



**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАНИЕ**



**КК ЦПК ССМО**

**Л. В. Гараджа, Т. В. Крашенинникова**

# **СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ОНКОЛОГИИ**

**СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**





**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЕВОЙ ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ**

**Л. В. Гараджа, Т. В. Крашенинникова**

## **СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ОНКОЛОГИИ**

### **СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ  
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО**

**Цикл  
СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

**Контрольно-измерительные материалы  
для специалистов со средним медицинским образованием**

**Издание исправленное, дополненное**

**Красноярск  
2013**

## **ББК 55.6**

### **Г 20**

**Гараджа, Л. В.**

**Г 20** Сестринское дело в онкологии: сборник тестовых заданий, контрольно-измерительные материалы для специалистов со средним медицинским образованием/ Л. В. Гараджа, Т. В. Крашенинникова. – Красноярск: КГБОУ ДПО ККЦПК ССМО, 2013. – 177 с.

Рецензент: **Г. Н. Филькин**, доцент кафедры клинической онкологии, лучевой терапии с курсом последипломного обучения ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ

Сборник представляет собой комплект контрольно-измерительных материалов для специалистов со средним медицинским образованием.

Содержит систематизированную информацию в виде тестовых заданий различной формы и уровня сложности по всем разделам программы образовательного стандарта последипломной подготовки по специальности «Сестринское дело», цикл «Сестринская помощь онкологическим больным». Кроме основных тестовых заданий по специальности в сборник включены вопросы по инфекционной безопасности и инфекционному контролю, сестринскому процессу. Большое внимание уделено вопросам медицины катастроф, помощи при неотложных состояниях и чрезвычайных ситуациях в рамках компетенции медицинской сестры.

Сборник предназначен для слушателей ДПО центров повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием, обучающихся по специальности «Сестринское дело» на цикле «Сестринская помощь онкологическим больным».

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ПРЕДИСЛОВИЕ .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>I. ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ.....</b>  | <b>7</b>  |
| 1. Инфекционная безопасность .....   | 7         |
| 2. ВИЧ-инфекция .....  | 29        |
| <b>II. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС .....</b>   | <b>34</b> |
| <b>III. ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ.....</b>   | <b>37</b> |
| 1. Общие вопросы онкологии.....  | 37        |
| 1.1. Организация онкологической службы.....  | 37        |
| 1.2. Клиника, диагностика, лечение онкологических заболеваний.....   | 38        |
| 1.3. Этика и деонтология в онкологии.....  | 46        |
| 2. Частные вопросы онкологии .....   | 47        |
| 2.1. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли кожи, слизистой полости рта, нижней губы. Лимфогранулематоз ..... | 47        |
| 2.2. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли щитовидной железы .....   | 56        |
| 2.3. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли молочной железы.....  | 57        |
| 2.4. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли легких .....  | 69        |
| 2.5. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода и желудка .....  | 74        |
| 2.6. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны.....                              | 80        |
| 2.7. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли толстого кишечника. Рак прямой кишки.....                         | 82        |
| 2.8. Предопухолевые заболевания, опухоли женских половых органов.....  | 86        |
| 2.9. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли мочевыделительной системы. Опухоли мужских половых органов .....  | 94        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>IV. МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ</b> .....                         | <b>98</b>  |
| 1. Медицина катастроф .....   | 98         |
| 2. Неотложная помощь при экстремальных воздействиях и неотложных состояниях ..... | 100        |
| 2.1. Основы сердечно-легочной реанимации.....                                     | 100        |
| 2.2. Кровотечения.....  | 110        |
| 2.3. Травмы, раны.....  | 124        |
| 2.4. Термические и химические повреждения .....                                   | 135        |
| 2.5. «Острый живот». Травмы живота.....   | 138        |
| 2.6. Острая дыхательная недостаточность .....                                     | 140        |
| 2.7. Острые сердечно-сосудистые нарушения.....                                    | 143        |
| 2.8. Комы, отравления .....   | 146        |
| 2.9. Аллергические реакции.....   | 153        |
| 2.10. Интенсивная терапия.....  | 158        |
| <b>ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ</b> .....  | <b>166</b> |

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Одним из направлений дополнительного профессионального образования в сфере медицины является сертификация специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

Сертификат выдаётся специалисту после успешной сдачи сертификационного экзамена, состоящего из трёх этапов: тестовый контроль знаний, защита практических навыков, заключительное собеседование.

Тестирование является одним из важнейших этапов подготовки специалиста, проводится с целью определения объёма и оценки качества знаний, необходимых для самостоятельной профессиональной деятельности.

Содержит систематизированную информацию в виде тестовых заданий различной формы и уровня сложности по всем разделам программы образовательного стандарта последипломной подготовки по специальности «Сестринское дело», цикл «Сестринская помощь онкологическим больным».

Кроме основных тестовых заданий по специальности в сборник включены вопросы по инфекционной безопасности и инфекционному контролю, сестринскому процессу. Большое внимание уделено вопросам медицины катастроф, помощи при неотложных состояниях и чрезвычайных ситуациях в рамках компетенции медицинской сестры.

При проведении тестирования каждый экзаменуемый отвечает на 100 тестов из всех разделов тестовой программы.

Экзамен считается успешным, если слушатель дал правильные ответы не менее чем на 70% тестовых заданий.

Сборник предназначен для самостоятельного обучения и контроля профессиональных знаний медицинских сестер хирургического профиля.

Сборник поможет Вам подготовиться к сертификационному экзамену на получение сертификата по специальности «Сестринское дело», а также может быть полезен в период подготовки к аттестации на получение квалификационной категории.

**Примечание:** Тесты, обозначенные символом «#», являются обязательными для медицинских работников среднего звена,

претендующих или имеющих высшую категорию; для медицинских работников I и II категории, указанные тесты не входят в блок экзаменационных вопросов.

# **I. ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ**

## **1. Инфекционная безопасность**

**1. Расход этилового спирта для взятия крови из вены и внутривенной инъекции (г):**

1. 1,5
2. 3,0
3. 5,0-10,0
4. 20,0-30,0

**2. Количество этилового спирта для подкожной и внутримышечной инъекции (г):**

1. 1,5
2. 3,0
3. 5,0-10,0
4. 20,0-30,0

**3. Расход спирта для обработки ампул и флаконов (г):**

1. 1,5
2. 2,0
3. 0,5
4. 1,0

**4. Расход спирта для постановки банок взрослому человеку (г):**

1. 5,0
2. 10,0
3. 30,0
4. 50,0

**5. Расход спирта для катетеризации подключичной вены (г):**

1. 5,0
2. 10,0
3. 30,0
4. 50,0

**6. Количество этилового спирта для венесекции (г):**

1. 5,0

2. 10,0
3. 20,0
4. 15,0

**7. Расход спирта для обработки рук перед процедурой (г):**

1. 0,5
2. 1,0
3. 5,0
4. 10,0

**8. Средство выбора для обработки инъекционного поля:**

1. этиловый спирт 96°
2. этиловый спирт 70°
3. раствор фурацилина 1:5000
4. 0,2% раствор хлормикс

**9. Замена перчаток процедурной медсестрой при заборе крови проводится:**

1. после каждого пациента
2. после каждых 6 пациентов
3. по окончании работы
4. не проводится

**10. Периодичность смены маски медсестры процедурного кабинета – через: (часы):**

1. 1
2. 2
3. 6
4. 24

**11. Класс опасности дезинфицирующих средств, разрешенных для применения в ЛПО:**

1. I
2. II
3. III
4. IV

**12. Класс опасности дезинфицирующих средств, применяемых в присутствии пациентов без средств защиты:**

1. I
2. II
3. III
4. IV

**13. Класс опасности дезинфицирующих средств, возможных для использования в отсутствии пациентов без средств защиты:**

1. I
2. II
3. III
4. IV

**14. Виды дезинфекции:**

1. профилактическая
2. механическая
3. очаговая
4. физическая

**15. Методы дезинфекции:**

1. механический
2. химический
3. физический
4. биологический
5. текущий
6. заключительный
7. комбинированный

**16. Способы химической дезинфекции:**

1. орошение
2. сжигание
3. протирание
4. замачивание
5. засыпание сухим дезинфицирующим средством
6. облучение
7. прокаливание

**17. Соответствие групп дезинфектантов перечисленным химическим средствам:**

А – галоидсодержащие  
Б – кислородсодержащие

1. Жавелион
2. Виркон
3. Перекись водорода
4. Санивап
5. Ну-сайдекс
6. Доместос-универсал

**18. Соответствие групп дезинфектантов перечисленным химическим средствам:**

А – альдегидсодержащие  
Б – ПАВ  
В – гуанидинсодержащие

1. Бианол
2. Бриллиант
3. Аламинол
4. Лизоформин-3000
5. Деконекс
6. Велтолен
7. Пливасепт
8. Дезин

**19. Соответствие уровня деконтаминации рук видам медицинских действий:**

А – гигиеническая антисептика  
Б – хирургическая антисептика

1. накрытие стерильного стола
2. катетеризация мочевого пузыря
3. проведение инъекций
4. проведение ПХО раны

**20. Группы дезинфектантов, используемые для кожных антисептиков:**

1. галоидсодержащие
2. спиртсодержащие
3. кислородсодержащие
4. гуанидинсодержащие
5. группа ПАВ

**21. Кожный антисептик применять как универсальное средство для обработки рук, инъекционного или операционного поля:**

1. можно
2. нельзя

3. необходимо у иммунозависимых
4. при оперативных вмешательствах, требующих высокой стерильности

**22. Группа дезсредств, используемая для предстерилизационной обработки ИМН:**

1. фенолсодержащие
2. хлорсодержащие
3. группа ПАВ
4. кислородсодержащие
5. спиртсодержащие

**23. Группы дезинфектантов, используемые для химической стерилизации:**

1. галоидсодержащие (аналиты)
2. гуанидинсодержащие
3. кислородсодержащие
4. альдегидсодержащие
5. поверхностно-активные
6. фенолсодержащие

**24. Соответствие уровня обработки рук её цели:**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| А – социальный    | 1. удаление только загрязнений   |
| Б – гигиенический | 2. удаление грязи и транзитной флоры, контаминирующей кожу                                 |
| В – хирургический | 3. удаление или уничтожение транзитной микрофлоры  |
|                   | 4. удаление или уничтожение транзитной микрофлоры и снижение численности резидентной флоры |

**25. Гигиеническая антисептика рук проводится:**

1. только перед надеванием перчаток
2. только после снятия перчаток
3. перед надеванием и после снятия перчаток
4. только в случае повреждения перчаток

**26. Соответствие ИМН по степени риска инфицирования перечисленным предметам:**

- |                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| А – некритические   | 1. кровати              |
| Б – полукритические | 2. интубационные трубки |
| В – критические     | 3. мочевые катетеры     |
|                     | 4. градусник            |
|                     | 5. полы, стены палат    |
|                     | 6. подкладные судна     |

**27. Соответствие ИМН по степени риска инфицирования способам и методам обработки:**

- |             |   |
|-------------|---|
| А – низкая  | 1. очистка и дезинфекция с применением моющих и дезинфицирующих средств             |
| Б – средняя | 2. предварительная очистка, дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация |
| В – высокая | 3. очистка с применением моющих и дезинфицирующих средств                           |
|             | 4. не обрабатывают  |

**28. Цель предварительной очистки:**

1. удаление явных загрязнений
2. неполное уничтожение вегетативных форм микроорганизмов
3. полное уничтожение вегетативных форм микроорганизмов
4. уничтожение споровых форм микроорганизмов

**29. Дезинфекция уничтожает:**

1. спорообразные формы микроорганизмов
2. вегетативные формы микроорганизмов
3. все виды микроорганизмов
4. только вирусы

**30. Дезинфекцию инструментария можно проводить:**

1. кипячением в 2% растворе соды в течение 15 минут
2. автоклавированием при давлении 2 атм. 30 минут
3. автоклавированием при давлении 1,1 атм. 20 минут
4. действием сухого жара при температуре 120 °С 45 минут

5. погружением в 3% раствор Мистраль на 60 минут
6. погружением в 6% раствор перекиси водорода на 6 часов
7. погружением в 6% раствор перекиси водорода на 60 минут
8. протиранием стерильной дистиллированной водой

**31. Режим дезинфекции инструментария при газовой гангрене:**

1. погружение в 3% раствор Мистраль на 60 минут
2. погружение в 6% раствор перекиси водорода на 60 минут
3. погружение в моющий раствор при температуре 50 °С на 15 минут
4. кипячение в 2% растворе соды в течение 90 минут дважды

**32. Отходы класса Б при отсутствии возможности централизованной или децентрализованной утилизации обеззараживают в:**

1. 3% растворе Абсолюцид в течение 60 минут
2. 0,2 % растворе Хлормикс в течение 60 минут
3. 1% растворе Дезоформ в течение 60 минут
4. не обрабатывают
5. промывают под проточной водой

