різко болючий, позитивний симптом Щьоткіна-Блумберга. Яка послідовність лікувальних дій?

*** А) Термінова лапаротомія**

- В) Інфузійна терапія з метою стабілізації артеріального тиску
- С) Накладення іммобілізації на переломи, знеболення
- Д) Блокади переломів місцевим анестетиком
- Е) Додаткове обстеження з метою визначення точного діагнозу

103. Хворий, 48 років, внаслідок руйнування будинку отримав політравму: синдром довготривалого розчавлювання обох нижніх кінцівок, множинні переломи кісток обох гомілок, переломи обох стегнових кісток. Вилучений з під уламків будинку через 6 годин, на місці катастрофи накладено джгути на обидві нижні кінцівки на рівні верхньої третини стегна. При огляді: шкіряни покрови бліді, артеріальний тиск 100/30 мм рт. ст., пульсація на а.а. dorsalis pedis не визначається, тактильна і больова чутливість в дистальних відділах нижніх кінцівок відсутня, активні та пасивні рухи в колінних та гомілково-ступневих суглобах неможливі. Яка тактика лікування?

*** А) Термінова ампутація обох нижніх кінцівок вище джгута**

- В) Інфузійна терапія з метою стабілізації артеріального тиску
- С) Детоксикаційна інфузійна терапія, форсований діурез
- Д) Протишокова терапія, гіпербарична оксигенація, фасціотомії
- Е) Стабілізація переломів нижніх кінцівок, протишовкові заходи

104. В приймальне відділення доставлено потерпілого з місця дорожньо-транспортної події. АТ 90/60, пульс 120. При обстеженні виявлено рухливість лівого крила клубової кістки. Пошкоджень органів грудної клітини та черева не виявлені. Який вид знеболення перелому краще використати в комплексі протишокової терапії?

*** А) анестезія за Школьніковим-Селівановим**

- В) спинномозкова
- С) загальне знеболення
- Д) загальне знеболення зі штучною вентиляцією легень
- Е) блокада поперекового сплетіння

105. Пацієнтка 16 років скаржиться на біль в спині, швидку стомлюваність. Травму заперечує. Об'єктивно: трикутники талії згладжені, ліва лопатка нижче на 1 см, довжина кінцівок однакова, лінія остистих відростків відхилена вліво в грудному і вправо в поперековому відділі, розгинач тулуба напружений зліва в грудному відділі. В горизонтальному положенні не зникає. Який діагноз найбільш імовірний?

*** А) сколіотична хвороба**

- В) сколіотична постава
- С) вторинний сколіоз
- Д) юнацький кіфоз
- Е) остеохондропатія поперекових хребців.

106. Хвора 30 років на 5 добу після фізіологічних пологів стала скаржитись на нагрубання лівої молочної залози, біль, покрасніння шкіри, підвищення T0 тіла до 38,0С. При об'єктивному обстеженні: ліва молочна залоза збільшена у розмірі, шкіра червоного кольору, в верхньо-зовнішньому квадранті з ціанозом, там пальпується без чітких меж інфільтрат, різко болісний. Зціжування молока не приносить полегшення. Встановити діагноз захворювання.

*** А) Гострий інфільтративний мастит**

В) Інфікована киста молочної залози

С) Лактостаз

Д) Бешиха

Е) Рак молочної залози

107. Дитину 3 років госпіталізовано з підозрою на аспірацію стороннього тіла. Анамнез характерний. При обстеженні відмічається значна задишка у спокої. Дихання шумне з добре чутним "лескающим" звуком на видиху. Оглянути глотку неможливо у зв'язку з вираженим блювальним рефлексом. Про яку локалізацію стороннього тіла можна думати при наявності вказаних симптомів?

А) стравохід

В) гортань

*** С) трахея**

Д) глотка

Е) бронхи

108. Хворий, 20 років, скаржиться на різкий біль в горлі справа при ковтанні, підвищення температури до 38,5 оС, загальну слабкість. Хворіє протягом трьох днів після перенесеної ангіни. При огляді глотки виявлена різка гіперемія слизової оболонки справа, набряк передньої піднебінної дужки зі зміщенням правого мигдалика до середньої лінії. Тризм жувальної мускулатури, підвищена салівація, збільшення та болючість лімфатичних вузлів шиї справа. Який з наведених лікувальних заходів слід вжити?

*** А) розтин інфільтрату, антибіотикотерапія**

В) пункція інфільтрату, антибіотикотерапія

С) видалення мигдалика

Д) антибіотикотерапія

Е) фізіотерапевтичні процедури

109. Хворий, 38 років, доставлений у приймальне відділення у колаптоїдному стані. З анамнезу відомо, що 5 діб тому був побитий. 2 години тому стан хворого різко погіршився, з`явилась різка слабкість, головокружіння, хворий покритий холодним липким потом, втратив тяму. При лабораторному дослідженні: Нб - 90г/л, лейкоцити- 3,5 x 10/12, ЧСС - 120 у 1 хв., АТ 80/40 мм рт ст.. Живіт м`який, болючий у лівій мезогастральній ділянці, симптом Розанова позитивний. Який додатковий метод дослідження слід виконати для встановлення попереднього діагнозу?

*** А) Абдоміноцентез**

В) Обзорну рентгенографію черевної порожнини

С) Пневмогастрографію

Д) Фіброгастродуоденоскопію

Е) Ангіографію

110. Хворий, 43 років, внаслідок хуліганської травми отримав поранення передньої черевної стінки, півтори години тому. При огляді у мезогастральній ділянці рана 1,0х0,3 см з рівними краями, з рани поступає скудно кров, навколо рани підшкірна гематома, живіт напружений, в акті дихання участі не приймає, симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. При лабораторному дослідженні: Hb 112 г/л, Лейкоцити $11,0 \times 10^{12}$, еритроцити $4,5 \times 10^6$, ШОЕ-28 мм/г. Сформулюйте попередній діагноз.

*** А) Проникаюче поранення живота з ушкодженням порожнистого органу**

В) Проникаюче поранення живота з ушкодженням паренхіматозного органу

С) Непроникаюче поранення черевної стінки

Д) Закрита травма живота

Е) Проникаюче поранення живота без ушкодження внутрішніх органів

111. Хворого, 40 років, доставлено до лікарні після закритої травми грудної клітки. При огляді: права половина грудної клітки відстає при диханні. Пальпаторно - різка болючість в проекції V, VI, VII ребер по передній пахвовій лінії, підшкірна емфізема правих відділів тулубу. Перкуторно над правими відділами грудної клітки - тимпаніт. Аускультативно: справа дихання не проводиться, зліва - везикулярне. Якої хірургічної допомоги потребує хворий ?

*** А) Дренування правої плевральної порожнини.**

В) Дренування підшкірної емфіземи.

С) Каркасна стабілізація переломів ребер.

Д) Негайна торакотомія.

Е) Туге бинтування грудної клітки.

112. Хвора, 50 років, під час дорожньо-транспортної пригоди отримала удар у бокову частку голови, короткочасно втратила свідомість. Скаржилась на головний біль у лівій скроневій області, запаморочення. За медичною допомогою не зверталась. Через місяць з моменту травми з'явилися і стали наростати розлади мови і слабкість у правих кінцівках. Яка причина неврологічних розладів?

*** А) Стиснення головного мозку субдуральною гематомою.**

В) Стиснення головного мозку епідуральною гематомою.

С) Струс головного мозку.

Д) Забій головного мозку.

Е) Субарахноїдальний крововилив.

113. Хворий, 38 років, під час падіння з висоти двох метрів ударився головою об металевий предмет, короткочасно знепритомнів. Скаржиться на головний біль, нудоту, запаморочення, виділення крапель світлої рідини з правого носового ходу. Об'єктивно: симптом "окулярів", ретроградна амнезія. Вогнищева неврологічна симптоматика відсутня. Яка найбільш імовірна причина назальної ліквореї?

*** А) Перелом основи черепа.**

В) Лікворна гіпертензія.

С) Порушення відтоку ліквору

Д) Запалення слизової оболонки носу

Е) Забій головного мозку

114. Хворого, 39 років, через дві години після хуліганської травми госпіталізовано в нейрохірургічне відділення зі скаргами на головний біль, судом м'язів лівої руки, кровотечу з рани м'яких тканин голови. Локально: у правій тім'яній ділянці - забита рана розмірами 8×1 см, дно рани - втиснений перелом зі зміщенням уламків правої тім'яної кістки в порожнину черепа. Визначте найбільш доцільну тактику лікування?

*** А) Первинна хірургічна обробка рани. Резекція перелому.**

В) Вторинна хірургічна обробка рани. Дренування рани.

С) Мазеві пов'язки на область рани.

Д) Призначення антибактеріальної терапії.

Е) Призначення протисудомної терапії.

115. У пострадавшего с открытым переломом бедренной кости, закрытым переломом костей голени и ушибом грудной клетки, несмотря на адекватную инфузионно-трансфузионную терапию, сохраняется гипотония 90/60 мм рт.ст. Частота пульса 105 в минуту, экстрасистолы. Частота дыханий 22 в минуту. Какова наиболее вероятная причина состояния пострадавшего?

*** А) Ушиб сердца.**

В) Травматический шок.

С) Ушиб лёгкого.

Д) Отёк лёгких.

Е) Травматический эндотоксикоз.

116. Больной госпитализирован с предварительным диагнозом острый панкреатит. Имеются перитонеальные симптомы. При лапароцентезе получено до 450 мл прозрачной воспалительной жидкости с геморрагическим оттенком. Активность в ней α -амилазы 120 г/час/л. Определите дальнейшую тактику ведения больного.

*** А) Комплексная противовоспалительная терапия.**

- В) Лапаротомия, дренирование брюшной полости.
- С) Лапаротомия, дренирование сальниковой сумки.
- Д) Лапаротомия, холецистостомия.
- Е) Перитонеальный диализ.

117. Больной обследован сонографически с предварительным диагнозом ЖКБ, острый калькулезный холецистит. При сонографии: желчный пузырь значительно увеличен, стенка желчного пузыря утолщена до 1,2 см, многослойная, вокруг стенки желчного пузыря гипэхогенный ободок. В шейке желчного пузыря солитарный конкремент до 1 см в диаметре. В просвете пузыря сладж. Сформулируйте диагноз.

*** А) ЖКБ. Острый гангренозный калькулезный холецистит.**

- В) ЖКБ. Острый флегмонозный калькулезный холецистит.
- С) ЖКБ. Острый катаральный калькулезный холецистит.
- Д) ЖКБ. Острый хронический калькулезный холецистит.
- Е) ЖКБ. Эмпиема желчного пузыря.

118. Больной 47 лет болен 3 суток. В правом подреберье пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат. Температура тела 38,9 °C. При сонографическом исследовании диагностирован калькулезный деструктивный холецистит. Клинических и лабораторных данных в пользу холедохолитиаза нет. Определите тактику лечения больного.

*** А) Оперативное лечение – холецистэктомия.**

- В) Комплексная противовоспалительная терапия.
- С) Наблюдение, холецистэктомия при развитии перитонита.
- Д) Лапароцентез, дренирование брюшной полости.
- Е) Желчегонные препараты, гепатопротекторы, кортикостероиды.

119. Больной 37 лет госпитализирован в хирургическое отделение через сутки с момента проявления гастродуоденального кровотечения. АД 110/80 мм рт. ст. Эр 2,7 Т/л, Нв- 112 г/л. Ректально - мелена. При urgentной эндоскопии в луковице двенадцатиперстной кишки хроническая пенетрирующая язва с продолжающимся артериальным кровотечением. Эндоскопический гемостаз не эффективен. Определите тактику лечения больного.

*** А) Оперативное лечение в экстренном порядке.**

- В) Операция после инфузионной заместительной терапии.
- С) Операция после проведения местной гемостатической терапии.
- Д) Операция при неэффективности местной гемостатической терапии.
- Е) Операция после купирования анемии

120. Пациент 15 лет предъявляет жалобы на рези и боли при мочеиспускании, гнойные выделения из уретры появившиеся 2 дня назад. При осмотре: губки уретры отечны, гиперемированы, из уретры обильные гнойные выделения. Предварительный диагноз: свежий острый гонорейный уретрит. Какие дополнительные данные клинических исследований помогут уточнить диагноз?

*** А) Микроскопия выделений из уретры**

- В) Серологическое исследование крови
- С) Общий анализ мочи
- Д) Обнаружение кокковых клеток при микроскопии выделений
- Е) Обнаружение дрожжевых клеток при микроскопии выделений

121. Больной 45 лет госпитализирован в ургентном порядке через 12 часов с момента проявления заболевания. Жалуется на рвоту каждые 2 часа, умеренную боль в мезогастральной области. В младенчестве оперирован по поводу врожденной пупочной грыжи. Оправлялся за час до поступления. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. При обзорной рентгенографии живота обнаружена пневматизация правой половины ободочной кишки и две тонкокишечные чаши Клойбера. Определите тактику ведения больного.

*** А) Оперативное лечение.**

- В) Изучение пробы Шварца.
- С) Инфузионная спазмолитическая терапия.
- Д) Высокая очистительная клизма.
- Е) Сифонная клизма

122. Больная 35 лет в неотложном порядке оперирована по поводу острого калькулезного холецистита. Ранний послеоперационный период протекал гладко, выписана в удовлетворительном состоянии. Спустя 3 недели после операции обратилась повторно. Жалобы на желтушность склер, повышение температуры тела до 38,8°C, озноб, умеренную боль в правом подреберье. Живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. АЛТ 2,3 ммоль/л. Билирубинемия 66 ммоль/л за счет прямой фракции. Определите наиболее рациональную тактику ведения больной.

*** А) Эндоскопическая ретроградная холангиография, литоэкстракция.**

В) Антибактериальная, противовоспалительная терапия.

С) Лапаротомия, ревизия гепатикохоледоха.

Д) Лапароскопическая эндоскопическая холедохоскопия.

Е) 3D-компьютерная томография, дистанционная холедохолитотрипсия

123. К дежурному врачу глазного отделения обратился мужчина 38 лет, который при работе в гараже засорил правый глаз. При осмотре пациента врач отметил слезотечение, блефароспазм. После инстилляций анестетика при осмотре глазного яблока доктор увидел точечное образование черного цвета в центральных отделах роговицы правого глаза. Как по вашему мнению должен поступить врач?

*** А) Удалить инородное тело роговицы и назначить инстиллянии антибиотиков**

В) Назначить инстиллянии анестетика

С) Удалить инородное тело роговицы

Д) Назначить инстиллянии дезинфицирующих средств

Е) Назначить инстиллянии 1% раствора атропина

124. Рабочий получил травму левого глазного яблока отскочившей металлической стружкой. Врач скорой медицинской помощи не видит повреждения роговой оболочки, однако отмечает изменение формы зрачка и уменьшение глубины передней камеры. При пальпации глаз гипотоничен. Укажите наиболее информативный метод обследования в данной ситуации.

*** А) Рентгенологическое исследование с наложением протеза -индикатора Комберга-Балтина**

- В) Метод бокового освещения
- С) Офтальмоскопия
- Д) Исследование в проходящем свете
- Е) Гониоскопия

125. В отделение травмы глаза поступил больной с диагнозом-проникающее ранение левого глаза, инородное тело глаза. Глаз гипотоничен, в области склеральной раны видно выпавшее стекловидное тело. По данным анамнеза и рентгенологического исследования установлено, что инородное тело является металлом. Какой объем лечения в данном случае необходим?

*** А) (Удаление металлического инородного тела магнитом, ушивание склеральной раны.**

- В) Иссечение стекловидного тела, ушивание раны.
- С) Назначить инстилляцию 1% раствора атропина, инстилляцию антибиотиков.
- Д) Ушивание раны склеры и инстилляцию антибиотиков.

126. У больной 25 лет на фоне респираторного заболевания покраснел правый глаз, появилось отделяемое на ресницах и в углу глазной щели, появились жалобы на ощущение инородного тела в глазу, зуд . Окулист поставил диагноз - острый конъюнктивит. Какое дополнительное исследование поможет установить этиологию заболевания?

*** А) (Бактериальный посев отделяемого из конъюнктивальной полости.**

- В) Исследование методом бокового освещения
- С) Гониоскопия
- Д) Биомикроскопия переднего отдела глаза
- Е) Офтальмоскопия.

127. Бригада скорой медицинской помощи вызвана к пациентке 58 лет. Больная жалуется на боль в левом глазу и левой половине головы, снижение зрения, чувство распирания в области глаза, тошноту. Врач осмотрел больную и обнаружил застойную инъекцию сосудов конъюнктивы, повышенную плотность левого глазного яблока. Роговица левого глаза полупрозрачна. Передняя камера мелкая. Зрачок широкий, на свет не реагирует. Из анамнеза установлено, что больная три года болеет глаукомой. Какова дальнейшая тактика в лечении больной.

*** А) Инстилляцией 1% р-ра пилокарпина, назначение обезболивающих и мочегонных препаратов.**

- В) Доставить в глазное отделение для оперативного лечения левого глаза.
- С) Инстилляцией атропина и горячие ножные ванны на ближайшие 24 часа.
- Д) Инстилляцией дикаина, направить на прием к врачу поликлиники.
- Е) Внутримышечная инъекция анальгетика и направить на прием к врачу поликлиники.

128. У новорожденного 3-х суток кормление почти всегда сопровождается возникновением одышки, приступообразным кашлем, цианозом, пенистыми выделениями изо рта. После еды при аускультации количество влажных крупнопузырчатых хрипов в легких увеличивается. Кормление через зонд не сопровождается кашлем и нарастающим цианозом. Какой диагноз можно поставить данному ребенку?

*** А) Пищеводно-трахеальный свищ**

- В) Атрезия пищевода
- С) Атрезия хоан
- Д) Диафрагмальная грыжа
- Е) Незаращение твердого неба

129. У новорожденного с первых часов отмечен прогрессивно нарастающий цианоз, одышка. Ребенок стал вялым, крик слабый, повторная рвота. Дыхание поверхностное, брадипное - 26 в мин. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, при вдохе западает эпигастральная область, крик и попытка кормления усиливают цианоз. Какая причина появления этих симптомов?

*** А) Врожденная диафрагмальная грыжа (асфиктическое ущемление)**

- В) Порок сердца
- С) Поликистоз легких
- Д) Атрезия пищевода
- Е) Атрезия пищевода

130. У новорожденного заподозрена врожденная диафрагмальная грыжа (асфиктическое ущемление). Что необходимо предпринять для подтверждения диагноза?

*** А) Обзорная рентгенография грудной полости, с контрастированием желудочно-кишечного тракта.**

В) Обзорная рентгенография брюшной полости

С) Ирригография

Д) Пневмоирригоскопия

Е) Фиброэзофагогастродуоденоскопия

131. Мальчик 8 суток доставлен с жалобами на беспокойство, повышение температуры до 38 в тяжелом состоянии. Заболел остро. В области грудной железы имеет место гиперемия кожи, локальная гипертермия, пальпируется плотный инфильтрат с четкими краями и флюктуацией в центре. Пальпация вызывает беспокойство. О каком заболевании идет речь?

*** А) Гнойный мастит новорожденного**

В) Рожистое воспаление

С) Физиологический мастит

Д) Остеомиелит ребра

Е) Рожистое воспаление

132. Больной 32 лет жалуется на резкую головную боль, повторную рвоту, которые возникли после физической нагрузки. В прошлом ничем не болел. При осмотре заторможен, на вопросы отвечает после паузы, стонет от головной боли. Лежит в постели с запрокинутой кзади головой и притянутыми к животу ногами. Выражена ригидность мышц шеи, положительный симптом Кернига с двух сторон. Какой метод исследования следует провести в первую очередь?

*** А) Люмбальная пункция, исследование ликвора**

- В) Электроэнцефалография
- С) Реоэнцефалография
- Д) УЗИ внутренних органов
- Е) Биохимические анализы крови

133. Больной 54 лет, жалуется на неприятные ощущения переполнения в эпигастрии и отрыжку воздухом с запахом пищи на протяжении 4 - 6 часов после еды. Подобные жалобы появились около 10 лет назад, когда был диагностирован хронический гипоацидный гастрит. 2 дня назад при фиброгастроскопии на фоне атрофической слизистой в верхней трети тела желудка по большой кривизне выявлена поверхностная плоская опухоль до 1,0 см в диаметре (цитологически - неинвазивная аденокарцинома). Выходной отдел желудка и двенадцатиперстная кишка не изменены. Чем обусловлены жалобы больного?

*** А) Нарушением функции желудка вследствие хронического гипоацидного гастрита.**

- В) Нарушением функции желудка вследствие опухолевой инфильтрации.
- С) Нарушением функции желудка вследствие стеноза выходного отдела.
- Д) Раковой интоксикацией.
- Е) Рефлюкс - гастритом.

134. Больной 54 лет, жалуется на неприятные ощущения переполнения в эпигастрии и отрыжку воздухом с запахом пищи на протяжении 10 -12 часов после еды. Подобные жалобы появились 12 лет назад, когда был диагностирован язвенный стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки. Неделю назад при фиброгастроскопии в верхней трети тела желудка по большой кривизне выявлена экзофитная опухоль до 3,0 см в диаметре на широком основании(морфологически - низкодифференцированная аденокарцинома). Луковица двенадцатиперстной кишки резко деформирована. Чем обусловлены жалобы больного?

*** А) Нарушением эвакуаторной функции желудка вследствие язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки.**

В) Нарушением функции желудка вследствие опухолевой инфильтрации.

С) Опухолевым стенозом двенадцатиперстной кишки.

Д) Хроническим гастритом.

Е) Раковой интоксикацией.

135. Женщина 54 лет жалуется на неприятные ощущения задержки густой пищи в эпигастрии, которые связывает с нервным стрессом 4 месяца назад. Жидкая пища проходит свободно, аппетит сохранен, вес не изменился. С чего следует начать обследование больной в подобном случае?

*** А) Контрастная рентгенография пищевода и фиброэзофагоскопия с биопсией.**

В) Консультация невропатолога.

С) КТ органов грудной клетки и брюшной полости.

Д) Консультация психоневролога.

Е) МРТ головного мозга.

136. Женщина 62 лет жалуется на внезапно появившуюся желтуху, умеренные распирающие боли в правом подреберье обесцвеченный кал, темную мочу. Пальпаторно печень увеличена, болезненна, поверхность ее ровная. При УЗИ органов брюшной полости печень однородно уплотнена, общий желчный проток и внутripеченочные протоки расширены, конкрементов не обнаружено. Головку поджелудочной железы визуализировать не удалось. Общий билирубин крови 238,0ммоль/л, за счет прямого. Каков наиболее вероятный диагноз?

*** А) Рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха.**

В) Острый гепатит, паренхиматозная желтуха.

С) Калькулезный холецистит, механическая желтуха.

Д) Острый гепатит, механическая желтуха.

Е) Обострение хронического гепатита, паренхиматозная желтуха.

137. Женщина 65 лет жалуется на внезапно появившуюся желтуху, умеренные распирающие боли в правом подреберье обесцвеченный кал, темную мочу. Пальпаторно печень увеличена, болезненна, поверхность ее ровная. При УЗИ органов брюшной полости печень незначительно однородно уплотнена, общий желчный проток и внутripеченочные протоки расширены, конкрементов не обнаружено. Головка и тело поджелудочной железы не изменены. Общий билирубин крови 138,0ммоль/л, за счет прямого. Какова тактика дальнейшего обследования больной?

*** А) Необходима фиброгастроудоденоскопия.**

В) Показана спиральная КТ органов брюшной полости.

С) Комплексное исследование на гепатиты А,В,С.

Д) Необходима выделительная холангиография.

Е) Необходима КТ органов брюшной полости.

138. У больной 30 лет частые болезненные мочеиспускания, боли в поясничных областях постоянного тупого характера. Страдала острым пиелонефритом и циститом. Жалобы возникли пять дней назад после переохлаждения. Пальпация проекции почек умеренно болезненная. При УЗИ патологии почек не выявлено. В мочевом пузыре 200 мл.мочи. Контуры его ровные, в просвете флотирующая эховзвесь. В общ.Ан. мочи -уд.вес-1018, б-0,05г/л, Л-18-20 в п/зр, Эр-1-2 в п/зр. Бактерии в большом количестве. Каков предварительный диагноз у этой больной?

*** А) (Обострение хронического пиелонефрита, обострение хронического цистита.**

- В) Туберкулез мочевой системы.
- С) Обострение хронического цистита.
- Д) Интерстициальный цистит.
- Е) Обострение хронического пиелонефрита.

139. Больной 60 лет жалуется на частые болезненные затрудненные мочеиспускания, прерывистую струю мочи. Ночью мочится до пяти раз. После физической нагрузки отмечает примесь крови в моче. Ректально простата увеличена, плотно-эластичная, безболезненная, без узлов. В общем анализе мочи-уд.вес-1020; б-0,1г/л; Л-20-30 в поле зрения; Эр.-10-12 в поле зрения. Какой метод обследования необходимо применить в первую очередь у этого больного для установления диагноза?

*** А) (Трансректальное ультразвуковое исследование.**

- В) Цистоскопия.
- С) Обзорная урография.
- Д) Экскреторная урография.
- Е) Бактериологическое исследование мочи.

140. Мальчик 13 лет поступил в клинику с жалобами на усиливающуюся общую слабость, бледность, головокружение, наличие жидкого стула чёрного цвета. Диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. При ФГДС проведено коагулирование кровоточащих сосудов. В общем анализе крови: Эр - 1,8 Т/л, Нб - 66 г/л, рет. - 0,003 Г/л, Л - 6,5 Г/л, э - 2%, п - 4%, с - 70%, л - 20%, м - 4%, СОЭ - 12 мм/ч, Ht - 35%. Какое мероприятие является первоочерёдным для купирования данного неотложного состояния?

*** А) Переливание эритроцитарной массы**

- В) Переливание консервированной крови
- С) Введение криопреципитата
- Д) Инфузия реополиглюкина
- Е) Переливание плазмы

141. Больная К., 73 лет, жалуется на увеличение в размерах живота, общую слабость. При рентгенисследовании желудка имеется опухоль тела желудка, занимающая 1/3 просвета. При пальпации живота определяется бугристая печень, свободная жидкость в брюшной полости. При обследовании прямой кишки пальцем в малом тазу определяется опухолевый конгломерат. Какой подход к лечению данного заболевания следует выбрать?

*** А) Симптоматическое лечение**

- В) Оперативное лечение.
- С) Химиотерапевтическое лечение
- Д) Лучевая терапия
- Е) Наблюдение

142. Больная 29 лет, жалуется на наличие сукровичных выделений из соска в течение 1,5 месяцев. Молочные железы одинаковых размеров, не деформированы. При пальпации опухоли не определяется. Периферические лимфоузлы не увеличены. Из соска правой молочной железы кровянистые выделения. Выставлен предварительный диагноз - внутрим протоковая папиллома. Какие дополнительные методы обследования наиболее специфичны в данном случае?

*** А) Дуктография молочной железы и цитологическое исследование выделений из соска**

- В) Маммография
- С) Ультразвуковое исследование молочных желез;
- Д) Компьютерная томография грудной клетки и ее органов.
- Е) Лимфография подмышечного коллектора.

143. У ребенка 5 лет снизился слух после перенесенной 2 месяца назад аденовирусной инфекции, продолжает беспокоить насморк слизисто-гнойного характера. Врачом диагностирован хронический двухсторонний серомукозный тубоотит. Отоскопически: обе барабанные перепонки втянуты, мутные. В полости носа обилие слизисто-гнойного отделяемого, в носоглотке просматриваются аденоидные вегетации 2 - 3 степени, дыхание носом резко затруднено. Какое врачебное мероприятия является ведущим в профилактике рецидивов данного заболевания?

