

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

**Кафедра и клиника хирургических болезней им.проф.А.М.Дыхно с
курсом эндоскопии и эндохирургии ПО**

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Сборник тестовых заданий с эталонами ответов
для ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.65 Торакальная хирургия

Красноярск

2018

УДК
ББК
С

Составители: д.м.н., проф. Черданцев Д.В., ассистент Дударев А.А..

Тестовые задания с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014. по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия; адаптированы к образовательным технологиям с учётом специфики обучения по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №__ от «__»_____20__).

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Урове нь приме нения	Вид формиру емой компетен ции
1.	МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ - ЭТО 1) перечень наименования болезней в определенном порядке 2) перечень диагнозов в определенном порядке 3) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу 4) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями 5) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5, ПК-4, ПК-10
2.	МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАН ИЛИ ИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ: 1) несовершеннолетним детям 2) при несчастных случаях, травмах, отравлениях 3) лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ 4) лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями представляющие опасность для окружающих 5) при хронических заболеваниях	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-4, ПК-5, ПК-7
3.	РАЗРЕШЕНИЕ НА ЗАНЯТИЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКОЙ ВЫДАЕТ: 1) орган управления здравоохранением области 2) министерство здравоохранения РФ 3) профессиональная мед. ассоциация 4) местная администрация по согласованию с профессиональными	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-4, ПК-5, ПК-10

	мед. Ассоциациями 5) никто не выдает			
4.	В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИ РАЗВИТЫХ СТРАН ВЕДУЩИЕ МЕСТА ЗАНИМАЮТ: 1) инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения, психические заболевания 2) болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления 3) новообразования, травмы и отравления, болезни органов дыхания 4) болезни желудочно-кишечного тракта, легочной системы 5) отравления и паразитарные заболевания	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-4, ПК-5, ПК-10
5.	НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ: 1) официальная информация о смертности населения 2) данные страховых компаний 3) эпидемиологическая информация 4) данные мониторинга окружающей среды и здоровья 5) регистры заболеваний, несчастных случаев и травм	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-4 ПК5, ПК-10
6.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ - ЭТО: 1) улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий 2) степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов 3) степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи 4) продолжительность жизни 5) численность населения	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-4 ПК-5 ПК-10

7.	НЕ ДОПУСКАЮТСЯ К РАБОТЕ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ: 1) работники моложе 18 лет 2) беременные женщины и женщины, имеющие детей в возрасте до 3 лет 3) инвалиды только с их согласия и при условии, если такая работа не запрещена им медицинскими рекомендациями 4) женщины имеющие детей младше 3 лет 5) все вышеперечисленные контингенты	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10
8.	НЕ ДОПУСКАЕТСЯ УВОЛЬНЕНИЕ РАБОТНИКА ПО ИНИЦИАТИВЕ АДМИНИСТРАЦИИ: 1) в период пребывания работника в командировке, в период судебного разбирательства 2) в период пребывания работника в ежегодном отпуске (кроме случая ликвидации предприятия), в период временной нетрудоспособности 3) все вышеперечисленное (1,2) верно 4) отсутствие работника без уважительной причины на рабочем месте 5) нет правильного ответа	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5, ПК-10
9.	МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПОДЛЕЖАЩИЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ: 1) частные амбулаторно-поликлинические учреждения 2) научно-исследовательские институты 3) государственные больницы 4) все медицинские учреждения независимо от форм собственности 5) не подлежат	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10
10.	К СОЦИАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ, БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА, ОТНОСЯТСЯ: 1) неблагоприятные жилищно-бытовые условия 2) материальная необеспеченность	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5 ПК-10

	3) низкий интеллектуальный уровень 4) беспорядочный образ жизни 5) все перечисленное			
11.	В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ СОТРУДНИКОВ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: 1) отдельного гардероба 2) специальной одежды для персонала 3) отдельного помещения для приема пищи 4) отдельной регистратуры	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5 ПК-10
12.	ПРИЧИНАМИ НЕСВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ: 1) дефекты в профилактической работе 2) неполноценное обследование в поликлинике и стационаре 3) небрежное отношение больного к своему здоровью 4) незнание врачами общей сети “масок” туберкулеза (врачебные ошибки) 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-4 ПК-5 ПК-10
13.	ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ: 1) массовые профилактические обследования населения на туберкулез 2) обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях 3) регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу 4) санитарно-просветительную работу с населением 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-4 ПК-5

14.	ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) предметы окружающей среды 2) продукты питания 3) больной человек 4) все перечисленное	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5
15.	ЧАЩЕ ЗАБОЛЕВАЮТ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И УМИРАЮТ ОТ НЕГО: 1) мужчины 2) женщины 3) одинаково часто и мужчины, и женщины 4) дети 5) пенсионеры	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5
16.	СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ПРОВОДИТСЯ: 1) с 10-летнего возраста 2). с 12-летнего возраста 3). с 15-летнего возраста 4). с 18-летнего возраста 5). выбор возраста определяется эпидемической ситуацией	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5
17.	ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, СОСТАВЛЯЮЩИЕ РАБОТУ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА – ЭТО: 1) наблюдение за контингентом по группам учета 2) ведение документации и отчетности 3) амбулаторное лечение больных и проведение химиопрофилактики 4) диагностика туберкулеза 5) все перечисленное.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5 ПК-10
18.	ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-4 ПК-10

	ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) массовая туберкулинодиагностика 2) флюорография 3) обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру 4) обследование на туберкулез групп риска. 5) все не верно			
19.	ОСНОВНЫМИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ФТИЗИАТРОМ В СВОЕЙ РАБОТЕ, ЯВЛЯЮТСЯ: 1) заболеваемость туберкулезом 2) инфицированность и риск инфицирования населения микобактериями туберкулеза 3) болезненность населения туберкулезом 4) смертность от туберкулеза 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-4 ПК-10
20.	АНАСТОМОЗЫ С ВЕНАМИ ЛИЦА И ВЕНАМИ МЯГКИХ ПОКРОВОВ ЧЕРЕПА ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИНУСЫ ТВЁРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ МОЗГА: 1) верхний сагиттальный (стреловидный) синус 2) нижний сагиттальный синус 3) поперечный синус 4) сигмовидный синус 5) правильно 1, 4	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
21.	ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА ЛИЦЕВОГО НЕРВА НЕ ИМЕЕТСЯ ПРИЗНАКОВ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ: 1) угла рта 2) крыльев носа 3) лба 4) правильно 2 и 3 5) правильно 1 и 2	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
22.	ЛИМФОИДНОЕ КОЛЬЦО СОСТАВЛЯЕТ:	5	ВК, ТК,	ПК-5

	1) нёбные миндалины 2) глоточная миндалина 3) трубные миндалины 4) язычная миндалина 5) все перечисленные		ГИА	
23.	ВОЗНИКНОВЕНИЕ СИМПТОМА "ОЧКОВ" ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ОБЪЯСНЯЕТСЯ: 1) Повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке 2) Разрывом зрительной артерии 3) Повреждением внутренней сонной артерии в полости черепа 4) Повреждением передней решетчатой вены 5) Повреждением решетчатой задней вены	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
24.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) внутриартериальное введение антибиотиков 2) лечебные бронхоскопии 3) внутримышечное введение антибиотиков 4) общеукрепляющее лечение и иммунотерапия 5) сочетание всех вышеперечисленных методов	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
25.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ: 1) пневмотомия 2) клиновидная резекция легкого 3) пневмоэктомия 4) лобэктомия 5) торакопластика	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
26.	СРЕДНЯЯ АРТЕРИЯ ТВЁРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ОТХОДИТ: 1) от наружной сонной 2) от внутренней сонной 3) от лицевой 4) от внутренней челюстной	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	5) от подключичной			
27.	ЗАБРОС ГНОЙНЫХ ЭМБОЛОВ В ПЕЩЕРИСТЫЙ СИНУС ВОЗМОЖЕН: 1) через верхнюю глазничную вену 2) через нижнюю глазничную вену 3) через переднюю лицевую вену 4) Через крыловидное венозное сплетение д) Через все названные вены	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
28.	ГОРТАНЬ ОКРУЖЕНА СЛЕДУЮЩИМИ ОРГАНАМИ: 1) спереди-надгортанные мышцы, с боков-щитовидные железы, сзади-глотка, сверху-корень языка, снизу-трахея 2) спереди-надгортанные мышцы, с боков-щитовидные железы, сзади-пищевод, сверху-глотка, снизу-трахея 3) могут быть оба варианта	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
29.	В СОСТАВ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ НЕРВЫ: 1) блуждающий нерв 2) Нисходящая ветвь подъязычного нерва 3) Промежуточный нерв 4) Пограничный симпатический ствол 5) Правильно А и Б	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
30.	УЧИТЫВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЮ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО МЕЖРЕБЕРНОГО ПУЧКА ПУНКЦИЮ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ БЕЗОПАСНЕЕ ПРОВОДИТЬ: 1) во 2-3 межрёберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра 2) в 7-8 межрёберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра 3) в 7-8 межрёберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра 4) в 5-6 межрёберных промежутках по передне подмышечной линии 5) в любом из указанных мест	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

31.	КОНИКОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ: 1) ниже подъязычной кости 2) между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом 3) между перстневидным и щитовидным хрящами 4) в любом месте трахеи 5) в области яремной вырезки	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
32.	ПОСТОЯННЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА ИМЕЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕСТАХ: 1) 1-в самом начале пищевода, 2-у места пересечения пищевода дугой аорты и левым бронхом, 3-в абдоминальной части пищевода и в диафрагмальной части 2) 1-в начальном отделе пищевода, 2-выше места пересечения пищевода дугой аорты, 3-у места прохождения пищевода диафрагмы 3) 1-в начальном отделе пищевода, 2-у места прилегания к пищеводу перикарда, 3-в абдоминальной части пищевода 4) Во всех указанных местах	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
33.	ВОЗВРАТНЫЙ НЕРВ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ: 1) диафрагмального нерва 2) симпатического ствола 3) блуждающего нерва 4) шейного сплетения 5) все неверно	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
34.	ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ: а) Незаращением межпредсердной перегородки б) Незаращением Боталлова протока в) Незаращением межжелудочковой перегородки г) Плотным срастанием вен шеи с фасциями д) Рассечением фасциальноклетчаточных пространств	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	шеи 1) верно а,б 2) верно б,в 3) верно в,г 4) верно а,г 5) верно б,д			
35.	ЭЛЕМЕНТЫ КОРНЯ ПРАВОГО ЛЁГКОГО В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ В НАПРАВЛЕНИИ СПЕРЕДИ-НАЗАД И СНИЗУ-ВВЕРХ РАСПОЛОЖЕНЫ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ: 1) Ветви лёгочной артерии-главный бронх-2 лёгочные вены 2) 2 лёгочные вены-ветви лёгочной артерии-главный бронх 3) Главный бронх-лёгочные вены-лёгочная артерия 4) Возможен любой из этих вариантов	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
36.	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ПРОИСХОДИТ БЛОКАДА: 1) передних корешков 2) задних корешков 3) спинномозгового нерва 4) вагуса 5) межреберных нервов	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
37.	НИЖНЮЮ ДОЛЮ ПРАВОГО ЛЁГКОГО СОСТАВЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СЕГМЕНТЫ: 1) 5,7,9,10 2) 6,7,8,9,10 3) 8,9,10 4) 4,5,6 5) 8,9,10	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
38.	БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ В ЗОНЕ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ. ОН ОБУСЛОВЛЕН РАЗДРАЖЕНИЕМ: 1) блуждающих нервов 2) большого чревного нерва 3) диафрагмального нерва 4) симпатического ствола 5) спинномозгового	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
39.	ПРИЧИНОЙ	3	ВК,	ПК-5

	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАРЕЗОВ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПУЛЬМОЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ: 1) диафрагмального нерва 2) пограничного симпатического ствола 3) правого блуждающего нерва 4) большого чревного нерва справа 5) все неверно		ТК, ГИА	
40.	ЭЛЕМЕНТЫ КОРНЯ ПРАВОГО ЛЁГКОГО В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ В НАПРАВЛЕНИИ СПЕРЕДИ-НАЗАД И СНИЗУ-ВВЕРХ РАСПОЛОЖЕНЫ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ: 1) ветви лёгочной артерии-главный бронх-2 лёгочные вены 2) 2 лёгочные вены-ветви лёгочной артерии-главный бронх 3) главный бронх-лёгочные вены- лёгочная артерия 4) возможен любой из этих вариантов 5) все неверно	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
41.	НИЖНЮЮ ДОЛЮ ЛЕВОГО ЛЁГКОГО СОСТАВЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СЕГМЕНТЫ: 1) 5,7,9,10 2) 6,8,9,10 3) 8,9,10 4) 7,8,9,10 5) 4,5	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
42.	БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ ВЫЗЫВАЕТ: 1) учащение сердечных сокращений и усиление систолы 2) учащение сердечных сокращений и ослабление систолы 3) урежение частоты сердечных сокращений и ослабление систолы 4) урежение частоты сердечных сокращений и усиление систолы 5) все верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
43.	ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ ПРАВАЯ ЛЁГОЧНАЯ АРТЕРИЯ	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	РАСПОЛОЖЕНА: 1) под местом впадения непарной вены в верхнюю полую вену 2) над местом впадения непарной вены в верхнюю полую вену 3) под лёгочной веной 4) под бронхом 5) все неверно			
44.	МЕСТОМ ОТВЕТВЛЕНИЯ ЛЕВОГО ВОЗВРАТНОГО НЕРВА: 1) над стволом левой ветви лёгочной артерии 2) над дугой аорты 3) под стволом левой ветви лёгочной артерии 4) под дугой аорты 5) в проекции правого корня	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
45.	УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНУЮ КИСЛОРОДНУЮ ЕМКОСТЬ КРОВИ И ТРАНСПОРТ O₂ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ГЕМАТОКРИТ НЕ НИЖЕ: 1) 20-25% 2) 30% 3) 35% 4) 40% 5) 45%	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
46.	ГИПЕРЕМИЯ ЛИЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ ОБЪЯСНЯЕТСЯ: 1) Блокадой блуждающего нерва 2) Усилением кровотока 3) Блокадой симпатического ствола 4) Блокадой нисходящей ветви подъязычного нерва 5) Правильно А и Б	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
47.	УЧИТЫВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЮ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО МЕЖРЕБЕРНОГО ПУЧКА ПУНКЦИЮ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ БЕЗОПАСНЕЕ ПРОВОДИТЬ: 1) Во 2-3 межрёберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	2) В 7-8 межрёберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра 3) В 7-8 межрёберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра 4) В любом из указанных мест			
48.	ПОЯВЛЕНИЕ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ, ШЕИ И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНОГО ПРИКОРНЕВЫМ РАКОМ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОБУСЛОВЛЕНО: 1) сдавлением правой легочной артерии 2) прорастанием опухоли в непарную вену 3) сдавлением верхней легочной вены справа 4) сдавлением верхней полой вены 5) сдавлением грудного лимфатического протока	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
49.	БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ В ЗОНЕ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ. ОН ОБУСЛОВЛЕН РАЗДРАЖЕНИЕМ: 1) блуждающих нервов 2) большого чревного нерва 3) диафрагмального нерва 4) симпатического ствола	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
50.	В СОСТАВ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ НЕРВЫ: 1) блуждающий нерв 2) нисходящая ветвь подъязычного нерва 3) промежуточный нерв 4) пограничный симпатический ствол 5) правильно 1 и 2.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
51.	ГРУДНОЙ ПРОТОК ВПАДАЕТ: 1) в правый венозный угол 2) в правую внутреннюю яремную вену 3) в верхнюю полую вену 4) в левый венозный угол 5) все неверно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
52.	ФУТЛЯР ДЛЯ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ ОБРАЗУЕТ	4	ВК, ТК,	ПК-5

	В ОСНОВНОМ: 1) поверхностная фасция 2) глубокая (предпозвоночная) фасция 3) собственная фасция 4) срединная (внутренностная) фасция 5) все неверно		ГИА	
53.	ПОСТОЯННЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА ИМЕЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕСТАХ: 1) 1-в самом начале пищевода, 2-у места пересечения пищевода дугой аорты и левым бронхом, 3-в абдоминальной части пищевода и в диафрагмальной части 2) 1-в начальном отделе пищевода, 2-выше места пересечения пищевода дугой аорты, 3-у места прохождения пищевода диафрагмы 3) 1-в начальном отделе пищевода, 2-у места прилегания к пищеводу перикарда, 3-в абдоминальной части пищевода 4) во всех указанных местах 5) все неверно	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
54.	ВОЗВРАТНЫЙ НЕРВ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ: 1) диафрагмального нерва 2) симпатического ствола 3) блуждающего нерва 4) шейного сплетения 5) межреберного	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
55.	ВЕНОЗНЫЙ ОТТОК ИЗ ПИЩЕВОДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ: 1) от верхних 2/3 - в нижнюю полую вену, от нижней трети - в систему воротной вены 2) от верхней 2/3 в непарную и полунепарную вены, от нижней трети - в лёгочные вены 3) от верхней трети - в подключичную вену, от нижних 2/3 в вены бронхов и трахей 4) от верхних 2/3 - в систему верхней полую вену, от нижней трети - в систему воротной вены 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