**33. Отходы класса В перед утилизацией:**

1. обеззараживаются только децентрализованным способом
2. обеззараживаются только централизованным способом
3. хранение и транспортирование необеззараженных отходов класса В не допускается
4. хранение и транспортирование необеззараженных отходов класса В допускается

**34. Последовательность этапов обработки ИМН ручным способом перед стерилизацией:**

1. предстерилизационная очистка
2. дезинфекция
3. прополаскивание под проточной водой
4. промывание в дистиллированной воде
5. просушивание
6. предварительная очистка

**35. Жидкие отходы класса Б:**

1. допускается сливать в систему централизованной канализации без их предварительного обеззараживания
2. не допускается сливать в систему централизованной канализации без их предварительного обеззараживания
3. можно сливать в любые септики без их предварительного обеззараживания

**36. Способы обеззараживания различных объектов и предметов ухода:**

1. погружение с последующей экспозицией в дезинфицирующем растворе
2. однократное протирание дезинфицирующим раствором
3. двукратное протирание дезинфицирующим раствором с интервалом по дезинфектанту согласно инструкции
4. высушивание

**37. Последовательность обеззараживания уборочного материала (ветошь):**

1. прополоскать водой
2. погрузить и выдержать в дезинфицирующем растворе
3. высушить и хранить в сухом виде

**38. Дезинфицирующие средства, обладающие моющими свойствами:**

1. Деконекс 50 ФФ
2. Лизоформин-3000 с Бланизолом
3. Виркон
4. Алмироль
5. Сайдекс
6. 2% раствор пищевой соды
7. Лизоформин 3000
8. Клиндезин 3000
9. Люмакс-хлор

**39. Дезинфицирующие средства, обладающие моющими свойствами:**

1. Тепсихлор 70 А
2. Аламинол
3. Жавелион

4. Клиндезин-специаль
5. Виркон
6. Ну-сайдекс

**40. Антисептики, обладающие спороцидным действием:**

1. Аламинол
2. Лизоформин-3000 8%
3. Ну-сайдекс 0,35%
4. Виркон
5. Бианол 20%
6. Клиндезин-окси
7. Пливасепт
8. Бланизол

**41. Проба контроля предстерилизационной очистки инструментов на все виды загрязнений (ржавчину, хлорсодержащие вещества, щелочи, кровь, моющие средства с отбеливателем):**

1. амидопириновая
2. азопирамовая
3. фенолфталеиновая
4. азопирамовая с фенолфталеином

**42. Реактив Азопирам готовят путем смешивания исходного раствора с равным количеством:**

1. 95° спирта
2. 30% раствора уксусной кислоты
3. 3% раствора перекиси водорода
4. 30% раствора перекиси водорода

**43. Рабочее время реактива Азопирам:**

1. 1-2 часов
2. 6 часов
3. 2 месяцев
4. 12 месяцев

**44. Срок хранения в холодильнике исходного раствора Азопирам:**

1. суток

2. 1 месяца
3. 2 месяцев
4. 6 часов

**45. Состав исходного раствора Азопирам из расчета на 1 л содержит:**

1. амидопирин 100 г+солянокислый анилин 1,5 г+95% спирт до 1 л
2. амидопирин 100 г+солянокислый анилин 1,5 г+3% раствор перекиси водорода до 1 л
3. амидопирин 200 г+солянокислый анилин 15 г+95% спирт до 1 л
4. амидопирин 200 г+солянокислый анилин 15 г+95% спирт до 1 л

**46. Соответствие видов загрязнений цвету окрашивания при использовании реактива Азопирам:**

- |                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| А. ржавчина                | 1. бурое окрашивание           |
| Б. кровь                   | 2. фиолетовое окрашивание,     |
| В. хлорсодержащие вещества | переходящее в розово-сиреневое |
| Г. щелочи                  | 3. розовое окрашивание         |

**47. Цвет окрашивания реактива после проведения фенолфталеиновой пробы при наличии моющего средства:**

1. розовый
2. сине-зеленый
3. бесцветный
4. фиолетовый

**48. Соответствие класса опасности медицинских отходов согласно классификации:**

- |             |   |
|-------------|---|
| А – класс–А | 1. радиоактивные отходы                     |
| Б – класс–Б | 2. опасные отходы                           |
| В – класс–В | 3. неопасные отходы                         |
| Г – класс–Г | 4. чрезвычайно-опасные отходы               |
| Д – класс–Д | 5. отходы по составу близкие к промышленным |

**49. Соответствие класса опасности медицинским отходам согласно классификации:**

А – класс–А

Б – класс–Б

1. все виды отходов, содержащие радиоактивные вещества
2. отходы, загрязненные выделениями и кровью
3. пищевые отходы всех подразделений ЛПО, кроме инфекционных
4. патологоанатомические отходы
5. неинфицированная бумага, мебель, инвентарь
6. пищевые отходы инфекционных отделений

**50. Соответствие класса опасности медицинским отходам согласно классификации:**

А – класс–В

Б – класс–Г

В – класс–Д

1. органические операционные отходы (органы, ткани)
2. цитостатики, ртутьсодержащие предметы, просроченные лекарственные препараты и дезинфицирующие средства
3. пищевые отходы инфекционных отделений
4. все виды отходов, содержащие радиоактивные вещества
5. отходы микологических, фтизиатрических, кожно-венерологических больниц, пациентов с анаэробной инфекцией

**51. Материалы, загрязненные кровью и выделениями:**

1. собираются в многоразовые емкости или одноразовые пакеты, доставляются и перегружаются в контейнеры, предназначенные для отходов класса А
2. собираются в одноразовую упаковку желтого цвета, герметизируются, маркируются, помещаются в контейнер, предназначенный для отходов класса Б

3. собираются в одноразовую герметичную упаковку красного цвета, маркируются с соблюдением правил техники безопасности, помещаются в контейнер с отходами класса В

**52. Микроорганизмы, уничтожаемые в результате стерилизации:**

1. только вегетативные формы микроорганизмов
2. только споры
3. вегетативные формы микроорганизмов и споры

**53. Методы стерилизации инструментария, применяемые в ЛПО, относительно вида воздействия:**

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| А – физический | 1. газовый      |
| Б – химический | 2. паровой      |
|                | 3. воздушный    |
|                | 4. инфракрасный |
|                | 5. плазменный   |
|                | 6. жидкостный   |

**54. Режим работы сухожарового шкафа при стерилизации:**

1. 85 °С – 60 минут
2. 180 °С – 60 минут
3. 160 °С – 150 минут
4. 132 °С – 45 минут
5. 200 °С – 30 минут

**55. Режим работы автоклава для стерилизации резиновых изделий:**

1. температура – 120 °С, давление – 1,1 атм., время – 45 минут
2. температура – 132 °С, давление – 2,0 атм., время – 20 минут
3. температура – 120 °С, давление – 1,1 атм., время – 80 минут
4. температура – 132 °С, давление – 2,0 атм., время – 30 минут

**56. Способы химической стерилизации инструментария:**

1. автоклавирование при давлении 1,1 атм. в течение 20 минут
2. погружение в 6% раствор перекиси водорода при температуре 18 °С на 6 часов
3. погружение в 6% раствор перекиси водорода при температуре 50 °С на 3 часа
4. погружение в раствор Ну-сайдекс 0,35% при температуре 20 °С в течение 10 минут
5. погружение в 0.2 % раствор Хлормикс на 1 час

**57. Растворы, используемые для химической стерилизации:**

1. 3% Абсолюцид окси
2. Деконекс 55 эндо
3. 2% Сайдекс
4. 2,5% Глутаровый альдегид
5. 3% перекись водорода
6. 20% Бианол
7. Бланизол

**58. Средства, используемые для химической стерилизации эндохирургического инструментария:**

1. Ну-сайдекс 0,35%
2. Перекись водорода 6%
3. Лизоформин-3000 8%
4. Сайдекс 2%
5. Пливасепт 0,5%
6. Бианол 20%
7. 0,2% Санивап

**59. Соответствие метода химической обработки ИМН его воздействию:**

- |                 |  |
|-----------------|--|
| А. ДВУ          | 1. уничтожается патогенная, непатогенная   |
| Б. стерилизация | 2. уничтожается только непатогенная микрофлора                                     |
|                 | 3. происходит блокирование спор и уничтожение патогенной и непатогенной микрофлоры |
|                 | 4. происходит только блокирование спор   |

## **60. Требования ДВУ:**

1. полная экспозиция согласно инструкции по применению дезсредства
2. неполная экспозиция согласно инструкции по применению дезсредства
3. промывание в стерильной воде
4. промывание под проточной водой, отвечающей ГОСТ

## **61. Стерильянты, используемые для ДВУ и стерилизации медицинских изделий (хирургические, стоматологические инструменты, эндоскопы и инструменты к ним):**

1. 4% раствор Алмироль
2. 10% раствор Деконекс-55 эндо
3. Клиндезин-3000
4. Клиндезин-специаль
5. Клиндезин-окси
6. Люмакс-хлор

## **62. Изделия медицинского назначения после химической стерилизации ручным способом:**

1. извлекают стерильными пинцетами, переносят в емкости с питьевой водой, отвечающей требованиям ГОСТ, отмывают в двух водах по 5-10 минут, просушивают на стерильной простыне, помещают в места недоступные, вторичной контаминации
2. извлекают, промывают под проточной водой до исчезновения запаха, сушат, проводят азопирамовую пробу с фенолфталеином, при отрицательном результате хранят в сушильном шкафу
3. извлекают стерильными пинцетами, переносят в стерильную емкость со стерильной водой в соотношении 1:3, отмывают в двух водах по 5-10 минут, помещают на стерильную простыню в стерильную емкость, хранят не более 3-х суток

## **63. Изделия медицинского назначения после ДВУ:**

1. извлекают стерильными пинцетами, переносят в емкости с питьевой водой, отвечающей требованиям ГОСТ, отмывают в двух водах по 5-10 минут, просушивают на стерильной

простыне, помещают в места, недоступные вторичной контаминации

2. извлекают, промывают под проточной водой до исчезновения запаха, сушат, проводят азопирамовую пробу с фенолфталеином, при отрицательном результате хранят в сушильном шкафу

3. извлекают стерильными пинцетами, переносят в стерильную емкость со стерильной водой в соотношении 1:3, отмывают в двух водах по 5-10 минут, помещают на стерильную простынь в стерильную емкость, хранят не более 3-х суток

#### **64. Методы стерилизации эндоскопической аппаратуры в условиях ЛПО:**

1. термический
2. химический
3. радиационный
4. плазменный

#### **65. Дезредство для газовой стерилизации:**

1. Ну-сайдекс
2. Лизоформин-3000
3. спиртовой раствор формальдегида
4. спиртовой раствор хлоргексидина

#### **66. Методы оценки качества стерилизации ИМН:**

1. физический
2. химический
3. радиологический
4. бактериологический
5. лучевой

#### **67. Режим работы автоклава для стерилизации перевязочного материала:**

1. температура – 120 °С, давление – 1,1 атм., время – 80 минут
2. температура – 132 °С, давление – 2 атм., время – 20 минут
3. температура – 120 °С, давление – 1,1 атм., время – 20 минут

4. температура – 132 °С, давление – 2 атм., время – 5 минут

**68. Виды контроля паровой стерилизации химическими индикаторами:**

1. периодический
2. текущий
3. заключительный
4. предварительный

**69. Периодический контроль паровой стерилизации:**

1. проводится 1 раз в неделю
2. проводится 1 раз в месяц
3. осуществляет контроль стерилизации медицинских изделий
4. осуществляет контроль удаления воздуха из камеры стерилизатора

**70. Частота текущего контроля паровой стерилизации:**

1. 1 раз в день
2. 1 раз в месяц
3. 1 раз в неделю
4. в каждом цикле стерилизации

**71. Цель текущего контроля паровой стерилизации:**

1. определение потока медицинских изделий (стерильных и нестерильных)
2. удаление воздуха из камеры
3. контроль условий стерилизации внутри изделий и упаковок
4. контроль условий в камере парового стерилизатора вне стерилизуемых изделий и упаковок

**72. Биологический индикатор контроля стерилизации и дезинфекции серии:**

1. СанИС
2. Биостер
3. Интест
4. Стеритест

**73. Индикаторы «Свидетели» контроля потоков стерильных и нестерильных изделий всех типов паровых стерилизаторов:**

1. Тест–И
2. Боуи Дик–тест
3. ИЭ–01
4. ИЭ–02

**74. Соответствие вида текущего контроля индикаторам контроля паровой стерилизации в гравитационных стерилизаторах:**

- |                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| А – «наружный»   | 1. Стеритест – П – 120/45 |
| Б – «внутренний» | 2. Стеритест – П – 132/20 |
|                  | 3. Мед-ИС – 120/45        |
|                  | 4. Мед-ИС – 132/20        |
|                  | 5. Стериконт – П – 120/45 |
|                  | 6. Стериконт – П – 132/20 |
|                  | 7. Тест – И               |