*** А) Санация придаточных пазух носа.**

- В) Санаторно-курортное лечение.
- С) Санация небных миндалин.
- Д) Санация носоглотки.
- Е) Общеукрепляющее лечение.

144. Больной Р., 50 лет, обратился с жалобами на головную боль, гнойный насморк, затруднение носового дыхания, снижение обоняния, повышение температуры тела. Болеет в течение 5 месяцев, начало заболевания связывает с экстракцией 5 зуба верхней челюсти слева. Лечился консервативно без эффекта. При осмотре - припухлость и инфильтрация левой щеки. В полости носа слева зловонный гной. На рентгенограмме придаточных пазух - интенсивное затемнение левой гайморовой пазухи. При исследовании лунки 5 зуба верхней челюсти справа определяется свищ в гайморову пазуху. Дежурным врачом выставлен предположительный диагноз: левосторонний хронический гнойный одонтогенный гайморит. Какова принципиальная врачебная тактика в данной ситуации?

*** А) Радикальная операция на гайморовой пазухе с пластикой свища, антибактериальная терапия..**

- В) Мощная антибактериальная терапия.
- С) Пункции гайморовой пазухи с введением антибиотиков.
- Д) Физиотерапевтическое лечение.
- Е) Промывание придаточных пазух носа методом перемещения растворами антисептиков, пластика свища.

145. Больная Н Г., 19 лет, предъявляет жалобы на сильную боль в горле, которая усиливается при глотании, повышение температуры до 39 С, головную боль, слабость, озноб, разбитость. Заболела накануне после переохлаждения. При фарингоскопии небные миндалины ярко гиперемированы, на их поверхности беловатые сливающиеся точки размером с рисовое зерно. Подчелюстные лимфатические узлы умеренно увеличены, мягкие, слегка болезненны при пальпации. Участковым терапевтом диагностирована лакунарная ангина. Какова этиология заболевания у данной больной?

*** А) В-гемолитический стрептококк группы А.**

- В) В-гемолитический стрептококк группы В.
- С) Симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты полости рта.
- Д) Клебсиелла.
- Е) Вирус Эпштейна-Барра.

146. Больной К., 21 года, обратился к врачу с жалобами на резкую боль в горле. Заболел 4 дня назад, участковым терапевтом была диагностирована ангина. Назначенного лечения не принимал. Вчера вечером состояние ухудшилось. Температура тела 38,0 С, при осмотре определяется вынужденное положение головы, тризм жевательной мускулатуры. Левая перитонзиллярная область резко выпячена, в лакунах обеих миндалин обилие гноя. Шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации, больше слева. Какое осложнение развилось у данного пациента?

*** А) Левосторонний перитонзиллярный абсцесс.**

В) Аллергический отек гортаноглотки.

С) Флегмона шеи.

Д) Медиастинит.

Е) Тонзиллогенный сепсис.

147. Больной А., 46 лет, обратился к врачу с жалобами на охриплость, которой страдает в течение нескольких месяцев. После перенесенной накануне острой респираторной инфекции охриплость усилилась, появился сухой кашель. По профессии он является преподавателем специализированной школы, курит на протяжении многих лет. При осмотре ЛОР-органов определяется разлитая гиперемия слизистой оболочки глотки и гортани. Голосовые складки утолщены, края их неровные, при фонации обе половины гортани подвижны, голосовая щель широкая, голос хриплый. Шейные лимфоузлы мягкие, безболезненные. Какое заболевание развилось у данного пациента?

*** А) Хронический гиперпластический ларингит.**

В) Фонастения.

С) Острый катаральный фаринголарингит.

Д) Опухоль складочного отдела гортани.

Е) Двухсторонний парез гортани.

148. Ребенок 4 лет час назад подавился пуговицей. Доставлен в санпропускник областной больницы. При осмотре - цианоз кожных покровов, одышка, частота дыхательных движений 40 в минуту, аускультативно - над правым легким резкое ослабление дыхания, обилие сухих хрипов. На рентгенограмме грудной клетки - тень инородного тела в правом главном бронхе. Какова тактика врача в данном случае?

*** А) Трахеобронхоскопия с удалением инородного тела.**

В) Консервативное лечение - бронхолитики, отхаркивающие, антибактериальная терапия.

С) Торакотомия с удалением инородного тела.

Д) Трахеотомия.

Е) Интубация, искусственная вентиляция легких.

149. Больной Е., 50 лет. Жалуется на чувство дискомфорта в эпигастрии после приема пищи, отсутствие аппетита, запоры. Потерю в весе до 10 кг. за 1 год. 12 лет на диспансерном учете по поводу язвенной болезни желудка. При осмотре: периферические л/у не увеличены, тургор кожных покровов снижен. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги. Какова диагностическая тактика врача?

*** А) ФГДС с биопсией.**

В) КТ брюшной полости.

С) УЗИ брюшной полости

Д) ФКС с биопсией

Е) Общий анализ крови

150. Больной С., 50 лет. Жалуется на чувство дискомфорта в эпигастрии после приема пищи, отсутствие аппетита. При компьютерной томографии объемное образование тела поджелудочной железы до 5 см в диаметре. Какова тактика врача?

*** А) Оперативное лечение.**

- В) Симптоматическое лечение
- С) Химиотерапевтическое лечение
- Д) Лучевая терапия
- Е) Наблюдение

151. Кондуктор троллейбуса жалуется на боли в икроножных мышцах после работы, изредка появляются плотные отёки на голеньях. При сонографии выявлено варикозное расширение глубоких вен обеих голеней. Протромбиновый индекс – 84%. Какой метод лечения необходимо рекомендовать больной с целью профилактики возможных осложнений?

*** А) Постоянный приём ацетилсалициловой кислоты;**

- В) Имплантация кава-фильтра в ургентном порядке;
- С) Имплантация кава-фильтра в плановом порядке;
- Д) Тугое бинтование голеней эластичным бинтом;
- Е) Постоянный приём варфарина.

152. Хвора 45 років, хворіє варикозним розширенням вен правої нижньої кінцівки. Скарги на біль, гіперемію вздовж підшкірних вен, підвищення температури тіла. При огляді великої підшкірної вени на гомілці і стегні до середньої третини гіперемія, при пальпації болюча, тверда. Яке лікування потрібне хворій ?

*** А) Операція Троянова**

- В) Консервативна терапія
- С) Склерозуюче лікування
- Д) Операція Фельдера
- Е) Операція Пальма

153. Хворий 42 років був направлений з поліклініки в хірургічне відділення лікарні з діагнозом “карбункул поперекової ділянки”. Об’єктивно: в поперековій ділянці визначається запальний інфільтрат багряного кольору, розміром 8х8 см. На поверхні інфільтрату є кілька отворів з густим зеленувато-сірим гнійним виділенням. Яким повинен бути обсяг операції?

*** А) висічення карбункула**

- В) Розтинання карбункула
- С) Дренування карбункула
- Д) Обкалювання карбункула
- Е) Обкалювання новокаїном з антибіотиком

154. Хвора за 2 доби потому впала вдома з висоти 1,5 м. Скаржиться на сильний біль в лівій частині грудної клітини, задих. При рентгенографії грудної клітини виявлений гідро пневмоторакс зліва, з рівнем рідини до 7-го ребра і колапсом легеневої тканини на 1/3. Злом 6-7 ребер по лопаточній лінії. При пункції грудної клітини одержано серозно-геморагічну рідину. Яка тактика лікування хворої?

*** А) торакоцентез зліва в 7-му міжреберному проміжку**

- В) Торакоцентез в 2-му міжреберному проміжку
- С) Повторні пункції плевральної порожнини.
- Д) Інкубація трахеї з штучною вентиляцією легень.
- Е) Спирт-новокаїнова блокада місця перелому.

155. Хворий 38 років, поступив в хірургічне відділення з клінічною кариною виразкової кровотечі. Ця кровотеча у нього третя за останній рік. Після застосування ряду консервативних засобів з ендоскопічною коагуляцією Нв піднявся з 60 до 108 г/л. Загальний стан покращився, але через 2-3 години знов виникло блювання кров'ю, Нв упав до 68 г/л. Яка Ваша тактика в лікуванні цього хворого?

*** А) Негайна операція**

- В) Оперативне лікування через 24 години
- С) Оперативне лікування у віддалені строки
- Д) Ендоскопічний гемостаз
- Е) Консервативне лікування.

156. Хворий, 56 років, госпіталізований із скаргами на болі в верхній половині живота оперезуючого характеру з ірадіацією в поперекову ділянку, багаторазову блювоту, сухість в роті. Захворів 4 доби тому, з появи болей по типу печінкової коліки. Об'єктивно: Т°-37,4, пульс - 108 уд. в хв., язик сухий. При пальпації - помірно болючий та здутий живіт в його верхній половині, нечітко вирізняється збільшений та болісний жовчний міхур, поперечна резистентність м'язів надчеревної ділянки, пальпаторно відсутня пульсація черевного відділу аорти. Амілаза крові - 67,0, діастаза сечі - 124, заг.білірубін - 44,2, прямий - 18,9, АЛТ - 2,6. Попередній діагноз: гострий холецистит. Яке ускладнення у даному випадку є найбільш вірогідним?

*** А) Гострий панкреатит**

- В) Гострий гепатит
- С) Тромбоз мезентеріальних судин
- Д) Інфаркт міокарда та гостра коронарна недостатність
- Е) Виразкова хвороба шлунку або дванадцятипалої кишки

157. У хворого 66 років шлунково – кишкова кровотеча виразкового генезу з крововитратою 30% об'єму циркулюючої крові. Призначена інфузійно – трансфузійна терапія кристалоїдами, колоїдами, ер. масою, свіжозамороженою плазмою. У хворого виник за грудинний біль, тахіпное, зниження PaO_2 до 80 мм.рт.ст. Яка причина погіршення стану хворого.

*** А) Респіраторний дістрес синдром дорослих.**

В) Гостра лівошлункова недостатність.

С) Кардіогенний шок.

Д) Анафілактичний шок.

Е) Тромбоемболія легеневої артерії.

158. Хворий 45 років, на протязі 5 років страждає виразкою дванадцятипалої кишки, загострення спостерігаються 3-4 рази на рік. Останні 6 місяців, не дивлячись на застосування блокаторів протонної помпи, повноцінну антихелікобактерну терапію та ендоскопічну лазеротерапію, виразка не рубцюється. Яке лікування необхідно провести хворому?

*** А) Селективна проксимальна ваготомія**

В) Подвійна антихелікобактерна терапія

С) Потрійна антихелікобактерна терапія

Д) Четверна антихелікобактерна терапія

Е) Застосувати антациди та репаранти

159. Хлопчик 8 років у фізичному розвитку не відстає від ровесників. З народження над серцем вислухується шум. Шкіра та видимі слизові звичайного кольору. АТ 100/70 мм рт.ст.. над легеневою артерією вислухується систоло-діастонічний шум, акцент 2 тону. На ЕКГ - признаки перевантаження лівих відділів серця. При рентгеноскопії відмічається посилення лівого рисунку, затемнення серця звичайної форми. Ваш діагноз?

*** А) дефект міжпредсерцевої перетинки**

- В) Стеноз легеневої артерії
- С) Коарктація аорти
- Д) Тетрада Фалло
- Е) Відкрита артеріальна протока

160. Хворий 52 років, страждає на головну біль, слабкість лівої верхньої кінцівки. При фізичному навантаженні лівої кінцівки збільшуються неврологічні симптоми. Пульсація на артеріях лівої кінцівки різко ослаблена, на сонних артеріях - присутня. Який найбільш імовірний діагноз?

*** А) Оклюзія лівої підключичної артерії, синдром "обкрадення"**

- В) Синдром торакального виходу
- С) Синдром Рейно
- Д) Хвороба Токоясу
- Е) Оклюзія брахіоцефального стовбура

161. Хворий 50 років, на протязі 15 років хворіє варикозною хворобою нижніх кінцівок. При огляді: шкіра правої кінцівки індуративно змінена, гіперпегмантована. На гомілці, варикозні вени. Клапани комунікаційних вен нездатні. Яке оперативне лікування потрібно хворому?

*** А) Операція Лінтона**

- В) Операція Троянова.
- С) Операція Бебкока
- Д) Операція Кокетта.
- Е) Склерозуюча терапія.

162. Хворому 54 років з виразковою кровотечею, група крові O(I), Rh-негативний, перелито 200 мл еритроцитарної маси. Через кілька годин після трансфузії у хворого виникли такі симптоми: послаблення пульсу, зниження АТ до 80/50 мм.рт.ст., блідість шкіри обличчя, запаморочення, головний біль, болі в усьому тілі, особливо в поперековій ділянці. Рік тому хворому вже проводилася гемотрансфузія із приводу кровотечі. Про яке ускладнення йде мова?

*** А) Несумісність крові по Rh-фактору**

- В) Несумісність крові по груповим факторам
- С) Недоброякісність донорської крові
- Д) Анафілактичний шок
- Е) Цитратна інтоксикація

163. Хворий, 62 років, госпіталізований із клінікою механічної жовтяниці. На ЕРХПГ виникла підозра на холедохолітаз. Під час операції встановлено, що має місце індуративний панкреатит з значним стисненням інтрапанкреатичної частини холедоху. Який метод оперативного лікування буде найбільш оптимальним?

*** А) Холедоходуоденостомія**

- В) Холедохоєюностомія
- С) Холецистоєюностомія
- Д) Панкреатодуоденальна резекція
- Е) Ділятація з каркасним дрениванням

164. У хворого після 2-х місяців лікування гострої емпієми залишається по задньо-боковій поверхні лівої плевральної порожнини осумновина порожнина 10х13 см. Стінка вісцеральної поверхні осумновиною порожнини тонка. Через дренаж при санації відходить фібрин в невеликій кількості. Яка тактика в лікуванні хворого.

*** А) декортикація плеври**

- В) Торакопластика лівої половини грудної клітини
- С) Санація осумновиною порожнини протеолітичними ферментами.
- Д) Санація осумновиною порожнини антисептичним розчином.
- Е) Резекція долі легенів рядом з осумновиною порожниною.

165. Хворий 48 років, поступив в клініку у зв'язку з перфоративною виразкою шлунка через 2 години після початку захворювання. Виразковою хворобою страждає 8 років. На операції в воротаревому відділі шлунка знайдений перфораційний отвір розміром 0,3 х 0,5 см з невеликою інфільтрацією країв. Кислотність зі слів хворого висока. Яку операцію Ви застосуєте в даному випадку?

*** А) Селективна проксимальна ваготомія з видаленням виразки та пілоропластикою**

- В) Пілорозберігаюча резекція шлунка
- С) Резекція 2/3 шлунка за способом БІ
- Д) Резекція 2/3 шлунка за способом БІІ
- Е) Стволова ваготомія з гастроеюностомією

166. Хворий 28 років, скарги на біль в лівій нижній кінцівці протягом 6 місяців, переміжну кульгавість через 50-100 м, періодично нічні болі. При огляді кінцівка бліда, холодна. Артеріальна пульсація відсутня на гомільці. Який найбільш ймовірний діагноз?

*** А) облітеруючий ендартеріїт.**

- В) Облітеруючий атеросклероз
- С) Синдром Рейно.
- Д) Емболія стегнової артерії
- Е) Хвороба Токоясу

167. У хворого 42 років протягом тижня відмічаються пропасниця, підвищення температури до 38С, головний біль, відсутність апетиту та загальна інтоксикація. В міжлопаточній ділянці шкіра багряно-синього кольору, визначається поширений інфільтрат розміром 8х9 см, у центрі його зона некрозу розміром 4х5 см і кілька отворів з гнійним виділенням. Який найбільш імовірний діагноз?

*** А) карбункул**

- В) Флегмона
- С) Фурункул
- Д) Абсцес
- Е) Бешиха

168. Хворий, 68 років, госпіталізований із клінікою механічної жовтяниці. Захворів три місяці тому, на фоні повного благополуччя. Поступово з'явилась та зростає жовтушність шкіри, потемніння сечі, освітлення кала до білоголинистого. Турбують постійні ниючі болі в правому підребер'ї та надчеревній ділянці, схуд на 14 кг. При пальпації живота виділяється різко збільшений та безболісний жовчний міхур. Заг.білірубін - 372,0, прямий - 312,0, амілаза крові - 29,0. Який попередній діагноз є найбільш вірогідним?

*** А) Рак голівки підшлункової залози**

- В) Холедохолітіаз
- С) Пухлина великого дуодентального сосочка
- Д) Рак вихідного відділу шлунку
- Е) Рак воріт печінки

169. У хворого через 4 місяці після лікування емпієми правої плевральної порожнини залишається осумновина порожнина 14x7 см. Через дренаж при санації виділяється до 10,0 мл гноя. При рентгенологічному обстеженні вісцерально та парі стальна плевра до 3 мм. При диханні екскурсія правої половини грудної клітини знижена. Яка тактика в лікуванні хворого.

*** А) торакопластика по Лімбергу**

- В) Декортикація плеври
- С) Санація осумновиної порожнини антисептичними розчинами
- Д) Резекція долі легені разом з осумновиною порожниною
- Е) Резекція 3-х ребер з тампонуванням осумнованої порожнини

170. Хворий, 59 років, госпіталізований із скаргами на підвищення температури тіла до 38-39°C, спітнілість, постійні болі у правому підребер'ї. Хворіє близько року. Також відмічає напади печінкової коліки, яка супроводжується жовтяницею. Попередній діагноз: гнійний холангіт невідомої етіології. Яка найбільш вірогідна причина холангіту в даному випадку?

*** А) Холедохолітіаз**

- В) Стенозуючий папіліт
- С) Пухлина великого сосочку дванадцятипалої кишки
- Д) Рак голівки підшлункової залози
- Е) Тубулярний стеноз холедоху

171. Хворий 30 років скаржиться на частий затруднений сечопуск. З анамнезу встановлено, що раніше переніс уретрит. Об'єктивно: живіт без особливостей. Зовнішні статеві органи розвинуті правильно. Ректально: передміхурова залоза без особливостей. По даним УЗД, залишкової сечі біля 100 смЗ. Які обстеження необхідно провести для встановлення діагнозу?

*** А) Уретрограму**

- В) Екскреторну урографію
- С) Цистоскопію
- Д) Комп'ютерну томографію
- Е) Уретроскопію

172. Хвора 26 років скаржиться на біль в попереку справа, підвищення в кінці дня АТ до 160/100 мм.рт.ст.. Вранці в ліжку АТ 110/65 мм.рт.ст. При екскреторній урографії в положенні лежачи і стоячи діагностували правобічний нефроптоз (опущення нирки). Який механізм розвитку нефрогенної гіпертензії?

*** А) Порушення кровопостачання правої нирки, активація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи**

- В) Надмірне кровопостачання правої нирки
- С) Порушення відтоку сечі
- Д) Подразнення больових рецепторів
- Е) Затримка сечі в сечовому міхурі

173. Хворому 2 тижні потому виконана лобектомія верхньої долі правої легені з приводу хронічного абсцесу. При рентгенологічному обстеженні в парамедіастинальному кармані залишався невеликий рівень рідини. На 3-му тижні у хворого температура піднялась до 38,5С, сильний кашель в положенні хворого на лівому боці. З кашлем виділялось гнійне мокротиння з домішкою крові. В положенні хворого на правому боці мокротини не виділялось. Яке ускладнення з'явилося у хворого?

*** А) осумкована емпієма плеври з бронхо-плевральною норицею**

- В) Гострий абсцес нижньої долі правої легені
- С) Піопневмоторакс
- Д) Гострий абсцес лівої легені
- Е) Хронічна емпієма

174. У клініку поступив хворий 46 років в непритомному стані, з періодичними нападами клонічних судом. Зі слів рідних, він багато років страждає виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. За останній місяць у хворого кожного дня велика блювота і він сильно схуднув. Хворий виснажений, обезводнений, в епігастральній області є пігментація шкіри та визначається шум плеску. Про яке ускладнення виразкової хвороби йде мова?

*** А) Стенозуюча виразка**

- В) Пенетрація виразки
- С) Малігнізація виразки
- Д) Виразка, ускладнена кровотечею.
- Е) Перфоративна виразка

175. Хворий скаржиться на гноетечу та зниження слуху на ліве вухо на протязі шести останніх років. Періодично з'являлися головні болі, загальне нездужання, підвищення температури. Об'єктивно: при отоскопії в зовнішньому слуховому проході виявляється слизово-гнійний зміст без запаху. Барабанна перетинка звичайного кольору з центральною перфорацією. Який можливий діагноз?

*** А) Хронічний мезотимпанит**

- В) Отосклероз
- С) Гострий середній отит
- Д) Хронічний епітимпанит
- Е) Хронічна нейросенсорна приглуховатість

176. Жінка 72 років скаржиться на здуття живота, іноді - домішки крові в випорожненнях. Проведена ірігоскопія - на рентгенограмі товстої кишки візуалізується дефект наповнення й звуження просвіту висхідної кишки. Для якої хвороби це характерно?

*** А) Рак висхідного відділу ободочної кишки**

- В) Дивертикул
- С) Рак сигмовидної кишки
- Д) Ворсинчастий поліп
- Е) Гранульоматозний поліп

177. Вагітна в строк 32-34 неділі висуває скарги на різкі болі в правому підребір'ї, нудоту, одноразову блювоту, які виникли близько доби тому назад. Живіт напружений та різко болючий у правому підребір'ї, де визначається симптом Щьоткина-Блюмберга. Симптоми Ортнера, Кера, Мерфі позитивні. Який метод оперативного лікування протипоказаний в даній ситуації?

*** А) Лапароскопічна холецистектомія**

- В) Холецистектомія із мікродоступу
- С) Холецистектомія із верхньосрединної лапаротомії
- Д) Холецистектомія із доступу Федорова
- Е) Холецистектомія із доступу Кохера

178. Вагітна в строк 22-24 неділі висуває скарги на болі в правій клубовій ділянці, які виникли близько 10 годин тому назад. Живіт напружений та болючий в правій клубовій ділянці, де визначається симптом Щьоткина-Блюмберга. Яка тактика хірурга в даній ситуації?

*** А) Екстрена апендектомія**

- В) Антибіотикотерапія, введення розчину магнія сульфату
- С) Антибіотикотерапія, протизапальні препарати, b-адреноблокатори
- Д) Лапароскопія, дренивання черевної порожнини, антибіотикотерапія
- Е) Пункція заднього своду, антибіотикотерапія, b-адреноблокатори

179. Чоловік у віці 45 років звернувся до поліклініки зі скаргою на обмеження рухів у хребті. На протязі останніх трьох років відмічає постійний біль та прогресуюче обмеження рухів, яке почалося в області поперекового відділу хребта та поширилося на грудний та шийний відділ хребта. До лікарів раніш не звертався. Травму та гострі захворювання заперечує. Клінічно - обмеження всіх рухів в хребті . Аналізи без особливостей.

*** А) анкілізуючий спондилоартрит**

- В) Остеохондроз
- С) Туберкульозний спондиліт
- Д) Поліартрит
- Е) Радикуліт

180. Хворий, 85 років, поступив в хірургічну клініку через 8 годин з моменту захворювання. Болі гострі в правій клубовій ділянці, гектична температура. Язик сухий. Пульс - 110 уд. в 1 хвилину. Живіт м'який, але різко болісний в правій клубовій ділянці. Позитивні симптоми запалення брюшини: Щьоткіна-Блумберга, Ровзінга, Бартом'є-Міхельсона. Дизурії немає. Яка форма апендициту характерна для пацієнтів похилого віку?

*** А) Первічно-гангренозний апендицит**

- В) Катаральний апендицит
- С) Флегмонозний апендицит
- Д) Пробочний апендицит
- Е) Емпієма апендикса

181. Хворий, 75 років, поступив в хірургічну клініку через 12 годин з початку захворювання. Болі гостро появились в епігастральній області, а потім вони перемістились в праву клубову ділянку з розповсюдженням по всій черевній порожнині. В анамнезі виразкова хвороба 12-ти палої кишки. Дизурії немає. Живіт напружений у всіх відділах, позитивний симптом Щьоткіна-Блумберга, вільна рідина в черевній порожнині. Яке із приведених захворювань стало причиною перитоніту?

*** А) Гострий апендицит**

- В) Перфоративна виразка 12-ти палої кишки
- С) Ниркова коліка
- Д) Гострий холецистит
- Е) Гострий панкреатит

182. У хворого, оперованого 5 днів тому в зв'язку з гострим флегмонозним апендицитом. З'явилися болі під правими ребрами, які збільшуються при вдові. Піднялась температура до 38,5°C. Пульс 102 в 1 хвилину. Язик сухий. Живіт м'який, але болісний справа під ребрами. Печінка збільшена на 6 см. Симптом Грекова-Ортнера позитивний. В легенях везикулярне дихання. При рентгенологічному обстеженні змін з боку легень немає. У правому плевральному синусі невелика кількість випоту. Лейкоцитів у крові $16,0 \times 10^9$ в 1 мкл. Яке ускладнення у хворого?

*** А) Під печінковий абсцес**

- В) Піддіафрагмальний абсцес
- С) Між кишковий абсцес
- Д) Пілефлебіт
- Е) Плевропневмонія справа

183. У хворого 45 років, який нездужає на сечокам'яну хворобу, виник напад ниркової кольки. Механізм виникнення приступу?

*** А) Порушення відтоку сечі з нирки через гостру обтурацію сечоводу конкрементом**

- В) Підвищення відносної густини сечі
- С) Перегини сечоводу
- Д) Пошкодження ниркових клубочків
- Е) Спазм ниркової артерії

184. У хворого, оперованого з приводу гострого флегмонозного апендициту 7 днів назад піднялась температура. Вона носить гектичний характер. Болі в області післяопераційної рани не має. Скарга на біль під час сечовипускання, часті позиви на дефекацію. Язик сухий. Пульс 110 уд. в хвилину. Живіт при пальпації м'який, але болісний в нижніх відділах. Перитонеальних симптомів немає. Лейкоцитів в крові $18,0 \times 10^9$ в мкл. В області післяопераційної рани запалення немає. В легенях при аускультатії та рентгелогічному обстеженні патології не виявлено. Ваш діагноз?

*** А) Абсцес простору Дугласа**

- В) Між кишковий абсцес
- С) Гострий пієлонефрит
- Д) Апендикулярний абсцес
- Е) Інфаркт тонкого кишечника

185. Хворий 27 років, поступив до лікарні на 4-й день після захворювання. Зібраний анамнез та клінічна картина при огляді не визиває сумніву за те, що у хворого гострий апендицит. Але в правій клубовій ділянці чітко виявляється різко болісне пухлино подібне утворення 12х14 см. Загальний стан хворого задовільний, перитонеальних симптомів немає. Який діагноз Ви поставити?

*** А) Апендикулярний інфільтрат**

- В) Апендикулярний абсцес
- С) Рак сліпої кишки.
- Д) Між кишковий абсцес
- Е) Гіпернефрома справа

186. У хворого, 30 років, гострі болі в правій клубовій ділянці, температура до 38°C, була блювота. Біль періодично збільшувалась. При огляді: пульс 100 уд. В хвилину, язик сухий, живіт при пальпації болісний в правій клубовій ділянці, там виявляється захисний напруг м'язів та перитонеальні симптоми. Лейкоцитів в крові $12,0 \times 10^9$ в 1 мкл. З діагнозом гострий апендицит хворий оперований. В брючній порожнині виявлені значні зміни в термінальному відділі клубової кишки. Вона багрового кольору, покрита фібрином, стінка кишки стовщена, апендикс не змінений. Який діагноз у хворого?