56.	ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) бронхиальный свищ, эмпиема плевры 2) внутриплевральное кровотечение 3) сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких 4) нагноение послеоперационной раны 5) все перечисленные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
57.	ИЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) бронхография 2) рентгенография 3) рентгеноскопия 4) томография 5) компьютерная томография	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
58.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОРАЖАЕТ: 1) верхние доли обоих легких 2) базальные сегменты нижних долей 3) базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми 4) сегментами верхней доли левого легкого или средней доли 5) правого легкого	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
59.	ВЫДЕЛЕНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОПАСНОСТЬЮ ПОВРЕЖДЕНИЯ: 1) подключичной вены 2) возвратного нерва 3) верхней полой вены 4) яремной вены 5) щитовидной железы	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
60.	ИОНИЗИРУЮЩИЕ ИЗЛУЧЕНИЯ ОБЛАДАЮТ КАНЦЕРОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ: 1) в малых дозах 2) в больших дозах 3) не обладают канцерогенным действием 4) не доказано	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	5) все неверно			
61.	С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВИРУСА НЕ СВЯЗЫВАЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ: 1) Рака шейки матки 2) Рака печени 3) Рака желудка 4) Рака носоглотки 5) Лейкозов	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
62.	ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРИСУЩИ: 1) инфильтративный рост 2) экспансивный рост 3) нарушение дифференцировки клеток 4) правильно 2 и 3 5) все ответы правильны	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
63.	ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЕТ: 1) снижение показателей клеточного иммунитета 2) снижение показателей гуморального иммунитета 3) состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей 4) влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно 5) всё перечисленное	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
64.	РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДАЮТ ЛУЧШИЙ результат при локализации опухоли: 1) в верхневнутреннем квадранте 2) в верхне-наружном квадранте 3) в нижне-внутреннем квадранте 4) в нижне-наружном квадранте 5) все неверно	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
65.	ТЕРМИН "СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ" ОЗНАЧАЕТ: 1) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии 2) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	3) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов 4) ни одно из перечисленных 5) все верно			
66.	ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ: 1) легких 2) органов брюшной полости 3) молочной железы 4) щитовидной железы 5) правильно 3 и 4	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
67.	ВНУТРИПРОТОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ: 1) при бесконтрастной маммографии 2) при дуктографии 3) при крупнокадровой флюорографии 4) выявлены рентгенологически быть не могут 5) все не верно	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
68.	ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВОЗМОЖНА: 1) при ультразвуковом исследовании 2) при маммографии 3) при термографии 4) при использовании всех перечисленных методов 5) ни при одном из перечисленных методов	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
69.	ПАРЕНХИМУ НОВООБРАЗОВАНИЯ СОСТАВЛЯЮТ: 1) Собственно опухолевые клетки 2) Соединительная ткань 3) Кровеносные и лимфатические сосуды 4) Нервы и клеточные элементы стромы 5) Всё перечисленное верно	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
70.	ДЛЯ ОПУХОЛИ ПАНКОСТА ХАРАКТЕРНО 1) субплевральное расположение 2) локализация в области верхушки	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	легкого 3) инфильтрирующий рост 4) прорастание задних отрестков ребер 5) все перечисленное			
71.	ДЛЯ ОПУХОЛИ ПАНКОСТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО 1) эмфизема легких 2) раннее кровохарканье 3) локализация в области верхушки легкого 4) полное отсутствие клинических проявлений 5) наличие обструктивного пневмонита	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
72.	ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ РАКЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ 1) больших размерах опухоли 2) прорастании в грудную стенку 3) появлении метастазов в плевру 4) сдавлении растущей опухолью крупного бронха 5) все перечисленное верно	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
73.	ДЛЯ РАКА ВЕРХУШКИ ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНО 1) интенсивные боли в надплечье с иррадиацией в руку 2) деструкция задних отрестков ребер 3) симптом Горнера 4) все перечисленное 5) ничего из перечисленного	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
74.	ПРИ АТЕЛЕКТАЗЕ ДОЛИ ЛЕГКОГО НАБЛЮДАЕТСЯ 1) повышение температуры 2) смещение трахеи (симптом Рубинштейна) 3) укорочение перкуторного звука над областью ателектаза 4) симптом Гольцкнехта-Якобсона 5) все перечисленное	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
75.	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ЛЕГКОГО УТОЧНЯЕТСЯ ПРИ 1) обзорной R графии грудной клетки	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2) пневмомедиастинографии 3) торакоскопии 4) компьютерной томографии 5) все перечисленное			
76.	ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РАК ЛЕГКОГО И АДЕНОМУ БРОНХА ПОЗВОЛИТ 1) пневмография 2) медиастиноскопия 3) торакоскопия 4) бронхоскопия с биопсией 5) все перечисленное	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
77.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЛЕГКОГО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ 1) бронхоскопия 2)каваграфия 3)бронхография 4)сцинтиграфия 5)все перечисленное	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
78.	ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СУБПЛЕВРАЛЬНОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ 1) слабость 2) кахексия 3) выраженная анемия 4) повторная пневмония 5) геморрагический плеврит	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
79.	О IV СТАДИИ РАКА ЛЕГКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ 1) ателектаз легкого 2) геморрагический плеврит с наличием атипических клеток 3) синдром Горнера 4) все перечисленные признаки 5) только 2) и 3)	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
80.	РАКОМ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ: 1) Мужчины 2) Женщины 3) В возрасте 40-50 лет 4) В возрасте 60-70 лет 5) Правильно 1 и 4	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-4 ПК-5
81.	К ПРЕДОПУХОЛЕВЫМ	1	ВК,	ПК-5

	ЗАБОЛЕВАНИЯМ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НА ФОНЕ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ: а) рубцовая стриктура б) ахалазия в) синдром Пламмера - Винсона г) пищевод Барретта д) кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп) 1). Всё перечисленное 2). Всё перечисленное, кроме а 3). Всё перечисленное, кроме а и б 4). Всё правильно, кроме а, б и в 5). Всё правильно, кроме а, б, в и г		ТК, ГИА	
82.	РАК ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТ: 1) верхнюю треть 2) среднюю треть 3) нижнюю треть 4) Правильно 2 и 3	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
83.	ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ: 1) в печени 2) в легких 3) в почках 4) в костях 5) во всех перечисленных органах	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
84.	ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ТИПЫ РОСТА ОПУХОЛИ: 1) язвенный 2) узловой (бородавчато-папилломатозный) 3) инфильтративный (скиррозный) 4) все ответы верны	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
85.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) повышенное слюноотделение 2) тошнота 3) дисфагия 4) рвота	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	5) боли за грудиной			
86.	ДИСФАГИЯ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОЖЕТ ИМЕТЬ: 1) рефлекторный характер 2) стойкий характер, обусловленный обтурацией опухолью 3) смешанный-рефлекторный и механический характер 4) все ответы верны	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
87.	БОЛИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ ЛОКАЛИЗИРОВАТЬСЯ В ОБЛАСТИ: 1) шеи 2) грудной клетки 3) эпигастрия 4) все ответы верны 5) верны ответы 2 и 3	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
88.	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ: 1) охриплость голоса 2) кашель 3) эмпиема плевры 4) медиастинит 5) всё перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
89.	К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ: 1) Нарушение акта глотания 2) Изменение эластичности стенки пищевода 3) Неровность контура пищевода 4) Деформации рельефа слизистой 5) Правильно 2 и 4	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
90.	В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ? 1) 1-3 года 2) 4-6 лет 3) 7-10 лет 4) 11-12 лет 5) 13-15 лет	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-4 ПК-5
91.	КОГДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПЕРВУЮ ЭЗОФАГОСКОПИЮ ПРИ СВЕЖИХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА? 1) 5-6 день	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2) через 2 недели 3) через 3 недели 4) через месяц 5) через 1 год			
92.	НА 6-ОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ОПРЕДЕЛИЛИ ГИПЕРЕМИЮ, ОТЕК, НАЛОЖЕНИЯ ФИБРИНА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ: 1) продолжать симптоматическое лечение в стационаре 2) выписать под наблюдение 3) бужирование пищевода 4) гастростомия 5) эзофагостомия	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
93.	У РЕБЕНКА С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ВИДНЫ ГРАНУЛЯЦИИ, НАЛОЖЕНИЯ ФИБРИНА. ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ? 1) гастростомию 2) бужирование 3) физиолечение 4) продолжить консервативное лечение 5) наблюдение в стационаре	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
94.	ЧЕМ НЕ СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ ЖЕЛУДОК ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЩЕЛОЧАМИ? 1) водой 2) молоком 3) 0,1% раствором соляной кислоты 4) 4% раствором соды 5) все верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
95.	ЧЕМ НЕ СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ ЖЕЛУДОК ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ? 1) водой 2) молоком 3) 4% р-ром соды 4) 0,1% р-ром соляной кислоты 5) 2% р-ром соды	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

96.	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БУЖИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ОЖОГАХ III СТЕПЕНИ? 1) 1 месяц 2) 3 месяца 3) 6 месяцев 4) 1 год 5) 2 года и более	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
97.	ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА II СТЕПЕНИ РЕБЕНКА НЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАЛИ. КАКОВЫ ПОСЛЕДСТВИЯ? 1) выздоровление 2) умеренное сужение пищевода 3) выраженное сужение пищевода 4) язва ДПК 5) медиастинит	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
98.	ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ (ПЕРВИЧНЫМ) СИМПТОМОМ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА? 1) боль во рту, глотке 2) рвота 3) гиперемия, отек слизистой рта 4) следы ожога губ, кожи лица 5) гипотрофия	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
99.	ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ВЫЯВЛЕНЫ ЯЗВЫ, ГРАНУЛЯЦИИ, ОТЕК, СУЖЕНИЕ ПРОСВЕТА. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОЖОГА? 1) ожог легкой степени 2) ожог средней степени 3) ожог тяжелой степени	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
100.	КЛИНИКО– МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ: 1) медленный рост 2) скудная клиника до возникновения осложнений 3) редкое озлокачествление 4) ровная, гладкая поверхность с наличием капсулы	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	5) все перечисленное			
101.	АДЕНОМА БРОНХА КАРЦИНОИДНОГО ТИПА ПРОДУЦИРУЕТ: 1) гистамин 2) брадикинин 3) серотонин 4) инсулин 5) альдостерон	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
102.	КЛИНИКА ЦЕНТРАЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: 1) аллергизацией 2) нарушением бронхиальной проходимости 3) прорастанием сосудов и нервов 4) все перечисленное 5) ничего из перечисленного	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
103.	ПРИЗНАКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ ПРИ АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИИ 1) обрыв сосудов 2) наличие дополнительных сосудов в. смещение сосудов опухолью 3) все перечисленное 4) ничего из перечисленного 5) все неверно	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
104.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО: 1) округлая форма, однородная структура 2) дорожка к корню 3) наличие полости распада 4) звездчатость 5) все неверно	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
105.	ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ЭХИНОКОККОМ ПРОИСХОДИТ И: 1) употреблении копченого мяса и рыбы; 2) употреблении сырых яиц и рыбы; 3) вдыхании возбудителя с пылью; 4) выделке меха; 5) во всех вышеуказанных случаях.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5

106.	ЭХИНОКОКК В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО: 1) кишечнику; 2) межфасциальным пространствам; 3) кровеносным и лимфатическим сосудам; 4) мочевыводящим путям; 5) желчевыводящим путям.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
107.	УКАЖИТЕ ИЗБИРАТЕЛЬНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЭХИНОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА: 1) почки, надпочечники, спинной мозг; 2) желудочно-кишечный тракт; 3) легкие, головной мозг, печень; 4) подкожная клетчатка, костный мозг; 5) поджелудочная железа, селезенка.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
108.	УКАЖИТЕ ОБОЛОЧКИ ЭХИНОКОККОВОГО ПУЗЫРЯ: 1) интермедиарная, мезотелиальная; 2) пиогенная, промежуточная; 3) мембранозная, серозная; 4) зародышевая, хитиновая; 5) эпителиальная, грануляционная.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
109.	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА НЕХАРАКТЕРНО: 1) боль; 2) перитонит; 3) плеврит; 4) абсцедирование; 5) кишечная непроходимость.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
110.	ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЦИРРОЗА ЛЕГКОГО ИЛИ ЕГО ЧАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) уменьшение объема, избыточность и деформация легочного рисунка, потеря воздушности в пораженном участке легкого 2) повышение воздушности непораженных отделов легких	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3) деформация, расширение и стеноз бронхов 4) смещение и деформация корня легкого, смещение средостения в сторону поражения 5). все ответы правильные			
111.	ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДОЛЕВОЙ И СЕГМЕНТАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИИ В ЛЕГКИХ СТРОГО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) обзорная рентгенография органов грудной клетки; 2) полипозиционная рентгеноскопия органов грудной клетки; 3) зонограмма; 4) рентгенография органов грудной клетки в боковой проекции; 5) рентгенография органов грудной клетки в латеропозиции.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
112.	РЕТРОМАНУБРИАЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ГАЗОКОНТРАСТА ПРИ ПНЕВМОМЕДИАСТИНОГРАФИИ ПОКАЗАН У БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИИ В: 1) верхнем отделе переднего средостения; 2) верхнем отделе центрального средостения; 3) среднем или нижнем отделах переднего средостения; 4) заднем средостении; 5) в любом отделе средостения.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
113.	ДИАГНОЗ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОГО РАНЕНИЯ С РАЗРЫВОМ ДИАФРАГМЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН С БОЛЬШОЙ ДОЛЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ ПРИ СОЧЕТАНИИ: 1) торакоскопии и рентгенографии органов грудной клетки; 2) рентгенографии органов грудной и брюшной полостей и диагностического пневмоперитонеума;	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3) рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости УЗИ грудной клетки и брюшной полости; 4) торакоскопии и лапароскопии; 5) лапароскопии и УЗИ органов грудной клетки и брюшной полости..			
114.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРОСТОЙ И КИСТОЗНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) рентгенотомография; 2) ангиопульмонография; 3) бронхоскопия; 4) бронхография; 5) перфузионное сканирование легких.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
115.	ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАКЛЕОДА И СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ: 1) плевральную пункцию с манометрией; 2) бронхоскопию; 3) бронхографию; 4) ангиопульмонографию; 5) исследование ФВД.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
116.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДОЛИ НЕПАРНОЙ ВЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) дугообразная линия, идущая от корня легкого к диафрагме, в средней части которой имеется округлая тень (непарной вены) диаметром 5-7 мм; 2) дугообразная линия, расположенная горизонтально от корня легкого до грудной стенки, в средней части которой имеется округлая тень (непарной вены) диаметром 5-7 мм; 3) дугообразная линия, идущая от верхушки правого легкого к корню, в нижней части которой имеется овальная тень (непарной вены) размерами 7-8 мм; 4) дополнительная треугольная тень,	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	прилежащая к тени средостения справа выше корня легкого; 5) дополнительная треугольная тень, прилежащая к тени средостения справа ниже корня легкого.			
117.	В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОГО СВИЩА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПРИМЕНИТЬ: 1) УЗИ плевральной полости, КТ, плеврографию; 2) рентгенографию грудной клетки, плевроскопию, плеврографию; 3) рентгеномографию, трахеобронхоскопию, культеграфию; 4) плевроскопию, медиастиноскопию; 5) трахеобронхоскопию, плеврографию.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
118.	К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ТЭЛА ОТНОСИТЬСЯ: 1) расширение и деформация корня легкого, выбухание конуса легочной артерии, наличие треугольной или инфильтративной тени, дисковидные ателектазы, локальное просветление участка легкого, высокое стояние купола диафрагмы, плевральный выпот; 2) расширение корня легкого, расширение тени сердца, обеднение легочного рисунка на всем протяжении легкого, треугольные тени, ограничение подвижности купола диафрагмы; 3) расширение корня легкого, диффузное обеднение легочного рисунка с многочисленными полиморфными инфильтративными тенями, массивный плевральный выпот; 4) расширение корня легкого и тени сердца, выбухание конуса легочной артерии, расширение тени верхней полой и непарной вены, дисковидные ателектазы, плевральный выпот; 5) расширение корня легкого, расширение тени сердца, «прозрачное»	1	ВК, ТК, ГИА ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	легкое, множественные инфильтративные тени, плеврит, уплощение купола диафрагмы.			
119.	МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ОБЪЁМА ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ЭМПИЕМЫ, ПРИ НАЛИЧИИ ПЛЕВРО-КОЖНОГО СВИЩА, ЯВЛЯЕТСЯ : 1) обзорная рентгенография грудной клетки. 2) МСКТ лёгких. 3) плеврография. 4) рентгеномография 5) все неверно	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
120.	СИМПТОМ "БАРАБАННЫХ ПАЛОЧЕК" И "ЧАСОВЫХ СТЕКОЛ": 1) является характерным только для бронхоэктатической болезни 2) может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях 3) легких и плевры 4) более характерен для пороков сердца 5) характерен для актиномикоза	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
121.	ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ “ ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС “- ЭТО: 1) первичный туберкулез, характеризующийся наличием туберкулезных изменений в легких 2) туберкулез, характеризующийся наличием инфильтрата в легких, воспалительной дорожки к корню легкого и регионарным лимфаденитом 3) туберкулез первичного периода, характеризующийся наличием очага или инфильтрата в легком, воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
122.	ПЕРВОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРИ ИНВАЗИИ И РАЗМНОЖЕНИИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В ОЧАГЕ ПОРАЖЕНИЯ БУДЕТ: 1). образование казеозного некроза	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2) формирование туберкулезной гранулемы 3) инфильтрация ткани нейтрофильными лейкоцитами			
123.	В СОСТАВ ПЕРВИЧНОГО КОМПЛЕКСА ВХОДЯТ: 1) легочный очаг и туберкулез регионарных лимфатических узлов 2) легочный очаг, специфический лимфангит и туберкулез регионарных лимфатических узлов 3) специфический эндобронхит, легочный очаг и туберкулез регионарных лимфатических узлов	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
124.	ПОРАЖЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ КОМПЛЕКСЕ – ЭТО: 1) инфильтративный бронхоаденит 2) туморозный бронхоаденит 3) казеозный бронхоаденит	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
125.	СПЕЦИФИЧНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СКОПЛЕНИЕ В ОЧАГЕ ПОРАЖЕНИЯ: 1). лимфоидных клеток 2). нейтрофильных клеток 3). эпителиоидных клеток с включением гигантских типа Лангханса	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
126.	ПОНЯТИЕ “ЭКЗОГЕННАЯ” СУПЕРИНФЕКЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ: 1) проникновение извне инфекции в ранее неинфицированный организм 2) проникновение извне инфекции в уже инфицированный организм 3) повторное проникновение извне инфекции в ранее неинфицированный организм	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
127.	ОТЛИЧИЕ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА В	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ ОТ ЕГО ТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРИЧНОМ ПЕРИОДЕ СОСТОЯТ: 1) в более высокой общей сенсibilизации органов и тканей к туберкулезной инфекции 2) в большей наклонности к генерализации инфекционного процесса 3) в более частом возникновении параспецифических реакций в тканях разных органов 4). во всем перечисленном			
128.	ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ БУГОРОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ: 1) гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Лангханса, в центре которой имеется участок казеозного некроза 2) инфильтрат, состоящий из скопления нейтрофилов, лимфоидных, эпителиоидных клеток с некрозом в центре и включением гигантских клеток Лангханса 3) гигантские клетки Лангханса	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
129.	ПАТОМОРФОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА – ЭТО: 1) уменьшение заболеваемости населения туберкулезом 2) изменение клинического течения и морфологических проявлений инфекционного процесса 3) уменьшение смертности от туберкулеза 4) снижение инфицированности населения туберкулезом	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
130.	ТУМОРОЗНЫЙ ВАРИАНТ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1) большим размером поражения лимфатических узлов 2) выраженным казеозным некрозом	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3) склонностью к осложненному течению 4) гиперергическими туберкулиновыми пробами 5) всеми перечисленными признаками			
131.	ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ: 1) с неспецифическим лимфаденитом 2) с лимфогранулематозом 3) с саркоидозом 4) со злокачественной опухолью 5) со всем перечисленным	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
132.	ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ: 1) туберкулезом бронхов и бронхолегочным поражением 2) ателектазом 3) диссеминацией 4) плевритом 5) всем перечисленным\	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
133.	ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) вторичным процессом по отношению к легочным формам туберкулеза 2) осложнением диссеминированного туберкулеза легких 3) самостоятельной формой туберкулеза органов дыхания и развивается преимущественно у детей, подростков и взрослых (до 25 лет) в результате первичного заражения туберкулезом 4) формой внелегочного туберкулеза и может развиваться в любом возрасте в результате первичного заражения туберкулезом 5) локальным проявлениям туберкулеза периферических лимфатических узлов	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
134.	ПРИ КАЗЕОЗНОМ НЕКРОЗЕ	4	ВК,	ПК-6

	ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) пункция наиболее крупных лимфоузлов, эвакуация казеоза и введение противотуберкулезных препаратов 2) операция медиастиноскопии, пункция лимфоузлов и эвакуация казеоза 3) операция лимфодулотомии или лимфодулектomie 4) эндолимфатическое введение противотуберкулезных препаратов 5) трансбронхиальная пункция с введением противотуберкулезных препаратов в лимфоузлы или лимфотропная терапия		ТК, ГИА	
135.	В ФАЗЕ ИНФИЛЬТРАЦИИ МАЛАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНА: 1) только рентгенологически по прямым признакам 2) рентгенологически по косвенным признакам 3) по клиническому течению 4) все верно 5) все не верно	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
136.	РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПОРАЖАЮТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ: 1) ортоградного распространения инфекции из первичного очага 2) распространения инфекции по ходу отводящих лимфатических сосудов с возникновением в стенке сосудов воспалительных изменений продуктивного характера 3) перехода специфического процесса со стенки отводящего лимфатического сосуда на регионарные лимфоузлы 4) все перечисленное 5) все не верно	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

137.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ КОМПЛЕКСЕ ВОВЛЕКАЮТСЯ В ПРОЦЕСС ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ: 1) бронхопульмональные лимфоузлы 2) лимфатические узлы верхнего средостения 3) лимфатические узлы, регионарные к легочному компоненту 4) все перечисленные 5) все не верно	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
138.	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) перифокальное воспаление 2) гиперплазия лимфаденоидной ткани 3) казеозный некроз 4) фиброзное перерождение лимфоузла 5) кальцинация	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
139.	ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ: 1) поражением крупных бронхов 2) возникновением ателектаза 3) бронхолегочным поражением 4) гематогенной и бронхогенной диссеминацией 5) распадом легочной ткани	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
140.	ОСНОВНЫМИ ОБЪЕКТАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА НЕ СЛУЖИТ: 1) мокроты 2) промывных вод бронхов 3) пунктата из закрытых полостей 4) мочи 5) крови	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
141.	ВТОРИЧНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ РЕИНФЕКЦИИ СКРЫТО ПРОТЕКАЮЩИХ ОЧАГОВ	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ: 1) в легочной паренхиме 2) в стенке мембранных и хрящевых бронхов 3) в лимфатических узлах средостения 4) в плевре и других органах и тканях 5) во всех перечисленных органах и тканях			
142.	ЛИЦА С ОСТАТОЧНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА: 1). заболевают туберкулезом реже населения, не имеющего на рентгенограмме остаточных туберкулезных изменений 2) одинаково часто заболевают, как население, не имеющее остаточных туберкулезных изменений 3) в несколько раз чаще заболевают туберкулезом по сравнению с лицами, не имеющими на рентгенограмме остаточных туберкулезных изменений	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-3
143.	ЧТО НЕ ВКЛЮЧАЕТ ПОНЯТИЕ ПОЛИМОРФИЗМ ОЧАГОВЫХ ТЕНЕЙ В ЛЕГКИХ: 1) разной их величины 2) разного характера их контура 3) разной их формы 4) разной их интенсивности 5) разной их локализации	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
144.	БРОНХОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОКАЗАНА: 1) при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением 2) при предоперационном обследовании больных 3) при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов 4) при бактериовыделении из очага	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	неясной локализации 5) при всех перечисленных случаях			
145.	ПРИЧИНАМИ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОЧАГОВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ МОГУТ БЫТЬ: 1) характер остаточных изменений в легких 2) неадекватный характер основного курса химиотерапии 3) лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза 4) наличие сопутствующих заболеваний 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
146.	ПРИ ТУБЕРКУЛЕМЕ ЛЕГКОГО ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПОКАЗАНО: 1) при стационарном процессе, без признаков активности, если размер туберкулемы превышает 1,5 – 2 см 2) при прогрессирующем или волнообразном течении заболевания 3) при процессе, протекающем с признаками активности (бактериовыделение, распад, инфильтрация, обсеменение) 4) все ответы правильные 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
147.	ОЧАГОВЫЕ ТЕНИ В ЛЕГКИХ МОГУТ СЛУЖИТЬ ОТОБРАЖЕНИЕМ: 1) сосудов и интерстициальных изменений разного происхождения 2) периферического и центрального рака легкого 3) пневмонии 4) туберкулеза 5) всего перечисленного	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
148.	КАКОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА: 1).бронхоэктатической болезни	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2) амилоидоза 3) хронического легочного сердца и эмфиземы легких 4) спонтанного пневмоторакса 5). легочного кровотечения			
149.	КРИТЕРИЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ: 1).отсутствие клинических симптомов заболевания и объективных клинических изменений со стороны органов дыхания 2) полноценный курс лечения 3) рентгенологические и лабораторные данные, динамика туберкулиновых проб 4). длительное и стойкое прекращение бацилловыделения 5) правильным является все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10
150.	ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДИССЕМНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ: 1).обильное бактериовыделение 2). скудное бактериовыделение 3) отсутствие микобактерий туберкулеза 4) все перечисленное 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
151.	ДЕСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДИССЕМНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ: 1).возможны 2). имеют место всегда 3). не встречаются 4) все перечисленное	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
152.	ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1).появлением свежих очагов 2) развитием перифокальных	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	воспалительных изменений 3). появлением полостей распада 4). поражением гортани и крупных бронхов 5). всем перечисленным			
153.	ВНЕТОРАКАЛЬНЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННО-ДИССЕМИНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ: 1).встречаются редко 2). не наблюдаются 3). встречаются часто	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
154.	ИСХОДОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННО-ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОЙ ДИНАМИКЕ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) полное рассасывание очагов 2) уплотнение очагов 3) кальцинация очагов 4) развитие фиброзно-склеротических изменений 5) правильные ответы 2. и 4.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
155.	ЛИМФОГЕННЫЙ ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ – ЭТО: 1) рассеянный процесс в легких, в основе которого лежит поражение лимфатических путей с формированием множественных очагов и распространенных изменений 2) рассеянное поражение легких с преимущественной локализацией в пределах глубоких и поверхностных лимфатических узлов 3). рассеянное поражение легких с преобладанием интерстициальных изменений	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

156.	ПРИ ЛИМФОГЕННОМ ДИССЕМИНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕОБЛАДАНИЕ: 1) очаговых изменений 2) интерстициальных изменений 3) сочетание очаговых и интерстициальных изменений 4) все ответы правильные 5) правильные ответы 2. и 3.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
157.	КАКИМ ПУТЕМ НЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ: 1) гематогенного 2) лимфогенного 3) бронхогенного 4) капельно-аэрогенного 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5
158.	КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ: 1) острого 2) подострого 3) хронического 4) рецидивирующего 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
159.	ПРИ ГЕМАТОГЕННО-ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТСЯ: 1) межуточная ткань 2) паренхима 3) бронхи 4). плевра 5) лимфоузлы	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
160.	ПРИ ГЕМАТОГЕННО-ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ФОРМЕ	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТСЯ: 1) межуточная ткань 2) паренхима 3) бронхи 4) плевра 5) лимфоузлы			
161.	ОКРУГЛЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1) отсутствием клинических проявлений 2) умеренно выраженными и затяжными клиническими проявлениями 3) выраженными клиническими проявлениями 4) всем перечисленным 5) все не верно	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
162.	ОБЛАКОВИДНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1) клиническими признаками пневмонии 2) клиническими симптомами бронхита 3) отсутствием клинических проявлений 4) болями на стороне поражения 5) повышением температуры тела	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
163.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОБЛАКОВИДНОГО ИНФИЛЬТРАТА ЯВЛЯЮТСЯ: 1) неоднородный неправильный фокус с очагами 2) неоднородный треугольной формы участок затемнения с очагами 3) неоднородный неправильной формы участок затемнения с очагами 4) однородный неправильной формы участок затемнения с очагами 5) однородный треугольной формы участок затемнения с очагами	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
164.	ПРИ ОБЛАКОВИДНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ ВЫДЕЛЕНИЕ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-4

	НАБЛЮДАЕТСЯ: 1) в 40% случаев 2). в 50% случаев 3) в 60% случаев 4) в 70% случаев 5) в 80% случаев и более			
165.	ОБЛАКОВИДНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ПОДВЕРГАЕТСЯ РАСПАДУ: 1) в 30% случаев 2) в 40% случаев 3) в 50% случаев 4) в 60% случаев 5) в 70% случаев и более	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-4
166.	ПРИ ЭФФЕКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБЛАКОВИДНОГО ИНФИЛЬТРАТА МОЖЕТ СФОРМИРОВАТЬСЯ: 1) участок пневмосклероза 2) участок пневмосклероза с очагами 3) сегментарный цирроз 4) все перечисленное 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА ВК, ТК, ГИА	ПК-5
167.	ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА: 1) поражения сосудов при бронхолегочных заболеваниях 2) торако-диафрагмальных заболеваний 3) сосудистой патологии 4) митрального порока сердца	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
168.	КРИТЕРИЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ: 1) отсутствие клинических симптомов заболевания и объективных клинических изменений со стороны органов дыхания 2) полноценный курс лечения 3) рентгенологические и лабораторные данные, динамика туберкулиновых проб 4) длительное и стойкое прекращение	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10

	бацилловыделения. 5) правильным является все перечисленное			
169.	ЧТО НЕ СЛУЖИТ ОСНОВНЫМ ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА: 1) мокроты 2) промывных вод бронхов 3) пунктата из закрытых полостей 4) мочи 5) крови	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5
170.	ПРОНИКНОВЕНИЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОЧАГ ИНФЕКЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕМЕ ПРЕПЯТСТВУЕТ: 1) перифокальное воспаление 2) специфическая грануляционная ткань 3) фиброзная капсула 4) все перечисленное 5) все не верно	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
171.	ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ТУБЕРКУЛЕМЕ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЮТСЯ: 1) при стационарном течении заболевания туберкулемы средних и крупных размеров; сопутствующие заболевания, повышающие риск обострения заболевания; необходимость в ускоренной трудовой реабилитации больного 2) наличие множественных туберкулем в одной доле легкого 3) прогрессирующее течение заболевания, замедленные темпы регрессии процесса в ходе химиотерапии и невозможность проведения полноценной химиотерапии 4) все ответы правильные 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
172.	ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ	4	ВК, ТК,	ПК-6