**75. Соответствие вида текущего контроля паровой стерилизации индикаторам контроля в форвакуумных стерилизаторах:**

- |                  |                        |
|------------------|------------------------|
| А – «наружный»   | 1. Интест – П – 121/20 |
| Б – «внутренний» | 2. Боуи-Дик – тест     |
|                  | 3. Интест – П – 126/10 |
|                  | 4. Интест – П – 134/5  |
|                  | 5. ИЭ – 02             |

**76. Условия хранения индикаторов паровой стерилизации серии «Интест», «Стеритест», «Стериконт»:**

1. температура – 18–25 °С, влажность – 90%, в закрытом шкафу
2. температура – 5–40 °С, влажность до 85%, в защищенном от солнечного света месте в течение 12 месяцев
3. температура – 18–25 °С, влажность – 90%, в сейфе
4. в контейнере при любых условиях

**77. Соответствие объема стерилизационной камеры парового стерилизатора количеству закладываемых индикаторных точек:**

- |                                   |             |
|-----------------------------------|-------------|
| А – до 100 дм <sup>3</sup>        | 1. 3 точки  |
| Б – от 100 до 750 дм <sup>3</sup> | 2. 5 точек  |
| В – свыше 750 дм <sup>3</sup>     | 3. 11 точек |
|                                   | 4. 13 точек |

**78. Срок хранения журнала учета стерилизации (месяцы):**

1. 1
2. 2
3. 6
4. 12

**79. Средства для фиксации индикаторов в журнале:**

1. силикатный клей
2. ПВА
3. клеящий карандаш
4. крахмал

**80. Форма журнала контроля стерилизации:**

1. 257/у
2. 043/у
3. 035/у
4. 009/у

**81. Химические индикаторы 5-й класс – это индикаторы:**

1. «Свидетели»
2. одного параметра стерилизации
3. многопараметровые на температуру и время стерилизации
4. интегрирующие на все критические параметры стерилизации

**82. Индикаторы серии «Свидетели» позволяют судить о соблюдении параметров и надежности стерилизации:**

1. да
2. нет
3. зависит от температуры стерилизации
4. зависит от времени стерилизации

**83. Соответствие индикаторов серии «Стериконт» согласно виду контроля стерилизации перечисленным сериям:**

А – паровая стерилизация  
Б – воздушная стерилизация

1. Стериконт – П – 120/45
2. Стериконт – В – 160/150
3. Стериконт – П – 132/20
4. Стериконт – П – 180/60

**84. Срок стерильности содержимого бикса (без фильтра) без вскрытия:**

1. 12 часов
2. сутки
3. 3 суток
4. 6 суток

**85. Время сохранения стерильности содержимого бикса после вскрытия:**

1. до 3 суток
2. до 6 часов
3. до одних суток
4. до двух суток

**86. Время сохранения стерильности содержимого в биксе с фильтром без вскрытия:**

1. двое суток
2. трое суток
3. двадцать суток
4. шесть часов

**87. Стерильный стол накрывается на (часы):**

1. 24
2. 6
3. 48
4. 72

**88. Один литр 1% раствора Абсолюцид окси содержит:**

1. 15,0 г порошка Абсолюцид + до 1 литра воды
2. 10,0 г порошка Абсолюцид +990 мл воды
3. 100,0 г порошка Абсолюцид + до 1 литра воды

**89. 10 литров 1,1 % раствора Тепсихлор 70 А содержит:**

1. 1,1 г порошка Тепсихлор-70 А + до 10 л воды

2. 11,0 г порошка Тепсихлор-70 А + до 10 л воды
3. 110,0 г порошка Тепсихлор-70 А + 10 л воды

**90. Режим текущей уборки больничных помещений при бактериальных инфекциях, кроме туберкулеза (дезсредство, время использования):**

1. 0,051% раствор Тепсихлор 70 А в течение 15 минут
2. 0,051% раствор Тепсихлор 70 А в течение 30 минут
3. 1% раствор Абсолюцид окси в течение 30 минут
4. 1% раствор Абсолюцид окси в течение 15 минут

**91. Режим текущей уборки больничных помещений при бактериальных инфекциях, включая туберкулез (дезсредство, время использования):**

1. 0,051% раствор Тепсихлор 70 А в течение 15 минут
2. 1,1% раствор Тепсихлор 70 А в течение 30 минут
3. 0,1% раствор Хлормикс в течение 30 минут
4. 0,01% раствор Хлормикс в течение 15 минут

**92. Режим уборки палат при газовой гангрене (дезсредство, время использования):**

1. 4% раствор борной кислоты 2 раза в день
2. 3% раствор перекиси водорода с добавлением 5 г моющего средства до 1 литра 2 раза в день
3. 6% раствор перекиси водорода с добавлением 5 г моющего средства до 1 литра 2 раза в день
4. 3% раствор хлорамина 2 раза в день

**93. Расход дезинфицирующих средств при распылении на 1 м<sup>2</sup> площади помещения (литры):**

1. 0,3
2. 0,5
3. 0,7
4. 1

**94. Расход дезинфицирующих средств для обработки помещений ветошью (литры на 1 м<sup>2</sup> площади):**

1. 0,15
2. 0,3

3. 0,5

4. 1

**95. Приказ по борьбе с внутрибольничной инфекцией:**

1. № 408 от 12.07.1989

2. № 38 от 14.01.1983

3. № 245 от 30.08.1991

4. № 720 от 31.07.1978

**96. Приказ по снижению заболеваемости вирусным гепатитом:**

1. № 408 от 12.07.1989

2. № 38 от 14.01.1983

3. № 245 от 30.08.1991

4. № 720 от 31.07.1978

**97. Приказ, регламентирующий нормы потребления этилового спирта:**

1. № 109 от 21.03.2003

2. № 720 от 31.07.1978

3. № 408 от 12.07.1989

4. № 245 от 30.08.1991

**98. Приказ по профилактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом:**

1. № 408 от 12.07.1989

2. № 245 от 30.08.1991

3. № 342 от 26.11.1998

4. № 38 от 14.01.1983

**99. Приказ по профилактике туберкулеза:**

1. № 36 от 03.02.1997

2. № 475 от 16.03.1988

3. № 342 от 26.11.1998

4. № 109 от 21.03.2003

**100. Нормативный документ «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»:**

1. СанПиН 2.1.3.2630-10

2. СанПиН 2.1.7.2790-10
3. СП 3.1.5.2826-10
4. СП 3.1.2825-10

**101. Нормативный документ «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»:**

1. СанПиН 2.1.3.2630-10
2. СанПиН 2.1.7.2790-10
3. СП 3.1.5.2826-10
4. СП 3.1.2825-10

**102. Показания к обязательному использованию перчаток:**

1. обработка ран, перевязки
2. измерение температуры тела
3. одевание, перемещение пациента
4. взятие крови из вены, внутривенные вливания
5. обработка ротовой полости
6. выдача лекарственных препаратов
7. заполнение карты пациента
8. обработка изделий медицинского назначения

**103. Показания для обязательного использования стерильных перчаток:**

1. обработка изделий медицинского назначения после их использования
2. уборка помещений
3. катетеризация мочевого пузыря
4. обработка поврежденной кожи и слизистых
5. проведение в/м или п/к инъекций
6. постановка центрального катетера и процедур с ним
7. приготовление растворов для парентерального питания и химиотерапии
8. подсчет пульса, измерение АД

**104. Количество кожного антисептика для обработки рук (мл):**

1. 1
2. 3-5
3. 10
4. 50

## **2. ВИЧ-инфекция**

### **1. Сроки доставки в лабораторию диагностики СПИДа сыворотки крови:**

1. 1-7 суток
2. до 3 месяцев
3. 30 дней
4. 2 недели

### **2. Сроки доставки проб крови в иммунологическую лабораторию:**

1. до 2 часов
2. в течение суток
3. до 3 суток
4. в течение недели

### **3. ВИЧ-инфицированный является источником инфекции:**

1. да
2. нет
3. только в терминальной стадии заболевания

### **4. Минимальный инкубационный период при ВИЧ-инфекции:**

1. от 3 недель до 3 месяцев
2. 1 месяц
3. от 3 до 6 месяцев
4. 1 год

### **5. Варианты течения в стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции:**

1. 2А бессимптомная
2. 2Б острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний
3. 2В острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями
4. 2Г смешанная
5. 3А латентная
6. 3Б рецидивирующая

### **6. Клинические признаки стадии 2Б:**

1. лихорадка более 1 месяца, высыпания на коже и слизистых, увеличение лимфоузлов, фарингит, менингеальный и моноклеозоподобный синдромы, диарея
2. нефротический синдром, панкреатит
3. потеря веса более 10%, поражение ЦНС, саркома Капоши
4. лейкопения, пневмоцистная пневмония, поражение пищевода

**7. Ассоциированные заболевания, развивающиеся при СПИДе:**

1. герпетическая инфекция, микобактериозы, цитомегаловирусная инфекция, кандидоз, токсоплазмоз, пневмоцистоз, саркома Капоши
2. амебиаз, шигиллез, лямблиоз, энтеробиоз, стрептококковая инфекция, стафилококковая инфекция, описторхоз
3. заболевания, вызываемые вирусами Ласса, везикулярный стоматит
4. сальмонеллез, лямблиоз, внелегочные формы туберкулеза

**8. Продолжительность лимфоаденопатии при ВИЧ-инфекции:**

1. от 1 месяца до нескольких лет
2. не более 3 месяцев
3. до 6 месяцев
4. пожизненно

**9. Срок сохранения жизнеспособности ВИЧ в биологических жидкостях (кровь, сперма):**

1. 3 дня
2. 2 недели
3. 1 месяц
4. 2 года

**10. Срок сохранения ВИЧ в высушенном состоянии:**

1. сутки
2. неделя
3. 10 дней
4. более месяца

**11. Время гибели ВИЧ при кипячении:**

1. мгновенно
2. через 5 минут

3. через 10 минут
4. через 30 минут

## **12. Контингент лиц с высоким риском заражения ВИЧ:**

1. наркоманы, гомосексуалисты
2. беременные
3. новорожденные
4. медицинские работники

## **13. Тактика медицинских работников в случае загрязнения кожных покровов кровью:**

1. смыть под струей проточной воды, с последующим мытьем с мылом
2. смыть под струей проточной воды, с последующей обработкой 3% раствором хлорамина
3. обработать загрязненное место 70% спиртом, обмыть под струей воды с мылом и повторно обработать 70% спиртом
4. обработать дезинфицирующим раствором

## **14. Тактика медицинских работников при повреждении целостности кожи рук в процессе работы с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного:**

1. обработать рану йодом или раствором бриллиантовой зелени
2. выдавить из раны кровь и обработать рану 0,1% раствором хлорамина, затем йодом или раствором бриллиантовой зелени
3. вымыть руки под струей проточной воды с мылом, обработать 70% спиртом, смазать ранку 5% спиртовым раствором йода
4. промыть рану проточной водой, затем обработать 5% раствором йода

## **15. Тактика медицинских работников при попадании крови на слизистые оболочки глаз:**

1. закапать 30% раствор альбуцида
2. обильно промыть водой, не тереть
3. промыть 0,05% раствором марганцовокислого калия, закапать 2-3% раствор протаргола или 1% раствор альбуцида

4. обильно промыть проточной водой, закапать 1% раствор протаргола, при болях – 2% раствор новокаина

**16. Тактика медицинских работников при попадании крови на слизистую оболочку носа:**

1. промыть 0,05% раствором марганцовокислого калия, закапать 1% раствор азотнокислого серебра
2. обильно промыть водой, не тереть
3. промыть проточной водой, закапать 30% раствор альбуцида или 1% протаргола или 0,05% раствор марганцовокислого калия
4. промыть проточной водой, закапать 2% раствор новокаина

**17. Тактика медицинских работников при попадании крови на слизистые оболочки рта:**

1. прополоскать 0,05% раствором марганцовокислого калия или 96% спиртом
2. промыть большим количеством воды и прополоскать 70% раствором этилового спирта
3. прополоскать проточной водой, затем 30% спиртом
4. прополоскать раствором пищевой соды, затем 0,05% раствором марганцовокислого калия
5. прополоскать кипяченой водой, затем 0,5% раствором марганцовокислого калия

**18. Контингент лиц с наиболее высоким риском заражения ВИЧ:**

1. доноры
2. беременные
3. дети, страдающие гемофилией
4. наркоманы с внутривенным введением наркотика