*** А) Хвороба Крона**

- В) Гострий апендицит
- С) Брючний тиф
- Д) Гострий холецистит
- Е) Рак клубової кишки

187. Потерпілий К., 42 роки, госпіталізований через 30 хвилин після притиснення бетонною плитою до землі. Встановлено діагноз: подвійний перелом тазу. Через 1 год накладено стержневий апарат зовнішньої фіксації. Профілактику яких ускладнень передбачає вибрана тактика в першу чергу?

*** А) Кровотечі, що продовжується, травматичного шоку**

- В) Вторинного зміщення кісткових фрагментів, ускладнень консолидації
- С) Вторинного пошкодження сечового міхура та уретри
- Д) Розвитку перележнів, застійної пневмонії
- Е) Двобічного коксартрозу внаслідок стиснення в гамаку

188. У хворого П., 21 рік, внаслідок падіння з дерева утворилася деформація та значне випинання під шкірою проміжного кісткового фрагменту правої ключиці. На другий день проведено остеосинтез ключиці. Яке можливе ускладнення попередив вибраний метод лікування?

*** А) Перфорацію шкіри, пошкодження судинно-нервового жмутка.**

- В) Утворення несправжнього суглобу внаслідок зміщення
- С) Консолидацію фрагментів у неправильному співвідношенні
- Д) Вторинний післятравматичний плексит
- Е) Затриману консолидацію фрагментів

189. У хворого К., 23-х років, внаслідок падіння з висоти утворився перелом правої стегнової кістки в нижній третині з випинанням під шкіру дистального фрагменту. Кінцівка тепла, пальцями стопи рухає. Лікар швидкої допомоги відмовився від шини Дітеріхса і наклав іммобілізацію трьома драбинчастими шинами на зігнуту в коліні кінцівку. Яке можливе ускладнення він цим попередив?

*** А) Пошкодження підколінного судинно-нервового жмутка**

- В) Розвиток травматичного шоку
- С) Розвиток жирової емболії
- Д) Вторинне зміщення кісткових фрагментів
- Е) Інтерпозицію м'язів та перфорацію шкіри

190. Хворому В., 27 років, після отриманої множинної травми: перелом правого плеча, відламковий перелом правої стегнової та великогомілкової кісток, в реанімаційному відділі на другий день після травми було накладено 3 стержневих апарати зовнішньої фіксації. Профілактику яких ускладнень забезпечила дана тактика?

*** А) Прогресування травматичного шоку, розвиток жирової емболії, тромбоемболії легеневої артерії**

- В) Утворення перележнів, застійної пневмонії, циститу, метеоризму
- С) Вторинних зміщень кісткових фрагментів, перфорацію шкіри, пошкодження судинно-нервових жмутьків
- Д) Розвиток затриманої консолідації, несправжніх суглобів
- Е) Контрактури в суглобах, зростання реабілітаційного періоду

191. Хворий С., 36 років, доставлений в клініку з місця нещасного випадку з скаргами на сильні болі в ділянці шиї. Після проведення клініко рентгенологічного обстеження діагностовано вивих четвертого шийного хребця. Який найбільш типовий механізм виникнення даного вивиху?

*** А) Падіння на голову при зігнутій шиї, або під час удару в шию ззаду**

- В) Падіння на живіт, або грудну клітку
- С) Падіння на правий , або лівий бік
- Д) Падіння на спину, або крижі
- Е) Падіння на ягодиці

192. Хворий Д., 48 років, доставлений в клініку з місця нещасного випадку з скаргами на болі в попереку, неможливість ходьби. Після проведення клініко-рентгенологічного обстеження діагностовано компресійний перелом тіла другого поперекового хребця. Який найбільш типовий механізм виникнення даного перелому?

*** А) Надмірне згинання хребта**

В) Надмірне розгинання хребта

С) Надмірний нахил вбік

Д) Прямий удар по спині

Е) Прямий удар по животі

193. Хворий С., 52 роки, доставлений машиною швидкої допомоги з місця пригоди з скаргами на болі в ділянці надколінка. Після проведення клініко-рентгенологічного обстеження діагностовано перелом надколінка. Який найбільш типовий механізм виникнення даного перелому?

*** А) Пряма травма - удар по коліну, або падіння на зігнуте коліно**

В) Підвертання ноги в колінному суглобі досередини, або дозовні

С) Падіння на випрямлені обидві, або одну ногу

Д) Падіння на спину або на бік

Е) Падіння на ягодиці, або на крижову ділянку

194. Хворий 30 років поступив в урологічний відділ зі скаргами на часті приступи ниркової кольки. На оглядовій урограмі тінь, підозріла на конкремент в/3 правого сечоводу. Хворому призначена екскреторна урографія. При в/в введенні контрасту (Тріомбраст 76%) хворий відмітив болі в епігастрії, гіперемію шкіри, затруднене дихання, тошноту, блювоту. Яке призначення повинен зробити лікар?

*** А) Тіосульфат натрію**

В) Анальгін, димедрол

С) Гідрокортизон

Д) Диклофенак натрію

Е) Кордіамін

195. Хворий 22 років скаржиться на неможливість проведення статевого акту. При індукованій папаверином ерекції, статевий член деформований, дугоподібної форми з викривленням вліво. Діагноз?

*** А) Хвороба Пейроні**

В) Фімоz

С) Парафімоz

Д) Травма прутня

Е) Пріапізм

196. У хворої К., яка страждає сечокам'яною хворобою, на фоні обтурації правого сечоводу каменем, розвинувся вторинний гострий пієлонефрит. Які заходи необхідно провести для профілактики бактеріємічного шоку?

*** А) Відновити уродинаміку**

В) Призначити антибіотики

С) Призначити метронідазол довенно

Д) Призначити антибактеріальні препарати

Е) Суворо дотримуватись асептики при інструментальних дослідженнях

197. Хвора 38 років скаржиться на болі, світлобоязнь, слъозотечу і зниження зору в правому оці. Тиждень назад перенесла простудне захворювання з високою температурою, після якого захворіло око. Гострота правого ока = 0,3 з корекцією не покращується. При огляді в правому оці очна щілина звужена, виражена світлобоязнь і слъозотеча. На очному яблуці змішана ін'єкція. В центрі рогівки в поверхневих шарах інфільтрати сірого кольору, які зливаються, утворюючи еродовану поверхню, яка фарбується флюоресцеїном у вигляді гілочки дерева. Глибокі середовища і очне дно в нормі. Діагноз. Етіологія і патогенез захворювання.

*** А) Герпетичний кератит. Вірус герпесу тропний до нервової тканини (n.opthalmicus).**

- В) Оперізуючий герпес. Розповсюдження вірусу по ходу першої гілки трійничного нерва.
- С) Фліктенульозний кератит. Туберкульозна алергізація.
- Д) Туберкульозно – гематогенний кератит.
- Е) Нейропаралітичний кератит (n.opthalmicus).

198. Хвора 30 років скаржиться на сильні болі в правому оці, які посилюються вночі і при надавлюванні на очне яблуко в області війкового тіла. Око захворіло після перенесеного тиждень назад грипу. Гострота зору правого ока = 0,5 з корекцією не покращується. В правому оці очна щілина звужена, світлобоязнь, слъозотеча. На очному яблуці змішана ін'єкція. На задній поверхні рогівки преципітати. Опалесценція водянистої вологи передньої камери. Райдужка іржавого кольору, рисунок її нечіткий, зіниця звужена і в'яло реагує на світло, після закапування мідріатиків рівномірно розширилась. В передньому відділі скловидного тіла плаваючі помутніння дифузного характеру. Очне дно в нормі. Діагноз.

*** А) Гострий іридоцикліт.**

- В) Гострий приступ глаукоми.
- С) Туберкульозний кератит.
- Д) Кератокон'юнктивіт.
- Е) Кератоувеїт.

199. Хворий 56 років, направлений до очної клініки із скаргами на туман перед правим оком, райдужні кола, біль у потилиці, нудоту, що з'явилася о 4-й годині ранку, до цього часу на зір не скаржився. Об'єктивно: праве око - набряк повік, слъозотеча, застійна ін'єкція, рогівка набрякла, передня камера мілка, зіниця широка, овальної форми, на світло не реагує. Гострота зору: рух руки біля обличчя, пальпаторно око щільне (Т+3). Виставте діагноз.

*** А) Гострий приступ глаукоми.**

- В) Гострий іридоцикліт.
- С) Туберкульозний кератит.
- Д) Кератокон'юнктивіт.
- Е) Кератоувеїт.

200. Хворий 62 років скаржиться на раптове значне зниження зору в лівому оці. Гострота зору лівого ока = рахунок пальців. В передньому відділі очі не змінені. Оптичні середовища прозорі. На очному дні лівого ока: сітківка - молочно-біла, набрякла; диск зорового нерва блідий з нечіткими краями через набряк сітківки навколо нього. Артерії сітківки різко звужені, місцями майже не видимі. В області центральної ямки видно червону пляму - "вишнева кісточка". Діагноз.

*** А) Гостра непрохідність центральної артерії сітківки.**

- В) Тромбоз центральної вени сітківки.
- С) Ангіоспастична ретинопатія.
- Д) Застійний диск зорового нерва.
- Е) Макулярний крововилив.

201. Хворий 52 роки, декілька днів тому назад помітив появу іскор перед правим оком, після чого з'явилась червона пляма перед оком і швидко різко знизився зір в ньому. Гострота правого ока = 0.09 з корекцією не покращується. Гострота зору лівого ока = 1.0 Передній відділ очей в нормі. Оптичні середовища прозорі. На очному дні правого ока диск зорового нерва темно-червоний, набряклий з нечіткими межами. Вени сітківки розширені і звивисті. Артерії частково звужені. По всьому очному дну обширні крововиливи різної форми і величини, які нагадують "язики полум'я". Сітківка набрякла. Діагноз.

*** А) Тромбоз центральної вени сітківки.**

В) Гостра непрохідність центральної артерії сітківки.

С) Гіпертонічна ретинопатія.

Д) Застійний диск зорового нерва.

Е) Неврит зорового нерва.

202. У дитини 4 роки появилась виражений щільний набряк повік, почервоніння шкіри і болючість при їх пальпації; серозно- кров'янисті виділення.

Кон'юнктивальна ін'єкція очного яблука, кон'юктива повік набрякла, поверхня її покрита грязно-сірими плівками, які трудно знімаються, а після їх зняття залишаються кровоточиві виразки. Відмічається також загальне нездужання, слабкість, головна біль, підвищення температури до 38.5 градусів. Підщелепні і передвушні лімфовузли збільшені і болючі. Попередній діагноз. Подальша тактика.

*** А) Дифтеритичний кон'юнктивіт. Бактеріологічне і бактеріоскопічне дослідження.**

В) Гонобленорея. Посів з кон'юктиви.

С) Пневмококовий кон'юнктивіт. Посів з кон'юктиви.

Д) Аденовірусний кон'юнктивіт. Посів з кон'юктиви.

Е) Гострий епідемічний кон'юнктивіт. Посів з кон'юктиви.

203. Хворий С., 31 р., повтупив в ЛОР відділення з скаргами на біль в горлі, затруднене ковтання, загальну слабкість, головний біль, підвищення температури тіла. Фарингоскопічно: гіперемія слизової оболонки зів, правий піднебінний мигдалик вип"ячений, піднебінний язичок набряклий та зміщений вліво. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені. Поставте діагноз. Визначіть тактику лікаря.

*** А) Правобічний паратонзиллярний абсцес. Розкриття абсцесу, антибіотикотерапія, протизапальна терапія**

В) Паратонзиллярний абсцес. Очікувальна тактика з розрахунком на розсмоктування, або самовільне розкриття

С) Катаральна ангіна. Антибіотикотерапія

Д) Паратонзиллярний абсцес. Сульфаніламідні препарати

Е) Ангіна Сімановського-Венсана. Протинабрякова терапія

204. У хворої, 30 років, через 5 днів після вшивання колото-різаної рани лівої частки печінки раптово виникли сильні болі в правому підребер'ї з ірадіацією в спину, нудота, була однократна блювота з домішками крові, а через 2 години після цього - мелена. АТ знизився до 100/60 мм рт. ст. Найбільш ймовірною причиною шлунково-кишкової кровотечі в даному випадку є:

*** А) Гемобілія**

В) Портальна гіпертензія

С) Ерозивний гастрит

Д) Хронічна виразка дванадцятипалої кишки

Е) Гостра "стресова" виразка шлунку

205. У новонародженої дитини мати помітила скудні слизистогнійні виділення з очної щілини правого ока. По рекомендації дільничного педіатра закапувала в кон'юнктивальний мішок розчин пеніциліну, що привело до покращення і вона припинила закапування. Через декілька днів все знов відновилось, в зв'язку з чим звернулась до очного лікаря. При огляді очей у внутрішньому куті очної щілини правого ока виявлено кірки жовтуватого кольору і скудні слизистогнійні виділення з очної щілини. При надавлюванні пальцем в області слъозного мішка правого ока із слъозних точок видавились слизисто-гнійні виділення. Кон'юнктива повік в цьому оці помірно гіперемована. Передній відділ очей незмінений. Оптичні середовища і очне дно в нормі. Діагноз. Подальша тактика.

*** А) Дакріюцистит новонароджених. Протизапальні краплі. Масаж ділянки слъозного мішка. Зондування слъозних шляхів.**

В) Гострий кон'юнктивіт. Протизапальні краплі.

С) Дакріюцистит новонароджених. Протизапальні краплі.

Д) Гнобленорея. Протизапальне лікування.

Е) Блефарокон'юнктивіт. Протизапальне лікування.

206. Хворий 29 років. Доставлений в очне відділення машиною швидкої допомоги. Скарги на відчуття стороннього тіла в лівому оці, легкі болі, слъозотечу. З анамнезу відомо, що напередодні ввечері клепає косу. Об'єктивно: гострота зору лівого ока = 0.2, не корегує. Змішана ін'єкція склери. На рогівці парацентрально лінійний отвір 1,5 мм. Гній в передній камері висотою 1 мм. Отвір в райдужці. Точкове помутніння кришталика. Очне дно в нормі. Попередній діагноз. Подальша тактика.

*** А) Проникаюче рогівкове поранення з внутрішньоочним стороннім тілом. Зробити рентгенографію по Комбергу-Балтіну. Негайне оперативне лікування.**

В) Посттравматичний кератитуїт. Протизапальне лікування.

С) Не проникаюче поранення рогівки. Промити дезінфікуючим розчином. Призначити лікування по місцю проживання.

Д) Посттравматична катаракта. Спостереження в динаміці.

Е) Проникаюче рогівкове поранення. Первинна хірургічна обробка рани.

207. Хвора 37 років. Переведена в очне відділення з ЛОР відділу, в якому лікувалася з приводу гнійного пансинуситу. Об'єктивно: загальна слабкість, температура тіла - 38,5 градусів. Гострота зору правого ока - 0.6 (з анамнезу VIS OD =1.0). Повіки синюшні, набряклі, щільні. Хемоз кон'юнктиви. Екзофтальм. Нерухомість очного яблука. Репозиція ока затруднена. Діагноз.

*** А) Флегмона орбіти.**

В) Гострий блефарокон'юнктивіт.

С) Ретробульбарна пухлина.

Д) Ретробульбарна гематома.

Е) Псевдотумор орбіти.

208. Хвора 34 роки поступила в очне відділення в ургентному порядку з діагнозом: Хімічний опік (вапном) рогівки і кон'юнктиви II ступеня. Ваша подальша тактика.

*** А) Ретельно промити кон'юнктивальний мішок вивернувши верхню повіку; призначити вітамінні, протизапальні, кератопластичні препарати, мідріатики; ввести гепарін під кон'юнктиву.**

В) Видалити залишки вапна з шкіри повік; протизапальні, вітамінні краплі; мідріатики.

С) Промити кон'юнктивальний мішок, закапати протизапальні краплі, накласти асептичну пов'язку.

Д) Промити кон'юнктивальний мішок, закапати протизапальні краплі, направити на лікування по місцю проживання.

Е) Промити кон'юнктивальний мішок, закапати протизапальні і вітамінні краплі. Відпустити додому.

209. До оториноларинголога звернувся хворий зі скаргами на різкий біль у горлі, який віддає у вухо, неможливість відкрити рот, високу температуру - до 40°C. При огляді виявлено: правий піднебінний мигдалик відтіснений до середньої лінії за рахунок інфільтрату бокової стінки глотки, в защелепній ділянці справа є пухлиноподібне утворення з гладкою поверхнею величиною 2 на 3 см, болісне. Вкажіть діагноз.

*** А) Правобічний паратонзиллярний абсцес**

- В) Паротит
- С) Гострий тонзиліт
- Д) Хронічний тонзиліт в стадії загострення
- Е) Ангіна Сімановського-Венсана

210. До оториноларинголога звернувся хворий зі скаргами на різкий біль у горлі, який віддає у вухо, неможливість відкрити рот, високу температуру тіла до 40°C. Під час огляду: виражений тризм жувальних м'язів, асиметрія зіву, правий піднебінний мигдалик гіперемований, зміщений до середини зіву, язичок зміщений вліво, гіперемія, інфільтрація, припухлість правої половини м'якого піднебіння, неприємний запах з рота, підвищена саливація. Защелепні лімфатичні вузли справа збільшені, різко болючі під час пальпації.

Риноскопична і отоскопічна картина в нормі. Встановити діагноз

*** А) Правобічний паратонзиллярний абсцес**

- В) Паротит
- С) Гострий тонзиліт
- Д) Хронічний тонзиліт в стадії загострення
- Е) Підщелепна флегмона

211. Хворий К., 26 років, поступив в ЛОР відділення з скаргами на різкий біль у горлі, який віддає у вухо, високу температуру тіла - до 39,0С, затруднене ковтання. Під час огляду: зів асиметричний, лівий піднебінний мигдалик випнутий до середини і до переду, задня піднебінна дужка різко гіперемована, набрякла; м'яке піднебіння, язичок набряклі, зміщені вправо. Вкажіть діагноз ?

*** А) Лівобічний задній паратонзиллярний абсцес**

- В) Лівобічний передній паратонзиллярний абсцес
- С) Лівобічний передньо-верхній паратонзиллярний абсцес
- Д) Гострий паратонзиліт набрякова форма
- Е) Лівобічний бічний паратонзиллярний абсцес

212. Хворий К., 37 р., поступив в ЛОР-відділення з скаргами на болі в горлі, які посилюються при ковтанні, затруднене відкривання рота, підвищення температури тіла, загальну слабкість. Під час огляду: зів гіперемований, лівий піднебінний мигдалик випнутий до середини, донизу та назад, прикритий різко гіперемованою, інфільтрованою та набряклою піднебінно-язиковою дужкою, котра випирає наперед та до середньої лінії зіва. М'яке піднебіння гіперемоване, інфільтроване, нависає наперед. Піднебінний язочок різко набряклий, зсунутий вправо. Виражений тризм щелеп. Поставте діагноз?

*** А) Лівобічний передньо-верхній паратонзиллярний абсцес**

- В) Лівобічний задньо-верхній паратонзиллярний абсцес
- С) Лівобічний задній паратонзиллярний абсцес
- Д) Лівобічний зовнішній паратонзиллярний абсцес
- Е) Лівобічний передній паратонзиллярний абсцес

213. Хворий С., 26 р., поступив в лікарню з скаргами на біль в горлі, затруднене ковтання, загальну слабкість, головний біль, підвищення температури тіла. У хворого страдницьке обличчя, голова нахилена наперед та в правий бік, рот напіввідкритий і з нього витікає густа слина. Фарингоскопічно: гіперемія слизової оболонки зів, правий піднебінний мигдалик вип"ячений, піднебінний язичок набряклий та зміщений вліво. Лімфатичні вузли за кутом нижньої щелепи збільшені, болючі, рухомі. Поставте діагноз?

*** А) Правобічний паратонзиллярний абсцес**

- В) Катаральна ангіна
- С) Фолікулярна ангіна
- Д) Ангіна Сімановського-Венсана
- Е) Дифтерія глотки

214. Хворий К., 32 р., поступив в ЛОР відділення з скаргами на біль у горлі, затруднене відкривання рота, ковтання, загальну слабкість, підвищення температури тіла. При огляді: правий піднебінний мигдалик дещо відтіснений до середньої лінії, в защелепній ділянці справа є пухлино-подібне утворення з гладкою поверхнею, розміром 2 на 3 см, болюче. Гіперемія, інфільтрація, набряк піднебінних дужок та м"якого піднебіння виражені слабо. Вкажіть діагноз та можливі ускладнення при неправильній тактиці лікаря?

*** А) Правобічний боковий паратонзиллярний абсцес, парафарингіальний абсцес**

- В) Правобічний паратонзиллярний абсцес, менінгіт
- С) Правобічний паратонзиліт, абсцес мозку
- Д) Правобічний задній паратонзиллярний абсцес, арахноїдит
- Е) Правобічний задній паратонзиллярний абсцес, гнійний плеврит

215. Хворий С., 31 р., поступив в ЛОР відділення зі скаргами на болі в горлі при ковтанні, підвищення температури тіла, неможливість відкрити рот, надмірне виділення слюни, витікання рідини через ніс під час ковтання. Об'єктивно: регіонарні лімфатичні вузли збільшені, почервоніння та випинання передньої піднебінної дужки справа, мигдалик збільшений, випинає до середини, язичок набряклий, голова хворого нахилена вправо. Поставте діагноз?

*** А) Правобічний паратонзиллярний абсцес.**

- В) Флегмона шиї
- С) Ангіна Сімановського-Венсана
- Д) Лакунарна ангіна
- Е) Дифтерія глотки

216. Хвора С., 35 р., лікар встановив діагноз: правобічний паратонзиллярний абсцес. Із анамнезу відомо, що за останні два роки хвора тричі лікувалася з приводу даної патології. Вкажіть, який метод лікування доцільний з метою профілактики виникнення подальших ускладнень?

*** А) Тонзилектомія**

- В) Тонзилотомія
- С) Промивання лакун мигдаликів
- Д) Криодиструкція
- Е) Антибіотикотерапія

217. Хворий Д., 21р., періодично знаходиться на стаціонарному лікуванні в ЛОР відділенні з приводу хронічного тонзиліту (часті ангіни). В анамнезі гемофілія. Які методи профілактики виникнення паратонзиллярного абсцесу доцільні у даного хворого?

*** А) Санація глотки, ротової порожнини, верхніх дихальних шляхів**

- В) Тонзилектомія
- С) Тонзилотомія
- Д) Закалювання організму
- Е) Криодиструкція

218. На 8-му добу після пологів у породіллі відмічено: температура тіла-38°C, біль в молочній залозі, пальпується болючий інфільтрат, з розм'якшенням в центрі, шкіра над ним гіперемована. Який передбачуваний діагноз?

*** А) Гнійний мастит**

В) Лактостаз

С) Серозний мастит

Д) Дифузна мастопатія

Е) Флегмонозний мастит

219. Хворий отримав тупу травму надлобкової ділянки внаслідок падіння з висоти. Перелому кісток тазу не виявлено. Відмічає різкий біль, сеча виділяється з домішками крові. Наявні ознаки подразнення очеревини. У черевній порожнині при УЗД виявлено наявність вільної рідини. Який найбільш інформативний метод необхідно застосувати для встановлення діагнозу?

*** А) Висхідну цистографію**

В) Екскреторну урографію

С) Катетеризацію сечового міхура

Д) Цистоскопію

Е) Хромоцистоскопію

220. Хворий 38 років в стані алкогольного сп'яніння отримав удар в ділянку сечового міхура. Через 4 години з'явився біль над лоном, що розповсюдився на весь живіт, з'явилися різі при сечопуску та гематурія. При об'єктивному обстеженні живіт напружений, болючий при пальпації, позитивні симптоми подразнення очеревини. Запідозрено внутрішньоочеревинний розрив сечового міхура. Яке додаткове обстеження буде найбільш інформативним для встановлення кінцевого діагнозу:

*** А) Ретроградна цистографія**

В) Цистоскопія

С) УЗД

Д) Низхідна цистографія

Е) Хромоцистоскопія

221. Хворий 54 років скаржиться на біль в проекції сечового міхура при рухах, який іррадіює в головку статевого члена, переривчастий сечопуск. На основі скарг, УЗД та оглядової цистографії діагностовано конкремент сечового міхура розмірами 2х3 см. Який з наведених чинників відіграє найбільш суттєве значення в патогенезі даного захворювання?

*** А) Інфравезикальна обструкція**

В) Надмірне споживання солі

С) Вроджені тубулопатії

Д) Гіперплазія паращитовидних залоз

Е) Кліматичний фактор

222. Хвора, 18 років, звернулася до отоларинголога зі скаргами на сильний біль у горлі, який з'явився на 5 тиждень після перенесеної ангіни. При фарингоскопії: зів асиметричний язичок відхилено в здорову сторону, в області м'якого піднебіння вибухання справа. При пальпації визначається флуктуація. Якій найбільш імовірний діагноз?

*** А) Паратонзиллярний абсцес**

- В) Рак мигдалику
- С) Гемангіома
- Д) Дифтерія глотки
- Е) Аневризм сонної артерії

223. Хвора, 24 роки закінчила приймати антибіотики на 3 добу від початку захворювання, коли зникла біль. Через 4 доби знову виник сильний біль у горлі справа. Фарингоскопія: ознаки паратонзиллярного абсцесу справа. Що є причиною виникнення ускладнення захворювання?

*** А) Хронічний тонзиліт**

- В) Лакунарна ангіна
- С) Паратонзиліт
- Д) Фарингомікоз
- Е) Хронічний фарингіт

224. У жінки 27 років з неплідністю в анамнезі виявили вузлову форму мастопатії. Яке лікування?

*** А) Хірургічне видалення вузла**

- В) Мастектомія
- С) Норколут
- Д) Санаторне лікування
- Е) Парлодел

225. При огляді у породіллі Е. зі скаргами на біль в правій молочній залозі на 20-у добу після пологів виявлено збільшення розмірів та болісність залози, t 38,7 С. Шкіра в області залози не змінена. Яка стадія післяпологового маститу

*** А) Серозне запалення**

- В) Стадія нагноєння
- С) Інфільтративна стадія
- Д) Флегмонозна стадія
- Е) Хронічна інфільтративна

226. Хворий К, 31 року, поступив через 3 години після удару м'ячем у живіт. При надходженні стан хворого тяжкий, живіт м'який, болісний в усіх відділах, здутий, перистальтика в'яла, перитонеальні симптоми негативні, АТ 100/60 мм.рт.ст., ЧСС-100 уд за хвилину. Лабораторні дані: Ер 3,2 x 12/л , Нв-100 г/л, Л-16,9 x 10 9/л, ШОЕ 27 мм/год, діастаза -256 г/год-л Ваш попередній діагноз?

*** А) Травматичний панкреатит.**

- В) Розрив селезінки.
- С) Розрив товстої кишки.
- Д) Розрив тонкої кишки.
- Е) Розрив сечового міхура

227. Хворий Ж, 28 років, доставлен через 2 години після автодорожньої катастрофи, отримав удар рулем у живіт, в тяжкому стані зі скаргами на біль в животі. При об'єктивному обстеженні виявлено: живіт не бере участь в акті дихання, напружений, при пальпації різко болісний, відмічається захисне напруження м'язів живота, позитивні симптоми подразнення очеревини, відмічається зникнення печінкової тупості. АТ 90/60 мм.рт.ст., пульс 120 за хвилину. Подальша тактика лікування?