	ТУБЕРКУЛЕМЕ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЮТСЯ: 1) при стационарном течении заболевания туберкулемы средних и крупных размеров; сопутствующие заболевания, повышающие риск обострения заболевания; необходимость в ускоренной трудовой реабилитации больного 2) наличие множественных туберкулем в одной доле легкого 3) прогрессирующее течение заболевания, замедленные темпы регрессии процесса в ходе химиотерапии и невозможность проведения полноценной химиотерапии 4) все ответы правильные 5) все не верно		ГИА	
173.	ВО ВРЕМЯ РЕМИССИИ ПРОЦЕССА ОКРУЖАЮЩИЕ ТУБЕРКУЛЕМУ ОТДЕЛЫ ЛЕГКИХ МОГУТ БЫТЬ: 1) неизмененными 2) с фиброзом 3) с кальцинатами 4) с кальцинатами и фиброзом 5) все ответы правильные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
174.	ТУБЕРКУЛЕМУ ЛЕГКОГО ОБЫЧНО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ: 1) с периферическим раком 2) с аспергиллемой 3) с ретенционной кистой 4) с гамартохондромой 5) все ответы правильные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
175.	ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПРИ ШАРОВИДНОЙ ТЕНИ, ЛОКАЛИЗУЮЩЕЙСЯ СУБПЛЕВРАЛЬНО, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ: 1) трансторакальную биопсию легкого 2) бронхоскопию с прямой биопсией 3) катетербиопсию	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4) медиастиноскопию с биопсией 5) все не верно			
176.	ТУБЕРКУЛЕМЫ МОГУТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ: 1) стационарный 2) прогрессирующий 3) регрессирующий 4) все ответы правильные 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
177.	ТУБЕРКУЛЕМА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ СЕКМЕНТАХ ЛЕГКОГО: 1) 1-м, 2-м, 6-м, 7-м 2) 3-м ,5-м ,8-м , 9-м 3) 4-м ,5-м ,7-м , 9-м 4) 1-м ,2-м ,6-м , 10-м 5) 3-м, 10-м	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
178.	ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЁМЫ ЛЕГКОГО, ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ МИНИМУМ: 1) 1 химиопрепарат 2) 2химиопрепарата 3) 3химиопрепарата 4) 4 химиопрепарата 5) 5 химиопрепаратов	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
179.	АТИПИЧНАЯ СЕКМЕНТАРНАЯ ИЛИ БИСЕКМЕНТАРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁМОЙ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНА ПРИ: 1) любой туберкулеме легкого, т.к. указанные резекции сопровождаются наилучшими результатами 2) локализации туберкулёмы в только верхних долях 3) размерах туберкулёмы менее 2 см 4) отсутствии туберкулеза секментарного бронха, цирроза и	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	бронхоэктазов непосредственно в зоне основного процесса 5) только одиночных туберкулёмах			
180.	ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЦИРРОЗА ЛЕГКОГО ИЛИ ЕГО ЧАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) уменьшение объема, избыточность и деформация легочного рисунка, потеря воздушности в пораженном участке легкого 2) повышение воздушности непораженных отделов легких 3) деформация, расширение и стеноз бронхов 4) смещение и деформация корня легкого, смещение средостения в сторону поражения 5) все ответы правильные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
181.	ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ТРЕБУЕТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ: 1) с хронической пневмонией и постпневмоническим пневмоциррозом 2) с пороком развития легкого (с гиперплазией) 3) с опухолью крупного бронха 4) с посттуберкулезным пневмоциррозом 5) все ответы правильные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
182.	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОКАЗАНА: 1) при одностороннем и относительно ограниченном поражении с бронхоэктазами 2) при частых обострениях неспецифической инфекции в зоне цирротических туберкулезных изменений у больных с односторонним поражением 3) у больных молодого и среднего возраста 4) при отсутствии тяжелой дыхательной	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	и сердечно-сосудистой недостаточности 5) все ответы правильные			
183.	ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ЦИРРОЗА ОТ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ: 1) в большом объеме поражения 2) в объемном уменьшении пораженного участка легкого с потерей его воздушности 3) в полной структурной перестройке органа или его части с потерей его функции 4) все не верно	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
184.	ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЦИРРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) наличие полостных образований в легких 2) сохранение очаговых изменений в структуре патологического процесса 3) сохранение активности туберкулезного процесс. 4) все перечисленное	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
185.	ОТЛИЧИТЬ ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ОТ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЦИРРОЗА ПО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ: 1) удастся легко 2) не удастся 3) как правило, не удастся и требует дополнительных клинических и лабораторных данных 4) все правильно	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
186.	В УЧАСТКЕ ПНЕВМОЦИРРОЗА БРОНХИАЛЬНОЕ ДЕРЕВО ПРЕТЕРПЕВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ: 1) атрофируются мышцы и эластические волокна в стенках бронхов, просвет их деформируется 2) формируются свободные и заполненные цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы 3) облитерируются просветы мелких	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	бронхов 4) все перечисленное 5) все не верно			
187.	ЦЕЛЬЮ БРОНХОСКОПИИ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОЧАГОВ БРОНХОГЕННОГО ОБСЕМЕНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) выявление источника бронхогенного обсеменения 2) обнаружение изменений в стенке бронха 3) получение материала для бактериологического и цитологического исследования 4) все перечисленное 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
188.	ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА БРОНХОВ: 1) общее лечение 2) местное лечение 3) сочетанное лечение 4) лечение осложнений 5) все не верно	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
189.	К КАВЕРНОЗНОЙ ФОРМЕ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ: 1) свежий деструктивный туберкулез, ограниченной протяженности, с каверной, без резко выраженной перифокальной реакции и значительной диссеминации 2) свежий деструктивный туберкулез, подвергшийся лечению при сохранении полости распада к концу основного курса химиотерапии 3) туберкулезный процесс, ограниченной протяженности, ведущим признаком которого является сформированная каверна без выраженного воспаления, фиброзных изменений и распространенного обсеменения	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
190.	РАЗМЕРЫ ПОЛОСТИ РАСПАДА ПРИ ОЧАГОВОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	1) малыми размерами 2) средними размерами 3) значительными размерами 4) любыми из перечисленных			
191.	ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АСПЕРГИЛЛЕЗА В ПОЛОСТИ РАСПАДА ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) симптом контрастной каймы 2) симптом полумесяца 3) симптом погребушки 4) все ответы правильные	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
192.	АСПЕРГИЛЛЕЗ ОБЫЧНО СОЧЕТАЕТСЯ: 1) с кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом 2) с диссеминированным туберкулезом 3) с цирротическим туберкулезом	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
193.	К ПРЯМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПОЛОСТИ РАСПАДА ОТНОСЯТСЯ: 1) наличие кольцевидной тени с непрерывным замкнутым контуром в двух взаимно-перпендикулярных проекциях 2) наличие тени дренирующего бронха 3) отсутствие легочного рисунка в кольцевидной тени на томографическом срезе 4) наличие очагов бронхогенного отсева 5) правильные ответы 1 и 3	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
194.	ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К КОСВЕННЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПОЛОСТИ РАСПАДА: 1) наличия кольцевидной тени в двух взаимно-перпендикулярных проекциях 2) наличия тени дренирующего бронха 3) наличия очагов бронхогенного отсева 4) наличия горизонтального уровня жидкости	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
195.	К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ КАВЕРНОЗНОГО	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОТНОСЯТСЯ: 1) наличие фокусной тени с эксцентрично расположенной полостью распада на фоне неизмененного легочного рисунка 2) наличие кольцевидной тени с двумя замкнутыми контурами на фоне выраженных фиброзно-цирротических изменений 3) наличие кольцевидной тени при отсутствии типичных признаков исходной формы туберкулеза			
196.	К ЧИСЛУ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА, НЕ ОТНОСИТСЯ: 1) бронхоэктатической болезни 2) амилоидоза 3) хронического легочного сердца и эмфиземы легких 4) спонтанного пневмоторакса 5) легочного кровотечения	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
197.	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ МЕТОДАМИ ВЕРИФИКАЦИИ КАВЕРНОЗНОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПОЛОСТНОЙ ФОРМЫ РАКА ЯВЛЯЮТСЯ: 1) рентгенологический и бронхологический 2) биохимический и иммунологический 3) пробное лечение и динамическое наблюдение 4) бактериологический и цитогистологический	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
198.	С КАВЕРНОЗНОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ: 1) хронический абсцесс 2) бронхоэктаз 3) воздушную кисту	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4) полостную форму рака 5) все перечисленное			
199.	ПОВЫШАЕТ ОПЕРАБЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ: 1) предоперационная специфическая химиотерапия 2) лечение сопутствующих заболеваний 3) лечение хронического “легочного сердца“ и дыхательной недостаточности 4) применение наряду с резекцией легкого (лобэктомией и пневмоэктомией) торакопластики и кавернотомии 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
200.	ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) пожилой возраст и сопутствующие заболевания 2) большая распространенность туберкулезного процесса 3) сопутствующая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность 4) все перечисленное	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
201.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) легочно-сердечная недостаточность 2) прогрессирование легочного туберкулеза 3) присоединение внелегочного туберкулеза (менингит и т. д.) 4) легочное кровотечение и амилоидоз внутренних органов	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-4 ПК-5

	5) серьезное сопутствующее заболевание (инфаркт миокарда, рак и т. д.)			
202.	ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕУДАЧ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) наличие каверны с казеозным некрозом 2) наличие грубой фиброзной капсулы в стенке каверны 3) устойчивость микобактерий туберкулеза к лекарственным средствам и непереносимость их больными 4) правильные ответы 1. и 3. 5) правильные ответы 2. и 3.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
203.	ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ – ЭТО: 1) распространенный инфильтративно-воспалительный процесс с полостью распада 2) отграниченный процесс с наличием сформированной каверны на фоне фиброзных изменений 3) хронический деструктивный туберкулезный процесс, протекающий волнообразно с постоянным (или почти постоянным) бактериовыделением и прогрессированием заболевания	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
204.	СТЕНКА КАВЕРНЫ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ: 1) казеозный и легочная ткань воспалительно измененная 2) казеозно-некротический, специфическая грануляционная ткань и фиброзная капсула 3) казеозная и фиброзная капсула отграничена	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

205.	ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫЕ ФОРМЫ МИКОБАКТЕРИЙ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ВСТРЕЧАЮТСЯ: 1) очень редко 2) редко 3) Часто	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
206.	ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО УДАЕТСЯ ПРОВЕСТИ ТОЛЬКО ОГРАНИЧЕННОМУ ЧИСЛУ БОЛЬНЫХ: 1) из-за сопутствующих туберкулезу у этой группы больных разнообразных заболеваний 2) из-за большой распространенности туберкулезного поражения легких 3) из-за сниженных резервов дыхательной системы 4) из-за большого числа отказов от предлагаемой операции 5) все ответы правильные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
207.	ДЛИТЕЛЬНОЕ И СТОЙКОЕ (МНОГИЕ МЕСЯЦЫ И ГОДЫ) ПРЕКРАЩЕНИЕ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ: 1) обычное явление, указывающую на длительную ремиссию процесса 2) не характерно 3) возможно 4) все верно 5) все не верно	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
208.	ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ ОТ ПОЛОСТНОЙ ФОРМЫ РАКА: 1) клиническое течение заболевания	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2) рентгенологическая картина легочных изменений 3) обнаружение микобактерий туберкулеза			
209.	У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ ПЕРКУССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТУПОСТЬ НАД ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА, ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ ВПРАВО. ПРИ БРОНХОСКОПИИ ОТСУТСТВИЕ ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ: 1) гипоплазия легкого; 2) аплазия легкого; 3) агенезия легкого; 4) ателектаз; 5) буллы.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
210.	У РЕБЕНКА ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ ОТМЕЧАЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА, ТУПОСТЬ ПРИ ПЕРКУССИИ, ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ ВПРАВО. ПРИ БРОНХОСКОПИИ ПРАВЫ! ГЛАВНЫЙ БРОНХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ СЛЕПО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ: 1) гипоплазия легкого; 2) аплазия легкого; 3) агенезия легкого; 4) ателектаз ; 5) кистозная гипоплазия.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
211.	ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА ОБНАРУЖЕНО ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА, ТУПОСТЬ ПРИ ПЕРКУССИИ, СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ ВПРАВО. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ТОТАЛЬНОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ СПРАВА СО СМЕЩЕНИЕМ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ В БОЛЬНУЮ	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	СТОРОНУ. ПРИ БРОНХОСКОПИИ СУЖЕНДОЛЕВЫЕ БРОНХИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ : 1) бронхоэктазия; 2) агенезия легкого; 3) аплазия легкого; 4) гипоплазия легкого; 5) ателектаз.			
212.	ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЯЧЕИСТОСТЬ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ, А НА БРОНХОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МНОЖЕСТВО ОКРУГЛЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПО ВСЕМУ ПОЛЮ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. ПРИ БРОНХОСКОПИИ СПРАВА ОБИЛЬНОЕ ГНОЙНОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ ДИАГНОЗ: 1)бронхоэктазия; 2) агенезия легкого; 3) кистозная гипоплазия; 4) гипоплазия легкого; 5) аплазия легкого.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
213.	СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО ТЯЖЕЛОЕ ОДЫШКА. ДЫХАНИЕ СЛЕВА ОСЛАБЛЕНО ПЕРКУТОРНО СПРАВА КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СПРАВА УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОЗРАЧНОЕ ЛЕГКОГО С РЕЗКИМ ОБЕДНЕНИЕМ РИСУНКА В НИЖНЕМ ОТДЕЛЕ СПРАВА ТРЕУГОЛЬНАЯ ТЕНЬ ПРИЛЕГАЮЩАЯ К ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ. СРЕДОСТЕНИЕ СМЕЩЕНО ВЛЕВО СО СНИЖЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО ДИАГНОЗ: 1)киста легкого; 2) лобарная эмфизема; 3) напряженный пневмоторакс; 4) гипоплазия легкого; 5) агенезия легкого.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

214.	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ИМЕЕТСЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ ЗАТЕМНЕНИЕ В ОБЛАСТИ БАЗАЛЬНЫХ ГМЕНТОВ. ПРИ АОРТОГРАФИИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ СОСУД, ИДУЩИЙ ОТ АОРТЫ К ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ: 1) киста легкого; 2) опухоль легкого; 3) легочная секвестрация; 4) опухоль средостения; 5) ателектаз.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
215.	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ИМЕЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ТЕНЬ, ПРИЛЕГАЮЩАЯ К ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ И ИМЕЮЩАЯ ТРЕУГОЛЬНУЮ ФОРМУ С ВОГНУТЫМ НАРУЖНЫМ КРАЕМ. НА БРОНХОГРАММЕ В ОБЛАСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ТОЛЬКО КРУПНЫЕ БРОНХИ, ДОХОДЯЩИЕ ДО НИЖНЕГО КРАЯ ТЕНИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ : 1) бронхоэктазы; 2) легочная секвестрация; 3) гипоплазия нижней доли; 4) опухоль средостения; 5) агенезия легкого.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
216.	ПИЩЕВОД БАРРЕТТА - ЭТО: 1) рефлюкс-эзофагит; 2) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; 3) аденокарцинома; 4) метаплазия слизистой пищевода; 5) пептическая стриктура пищевода.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
217.	ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "АГЕНЕЗИЯ ЛЕГКОГО" НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	1) бронхоскопия; 2) аортография; 3) ангиопульмонография; 4) бронхография; 5) обзорная рентгенография.			
218.	ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "АПЛАЗИЯ ЛЕГКОГО" НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) бронхография; 2) сканирование легкого; 3) бронхоскопия; 4) ангиопульмонография; 5) аортография.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
219.	МЕТОДОМ ВЫБОРА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ВРОЖДЕННАЯ ЛОБАРНАЯ ЭМФИЗЕМА" ЯВЛЯЕТСЯ: 1)бронхоскопия; 2) бронхография; 3) обзорная рентгенография; 4) радиоизотопное обследование легких; 5) ангиопульмонография.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
220.	ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ЛЕГОЧНАЯ СЕКВЕСТРАЦИЯ" ПРЕДПОЧТЕНИЕ ИМЕЕТ 1)аортография; 2) бронхография; 3) бронхоскопия; 4) ангиопульмонография; 5) сканирование легких.	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
221.	УКАЖИТЕ МЕТОД СПЕЦИАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, КОТОРОМУ НАДО ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЕГКОГО И ЕГО ТОТАЛЬНЫМ АТЕЛЕКТАЗОМ: 1) сканирование легких;	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2) аортография; 3) бронхография; 4) ангиопульмонография; 5) бронхоскопия.			
222.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) средняя доля правого легкого; 2) нижняя доля левого легкого; 3) верхняя доля левого легкого; 4) верхняя доля правого легкого; 5) нижняя доля правого легкого.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
223.	ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЭМФИЗЕМЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ: 1) нижняя доля справа; 2) верхняя доля слева; 3) нижняя доля слева; 4) верхняя доля справа; 5) средняя доля правого легкого.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
224.	У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ: 1) экстренную операцию; 2) плановую операцию; 3) срочную операцию; 4) консервативную терапию; 5) выжидательную тактику.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
225.	У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ: 1) консервативную терапию; 2) бронхоскопическую санацию; 3) экстренную операцию; 4) наблюдение в динамике; 5) плановую операцию.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

226.	У РЕБЕНКА I ГОДА УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ. ТАКТИКА ХИРУРГА ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ: 1) срочную операцию; 2) операцию после предоперационной подготовки; 3) консервативную терапию; 4) диспансерное наблюдение; 5) плановую операцию.	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
227.	ОПТИМАЛЬНОЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОЙ ЭМФИЗЕМЫ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) боковая торакотомия; 2) передняя торакотомия; 3) заднебоковая торакотомия; 4) задняя торакотомия; 5) переднебоковая торакотомия.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
228.	РЕЗЕКЦИЮ НИЖНЕЙ ДОЛИ ПРИ ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ВЫДЕЛЕНИЯ: 1) артерии нижней доли; 2) бронха нижней доли; 3) разделения нижней легочной связки; 4) нижней легочной вены; 5) основного ствола легочной артерии.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
229.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА НАДО ПРОВОДИТЬ: 1) с врожденным коротким пищеводом; 2) с халазией пищевода; 3) с врожденным стенозом пищевода; 4) с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы; 5) с пилоростенозом.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
230.	ПРИ ВРОЖДЕННОМ КОРОТКОМ	2	ВК,	ПК-5

	ПИЩЕВОДЕ ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1)рвота; 2) икота; 3)дисфагия; 4)регургитация; 5) саливация.		ТК, ГИА	
231.	ИЗ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ВРОЖДЕННЫЙ КОРОТКИЙ ПИЩЕВОД" ЯВЛЯЕТСЯ: 1) рН-метрия; 2) обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей; 3) фиброэзофагогастроскопия ; 4) жесткая эзофагоскопия ; 5) контрастное исследование пищевода.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
232.	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ВРОЖДЕННЫЙ КОРОТКИЙ ПИЩЕВОД" ЯВЛЯЕТСЯ: 1) расширение пищевода в нижнем отделе; 2) желудочно-пищеводный рефлюкс; 3) высокое положение куполов диафрагмы; 4) стеноз в кардиальном отделе пищевода; 5) смещение дна желудка в грудную полость.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
233.	ВРОЖДЕННЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ НА УРОВНЕ: 1) первого физиологического сужения; 2) кардиального отдела; 3) средней трети пищевода; 4) нижней трети пищевода ; 5) верхней трети пищевода .	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