**19. Пути инфицирования СПИДом медицинского персонала:**

1. при рукопожатии
2. при ранении иглами и другими медицинскими инструментами
3. при попадании на кожу и слизистые оболочки зараженной крови, спермы, влагалищного содержимого, ликвора, костного мозга

4. во время еды за одним столом

**20. Особенности ухода за больными СПИДом в условиях стационара:**

1. использование латексных перчаток, щитка, халата, в случае контакта с кровью и другими жидкостями организма
2. регулярное проветривание и кварцевание помещения
3. обработка емкостей для крови сразу после использования
4. изоляция больного в отдельную палату

**21. Приказы по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции:**

1. № 720 от 31.07.1972
2. № 170 от 16.08.1994
3. № 330 от 12.11.1997
4. № 297 от 09.07.2001

## **II. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС**

- 1. Имя и фамилия выдающейся английской медицинской сестры, внесшей огромный вклад в развитие сестринского дела: ... ..**
  
- 2. Последовательность стадий сестринского процесса:**
  1. оценка результата
  2. реализация
  3. оценка ситуации
  4. планирование
  
- 3. Оценка ситуации сестринского процесса включает:**
  1. определение типов сестринского вмешательства
  2. сбор и анализ необходимой информации
  3. определение желаемых результатов
  4. определение явных и скрытых проблем и потребностей человека
  5. разработка первоочередных задач
  
- 4. Планирование сестринского процесса включает:**
  1. сбор и анализ необходимой информации
  2. определение желаемых результатов
  3. определение явных и скрытых проблем и потребностей человека
  4. определение типов сестринского вмешательства
  
- 5. Координация работы по предоставлению ухода в соответствии с разработанным планом называется ... сестринского процесса**
  
- 6. Оценка результатов сестринского процесса основывается на:**
  1. сравнении достигнутых результатов с запланированными
  2. определением явных и скрытых проблем и потребностей человека
  3. определении потребностей человека в уходе
  4. оценке эффективности вмешательств
  5. критическом анализе всех стадий сестринского процесса.

**7. Действия медсестры в случае отсутствия достижения ожидаемого результата в процессе ухода:**

1. перейти к следующему запланированному вмешательству
2. повторить сестринское вмешательство
3. вернуться к нерешенной проблеме и планировать более эффективные мероприятия

**8. Вторая стадия сестринского процесса: ...**

**9. Информация, собираемая в ходе сестринского процесса о состоянии:**

1. физического здоровья пациента
2. психологического здоровья пациента
3. социального здоровья пациента
4. здоровья коллег пациента
5. здоровья населения региона

**10. Сестринский диагноз включает:**

1. жалобы пациента
2. симптомы заболевания
3. врачебный диагноз
4. нарушенные потребности пациента
5. заключение специалиста-консультанта

**11. Проблемы пациента, которых нет в настоящее время, но при определенных условиях могут возникнуть:**

1. актуальные
2. потенциальные
3. первоочередные
4. долгосрочные

**12. Соответствие вида проблем у пациента с диагнозом «Закрытый перелом бедра, скелетное вытяжение», перечисленным проблемам:**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| А – актуальные    | 1. боли в конечности                     |
| Б – потенциальные | 2. развитие гипостатической пневмонии    |
|                   | 3. невозможность свободного передвижения |

4. возникновение пролежней
5. нарушение сна

**13. План сестринского ухода:**

1. не обсуждается
2. согласовывается только с членами бригады, обслуживающими пациента
3. согласовывается только с пациентом
4. обсуждается и согласовывается с пациентом и обслуживающими его членами бригады

**14. Действия медсестры в процессе ухода за пациентом, осуществляемые с участием консультанта:**

1. зависимые
2. независимые
3. взаимозависимые

**15. Сестринское дело - это серия шагов, предпринимаемых медсестрой в целях достижения благополучия здоровья пациента:**

1. только физического
2. только психологического
3. только социального
4. физического, психологического и социального

**16. Высшая награда для медсестер – медаль имени ... .. - английской медсестры, создавшей систему подготовки медицинских сестер**

## **III. ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ**

### **1. Общие вопросы онкологии**

#### **1.1. Организация онкологической службы**

##### **1. Смотровой кабинет является структурным подразделением:**

1. онкологического диспансера
2. территориальной поликлиники
3. многопрофильной больницы
4. врачебной амбулатории
5. фельдшерско-акушерского пункта

##### **2. Основная задача смотрового кабинета:**

1. диспансерное наблюдение
2. проведение профосмотра
3. проведение симптоматического лечения
4. проведение цитологических исследований

##### **3. Цель работы смотрового кабинета:**

1. учет онкобольных
2. диспансерное наблюдение за онкобольными
3. организация профосмотров на предмет раннего выявления предраковых и раковых заболеваний
4. проведение лечения онкологических заболеваний

##### **4. Акушерка смотрового кабинета осуществляет осмотр всех женщин:**

1. с 18 лет, впервые обратившихся в поликлинику
2. независимо от частоты обращений в поликлинику
3. с подозрением на онкозаболевания
4. только с гинекологической патологией

##### **5. Обследование мужчин с профилактической целью исключает:**

1. исследование кожных покровов и слизистых
2. пальпацию наружных половых органов
3. пальцевое исследование прямой кишки
4. цитологическое исследование

5. пальпацию грудных желез

**6. Обследование женщин в смотровом кабинете исключает:**

1. осмотр кожи и наружных половых органов
2. бимануальное влагалищное исследование
3. гистологическое исследование
4. осмотр шейки матки на зеркалах
5. пальпацию молочных желез
6. биопсию

**7. Основные учетные документы на онкологического больного:**

1. форма № 30
2. протокол запушенности
3. форма № 35
4. извещение

**8. Диспансеризация онкобольных включает:**

1. лечение предраковых заболеваний
2. лечение злокачественных заболеваний
3. профосмотры на предмет раннего выявления Mts и рецидивов
4. проведение симптоматического лечения

**9. Наблюдение за больными со злокачественными новообразованиями после проведенного лечения проводится в течение:**

1. всей жизни
2. 5 лет
3. 10 лет
4. 2 года

**1.2. Клиника, диагностика, лечение онкологических заболеваний**

**1. Особенности доброкачественных опухолей:**

1. способность метастазировать
2. неконтролируемый инфильтративный рост
3. высокая дифференциация клеток

4. наличие капсулы
5. отсутствие капсулы

## **2. Злокачественные опухоли характеризуются:**

1. наличием капсулы
2. инфильтративным ростом в окружающие органы и ткани
3. способностью к метастазированию
4. оттеснением окружающих тканей
5. отсутствием капсулы

## **3. Комбинированное лечение – это:**

1. операция в сочетании с лучевой терапией
2. лучевая терапия с операцией через 3 месяца по поводу продолженного роста опухоли
3. операция в сочетании с лучевой терапией через 8 месяцев по поводу рецидива опухоли
4. операция в сочетании с химиотерапией

## **4. Реакции, возможные после лучевой терапии:**

1. эпителииты
2. эпидермиты
3. фиброз подкожно-жировой клетчатки
4. лучевые язвы
5. постлучевой ректит
6. лучевой рак

## **5. Осложнения, возможные после лучевой терапии:**

1. эпителииты
2. эпидермиты
3. постлучевой цистит
4. фиброзы подкожно-жировой клетчатки
5. лучевые язвы
6. лучевой рак

## **6. Первые клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей:**

1. воспаление
2. сдавление окружающих структур
3. кровотечение

4. пальпируемая опухоль

**7. Наиболее частый симптом злокачественной опухоли кости:**

1. патологический перелом
2. наличие опухолевидного образования
3. болевой синдром
4. ограничение подвижности в суставе

**8. Рак in situ по Международной классификации TNM относится к:**

1. раку 0 стадии
2. предраку факультативному
3. доброкачественным опухолям
4. предраку облигатному
5. отношение не определено

**9. Основная сущность злокачественных опухолей:**

1. нарушение биохимических процессов в цитоплазме
2. нарушение взаимодействия структур ядра и цитоплазмы
3. повреждение генетического аппарата клеток
4. ускорение цикла деления клеток
5. удлинение клеточного цикла

**10. Заболевание, относящееся к факультативному предраку:**

1. болезнь Боуэна
2. хронический хейлит
3. пигментная ксеродерма
4. эритроплакия Кейра
5. меланоз Дюбрея

**11. Заболевание, относящееся к облигатному предраку:**

1. пигментная ксеродерма
2. старческая атрофия кожи
3. рубцовая атрофия кожи
4. болезнь Крона
5. кератома

**12. Расширенная операция – это удаление опухоли в пределах:**

1. здоровых тканей

2. здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
3. здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
4. здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс

**13. 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

**14. Опухоль, не чувствительная к лучевой терапии:**

1. лимфогранулематоз
2. лимфосаркома
3. семинома
4. аденокарцинома желудка
5. мелкоклеточный рак легкого

**15. Опухоль наиболее радиорезистентная:**

1. плоскоклеточный неороговевающий рак
2. семинома
3. опухоль Юинга
4. остеогенная саркома
5. мелкоклеточный рак легкого

**16. Расщепленный курс лучевой терапии применяют для:**

1. повышения радиочувствительности опухоли
2. защиты нормальных тканей
3. снижения числа рецидивов
4. повышения дозы облучения
5. повышения эффекта от лучевой терапии

**17. Абсолютные противопоказания к лучевому лечению:**

1. пожилой возраст

2. молодой возраст
3. активный туберкулез
4. субфебрильная температура
5. хронический гепатит
6. кахексия

**18. Сочетанная лучевая терапия означает:**

1. применение двух способов облучения
2. расщепление курса лучевой терапии
3. облучение с радиомодификаторами
4. облучение в сочетании с химиотерапией
5. облучение в сочетании с иммунотерапией

**19. Единица измерения экспозиционной дозы излучения:**

1. Грей
2. Рад
3. Кюри
4. Рентген
5. Зиверт

**20. Единица измерения поглощенной дозы излучения:**

1. Грей
2. Кюри
3. Рентген
4. Беккерель

**21. Понятие «лучевая реакция»:**

1. фиброз
2. лучевая язва
3. эритема кожи
4. лучевой рак
5. пневмосклероз

**22. Средства для профилактики и лечения лучевых реакций слизистых оболочек:**

1. антибиотики
2. синтомициновая мазь
3. низкоинтенсивное излучение лазера
4. метилурацил

**23. Профилактика и лечение общих лучевых реакций проводится:**

1. антигистаминными препаратами
2. витаминами
3. седативными средствами
4. амифостином
5. антибиотиками

**24. Лекарственная терапия может считаться самостоятельным эффективным методом лечения:**

1. рака печени
2. мелкоклеточного рака легкого
3. рака мочевого пузыря
4. рака желудка
5. сарком мягких тканей

**25. Согласно рекомендации ВОЗ под полным эффектом (полной ремиссией) понимают:**

1. полную резорбцию опухоли
2. полную резорбцию опухоли сроком более одного месяца
3. полную резорбцию опухоли сроком не менее чем на два месяца
4. уменьшение опухоли и улучшение состояния больного
5. уменьшение опухоли более чем на 50%

**26. Согласно рекомендации ВОЗ под частичным эффектом (частичной ремиссией) понимают:**

1. уменьшение опухоли, улучшение состояния больного
2. уменьшение размеров опухоли > 50%
3. уменьшение размеров опухоли > 50% сроком не менее чем на два месяца
4. уменьшение размеров опухоли > 25%
5. полная резорбция опухоли

**27. Показания к назначению бисфосфонатов:**

1. гипокальциемия
2. гиперкальциемия
3. боль в костях
4. профилактика патологических переломов

5. остеопластические метастазы
6. остеопороз
7. остеосклероз

**28. Восприятие боли зависит от состояния пациента:**

1. только физического
2. только психоэмоционального
3. физического и психоэмоционального

**29. Принцип назначения препаратов с целью обезболивания:**

1. по требованию пациента
2. в зависимости от интенсивности боли
3. в зависимости от продолжительности действия препарата
4. по требованию родственников

**30. Принцип назначения обезболивающих препаратов:**

1. с более слабого к более сильному
2. с более сильного к более слабому
3. какие есть в наличии
4. по желанию пациента

**31. Доза анальгетика, считающаяся правильной:**

1. максимальная
2. минимальная
3. по выбору пациента
4. снимающая боль на 4 часа и более

**32. Побочное действие, отсутствующее у наркотических анальгетиков:**

1. диспепсические расстройства
2. седация
3. адинамия
4. сухость во рту
5. повышенная возбудимость

**33. Побочные действия нестероидных противовоспалительных средств:**

1. раздражение слизистой ЖКТ
2. геморрагические осложнения

3. гранулоцитопения
4. кожные аллергические реакции
5. снижение иммунитета

**34. Препараты, обладающие периферическим анальгезирующим действием:**

1. ненаркотические анальгетики
2. нестероидные противовоспалительные средства
3. опиоиды
4. транквилизаторы