*** А) Лапаротомія**

- В) Лапароскопія.
- С) Холод на живіт.
- Д) Проведення протишокових заходів.
- Е) Проведення лапароцентеза.

228. У хворого 65 років, який тривалий час хворіє на тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок, раптово з'явилася задишка, кашель з виділенням мокротиння і домішками крові, біль за грудиною з іррадіацією в правій бік Пульс 100 ударів за хв, АТ 90/50 мм.рт.ст. ЦВТ -300 мм.вод.ст. Яке ускладнення виникло у хворого?

*** А) Тромбоемболія легеневої артерії**

- В) Гострий перикардит
- С) Гостра пневмонія
- Д) Інфаркт міокарда.
- Е) Гостра серцево-судинна недостатність

229. Хвора 73 років, надійшла в клініку в екстреному порядку з защемленої стегнової килою. Крім чого у хворій є варикозна хвороба лівої кінцівки, ожиріння IV ст.. Яке найбільш імовірне ускладнення може виникнути у після операційному періоді?

*** А) Тромбоемболія легеневої артерії.**

- В) Сепсис
- С) Гостра дихальна недостатність
- Д) Інфаркт міокарда
- Е) Гостра пневмонія

230. Через 1 годину після одержання закритої травми живота. Стан хворого важкий. Скаржиться на біль у всьому животі. Об'єктивно: під час дихання живіт щадить, при пальпації визначається напруження м'язів, при ректальному дослідженні передня стінка болюча і нависає. АТ 100/60 мм.рт.ст., пульс 110 у хвилину, Ер 2,9 x 10¹²/л, Нв-90 г/л. Ваш попередній діагноз?

*** А) Внутрішньочеревна кровотеча**

- В) Розрив сечового міхура
- С) Розрив тонкої кишки
- Д) Розрив селезінки
- Е) Розрив товстої кишки.

231. У хворого на 7-му добу після розкриття флегмони правого стегна відзначив погіршення загального стану. Загальний стан важкий. Гектичний характер лихоманки. Млявий, адинамічний. В операційних ранах мляві, атонічні грануляції Ер 2,7 x 10¹²/л, Нв-97, ШОЕ - 42 мм/год. Паличкоядерне зрушення лейкоцитарної формули. Посіви крові стерильні. Рентгенологічно - міліарна двобічна пневмонія. В операційних ранах виділена синьогнійна паличка. Погодинний діурез - 20 мл. Питома вага сечі 1002. Що вказує на розвиток сепсису?

*** А) Міліарна пневмонія**

- В) Екстрауренальна ниркова недостатність
- С) Синдром полі органної недостатності
- Д) Гектичний характер лихоманки
- Е) В'ялоперебігаючий репаративний процес у ранах

232. У хворого на 14 добу, с двобічною крупозною пневмонією різко погіршився загальний стан. Об'єктивно: стан тяжкий, температура гектична, Ер 2,7 x 10¹²/л, Нв-97, ШОЕ - 42 мм/год. Паличкоядерне зрушення лейкоцитарної формули. АТ 180/60 мм.рт.ст. Аускультативно відмічається послаблення II тону, діастолічний шум. На ЕКГ ознаки превантаження лівого шлуночка. Чим ускладнився перебіг захворювання у хворого?

*** А) Сепсисом**

- В) ТЕЛ Інфарктом міокарда
- С) Перикардитом
- Д) Гангреною легені

233. Хворий К., 39 років поступив з клінікою двобічної пневмонії, лікувався протягом 3-х тижнів антибіотиками широкого спектру дії, включаючи карбапенеми. На момент огляду стан хворого тяжкий, Т-35,6 °С, Л-16,9х10⁹/л, Ер.2,7 х10¹²/л. Нв- 80 г/л, АТ 160/40 мм.рт.ст. На слизовій роту є білуватий наліт. Аускультативно відмічається послаблення ІІ тону, діастолічний шум. На ЕКГ ознаки перевантаження лівого шлуночка. Ваш попередній діагноз?

*** А) Грибковий сепсис**

В) Кандидоз порожнини роту

С) Токсична анемія

Д) ТЕЛ Інфаркт міокарда

234. Хворий М., 43 років, поступив з клінікою ішиоректального парапроктиту. На 12 добу лікування стан хворого різко погіршився, начав зростати рівень інтоксикації та печінкової недостатності, на УЗД в печінці визначається гідрофільне утворення. Температура тіла гектична, Л-19,6 х10⁹/л, Ер.3,0 х10¹²/л. Нв- 98 г/л, АТ 100/60 мм.рт.ст. Назвіть чим ускладнився перебіг захворювання?

*** А) Сепсис**

В) Пілефлебіт

С) Кіста печінки

Д) Некроз печінки

Е) Синдром Бада-Кіарі

235. У хворого Ш, 51 року , з міжм'язовою флегмоною лівого стегна, на фоні цукрового діабету на 2 добу перебування в стаціонарі стан хворого різко погіршився, почав зростати рівень інтоксикації, температура тіла 38,6 °С, Л-19,6 x10⁹/л, Ер.3,0 x10¹²/л. Нв - 98 г/л, АТ 100/60 мм.рт.ст., АЛат - 0,6 ммоль/год-л, Мочевина - 6,8 ммоль/л. Назвіть, чим ускладнився перебіг захворювання?

*** А) Септичний шок**

- В) Синдром поліорганної недостатності
- С) Сепсис
- Д) Бактеріємія
- Е) Гіперосмолярна кома.

236. Хвора Н., 46 років надійшла до хірургічного відділення зі скаргами на помірні схваткоподібні болі в животі, більше в лівій здухвинній ділянці, що тривають протягом 6 діб, затримку стулу та газів. В анамнезі операція з приводу апоплексії яєчника. Який з методів обстеження був би найбільш прийнятним для уточнення діагнозу?

*** А) Ірігоскопія**

- В) Оглядова рентгенографія
- С) Фіброгастроскопія
- Д) Ультразвукове дослідження
- Е) Комп'ютерна томографія

237. У повної жінки 77 років на 4 день після пластики пупкової кири виникла клінічна картина субмасивної тромбоемболії легеневих артерій. При дуплексній сонографії вен нижніх кінцівок виявлено флотуючий тромб в стегновій вені. Який оптимальний засіб профілактики рецидиву емболії ?

*** А) Імплантація кава-фільтра**

- В) Безперервна доведена інфузія гепарину
- С) Низькомолекулярні гепарини
- Д) Тромбектомія
- Е) Плікація нижньої порожнистої вени

238. Хворий 50 років скаржиться на гострий біль в епігастральній ділянці, часту блювоту, що не приносить полегшення, різку загальну слабкість. Хворіє на протязі 2 діб. Об'єктивно: різка блідість шкірних покривів, язик сухий. Пульс 100 уд. за 1 хв., слабкого наповнення, АТ 110/70 мм. рт.ст. Живіт при пальпації м'який, помірно болючий в епігастрії та мезогастрії, симптомів подразнення очеревини немає. Перистальтика значно посилена у мезогастрії зліва. При оглядовій рентгенографії є чаші Клойбера зліва. Про яку патологію слід думати?

*** А) Кишкова непрохідність**

- В) Гострий панкреатит
- С) Проривна виразка 12-палої кишки
- Д) Гострий холецистит
- Е) Харчове отруєння

239. Хвора 61 рік, при надходженні в стаціонар скаржиться на переймоподібний біль у животі, часту блювоту, що не приносить полегшення, судоми, затримку стулу та газів, різку загальну слабкість. Хворіє протягом 5 діб. Шкіра бліда суха, язик сухий. Пульс 120 уд. за 1 хв., слабкого наповнення, АТ 80/40 мм. рт.ст. Симптомів подразнення очеревини немає. Чим, у першу чергу, обумовлені такі клінічні прояви?

*** А) Втратою великої кількості води та електролітів.**

- В) Порушенням травлення
- С) Запальним процесом
- Д) Больовим синдромом
- Е) Загальною інтоксикацією

240. Хвора С., 48 років надійшла до хірургічного відділення з ранами стегна. При огляді встановлено, що поверхня рани вкрита брудно-сірим нальотом з неприємним солодкуватим запахом. Рановий вміст нагадує малинове желе. Шкіряні покрови навколо рани напружені блискучі. При пальпації тканин спостерігається помірна крепітація. Яка мікрофлора найбільш ймовірно стала причиною запалення?

*** А) Анаеробна клостридiальна**

В) Анаеробна неклостридiальна

С) Стрептококи

Д) Стафiлококи

Е) Синегнойна паличка

241. У хворого К. 52 років, що знаходився у хірургічному стаціонарі з гнійними ранами стегна та гомілки під час бактеріологічного обстеження висіяна асоціація аеробних та анаеробних мікроорганізмів. Чи має це сприяти прогресування гнійного запалення?

*** А) Так, бо між анаеробами і аеробами існує симбіоз.**

В) Так, бо токсини анаеробів підсилюють ушкоджуючий вплив токсинів аеробів.

С) Ні, бо аероби пригнічують ріст анаеробів.

Д) Ні, бо анаероби пригнічують ріст аеробів.

Е) Одночасне висівання аеробів та анаеробів з рани взагалі не можливе.

242. Хворий звернувся зі скаргою на слъозотечу, світлобоязнь на лiве око. Напередодні працював електрорiзаком. При боковому освiтленнi на поверхнi рогiвки стороннє тiло. Ваша тактика поведiнки.

*** А) Видалити стороннє тiло голкою пiсля анестезii**

В) Закапати дезiнфекцiйннi краплi

С) Видалити стороннє тiло тампоном

Д) Направити лдо очного лiкаря

Е) Нiчого не робити.

243. Хворий звернувся зі скаргою на зміну кольору райдужки на одному оці. Раніше, 2 місяця тому, рубав дріт зубилом і щось попало в око. До цього часу скарг не було і око бачило відмінно. Що може бути?

*** А) Металоз ока**

- В) Острий ірідоцикліт
- С) Катаракта
- Д) Новоутворення райдужки
- Е) Зміна райдужки при загальному захворюванні.

244. У хворої К, 27 років, перша доба після операції з приводу гострого гнійного маститу. З рани відділяється серозно-гнійний ексудат в помірній кількості. Яке місцеве лікування необхідно застосовувати в даному випадку?

*** А) Мазі на гідрофільній основі**

- В) Мазі на гідрофобній основі
- С) Місцеве застосування антибіотиків
- Д) Місцеве застосування імуностимуляторів
- Е) Санацію H₂O₂, дренажування рани

245. Хворий 57 років раптово втратив зір на одне око. При обстеженні: зір становить 0,02 ексцентрично, на очному дні крововиливи різної величини і форми (симптом роздушеного помідора). Диск зорового нерва набряклий, гіперемований. В анамнезі загальна судинна патологія. Терміново були призначені антикоагулянти прямої дії. Діагноз?

*** А) Тромбоз центральної вени сітківки**

- В) Гіпертонічна ангіопатія
- С) Гіпертонічна ангіонейропатія
- Д) Емболія центральної артерії сітківки
- Е) Діабетична ретинопатія

246. В ургентному порядку госпіталізовано хворого із скаргами на біль ока і голови, розмитість зору, кольорове сяйво навколо джерела світла. При обстеженні: зниження гостроти зору, підвищення внутрішньоочного тиску, набряк рогівки, застійна ін'єкція очного яблука, розширена зіниця, мілка передня камера. Із анамнезу відомо, що захворів гостро. Про яку форму глаукоми можна думати?

*** А) Гостра закритокутова глаукома**

В) Глаукомоциклітичний криз

С) Відкритокутова глаукома

Д) Травматична глаукома

Е) Злоякісна глаукома

247. Хвора 58-ми років на протязі 5 років страждає приступами печінкової коліки, які проходять після лікування спазмолітиками. Після останнього приступу 3 дні тому назад відмітила пожовтіння шкірних покривів, потемніння сечі і ахолічний кал. Загальний білірубін збільшився до 180 ммоль/ л. Яка найбільш вірогідна причина виникнення пожовтіння хворої ?

*** А) Холедохолітіаз**

В) Вівусний гепатит

С) Дискінезія жовчевих шляхів

Д) Гострий панкреатит

Е) Рак загальної жовчевої протоки

248. У хворої 32 років після приступу печінкової коліки настуило пожовтіння шкірних покривів, потемніння сечі, кал став сірого кольору. При УЗД гепато-біліарної зони виявлено, що жовчевий міхур містить багато конкрементів, загальна жовчева протока до 2 см в діаметрі, в дистальній її частині декілька конкрементів розмірами від 0,3 до 1,0 см. Білірубін 248 ммоль/л, реакція пряма. Яке першочергове втручання показане хворій ?

*** А) Ендоскопічна дуоденохоледохоскопія з паліосфінктеротомією і літоекстракцією.**

- В) Літотрипсія
- С) Літолітична терапія
- Д) Холедоходуоденоанастомоз
- Е) Холецистектомія, зовнішнє дренивання холедоха

249. Хворий, 65 років, скаржиться на задишку. Захворів раптово на другий день після апендектомії. Стан важкий. Акроціаноз. Частота дихання 34 рази в 1 хв., пульс 120 уд в 1 хв., АТ = 80/40 мм рт.ст. Тони серця приглушені, ритмічні, над легеньми везикулярне дихання. Ймовірний діагноз?

*** А) Тромбоемболія легеневих артерій**

- В) Розшаровуюча аневризма аорти
- С) Спонтанний пневмоторакс
- Д) Інфаркт міокарду
- Е) Ревматична вада серця

250. У жінки 45 років діагностовано масивну тромбоемболію легеневих артерій з ознаками кардіогенного шоку. Індекс Міллера 29 балів, перфузійний дефіцит перевищує 60 %. Який метод лікування є методом вибору в даному випадку ?

*** А) Емболектомія з легеневих артерій в умовах зупинки кровообігу**

- В) Гепарин
- С) Тромболітична терапія
- Д) Непрямі антикоагулянти
- Е) Низькомолекулярні гепарини

251. Хвора, 48 років, відмічає 3 роки приступи печінкової коліки після погіршення в дієті. Після чергового приступу тиждень тому назад відмітила пожовтіння шкіри, яке наростає, посилення болів в правому підребер'ї, яке супроводжується підняттям температури тіла до 40(С, дрощами, проливними потами. Різко погіршився загальний стан. При ультразвуковому дослідженні відмічено потовщення стінок загальної жовчевої протоки, розширення її до 2,5 см, в дистальній частині - конкремент до 1,5 см, лабораторно - лейкоцитоз 12 тис., білірубін 190 ммоль/л, реакція пряма, кал ахолічний, сеча темна. Яке ускладнення спричинило різке погіршення стану хворої ?

*** А) Холангіт.**

- В) Панкреатит
- С) Стенозуючий папіліт
- Д) Холестатичний гепатит
- Е) Гострий холецистит

252. У хворої 48 років приступ печінкової коліки ускладнився прогресуючим пожовтінням шкірних покривів, гектичною температурою до 40(С з дрощами і проливними потами, сірим калом, потемнінням сечі і різким погіршенням загального стану. При УЗД діагностовано потовщення стінки жовчевого міхура і конкрементами в просвіті. Загальна жовчевва протока із згрубілими стінками, розширена до 3 см, в дистальній частині конкремент до 1,5 см. Яке першочергове втручання треба виконати, щоб зняти прояви холангіту і полегшити стан хворої?

*** А) Ендоскопічна дуоденохоledохоскопія з папілосфінктомією і літоекстракцією**

- В) Холецистектомія
- С) Літотрипсія
- Д) Хоledохоентерoанастомоз
- Е) Літотрипсія

253. Хвора 47 років з надмірною масою тіла звернулась за медичною допомогою зі скаргами на біль в правому підребер'ї та епігастральній ділянці, пожовтіння шкірних покривів, свербіння шкіри. Хворіє протягом 2-х тижнів, відмічає потемніння сечі, знебарвлення стільця, періодичні підйоми температури тіла до 38,0оС з лихоманкою, відразу до їжі. Запідозрено жовчно-кам'яну хворобу, ускладнену холангітом. Який метод лікування найбільш ефективний в даному випадку?

*** А) Хірургічне лікування**

В) Антибактеріальна терапія

С) Жовчогінні засоби

Д) Щадяща дієта

Е) Призначення препаратів урсодезоксихолевої кислоти

254. Хворий, 32 роки, поступив у відділ інтенсивної терапії на другий день після того, як випадково випив антифриз. При лабораторному дослідженні виявлено такі показники кислотно-основного балансу: рН - 7,1, р CO₂ - 36 мм рт.ст., ВЕ - - 16 ммоль/л, АВ - 10 ммоль/л. Який вид порушення кислотно-основного балансу у хворого?

*** А) Метаболічний ацидоз.**

В) Дихальний ацидоз.

С) Метаболічний та дихальний ацидоз.

Д) Метаболічний ацидоз та дихальний алкалоз.

Е) Дихальний ацидоз та метаболічний алкалоз

255. Хворий, 28 років, поступив у відділ інтенсивної терапії зі скаргами на болі в животі, блювання, двоїння в очах. Об'єктивно: дезорієнтований, зіниці розширені, реакція на світло ослаблена, шкіра суха, гіперемована, незначний ціаноз, артеріальний тиск - 90/60 мм рт.ст., пульс - 100 ударів на хвилину. З анамнезу відомо, що за два дні до поступлення вживав алкоголь невідомого походження. Специфічна терапія у цьому випадку полягає у внутрішньовенному введенні:

*** А) Етанолу.**

В) Гідрогенкарбонату натрію.

С) 40% розчину глюкози.

Д) Тіаміну.

Е) Ессенціале.

256. Хворий, 56 років, доставлений у відділ інтенсивної терапії через три дні від початку захворювання, яке виникло через 16 годин після вживання грибів. Скаржиться на блювання, пронос. Об'єктивно: артеріальний тиск - 100/80 мм рт.ст., пульс - 96 ударів на хвилину, печінка збільшена, при пальпації болюча, білірубін - 86 мкмоль/л, АЛТ - 2,6 ммоль/л, АСТ - 4,5 ммоль/л, протромбіновий індекс - 64%. Описані зміни зумовлені дією:

*** А) Аманітіну.**

В) Мускарину.

С) Мусцимолу.

Д) Джироментрину.

Е) Фаліну.

257. Хвора, 56 років, маса тіла - 110 кг, зріст -165 см, оперована з приводу вентральної грижі великих розмірів. Перебіг операції та вихід з наркозу - без особливостей. Через 8 годин стан хворої погіршився: з'явився ціаноз, частота дихань - 36/хв., пульс - 110 уд./хв., Ра O₂ - 70 мм рт.ст., Ра CO₂ - 60 мм рт.ст., рН - 7,1. Найбільш доцільним заходом буде:

*** А) Штучна вентиляція легень.**

- В) Оксигенотерапія.
- С) Гіпербарична оксигенація.
- Д) Введення дихальних аналептиків.
- Е) Бронхоскопія.

258. Хворий 40 років протягом трьох місяців відчуває біль в епігастрії після приймання їжі, дискомфорт, загальну слабкість. Похудів на 12 кг. Явищ непрохідності немає. Який першочерговий метод обстеження хворого в даній ситуації ?

*** А) Фіброгастроскопія**

- В) Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини
- С) Контрастна рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту
- Д) УЗД гепато-біліарної зони
- Е) Фіброколоноскопія

259. Хворий М., 56 років, протягом двох місяців відчуває біль в епігастрії, нудоту, блювоту. Блювота особливо турбує останні два тижні, стала постійною, виникає через дві-три години після прийому їжі. Схуд на 15 кг. Має затримку стільця, загальну слабкість, головокружіння. До вище описаної ситуації нічим не хворів. Ваш діагноз?

*** А) Стеноз вихідного відділу шлунку на ґрунті пухлини**

- В) Висока кишкова непрохідність
- С) Виразкова хвороба шлунка
- Д) Виразковий стеноз вихідного відділу шлунка
- Е) Кишкова непрохідність на ґрунті пухлини лівої половини товстої кишки

260. У хворого, 45 років, рентгенологічно та ендоскопічно діагностовано рак кардіального відділу шлунка по малій кривизні. При УЗД метастазів у печінці та лімфовузлах черевної порожнини не виявлено. Яке оперативне втручання необхідно провести пацієнту ?

*** А) Гастректомія**

В) Проксимальна резекція шлунка із спленектомією

С) Резекція 2/3 шлунка по Більрот – 2

Д) Субтотальна дистальна резекція шлунка

Е) Резекція 2/3 шлунка по Більрот – 1

261. У 23 жінки після пологів виникла масивна тромбоемболія легеневих артерій. Оптимальний метод діагностики?

*** А) Ангіопульмонографія**

В) ЕхоКГ

С) ЕКГ

Д) Рентгенографія грудної клітки

Е) Перфузійне сканування легень

262. Вагітна 22 років, поступила зі скаргами на болі в правій здухвинній ділянці, в гіпогастрії, блювоту, нудоту, відсутність апетиту, загальну слабкість; вагітність перша терміном 22 тижні. Об'єктивно: АТ 110/60, пульс 90-100 уд/хв., температура тіла 37,7?. При пальпації живота відмічається позитивні симптоми Сітковського, Щьоткіна-Блюмберга, симптом Пастернацького негативний, матка періодично приходить в гіпертонус, рухи плода вислуховуються добре. При лабораторному обстеженні виявлено: Нв - 115г/л, лейкоцити - $14 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 25мм/год, загальний білок 68г/л, креатинін - 0,043 ммоль/л. Вкажіть Ваш діагноз.

*** А) Гострий апендицит**

- В) Гострий пієлонефрит
- С) Ниркова коліка
- Д) Загроза пізнього викидня
- Е) Гострий холецистит

263. Вагітна 26 років, поступила з першою вагітністю терміном 32 тижня зі скаргами на болі в правому підребер'ї з ірадіацією під праву лопатку, блювоту, нудоту, підвищення температури тіла до 38,5?. Об'єктивно: При пальпації живота симптоми Ортнера та Мюссі позитивні, визначаються симптоми подразнення очеревини локально в правому підребер'ї, перистальтика вислуховується. Матка періодично приходить у підвищений тонус, положення плода повздовжнє, головне. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд./хв. При лабораторному обстеженні виявлено: лейкоцити - $20 \cdot 10^9$ /л, загальний білірубін 82 ммоль/л, підвищення АЛТ та лужної фосфатази. Вкажіть найбільш імовірний діагноз.

*** А) Гострий холецистит**

- В) Гострий апендицит
- С) Гострий вірусний гепатит
- Д) Гострий панкреатит
- Е) Ниркова коліка

264. Хворий, 18 років, скаржиться на сильний біль в горлі, який підсилюється при ковтанні, слинотечу, болючість шиї в ділянці лівого кута нижньої щелепи. Хворіє 7-й день. Об'єктивно: $t=37,9^{\circ}$, колір обличчя землистий, голова нахилена до лівого плеча, гугнявість. При орофарингоскопії, яка значно утруднена через обмежене відкриття порожнини рота, виявлено різке випинання до середньої лінії лівого піднебінного мигдалика, гіперемію слизівки, гнійний наліт в криптах. Встановіть попередній діагноз.

*** А) Паратонзиллярний абсцес**

- В) Рак лівого піднебінного мигдалика
- С) Дифтерія зіву
- Д) Лівобічний шийний лімфаденіт
- Е) Заглотковий абсцес

265. Дитина, 7 років, скаржиться на болючість правого вухка. Захворіла 3 дні тому. Об'єктивно: вушна мушля гіперемована, гаряча на дотик, відстовбурчена до переду. За нею виявлено набряк, гіперемію шкіри, флюктуацію та болючість в ділянці соскоподібного паростка. Температура тіла – $37,6^{\circ}$. Отоскопічно: шкіра зовнішнього слухового ходу гіперемована, барабанна перетинка набрякла, рожевого кольору, кісткова частина ЗСХ не звужена. Слух на уражене вухо – 6м (Шм). Вкажіть попередній діагноз.

*** А) Гнійний лімфаденіт правої заушної ділянки.**

- В) Правобічний гострий мастоїдит.
- С) Правобічний гострий гнійний середній отит.
- Д) Бешиха правого вуха.
- Е) Отгематома.

266. Жінка, 37 років, скаржиться на біль в горлі. Температура тіла 36,90, загальний стан задовільний. Хвора з приводу іншої хвороби тривалий час приймає преднізолон. Орофарингоскопія: слизова оболонка горла дещо гіперемована, на піднебінних мигдаликах, передніх дужках м'якому піднебінні спостерігаються білувато-сірі нальоти, які легко знімаються, поверхня слизівки під ними дещо ерозована. Вкажіть попередній діагноз.

*** А) Фарингомікоз**

- В) Дифтерія зіву.
- С) Виразково – плівчаста ангіна Плаута-Венсана.
- Д) Лакунарна ангіна.
- Е) Туберкульоз глотки.

267. Хворий, 76 р., лікар, з приводу гострого фарингіту проводив зрошення слизівки ротоглотки протизапальним інгалятором з невеличким пластмасовим дозатором- розпилювачом препарату. По закінченні процедури він зауважив, що голівка на флаконі препарату відсутня. Виник напад кашлю, а згодом припинився. Пошуки дозатора в приміщенні були безрезультатними. Які діагностичні маніпуляції найефективніші у данній ситуації?

*** А) Трахеобронхоскопія**

- В) Рентгенографія ОГК
- С) Фіброгастроскопія
- Д) Непряма ларингоскопія
- Е) Епіфарингоскопія

268. Породілля скаржиться на біль в лівій молочній залозі, в області болю – інфільтрат 3 x 4 см, з розм'ягченням в центрі. Температура тіла 38,5°C. Який діагноз?

*** А) Гострий гнійний лівобічний мастит.**

- В) Лівобічний плеврит.
- С) Лівобічна пневмонія.
- Д) Лактостаз.
- Е) Лівобічний рак молочної залози.

269. У роділлі Д. з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, у першому періоді родів раптово з'явилися задишка, кровохаркання, збудження, біль в грудній клітці, тахіпное, тахікардія, ціаноз обличчя, хрипи в легенях Діагноз?

*** А) Тромбоемболія системи легеневої артерії**

- В) набряк легень
- С) Емболія навколоплодовими водами
- Д) Приступ бронхіальної астми
- Е) Інфаркт міокарду

270. У хворої, 50 років, протягом півтора місяця відзначається стабільне наростання жовтяниці, анемії з періодичними підйомами температури тіла. При пальпації виявлено побільшений і безболісний жовчний міхур. Розвиток якого захворювання можна передбачити ?