234.	ДИАГНОЗ ВРОЖДЕННОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ: 1) в периоде новорожденное; 2) от 1 до 3 месяцев; 3) от 3 до 6 месяцев; 4) от 6 месяцев до 1 года; 5) старше 1 года.	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
235.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КОРОТКО ВРОЖДЕННОМ СТЕНОЗЕ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ: 1)бужирование; 2) анастомоз в 3/4 в зоне стеноза; 3) резекция в зоне стеноза с наложением анастомоза "конец в конец"; 4) установка встречных магнитов; 5) баллонная дилатация.	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
236.	РЕБЕНОК ВЫПИЛ ГЛОТОК УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИИ И СРАЗУ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР. ЕМУ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА: 1) щелочным раствором; 2) подкисленным раствором; 3) холодной водой; 4) водой комнатной температуры; 5) горячей водой.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
237.	РЕБЕНОК ВЫПИЛ ГЛОТОК ЕДКОЙ ЩЕЛОЧИ. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ЕМУ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ: 1) холодной водой; 2) водой комнатной температуры; 3) горячей водой; 4) подкисленным раствором; 5) щелочным раствором.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
238.	ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ ПИЩЕВОД ДОСТИГАЕТ К: 1) 3 месяцам; 2) 6 месяцам; 3) 12 месяцам;	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4) 2 годам; 5) 5 годам.			
239.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Внутриартериальное введение антибиотиков 2) Лечебные бронхоскопии 3) Внутримышечное введение антибиотиков 4) Общеукрепляющее лечение и иммунотерапия 5) Сочетание всех вышеперечисленных методов	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6 ПК-8
240.	К ХРОНИЧЕСКИМ АБСЦЕССАМ ЛЕГКОГО ОТНОСЯТСЯ СУЩЕСТВУЮЩИЕ: 1) 2-3 недели 2) 1 месяц 3) 6-8 недель 4) 3 месяца 5) 6 месяцев	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
241.	ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) Бронхиальный свищ, эмпиема плевры 2) Внутриплевральное кровотечение 3) Сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких 4) Нагноение послеоперационной раны 5) Все перечисленные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
242.	ГЛАВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ (МЕХАНИЗМОМ) ВРАЗВИТИИ АБСЦЕССА И ГЕНГРЕНА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) бронхогенный фактор 2) травматизм 3) бронхоэктатическая болезнь 4) септическая эмболия 5) распространение инфекции с соседних	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	гнойных очагов			
243.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Верхняя доля 2) Средняя доля 3) Нижняя доля 4) Правильно 1 и 2 5) Любая доля и любой сегмент обоих долей	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
244.	У БОЛЬНОГО 26 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН ГАНГРЕНОЗНЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПРОФУЗНЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Гемостатическая терапия 2) Искусственный пневмоторакс 3) Пневмоперитонеум 4) Тампонада дренирующего бронха 5) Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
245.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации 2) Кашель с большим количество гнойной мокроты 3) Высокая температура 4) Кровохарканье 5) Симптом "барабанных палочек"	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
246.	АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ РЕТОРАКОТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	2) Первичная несостоятельность культи бронха 3) Внутриплевральное кровотечение 4) Ателектаз легкого 5) Напряженный пневмоторакс			
247.	К НАГНОИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЕГКИХ НЕ ОТНОСЯТ 1) абсцесс легкого 2) нагноившуюся кисту легкого 3) бронхоэктатическую болезнь 4) эмпиему плевры 5) гангрену легкого	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
248.	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ: 1) Пневмотомия 2) Клиновидная резекция легкого 3) Пневмонэктомия 4) Лобэктомия 5) Торакопластика	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
249.	ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) Бронхиальный свищ, эмпиема плевры 2) Внутриплевральное кровотечение 3) Сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких 4) Нагноение послеоперационной раны 5) Все перечисленные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
250.	У БОЛЬНОГО 26 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН ГАНГРЕНОЗНЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПРОФУЗНЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гемостатическая терапия 2) искусственный пневмоторакс 3) пневмоперитонеум	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6

	4) тампонада дренирующего бронха 5) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого			
251.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЮТСЯ: 1) легочная инфильтрация 2) синдром легочного растяжения 3) одиночная полость 4) четкое жидкостное образование 5) диффузное легочное затемнение с очагами деструкции (пчелиные соты)	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
252.	ПРОФУЗНОЕ ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ПРИ: 1) бронхоэктатической болезни 2) абсцессе легкого 3) туберкулезе легки 4) раке легких 5) гангрене легких	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10
253.	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ ПРИЧИНОЙ ПРОФУЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ГАНГРЕНЕ ЛЕГКИХ? 1) эрозии слизистой бронхов 2) ветви легочной артерии 3) межреберные артерии 4) дуга аорты и грудной отдел аорты 5) бронхиальные артерии	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
254.	МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ САНИРОВАНИЯ БОЛЬШИХ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ ПО ВЕЛИЧИНЕ СЕКВЕСТРАМИ И ВЫРАЖЕННЫМ ИНТОКСИКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Торакоплеврорпневмоцентез с дренажем 2) Торакорпневмотомия с дренированием абсцесса 3) Бронхиальный лаваж катетером	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4) Микротрахеостома 5) Торакопневмотомия с дренированием абсцесса			
255.	ОСОБЕННОСТЬЮ ГАНГРЕНОЗНЫХ АБСЦЕССОВ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) преобладание некротических процессов и наличие секвестров в полости 2) преобладание Гр" -" микробной флоры 3) локализация исключительно в 6 сегменте 4) локализация исключительно в базальных сегментах 5) быстрые деструктивные процессы с в формированием множественных мелких полостей	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
256.	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ГАНГРЕНЕ ЛЕГКОГО СОСТАВЛЯЕТ: 1) более 50% 2) от 7 до 10% 3) 28 - 35% 4) 50% 5) менее 7%	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-4 ПК-5
257.	ПРИ РЕНТГЕНОСКОПИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА ИНФИЛЬТРАЦИЯ СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ДОЛЕЙ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, НА ФОНЕ КОТОРОЙ ОТМЕЧЕНЫ МНОЖЕСТВЕННЫЕ УЧАСТКИ РАЗРЯЖЕНИЯ ТКАНИ С ГОРИЗОНТАЛЬНЫМИ УРОВНЯМИ И ТЕНЯМИ СЕКВЕСТРОВ. КАКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННАЯ КАРТИНА? 1) бронхоэктатическая болезнь; 2) эмпиема плевры; 3) бронхопневмония; 4) абсцесс легкого 5) гангрена легкого.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

258.	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ НАЧИНАЕТСЯ: 1) с противовоспалительного лечения 2) с вагосимпатической блокады 3) с плевральной пункции 4) с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости 5) с торакотомии	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
259.	СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРОИЗВОДСТВОМ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ И ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ, К МОМЕНТАЛЬНОМУ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ МОГУТ ПРИВЕСТИ: 1) внутриплевральное кровотечение 2) воздушная эмболия головного мозга 3) анафилактический шок 4) плевропульмональный шок 5) правильно 2 и 3	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
260.	ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ: 1) бронхоэктатической болезни 2) абсцесса 3) туберкулеза 4) острой пневмонии 5) эхинококкоза	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
261.	НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ СПОСОБОМ ЭВАКУАЦИИ ЭКССУДАТА ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СЕРОЗНОМ ХАРАКТЕРЕ ЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) дренирование плевральной полости 2) плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса 3) плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником 4) широкая торакотомия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	5) введение дренажа по Сельдингеру			
262.	СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ: 1) Бронхиальный свищ 2) Инородные тела плевральной полости (дренаж, салфетка) 3) Нагноение послеоперационной раны 4) Остеомиелит ребер и хондрит 5) Все перечисленные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
263.	У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ РАЗВИЛАСЬ ПЕРВИЧНАЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КУЛЬТИ БРОНХА. ЕМУ НЕОБХОДИМО: 1) плевральная пункция 2) дренирование плевральной полости 3) бронхоскопия и нанесение биологического клея 4) срочная реторакотомия 5) наблюдение за больным	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
264.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) антибактериальная терапия 2) повторные лечебные пункции 3) дренирование плевральной пункции 4) широкая торакотомия 5) все не верно	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
265.	ПРИ БОЛЬШОМ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ 5-ДНЕВНОЙ ДАВНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ: 1) Широкую торакотомию, удаление гемоторакса 2) Дренирование плевральной полости 3) Введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса 4) Повторные плевральные пункции 5) Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

266.	ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЁГКОГО: 1) пиопневмоторакс 2) переход в гангрену лёгкого 3) множественные абсцессы лёгкого 4) всё перечисленное 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
267.	ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬ ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ: 1) аскаридами; 2) лямблиями; 3) актиномицетами; 4) цистицерком; 5) острицами.	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
268.	ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬ ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ: 1) трихинеллами; 2) острицами; 3) актиномицетами; 4) альвеококком; 5) цистицерком.	4		ПК-6
269.	ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬ ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ: 1) актиномицетами; 2) острицами; 3) эхинококком; 4) цистицерком; 5) лямблиями.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
270.	УКАЖИТЕ ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ: 1) цистицеркоз; 2) лямблиоз; 3) актиномикоз; 4) шистосоматоз;	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6

	5) сап.			
271.	УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНОГО ПЕРВИЧНОГО «ХОЗЯИНА» ЭХИНОКОККА: 1) человек, обезьяна; 2) свинья, овца; 3) корова, олень; 4) лошадь, верблюд; 5) лисица, собака.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
272.	ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ЭХИНОКОККОМ ПРОИСХОДИТ ПРИ: 1) употреблении копченого мяса и рыбы; 2) употреблении сырых яиц и рыбы; 3) вдыхании возбудителя с пылью; 4) выделке меха; 5) во всех вышеуказанных случаях.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5
273.	ЭХИНОКОКК В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО: 1) кишечнику; 2) межфасциальным пространствам; 3) кровеносным и лимфатическим сосудам; 4) мочевыводящим путям; 5) желчевыводящим путям.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-3 ПК-5
274.	УКАЖИТЕ ИЗБИРАТЕЛЬНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЭХИНОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА: 1) почки, надпочечники, спинной мозг; 2) желудочно-кишечный тракт; 3) легкие, головной мозг, печень; 4) подкожная клетчатка, костный мозг; 5) поджелудочная железа, селезенка.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
275.	УКАЖИТЕ ОБОЛОЧКИ ЭХИНОКОККОВОГО ПУЗЫРЯ: 1) интермедиарная, мезотелиальная; 2) пиогенная, промежуточная; 3) мембранозная, серозная; 4) зародышевая, хитиновая; 5) эпителиальная, грануляционная.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

276.	ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА НЕХАРАКТЕРНО: 1) боль; 2) перитонит; 3) плеврит; 4) абсцедирование; 5) кишечная непроходимость.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
277.	К РАСШИРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ: 1) Удаление опухоли в пределах здоровой ткани 2) Удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером 3) Удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции 4) Удаление опухоли в пределах здоровых тканей ,вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевой процесс 5) Правильного ответа нет	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
278.	К КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ: 1) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером 2) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции 3) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс 4) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	заболевания 5) всё перечисленное			
279.	ТЕРМИНУ "ОПЕРАБЕЛЬНОСТЬ" БОЛЬШЕ ВСЕГО СООТВЕТСТВУЕТ: 1) Состояние больного, позволяющее выполнить операцию 2) Состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию 3) Выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию 4) Правильного ответа нет 5) Все ответы правильны	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
280.	НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКАЗЫВАЕТ НАИМЕНЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ: 1) Тип роста опухоли 2) Гистологическая структура опухоли 3) Наличие метастазов в регионарных лимфоузлах 4) Наличие отдаленных метастазов 5) Возраст больного	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6 ПК-10
281.	НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ МОГУТ ОКАЗЫВАТЬ ВЛИЯНИЕ: а) Гипопротеинемия б) Анемия в) Погрешности хирургической техники г) Наличие опухолевых клеток по линии резекции д) Натяжение сшиваемых органов 1) правильно всё перечисленное 2) правильно б,в,г 3) правильно а,в,д 4) правильно а,в,г,д 5) правильно а,в,г,д	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6 ПК-10
282.	РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДАЮТ ЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИ	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-4 ПК-6

	ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ: 1) в верхневнутреннем квадранте 2) в верхне-наружном квадранте 3) в нижне-внутреннем квадранте 4) в нижне-наружном квадранте 5) все не верно			
283.	ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ: 1) I стадии 2) II стадии 3) IIb стадии 4) III и IV стадиям 5) любой из перечисленных стадий	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
284.	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МАСТЭКТОМИИ МОЖЕТ БЫТЬ: 1) Наличие изъязвленной опухоли 2) Тяжелые сопутствующие заболевания 3) Преклонный возраст больного 4) Всё перечисленное 5) Ни одного из перечисленного	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
285.	ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КАК: 1) самостоятельный метод 2) в комбинации с хирургическим методом 3) в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией) 4) всё ответы правильны 5) Правильно 1 и 2	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
286.	ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ РАДИКАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ: 1) Подведение максимально возможной дозы излучения 2) Снижение биологической активности опухолевых клеток 3) Вызвать гибель наиболее чувствительных опухолевых клеток 4) Достижение частичной регрессии	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	опухоли 5) Достижение полной эрадикации опухолевых клеток			
287.	ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ: 1) кинический. 2) рентгенологический. 3) эндоскопический. 4) лабораторный. 5) такого метода не существует.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
288.	В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: 1) тимома. 2) киста перикарда. 3) невринома. 4) липома. 5) может локализоваться любая опухоль.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
289.	ДЛЯ БИОПСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: 1) пункционный метод. 2) торакотомия. 3) медиастиноскопия. 4) парамедиастинотомия. 5) торакоскопия.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
290.	ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ: 1) консервативная терапия. 2) химиотерапия. 3) гамматерапия. 4) хирургическое лечение. 5) комбинированный метод лечения.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
291.	СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРЕН: 1) для всех опухолей средостения. 2) для доброкачественных опухолей. 3) для тимомы средостения. 4) для невринома средостения.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	5) для злокачественных опухолей средостения.			
292.	ДЛЯ НЕВРИНОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ ХАРАКТЕРНО: 1) расположение в переднем верхнем средостении. 2) в переднем нижнем средостении. 3) в заднем средостении паравертебрально. 4) характерной локализации опухоль не имеет. 5) характер опухоли может быть определен только морфологически, характерных проявлений не имеет.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
293.	ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН: 1) по клиническим симптомам. 2) по рентгенологической картине. 3) по МСКТ. 4) при медиастиноскопии. 5) только по морфологии.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
294.	ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ: 1) консервативное лечение. 2) наблюдение. 3) радикальное хирургическое лечение. 4) операция при быстром росте опухоли. 5) оперативное лечение при появлении клинических симптомов.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
295.	ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТИМОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: 1) шейный надгрудный доступ. 2) частичная продольная стернотомия. 3) срединная полная стернотомия. 4) парамедиастинотомия. 5) торакотомия.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
296.	ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:	2	ВК, ТК,	ПК-5

	1) кинический. 2) рентгенологический. 3) эндоскопический. 4) лабораторный. 5) такого метода не существует.		ГИА	
297.	В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: 1) тимома. 2) киста перикарда. 3) невринома. 4) липома. 5) может локализоваться любая опухоль.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
298.	ДЛЯ БИОПСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: 1) пункционный метод. 2) торакотомия. 3) медиастиноскопия. 4) парамедиастинотомия. 5) торакоскопия.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
299.	ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ: 1) консервативная терапия. 2) химиотерапия. 3) гамматерапия. 4) хирургическое лечение. 5) комбинированный метод лечения.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
300.	СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРЕН: 1) для всех опухолей средостения. 2) для доброкачественных опухолей. 3) для тимомы средостения. 4) для невринома средостения. 5) для злокачественных опухолей средостения.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
301.	МИАСТЕНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ: 1) липомы средостения. 2) тимомы.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3) невриномы. 4) кисты перикарда. 5) лимфогранулематоз (медиастинальная форма).			
302.	ДЛЯ НЕВРИНОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ ХАРАКТЕРНО: 1) расположение в переднем верхнем средостении. 2) в переднем нижнем средостении. 3) в заднем средостении паравертебрально. 4) характерной локализации опухоль не имеет. 5) характер опухоли может быть определен только морфологически, характерных проявлений не имеет.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
303.	ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН: 1) по клиническим симптомам. 2) по рентгенологической картине. 3) по МСКТ. 4) при медиастиноскопии. 5) только по морфологии.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
304.	ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯХ: 1) консервативное лечение. 2) наблюдение. 3) радикальное хирургическое лечение. 4) операция при быстром росте опухоли. 5) оперативное лечение при появлении клинических симптомов.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
305.	ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТИМОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: 1) шейный надгрудинный доступ. 2) частичная продольная стернотомия. 3) срединная полная стернотомия. 4) парамедиастинотомия. 5) Торакотомия.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