**35. Снижение качества и продолжительности анальгезии морфином при длительной терапии хронической боли обусловлено:**

1. толерантностью
2. физической зависимостью
3. психической зависимостью
4. прогрессированием основного заболевания

**36. Развитие абстинентного синдрома при прекращении введения наркотических анальгетиков обусловлено:**

1. толерантностью
2. физической зависимостью
3. психической зависимостью
4. прогрессированием основного заболевания

**37. Метод лечения, наиболее эффективный при беспокойстве и депрессии:**

1. применение транквилизаторов
2. применение опиоидов
3. применение антидепрессантов
4. психологическая и духовная поддержка

**38. Препараты, обладающие центральным анальгезирующим действием:**

1. ненаркотические анальгетики
2. нестероидные противовоспалительные средства
3. истинные опиаты
4. синтетические опиоиды

### **1.3. Этика и деонтология в онкологии**

#### **1. Лица, осуществляющие паллиативную помощь онкологическим пациентам:**

1. только медицинские работники
2. только члены семьи и друзья пациента
3. исключительно социальные работники
4. исключительно священнослужители
5. медицинские работники, члены семьи, друзья, социальные службы и священнослужители

#### **2. Личностные параметры, определяющие качество жизни:**

1. физические и духовные
2. физические и социальные
3. психологические и социальные
4. физические, психологические, социальные и духовные

#### **3. Обсуждение с пациентом диагноза и прогноза зависит от желания:**

1. семьи больного
2. самого пациента
3. врача
4. проводится в любом случае

#### **4. Увеличению надежды у неизлечимо больных пациентов способствует:**

1. госпитализация
2. назначение дорогостоящих и дефицитных лекарств
3. инфузионная терапия
4. эффективное обезболивание
5. всеобъемлющая забота и комфорт

#### **5. Цель паллиативной помощи онкологическим больным:**

1. продление жизни
2. проведение эвтаназии
3. создание иллюзии лечения
4. улучшение качества жизни

#### **6. Действия при проявлении немотивированной злости у**

**неизлечимо больного:**

1. назначить психотропные препараты
2. попытаться доказать неправоту пациента
3. терпеливо выслушать его, дав возможность излиться гневу
4. вызвать милицию

**2. Частные вопросы онкологии**

**2.1. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли кожи, слизистой полости рта, нижней губы. Лимфогранулематоз**

**1. Фактор, не влияющий на возникновение рака кожи:**

1. длительное непрерывное облучение солнечными лучами ультрафиолетового спектра
2. радиоактивное излучение
3. длительное термическое воздействие
4. повышенное содержание ионов цинка и меди в питьевой воде
5. профессиональные вредности

**2. Изменение, относящееся к облигатному предраку кожи:**

1. болезнь Боуэна
2. лейкоплакия
3. кератоакантома
4. постлучевой дерматит

**3. Изменение, относящееся к факультативному предраку кожи:**

1. эритроплакия Кейра
2. лейкоплакия
3. болезнь Педжета
4. болезнь Боуэна
5. пигментная ксеродерма

**4. Больной раком кожи волосистой части головы, без деструкции костей черепа, опухоль размером 2,5 см, без регионарных метастазов. Следует выставить стадию процесса:**

1. I

2. II
3. III
4. IV
5. Iб

**5. Характеристика базалиомы:**

1. быстрый рост
2. раннее появление лимфогенных метастазов
3. распространение гематогенным путем
4. медленный местно деструирующий рост

**6. Базально-клеточный рак (базалиома) локализуется в 80-85% случаев на коже:**

1. нижних конечностей
2. лица
3. поясничной области и груди
- 4 живота
5. шеи

**7. Плоскоклеточный рак кожи метастазирует преимущественно в органы:**

1. регионарные лимфатические узлы
2. печень
3. кости
4. легкие
5. поджелудочную железу

**8. Методы, наиболее информативные для диагностики рака кожи:**

1. рентгеноскопия
2. цитологические исследования
3. эндоскопия
4. иммунологические исследования
5. биопсия с гистологическим исследованием

**9. Методы лечения, чаще используемые в I и II стадию базалиомы и рака кожи:**

1. хирургический
2. криотерапия

3. КФР-терапия
4. гамма-терапия

**10. Заболевание, с которым часто приходится дифференцировать рак кожи лица:**

1. туберкулез
2. сифилис
3. глубокий микоз
4. волчанка

**11. Признак, не характерный для инфильтрирующего рака кожи:**

1. язва с подрытыми краями
2. язва с валикообразными краями
3. подвижный твердый узел
4. фиксация и изъязвление по мере роста

**12. Рак кожи, протекающий особенно неблагоприятно:**

1. базальноклеточный
2. плоскоклеточный
3. недифференцированный рак из придатков кожи
4. поверхностный

**13. Факторы, способствующие трансформации пигментного невуса в меланому:**

1. травма
2. ультрафиолетовое излучение
3. гормональная перестройка
4. низкая физическая активность
5. длительное пребывание в магнитном поле

**14. Заболевание, относящееся к облигатному предмеланотическому состоянию:**

1. микоз
2. меланоз Дюбрея
3. смешанный невус
4. экзема
5. хроническая язва

**15. Наличие дочерних пигментных включений на коже (сателлитов) вокруг меланомы указывает на:**

1. местную распространенность процесса
2. наличие дополнительных невоидных образований
3. рецидив меланомы
4. диссеминацию процесса
5. типичное течение болезни

**16. Клинический признак, не свидетельствующий о возможности озлокачествления пигментного невуса:**

1. увеличение размеров, уплотнение, выбухание одного из участков или равномерный рост пигментного образования над поверхностью кожи
2. появление кровоточивости образования
3. повышение температуры тела в вечернее и ночное время
4. появление трещин или поверхностного изъязвления с образованием корки

**17. Характерные особенности, играющие основную роль в распознавании меланомы:**

1. темная окраска
2. блестящая поверхность
3. склонность к распаду
4. ярко выраженный сосудистый рисунок
5. наличие волосяного покрова

**18. Метод исследования, противопоказанный при подозрении на меланому:**

1. радиоизотопная диагностика
2. термография
3. пункция
4. взятие отпечатков

**19. Ведущий метод диагностики меланомы кожи:**

1. радиофосфорная проба
2. постлучевая меланурия (реакция Якша)
3. термография
4. морфологическое исследование
5. компьютерная томография

**20. Ведущий метод лечения меланомы кожи:**

1. хирургический
2. лучевая терапия
3. комбинированный
4. электрокоагуляция
5. химио-гормонотерапия

**21. Исследование, обязательное после иссечения пигментного невуса:**

1. отпечаток опухоли
2. гистологическое исследование
3. термография
4. радиоизотопная диагностика

**22. Анатомическая область, где особенно рекомендуется удаление невуса:**

1. подошва
2. стопа
3. верхняя треть бедра
4. ногтевое ложе
5. перианальная область

**23. Характеристика метастазов меланомы:**

1. как правило, единичные
2. как правило, множественные
3. встречаются редко
4. встречаются только в возрасте до 40 лет

**24. Изменение, не являющееся признаком рака слизистой полости рта:**

1. инфильтрат
2. трещина
3. осиплость голоса
4. язва
5. плотный узелок

**25. Изменения, характерные для рака нижней губы:**

1. длительно существующая, постепенно увеличивающаяся язва

2. постоянный кашель
3. наличие участка инфильтрации
4. появление участка размягчения тканей
5. глубокая незаживающая трещина
6. повышение температуры тела
7. эрозия, с периодически отпадающей корочкой
8. гиперсаливация

**26. Больной 70 лет, рак нижней губы IIa стадии. Наиболее целесообразный метод лечения:**

1. близкофокусная рентгенотерапия
2. внутритканевая терапия
3. облучение электронами 4-6 МЭВ
4. контактная аппликационная терапия на шланковом аппарате
5. операция

**27. Форма злокачественной опухоли слизистой полости рта часто встречающаяся:**

1. плоскоклеточный рак
2. саркома
3. мукоэпидермоидная опухоль
4. цилиндрома
5. недифференцированный рак

**28. Лечение, наиболее предпочтительное при нерезектабельной меланоме слизистой мягкого неба:**

1. хирургическое лечение
2. лучевая терапия
3. химиотерапия
4. химиолучевая терапия
5. комбинированное лечение (операция + лучевая терапия)

**29. Злокачественные опухоли слюнной железы часто встречающаяся:**

1. аденокарцинома
2. плоскоклеточный рак
3. рак из смешанных опухолей
4. мукоэпидермоидная опухоль

5. цистаденокарцинома

**30. Исследование необходимое для установления диагноза злокачественной опухоли слюнной железы:**

1. сиалография
2. биопсия с морфологическим исследованием
3. компьютерная томография
4. ангиография
5. термография

**31. Первые проявления лимфогранулематоза чаще отмечаются увеличением лимфоузлов:**

1. шейно-надключичных
2. медиастинальных
3. забрюшинных
4. паховых
5. всех групп с одинаковой частотой

**32. Поражение паховых лимфоузлов как первое проявление лимфогранулематоза встречается:**

1. редко
2. преимущественно у всех больных
3. также часто, как поражение других групп лимфоузлов
4. в сочетании с поражением легочной ткани
5. в сочетании с поражением экстранодальных зон

**33. Симптомы интоксикации при лимфогранулематозе:**

1. потеря веса, гипотермия
2. увеличение веса, профузная потливость
3. потеря веса, гипертермия (более 38 °С), профузная потливость, кожный зуд
4. гиперемия, кожный зуд, потливость

**34. Термин «неходжкинская лимфома» подразумевает наличие:**

1. лимфогранулематоза
2. лимфосаркомы
3. множественной миеломы
4. хронического лимфолейкоза

**35. Раком нижней губы чаще заболевают жители:**

1. крупных городов
2. небольших городских поселений
3. сельской местности
4. различий в заболеваемости нет

**36. Наиболее высокая заболеваемость раком нижней губы наблюдается у:**

1. мужчин в возрасте 40-59 лет
2. мужчин старше 60 лет
3. женщин в возрасте 40-59 лет
4. женщин старше 60 лет

**37. Основная мера профилактики рака нижней губы:**

1. санация полости рта
2. ношение головных уборов с широкими полями при длительной работе на солнце
3. ограничение мясных блюд
4. отказ от использования губной помады

**38. У больного на нижней губе плотный безболезненный, выступающий над поверхностью слизистой оболочки участок размером 0,5 см, покрытый коркой.**

**Ваша тактика:**

1. направить к стоматологу
2. запретить курение, прием алкоголя, рекомендовать фотозащитные кремы, мазевые аппликации с солкосерилем, назначить повторный осмотр через 1 месяц
3. направить к онкологу
4. направить к хирургу для иссечения

**39. У больного на нижней губе плотное безболезненное образование, покрытое коркой, при срывании которой появляется капля крови.**

**Ваш предполагаемый диагноз:**

1. веррукозная лейкоплакия
2. гиперкератоз
3. рак
4. болезнь Боуэна

**40. Клинический минимум обследования на рак нижней губы:**

1. рентгенологическое исследование легких
2. УЗИ
3. томография
4. морфологическое исследование пораженного участка

**41. Выбор метода при лечении рака нижней губы II-а стадии:**

1. хирургическое вмешательство
2. близкофокусная рентгенотерапия
3. телегамматерапия
4. химиотерапия
5. сочетание хирургического вмешательства с химиотерапией

**42. Сроки контрольных осмотров лиц, излеченных от рака нижней губы:**

1. первый год – 1 раз в мес., второй год – 1 раз в 3 мес., третий – пятый года – 1 раз в 6 мес., в дальнейшем – 1 раз в год
2. один раз в 6 мес. в течение 5-ти лет, затем – ежегодно
3. первый год – 1 раз в 3 мес., второй – третий год – 1 раз в 6 мес., в дальнейшем – 1 раз в год
4. ежегодно в течение 10 лет

**43. Заболеваемость раком слизистой полости рта в России:**

1. повышается
2. снижается
3. держится на одном уровне

**44. Раком слизистой полости рта чаще болеют:**

1. мужчины
2. женщины
3. мужчины и женщины заболевают с одинаковой частотой

**45. Наиболее частое место локализации рака на слизистой полости рта:**

1. щеки
2. дно полости рта
3. язык
4. альвеолярные отростки верхней челюсти

**46. Боль при раке полости рта:**

1. отсутствует
2. отсутствует только на ранних стадиях
3. проявляется только в виде чувства жжения
4. всегда беспокоит больного

**47. Рак полости рта чаще всего имеет вид:**

1. экзофитного бугристого легко кровоточащего образования
2. экзофитного образования с папиллярными разрастаниями
3. плотного инфильтрата
4. язвы плотной консистенции с возвышающимися краями