*** А) Рак головки підшлункової залози**

- В) Рак жовчного міхура
- С) Жовчокам'яна хвороба
- Д) Ехінококоз печінки
- Е) Первинний склерозуючий холангіт

271. Хвора, 52 років, госпіталізована до хірургічного стаціонару зі скаргами на виражену слабкість, головокружіння, періодичне блювання, похудіння, помірні болі у верхній половині живота, жовтяницю. Хворіє протягом 4 місяців. За медичною допомогою не зверталася. При обстеженні виявлено пухлину підшлункової залози, яка проростає в дванадцятипалу кишку, періодично кривавить. В аналізі крові: гемоглобін – 80 г/л, білірубін – 150 мкмоль/л. Оберіть лікувальну тактику:

*** А) Черезшкірне черезпечінкове дренивання жовчних шляхів**

- В) Виконання радикальної операції – панкреато-дуоденальної резекції
- С) Лише симптоматичне лікування
- Д) Формування білідигестивного анастомозу на виключеній за Ру тонкій кишці
- Е) Целіакографія зі спробою селективної емболізації судини, яка кривавить

272. Чоловік, 20 років, звернувся зі скаргами на болі в животі та попереку. Напередодні ввечері, перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння, брав участь у бійці, обставин якої не пригадує. Болі відчув, пробудившись вранці. Нудоти не відчуває. Стілець був учора вдень. Після цього не мочився. При огляді: крововиливи на обличчі, поширене садно на попереку. Пульс 96 уд/хв, аритмічний, АТ - 120/80 мм рт. ст. Язик обкладений, вологий. Живіт симетричний, м'який, болісний у нижній половині, тут же нечітко визначається симптом Щоткіна-Блюмберга. Хворий відзначає посилення болю в животі в горизонтальному положенні. Болісна пальпація поперекової ділянки. Симптом притуплення перкуторного звука в пологих місцях черевної порожнини не переконливий. При ректальному дослідженні - болісність і нависання передньої стінки прямої кишки. Зміни клінічного аналізу крові проявляються помірним лейкоцитозом з "омолодженням" формули. Самостійно помочитися не зміг - катетером евакуйовано 950 мл сечі кольору "м'ясних помиїв", дослідження якої виявило велику кількість свіжих еритроцитів і дуже високу концентрацію білка. Наявні дані з найбільшою ймовірністю дозволяють передбачити:

*** А) Розрив сечового міхура**

- В) Забій нирки
- С) Розрив нирки, заочеревинну гематому
- Д) Забій черевної стінки з передочеревинною гематомою
- Е) Спинномозкову травму

273. Чоловік, 20 років, звернувся зі скаргами на болі в животі та попереку. Напередодні ввечері, перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння, брав участь у бійці, обставин якої не пригадує. Болі відчув, пробудившись вранці. Нудоти не відчуває. Стілець був учора вдень. Після цього не мочився. При огляді: крововиливи на обличчі, поширене садно на попереку. Пульс 96 уд/хв, аритмічний, АТ - 120/80 мм рт. ст. Язик обкладений, вологий. Живіт симетричний, м'який, болісний у нижній половині, тут же нечітко визначається симптом Щоткіна-Блюмберга. Хворий відзначає посилення болю в животі в горизонтальному положенні. Болісна пальпація поперекової ділянки. Симптом притуплення перкуторного звука в пологих місцях черевної порожнини не переконливий. При ректальному дослідженні - болісність і нависання передньої стінки прямої кишки. Зміни клінічного аналізу крові проявляються помірним лейкоцитозом з "омолодженням" формули. Самостійно помочитися не зміг - катетером евакуйовано 950 мл сечі кольору "м'ясних помиїв", дослідження якої виявило велику кількість свіжих еритроцитів і дуже високу концентрацію білка. Основним лікувальним заходом хворого буде:

*** А) Лапаротомна операція**

- В) Троакарна епіцистостомія
- С) Катетеризація сечовода
- Д) Постійна катетеризація сечового міхура
- Е) Сакроспінальні блокади + діуретична терапія

274. Хворого, віком 71 рік, протягом багатьох років турбує запертя. 3 дні назад після прийняття послаблюючого засобу з'явилися наростаючі болі в животі, нудота, стільця не було. При огляді шкірні покриви бліді, сіруваті. Язик сухий. Пульс 104 уд/хв, аритмічний, АТ - 90/60 мм рт. ст. Живіт вздутый, болісний при пальпації по всій поверхні. Перистальтика кишок не вислуховується. У лівій здухвинній ділянці пальпується нерухомий щільний інфільтрат. Амбула прямої кишки пуста, анальний сфінктер атонічний. На оглядовій рентгенограмі живота - множинні рівні рідини в тонкій і товстій кишках. Основне значення в розвитку захворювання в даному випадку має:

*** А) Обтурація кишки**

В) Странгуляція кишки

С) Спазм кишки

Д) Атонія кишки

Е) Порушення кровопостачання і вегетативної інервації кишки

275. Хворого, віком 71 рік, протягом багатьох років турбує запертя. 3 дні назад після прийняття послаблюючого засобу з'явилися наростаючі болі в животі, нудота, стільця не було. При огляді шкірні покриви бліді, сіруваті. Язик сухий. Пульс 104 уд/хв, аритмічний, АТ - 90/60 мм рт. ст. Живіт вздутый, болісний при пальпації по всій поверхні. Перистальтика кишок не вислуховується. У лівій здухвинній ділянці пальпується нерухомий щільний інфільтрат. Амбула прямої кишки пуста, анальний сфінктер атонічний. На оглядовій рентгенограмі живота - множинні рівні рідини в тонкій і товстій кишках. Найбільш ймовірно, що в хворого:

*** А) Пухлина товстої кишки**

В) Заворот сигмовидної кишки

С) Защемлення кишки в пахвинному каналі

Д) Ускладнення хронічного неспецифічного виразкового коліту

Е) Гіпомоторна дискінезія кишки з копростазом

276. Хворого, віком 71 рік, протягом багатьох років турбує запертя. 3 дні назад після прийняття послаблюючого засобу з'явилися наростаючі болі в животі, нудота, стільця не було. При огляді шкірні покриви бліді, сіруваті. Язик сухий. Пульс 104 уд/хв, аритмічний, АТ - 90/60 мм рт. ст. Живіт вздутий, болісний при пальпації по всій поверхні. Перистальтика кишок не вислуховується. У лівій здухвинній ділянці пальпується нерухомий щільний інфільтрат. Амбула прямої кишки пуста, анальний сфінктер атонічний. На оглядовій рентгенограмі живота - множинні рівні рідини в тонкій і товстій кишках. Хворому розпочато інтенсивну інфузійну терапію для нормалізації центральної гемодинаміки й дезінтоксикації, після чого слід провести:

*** А) Екстренну операцію**

- В) Діагностичну лапароскопію
- С) Сифонну клізму
- Д) Стимуляцію перистальтики кишки
- Е) Іригоскопію або фіброколоноскопію для уточнення діагнозу

277. У хворого 45 років зі скаргами на відрижку повітрям, печію, важкість в епігастральній ділянці, втрату апетиту, похудання, зниження працездатності при об'єктивному дослідженні виявлено блідість шкіри і слизових оболонок із землистим відтінком. Живіт асиметричний за рахунок здуття у верхніх відділах, болючий в епігастрії при пальпації. При гастрохромоскопії в препілоричній ділянці слизова оболонка потовщена, інтенсивно зафарбована метиленовим синім. Який найбільш ймовірний діагноз?

*** А) Рак шлунка**

- В) Поліпоз шлунка
- С) Хвороба Менетріє
- Д) Атрофічний гастрит
- Е) Рефлекс-гастрит

278. У пацієнта 50 років зі скаргами на тупий біль в епігастральній ділянці, зниження апетиту, відразу до м'ясної їжі при ендоскопічному дослідженні в антральному відділі шлунка по великій кривизні виявлено виразку діаметром 5 см з підритими краями, а при гістологічному дослідженні дослідженні-аденокарциному, яка інфільтрує стінку шлунка до серозної оболонки. Яка стадія захворювання?

*** А) T2N0M0**

В) T1N1M0

С) T1N0M0

Д) T2N1M1

Е) T2N2M0

279. Хворий, 38 років, скаржиться на сильний кашель з незначною кількістю гнійного харкотиння з прожилками крові. Біля 2 місяців назад споживав грецькі горіхи, при цьому під час сміху з'явився приступ кашлю. Через 3 дні після цього температура тіла піднялася до 38(С. При рентгенографії грудної клітки, проведеній після звертання хворого до лікаря, змін не виявлено. У подальшому хворого продовжував турбувати кашель з незначною кількістю харкотиння. При повторному рентгенологічному обстеженні виявлено нижньочасткову пневмонію справа, зменшення об'єму нижньої частки правої легені. Який діагноз найбільш ймовірний ?

*** А) Аспірація стороннього тіла, ателектаз**

В) Рак легені

С) Абсцес легені

Д) Бронхоектатична хвороба

Е) Фібринозний плеврит

280. В дільничу поліклініку звернулась жінка 57 років, кухар за спеціальністю, зі скаргами на почервоніння, припухлість, періодичний зуд та незначний постійний пекучий біль у ділянці суглобів вказівного пальця лівої кисті. 3 дні тому порізала палець на роботі. Температура тіла 37,0 (С. Пульс - 72 уд/хв., ритмічний. При огляді в ділянці інфільтрованої шкіри тильної поверхні відмічається гіперемія та припухлість. Аналогічне вогнище запалення проксимальніше в ділянці кисті в діаметрі 12 мм. Ваш ймовірний діагноз ?

*** А) Еризепілоїд**

В) Панарицій

С) Бешиха

Д) Лімфангіт

Е) Пароніхій

281. Хворий Р., 30 років, скаржиться на біль в нігтьовій ділянці дистальної фаланги великого пальця правої кисті, що посилюється при рухах. Зі слів хворого тиждень тому хворий вколовся скалкою, проте самостійно витягнув. Через тиждень в цій з'явилось почервоніння, припухлість та біль смикаючого характеру. Останню ніч хворий не спав, відмічав підйом температури до 37,8(С. При огляді великий палець правої кисті збільшений в розмірах за рахунок припухлості в нігтьовій ділянці дистальної фаланги великого пальця правої кисті, гіперемія навколо нігтя, виражена болючість при пальпації. Ваш ймовірний діагноз?

*** А) Пароніхій**

В) Кістковий панарицій

С) Сухожильний панарицій

Д) Пандактиліт

Е) Еризепілоїд

282. Хвора 21 року скаржиться на часті позиви до сечовиділення, біль та печію при сечовипусканні. Захворювання пов'язує з випадковим статевим контактом 4 дні тому. При огляді уретри пальпується у вигляді потовщеного болючого тяжа, набряк та гіперемія зовнішнього отвору сечівника, при натискуванні на уретру виділяється краплина гною. При бактеріоскопічному дослідженні виділень з уретри виявлено розміщені всередині лейкоцитів грам негативні диплококи. Ваш діагноз?

*** А) Гострий гонорейний уретрит**

- В) Неспецифічний уретрит
- С) Хламідійна інфекція
- Д) Сенільний уретрит
- Е) Гострий цистит

283. Больной Н., 42 года, доставлен в хирургическое отделение с жалобами на слабость и головокружение. тошноту. Все симптомы возникли на приусадебном участке, Была кратковременная потеря сознания, В течение 4 лет периодически беспокоили боли за грудиной преимущественно после еды, купировался антацидами. Диагностирована 2ЭРБ. В момент осмотра появилась обильная рвота кровью. Проведена гемостатическая терапия. Какое осложнение развилось у больного?

*** А) Пептическая язва пищевода, осложненная кровотечением**

- В) Пищевод Баррета
- С) Диафрагмальная грыжа
- Д) Рак пищевода
- Е) Стриктура пищевода

284. Больной Ф., 34 лет жалуется на общую слабость, головокружение, звон в ушах. 2 дня назад внезапно появился черный стул, который побудил обратиться к врачу. При осмотре: больной бледен, кожа влажная. Пульс - 102 в минуту, АД - 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Какой диагноз наиболее вероятен у больного?

*** А) Кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки**

- В) Полип пищевода
- С) Кровотечение из язвы желудка
- Д) Неспецифический язвенный колит
- Е) Полипоз толстой кишки

285. Хворому 29 років проведена первинна хірургічна обробка розчавленої рани верхньої третини лівого стегна. Через 2 дні стан хворого погіршився при огляді рана з незначними виділеннями, м'язи сіруватого кольору, кінцівка набрякла, шкіра холодна вкрита синюшними плямами, при пальпації визначається крепітація. Свідомість запаморочена. Температура тіла 40,30С. Яке ускладнення виникло у хворого?

*** А) А. Анаеробна газова гангрена**

- В) Флегмона стегна
- С) Правець
- Д) Д. Бешиха
- Е) Артеріальний тромбоз

286. Хворий К., 38 років, поступив до клініки з обширними ураженнями поверхневих та глибоких тканин і судин гомілки через 3 доби з моменту одержання травми. Отримував банальне лікування. До кінця четвертої доби стан хворого почав прогресивно погіршуватися. З'явилася висока температура [38,9°C], тахікардія - 120 уд. на хв., АТ - 90/60 мм рт. ст. Анемія. Шкіра сіро-землистого кольору. Місце хвороби: шкіра навколо рани бліда, з відслоєнням епідермісу, м'язи вибухають в рану, темнокоричневого кольору, зловоний запах, швидко утворюється набряк гомілки. Яке ускладнення основного захворювання розвилось у хворого?

*** А) А. Розвиток анаеробної інфекції**

- В) В. Бешиха гомілки
- С) С. Серозне запалення тканин гомілки
- Д) Д. Абсцес гомілки
- Е) Е. Флегмона гомілки

287. Хворий Б., 74 років госпіталізований до хірургічного відділення з діагнозом перфоративна виразка шлунка. В анамнезі інфаркт міокарда, цукровий діабет, гіперитонічна хвороба. Хворому запропоновано оперативне втручання від якого він категорично відмовився. Як слід лікувати хворого?

*** А) Методом Тейлора.**

- В) Інфузійною терапією.
- С) Антибактеріальною терапією.
- Д) Призначити курс противиразкової терапії.
- Е) Виписати додому.

288. Хвора К., 47 років довгий час страждає вираженим варикозним розширенням підшкірних вен нижніх кінцівок. Під час роботи в полі травмувала один із варикозних вузлів на лівій гомілці - почалась інтенсивна кровотеча. Яка повинна бути найбільш вірна перша допомога?

*** А) Горизонтальне положення хворої, припідняте положення лівої нижньої кінцівки, асептично тиснуча пов'язка на ліву гомілку.**

- В) Джгут проксимальніше травмованого вузла, асептична пов'язка
- С) Джгут дистальніше травмованого вузла, асептична пов'язка
- Д) Джгут дистальніше і проксимальніше травмованого вузла, асептична пов'язка
- Е) Асептична тиснуча пов'язка з пальцевим притисканням травмованого вузла

289. У хворого М. 32 років, що хворіє мітральним стенозом під час перебування на дачі раптово появився інтенсивний біль у лівій нижній кінцівці. Діагностовано емболію лівої підколінної артерії. Яка повинна бути невідкладна допомога?

*** А) Імобілізація, гіпотермія кінцівки, анагетики, спазмолітики**

- В) Анагетики, спазмолітики, масаж, гіпотермія кінцівки
- С) Імобілізація, зігріваючий компрес, спазмолітики
- Д) Імобілізація, зігріваючий компрес, анагетики
- Е) Інтенсивний масаж, зігріваючий компрес

290. Хвору К. 37 років, з дефіцитом ваги 15 кг впродовж останнього тижня періодично турбує інтенсивний переймоподібний біль в животі, помірна нудота, двічі було блювання шлунковим вмістом. Останній день був рідкий стілець немовби з домішками крові. Об'єктивно: температура тіла 37,0 °С, живіт м'який, у правій здухвинній ділянці не чітко визначається дещо чутливий при пальпації пухлиноподібний утвір, деяка резистентність м'язів, сумнівні ознаки подразнення очеревини. При ректальному дослідженні на рукавичці кал з домішками крові. Який найбільш правильний попередній діагноз.

*** А) Інвагінація**

- В) Заворот ілеоцекального кута
- С) Апендикулярний інфільтрат
- Д) Апендикулярний абсцес
- Е) Рак сліпої кишки

291. Хворий Ф., 41 року скаржиться на помірний біль в животі, погане відходження газів. Добу тому під час бійки отримав удар ногою в живіт в ділянці пупка. Об'єктивно: температура 37,0 °С. Гемодинамічні показники в нормі. В ділянці пупка гематома. Живіт дещо резистентний і болючий в мезогастрії, ознаки подразнення очеревини сумнівні, перистальтика ослаблена. ЗАК: Ер.- 3,5 = 10 12 , лейкоцити - 10,3 = 109 ЗАС - норма. Яка найбільш правильна діагностична програма.

*** А) Лапароцентез**

- В) Оглядова рентгенограма органів черевної порожнини
- С) Іригографія, іригоскопія
- Д) Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту
- Е) Гастродуоденоскопія

292. Хворий М., 67 р. гриженосій з 15-річним стажем відмітив, півгодини тому при піднятті тягара відчув різкий біль в ділянці грижового вип'ячування, грижа перестала вправлятись. Об'єктивно: грижове вип'ячування у правій паховій ділянці округле, напружене, помірно болюче, при пальпації вправилось у черевну порожнину, біль пройшов. Яка подальша лікувальна тактика?

*** А) Спостереження у стаціонарі впродовж доби, планова герніопластика.**

В) Негайна герніопластика

С) Негайна лапаротомія

Д) Планова герніопластика через місяць

Е) Планова герніопластика через рік

293. Хвора Г., 67 років, готується до операції з приводу хронічного калькульозного холециститу. Супутні захворювання - варикозна хвороба лівої нижньої кінцівки, II стадія. Який комплекс міроприємств найбільш вірно виконати для профілактики емболії легеневої артерії в післяопераційному періоді?

*** А) Активне ведення, бинтування лівої ноги, фраксипарин профілактичні дози**

В) Бинтування лівої ноги, гепарин 5 тис.од. 2 рази підшкірно

С) Ліжковий режим 2 доби, лікувальна фізкультура, фраксипарин профілактичні дози

Д) Встановлення парасольчатого кавафільтру, антикоагулянти непрямої дії.

Е) Компрес з гепариновою маззю на ліву гомілку, антикоагулянти непрямої дії.

294. У хворої М., 47 р. діагностовано хронічний калькульозний холецистит, механічну жовтяницю на ґрунті холедохолітіазу, констатованого при УЗД: в термінальному відділі холедоха конкремент 10 мм, ширина холедоха 15 мм. Яка найбільш правильна лікувальна тактика?

*** А) Ендоскопічна папілотомія, лапароскопічна холецистектомія**

В) Консервативне лікування – сліпі зондування на фоні тривалого курсу прийому хенофалку

С) Холецистектомія, холедоходуоденостомія

Д) Холецистектомія, холедохолітостомія

Е) Холецистектомія, трансдуоденальна папілосфінктеропластика

295. У новонародженого із флегмонозною формою омфаліту на фоні адекватної інфузійної та антибактеріальної терапії систолічний артеріальний тиск понизився до 33 мм.рт.ст. Вкажіть, яке ускладнення розвинулося у пацієнта?

*** А) Септичний шок**

В) Гостра ниркова недостатність

С) Синдром системної відповіді на запалення

Д) Сепсис-синдром

Е) Важкий сепсис

296. Мати хлопчика 3 років під час купання дитини виявила пухлиноподібний утвір у животі. При обстеженні визначається щільний, не болючий, з рівною поверхнею, малорухомий пухлиноподібний утвір великих розмірів, розташований під лівою реберною дугою. Температура тіла 37,5о С, ЧСС-110 на 1 хв., АТ -150/90 мм.рт.ст. У загальному аналізі крові $E_r 3,2 \times 10^{12}$, $H_b 90$ г/л, $Le 10,4 \times 10^9$ л, ШОЕ 35 мм/год. У загальному аналізі сечі - еритроцити на все поле зору. Яке захворювання можна запідозрити у дитини?

*** А) Пухлина Вільямса**

- В) Крижово-куприкова тератома
- С) Вроджений гідронефроз
- Д) Карбункул нирки
- Е) Гострий пієлонефрит

297. У дівчинки 4-х років, яка знаходиться на стаціонарному лікуванні в соматичному відділенні з приводу правобічної позалікарняної дольової пневмонії на четверту добу захворювання виникло ускладнення: гігантський кортикальний абсцес правої легені. Ваша тактика щодо лікування даної хворої.

*** А) Трансторакальна катетеризація абсцесу з подальшою активною аспірацією вмісту.**

- В) Продовжити консервативне лікування
- С) Провести торакотомію, хірургічну санацію вогнища
- Д) Дренування плевральної порожнини
- Е) Провести масаж грудної клітки із стимулюванням кашльового рефлексу

298. У дитини в перші години після народження на передній черевній стінці виявлено випинання розміром 8x10 см. Оболонки випинання розміщені в проекції пупка над дефектом передньої черевної стінки. Частина органів черевної порожнини знаходиться в оболонках пуповини. Ваш діагноз?

*** А) Вроджена ембріональна грижа пупкового канатика середніх розмірів**

- В) Вроджена ембріональна грижа пупкового канатика малих розмірів
- С) Вроджена ембріональна грижа пупкового канатика великих розмірів
- Д) Гастрошизис
- Е) Синдром сливового живота

299. Хворий 53 років поступив в клініку з районної лікарні, де 5 днів тому лінійним розрізом був розкритий карбункул спини. В післяопераційному періоді стан залишався важким. Констатовано тахіпноє, тахікардія, лейкоцитоз, гіпертермія. При бактеріологічному обстеженні крові виділений гемолітичний стрептокок. Ваш діагноз?

*** А) Сепсис**

- В) Карбункул спини в стадії абцедування
- С) Токсикорезорбтивна гарячка
- Д) . Синдром системної запальної відповіді
- Е) Септичний шок

300. 22-річна мама, яка годує місячне немовля, скаржиться на підвищення температури до 39°C, слабкість, інтенсивний біль у лівій молочній залозі. Об-но: ліва молочна залоза збільшена, шкіра над верхньо-зовнішнім квадрантом червона, весь квадрант залози різко болючий та інфільтрований, регіонарні лімфовузли не збільшені. Який діагноз найбільш вірогідний?

*** А) Гострий середній лактаційний мастит**

- В) Рак молочної залози
- С) Гострий гнійний мастит
- Д) Вузлова мастопатія
- Е) Ретромамарний мастит

301. У 40 річної хворої перед лівим оком періодично виникав туман та зниження гостроти зору. Після обстеження була виявлена закритокутова глаукома та призначені інстіляції 1% р-ну пілокарпіну. Який сучасний патогенетичний метод лікування можна запропонувати хворій?

*** А) Лазерну ірідектомію**

- В) Антиглаукоматозну операцію
- С) Застосування (-блокаторів
- Д) Застосування адреноміметиків
- Е) Факоемульсифікацію кришталика

302. 60-річний хворий скаржиться на постійне свербіння в очах, набряк та почервоніння краю повік, невелику сльозотечу, ламкість та випадіння вій. Офтальмологічний огляд підтвердив зміни повік, але не виявив тріхіазу, виразкових уражень, порушень сльозооббігу та рефракції. Яка найвірогідніша причина блефариту?

*** А) Демодекоз**

- В) Гельмінти
- С) Гіперметропічний астигматизм
- Д) Авітамінози
- Е) Карієс

303. У новонародженого на 3-й день з'явився різкий набряк повік, гіперемія та кровоточивість кон'юнктиви. Через 3 дні ці явища зменшились, але виділення набули гнійного характеру з неприємним запахом. Обстеження виявило набряк, гіперемію та інфільтрацію кон'юнктиви повік та очного яблука, значні гнійні виділення. При натискуванні на область слізного мішка виділень зі слізових точок нема. Лікування якого захворювання ви будете проводити?

*** А) Гонококового кон'юнктивіта**

В) Дифтерійного кон'юнктивіта

С) Пневмококового кон'юнктивіта

Д) Вірусного кон'юнктивіта

Е) Алергічного кон'юнктивіта

304. Дитина 6 років 4 години тому настрихнулася на палку і поранила праве око. При дослідженні: гострота зору цього ока знижена до 0,3. Виражена світлобоязнь, слезотеча, блефароспазм, змішана ін'єкція судин. На 2-3 мм від лімбу та на 3-х годинах виявлено поранення рогівки 2 мм завдовжки. Передня камера мілкувата, зіниця трохи деформована - витягнута у напрямку рани. Оптичне середовище ока прозоре, внутріочний тиск знижений(-1). Гострота лівого ока 0,7 і не коригується. Ваша тактика?

*** А) Госпіталізація в очне відділення**

В) Антибактеріальні краплі, мазі

С) Амбулаторне лікування

Д) Лікувальна кератопластика

Е) Видалення внутріочного стороннього тіла

305. Хворий 30 років скаржиться на біль, зниження гостроти зору, слъозотечу, світлобоязнь лівого ока після попадання в нього стороннього тіла при роботі на токарному станку. При ретельному офтальмологічному обстеженні виявлена перікорнеальна ін'єкція, невелика (1,5 мм) рана рогівки, вузька зіниця. Яке ускладнення від цього ушкодження найвірогідніше?

*** А) Травматичний кератоувеїт**

- В) Єрозія рогівки
- С) Травматична катаракта
- Д) Внутрішньоочне стороннє тіло
- Е) Вторинна глаукома

306. Хворий 30 років скаржиться на біль, зниження гостроти зору, слъозотечу, світлобоязнь правого ока після попадання в нього стороннього тіла при роботі на токарному станку. При обстеженні виявлена перікорнеальна ін'єкція, невелика (1,5 мм) рана рогівки, мілкувата передня камера, вузька зіниця, знижений внутрішньоочний тиск. Яке ускладнення від цього ушкодження найвірогідніше?

*** А) Внутрішньоочне стороннє тіло**

- В) Травматичний кератит
- С) Травматична катаракта
- Д) Травматичний ірідоцикліт
- Е) Вторинна глаукома

307. Хвора Н., 44 років, госпіталізована до хірург-гічного стаціонару з діагнозом – післяхоле-цистектомічний синдром, резидуальний холедохолітиаз, холангіт, механічна жовтяниця. Оперована 8 місяців тому, виконана холецис-тектомія, холедохолітотомія, дренавання холедоха за Кером. Яке з нижчевказаних міро-приємств дозволило б уникнути виникнення післяхолецисектомічного синдрому?

*** А) Інтраопераційна холангіографія.**

В) Оглядова рентгенографія черевної порожнини.

С) Внутрішньовенна холецистохолангіографія.

Д) Пероральна холецистографія.

Е) Ехографія

308. Хворий Б., 63 років госпіталізований до відділення тора кальної хірургії із скаргами на нудоту, блювоту після прийому їжі, слабкість, втрату ваги. Після рентгенологічного дослідження встановлено діагноз: “Ахалазія стравоходу”. Що з нижчевказаного є причиною цього захворювання?

*** А) Недостатність розвитку Адербахового сплетіння.**

В) Рубцевий стеноз стравоходу.

С) Грижа діафрагмального отвору.

Д) Варикозне розширення вен стравоходу.

Е) Пухлина нижньої третини стравоходу.

309. Хворий К., 42 років, госпіталізований до хірургічного стаціонару із скаргами на різкий кинжалоподібний біль у животі, одноразову блювоту. Страждає виразковою хворобою 12-ти палої кишки на протязі 8 років. Запідозрено перфоративну виразку 12-ти палої кишки, однак вільного газу у черевній порожнині не знайдено. Запідозрено прикриту перфорацію. Який метод дослідження слід застосувати для підтвердження діагнозу?

*** А) Пневмогастрографію.**

В) Пневмоперитонеум.

С) Лапароцентез.

Д) Контрасне дослідження шлунка та 12-ти палої кишки.

Е) Фіброгастроскопію.

310. Хвора Є., 51 року госпіталізована до гастрохірургічного відділення із скаргами на жовтяницю, втрату ваги, слабкість, темній колір сечі, світлий кал. Д-з:Механічна жовтяниця, холангіт. Захворювання почалося поступово. Запідозрено рак фатерового соска. Який діагностичний метод слід застосувати для підтвердження діагноза?

*** А) Фібродуоденоскопію з біопсією Фатерового соска.**

В) Ехографію.

С) Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини.

Д) Пневмогастрографію.

Е) Комп'ютерну томографію.