306.	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ средостения: 1) МСКТ органов грудной клетки 2) ультразвуковая биолокация 3) фибробронхоскопия 4) лабораторные исследования 5) морфологические исследования	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
307.	АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ: а) отдаленные метастазы б) синдром верхней полой вены в) стойкий парез голосовых связок г) дисфагия д) болевой синдром Верно: 1)1,2,3 2)1,4 3)4,5 4)3,5 5)1,2,4	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
308.	КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ВЕРНО В ОТНОШЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ: 1) наблюдение в динамике 2) хирургическое лечение 3) лучевое лечение 4) химиотерапия 5) комбинированное лечение	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
309.	ДЛЯ БИОПСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	1) пункционный метод. 2) торакотомия. 3) медиастиноскопия. 4) парамедиастинотомия. 5) торакоскопия.			
310.	КАКОЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ: 1) продольная стернотомия 2) продольно-поперечная стернотомия 3) передне-боковая торакотомия 4) шейная медиастинотомия 5) боковая и задняя торакотомия,	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
311.	ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН: 1) по клиническим симптомам. 2) по рентгенологической картине. 3) по МСКТ. 4) При медиастиноскопии. 5) Только по морфологии.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
312.	ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ: 1) кинический. 2) рентгенологический. 3) эндоскопический. 4) лабораторный. 5) такого метода не существует.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
313.	В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ: 1) тимома. 2) киста перикарда. 3) невринома. 4) Липома. 5) Мможет локализоваться любая опухоль.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

314.	ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ РОЛЬ В ВОЗРАСТАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РАКОМ ЛЕГКИХ ПРИНАДЛЕЖИТ: 1) Генетическому фактору 2) Профессиональным вредностям 3) Курению 4) Загрязнению атмосферы 5) Хроническим воспалительным заболеваниями	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10
315.	РАК ЛЕГКОГО: 1) Всегда возникает на фоне хронического бронхита 2) Всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений 3) Всегда возникает в очаге ограниченного пневмосклероза 4) Может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких 5) Все ответы верны	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10
316.	К ЛИЦАМ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ГРУППУ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ ЛЕГКИХ, ОТНОСЯТСЯ: 1) Длительно и много курящие 2) Больные хроническим бронихтом 3) Имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями) 4) Все ответы верны 5) Правильного ответа нет	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10
317.	К ЦЕНТРАЛЬНОМУ РАКУ ЛЕГКОГО ОТНОСЯТСЯ ОПУХОЛИ, ИСХОДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ БРОНХИ: а) главные б) долевыe в) сегментарные г) субсегментарные д) V- порядка 1) правильно 1,2 2) правильно 2,3	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3) правильно 1,2,3 4) правильно 1,2,3,4 5) все ответы правильны			
318.	ПОНЯТИЕ "ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ" ОБОЗНАЧАЕТ, ЧТО ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ПРОРАСТАЕТ СТЕНКУ: а) Главного бронха б) Долевого в) Сегментарного бронха г) Субсегментарного бронха д) Бронха V порядка 1) правильно 1,2 2) правильно 2,3 3) правильно 1,2,3 4) правильно 1,2,3,4 5) все ответы правильны	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
319.	ИЗ СТЕНКИ БРОНХА В ЕГО ПРОСВЕТ В ВИДЕ ПАПИЛЛОМ, ПОЛИПОВ ИЛИ ДОЛЬЧАТЫХ УЗЛОВ РАСТУТ ОПУХОЛИ ИЗ ГРУППЫ: 1) эндобронхиального экзофитного рака легкого 2) перибронхиального узлового рака 3) разветвленного рака 4) пневмониеподобного рака 5) рака верхушки легкого (Пэнкоста)	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
320.	ОБЪЕМНОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ НАРУШЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ РОСТА ОПУХОЛИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНО: 1) при гиповентиляции 2) при ателектазе 3) при обтурационной пневмонии 4) при клапанной эмфиземе 5) все не верно	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
321.	ПНЕВМОНИЕПОДОБНЫЙ РАК, КАК ПРАВИЛО:	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	1) центральный рак 2) периферический рак 3) железистый рак 4) плоскоклеточный рак 5) правильно 2 и 3			
322.	У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО, ПРЕОБЛАДАЕТ: 1) плоскоклеточный рак 2) железистый рак 3) мелкоклеточный рак 4) крупноклеточный рак 5) все не верно	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
323.	НАЛИЧИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПЛЕВРИТА ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО СООТВЕТСТВУЕТ СИМВОЛУ: 1) T1 2) T2 3) T3 4) T4 5) Tх	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
324.	РАКОМ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ: 1) Мужчины 2) Женщины 3) В возрасте 40-50 лет 4) В возрасте 60-70 лет 5) Правильно 1 и 4	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10
325.	ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗЫВАЮЩАЯ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОНИКАЕТ В ЛЕГКОЕ 1) бронхогенным путем 2) гематогенным 3) лимфогенным 4) контактным 5) постманипуляционным	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
326.	ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ПРОНИКНОВЕНИИ ИНФЕКЦИИ В ЛЕГКОЕ ЧАЩЕ ВСЕГО АБСЦЕСС РАЗВИВАЕТСЯ 1) в задне-нижних отделах 2) в верхушечных отделах	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3) в прикорневом отделе 4) в кортикальном слое 5) в базальных сегментах			
327.	ОСТРЫЙ, ДРЕНИРУЕМЫЙ В БРОНХ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ СХОДЕН 1) с очаговой пневмонией 2) с центральным раком легкого 3) с полостной формой рака 4) со стафилококковой деструкцией легкого 5) с очагом Гона	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
328.	ВЫЯВЛЯЕМЫЙ R-ЛОГИЧЕСКИ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ В ОБЛАСТИ АБСЦЕССА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О 1) деструкции 2) сиквестрации 3) дренирование в просвет бронха 4) скопление значительного количества гноя 5) переходе в хроническую стадию	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
329.	ПРИ КОРТИКАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1) бронхоскопия 2) УЗИ 3) торакоскопия 4) томография 5) ангиопульмонография	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
330.	ПРИ ГАНГРЕНЕ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА 1) R-графия 2) радиоизотопное сканирование 3) спирометрия 4) бронхография 5) бронхоскопия	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
331.	УЗИ ПРИ ГАНГРЕНЕ ЛЕГКОГО ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ 1) объем поражения легочной ткани	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2) проходимость бронха 3) локализацию процесса 4) степень деструкции легкого 5) метод не информативен			
332.	К РАННИМ СИМПТОМАМ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ 1) постепенное начало 2) озноб 3) боли в груди 4) высокая лихорадка 5) кашель без мокроты	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
333.	ЧАЩЕ ВСЕГО АБСЦЕСС ЛЕГКОГО ВСКРЫВАЕТСЯ В 1) плевральную полость 2) бронх 3) брюшную полость 4) полость перикарда 5) сердце	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
334.	ВСКРЫТИЕ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ 1) кровотечением 2) улучшением состояния больного 3) уменьшением гнойной интоксикации 4) падением температуры 5) обильным выделением гнойной мокроты	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
335.	ДЛЯ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО НЕ ХАРАКТЕРНО 1) обширный гнойно-деструктивный процесс 2) отсутствие тенденции к ограничению процесса 3) выраженных изменений на R-грамме 4) тяжелого течения 5) улучшения состояния после дренирования в бронх	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
336.	АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ РЕТОРАКОТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ 1) коллапс легкого в следствии множественных легочных свищей	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	2) первичная несостоятельность культи бронха 3) внутриплевральное кровотечение 4) ателектаз легкого 5) напряженный пневмоторакс			
337.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ 1) разрыв плевральных сращений 2) прорыв абсцесса легкого 3) разрыв врожденных воздушных кист легкого 4) разрыв эмфизематозных пузырей легких, как проявление эмфиземы легких 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
338.	ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПНЕВМОТОРАКСА ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ 1) с плевральной пункции с аспирацией воздуха 2) с широкой торакотомии 3) с динамического наблюдения 4) с дренирования плевральной полости с активной аспирацией 5) все не верно	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
339.	ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЮТСЯ 1) торакотомия 2) плевральная пункция и аспирация воздуха 3) торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости 4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией 5) наблюдение	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
340.	БОЛЬНЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ	1	ВК, ТК,	ПК-5

	ФИБРОЗНОЙ МЕЗОТЕЛИОМОЙ ПЛЕВРЫ: 1) имеют хороший прогноз 2) имеют плохой прогноз 3) прогноз заболеваний не однозначен		ГИА	
341.	ОГРАНИЧЕННО РАСТУЩИЕ МЕЗОТЕЛИОМЫ (ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ МЕЗОТЕЛИОМЫ) ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЮТ СТРОЕНИЕ: 1) фибромы 2) липомы 3) шванномы 4) ангиомы 5) хондромы	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
342.	РАЗВИТИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМОЙ ПЛЕВРЫ В БОЛЬШЕЙ МЕРЕ ПОДВЕРЖЕНЫ ЛЮДИ, ИМЕВШИЕ ИЛИ ИМЕЮЩИЕ КОНТАКТ 1) с продуктами нефтепереработки 2) с асбестом 3) с каменным углем 4) с соединениями никеля и хрома	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
343.	ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЗОТЕЛИОМА 1) чаще поражает плевру 2) чаще поражает брюшину 3) встречаются одинаково часто 4) никогда не поражает брюшину	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
344.	СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕЗОТЕЛИОМ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ 1) эпителиальный 2) мезенхимальный (фиброзный) 3) смешанный 4) все ответы верные 5) правильного ответа нет	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
345.	ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЗОТЕЛИОМА ПЛЕВРЫ МОЖЕТ МЕТАСТАЗИРОВАТЬ	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	1) в легкие 2) в печень 3) в кости 4) в головной мозг 5) все ответы правильные			
346.	ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЛЕВРЫ, ПОКРЫВАЮЩЕЙ ДИАФРАГМУ, ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ 1) в подмышечной области 2) в боку с иррадиацией в область живота 3) в нижней части грудной клетки и в надплечье с той же стороны 4) в спине на уровне лопатки	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
347.	РЕНТГЕНОВСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЕ ПЛЕВРЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ 1) оценить состояние плевры 2) выявить возможное метастатическое поражение лимфатических узлов средостения 3) выявить метастазы в легочной ткани 4) все ответы верные 5) правильные ответы 1) и 3)	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
348.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ 1) с доброкачественными опухолями плевры 2) с метастатическим поражением плевры 3) с опухолями легких, грудной стенки, диафрагмы, средостения 4) с плевритом воспалительного генеза 5) все ответы верные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
349.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМИ МЕТОДАМИ	5	ВК, ТК,	ПК-6

	ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕЗОТЕЛИОМ ЯВЛЯЮТСЯ 1) хирургический 2) лучевой 3) химиотерапия 4) иммунотерапия 5) правильные ответы 2) и 3)		ГИА	
350.	РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДАЮТ ЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ: 1) в верхневнутреннем квадранте 2) в верхне-наружном квадранте 3) в нижне-внутреннем квадранте 4) в нижне-наружном квадранте	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
351.	ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ: 1) I стадии 2) II стадии 3) IIб стадии 4) III и IV стадиям 5) любой из перечисленных стадий	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10
352.	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МАСТЭКТОМИИ МОЖЕТ БЫТЬ: 1) наличие изъязвленной опухоли 2) тяжелые сопутствующие заболевания 3) преклонный возраст больного 4) всё перечисленное 5) ни одного из перечисленного	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
353.	ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КАК: 1) самостоятельный метод 2) в комбинации с хирургическим методом 3) в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией) 4) всё ответы правильны 5) правильно 1 и 2	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

354.	АНДРОГЕНЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ: 1) при раке мочевого пузыря 2) при раке молочной железы 3) при злокачественных опухолях яичника 4) при раке предстательной железы 5) верно 3 и 4	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
355.	ДЛЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I СТ. ХАРАКТЕРНЫ: 1) анемия 2) лейкоцитоз 3) повышенная СОЭ 4) всё перечисленное 5) ничего из перечисленного	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
356.	ВНУТРИПРОТОВОКОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ: 1) при бесконтрастной маммографии 2) при дуктографии 3) при крупнокадровой флюорографии 4) выявлены рентгенологически быть не могут	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
357.	ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВОЗМОЖНА: 1) при ультразвуковом исследовании 2) при маммографии 3) при термографии 4) при использовании всех перечисленных методов 5) ни при одном из перечисленных методов	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
358.	РАДИОИЗОТОПНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ: 1) для выявления первичных опухолей 2) для определения распространенности злокачественного процесса 3) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4) правильно 1 и 2 5) всё перечисленное верно			
359.	К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСЯТСЯ: 1) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия 2) узловая фиброзно-кистозная мастопатия 3) фиброаденома 4) правильно 1 и 2 5) все ответы верны	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
360.	ОБЩИМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ЛАПАРОСКОПИИ ПО ПОВОДУ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ , УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО,ЯВЛЯЮТСЯ: 1) крайне тяжелое состояние больного 2) нарушение свертывающей системы крови 3) инфаркт миокарда 4) нарушение мозгового кровообращения 5) желтуха неясного генеза	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
361.	СВИДЕТЕЛЬСТВОМ НАХОЖДЕНИЯ ИГЛЫ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА В СВОБОДНОЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ СЛУЖИТ: 1) ощущение «проваливания» при прокалывании иглой брюшной стенки 2) невозможность свободно совершать круговые движения концом иглы 3) отрицательная толчковая проба 4) появление крепитации при наложении пневмоперитонеума 5) сопротивление при введении шприцом физ. раствора в просвет иглы	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
362.	ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	1) воздух 2) кислород 3) закись азота 4) CO ₂ 5) водород			
363.	КЛАССИЧЕСКИЕ ТОЧКИ КАЛЬКА РАСПОЛАГАЮТСЯ: 1) на 2 см выше и ниже пупка и на 1 см справа и слева от срединной линии 2) на 3 см выше и ниже пупка и на 0,5 см справа и слева от срединной линии 3) на 2 см выше пупка и 2 см вправо и влево 4) на 3 см выше пупка и 3 см вправо и влево 5) на 1 см выше и ниже пупка и на 2 см справа и слева от срединной линии	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
364.	МЕДИАСТИНОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ 1) увеличении лимфоузлов средостения 2) инородном теле легкого 3) кровохаркании 4) ателектазе легкого 5) увеличении щитовидной железы III-IV степени	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
365.	ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ 1) остроконечный скальпель 2) троакар 3) переходный резиновый воздуховод 4) ранорасширитель 5) эндоскоп	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
366.	ЕСЛИ ОПТИКА НА ДИСТАЛЬНОМ КОНЦЕ ТОРАКОСКОПА ЗАГРЯЗНИЛАСЬ КРОВЬЮ, ТО НЕОБХОДИМО: 1) протереть лапароскоп о большой сальник 2) промыть физиологическим раствором 3) протереть салфеткой	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	4) все перечисленное 5) ничего из перечисленного			
367.	КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПРИДАЮТ ПАЦИЕНТУ НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТОРАКОСКОПИИ: 1) на спине 2) на боку 3) на животе 4) все верно 5) все неверно	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
368.	ОРИЕНТИРОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ ТОРАКОСКОПА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: 1) вертебральных отрезков ребер 2) сухожильной поверхности диафрагмы 3) полунепарной вены 4) перикарда 5) пищевода	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
369.	ДЛЯ ТОРАКОСКОЦЕНТЕЗА ПРИ ТОРАКОСКОПИИ ТИПИЧНАЯ ТОЧКА РАСПОЛОЖЕНА: 1) в VIII межреберье по заднеподмышечной линии 2) во II межреберье по среднеключичной линии 3) в IV межреберье кпереди от среднеподмышечной линии 4) в IX межреберье по лопаточной линии 5) в VI межреберье по переднеподмышечной	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
370.	ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: : 1) как самостоятельный метод 2) в комбинации с хирургическим методом 3) в комбинации с лекарственной терапией (химио - и иммунотерапией) 4) все ответы правильные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	5) правильные первые два ответа			
371.	ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РЕШАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАДАЧИ: 1) подведение максимальной возможной дозы излучения 2) вызов гибели наиболее чувствительного пула опухолевых клеток 3) получить торможение роста опухоли 4) получить частичную регрессию опухоли 5) все ответы правильные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
372.	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА В СЛУЧАЕ: 1) нерадикальности операции 2) неабластичности операции 3) выявленных во время операции регионарных метастазов 4) все ответы верные 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
373.	ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ РАДИКАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ: 1) подведение максимально возможной дозы излучения 2) снижение биологической активности опухолевых клеток 3) вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток 4) достижение частичной регрессии опухоли 5) достижение полной регрессии опухоли	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
374.	СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОЗНАЧАЕТ: 1) применение двух способов облучения или двух видов излучения 2) расщепление курса лучевой терапии	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	3) облучение с радиомодификаторами 4) облучение в сочетании с химиотерапией 5) правильного ответа нет			
375.	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: 1) слабости 2) тошноты, рвоты 3) нарушения сна 4) лейкопении 5) образование метастазов	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
376.	К ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ: 1) внутрисполостной 2) интратканевой 3) аппликационный 4) гамма-терапия	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
377.	К ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ: 1) рентгенотерапия 2) гамма-терапия 3) аппликационный 4) нейтронная терапия	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
378.	К КОНТАКТНЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ: 1) внутрисполостной 2) интратканевой 3) аппликационный 4) гамма-терапия	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
379.	ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОТНОСИТСЯ К: 1) системным методам воздействия на организм 2) регионарным методам воздействия на организм 3) локальным методам воздействия на организм 4) все ответы правильные	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