**48. Наиболее характерная особенность рака полости рта:**

1. наличие бугристого образования
2. болезненность при пальпации очага поражения
3. наличие изъязвленного образования
4. плотная консистенция очага поражения

**49. Окончательный диагноз рака полости рта устанавливают путем:**

1. осмотра очага поражения
2. пальпации очага поражения
3. рентгенологического исследования
4. цитологического или гистологического исследования

**50. Наиболее частый метод лечения рака слизистой полости рта:**

1. хирургическое вмешательство
2. лучевая терапия
3. химиотерапия

**2.2. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли щитовидной железы**

**1. Ранний симптом рака щитовидной железы:**

1. уплотнение и увеличение железы
2. синдром Горнера
3. дисфагия

4. осиплость голоса
5. асимметрия шеи

**2. Минимальный объем радикального хирургического вмешательства при раке щитовидной железы:**

1. резекция доли
2. гемитиреоидэктомия
3. гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка
4. субтотальная резекция щитовидной железы

**3. Основной метод диагностики рака щитовидной железы:**

1. УЗИ
2. рентгенологический
3. радиоизотопный
4. физикальный
5. морфологический

**4. Основной метод лечения рака щитовидной железы:**

1. хирургический
2. лучевая терапия
3. химиотерапия
4. иммунотерапия
5. гормонотерапия

**2.3. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли молочной железы**

**1. Метод, являющийся основным для диагностики рака молочной железы:**

1. маммография
2. пальпация молочной железы
3. УЗИ молочных желез
4. морфологический

**2. Локализация метастазов, не характерная для рака молочной железы:**

1. легкие
2. печень

3. мозг
4. пупок
5. кости

**3. Лечение диффузной мастопатии:**

1. эстрогенные препараты
2. физиотерапия
3. длительный прием йодида калия
4. секторальная резекция молочной железы
5. лучевая терапия

**4. Лечение, показанное при фиброаденоме молочной железы:**

1. простая мастэктомия
2. ампутация молочной железы
3. секторальная резекция
4. радикальная мастэктомия
5. лучевая терапия

**5. Секторальная резекция молочной железы показана при:**

1. диффузной мастопатии
2. узловой мастопатии
3. злокачественных образованиях

**6. Выделение крови из соска характерно для:**

1. внутрипротоковой папилломы
2. узловой мастопатии
3. кисты
4. фиброаденомы
5. болезни Педжета

**7. Мастопатии клинически различают:**

1. диффузная
2. узловая
3. гигантоклеточная
4. гипертрофированная

**8. Метод лечения узловой мастопатии:**

1. УВЧ
2. гормональная терапия

3. радикальная мастэктомия
4. секторальная резекция молочной железы
5. простая мастэктомия

**9. Методы, эффективные для раннего выявления рака молочной железы:**

1. самообследование
2. маммография
3. регулярное посещение смотрового кабинета
4. флюорография грудной клетки
5. УЗИ печени

**10. Тактика при обнаружении узла в молочной железе:**

1. наблюдение
2. направление к онкологу
3. назначение противовоспалительной терапии.
4. назначение антибактериальной терапии

**11. Форма рака молочной железы, наиболее часто встречающаяся:**

1. маститоподобная
2. панцирная
3. рожеподобная
4. рак Педжета
5. узловая

**12. Размеры опухоли при второй стадии рака молочной железы (см):**

1. до 1
2. до 2
3. 2-5
4. 5-7
5. более 8

**13. Лечение, проводимое при первой стадии рака молочной железы:**

1. лучевая терапия
2. хирургическое
3. сочетанное

4. химиотерапевтическое
5. комбинированное

**14. Методы уточняющей диагностики при раке молочной железы:**

1. ангиография молочной железы
2. рентгенография грудной клетки
3. радиоизотопное исследование скелета
4. УЗИ брюшной полости и малого таза
5. определение гормонального фона

**15. Заболевания, относящиеся к доброкачественным опухолям молочной железы:**

1. узловатая фиброзно-кистозная мастопатия
2. диффузная мастопатия
3. фибroadенома
4. болезнь Педжета
5. эктазия протоков

**16. Метод исследования, необходимый для верификации рака молочной железы:**

1. маммография
2. пункция опухоли с цитологическим исследованием
3. термография
4. ультразвуковое исследование
5. компьютерная томография

**17. Лечение рака молочной железы I стадии (наружная локализация) включает:**

1. только лучевую терапию
2. радикальную резекцию + лучевая терапия+ возможная химиотерапия
3. лучевую терапию + химиотерапия
4. химиотерапию
5. только гормонотерапию

**18. Клинический признак маститоподобного рака:**

1. наличие опухолевидного узла с четкими границами
2. симптом «площадки»

3. симптом «лимонной корочки» и гиперемия кожи
4. отсутствие увеличенных лимфоузлов
5. выделения из сосков

**19. Больная 20 лет, в верхне-наружном квадрате молочной железы пальпируется опухолевидное образование размером 2 на 3 см, подвижное, плотноэластическое, с четкими контурами, безболезненное. Кожные симптомы отрицательные. Выделений из соска нет. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.**

**Наиболее вероятный диагноз:**

1. диффузная мастопатия
2. рак молочной железы
3. болезнь Минца
4. фиброаденома
5. узловая мастопатия

**20. В верхне-наружном квадранте молочной железы пальпируется безболезненное опухолевидное образование 2 на 3 см, положительный симптом «площадки», ареола отечна, выделений из соска нет. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз:**

1. фиброаденома
2. узловая мастопатия
3. липома
4. рак молочной железы
5. болезнь Минца

**21. Первородящая молодая женщина, в молочной железе пальпируется болезненное уплотнение с гиперемией кожи. Положительный симптом флюктуации, температура 39 °С. Наиболее вероятный диагноз:**

1. рак Педжета
2. галактоцеле
3. острый гнойный мастит
4. фиброзная мастопатия
5. фиброаденома

**22. Рак молочной железы среди злокачественных опухолей у женщин по частоте в России занимает место:**

1. первое
2. второе
3. третье
4. в число трех наиболее частых злокачественных опухолей не входит

**23. Регионарные лимфатические узлы молочной железы:**

1. подмышечные
2. надключичные
3. окологрудные (парастернальные)
4. подчелюстные

**24. Заболеваемость раком молочной железы:**

1. повышается
2. стабилизировалась
3. снижается
4. четких закономерностей нет

**25. Влияние на эпителий молочной железы избыточной продукции эстрогенов:**

1. уменьшают пролиферативные процессы
2. усиливают пролиферативные процессы
3. усиливают пролиферативные процессы, способствуют возникновению мастопатии и рака
4. на эпителий молочной железы не влияют

**26. Рилизинг-гормон «фоллиберин», вырабатываемый гипоталамусом:**

1. снижает выработку гипофизом фолликулостимулирующего гормона
2. снижает выработку гипофизом фолликулостимулирующего гормона и выработку яичниками эстрогенов
3. повышает продукцию ФСГ гипофизом, но снижает выработку эстрогенов яичниками
4. повышает продукцию ФСГ гипофизом и выработку эстрогенов яичниками

**27. Меры первичной профилактики рака молочной железы – излечение:**

1. хронических заболеваний придатков матки
2. хронических заболеваний шейки матки
3. воспалительных заболеваний молочной железы
4. нарушений функций печени
5. мастопатии

**28. Болевые ощущения в молочной железе характерны для:**

1. болезни Минца
2. фиброаденомы
3. рака молочной железы
4. диффузной мастопатии

**29. Заболевание грудной железы у мужчин, характеризующееся пролиферацией эпителия, набуханием и уплотнением ткани околососкового круга:**

1. аденоз
2. гинекомастия
3. мастопатия
4. у мужчин такого заболевания не существует

**30. Молочные железы у 33-х летней пациентки зернисты, с мелкими очагами уплотнения. В предменструальном периоде они становятся болезненными, цвет кожи не изменен.**

**Ваш предполагаемый диагноз:**

1. диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
2. маститоподобный рак молочной железы
3. инфильтративно-отечная форма рака
4. хронический двусторонний мастит

**31. Появление симптома «лимонной корочки» на коже в области уплотнения молочной железы позволяет заподозрить:**

1. фиброаденому
2. рак молочной железы
3. узловую мастопатию
4. кисту молочной железы

**32. Секторальная резекция молочной железы показана:**

1. при мастодинии
2. при диффузной мастопатии
3. при узловой мастопатии
4. при раке Педжета

**33. Типичный симптом внутрипротоковой папилломы:**

1. наличие плотного участка с зернистой поверхностью
2. симптом втяжения
3. кровянистые выделения из соска
4. болезненность при пальпации ареолы

**34. Преобладающая форма доброкачественной опухоли молочной железы:**

1. липома
2. фиброма
3. аденома
4. фиброаденома

**35. Характерные особенности фиброаденомы:**

1. округлая форма
2. инфильтрирующий рост без метастазов
3. экспансивный рост
4. болезненность при пальпации
5. позднее метастазирование

**36. Лечение доброкачественных опухолей молочной железы:**

1. ампутация молочной железы
2. секторальная резекция
3. лучевое лечение
4. лекарственное лечение

**37. Преимущественное метастазирование рака молочной железы:**

1. лимфогенное
2. гематогенное
3. имплантационное
4. все пути метастазирования равнозначны

**38. Отдаленные метастазы рака молочной железы чаще всего локализуются:**

1. в средостении
2. в костях
3. в почках
4. в надпочечниках

**39. Метастаз рака молочной железы в один лимфатический узел при оценке стадии обозначают буквой:**

1. «а»
2. «б»
3. «в»
4. метастазы в лимфатические узлы буквами не обозначаются

**40. Рак молочной железы диаметром 2,5 см без поражения регионарных лимфатических узлов по Российской классификации относят к стадии:**

1. I
2. II а
3. II б
4. III а
5. III б

**41. Рак молочной железы II б стадии характеризуется:**

1. отсутствием метастазов в лимфатические узлы
2. метастазами в 1-2 подмышечных лимфатических узла
3. метастазами в надключичные лимфатические узлы
4. метастазами в регионарные лимфатические узлы противоположной стороны

**42. Рак молочной железы чаще всего представляет собой:**

1. болезненный узел
2. безболезненный узел
3. язву с плотными краями
4. обширный инфильтрат

**43. Наиболее частая клиническая форма рака молочной железы:**

1. маститоподобная

2. панцирная
3. отечно-инфильтративная
4. рак Педжета
5. узловая

**44. Уплотнение в молочной железе безболезненное размером 2х2 см, положителен симптом «втяжения».**

**Ваш предполагаемый диагноз:**

1. фиброаденома
2. узловая мастопатия
3. киста молочной железы
4. рак молочной железы

**45. Регионарные лимфатические узлы, пораженные метастазами, обычно:**

1. болезненны
2. безболезненны
3. плотны
4. имеют эластическую консистенцию

**46. Безболезненное уплотнение 3х4 см прощупывается в молочной железе, положительный симптом морщинистости.**

**Лимфатические узлы не пальпируются.**

**Ваш предполагаемый диагноз:**

1. фиброаденома
2. узловая мастопатия
3. липома
4. рак молочной железы
5. болезнь Минца

**47. Пациентка 55 лет. Полтора месяца назад появилась нерезкая боль в правой молочной железе, возникло покраснение и отечность кожи. Ранее заболеваний молочных желез не было. Железа инфильтрирована, кожа гиперемирована, при пальпации легкая болезненность. В подмышечной области увеличенный лимфатический узел.**

**Ваш предполагаемый диагноз:**

1. острый мастит
2. рак Педжета

3. маститоподобный рак
4. панцирный рак

**48. Сосок и часть ареолы у пациентки 35 лет покрыты корочкой. При снятии ее видна мокнущая зернистая поверхность. Консистенция измененного участка плотная. В молочной железе прощупывается уплотнение размерами 2x2 см**  
**Ваш предполагаемый диагноз:**

1. экзема соска
2. рак Педжета
3. узловой рак и экзема соска
4. скирр молочной железы

**49. Небольшая язва с подрытыми краями в области ареолы молочной железы видна у пациентки 50 лет. Консистенция пораженного участка плотнее окружающей кожи. В молочной железе уплотнений нет.**

**Ваш предполагаемый диагноз:**

1. экзема соска
2. туберкулез молочной железы в стадии изъязвления
3. аденома соска
4. рак Педжета

**50. Прямые маммографические признаки рака молочной железы:**

1. тень опухолевого узла
2. утолщение, втяжение и инфильтрация кожи
3. скопление микрокальцинатов
4. деформация структурного рисунка

**51. Плотный узел размерами 3,5x3,0 см прощупывается в молочной железе у пациентки.**

**Исследования, необходимые для установления диагноза:**

1. дуктография
2. маммография
3. пункционная биопсия
4. лимфография
5. термография молочной железы