311. У клініку госпіталізована дитина 2 тижнів у тяжкому стані, в'яла, бліда, відмовляється від їжі, $t=38$ °C. Із анамнезу відомо, що дитина захворіла 2 доби тому, коли на спині з'явилась дрібна червона пляма. Під час огляду між лопатками ділянка гіперемії 6х7см. з чіткими краями, у центрі синюшність з дрібними норицевими отворами з серозно-гнійними відходами. Ваш діагноз?

*** А) некротична флегмона новонароджених ;**

В) Бешиха;

С) Склерема новонароджених

Д) Ексудативно-катаральний діатез

Е) Підшкірний адіпонекроз новонароджених

312. Новонароджений 12 діб госпіталізований у клініку зі скаргами матері на запалення пупка. Під час огляду пупкова ранка має вигляд виразки з фібринозними нашаруваннями з ущільненням шкіряного валика навкруги. Надавлюванням з пупкової ранки надходить гній. Загальний стан дитини змінений не значно, $t37,2$ °C. Ваш діагноз:

*** А) флегмонозний омфаліт;**

В) Некротичний омфаліт;

С) Катаральний омфаліт;

Д) Повна нориця пупка;

Е) Ембріональна грижа пупкового канатика.

313. До отоларинголога звернулася мати з трьохрічною дитиною зі скаргами, що на протязі тижня дитину непокоять односторонні рясні гнійно-кров'яністі виділення з носа з неприємним запахом, утруднення носового дихання. На рентгенограмі біляносових порожнин патологічних змін не виявлено. Який імовірний діагноз?

*** А) Стороннє тіло порожнини носа**

- В) Гострий етмоїдит
- С) Гострий аденоїдит
- Д) Гостра нежить
- Е) Гострий гайморит

314. Хворий Д., 63 р., поступив в відділення хірургії судин з діагнозом “Гострий ілеофеморальний тромбоз зліва. Рак прямої кишки. Стан після променевої терапії”. Який механізм гострого тромбозу здухвинних вен?

*** А) Прогресування онкологічної патології.**

- В) Змінення реології крові
- С) Змінення властивостей еритроцитів
- Д) Утворення тромбів в глибоких венах гомілки.
- Е) Погіршення діяльності серця.

315. Хвора К., 35 років після аборту виник тромбоз глибоких вен гомілки, після чого на 3-сутки з'явився кашель та біль за грудиною, кровохаркання. Що перше необхідно виконати в цілях діагностики?

*** А) ЕКГ, рентген грудної клітки.**

- В) Флебографія, доплерографія.
- С) УЗД органів живота
- Д) Пальпацію живота.
- Е) Аускультацию грудної клітки.

316. Хвора К., 42 р. з діагнозом “Гострий ілеофеморальний венозний тромбоз (1 сутки) тромбоемболія гілок легеневої артерії” знаходиться в ангіологічному відділені. Тактика?

*** А) Тромболітична терапія плюс постановка кавафільтра**

- В) Хірургічне лікування
- С) Введення низькомолекулярних гепаринів.
- Д) Еластичне бинтування ніг
- Е) Бронхоскопія

317. Хвора К., 65 р., у хірургічному стаціонарі після пластики пахової кіли на 6 сутки раптово втратила свідомість, ціаноз верхньої частини грудної клітки та лиця, задиху. Який діагноз?

*** А) Тромбоемболія гілок легеневої артерії.**

- В) Інфаркт міокарду.
- С) Гіпоглікемічна кома.
- Д) Гіперглікемічна кома.
- Е) Перфоративна виразка шлунку.

318. Хвора 20 років шість днів тому захворіла на ангіну. Дві доби тому біль під час ковтання посилилася, почала віддавати у вуха, знов підвищилася температура тіла. При дослідженні: виражена гугнявість, тризм жувальних м'яз, права передня піднебінна дужка різко інфільтрована, гіперемірована, язичок та м'яке піднебіння набряклі, мигдалики зміщені до середньої лінії. Діагностований паратонзиллярний абсцес. Який ймовірний шлях розповсюдження інфекції на паратонзиллярну клітковину?

*** А) Тонзілогенний**

- В) Лімфогенний
- С) Гематогенний
- Д) Одонтогенний
- Е) Попадання стороннього тіла

319. Дитина 7 років 4 доби тому їла горіх, поперхнулася, виник сильний напад кашлю, який у подальшому зник. Рентгенологічно визначається ателектаз нижньої долі правої легені. Запідозрене стороннє тіло. Яка невідкладна допомога?

*** А) Бронхоскопія, видалення стороннього тіла**

- В) Очікувальна тактика
- С) Консервативне лікування
- Д) Трахеотомія
- Е) Інгаляційна терапія.

320. Після екстракції другого моляра у хворого підвищилася температура тіла, з'явилася біль у глотці зліва, інфільтрація, гіперемія нижнього відділу передньої піднебінної дужки, зміщення мигдалика до середньої лінії та доверху. Регіонарні лімфовузли болючі при пальпації. Отоларинголог діагностував паратонзиллярний абсцес. Який шлях розповсюдження інфекції характерний у даному випадку?

*** А) Одонтогенний**

- В) Лімфогенний
- С) Гематогенний
- Д) Тонзилогенний
- Е) Попадання стороннього тіла

321. Дівчинка 16 років смертельно отруїлася пахікарпіном . Яким методом кількісно не визначають пахікарпін при судово-токсикологічному дослідженні?

*** А) Спектрофотометричним в УФ-області**

- В) Фотометричним
- С) Екстракційно-фотометричним
- Д) Газорідинна хроматографія (ГРХ)
- Е) Високоефективна рідинна хроматографія (ВЕРХ)

322. До лікаря-отоларинголога звернувся пацієнт 34 років зі скаргами на підвищення температури тіла до фебрильних цифр, односторонню біль у горлі. В анамнезі тричі переніс паратонзиллярний абсцес. При фарингоскопії: випинання лівого піднебінного мигдалика до середньої лінії зіва, випинання та інфільтрація передньої піднебінної дужки, тризм жувальної мускулатури, болючість при пальпації регіонарних лімфовузлів. Яка тактика профілактики подальшого рецидування паратонзиллярного абсцесу?

*** А) Абсцестонзилектомія**

- В) Консервативне лікування
- С) Розтин паратонзиллярного абсцесу
- Д) Промивання лакун мигдаликів
- Е) Фізіотерапевтичне лікування

323. Породілля на 7-му добу скаржиться на виразний біль в правій молочній залозі. При обстеженні правої молочної залози пальпується болісний інфільтрат з розм'якшенням у центрі, шкіра над яким гіперемована. Попередній діагноз?

*** А) Гнійний мастит**

- В) Лактостаз
- С) Серозний мастит
- Д) Інфільтративний мастит
- Е) Гангренозний мастит

324. Під час артилерійського обстрілу протигаз надів із запізненням. Надійшов у МПП зі скаргами на кашель, болі і почуття першіння в горлі, осиплість голосу, слюзотеча. Кон'юнктиви вік і склер трохи отечні, судини інєцировані. Вкажіть шлях проникнення ОВ в організм?

*** А) Крізь дихальні шляхи**

- В) Крізь неушкоджену шкіру
- С) Крізь шлунково-кишковий тракт
- Д) Крізь слизувату
- Е) Крізь ушкоджені шкіряні покрови

325. Хвора М., 18 років пред'являє скарги на дизурію протягом доби, термінальну гематурію. Лихоманка відсутня. Захворювання виникло вперше, після переохолодження. Який метод дослідження є найбільш доцільним для уточнення діагнозу?

*** А) загальний аналіз сечі**

- В) цистоскопія
- С) екскреторна урографія
- Д) урофлоуметрія
- Е) цистографія

326. Хворий Ш., на п'яту добу після трансуретральної резекції гіперплазії простати скаржиться на біль, свербіж і появу гнійних виділень з уретри, де знаходиться катетер. Сеча прозора. Що насамперед слід виконати в якості лікувальних заходів?

*** А) видалити катетер;**

- В) посилити антибактеріальну терапію
- С) призначити імуномодулятори
- Д) посилити дезінтоксикаційну терапію
- Е) замінити катетер на інший

327. Хворий К., 25 років пред'являє скарги на вільні гнійні виділення з уретри, дизурію протягом двох діб, що виникла після випадкового статевого контакту. Лихоманка відсутня, загальний стан задовільний. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) гострий уретрит**

- В) гострий простатит
- С) простатодонія
- Д) епидидиміт
- Е) везикуліт

328. Хвора С., 24 років останні два роки пред'являє скарги на періодичне з'явлення дизурії, термінальної гематурії, що виникає після статевих контактів та переохолодження. Симптоми захворювання швидко зникають після прийому нітрофуранів. На даний час клінічна картина відсутня. Яке діагностичне обстеження слід запропонувати хворій, з метою уточнення діагнозу?

*** А) Цистоскопію**

- В) екскреторну урографію
- С) комп'ютерну томографію таза
- Д) двох склянкову пробу сечі
- Е) ретроградну пієлографію

329. Хвора К., скаржиться на полакіурію, біль під час сечовипускання, термінальну гематурію. Під час аналізу сечі - лейкоцити покривають усі поля зору. Черговий уролог проставив діагноз гострого циститу. Яка терапія є показаною хворій в першу чергу?

*** А) призначення антибактеріальних засобів;**

- В) фізіотерапія
- С) призначення протизапальних нестероїдних засобів
- Д) дезінтоксикаційна терапія
- Е) призначення гемостатиків

330. Хвора О., 23 років скаржиться на дизурію протягом доби, що виникла після переохолодження, термінальну гематурію. Загальний стан задовільний. Лихоманка відсутня. В загальному аналізі сечі - лейкоцити покривають усі поля зору. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) цистит**

- В) пієлонефрит
- С) цистопієлонефрит
- Д) аднексит
- Е) цисталгія

331. Пацієнтка Б., 46 років, самостійно знайшла ущільнення в молочній залозі. При пальпації у верхньо-зовнішньому квадранті лівої молочної залози визначається безболісне, рухоме утворення з чіткими контурами, розмірами 3х4см. Шкіра над пухлиною не змінена, регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Виконана пункційна біопсія, результат морфологічного дослідження отриманого матеріалу - листоподібна фіброаденома. Виберіть адекватний метод лікування для даної пацієнтки.

*** А) Оперативне лікування.**

- В) Апаратна фізіотерапія.
- С) Протизапальна терапія
- Д) Гормональна терапія.
- Е) Променева терапія.

332. Пацієнтка С., 75 років звернулася зі скаргами на наявність пухлини в правій молочній залозі. При пальпації: у лівій молочній залозі патології не виявлено. У правій визначається горбисте щільне безболісне утворення, що не зміщується. Шкіра над ним має вигляд "лимонної кірки". Сосок втягнутий. Пахвові, під- і надключичні лімфовузли не пальпуються. Який діагноз найбільш ймовірний?

*** А) Рак правої молочної залози**

- В) Хронічний мастит правої молочної залози
- С) Листоподібна фіброаденома правої молочної залози
- Д) Туберкульоз правої молочної залози
- Е) Вузлова форма мастопатії правої молочної залози

333. Хворий Д., 60 років звернувся зі скаргами на відчуття тиску в епігастральній ділянці після прийому їжі, нудоту. Самостійно викликає блювоту для усунення зазначених симптомів. В останні кілька місяців відчуває загальну слабкість, схуд на 5 кг. З анамнезу: близько 25 років тому лікувався з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, з того часу загострення захворювання не було. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, тургор шкіри знижений, при пальпації в проекції шлунка визначається "шум плескоту". Загальний аналіз крові: гемоглобін 85г/л, ер 2,8Т/л, лейкоц 7,6М/л, ШОЕ 32 мм/год. Яке дослідження варто призначити хворому в першу чергу?

*** А) Езофагогастродуоденофіброскопія**

- В) Дослідження крові на раково-ембріональний антиген
- С) Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини
- Д) Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
- Е) Дослідження калу на приховану кров

334. Хворий М., 58 років, останні 3 роки знаходиться під спостереженням гематолога у зв'язку з залізодефіцитною анемією, отримувач гемостимулюючу терапію. Турбує загальна слабкість, зниження апетиту, нездужання. В останні півроку помітив відразу до м'ясної їжі, періодично помічає наявність рідких випорожнень чорного кольору, що пацієнт зв'язує з прийомом препаратів заліза. Яке дослідження варто призначити хворому в першу чергу?

*** А) Езофагогастродуоденофіброскопія**

- В) Дослідження крові на раково-ембріональний антиген
- С) Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини
- Д) Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
- Е) Дослідження калу на приховану кров

335. Жінка 27 років, через 3 тижня після пологів Скаржиться на гострий біль у правій молочній залозі, підвищення температури до 39, розбитість. При огляді: права молочна залоза збільшена у розмірах, при пальпації болюча. Інфільтрат і флюктуація не спостерігаються. Проба на редуктазу - знебарвлення за 30 хвилин. Який найбільш імовірний діагноз?

*** А) Гострий лактаційний мастит**

- В) Гострий гнійний мастит
- С) Застій молока
- Д) Маститоподібний рак
- Е) Гнійний хронічний мастит

336. =В хірургічний стаціонар госпіталізована хвора 19 років, у якої 3 тижні тому були нормальні пологи. Скаржиться на болі в правій молочній залозі, її набряк та неможливість сціжування. Температура 39,3° С, шкіра залози червоного кольору, залоза тверда. Який діагноз у хворої?

*** А) Правобічний гострий мастит**

- В) Тріщина соска молочної залози
- С) Рак молочної залози
- Д) Галактоцеле
- Е) Фібroadенома молочної залози

337. Хворий С., 48 років звернувся зі скаргами на шкірну сверблячку, жовтяницю шкіри і склер, що наростають протягом останніх трьох тижнів. В останні дні помітив знебарвлення калу. Болей у животі немає. Страждає на алкоголізм, 6 місяців тому проходив курс лікування, проводилася інфузійна терапія. Живіт при пальпації безболісний. Дані обстеження: гемоглобін 105 г/л, ер 3,2Т/л, лейкоцити 8,2Г/л, ШОЕ 28 мм/год; білірубін 135 мкм/л, прямий - 95 мкм/л, непрямий - 40 мкмоль/л. АСТ 1,8 мкм/л, АЛТ 3,2 мкм/л. УЗД: тканина печінки ехошільна, з вогнищами фіброзу. Жовчний міхур збільшений, стінки стовщені до 4 мм, загальна жовчна протока розширена, вірсунгова протока звита. Який діагноз найбільш ймовірний?

*** А) Рак голівки підшлункової залози, обтураційна жовтяниця.**

В) Хронічний холецистит, обтураційна жовтяниця.

С) Холедохолітаз, обтураційна жовтяниця.

Д) Вірусний гепатит В.

Е) Цироз печінки, обтураційна жовтяниця.

338. Пацієнтка С., 65 років звернулася зі скаргами на шкірну сверблячку, жовтяницю шкіри і склер, біль в правому підребер'ї, з ірадіацією в міжлопаткову ділянку. Кал знебарвлений, сеча темна. За останні 2 місяці схудла на 8 кг. При огляді - шкірні покриви сіро-жовті, зі слідами розчосів. Який діагноз найбільш ймовірний?

*** А) Рак голівки підшлункової залози, обтураційна жовтяниця.**

В) Хронічний холецистит, обтураційна жовтяниця.

С) Холедохолітаз, обтураційна жовтяниця.

Д) Вірусний гепатит В.

Е) Цироз печінки, обтураційна жовтяниця.

339. Хвора В, 38 років, скаржиться на часті випорожнення (10-12 разів на добу) з домішками слизу і крові, біль у нижніх відділах живота, зниження маси тіла на 3 кг протягом року. Хворіє близько 2-х років, тричі госпіталізувалася в інфекційне відділення з підозрою на гострі кишкові інфекції, які виключалися. Об-но: шкіра суха. Живіт м'який, сигмоподібна кишка при пальпації болюча. Печінка на 3 см виступає з-під нижнього краю реберної дуги, ущільнена та болюча. У калі - домішки крові, гною, слизу. Попередній діагноз?

*** А) Неспецифічний виразковий коліт**

- В) Хронічний панкреатит
- С) Дизентерія
- Д) Хвороба Крона
- Е) Мезентеріальний лімфаденіт

340. Хворий 63 роки скаржиться на печію за грудиною, відрижку, що посилюється після приймання їжі, нагинанні тулуба. Хворіє 4 роки. Останнім часом печія за грудиною посилилась. Змушений обмежувати себе у прийманні їжі. Спить напівсидячи. Запідозрена ковзна грижа стравохідного отвору діафрагми. Якими методами дослідження можна підтвердити діагноз?

*** А) ФЕГДС, рН-метрія, манометрія порожнини стравоходу, рентген-контрастне дослідження стравоходу у положенні хворого за Тренделенбургом.**

- В) УЗД ділянки стравоходу.
- С) Оглядова рентгенографія грудної клітки і черевної порожнини.
- Д) Контрастна рентгеноскопія стравоходу.
- Е) Визначення рівня секреції шлункового соку.

341. Хворий 43 роки, скаржиться на розпираючий, пульсуючий біль в ділянці 3-ї фаланги III пальця лівої кисті. , набряк пальця, обмеження рухів. Із-за болю уночі не спав. П'ять днів тому проколов пальця. За медичною допомогою не звертався. При огляді: 3-я фаланга III пальця набрякла. Шкіра злегка гіперемована. Пальпація різко болюча. Місце найбільшої болючості в центрі фаланги, блище до нігтя. На рентгенограмі пальця у 2-х проекціях патології кістки не виявлено. Діагноз: підшкірний панарицій III пальця лівої кисті. Яка тактика лікування хворого?

*** А) Показане оперативне втручання.**

- В) Внутрішньо-м'язове введення антибіотиків.
- С) Рентген-опромінювання осередку запалення.
- Д) Гарячі ванночки для пальця.
- Е) Місцеве введення антибіотиків.

342. Хвора 62 роки, оперована з приводу хронічного калькульозного холецистити. Виконана холецистектомія. Інтраопераційна холангіографія - жовчні шляхи прохідні. Під час видалення жовчного міхура виникла кровотеча з міхурової артерії. Вона зупинена шляхом прошивання судини після захвату її затискачем. Під кінець першої доби у хворої з'явилась жовтяниця. Рівень загального білірубіну в крові 56 ммоль/л переважно за рахунок прямої фракції. Назвіть ймовірну причину розвитку жовтяниці.

*** А) Перев'язка холедоха.**

- В) Гострий гепатит.
- С) Гострий післятравматичний панкреатит.
- Д) Синдром відсутності жовчного міхура.
- Е) Вірусний гепатит.

343. Хвора 50 років, госпіталізована до відділення зі скаргами на жовтушність склер та шкіри, свербіння шкіри, темний колір сечі., біль у правому підребер'ї. Хворіє 3 тижні. Шість місяців тому оперована з приводу хронічного калькульозного холециститу. Видалено жовчний міхур. Під час зупинки кровотечі з міхурової артерії затискачем захвачений холедох. Виконувалося зовнішнє дренування холедоха. Об'єктивно: склери і шкіра жовтого кольору. На шкірі - подряпини. Пульс 72 за 1 хв., АТ - 130/70 мм рт. ст. Білірубін крові загальний - 125 ммоль/л, прямий - 93 ммоль/л, непрямий - 32 ммоль/л. Попередній діагноз: рубцевий стеноз холедоха. Яким методом обстеження можна підтвердити попередній діагноз?

*** А) Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія.**

В) УЗД.

С) Оглядова рентгенографія черевної порожнини.

Д) Видільна холангіографія.

Е) ФЕГДС.

344. Хворий 43 роки скаржиться на появу загальної слабкості, серцебиття, підсилене потовиділення, короткочасне запаморочення після вживання молока, солодких напоїв, рідкої страви. Останнім часом змушений їжу приймати у лежачому стані. Два роки тому йому виконана резекція шлунка за методом Б-ІІ в модифікації Гофмейстера-Фінстерера з при воду виразкової хвороби 12-палої кишки. В аналізі сечі, крові, відхилень від нормальних показників не виявлено. Загальний білок крові 70 г/л. Під час рентгеноскопії шлунка визначається безперервна евакуація контрасту. Назвіть ймовірний діагноз.

*** А) Демпінг-синдром.**

В) Пептична виразка гастроентероанастомозу.

С) Гастрит кукси шлунка.

Д) Післярезекційна астения.

Е) Синдром Золінгера-Еллісона.

345. Хворий 41 рік, скаржиться на біль у животі, відчуття здуття живота. Захворів раптово годину тому. 15 років страждає на неспецифічний виразковий коліт. Загострення процесу відмічає 3 тижні тому. Встановлено діагноз: перфорація виразки ободової кишки. Виконується оперативне втручання. При ревізії органів черевної порожнини відмічено: в ділянці сигмовидної кишки на протилежній від брижі ділянці перфоративний отвір 0,1х0,3 см. Явища незначно вираженого місцевого перитоніту. Ободова кишка на всьому протязі має потовщену стінку, місцями значно звужена, пальпуються виразки. В ділянці поперечно-ободової кишки - ущільнення. На рівні висхідної ділянки - розширення. Яка повинна бути тактика хірурга.

*** А) Видалення ободової кишки, ілеостомія.**

- В) Ушивання перфоративного отвору.
- С) Формування колостоми на рівні перфоративного отвору.
- Д) Ушивання перфоративного отвору, ілеостома.
- Е) Формування ілеостоми, сігмостоми на рівні перфорації.

346. Хворий 39 років, скаржиться на біль у лівому підребер'ї, який посилюється після приймання їжі, нагинанні тулуба. Два роки тому переніс операцію з приводу деструктивного панкреатиту. Об'єктивно: дефіцит маси тіла 15 кг. Пульс 80 за 1 хв. Живіт не здутий. У лівій підреберній ділянці пальпується утворення щільної консистенції, не рухоме, злегка болюче. Розміри 15х20 см, контури чіткі. В аналізі крові відхилень від норми немає. Запідозрена кіста підшлункової залози. Назвіть інструментальний метод обстеження, що дозволить поставити вірний діагноз.

*** А) Діагностична лапароскопія і біопсія.**

- В) УЗД.
- С) Оглядова рентгенографія черевної порожнини.
- Д) Комп'ютерна томографія.
- Е) Поєднання УЗД та КТГ.

347. Хворий 55 років, скаржиться на біль в епігастральній ділянці, що підсилюється після приймання їжі, блювоту. 5 років тому переніс операцію резекцію шлунка з приводу виразкової хвороби 12-палої кишки. Виконано ФЕГДС. В ділянці гастроентероанастомоза пептична виразка розміром 0,5-0,8 см. Дослідження тканини, взятої з країв виразки - пухлинного росту немає. Яку тактику лікування варто вибрати?

*** А) Призначити консервативну терапію з наступним контролем за загоєнням виразки.**

- В) Виконати стовбурову ваготомію.
- С) Виконати реконструктивну резекцію шлунка.
- Д) Виконати операцію – висікання виразки.
- Е) Накласти гастроентероанастомоз.

348. Дитина віком 10 місяців раптом, 3 години тому, стала неспокійною через біль у животі. В правій пахвинній ділянці має місце випинання, яке стало (зі слів матері) значно більшим, ніж завжди. При пальпації в зоні випинання виявляється утворення 5,0х6,0 см під шкірно-підшкірним шаром в проекції зовнішнього пахвинного кільця і кореня мошонки. Тканини зовнішнього пахвинного кільця пальпувати неможливо. Утворення еластичної консистенції, малорухоме, помірно болюче при пальпації, яєчко не змінено, знаходиться в мошонці. Вміст утворення в черевну порожнину. Живіт м'який, патологічних утворень немає. Синдроми подразнення очеревини негативні. Визначте найбільш ймовірний діагноз.

*** А) Защемлена пахвинна грижа**

- В) Пахвинний лімфаденіт в стадії інфільтрації
- С) Перекрут яєчка з сім'яним канатиком
- Д) Перекрут гідатиди Морганьї
- Е) Напружена водянка сім'яного канатика і яєчка

349. Хвора 28 років, 2 тижні тому народила дитину. Звернулась до лікаря зі скаргами на болючу припухлість у лівій молочній залозі, температуру тіла 39(С, яка не спадає, загальну слабкість. Захворіла 4 дні тому. При огляді ліва молочна залоза збільшена у розмірах, в нижньо-зовнішньому квадранті гіперемія, виразно пальпується різко-болючий інфільтрат до 7 см в діаметрі, в центрі якого флюктуація. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Сформулюйте діагноз захворювання.

*** А) Абсцедуючий мастит нижньо-зовнішнього квадранта лівої молочної залози.**

В) Інфільтраційний мастит нижньо-зовнішнього квадранта лівої молочної залози.

С) Серозний мастит нижньо-зовнішнього квадранта лівої молочної залози.

Д) Флегмонозний мастит нижньо-зовнішнього квадранта лівої молочної залози.

Е) Гангренозний мастит нижньо-зовнішнього квадранта лівої молочної залози.

350. Хворий Н, 68 років знаходиться на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні з приводу поранення лівої гомілки. Із анамнеза відомо, що у хворого була кровотеча, яку зупиняли накладанням джгута. У відділенні виконана ПХО рани, остаточна зупинка кровотечі, накладена ас.пов'язка. Через 3 доби в рані з'явився розпираючий біль, пов'язка стала тісною. При огляді - рана суха, є невеликі виділення слизоподібного характеру з неприємним запахом. Шкіра навколо рани ціанотична, є слід від пов'язки, з рани "випирають" м'язи, які сіро-коричневого кольору, набряклі. При пальпації навколо рани визначається крепітація. Сформулюйте діагноз захворювання.

*** А) Швидко прогресуюча анаеробна гангрена лівої гомілки**

В) Блискавична анаеробна гангрена лівої гомілки.

С) Повільно-прогресуюча анаеробна гангрена лівої гомілки.

Д) Швидко прогресуюча анаеробна неклостридіальна інфекція лівої гомілки

Е) Блискавична форма гнилісної інфекції лівої гомілки.

351. На приймальне відділення ЦРЛ поступив хворий з правобічним паратонзиллярним абсцесом на фоні лакунарної ангіни. В поліклініці проведено розтин абсцесу, отримано гній. В яке відділення доречно госпіталізувати хворого?

*** А) інфекційне**

В) терапевтичне

С) загальної хірургії

Д) ЛОР - відділення

Е) щелепно-лицьової хірургії

352. Хворий звернувся зі скаргами на різкий біль у горлі, неможливість відкрити рот, високу температуру до 39°C. Під час огляду виражений тризм жувальних м'язів, асиметрія зіву, правий піднебінний мигдалик гіперемійований, зміщений наперед, язичок зміщений вліво, гіперемія, інфільтрація, припухлість правої половини м'якого піднебіння, неприємний запах з рота, підвищена салівація. Первинна лікувальна тактика.

*** А) пункція абсцесу**

В) розтин абсцесу

С) призначення антибіотикотерапії

Д) тонзилектомія

Е) накладання зігріваючого компресу

353. У хворого в анамнезі два паратонзиллярних абсцеса з правої сторони. 2-3 рази на рік хворіє ангінами. В останні пів року з'явились скарги на "ломоту" в суглобах. Визначити тактику лікування:

А) імунотерапія

*** В) двобічна тонзилектомія**

С) правобічна тонзилектомія

Д) кріодиструкція піднебінних мигдаликів

Е) промивання лакун піднебінних мигдаликів

354. Хвора 69 років знаходиться на лікуванні в ЛОР - відділенні з приводу бокового лівобічного паратонзиллярного абсцесу. При розтині отримано гній. Отримувала антибіотикотерапію, протизапальну терапію. На 4-у добу стан хворої погіршився. З'явилося погіршення самопочуття, підвищення температури, стало важко дихати. Почав турбувати біль в грудній клітці, який посилювався при диханні та іррадіював в міжлопаточну ділянку, посилювався при поколочуванні по ключицям. Про яке ускладнення можна думати?