380.	К ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ: 1) рак желудка 2) плоскоклеточный рак кожи 3) злокачественные лимфомы 4) рак тела матки	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
381.	НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОПУХОЛИ К ХИМИОТЕРАПИИ НЕ ВЛИЯЮТ: 1) гистологическая структура опухоли 2) степень дифференцировки опухоли 3) кровоснабжение опухоли 4) стадия заболевания	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
382.	НЕАДЬЮВАНТНАЯ ХИМИТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАПРАВЛЕНА НА СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПА: 1) абластики 2) асептики 3) антисептики 4) антибластики 5) все не верно	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
383.	НЕРЕДКО ХИМИОТЕРАПИЮ НАЗНАЧАЮТ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ. ТАКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ НАЗЫВАЕТСЯ: 1) адьювантной 2) неоадьювантной 3) комплексной 4) специальным термином не обозначается 5) все не верно	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
384.	ХИМОТЕРАПИЯ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ПОЛНОМУ ИЗЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ: 1) раком желудка 2) раком молочной железы 3) саркомами костей и мягких тканей 4) лимфогранулематозом 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
385.	РЕАКТИВНЫЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ	5	ВК,	ПК-5

	ПЛЕВРИТ МОЖЕТ БЫТЬ 1) при острой пневмонии 2) при поддиафрагмальном абсцессе 3) при остром холецистите и панкреатите 4) при септической пневмонии 5) при всех перечисленных заболеваниях		ТК, ГИА	
386.	ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ 1) бронхоэктатической болезни 2) абсцесса легкого 3) туберкулеза 4) острой пневмонии 5) эхинококкоза	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
387.	СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ПОСЛЕ ПУЛЬМОНЭКТОМИИ 1) бронхиальный свищ 2) инородные тела в плевральной полости (дренаж, салфетка) 3) нагноение послеоперационной раны 4) остеомиелит ребер и хондрит 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
388.	ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ 1) выделение крови изо рта 2) кашель с выделением алой пенистой крови 3) наличие затемнения в легком 4) наличие экссудата в плевральной полости 5) наличие крови в бронхах при бронхоскопии	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
389.	ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА РЕДКО ВОЗНИКАЕТ 1) боли за грудиной 2) подкожная эмфизема	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3) дивертикул 4) гипертермия 5) боли при глотании			
390.	РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА НЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ 1) дивертикулах 2) актиномикозе 3) ожогах 4) туберкулезе 5) пептической язве	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
391.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ 1) кардиодилатация 2) применение гармонов 3) применение спазмолитиков 4) бужирование 5) противовоспалительная терапия	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
392.	ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ 1) кардиодилатацию 2) пластику желудком 3) пластику толстой кишкой 4) пластику тонкой кишкой 5) гастростомию	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
393.	ПРИ КАРДИОСПАЗМЕ 1) нарушается тонус блуждающих нервов 2) отсутствует расслабление пищеводного сфинктера 3) возникает рефлюкс-эзофагит 4) повышается давление в 12-ти перстной кишке 5) возникает демпинг-синдром	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
394.	ПАРЕНХИМУ НОВООБРАЗОВАНИЯ СОСТАВЛЯЮТ: 1) собственно опухолевые клетки 2) соединительная ткань 3) кровеносные и лимфатические сосуды 4) нервы и клеточные элементы стромы	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	5) всё перечисленное верно			
395.	ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО: 1) наложить циркулярную повязку на грудную клетку 2) наложить одностороннюю лейкопластырную повязку 3) произвести паравертебральную спиртоновокаиновую блокаду 4) выполнить вагосимпатическую блокаду 5) выполнить блокаду «трех мест» (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
396.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Кровохаркание 2) Гемоторакс 3) Пневмоторакс 4) Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании 5) Гемопневмоторакс	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
397.	ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНЫ: 1) Изменения ЭКГ 2) Боли в области сердца 3) Снижение артериального давления 4) Повышение венозного давления 5) Все перечисленные признаки	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
398.	ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА КУПОЛА ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье 2) Боль в предреберье 3) Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании 4) Ослабленное дыхание на стороне	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	травмы 5) Общее тяжелое состояние больного			
399.	ДЛЯ РАЗРЫВА КРУПНОГО БРОНХА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: 1) Напряженного пневмоторакса 2) Напряженной эмфиземы средостения 3) Общего тяжелого состояния больного 4) Кровохарканья 5) Всё перечисленное	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
400.	УШИВАНИЕ РАНЫ ЛЕГКОГО ДОЛЖНО ПРОИЗВОДИТСЯ 1) непрерывным обвивным швом 2) отдельными узловыми швами 3) кисетным швом 4) Z-образным швом 5) всеми перечисленными способами	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
401.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) плевральная пункция 2) дренирование плевральной полости 3) широкая торакотомия 4) торакотомия и ликвидация гемоторакса 5) подход должен быть строго индивидуальным	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
402.	ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО 1) наложить циркулярную повязку на грудную клетку 2) наложить одностороннюю лейкопластырную повязку 3) произвести паравертебральную спиртово-новокаиновую блокаду 4) выполнить вагосимпатическую блокаду 5) выполнить блокаду 3-х мест (вагосимпатическую, места перелома и паравертебральную)	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
403.	ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ	5	ВК,	ПК-5

	РАЗРЫВА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ 1) кровохарканье 2) гемоторакс 3) пневмоторакс 4) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании 5) гемопневмоторакс		ТК, ГИА	
404.	ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ 1) снижение артериального давления 2) цианоз лица 3) расширение границ сердца 4) глухость тонов 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
405.	ВНУТРИГРУДНАЯ АРТЕРИЯ НА УРОВНЕ I МЕЖРЕБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ РАСПОЛОЖЕНА: 1) по стеральной линии между париетальной плеврой и внутригрудной фасцией; 2) латерально от парастеральной линии между внутренней межреберной мышцей и внутригрудной фасцией; 3) между стеральной и парастеральной линией под внутригрудной фасцией рядом с диафрагмальным нервом, сопровождая его до IV ребра; 4) по парастеральной линии на уровне верхнего края II между внутригрудной фасцией и вентрально хрящом II ребра; 5) за грудиной, между внутригрудной фасцией и задней пластинкой грудины.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
406.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО: 1) передний ствол легочной артерии и А3; 2) передний ствол легочной артерии и А2; 3) передний ствол легочной артерии и А1;	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	4) передний ствол и междолевой ствол легочной артерии; 5) передний ствол легочной артерии.			
407.	ПЕРФОРАЦИЯ ПИЩЕВОДА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА 1) эзофагоскопией 2) проглоченным инородным телом 3) сильной рвотой 4) эрозией опухоли 5) всем перечисленным	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
408.	ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ИЗ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ ТОРАКОТОМИИ АРТЕРИЯ 2-ГО СЕГМЕНТА ВЫДЕЛЯЕТСЯ И ПЕРЕВЯЗЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОБРАБОТКИ: 1) верхней легочной вены; 2) переднего ствола легочной артерии; 3) вен 1, 2 и 3 сегмента; 4) переднего ствола и сегментарных вен верхней доли, бронха верхней доли; 5) бронха верхней доли.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
409.	ЦЕНКЕРОВСКИЙ ДИВЕРТИКУЛ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ 1) в области бифуркации трахеи 2) над диафрагмой 3) в верхней трети пищевода 4) в глоточно-пищеводном переходе 5) над кардией	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
410.	ДЕЛЕНИЕ ВЕРХНЕДОЛЕВЫХ БРОНХОВ СПРАВА И СЛЕВА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА СЕГМЕНТАРНЫЕ БРОНХИ: 1) Б1, Б2 и Б3 с обеих сторон; 2) Б1, Б2, Б3, Б4, Б5 с обеих сторон; 3) Б1, Б2, Б3, Б4, Б5 – справа и Б1, Б2, Б3 – слева; 4) Б1, Б2, Б3 – справа Б1, Б2, Б3, Б4, Б5 – слева; 5) Б1, Б2, Б3 и аксиллярный бронх с	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	обеих сторон.			
411.	ПО МЕХАНИЗМУ ОБРАЗОВАНИЯ ДИВЕРТИКУЛЫ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА 1) бифуркационные 2) тракционные 3) ценкеровские 4) эпифренальные 5) фарингоэзофагеальные	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
412.	ПРЕСКАЛЕННУЮ БИОПСИЮ (ОПЕРАЦИЮ ДАНИЕЛЬСА) ВЫПОЛНЯЮТ ЧЕРЕЗ: 1) сонный треугольник шеи; 2) треугольник Пирогова; 3) подъязычно-ключичный треугольник шеи; 4) наружный треугольник шеи; 5) срединный треугольник шеи.	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
413.	В КЛАССИФИКАЦИЮ ДИВЕРТИКУЛОВ ПО МЕХАНИЗМУ ОБРАЗОВАНИЯ НЕ ВХОДЯТ 1) тракционные 2) ложные 3) пульсионные 4) пульсионно-тракционные 5) все перечисленные	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
414.	ГНОЙНЫЕ ПРОЦЕССЫ ИЗ ОБЛАСТИ ШЕИ ПРОНИКАЮТ В ГРУДНУЮ ПОЛОСТЬ: 1) через клетчаточные пространства по ходу фасций шеи; 2) вдоль трахеи; 3) вдоль крупных артериальных и венозных стволов; 4) по ходу пищевода; 5) через яремную область вдоль задней пластинки грудины.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
415.	ДЛЯ ОБНАЖЕНИЯ И ДРЕНИРОВАНИЯ ГРУДНОГО ПРОТОКА НА ШЕЕ ПРИМЕНЯЮТ РАЗРЕЗЫ ПО:	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	1) Богушу и Бьерку; 2) Бьерку и Жданову; 3) Жданову и Шевкуненко; 4) Шевкуненко и Бьерку; 5) Стручкову.			
416.	КЛИНИКА ДИВЕРТИКУЛОВ НЕ ЗАВИСИТ ОТ 1) локализации 2) размеров 3) строения его стенки 4) механизма развития 5) характера осложнений	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
417.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТРАВМЫ ЛЕВОГО ВОЗВРАТНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) симптом К. Бернара-Горнера; 2) осиплость голоса; 3) ларингоспазм; 4) бронхоспазм; 5) анизокория.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
418.	У БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ РАЗВИЛСЯ СИМПТОМ К. БЕРНАРА-ГОРНЕРА. ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТРАВМЕ: 1) возвратного нерва; 2) блуждающего нерва; 3) звездчатого нервного узла; 4) диафрагмального нерва; 5) I межреберного нерва.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
419.	КУПОЛА ДИАФРАГМЫ В НОРМЕ, КАК ПРАВИЛО, РАСПОЛОЖЕНЫ НА УРОВНЕ: 1) IV ребра справа, V ребра слева; 2) V ребра справа, IV ребра слева; 3) VII ребра справа, VI ребра слева; 4) VI ребра справа и слева. 5) все не верно	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
420.	КОСАЯ МЕЖДОЛЕВАЯ ЩЕЛЬ	1	ВК,	ПК-5

	СПРАВА И СЛЕВА ПРОЕЦИРУЕТСЯ НА ГРУДНУЮ СТЕНКУ: 1) от остистого отростка 2 грудного позвонка до хряща 6 ребра; 2) от остистого отростка 3 грудного позвонка до хряща 6 ребра; 3) от остистого отростка 3 грудного позвонка до места прикрепления 7 ребра к грудины; 4) от остистого отростка 3 грудного позвонка до мечевидного отростка грудины; 5) от остистого отростка 4 грудного позвонка до мечевидного отростка грудины		ТК, ГИА	
421.	РЕКУРРЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ВЕТВЬ СП ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОТХОДИТ ОТ: 1) переднего ствола легочной артерии и артерии 1 сегмента; 2) переднего ствола легочной артерии и артерии 6 сегмента; 3) междолевого ствола легочной артерии и артерии 1 сегмента; 4) междолевого ствола легочной артерии и артерии 6 сегмента; 5) переднего ствола и междолевого ствола легочной артерии;	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
422.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ 1) эзофагоскопию 2) фиброэзофагоскопию и рентгенологическое исследование 3) пневмомедиастинографию 4) томографию средостения 5) правильно 1) и 4)	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
423.	ДИВЕРТИКУЛЫ ПИЩЕВОДА НЕ ОСЛОЖНЯЮТСЯ 1) раком 2) дивертикулитом 3) перфорацией 4) кровотечением	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	5) ущемлением			
424.	ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА ВСЕГДА ТРЕБУЮТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ 1) рефлюкс-эзофагит 2) ахалазия пищевода 3) кардиоспазм 4) тракционные дивертикулы пищевода 5) пульсионные дивертикулы пищевода	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
425.	ТОРАКОТОМИЮ ПО НАСИЛОВУ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ПАТОЛОГИИ: 1) заднего средостения; 2) переднего средостения; 3) верхнего средостения; 4) диафрагмы; 5) сердца.	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
426.	ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДИВЕРТИКУЛОВ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ 1) размеры 2) локализация 3) перфорация 4) кровотечение 5) сужение пищевода	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
427.	ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛОВ ПИЩЕВОДА НЕ ПРИМЕНЯЮТ 1) дивертикулэктомию 2) удаление дивертикула с пластикой пищевода диафрагмальным лоскутом 3) инвагинацию дивертикула 4) резекцию сегмента пищевода с дивертикулом 5) ни один метод	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
428.	ДЛЯ НАЧАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА НЕ ХАРАКТЕРНА 1) изжога	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	2) боли в эпигастрии 3) боль за грудиной 4) регургитация 5) дисфагия			
429.	РАЗВИТИЕ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА НЕ СВЯЗЫВАЮТ 1) с наличием ГПОД 2) с воздействием гнойной мокроты при абсцессах легких 3) с забросом желудочного сока 4) с забросом желчи 5) с забросом панкреатического секрета	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
430.	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПИЩЕВОДА НЕ ОТНОСЯТ 1) эзофагиты 2) варикозное расширение вен пищевода 3) дивертикулы пищевода 4) кардиоспазм 5) ни одно из заболеваний	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10
431.	ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ЛЕГКОГО НАЗЫВАЕТСЯ: 1) резекция нескольких сегментов одной доли; 2) резекция нескольких сегментов из разных долей одного легкого; 3) резекция нескольких сегментов из разных легких; 4) резекция нескольких рядом расположенных сегментов одной доли; 5) любая резекция более 2-х сегментов легкого.	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
432.	КОМБИНИРОВАННОЙ СЕГМЕНТАРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ЛЕГКОГО НАЗЫВАЕТСЯ: 1) сегментарная резекция, дополненная любой корригирующей операцией; 2) сегментарная резекция, дополненная одновременно с обеих сторон; 3) удаление двух и более сегментов из разных долей легкого; 4) сегментарная резекция, выполненная	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	после курса лучевой терапии; 5) сегментарная резекция, выполненная вместе с атипичной резекцией.			
433.	Реверсия легких по Малицкому заключается в: А) пневмопексии СІ в заднем костодиафрагмальном синусе; Б) пневмопексии СІV или СV в заднем остодиафрагмальном синусе; В) пневмопексии СХ или СІХ в куполе плевральной полости; Г) пневмопексии СІV или СV в куполе плевральной полости; Д) пневмопексии СVІ в куполе плевральной полости.	В	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
434.	ДОСТУПОМ ДЛЯ МЕДИАСТИНОСКОПИИ ПО КАРЛЕНСУ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) парастеральный разрез с пересечением хрящей II-IV ребер; 2) парастеральный разрез с иссечением 2-3 см хряща II ребра; 3) «малая» межреберная передняя торакотомия по III межреберью; 4) разрез над югулярной вырезкой грудины с рассечением фасций шеи; 5) торакоскопия.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
435.	ДОСТУПОМ ДЛЯ МЕДИАСТИНОСКОПИИ ПО СТЕММЕРУ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) «малая» межреберная передняя торакотомия по III межреберью; 2) парастеральный разрез с пересечением хрящей II-IV ребер; 3) парастеральный разрез с иссечением 2-3 см хряща II ребра; 4) разрез над югулярной вырезкой грудины с рассечением фасций шеи; 5) торакоскопия.	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
436.	ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ	5	ВК, ТК,	ПК-5