**52. Безболезненное уплотнение в молочной железе появилось у беременной 30 лет.**

**Наиболее целесообразна тактика:**

1. назначить физиотерапевтическое лечение
2. пунктировать уплотнение в молочной железе
3. назначить лечение антибиотиками
4. направить на маммографию

**53. Самообследование молочных желез один раз в 2 месяца рекомендуется женщинам, начиная с возраста:**

1. 18 лет
2. 30 лет
3. 40 лет
4. 60 лет

**54. Обследование молочных желез на амбулаторном приеме входит в обязанность:**

1. акушерок смотровых кабинетов
2. терапевтов и хирургов
3. гинекологов
4. дерматологов

**55. Основной компонент радикального лечения рака молочной железы:**

1. хирургическое вмешательство
2. лучевая терапия
3. химиотерапия
4. гормонотерапия

**56. Пациентка опасается, что отсутствие молочной железы осложнит ее личную жизнь. Допустимо ли выполнение щадящей операции с сохранением части железы:**

1. нет, при раке всегда должна выполняться радикальная мастэктомия
2. допустимо при новообразовании в верхненаружном квадранте
3. при новообразовании меньше 5 см в диаметре допустимо при любом расположении опухоли

4. допустимо при новообразовании до 5 см в диаметре в верхне-наружном квадранте железы

**57. Гормональный препарат, наиболее часто применяемый при раке молочной железы:**

1. аримидекс
2. золадекс
3. мегестрол ацетат
4. тамоксифен

**58. Лечение, применяемое при отечно-инфильтративной форме рака молочной железы:**

1. только хирургическое лечение
2. только лучевую терапию
3. только химиотерапию
4. комбинированное лечение
5. комплексное лечение

**59. Через год после радикальной мастэктомии появились корки и 2 небольших безболезненных уплотнения в рубце. Ваша тактика:**

1. ограничиться наблюдением
2. назначить антибиотики
3. направить пациентку на консультацию к онкологу
4. иссечь уплотнения

**60. Пятилетнего выздоровления при раке молочной железы I стадии удается достичь у:**

1. 45-50% больных
2. 50-60% больных
3. 65-70% больных
4. 85-95% больных

## **2.4. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли легких**

**1. Метод, являющийся основным для верификации центрального рака легкого:**

1. рентгенологический
2. бронхоскопия с биопсией
3. радиоизотопный
4. бронхография

**2. Образования легких, являющиеся доброкачественными:**

1. аденома
2. хондрогамартома
3. аденокарцинома
4. киста
5. эхинококк

**3. Локализация рака легких, для которой характерно длительное и бессимптомное течение:**

1. центральный
2. периферический
3. рак Пэнкоста
4. рак Педжета

**4. Симптом, не характерный для центрального рака легких:**

1. кашель
2. кровохарканье
3. одышка
4. боли в эпигастрии
5. субфебрильная температура

**5. Исследование, наиболее доступное и эффективное в диагностике периферического рака легких:**

1. анализ мокроты на атипические клетки
2. анализ кала на скрытую кровь
3. флюорография грудной клетки
4. анализ крови
5. определение иммунологического статуса

**6. Симптом, являющийся первым в клинике периферического рака легких:**

1. сухой кашель
2. субфебрилитет

3. тупая или острая боль в грудной клетке, не зависящая от акта дыхания
4. одышка
5. быстрая утомляемость

**7. Мужчина 49 лет, курильщик с 12-летнего возраста, 3-й раз в течение 2-х месяцев лечится в терапевтическом отделении по поводу обострения хронической пневмонии. Диагностическое предположение:**

1. очередное обострение хронической пневмонии
2. активный бронхит курильщика
3. туберкулез
4. центральный рак легкого
5. бронхиальная астма

**8. Лица, составляющие группу повышенного риска заболеванием рака легких:**

1. длительно и много курящие
2. имеющие контакт с никелем, хромом, асбестом и их соединениями
3. с хроническим бронхитом
4. подвергающиеся холодовому воздействию
5. подвергающиеся воздействию ультрафиолетовых лучей

**9. Основной метод лечения немелкоклеточного рака легкого:**

1. хирургический
2. лучевая терапия
3. химиотерапия
4. гормонотерапия

**10. Ведущий метод забора материала для морфологической верификации периферического рака легких:**

1. исследование мокроты
2. фиброскопия с трансбронхиальной биопсией
3. трансторакальная пункция

**11. Центральные доброкачественные опухоли легких чаще всего развиваются в:**

1. главных и долевых бронхах

2. сегментальных бронхах
3. бронхах V-VI порядка
4. бронхиолах
5. альвеолах

**12. Большинство из доброкачественных центральных опухолей легких составляют:**

1. аденомы бронха
2. папилломы бронха
3. сосудистые опухоли
4. тератомы
5. гладкомышечные опухоли

**13. Большинство из периферических доброкачественных опухолей легких составляют:**

1. фибромы
2. тератомы
3. хондрогамартомы
4. аденомы
5. лейомиомы

**14. Метод, являющийся решающим в диагностике центральных доброкачественных опухолей легких:**

1. рентгеноскопия
2. рентгенография
3. томография
4. бронхография
5. фибробронхоскопия с биопсией

**15. Метод лечения доброкачественных опухолей легких:**

1. лучевая терапия
2. противоопухолевая химиотерапия
3. оперативное лечение
4. комбинированное лечение (операция + лучевая терапия)

**16. Опухоли, которые наиболее часто дают солитарные метастазы в легкие:**

1. остеогенная саркома
2. опухоли яичка

3. рак молочной железы
4. рак толстой кишки
5. рак щитовидной железы

**17. Информативный метод выявления метастазов в легкие:**

1. рентгеноскопия
2. рентгенография + томография
3. компьютерная томография
4. ультразвуковая компьютерная томография

**18. Метод, являющийся информативным в выявлении увеличения лимфоузлов в средостении и корне легких:**

1. рентгеноскопия
2. рентгенография + томография
3. компьютерная томография
4. ультразвуковая компьютерная томография

**19. Фактор, играющий определяющую роль в увеличении заболеваемости населения раком легких:**

1. генетический
2. профессиональные вредности
3. курение
4. загрязнение атмосферы
5. ионизирующее излучение

**20. Форма и локализация рака, при которой быстро нарастают нарушения бронхиальной проходимости:**

1. эндобронхиальный экзофитный
2. перибронхиальный узловатый
3. разветвленный
4. пневмониеподобный
5. верхушки легкого (Пэнкоста)

**21. Острая сердечно-сосудистая недостаточность часто развивается у больных после операции:**

1. сегментэктомии
2. лобэктомии
3. пневмоэктомии
4. диагностической торакотомии

5. пробной торакотомии

**22. Клинический симптом, наиболее частый, при мелкоклеточном центральном раке легких:**

1. кашель
2. одышка
3. повышение температуры тела
4. осиплость голоса
5. похудание

**23. Скрининговый метод диагностики опухолей грудной клетки:**

1. рентгенологический
2. бронхоскопия
3. радиоизотопный
4. бронхография
5. лабораторные исследования

**2.5. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода и желудка**

**1. Раком пищевода чаще всего болеют:**

1. мужчины
2. женщины
3. в возрасте 40-50 лет
4. в возрасте 50-70 лет

**2. Рак пищевода чаще поражает (треть пищевода):**

1. верхнюю
2. среднюю
3. нижнюю
4. среднюю и нижнюю

**3. Локализация более характерная для рака пищевода:**

1. шея
2. за грудной
3. в эпигастрии
4. правая подвздошная область

5. левое подреберье

**4. Клинические проявления, характерные для начальных форм рака пищевода:**

1. чувство царапания за грудиной или прилипания при проглатывании пищи
2. осиплость голоса
3. мучительный кашель, сопровождающийся кровохарканьем
4. гиперсаливация

**5. Клинический признак наиболее характерный для рака пищевода:**

1. повышенное слюноотделение
2. тошнота
3. дисфагия
4. рвота
5. кашель

**6. Дисфагия:**

1. нарушение акта глотания
2. боль при прохождении пищи и воды
3. ощущение инородного тела в области пищевода
4. затрудненное прохождение пищи по пищеводу

**7. Гистологическая форма рака пищевода, наиболее часто встречающаяся:**

1. плоскоклеточный рак
2. недифференцированный рак
3. аденокарцинома
4. базальноклеточный рак

**8. Причина жалоб на изжогу, отрыжку принятой пищей, чувство жжения за грудиной:**

1. лейкоплакия пищевода
2. недостаточность кардии
3. рак пищевода
4. дивертикулез пищевода

**9. Стадия рака пищевода при наличии опухоли размерами 3x5 см с инфильтрацией слизисто-подслизистого слоя, регионарные метастазы отсутствуют:**

1. I
2. IIa
3. IIб
4. IIIa
5. IIIб

**10. Предпочтительный метод лечения больного 80 лет раком средней трети пищевода II б стадии:**

1. оперативное лечение
2. комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
3. комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией
4. самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе
5. химиолучевое лечение

**11. Динамическое наблюдение за больными язвой желудка:**

1. необходимо
2. не обязательно
3. проводится при длительно существующей язве
4. проводится только у лиц пожилого и старческого возраста

**12. Ранний симптом рака желудка:**

1. метеоризм
2. снижение веса
3. немотивированная потеря аппетита
4. тахикардия

**13. Больному 5 лет назад выполнена радикальная резекция по поводу рака желудка. Рецидива, генерализации нет.**

**Контрольный осмотр следует проводить через:**

1. 3 месяца
2. 6 месяцев
3. 1 год
4. 2 года

**14. Чувство дискомфорта чаще встречается у больных с поражением отдела желудка:**

1. большой кривизны
2. дна и тела
3. малой кривизны
4. выходного отдела

**15. Дисфагия чаще возникает при поражении отдела желудка:**

1. кардии
2. дна и тела
3. малой кривизны
4. выходного отдела

**16. Тошнота и рвота чаще всего возникают при поражении отдела желудка:**

1. кардии
2. дна и тела
3. малой кривизны
4. выходного отдела

**17. Желудочное кровотечение чаще возникает при поражении отдела желудка:**

1. кардии
2. дна и тела
3. малой кривизны
4. выходного отдела

**18. Метод исследования для ранней диагностики рака желудка:**

1. ФГС
2. УЗИ
3. лапароскопии
4. исследования желудочного сока

**19. Отдел, наиболее часто поражаемый при раке желудка:**

1. кардия
2. дно
3. тело
4. антральный отдел

**20. Локализация рака желудка, характеризующаяся поздними клиническими проявлениями:**

1. кардия
2. малая кривизна
3. большая кривизна
4. антральный отдел

**21. Декомпенсированный стеноз привратника характеризуется:**

1. рвотой накануне съеденной пищей
2. дисфагией
3. шумом плеска в эпигастрии натощак
4. задержкой бария в желудке более 24 часов после рентгеноскопии
5. диареей

**22. Паллиативная дистальная резекция при раке желудка может быть выполнена в случае:**

1. декомпенсированного стеноза выходного отдела
2. желудочного кровотечения
3. терминального состояния
4. канцероматоза брюшной полости без клиники стеноза

**23. Рак желудка IV стадии характеризуется:**

1. проращением всех оболочек стенки желудка
2. наличием регионарных метастазов - N2
3. наличием отдаленных метастазов - M1
4. наличием и регионарных и отдаленных метастазов

**24. Основной метод диагностики рака желудка:**

1. УЗИ органов брюшной полости
2. гастроскопия с биопсией
4. рентгеноскопия
3. лапароскопия
5. иммуноферментный метод

**25. Основная гистологическая форма рака желудка:**

1. плоскоклеточный
2. аденокарцинома
3. недифференцированный

4. перстневидноклеточный

**26. Возраст наиболее частого развития рака желудка:**

1. до 20 лет
2. от 21 года до 50 лет
3. от 51 года до 70 лет
4. старше 70 лет
5. одинаково во всех возрастных группах

**27. Доброкачественные заболевания, наиболее часто перерождающиеся в рак:**

1. гиперпластические полипы
2. аденоматозные полипы
3. папиллярные аденомы
4. все полипы, независимо от их гистологического строения, обладают одинаковым индексом малигнизации

**28. Рак желудка по гистологическому строению чаще всего является:**

1. железистым
2. плоскоклеточным
3. смешанным железисто-плоскоклеточным
4. слизистым
5. переходноклеточным

**29. Особенности при раннем раке желудка:**

1. специфические симптомы отсутствуют
2. имеются специфические симптомы заболевания
3. клиника представлена симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка
4. возникновение синдрома «малых признаков»
5. характерно появление анемии