*** А) медіастеніт**

- В) плевропневмонія
- С) міжреберна невралгія
- Д) сепсіс
- Е) заглотковий абсцес

355. Хворий орієнтований, відкриває очі тільки на прохання, на біль виникає цілеспрямована дія, при звертанні дає правильні але запізнілі відповіді. Ваша оцінка глибини загально мозкових розладів за шкалою Глазго

*** А) Приглушення**

- В) Свідомість ясна
- С) Сопор
- Д) Кома
- Е) Смерть мозку

356. Хворий госпіталізований до стаціонару з приступами ниркової кольки. Після клінічного обстеження виявлений конкремент до 1,0 см в проекції миски лівої нирки. Який метод лікування ви запропонуєте пацієнту?

*** А) Екстрокорпоральну ударно-хвильову літотрипсію..**

- В) Пієлолітотомію.
- С) Перкутанну пієлотомію.
- Д) Контактну пієлотріпсію.
- Е) Пієлолітоекстракцію.

357. У хворого П., 27 років, після переохолодження виникли підвищення температури тіла до 38,7°C, біль в поперековій області, слабкість, головний біль. При огляді відзначається позитивний симптом Пастернацького зліва. В сечі - піурія, бактеріурія Назвіть найбільш ймовірний діагноз?

*** А) Гострий пієлонефрит.**

В) Гострий цистит.

С) Гострий гломерулонефрит.

Д) Паранефральний абсцес.

Е) Ниркова колька.

358. Хворий Д, 32р. Рентгенологічно - перелом кісток тазу. Скарги на неможливість самотійного сечовипускання. Має місце збільшення сечового міхура, гематома промежини, уретрорагія. Назвіть попередній діагноз.

*** А) Ушкодження сечівника**

В) Гостра недостатність нирок

С) Позаочеревинний розрив сечового міхура

Д) Внутрішньоочеревинний розрив сечового міхура

Е) Ушкодження нирок

359. Хворий, 67 років, скаржиться на шкірне свербіння, зниження маси тіла, апетиту, не переносить жирну та смажену їжу, після котрої посилюється біль у надчеребній зоні, а також на нудоту. Не стійке випорожнення, ахолічний кал. Жовтяниця з'явилася 2-3 тижні тому і поступово зростала, а свербіння шкіри було протягом 3 місяців, за цей термін схудла на 5-6 кг. Об'єктивно: шкіра і слизові оболонки жовті, сліди розчухів, зі сторони легень і серця без патології, АТ 100/60 мм.рт.ст. Язик сухий, живіт здутий, у зоні Шофара пальпується пухлиноподібне утворення. Печінка +2 см, симптом Курвуазьє позитивний. В клінічному аналізі крові: лейкоцити - $8,6 \cdot 10^9$ /л, п/я - 4%, ШОЕ 42 мм на годину. Загальний білірубін - 28,6 , зв'язаний -17 мкмоль/л. Поставте найбільш вірогідний діагноз.

*** А) Рак підшлункової залози.**

- В) Хронічний панкреатит
- С) Хронічний гепатит
- Д) Пухлина фатерова соска
- Е) Диспепсія

360. На 4 добу після пологів у роділлі з'явилися скарги на головний біль, слабкість, болі у молочній залозі праворуч, підвищення t до $39,0^{\circ}\text{C}$, лихоманку. У нижньо-наружному квадранті правої молочної залози пальпується болючий інфільтрат, щільної консистенції, шкіра над ньому гіперемована, горяча на дотик. Пальпуються збільшені лімфатичні вузли праворуч у підмишечній впадині. Діагноз?

*** А) Мастит.**

- В) Фіброзно-кистозна мастопатія.
- С) Післяпологовий матроендометрит.
- Д) Цистаденома правої молочної залози.
- Е) Рак молочної залози.

361. Лікаря швидкої допомоги викликано до постраждалого. Циркулярною пилкою зроблено відрив лівої кисті на рівні променевоzap'ястного суглоба у робітника 25 років. Має місце артеріальна кровотеча. Де треба накласти джгута для тимчасової зупинки артеріальної кровотечі?

*** А) Середня третина плеча.**

- В) Нижня третина передпліччя.
- С) Верхня третина передпліччя.
- Д) Область ліктьового суглоба
- Е) Нижня третина передпліччя.

362. В хірургічну клініку поступив хворий 40 років з травматичним відривом правої гомілки. Тимчасова зупинка кровотечі була зроблена лікарем швидкої допомоги. Стан хворого важкий. Пульс 110 ударів за хвилину, артеріальний тиск 100/ мм рт. ст. Шкіра та слизові оболонки бліді. Які клінічні та лабораторні методи треба використати для достовірної оцінки ваги крововтрати?

*** А) Об'єм циркулюючої крові.**

- В) Показник гематокрита.
- С) Частота пульсу.
- Д) Показник центрального венозного тиску.
- Е) Систолічний артеріальний тиск.

363. У хворого 35 років під час трансфузії 400 мл еритроцитарної маси з'явилися загальний неспокій, короткочасне збудження, біль за грудиною, у попереку, задишка, ціаноз, тахікардія 110 за 1 хв., артеріальний тиск знизився до 90 / 40 мм. рт.ст. Яке гемотрансфузійне ускладнення виникло у хворого?

*** А) Гемотрансфузійний шок**

- В) Синдром масивних гемотрансфузій
- С) Тромбоемболія легеневої артерії
- Д) Цитратна інтоксикація
- Е) Алергічна реакція

364. Хворого, 50 років, через 6 годин після гострого початку хвороби переведено у хірургічне відділення зі скаргами на різку приступоподібну біль у животі, затримку відходження калу та газів. Загальний стан тяжкий, збільшується пульс, АТ 90/60 мм. рт. ст., задишка, шкіряні покрови бліді, загальний цианоз. Язик сухий. При огляді привертає увагу нерівномірно здутий живіт, його асиметрія. Під час ректального дослідження ампула прямої кишки порожня, сфінктер атонічний. Позитивний симптоми Хёшенега, Валя та проба Цаге-Мантейфіла. Якій найбільш імовірний діагноз?

*** А) Заворот сигмовидної кишки**

- В) Рак сигмовидної кишки.
- С) Тромбоз мезентеріальних судин.
- Д) Гостра спайкова непрохідність кишок.
- Е) Заворот сліпої кишки

365. До хірурга поліклініки звернувся хворий 40 років зі скаргами на пульсуючий біль та набряк I пальця правої кисті. Під час огляду виявлено: рівномірний набряк пальця, зглажені міжфалангові борозни. Дослідження гудзиком зондом різко болюче по ходу сухожилів сгиначів. Уражений палець знаходиться в стані згибання. Який діагноз у хворого?

*** А) Сухожильний панариций**

- В) Підшкірний панариций
- С) Пандактилит
- Д) Суглобний панариций
- Е) Кістковий панариций

366. Хворий 20 років скаржиться на задишку, що посилюється при фізичному навантаженні, серцебиття, швидку утомлюваність. Над ділянкою серця визначається систолічне дрижання і грубий систолічний шум у II міжребір'ї у лівого краю грудина, II тон над легеневою артерією послаблений. ЕКГ - відхилення електричної осі серця праворуч, ознаки гіпертрофії правих відділів серця. При рентгенологічному обстеженні - гіпертрофія правого шлуночка. У хворого має місце:

*** А) Ізольований клапанний стеноз легеневої артерії**

- В) Відкрита артеріальна протока
- С) Тетрада Фало
- Д) Пентада Фало
- Е) Дефект міжпередсерцевої перегородки

367. Хворий 58 років скаржиться на постійний біль в епігастрії, що іррадіює в спину і посилюється після прийому жирної їжі. Пацієнт відмічає слабкість, за останні 2 місяці втратив у вазі до 9 кг. Місяць тому з'явилась жовтяниця, що поступово зростає. Живіт м'який, печінка не збільшена. Нb - 68 г/л, лейкоцитоз - $9,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 36 мм/год. При УЗД - жовчний міхур великих розмірів, конкрементів не містить, холедох розширений, в головці підшлункової залози - округле утворення до 4 см в діаметрі без чітких країв. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Рак головки підшлункової залози**

- В) Хронічний індуративний панкреатит
- С) Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки з пенетрацією в головку підшлункової залози
- Д) Рак шлунку з метастазами в печінку
- Е) Хронічний холецистопанкреатит

368. Хворий 42 років госпіталізований до відділення з ознаками гострого шлунково-кишкової кровотечі II ступеня через 2 доби від початку захворювання. "Виразкового" анамнезу немає. В 16 - річному віці переніс хворобу Боткіна. АД - 170/70 мм рт. ст., пульс - 90 уд. в 1 хв. Пальпаторно визначається збільшена селезінка, печінка не пальпірується. Яка причина кровотечі?

*** А) Цироз печінки, портальна гіпертензія**

В) Геморагічний гастрит

С) Гіпертонічна хвороба

Д) Геморагічний діатез

Е) Гострий гепатит

369. В ніч сільську дільничну лікарню доставлено хворого 40 років. Діагностовано перфоративну виразку шлунку. Умови для проведення операції відсутні. Яка лікувальна тактика в даному випадку?

*** А) Транспортувати в ЦРЛ, проводячи лікування за методом Тейлора**

В) Проводить лікування за методом Тейлора на місці

С) Визвати операційну бригаду із ЦРЛ

Д) Транспортувати до ЦРЛ під внутрішньовенним наркозом

Е) Проводить лікування на місці, призначивши антибіотикотерапію і холод

370. Хворий 48 років звернувся до хірургічного стаціонару, в якому рік тому йому було виконано резекцію шлунку за Гофмейстером-Фінстерером з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, з скаргами на постійні приступи слабкості, що супроводжуються біллю в ділянці серця, пітливістю, поносами. Після обстеження було встановлено діагноз: демпінг - синдром середньої важкості. Вкажіть причину розвитку даної патології у хворого.

- * А) Швидка евакуація їжі із шлунку в тонку кишку**
- В) Спадкова схильність
- С) Під'їм осмотичного тиску в просвіті шлунку
- Д) Перерозподіл рідини із судинного русла в тонку кишку
- Е) Прискорений пасаж їжі по кишечнику

371. Хворий 53 років госпіталізований в судинне відділення повторно с клінічною картиною гострого ілео-феморального тромбозу на фоні вже існуючого посттромбофлебетичного синдрому. В анамнезі - тромбоемболія легеневої артерії. Який найбільш ефективний метод потрібно застосувати для профілактики повторної тромбоемболії легеневої артерії?

- * А) Плікація нижньої порожнистої вени**
- В) Еластичне бинтування нижніх кінцівок
- С) Тромболітична терапія
- Д) Строгий ліжковий режим
- Е) Антикоагулянтна терапія

372. У хворої 32 років після перенесеної холецистектомії через 6 місяців знов з'явилися приступи печінкової коліки, які супроводжувались пожовтінням шкіряних покривів. При УЗ дослідженні виявлено “забутий” конкремент 2(1 см в дистальній ділянці холедоха. Яке лікування буде оптимальним?

- * А) Оперативне - холедохолітотомія с дренаванням холедоха**
- В) Консервативна терапія спазмолітиками і жовчогонними препаратами
- С) Літотрипсія
- Д) Оперативне - холедоходуоденоанастомоз
- Е) Ендоскопічна дуоденохоледохоскопія з папілосфінктеротомією і літоекстракцією

373. Хворому 28 років з гострою шлунково-кишковою кровотечею III ступеня виразкового генеза перелито 1000 мл однокрупної консервованої еритроцитарної маси. Назвіть препарат, який необхідно застосувати у хворого під час гемотрансфузії для профілактики цитратної інтоксикації.

- * А) Кальцію хлорид**
- В) Натрію хлорид
- С) Калію хлорид
- Д) Магнію хлорид
- Е) Літію хлорид

374. =Хвора 80 років була прооперована тиждень тому з приводу защемленої стегнової грижі. Страждає на варикозну хворобу нижніх кінцівок. Після операції еластичні бинти на нижні кінцівки не накладали, антикоагулянтну терапію не приймала. На четверту добу після операції хвора піднялась з ліжка і вмерла. Яке ускладнення наступило у хворої?

- * А) Тромбоемболія легеневої артерії**
- В) Інфаркт міокарда
- С) Мозковий інсульт
- Д) Ортостатичний шок
- Е) Колапс

375. =В лікарню доставлено хворого 70 років з симптомами задишки, кашлем. Виражена синюшність губ. Симптоми з`явилися при швидкому з`їданні черешні, коли хворий подавився кісточкою черешні. Визначте діагноз у хворого?

*** А) Стороннє тіло в дихальних шляхах**

- В) Бронхіальна астма
- С) Гострий бронхіт
- Д) Запалення легень
- Е) Рак легень

376. =У хворої 35 років з жовчнокам`яною хворобою після порушення дієти наступив гострий приступ болі в правому підребер`ї, який припинився на 3 добу, але з`явилась жовтяниця, яка з кожним днем наростає. Який неінвазивний метод діагностики хвороби слід застосувати у хворої?

*** А) Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія**

- В) Інфузійна холецистохолангіографія
- С) Визначення рівня білірубіну в крові
- Д) Дуоденальне зондування
- Е) Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини

377. =Хворий 68 років скаржиться на різкі болі в правій стопі, набряк пальців та потемніння шкіри IV пальця. На цукровий діабет хворіє 15 років, лікується нерегулярно. Яке ускладнення цукрового діабету наступило у хворого?

*** А) Гангрена IV пальця правої стопи**

- В) Панарицій
- С) Гематома
- Д) Бешиха
- Е) Перелом IV пальця правої стопи

378. У хворого після декомпенсованого травматичного шоку наступні показники газів крові: pO_2 - 70 мм Нг, pCO_2 - 35 мм Нг. Вкажіть основний метод лікування:

*** А) Самостійне дихання 40% киснем у режимі ПТКВ**

- В) Введення еуфіліну
- С) Інгаляція 100% зволоженого кисню
- Д) Інгаляція 40% зволоженого кисню
- Е) ШВЛ з активним видихом

379. Під час операції з приводу странгуляційної кишкової непрохідності в момент мобілізації хірургом петель кишечника та натягування брижейки напустила зупинка серця. Цього б можна було запобігти шляхом:

*** А) Введення місцевого анестетика у корінь брижейки**

- В) Попереднім введенням адреналіну
- С) Попередньою гіпервентиляцією
- Д) ШВЛ 100% киснем
- Е) Попереднім введенням лідокаїну

380. Хворий 38 років скаржиться на гнійне виділення із лівої половини носу ,утруднене носове дихання, головний біль, важкість в області лівої щоки, підвищення температури тіла до 37,5 С?. Хворіє на протязі 6 днів .Захворювання зв'язує з переохолодженням . Об'єктивно:болісність при пальпації в області лівої щоки. Слизова оболонка лівої половини носової порожнини гіперемована ,набухла, в середньому носовому ході -гнійна полоска . Встановіть діагноз ?

*** А) Лівобічний гострий гайморит.**

- В) Лівобічний гострий фронтит
- С) Лівобічний гострий етмоїдит
- Д) Гострий риніт (нежить)
- Е) Скривлення носової перегородки вліво

381. Хвора 32 років звернулась зі скаргами на біль і відчуття стороннього тіла в гортані .Три години тому їла рибу ,раптово відчула біль ,яка посилюється при ковтанні . Ларингоскопічна картина : в правому грушоподібному синусі визначається фіксована в слизовій оболонці кістка риби . Що насамперед треба зробити у даному випадку ?

*** А) Видалення кістки при непрямій ларингоскопії**

- В) Протизапальна ,дегідраційна терапія
- С) Антибактеріальна терапія
- Д) Щадлива дієта
- Е) Нагляд за хворим

382. У хлопчика грудного віку спостерігаються симптоми інфравезікальної обструкції, яка викликала тяжкі анатомо-фізіологічні порушення з боку верхніх сечових шляхів. Що саме є причиною такого стану у хворій дитини?

*** А) Клапан задньої уретри.**

- В) Гіпертрофія сім'яного горбика.
- С) Уроджений стеноз.
- Д) Меатостеноз.
- Е) Склероз шийки сечового міхура.

383. У новонародженої дитини постійні зригування, блювання, що є одним із проявів низької кишкової непрохідності. Вкажіть необхідні засоби для профілактики аспіраційної пневмонії.

*** А) Декомпресія шлунка за допомогою зонда і виключення харчування через рот.**

- В) Антибактеріальна терапія.
- С) Оксигенація.
- Д) Профілактика геморагічного синдрому.
- Е) Профілактика водно-електролітних порушень.

384. При госпіталізації дитина скаржилася на постійний інтенсивний біль в області гомілки, підвищення температури до 38 (С протягом 5 діб. Відомо, що на початку захворювання педіатр призначав лікування з приводу гострого артрити колінного суглоба (ібупрофен, супрастин, компреси, анальгин). Об'єктивно: набряк верхньої третини гомілки, порушення функції кінцівки. У хворого діагностований гострий гематогенний остеомієліт великогомілкової кістки, місцева форма. Через 12 годин спостереження відзначене деяке ослаблення болю. Чим це може бути зумовлено у даному випадку?

*** А) Проривом гною у піднадкістковий простір зі зниженням внутрішньокісткового тиску.**

В) Поширенням флегмони по фасціальним проміжкам.

С) Деструкцією кортикального шару кістки зі зниженням внутрішньокісткового тиску.

Д) Прийомом нестероїдних протизапальних препаратів.

Е) Дегенерацією нервових закінчень.

385. В період негативних емоцій під час нарахування пенсії пацієнт 60 років помітив раптову втрату предметного зору на ліве око. Гострота зора правого ока 1.0. Середовища прозорі , очне дно - ангіопатія судин сітківки по гіпертонічному типу. Гострота зору лівого ока - світловідчуття з правильною світлопрекцією, око спокійне, середовища прозорі. Очне дно - легка стушованість диска зорового нерва, артерії ниткоподібні, повіки помірно повнокровні. Сітківка у макулярній та парамакулярній зоні ішемічна, у центральному її відділі - яскраво-червона овальної форми пляма. VOT обох очей нормальний. Поставлений діагноз - гостре порушення кровообігу у центральній артерії сітківки. Назвати групу препаратів для ургентного лікування захворювання.

*** А) Вазоділататори**

В) Імунокоректори

С) Мідріатики

Д) Кортикостероїди

Е) Міотики

386. Хвора після гіпертонічного криза помітила значне зниження зору правого ока. Гострота зору правого ока 0,01, не коригує. Око спокійне, середовища прозорі, очне дно - межі диска зорового нерва не окреслені із-за великої кількості крововиливля на ньому і у сітківці біля нього, вени різко покручені, хід їх "губиться" у широких крововиливлях по ходу судинного пучка. До периферії - розмір і кількість крововиливів зменшується. Артерії помітно повнокровні. Візус лівого ока = 1,0. Очне дно - ангіоретінопатія по гіпертонічному і атеросклеротичному типу. Поставлен попередній діагноз: гостре порушення кровообігу у центральній артерії сітківки. Визначте групу препаратів для ургентної допомоги.

*** А) Антикоагулянти**

- В) Імунокоректори
- С) Бета-блокатори
- Д) Кортикостероїди
- Е) Антибіотики

387. Хворий звернувся до лікаря зі скаргами на болі в епігастральній ділянці, нудоту, багаторазову блювоту, вздуття живота, загальну слабкість. Хворіє на протязі 2-х діб. Початок захворювання пов'язує з вживанням алкоголю. Найбільш вірогідний діагноз:

*** А) Гострий панкреатит**

- В) Харчове отруєння
- С) Гострий апендицит
- Д) Проривна виразка
- Е) Гострий холецистит

388. Після пологів жінка 28 років помітила завісу перед правим оком і зниження гостроти зору. Гострота зору правого ока 0,08 з розсіювальним сферичним склом - $9,0D=0,1$. Око спокійне, середовища прозорі. Очне дно - диск чіткий, деклорація у скроневому квадранті, міопічна стафілома. У верхньо-внутрішньому квадранті - складчатість сітківки, коливальні її рухи, судини, що проходять в ній - темного кольору. Гострота зору лівого ока 1,0 з розсіювальним сферичним склом - $9,0D$. Середовища ока прозорі. Очне дно - диск зорового нерву чіткий, деклорація у скроневому відділі, стафілома коло диска міопічного генезу. Сітківка прозора, патології судин немає. Встановлений діагноз - відшарування сітківки правого ока, осьова міопія обох очей. Яка профілактика відшарування сітківки у породіллі з осьовою міопією?

*** А) Виключення другого періоду пологів**

- В) Повна корекція міопії
- С) Вітамінотерапія
- Д) Стимуляція пологової діяльності
- Е) Кератотомія

389. Хворий М., 37 років, скаржиться на різке зниження зору, набряк повік, головний біль. Своє захворювання пов'язує з травмою правого ока, отриманою під час ремонту автомобіля. До лікаря не звертався, лікувався самостійно, приймав анальгетики. З моменту травми пройшло 3 доби. Стан погіршився, зник зір, посилився головний біль. Об'єктивно: праве око. Гострота зору - світловідчуття з невірною проекцією, не корегує. Виражений набряк повік. Хемоз кон'юнктиви. Рогівка мутна, сірого кольору. Гіпопіон заповнює усю передню камеру. Інші середовища ока бачити неможливо. На 3-х годинах - лімбально склеральна рана до 4 мм. На рентгенограмі можна побачити стороннє тіло овальної форми металевої щільності 3(3,5(2,5 мм на 5 годинах в 12 мм від лімба та в 5 мм від осі віка. Діагноз захворювання.

*** А) Проникна склеральна рана, внутрішньоочне стороннє тіло, ендоофтальміт**

- В) Проникна склеральна рана, ірідоцикліт
- С) Проникна склеральна рана, кератит
- Д) Проникна склеральна рана, катаракта
- Е) Проникна склеральна рана, металоз

390. У хворого 63 років скарги на різке зниження зору у правому оці, почервоніння ока, головний біль, з ірадіацією у праву скроню, праву половину лица та шиї, нудота, рвота, “райдуга” коло джерела світла. Описані явища розвились через 4 години після прийому у окуліста, де з діагностичною ціллю був інстілірован розчин атропіну 1%. Об(єктивно: візус правого ока =0,02, не коригує. Очне яблуко різко застійне, ін(єцировано, рогівка набрякша, мутна, поверхня її шереховата, передня камера мілка, зіниця широка, не світло не реагує, у проходячому світлі з очного дна тусклий рожевий рефлекс, очне дно у густому тумані, деталі не диференціюються. Встановлено діагноз - гострий приступ глаукоми. Визначте патогенез захворювання.

*** А) Блокада кута передньої камери корнем радужки**

- В) Медикаментозна терапія
- С) Спазм акомодациї
- Д) Параліч акомодациї
- Е) Гострий іридоцикліт

391. У дитини 8 років батьки помітили постійно червоні, потовщені края повік, більш часте кліпання. Об(єктивно: шкіра країв повік помірно гіперемована, серед вій багато лусочек сірувато-жовтих, які нагадують лупу, лгко відділяються; шкіра під ними дещо тонша. Кон(юнктива усіх відділів, серед очей - без патології. Поставлен діагноз - лускатний блефарит. Які міри профілактики блефарита у даному віці?

*** А) Корекція аномалій рефракції, лікування захворювань шлунково-кишкового тракту**

- В) Дієтотерапія
- С) Лікувальна фізкультура, вітамінотерапія
- Д) Лазеротерапія, масаж края повік
- Е) Електрофорез повік 1% хлористим кальцієм

392. Жінка 23 років поступила в хірургічне відділення зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,50С, дрижаки, біль в правій молочній залозі при доторкуванні. При пальпації залози відмічається локальне підвищення температури, болючість в верхньо-зовнішньому квадранті і ущільнення. Який найбільш імовірний діагноз?

*** А) Мастит**

- В) Лактостаз
- С) Абсцесс млочної залози
- Д) Лімфоденіт
- Е) Флегмона молочної залози

393. Породілля 24 років надійшла в хірургічне відділення на 14 добу після фізіологічних пологів зі скаргами на підвищення температури тіла до 390С, дрижаки, біль в лівій молочній залозі, почуття розпирання. Під час годування жінка щадить ліву молочну залозу і годує дитину тільки правою. При огляді ліва молочна залоза нерівномірно збільшена в порівнянні з правою, локальне почервоніння та підвищення температури, пальпаторно - ущільнення, болючість в нижньо-внутрішньому квадранті. Який найбільш імовірний діагноз?

*** А) Мастит**

- В) Лактостаз
- С) Абсцесс млочної залози
- Д) Лімфоденіт
- Е) Флегмона молочної залози

394. Хвора 42 років скаржиться на схуднення (6 кг протягом останнього року), збільшення кількості дефекацій до 7-10 разів на добу, котрі супроводжується болючими тенезмами, наявністю великої кількості слизу та крові в калі. Хворіє близько 3 років, виснажливі загострення виникають по кілька разів на рік, тривають 4-8 тижнів. Результати багаторазових досліджень калу на дизбактеріоз негативні. Проходила курси емпіричної терапії антибіотиками широкого спектру дії, котрі суттєвого покращення стану не дали. При обстеженні в період ремісії - загальноклінічні показники в нормі, при колоноскопії виявлені незначні ознаки проктиту. Яке дослідження необхідно провести для встановлення остаточного діагнозу?

*** А) Ректороманоскопію з біопсією слизової оболонки.**

В) Ірігоскопію.

С) Обзорну рентгенографію органів черевної порожнини

Д) УЗД органів черевної порожнини.

Е) Погодинну ентерографію ("пасаж барію").

395. Хворий 62 років скаржиться на наявність випинання в лівій паховій ділянці, яке поступово збільшується, опускається в калитку. Протягом останніх 3-х діб випинання стало плотним, помірно болючим, припинилося відходження стулу та газів. З'явилась нудота. Випинання, яке раніше вправлялося в черевну порожнину, тепер не вправляється. Кожна над випинанням не змінена. Зовнішнє пахове кільце не пальпується. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Калове защемлення. Гостра кишкова непрохідність**

В) Невправима лівобічна пахова кила

С) Паховий лімфаденіт

Д) Запалення лівобічної пахової кили

Е) Копростаз

396. Хвора, 30 років, скаржиться на затримку стула до 15-20 діб, неможливість випорожнення кишечника без допомоги клізми або засобів, які послаблюють. Відмічає зниження маси тіла, періодично рідкий стул, неможливість утримання газів. Болі по ходу товстого кишечника, особливо виражені у правій здухвинній ділянці. Болі мають схваткоподібний характер. Хворіє близько 1,5 років. Протягом 8 років жила з батьками у тропічній країні. Вживала багато цитрусових.

*** А) Копроліт**

- В) Геморой
- С) Рак прямої кишки
- Д) Хвороба Гіршпрунга
- Е) Хвороба Крона прямої кишки

397. Дитина 3 років не має самостійного стулу до 5-7 діб. Без клізми кишечник не випорожняється. Виявляється затримка у фізичному і розумову розвитку. Не розмовляє. Кахектична. Живіт збільшений у розмірах. При пальпації виявляється щільно-еластичне пухлино подібне утворення, яке займає всю черевну порожнину. Per rectum: ампула прямої кишки пуста. Затримка стулу спостерігається з самого моменту народження.