	ДИАФРАГМЫ МОГУТ БЫТЬ 1) рефлюкс-эзофагит 2) ущемление 3) пептическая стриктура пищевода 4) пептический эзофагит 5) все перечисленное		ГИА	
437.	НАИБОЛЕЕ ВЫГОДНОЕ МЕСТО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПНЕВМОТОРАКСА: 1) 2-е межреберье по средней ключичной линии 2) 4-е межреберье по передней подмышечной линии 3) 7-е межреберье по передней аксиллярной линии 4) 8-е межреберье по задней аксиллярной линии 5) 3-е межреберье по средней ключичной линии	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
438.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Плевральная пункция 2) Дренирование плевральной полости 3) Широкая торакотомия 4) Торакоскопия и ликвидация гемоторакса 5) Правильно 1 и 2,4	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
439.	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ШИРОКОЙ ТОРАКОТОМИИ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Пневмоторакс 2) Свернувшийся гемоторакс 3) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость 4) Проникающее ранение грудной клетки 5) Правильно 1 и 2	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
440.	ПРИ БОЛЬШОМ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ 5-ДНЕВНОЙ	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	ДАВНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ: 1) Широкую торакотомию, удаление гемоторакса 2) Дренирование плевральной полости 3) Введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса 4) Повторные плевральные пункции 5) Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса			
441.	ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ШИРОКОЙ ТОРАКОТОМИИ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) Пневмоторакс 2) Гемоторакс 3) Свернувшийся гемоторакс 4) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость 5) Сам факт проникающего ранения	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
442.	ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Выделение крови изо рта 2) Кашель с выделением алой пенистой крови 3) Наличие затемнения в легком 4) Наличие экссудата в плевральной полости 5) Наличие крови в бронхах при бронхоскопии	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
443.	АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ РЕТОРАКОТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей 2) Первичная несостоятельность культи бронха 3) Внутриплевральное кровотечение 4) Ателектаз легкого 5) Напряженный пневмоторакс	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
444.	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	1	ВК, ТК,	ПК-6

	КАРДИОСПАЗМА НЕ ПОКАЗАНО ПРИ 1) изнуряющей рвоте 2) невозможности кардиодилатации 3) ахалазии IV ст 4) пептической структуре 5) разрывах пищевода		ГИА	
445.	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ 1) плевральная пункция 2) дренирование плевральной полости 3) торакотомия 4) торакотомия и ликвидация гемоторакса 5) подход должен быть строго индивидуальным	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
446.	ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА КУПОЛА ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1) боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье 2) боль в подреберье 3) пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании 4) ослабленное дыхание на стороне травмы 5) общее тяжелое состояние больного	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
447.	НАИБОЛЕЕ ОБШИРНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ СЛЕДУЮЩИХ ХИМИЧЕСКИХ АГЕНТОВ 1) неорганических кислот 2) щелочей 3) органических кислот 4) лаков 5) суррогатов алкоголя	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
448.	НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПИЩЕВОДЕ ПРИ ЕГО ХИМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ИМЕЮТ	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	МЕСТО 1) на всем протяжении пищевода 2) в области глотки 3) в области кардии 4) в местах физиологических сужений 5) в абдоминальном отрезке пищевода			
449.	ДЛЯ РАЗРЫВА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ 1) острая боль в грудной клетке, нередко с иррадиацией по межреберью 2) наличие крепитации на шее, гнусавость голоса 3) общее тяжелое состояние больного 4) высокая температура 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
450.	О РАНЕНИИ СЕРДЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ 1) локализация раны 2) резкое снижение артериального давления 3) внешний вид больного 4) повышение венозного давления 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
451.	ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ 1) снижение артериального давления 2) цианоз лица 3) расширение границ сердца 4) глухость тонов 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
452.	ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) Бронхиальный свищ, эмпиема плевры 2) Внутривнеплевральное кровотечение 3) Сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких 4) Нагноение послеоперационной раны 5) Все перечисленные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
453.	СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ	5	ВК, ТК,	ПК-5

	С ПРОИЗВОДСТВОМ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ И ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ, К МОМЕНТАЛЬНОМУ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ МОГУТ ПРИВЕСТИ: 1) Внутривнутриплевральное кровотечение 2) Воздушная эмболия головного мозга 3) Анафилактический шок 4) Плевропульмональный шок 5) Правильно 2 и 3		ГИА	
454.	ОПЕРАЦИЯ ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИИ ПОКАЗАНА: 1) При карциноме пищевода 2) При ахалазии пищевода и кардиоспазме 3) При диафрагмальной грыже 4) При грыже пищеводного отверстия диафрагмы 5) При всём перечисленном	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
455.	ДЛЯ РАЗРЫВА КРУПНОГО БРОНХА ХАРАКТЕРНО 1) напряженный пневмоторакс 2) напряженная эмфизема средостения 3) общее тяжелое состояние больного 4) кровохарканье 5) все перечисленное	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
456.	ФИБРОЭЗОФАГОСКОПИЯ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ: 1) Травмой слизистой 2) Травмой глотки 3) Травмой пищевода 4) Перфорацией пищевода 5) Всем перечисленным	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
457.	Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется: 1) Эзофагитом 2) Надрывами слизистой дна желудка 3) Зиянием кардиального жома 4) Эндоскопическая картина решающего	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	значения не имеет 5) Правильно 1 и 3			
458.	ДЛЯ НЕМЕДЛЕННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ: 1) Применять массивные гемостатические средства 2) Применять гипотензивные средства 3) Вводить малые гемостатические дозы крови 4) Ввести зонд. Блекмора 5) Хирургически прошить кровоточащие сосуды	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
459.	ПРИ НАПРЯЖЁННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПОКАЗАНО: 1) ИВЛ 2) Немедленное дренирование плевральной полости 3) Срочная торакотомия 4) Торакоскопия 5) Трахеостомия	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
460.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО МЕДИАСТЕНИТА: 1) Разрыв пищевода 2) Хирургическое вмешательство 3) Гнойный лимфаденит с распространением процесса 4) Распространение гнойных процессов с шеи 5) Вовлечение средостения в туберкулёзный процесс или грибковое поражение при заболеваниях лёгких	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
461.	ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ЛЕГОЧНАЯ СЕКВЕСТРАЦИЯ" ПРЕДПОЧТЕНИЕ ИМЕЕТ : 1)аортография; 2) бронхография;	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3) бронхоскопия; 4) ангиопульмонография; 5) сканирование легких.			
462.	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ, ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ПРИ ТРАНСФУЗИИ ЭРИТРОЦИТОВ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1) внутрисосудистым гемолизом перелитых эритроцитов 2) острой почечной недостаточностью 3) падением артериального давления 4) повышенной кровоточивостью 5) повышением артериального давления	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
463.	ОЛИГУРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, ЕСЛИ СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ: 1) менее 600 мл/сут. 2) менее 500 мл/сут. 3) менее 400 мл/сут. 4) менее 300 мл/сут. 5) менее 200 мл/сут.	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
464.	ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) норадреналин 2) преднизолон 3) димедрол 4) хлористый кальций 5) адреналин	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
465.	ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ УСТРАНЯЕТСЯ: 1) электрической дефибрилляцией 2) внутривенным введением лидокаина 3) внутривенным введением атропина, хлорида кальция и хлорида калия 4) внутривенным введением адреналина 5) всем перечисленным	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
466.	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ОБОСНОВАННЫМИ	5	ВК, ТК,	ПК-6

	МЕРОПРИЯТИЯМИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) возмещение кровопотери 2) устранение острой дыхательной недостаточности 3) блокирование очага патологического импульса 4) восстановление или протезирование функций повреждённых органов 5) всё перечисленное		ГИА	
467.	НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ВЫЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ГАЗОВОЙ ГАНГРЕНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) раннее применение антибиотиков 2) раннее очищение раны от омертвевших тканей и/или ампутация 3) раннее применение гипербарической оксигенации 4) всё перечисленное 5) все не верно	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
468.	ВЕРХНЯЯ ЩИТОВИДНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ: 1) от наружной сонной артерии 2) от внутренней сонной артерии 3) от подключичной артерии 4) от дуги аорты 5) от щито-шейного ствола	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
469.	НИЖНЯЯ ЩИТОВИДНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ: 1) от наружной сонной артерии 2) от внутренней сонной артерии 3) от подключичной артерии 4) от общей сонной артерии 5) от щито-шейного ствола	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
470.	СРЕДИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ, КРОМЕ:	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	1) острых тиреоидитов (негнойных и гнойных) 2) хронического тиреоидита (зоб Риделя) 3) подострого тиреоидита (тиреоидит де Кервен - Крайля) 4) лимфоматозного тиреоидита (зоб Хашимото) 5) редких воспалительных (туберкулез, сифилис), грибковых и паразитарных заболеваний (актиномикоз, эхинококк)			
471.	ОСНОВНОЕ ВНИМАНИЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОЛЖНО УДЕЛЯТЬСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ: 1) формы щитовидной железы 2) размеров 3) консистенции 4) температуры 5) подвижности	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
472.	ПРИ САРКОИДОЗЕ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: 1) повышения содержания кальция в крови 2) понижения содержания кальция в крови 3) повышения содержания фосфора в крови 4) периодического повышения активности щелочной фосфатазы 5) повышения содержания сахара в крови	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
473.	АДЕНОМА ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ В ЗАГРУДИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО: 1) в 1% наблюдений 2) в 5% наблюдений 3) в 10% наблюдений 4) в 20% наблюдений	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-4 ПК-5

	5) в 25% наблюдений			
474.	ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗОБА БЫЛИ ПОВРЕЖДЕНЫ ОБА ВОЗВРАТНЫХ НЕРВА. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ПРЕДПОЛАГАЕТ: 1) продолжения искусственной вентиляции лёгких 2) наложение швов на повреждённый нерв 3) наложение трахеостомы 4) необходимости в дополнительных мероприятиях не возникает 5) зондовое кормление больного	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
475.	ДЛЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ: 1) безудержного прогрессирования периферического воспаления 2) вовлечения в процесс сухожильных влагалищ 3) артритов 4) кандидомикоза 5) декомпенсации сахарного диабета	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
476.	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) внутриартериальное введение антибиотиков 2) лечебные бронхоскопии 3) внутримышечное введение антибиотиков 4) общеукрепляющее лечение и иммунотерапия 5) сочетание всех вышеперечисленных методов	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
477.	К РОНИЧЕСКИМ АБЦЕССАМ ЛЕГКОГО ОТНОСЯТСЯ	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	СУЩЕСТВУЮЩИЕ: 1) 2-3 недели 2) 1 месяц 3) 6-8 недель 4) 3 месяца 5) 6 месяцев			
478.	ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ: 1) бронхиальный свищ, эмпиема плевры 2) внутриплевральное кровотечение 3) сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких 4) нагноение послеоперационной раны 5) все перечисленные	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
479.	ГЛАВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ (МЕХАНИЗМОМ) ВРАЗВИТИИ АБСЦЕССА И ГЕНГРЕНА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) бронхогенный фактор 2) травматизм 3) бронхоэктатическая болезнь 4) септическая эмболия 5) распространение инфекции с соседних гнойных очагов	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
480.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) верхняя доля 2) средняя доля 3) нижняя доля 4) правильно 1 и 2 5) любая доля и любой сегмент обоих долей	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
481.	У БОЛЬНОГО 26 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН ГАНГРЕНОЗНЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПРОФУЗНЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕ. НАИБОЛЕЕ	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гемостатическая терапия 2) искусственный пневмоторакс 3) пневмоперитонеум 4) тампонада дренирующего бронха 5) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого			
482.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации 2) Кашель с большим количеством гнойной мокроты 3) Высокая температура 4) Кровохарканье 5) Симптом "барабанных палочек"	2	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
483.	У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 2 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ ГОДА ИМЕЕТСЯ КИСТОЗНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ЛЕГКОМ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ: 1) Оперативное лечение 2) Консервативное лечение 3) Пункцию кисты 4) Дренирование кисты 5) Выжидательную тактику	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
484.	К НАГНОИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЕГКИХ НЕ ОТНОСЯТ 1) абсцесс легкого 2) нагноившуюся кисту легкого 3) бронхоэктатическую болезнь 4) эмпиему плевры 5) гангрену легкого	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
485.	У БОЛЬНОГО РЕБЕНКА ТЯЖЕЛОЕ СОСТОЯНИЕ, ВЫРАЖЕННАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6

	НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ЗВОНКИЙ ГОЛОС, ПЕРИОДИЧЕСКИ СЛЫШЕН СИМПТОМ "ХЛОПКА". В ДАННОМ СЛУЧАЕ РЕЧЬ ИДЕТ: 1) об инородном теле бронха 2) об инородном теле гортани 3) о фиксированном инородном теле трахеи 4) о баллотирующем инородном теле трахеи 5) об инородном теле пищевода			
486.	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ВИДОМ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) врожденный изолированный трахеопищеводный свищ 2) аплазия пищевода 3) атрезия пищевода 4) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем 5) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищем	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
487.	У БОЛЬНОГО 26 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАН ГАНГРЕНОЗНЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПРОФУЗНЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ: 1) гемостатическая терапия 2) искусственный пневмоторакс 3) пневмоперитонеум 4) тампонада дренирующего бронха 5) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
488.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЮТСЯ: 1) легочная инфильтрация 2) синдром легочного растяжения	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5

	3) одиночная полость 4).четкое жидкостное образование 5) диффузное легочное затемнение с очагами деструкции (пчелиные соты)			
489.	ПРОФУЗНОЕ ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ПРИ: 1) бронхоэктатической болезни 2) абсцессе легкого 3) туберкулезе легких 4) раке легких 5) гангрене легких	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
490.	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ ПРИЧИНОЙ ПРОФУЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ГАНГРЕНЕ ЛЕГКИХ? 1) эрозии слизистой бронхов 2) ветви легочной артерии 3) межреберные артерии 4) дуга аорты и грудной отдел аорты 5) бронхиальные артерии	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
491.	ОСОБЕННОСТЬЮ ГАНГРЕНОЗНЫХ АБСЦЕССОВ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) преобладание некротических процессов и наличие секвестров в полости б) преобладание Гр" -" микробной флоры в) локализация исключительно в 6 сегменте г) локализация исключительно в базальных сегментах д) быстрые деструктивные процессы с в формированием множественных мелких полостей	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
492.	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ГАНГРЕНЕ ЛЕГКОГО СОСТАВЛЯЕТ: 1) более 50% 2) от 7 до 10% 3) 28 - 35%	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10

	4) 50% 5) менее 7%			
493.	АБСЦЕСС ОТ ИНФИЛЬТРАТА ОТЛИЧАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ: 1) боли 2) гипертермии 3) флюктуации 4) гиперемии кожи 5) лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево	3	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
494.	У ДЕВОЧКИ В ВОЗРАСТЕ 5 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНО ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ ЛЕВОЙ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОБРАЗОВАНИЕ ПЛОТНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, БОЛЕЗНЕННОЕ, РАЗМЕРОМ 0.5'0.5 СМ, СВЯЗАННОЕ С ГРУДНЫМ СОСКОМ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: 1) доброкачественная опухоль грудной железы (ангиома, лимфангиома и т.д.) 2) злокачественная опухоль грудной железы 3) остеома ребра 4) допубертатная гиперплазия грудной железы 5) мастит	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-6
495.	В НАЧАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ СТАДИИ ОСТРОГО МАСТИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ: 1) разрез 2) сцеживание молока 3) антибактериальная терапия 4) ультразвуковая терапия 5) ретромаммарная пенициллин-новокаиновая блокада	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
496.	ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ГНОЙНОГО МЕДИАСТЕНИТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМЫ: 1) массивная антибиотикотерапия	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6

	2) иммунотерапия 3) дезинтоксикационная терапия 4) хирургическое лечение 5) гемотрансфузия			
497.	РАННЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКОЙ РАНЫ НАЗЫВАЕТСЯ ОБРАБОТКА: 1) в первые 6 часов после травмы 2) спустя 12 часов после травмы 3) до 18 часов после травмы 4) через 24-36 часов после травмы 5) более 36 часов	1	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
498.	ОТСРОЧЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ИНФИЦИРОВАННОЙ РАНЫ - ЭТО ОБРАБОТКА ЕЕ В ПЕРИОД: 1) Спустя 6 часов после травмы 2) До 18 часов после травмы 3) 18-24 часа после травмы 4) 24-48 часов после травмы 5) Спустя 48 часов после травмы	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-6
499.	ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ СЕПТИКОПИЕМИИ ОТ СЕПТИЦЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ: 1) бактериемия 2) снижение иммунологической реактивности организма 3) гнойно-резорбтивная лихорадка 4) токсинемия 5) наличие метастатических гнойников	5	ВК, ТК, ГИА	ПК-5
500.	ФАКТОРАМИ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ПОЯВЛЕНИЮ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, ЯВЛЯЮТСЯ: 1) Гипоксия 2) Невосполненная кровопотеря 3) Раннее вставание 4) Правильно 1 и 2 5) Всё перечисленное	4	ВК, ТК, ГИА	ПК-5 ПК-10