*** А) Хвороба Гіршпрунга**

- В) Заворот сигмоподібної кишки
- С) Синдром Ледда
- Д) Ілеоцекальна інвагінація
- Е) Меконіальна непрохідність

398. Хворий 60 років скаржиться на виділення крові темного кольора з калом, ленто подібну форму калового потоку, багато порційне випорожнення товстого кишечника, болючість акта дефекації. Хворіє протягом трьох місяців. Відмічає незначну втрату маси тіла. Живіт помірно вздутий, м'який, без ознак подразнення очеревини. Перкуторно по ходу товстого кишечника - тимпаніт. Per rectum: ампула прямої кишки пуста. Тонус анального сфінктера знижений. Який попередній діагноз?

*** А) Рак ректосигмоїдного вигину товстої кишки. Часткова товстокишкова непрохідність.**

- В) Гостра анальна тріщина
- С) Хронічний парапроктит
- Д) Неспецифічний виразковий коліт. Токсична балонна дилатація товстої кишки
- Е) Геморой

399. Хворий 40 років доставлений у відділення зі скаргами на різкі болі в животі і його асиметрію, які раптово виникли після значного прийому їжі. Болі мають схваткоподібний характер. Був одноразовий рідкий стул. Гази не відходять. При пальпації живіт м'який, без ознак подразнення очеревини. В черевній порожнині пальпується рухоме, болюче пухлино подібне утворення туго еластичної консистенції. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Заворот сигмоподібної кишки.**

- В) Гострий панкреатит
- С) Гострий гастро дуоденіт
- Д) Пухлина шлунку
- Е) Рак прямої кишки

400. Хворий 55 років, через 1,5 години після значного прийому їжі відчув різкі, схваткоподібні болі, які раптово виникли в епігастральній ділянці. Болі не зменшувалися і не знімалися прийомом спазмолітиків. Поступово приєдналось вздуття живота, була 3-разова блювота їжею, одноразово - рідкий стул без патологічних доміжків. Гази не відходять, перкуторно в черевній порожнині - тимпаніт. Перистальтичні шуми - дзвінки. Симптомів подразнення очеревини немає. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Внутрішнє защемлення. Механічна кишкова непрохідність.**

- В) Перфоративна виразка
- С) Гострий панкреатит
- Д) Странгуляційна кишкова непрохідність
- Е) Розлитий перитоніт

401. Хворий 62 років, скаржиться на вздуття животу, закрепи, метеоризм, різку слабкість, похудання. Протягом останніх 6 місяців випорожняє кишківник тільки за допомогою клізми або прийомом послаблюючих засобів. При пальпації живота в лівій здухвинній ділянці визначається пухлино подібне утворення. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Рак нисхідної ободової кишки, хронічна часткова товстокишкова непрохідність**

- В) Пухлина брижжі товстої кишки
- С) Пухлина лівої нирки і сечовидільного каналу
- Д) Рак прямої кишки
- Е) Пухлина позаочеревинного простору.

402. Хворий 48 років був доставлений у стаціонар з підозрою на інфекційний гепатит. Хворий скаржиться на загальну слабкість, свербіння шкіри, сухість в роті, знебарвлення стулу, потемніння сечі. У хворого спостігається жовтяниця, яка виникла раптово тиждень тому, без больового нападу. Нудоти, блювоти теж не було. Білірубін підвищений за рахунок прямої фракції. Проби на вірусний гепатит негативні. Раніше ніколи не лікувався з приводу захворювань шлунково-кишкового тракту. Який найбільш вірогідний попередній діагноз?

*** А) Пухлина головки підшлункової залози**

В) Хронічний токсичний гепатит

С) Жовчокам'яна хвороба

Д) Хвороба Боткіна

Е) Пухлина Фатерова сосочка

403. Хворий надійшов у стаціонар через 3 доби від початку захворювання. Скаржиться на сильний біль у правому підребр'ї, лихоманку і жовтяницю. За результатами біохімічного дослідження, білірубін підвищений за рахунок, в основному, прямої фракції. Конкременти в протоках не виявлені, але холедох збільшений до 14 мм. Ваш попередній діагноз?

*** А) Холангіт**

В) Гострий холецистит

С) Обтурація дистального відділу холедоха.

Д) Пухлина головки підшлункової залози

Е) Гострий панкреатит

404. Хворий надійшов у хірургічне відділення через 1 добу після виникнення механічної жовтяниці. Після всебічного обстеження був встановлений діагноз: жовчо-кам'яна хвороба, холедохолітиаз. Ваша лікувальна тактика.

*** А) Ендоскопічна папілотомія з видаленням конкрементів. В другу чергу - холецистектомія**

- В) Холецистектомія з зовнішнім дренажуванням протоків
- С) Холецистектомія
- Д) Холецистостомія або холецистоеюностомія
- Е) Інтенсивна консервативна терапія

405. У хворого 70 років після ампутації нижньої кінцівки з приводу атеросклеротичної гангрени стопи на фоні миготливої аритмії на третій день після операції раптово виник гострий за грудинний біль, задишка. Шкіра холодна, волога, ціаноз верхньої половини грудної клітки і шиї за типом „комірця Стокса”, тахікардія, падіння артеріального тиску. Про яке ускладнення можна думати в першу чергу?

*** А) Тромбоемболія легеневої артерії**

- В) Інфаркт міокарда
- С) Напад бронхіальної астми
- Д) Стороннє тіло в дихальних шляхах
- Е) Гостре порушення мозкового кровообігу

406. У хворого 45 років з механічною жовтяницею після всебічного обстеження було встановлено діагноз: рак головки підшлункової залози. Проростання пухлини за межі органа, ураження регіонарних лімфовузлів, а також віддалених метастазів не виявлено. Загально-соматичний стан хворого задовільнений. Яка повинна бути хірургічна тактика в данному випадку?

*** А) Панкреатодуоденальна резекція**

- В) Абдомінізація підшлункової залози
- С) Білідігестивний обхідний анастомоз
- Д) Панкреатоєюностомія
- Е) Іноперабельний випадок

407. У хворого 49 років на фоні загострення жовчо-кам'яної хвороби виникла жовтяниця. Під час УЗД виявлено розширення холедоха і конкремент діаметром до 1 см в дистальному відділі загальної жовчної протоки. Яка тактика лікування найбільш прийнятлива?

*** А) Ендоскопічна папілосфінктеротомія з екстракцією конкремента. Другим етапом – лапароскопічна холецистектомія**

- В) Інтенсивна консервативна терапія
- С) Лапароскопічна холецистектомія
- Д) Холецистектомія з зовнішнім дрениванням холедоха
- Е) Холецистектомія, холедохолітотомія.

408. Хворий доставлений у хірургічний стаціонар з діагнозом: закрыта травма живота. Яке додаткове обстеження в першу чергу слід виконати для виключення ушкодження внутрішніх паренхиматозних органів?

*** А) УЗД**

- В) Оглядова рентгенографія
- С) Загальний аналіз крові
- Д) Ангіографія
- Е) ФГДС

409. Хворий з діагнозом закритої травми живота потрапив у хірургічне відділення через 6 годин після травми. Геодинамічні показники стабільні. Вільного газу в черевній порожнині не виявлено. Лабораторні показники крові в нормі. УЗД виконати немає можливості. У хворого зберігається біль в животі. Симптоми подразнення очеревини сумнівні. Напруження м'язів передньої черевної стінки немає. Ваша подальша тактика.

*** А) Лапароцентез або лапароскопія**

- В) Динамічний нагляд за хворим в умовах хірургічного стаціонару
- С) Хворий може знаходитись під амбулаторним наглядом хірурга поліклініки за місцем проживання
- Д) Ангіографія, реовазографія
- Е) ФГДС

410. Хворого доставлено у стаціонар з відкритою травмою живота - ножевим пораненням. Хворий відчуває себе задовільнено. Пульс і артеріальний тиск нормальні. Лабораторні показники крові в межах норми. Живіт болісний в області ножевого поранення. Симптомів перитоніту немає. Яка повинна бути тактика ведення хворого?

*** А) Ревізія раньового каналу**

- В) Екстрена лапаротомія
- С) Динамічне спостереження за хворим
- Д) ФГДС
- Е) УЗД

411. Хворий 20 років скаржиться на біль в лівому оці, погіршення зору. На прогулянці в лісі поранився гілкою дерева. Об'єктивно: світлобоязнь, слъозотеча, блефароспазм, змішіна ін'єкція очного яблука. Гіпотонія. Лінійна рана рогівки, передня камера мілка. Зіниця неправильної форми. Ціліарних болей немає. Надайте невідкладну допомогу.

*** А) Закапати антисептик, накласти пов'язку на обидва ока, направити до офтальмолога в лежачому положенні**

В) Закапати антисептик. Покласти хворого на носилки, відправити до офтальмологічного відділення

С) Закапати антисептик, накласти пов'язку на ліве око, направити до офтальмолога

Д) Закапати антисептик, направити до офтальмолога

Е) Накласти біокулярну пов'язку. Направити до офтальмолога.

412. Хворий скаржиться на погіршення зору правим оком, яке виникло раптово (годину тому), коли в око щось потрапило при роботі в майстерні. Об'єктивно: світлобоязнь, слъозотеча, блефароспазм. Рана рогівки ока переходить на склеру, крововилив в кон'юнктиву, випадіння райдужки та ціліарного тіла в рану, мілка передня камера. Зміщення зіниці в бік рани, гіпотонія. Ваша тактика.

*** А) Закапати антисептик, накласти пов'язку на обидва ока, направити до офтальмолога в лежачому положенні**

В) Закапати антисептик, накласти пов'язку на око, направити до офтальмолога

С) Закапати антисептик. Покласти хворого на носилки, відправити до офтальмологічного відділення

Д) Закапати антисептик, направити до офтальмолога

Е) Накласти біокулярну пов'язку, лежачи направити до офтальмолога

413. Хворий Б. 31 року звернувся до вас зі скаргами на гострий біль в лівому оці, який виник під час роботи на токарному станку 2 години тому. Об'єктивно: змішана ін'єкція очного яблука, світлобоязнь, слъозотеча, блефароспазм, гіпотонія. На кон'юнктиві склери лівого ока валик синюшного кольору з кривовиливом, передня камера відсутня. Зіниця неправильної форми. Згустки крові на райдужці. Ваша тактика.

*** А) Закапати антисептик, накласти пов'язку на обидва ока, направити до офтальмолога в лежачому положенні**

В) Закапати антисептик, накласти пов'язку на ліве око, направити до офтальмолога

С) Закапати антисептик. Покласти хворого на носилки, відправити до офтальмологічного відділення

Д) Закапати антисептик, направити до офтальмолога

Е) Накласти бінокулярну пов'язку, лежачи направити до офтальмолога

414. До вас звернулась хвора зі скаргами на відчуття стороннього тіла, світлобоязнь, слъозотечу, біль в правому оці. Ці скарги виникли раптово після падіння під час збирання в лісі грибів. Об'єктивно: світлобоязнь, слъозотеча, блефароспазм. Рана рогівки лінійної форми, сіруватого кольору, мілка передня камера, кров в передній камері . Зіниця звужена. Ваша тактика.

*** А) Закапати антисептик, накласти пов'язку на обидва ока, направити до офтальмолога в лежачому положенні**

В) Закапати антисептик, накласти пов'язку на око, направити до офтальмолога

С) Закапати антисептик. Покласти хворого на носилки, відправити до офтальмологічного відділення

Д) Закапати антисептик, направити до офтальмолога

Е) Накласти бінокулярну пов'язку, лежачи направити до офтальмолога

415. В око хворої С., 25 років, на роботі потрапив розчин вапна і вона звернулась до вас. Об'єктивно: гіперемія повік, світлобоязнь, слъозотеча, блефароспазм. Рогівка набрякла, тьмяна, сіруватого кольору, кон'юнктива білувата, в нижньому склепінні шматочки вапна. Ваша тактика.

*** А) Промити кон'юнктивальну порожнину водою, закапати антисептик. Направити до окуліста.**

В) Видалити шматочки вапна, промити водою, закапати дезінфікуючий розчин, направити до окуліста

С) Закапати антисептик, направити до офтальмолога

Д) Видалити шматочки вапна, промити водою, закапати дезінфікуючий розчин

Е) Видалити шматочки вапна, направити до окуліста.

416. До вас звернувся хворий зі скаргами на біль в правому оці, , світлобоязнь, слъозотечу, відчуття стороннього тіла в оці, зниження гостроти зору. Ви з'ясували, що в око потрапила сірчана кислота. Об'єктивно: гіперемія шкіри, білісуватість кон'юнктиви в нижньому склепінні. Рогівка тьмяна в нижньому сегменті. Вміст передньої камери прозорий. Зіниця вузька. Ваша тактика.

*** А) Промити кон'юнктивальну порожнину водою, закапати дезінфікуючий розчин, направити до окуліста.**

В) Промити кон'юнктивальну порожнину водою, закапати дезінфікуючий розчин, накласти пов'язку на око, направити до окуліста.

С) Направити до окуліста

Д) Промити кон'юнктивальну порожнину дезінфікуючим розчином, направити до окуліста

Е) Промити кон'юнктивальну порожнину водою, направити до окулісту.

417. Хворий 31р., працюючи на токарному верстаті, несподівано відчув біль у лівому оці. Об'єктивно: світлобоязнь, слъозотеча, блефароспазм, змішана ін'єкція очного яблука, валик синюшного кольору з масивним крововиливом в кон'юнктиву, передня камера відсутня, зіниця неправильної форми. Гіпотонія ока. Діагноз.

*** А) Контузія ока**

- В) Проникаюче поранення склери
- С) Проникаюче поранення рогівки
- Д) Проникаюче корнео-склеральне поранення
- Е) Крововилив під кон'юнктиву

418. До Вас, лікаря будь-якого фаху, доставили хворого, який зазнав удару камінням. Об'єктивно: зниження зору, змішана ін'єкція, ерозія рогівки, кров в передній камері. Нормотонія ока. Діагноз.

*** А) Контузія ока**

- В) Проникаюче поранення рогівки
- С) Проникаюче поранення склери
- Д) Проникаюче корнео-склеральне поранення
- Е) Кератит

419. До Вас звернувся хворий зі скаргами на погіршення зору правого ока, біль в оці. В анамнезі – удар палицею в око 20 хвилин тому. Об'єктивно: змішана ін'єкція очного яблука, ерозія рогівки, кров в передній камері, тремтіння райдужки, легка гіпотонія ока. Діагноз.

*** А) Контузія ока**

- В) Проникаюче поранення рогівки
- С) Кератит
- Д) Проникаюче поранення склери
- Е) Іридоцикліт

420. До Вас звернулась мати з дитиною, яка на прогулянці травмувала око гілкою дерева. Об'єктивно: гіперемія та набряк повік, змішана ін'єкція очного яблука, ерозія рогівки, вміст передньої камери прозорий, глибина звичайна. Зіниця кругла, райдужка не змінена. Внутрішньо очний тиск нормальний. Діагноз.

*** А) Контузія ока**

- В) Проникаюче поранення рогівки
- С) Кератит
- Д) Проникаюче поранення склери
- Е) Іридоцикліт

421. Дитина 1,5 років кашляє протягом 2 місяців, особливо вранці та під час рухів. Температура тіла нормальна. Лікується амбулаторно з приводу обструктивного бронхіту безуспішно. Яке суттєве дослідження необхідно виконати в цьому випадку?

*** А) бронхоскопія;**

- В) бронхографія
- С) аналіз крові
- Д) томографія
- Е) фіброезофагоскопія

422. У дитини зі скаргами на блювання незмінною їжею, схуднення, частий кашель, під час рентгенологічного обстеження виявлено: відсутність газового міхура шлунку, розширений стравохід, динамічне його звуження в ділянці кардії. Який діагноз найбільш вірогідний?

*** А) Пептична стриктура стравоходу**

- В) Ахалазія стравоходу;
- С) Халазія стравоходу;
- Д) Вроджений стеноз стравоходу;
- Е) Апластичний гастрит.

423. У дитини 6 місяців скарги на блювання з народження, часті респіраторні захворювання. Маса тіла 5 кг. У віці 4 місяців встановлений діагноз халазії кардії. Проведено курс консервативного лікування протягом 1 місяця. При ендоскопічному дослідженні виявлено ерозивний езофагіт, кардія відкрита. При рентгеноконтрастному дослідженні відмічено: кут Гіса 110°, шлунково-стравохідний рефлюкс до аортального звуження стравоходу, евакуація зі шлунку відбувається відразу. Який метод лікування необхідно провести в даному випадку?

*** А) Зондове харчування;**

В) Медикаментозне лікування;

С) Парентеральне харчування з медикаментозною терапією

Д) Антирефлюксна операція;

Е) Комбінація зондового та парентеральне харчування з медикаментозною терапією.

424. У дитини через 1 місяць після прийому агресивної хімічної рідини при ендоскопічному дослідженні виявлено рубцеву тканину в стравоходу, яка звужує його просвіт. Відомо, що рідиною був лужний розчин. Який патогенез стенозу стравоходу?

*** А) Коагуляційний некроз;**

В) Колікваційний некроз;

С) Зондування стравоходу після травми;

Д) Шлунково-стравохідний рефлюкс;

Е) Ішемія зони стенозу

425. Хлопчик 6 років захворів раптово 5 годин тому. Під час гри у дитячому садку у дитини виник напад надзвичайно сильних болів у животі, багаторазова блювота жовчю. При поступленні стан дитини важкий. Язик сухий. Живіт різко роздутий, болючий по всій поверхні, кишкові шуми не вислуховуються, м'язове напруження передньої черевної стінки не виявляються. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини – “чаші Клойбера”. Якою патологією зумовлена непрохідність у дитини?

*** А) патологія жовточної протоки;**

В) копростаз;

С) глистна інвазія;

Д) грижа стравохідного отвору діафрагми;

Е) стороннє тіло шлунково-стравохідного тракту

426. Новонароджена дитина дводенного віку. Маса тіла при народженні 4 400 г. Пологи патологічні: після народження голівки плода пологи припинилися, виникла загроза асфіксії. У цій критичній ситуації акушерка не знайшла іншого рішення проблеми, як виконати тракцію за голівку. Після народження дитини виявлено відсутність активних рухів правої руки. Об'єктивно: В латеральній правій ділянці шиї набряк тканин, пальпація їх — болюча. Права рука нерухома, активні рухи відсутні, пасивні можливі, але викликають різке занепокоєння дитини і плач. При поколюванні голкою правої руки — реакція дитини відсутня. Звужена щілина правого ока, звужена зіниця ока. Сухожильні рефлекси з правої верхньої кінцівки — відсутні. Встановіть діагноз.

*** А) Пологове ушкодження правого плечового сплетення**

В) Перелом шийних хребців

С) Забій м'яких тканин шиї

Д) Пологовий перелом плечової кістки

Е) Гіпоксична енцефалопатія

427. У дитини 8 років суглобово-вісцеральна форма ювенільного ревматоїдного артриту (ЮРА). Виражений інтоксикаційний синдром, який проявляється загальною слабкістю, відсутністю апетиту, емоційною лабільністю. Підвищена температура тіла до 37. 90С, виражений больовий суглобовий синдром, загальні клінічні та лабораторні ознаки III ступеня активності процесу. Проведена детоксикаційна терапія, призначені НПЗП не дали бажаного позитивного результату. Препарати, якої групи доцільно призначити для зниження активності процесу?.

*** А) Глюкокортикостероїдні (ГКС)**

- В) Цитостатичні імунодепресанти
- С) Сульфосалазін
- Д) Солі золота
- Е) Препарати амінохінолінового ряду

428. Дитині 9 років, об'єктивно: зниженої вгудованості, в'яла, гіпотрофія м'язів кінцівок, колінні суглоби збільшені в об'ємі, шкіра над ним бліда з посиленням судинного малюнку та гарячі на дотик, позитивний симптом „балотування надколінка”, при спробі визначити об'єм пасивних рухів в них- відчуття сильного болю. Із анамнезу: три тижні тому перенесла ГРВЗ, що супроводжувалось підвищенням загальної t до 390C з появою на її піках рожевого висипання на тулубі та відчуттям зуду, почервонінням та зудом в очах, загальною слабкістю. Через 2 дні з'явився набряк та болі гомілковоступеневих суглобів. Пройшла курс АБ-терапії, приймала НПЗП, але t0 зберігається в межах субфебрильної. З'явилась ранішня скутість в суглобах. На рентгенограмах колінних суглобів: розширення суглобової щілини, остеопороз, деформація епіфізів. Дані сонографії: потовщення та набряк тканин суглоба, проліферативні явища в верхньому завороті. В аналізі крові: ^ШОЕ, нейтрофільний лейкоцитоз, гіпохромна анемія, ^рівня заг. білку за рахунок збільшення ?2 та ?- глобулінів, ^ вмісту С - реактивного білку. Ваш клінічний діагноз ?.

*** А) Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА)**

В) Ревматизм

С) Інфекційно-алергічний артрит

Д) Реактивний артрит

Е) Септичний бактеріальний артрит

429. Дитині 11 років, об'єктивно: положення в ліжку пасивне, лежить на спині, зігнувши колінні та ліктьові суглоби. Зниженої вгудованості, пастозність обличчя. Дефігурація суглобів нижньої кінцівки з відносною гіпотрофією м'язів, параартикулярні тканини набрякші, шкіра над ними бліда з посиленням судинного малюнку гарячі на дотик, при рухах - сильний біль. Підвищена t_0 тіла до 38.60°C , в суглобі визначається вільна рідина. При пальпації збільшення в розмірах печінки та селезінки, що підтверджується сонографічно, а також пальпуються підпахвинні лімфовузли. На груді, сідницях рожеве поліморфне висипання з відчуттям зуду. На рентгенограмах- розширення суглобової щілини, остеопороз. В аналізі крові: $\uparrow$ ШОЕ, нейтрофільний лейкоцитоз, гіпохромна анемія, $\uparrow$ рівня заг. білку за рахунок збільшення γ та β - глобулінів, $\uparrow$ вмісту С - реактивного білку. Із анамнезу: 4 тижні тому лікувалась в інфекційній лікарні з приводу фолікулярної ангіни, але не дивлячись на прийнятий курс АБ-терапії та НПЗП температура зберігалась субфебрильною, суглобові зміни прогресували, поступово з'явилась ранішня скутість. Ваш клінічний діагноз?

*** А) Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА)**

- В) Ревматизм
- С) Інфекційно-алергічний артрит
- Д) Реактивний артрит
- Е) Септичний бактеріальний артрит

430. Хворого 27 років лікували вдома з послідовно зміненими діагнозами: „ГРЗ”, „пневмонія”, але без ефекту: утримувалася Т - 38,5 о - 39о, головний біль, безсоння, затримка випорожнень; на 17 день хвороби після порушення режиму харчування виникли різкі болі в животі, нудот, тричі була блювота, слабкість. При огляді: хворий збуджений, свідомість ясна, шкіра бліда, язик сухий, АТ 90/60 мм рт. ст., в легенях везикулярне дихання, живіт не приймає участі в акті дихання, при пальпації болючий в усіх ділянках, позитивні симптоми подразнення очеревини. Що могло зумовити виникнення такого стану:

*** А) Наявність виразок у тонкому кишківнику**

- В) Бактеріємія
- С) Зневоднення
- Д) Розрив селезінки
- Е) Тромбоз мезентеріальних судин

431. Лікар оглядає хворого, який лежить нерухомо на боці з приведеними до живота нижніми кінцівками, охопивши живіт руками, уникає зміни положення тіла. Обличчя змарніле, бліде з краплинами холодного поту, погляд зляканий, очі запавші. Кінцівки холодні, дихання часте, поверхневе, частота пульсу до 50-60 уд. в 1 хв. Артеріальний тиск знижений. Ваш попередній діагноз:

*** А) Проривна виразка**

- В) Гострий апендицит
- С) Кишкова непрохідність
- Д) Гострий холецистит
- Е) Ниркова шпигота

432. Хворий К. 33р звернувся до лікаря через 14 годин після початку захворювання зі скаргами на незначну біль в епігастральній ділянці та правій половині живота. Із анамнезу встановлено, що захворювання почалося з раптового "кинжального" болю в епігастрії. Через 2 години біль зменшився, хворий відчуває себе задовільно. Найбільш вірогідний попередній діагноз:

*** А) Прикрита проривна виразка**

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

433. Хворий скаржиться на інтенсивний біль в животі, який виник раптово 2 години тому назад. При об'єктивному дослідженні м'язи передньої черевної стінки напружені „дошкоподібний” живіт, симптоми подразнення очеревини (с-м Щьоткина-Блюмберга) позитивні, перкуторно печінкова тупість відсутня (с-м Спигарного), температура тіла 36,6 С, частота пульсу 60 уд в 1 хв. Ваш діагноз:

*** А) Проривна виразка**

- В) Гострий апендицит
- С) Гострий холецистит
- Д) Гострий панкреатит
- Е) Кишкова непрохідність

434. Хворий скаржиться на раптовий „кинжальний” біль в животі, нудоту, одноразову блювоту. Об'єктивно: живіт „дошкоподібний”, позитивні симптоми подразнення очеревини. Запідозрено проривну виразку. Для підтвердження діагнозу найбільш інформативним методом інструментального дослідження є:

*** А) Фіброгастроудоденоскопія з наступною рентгеноскопією черевної порожнини**

- В) Рентгеноскопія шлунка
- С) УЗД черевної порожнини
- Д) Комп'ютерна томографія
- Е) Іригоскопія

435. Хворий звернувся до лікаря зі скаргами на болі в правій здухвинній ділянці, нудоту, підвищення температури тіла до 38 С, загальну слабкість. Із анамнезу – болі з’явилися 6 годин тому назад в епігастральній ділянці, потім змістились в праву здухвинну (с-м Кохера-Волковича). Ваш попередній діагноз:

*** А) Гострий апендицит**

- В) Гострий холецистит
- С) Гострий панкреатит
- Д) Проривна виразка
- Е) Ниркова шпигота

436. Хворий звернувся до лікаря через 3 тижні з початку захворювання, яке почалося з болю в правій здухвинній ділянці, підвищення температури тіла до 38 С. За медичною допомогою не звертався. На момент огляду скарги на локальну болючість в првій здухвинній ділянці, температура тіла нормальна. При об’єктивному дослідженні в правій здухвинній ділянці пальпується щільне помірно болюче новоутворення. Ваш попередній діагноз:

*** А) Щільний апендикулярний інфільтрат**

- В) Защемлена пахова грижа
- С) Пухлина сліпої кишки
- Д) Абсцедуючий апендикулярний інфільтрат
- Е) Лімфоденіт

437. В результаті клінічного обстеження хворого, який скаржиться на болі в животі лікар встановив попередній діагноз гострий панкреатит. Який метод інструментального дослідження найбільш інформативний:

*** А) УЗД**

- В) Оглядова рентгеноскопія черевної порожнини
- С) ФГДС
- Д) Ангіографія
- Е) Колоноскопія

438. Хвора К. скаржиться на болі в правому підребір'ї, нудоту, блювоту, загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38 С. Захворювання почалося гостро після вживання жирної їжі. При об'єктивному дослідженні живота визначені позитивні симптоми: Мерфі, Ортнера, Образцова. Ваш попередній діагноз:

*** А) Гострий холецистит**

- В) Гострий панкреатит
- С) Гострий апендицит
- Д) Гостра кишкова непрохідність
- Е) Проривна виразка

439. При огляді хворого з болями в животі встановлено попередній діагноз гострий холецистит. Який метод інструментального дослідження найбільш інформативний:

*** А) УЗД**

- В) Внутрішньовенна холангіографія
- С) Рентгенографія черевної порожнини
- Д) ФГДС
- Е) Колоноскопія