**30. Локализация язвы желудка наиболее подверженная малигнизации:**

1. выходной отдел
2. малая кривизна
3. большая кривизна
4. кардинальный отдел

**31. Исследование, наиболее информативное в определении распространенности рака проксимального отдела желудка:**

1. гастроскопия
2. эзофагоскопия
3. лапароскопия
4. медиастиноскопия
5. рентгенография

**32. «Метастаз Вирхова» подразумевает локализацию метастаза:**

1. клетчатка малого таза
2. яичники
3. пупок
4. надключичный лимфоузел слева
5. легкие

**33. Лечение, показанное при наличии малигнизированного полипа антрального отдела желудка:**

1. эндоскопическая полипэктомия
2. хирургическое иссечение полипа
3. клиновидная резекция желудка
4. экономная резекция желудка
5. субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов

**2.6. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны**

**1. Жалобы, наиболее характерные для рака билиопанкреатодуоденальной зоны в первом периоде болезни:**

1. боли в эпигастрии и спине, жажда, повышенный аппетит
2. тошнота, рвота, появление желтухи
3. боли в эпигастрии и спине, потеря массы тела
4. частая рвота, анорексия, поносы
5. желтуха

**2. Ранний симптом при раке билиопанкреатодуоденальной области:**

1. боли в эпигастрии и спине

2. потеря веса
3. механическая желтуха
4. асцит
5. неукротимая рвота

**3. Симптом «Курвуазье» характеризуется:**

1. появлением резко болезненного, увеличенного желчного пузыря
2. появлением увеличенного желчного пузыря на фоне механической желтухи практически без болевого синдрома
3. увеличением печени на фоне механической желтухи
4. болезненной пальпацией области желчного пузыря на фоне желтухи
5. желтухой, повышением температуры

**4. Отдел поджелудочной железы, наиболее часто поражаемый раком:**

1. головка
2. тело
3. хвост
4. тотальное поражение

**5. Основной метод лечения рака билиопанкреатодуоденальной зоны:**

1. химиотерапия
2. хирургический
3. лучевая терапия
4. химиотерапия + лучевая терапия
5. все методы одинаково эффективны

**6. Метод исследования, не информативный при диагностике опухолевых поражений печени:**

1. ультразвуковое исследование
2. рентгеновская компьютерная томография
3. ангиография
4. лапароскопия
5. гастродуоденоскопия

**7. Метод, наиболее эффективный для лечения первичного рака**

**печени:**

1. хирургический
2. системная химиотерапия
3. регионарная химиотерапия
4. лучевая терапия

## **2.7. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли толстого кишечника. Рак прямой кишки**

**1. Обследование пациента с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать с:**

1. рентгенологического исследования толстого кишечника (ирригоскопия)
2. колонофиброскопии
3. ректороманоскопии
4. ректального пальцевого исследования
5. ультразвукового исследования

**2. Заболевание, относящееся к облигатному предраку толстой кишки:**

1. неспецифический язвенный колит
2. болезнь Крона
3. семейный диффузный полипоз
4. одиночные полипы толстого кишечника

**3. Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется в:**

1. слепой кишке
2. восходящем отделе
3. поперечно-ободочной кишке
4. нисходящем отделе
5. сигмовидной кишке

**4. Рак толстой кишки, развивающийся на фоне болезни Крона, чаще локализуется в:**

1. правых отделах ободочной кишки
2. поперечно-ободочной кишке
3. левых отделах ободочной кишки

4. прямой кишке

**5. Форма рака толстой кишки (по морфологическому строению) является преобладающей:**

1. аденокарцинома различной степени зрелости
2. плоскоклеточный
3. недифференцированный
4. диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный)

**6. Методы исследования толстого кишечника, являющиеся наиболее информативными:**

1. стандартная ирригоскопия
2. двойное контрастирование толстой кишки
3. прием бариевой взвеси через рот с последующим рентгенологическим контролем пассажа бария
4. обзорная рентгенография брюшной полости

**7. Исследование, являющееся обязательным при любых нарушениях функции кишечника:**

1. копрологическое исследование кала
2. эндоскопическая холангиопанкреатография
3. пальцевое исследование прямой кишки
4. флюорография

**8. Кишечная непроходимость, как осложнение рака ободочной кишки, чаще наблюдается при локализации опухоли в:**

1. восходящем отделе
2. поперечно-ободочной кишке
3. нисходящем отделе
4. сигмовидной кишке

**9. Осложнение, наиболее часто встречающееся при раке толстой кишки:**

1. кишечная непроходимость
2. перфорация опухоли
3. присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон
4. массивное кишечное кровотечение

**10. Место локализации опухоли с токсико-анемической формой клинического течения:**

1. правые отделы ободочной кишки
2. поперечно-ободочная кишка
3. нисходящая кишка
4. сигмовидная кишка

**11. Наиболее частое место локализации опухоли с obturational form клинического течения:**

1. правые отделы ободочной кишки
2. поперечно-ободочная кишка
3. нисходящая кишка
4. сигмовидная кишка
5. прямая кишка

**12. Локализации опухоли, наиболее типичная, при диспепсической форме рака ободочной кишки:**

1. правые отделы ободочной кишки
2. поперечно-ободочная кишка
3. нисходящий отдел
4. сигмовидная кишка

**13. Локализация гематогенных метастазов рака толстой кишки наиболее частая:**

1. легкие
2. кости
3. печень
4. надпочечники
5. селезенка

**14. Методы исследования, наиболее информативные для диагностики рака прямой кишки:**

1. ректороманоскопия с биопсией
2. микроскопическое исследование кала
3. ирригография
4. пальцевое исследование прямой кишки

**15. Злокачественная опухоль прямой кишки:**

1. полип

2. фиброма
3. кавернозная ангиома
4. саркома
5. миома

**16. Клинические проявления рака прямой кишки:**

1. нарушение функции кишечника
2. рвота типа «кофейной гущи»
3. патологические выделения из прямой кишки
4. боли при акте дефекации
5. желтуха
6. дисфагия

**17. Рак прямой кишки дифференцируют с:**

1. хроническим холециститом
2. мочекаменной болезнью
3. геморроем
4. полипом rekti
5. феохромоцитомой

**18. Симптомы рака прямой кишки, появляющиеся первыми:**

1. непроходимость кишечника
2. примесь гноя и крови в кале
3. примесь слизи в кале
4. чувство неполного опорожнения кишечника

**19. Ранние симптомы рака анального канала:**

1. боли
2. рвота застойным содержимым
3. кровотечение
4. задержка стула и газов
5. изменение формы каловых масс
6. нарушение акта дефекации
7. нарушение мочеиспускания

**20. Орган, часто поражаемый при отдаленных метастазах рака прямой кишки:**

1. кости
2. печень

3. легкие
4. головной мозг

**21. Метастазы рака прямой кишки гематогенным путем наиболее часто распространяются в:**

1. печень
2. легкие
3. желудок
4. пищевод
5. кожу

**22. Соответствие путей метастазирования локализации метастазов при раке прямой кишки:**

- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| А – лимфогенный  | 1. подвздошные лимфоузлы |
| Б – гематогенный | 2. печень                |
|                  | 3. легкие                |
|                  | 4. паховые лимфоузлы     |
|                  | 5. кости                 |

**23. Методы лечения рака прямой кишки:**

1. хирургический
2. лучевая терапия
3. гормонотерапия
4. иммунотерапия
5. химиотерапия

**2.8. Предопухолевые заболевания, опухоли женских половых органов**

**1. Симптомы, характерные для субсерозной миомы матки:**

1. болевой синдром
2. нарушение менструальной функции
3. нарушение функции соседних органов
4. отсутствие клинических проявлений

**2. Признаки, характерные для миомы с подслизистым расположением узлов:**

1. отсутствие клинических проявлений

2. нарушение менструальной функции по типу опсоменореи
3. нарушение функции соседних органов
4. нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи

### **3. Предраковые заболевания тела матки:**

1. рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия
2. аденоматоз эндометрия (карциноидная гиперплазия)
3. полипоз эндометрия
4. эритроплакия
5. пузырьный занос
6. лейкоплакия

### **4. Методы исследования, не являющиеся эндоскопическими:**

1. УЗИ гениталий
2. кольпоскопия
3. гистероскопия
4. лапароскопия
5. метросальпингография
6. кульдоскопия

### **5. Полипоз эндометрия:**

1. выросты гиперплазированных участков эндометрия, чаще всего в виде аденоматозных образований
2. гиперплазия эндометрия, сопровождающаяся морфологическим изменением его желез
3. рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия

### **6. Клинические симптомы рака тела матки:**

1. схваткообразные боли внизу живота
2. дизурические расстройства
3. нарушения менструального цикла
4. кровотечения
5. бели

### **7. Пути метастазирования рака тела матки: ..., ..., ...**

### **8. Методы лечения рака тела матки:**

1. диагностическое выскабливание

2. оперативное лечение
3. лучевая терапия
4. гормонотерапия
5. зондирование полости матки
6. антибиотикотерапия

**9. Лечение при аденокарциноме тела матки I стадии начинают с:**

1. хирургического
2. химиотерапии
3. гормонотерапии
4. лучевой терапии

**10. Прогноз для жизни при аденокарциноме матки II стадии:**

1. при своевременно начатом лечении – благоприятный
2. при своевременно начатом лечении – неблагоприятный
3. неблагоприятный во всех случаях

**11. Хорионэпителиому относят к опухолям:**

1. соединительнотканным
2. трофобластическим
3. гормональноактивным
4. эпителиальным

**12. Прогноз при саркоме матки:**

1. благоприятный
2. не всегда благоприятный
3. неблагоприятный

**13. Метод лечения доброкачественных опухолей яичников:**

1. оперативное
2. операция + химиотерапия
3. химиотерапия
4. операция + облучение
5. операция + облучение + химиотерапия

**14. Клинические симптомы рака яичников:**

1. боли в животе
2. лихорадка, снижение веса, нарушения функций ЖКТ

3. увеличение объема живота
4. снижение веса
5. маточные кровотечения
6. гнойные выделения

**15. Решающий метод диагностики злокачественной опухоли яичников:**

1. УЗИ
2. компьютерная томография
3. лапароскопия
4. гистологическое исследование
5. гинекологический осмотр

**16. Методы лечения рака яичников:**

1. химиотерапия
2. оперативное лечение
3. гормонотерапия
4. лучевая терапия
5. иммунотерапия
6. физиотерапия

**17. Методы лечения рака яичников в I стадии:**

1. химиотерапия + лучевая терапия
2. надвлагалищная ампутация матки + лучевая терапия,
3. двухсторонняя овариоэктомия + химиотерапия
4. лучевая терапия + иммунотерапия
5. экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника

**18. Изменения в шейке матки, относящиеся к фоновым:**

1. дисплазия
2. карцинома in situ
3. эндоцервикоз (эрозия шейки матки)
4. эритроплакия
5. лейкоплакия с атипией

**19. Изменения в шейке матки, относящиеся к фоновым воспалительным процессам:**

1. дисплазия

2. истинная эрозия
3. эктопия
4. лейкоплакия
5. эндометриоз
6. цервицит

**20. Процесс, являющийся предраковым состоянием шейки матки:**

1. псевдоэрозия
2. дисплазия
3. папиллома
4. кондилома
5. эрозивный эктропион

**21. Локализация рака гениталий, которые делят I место по распространенности:**

1. яичники
2. шейка матки
3. матка
4. влагалище
5. вульва

**22. Возбудители рака шейки матки:**

1. цитомегаловирус
2. вирус герпеса
3. папилломавирус
4. токсоплазмы

**23. Гистологические формы рака шейки матки: ..., .., ...**

**24. Формы роста рака шейки матки: ..., ..., ..., ...**

**25. Клинические симптомы рака шейки матки:**

1. бели, контактные кровянистые выделения, боли
2. зуд, пенные гнойные выделения, повышение температуры
3. схваткообразные боли в подвздошной области, профузные кровотечения

**26. Ранние симптомы рака шейки матки:**

1. боли
2. дизурические расстройства
3. бели
4. контактные кровотечения
5. примесь крови в кале

**27. Участок для забора материала на биопсию при патологии шейки матки:**

1. пораженный
2. пораженный + ткань эндоцервикса
3. пораженный + здоровая ткань
4. пораженный + ткань эндометрия

**28. Формы рака шейки матки, наиболее часто встречающиеся:**

1. плоскоклеточный рак
2. аденокарцинома
3. саркома
4. светлоклеточный рак
5. ангиосаркома

**29. Осмотр на зеркалах у женщины 35 лет: выявлена грубая лейкоплакия деформированной шейки матки. Тактика:**

1. биопсия конхотомом
2. криодеструкция
3. электрокоагуляция
4. конизация шейки матки, выскабливание цервикального канала
5. экстирпация матки с придатками

**30. Стадия при внутриэпителиальном раке шейки матки:**

1. 0
2. I
3. II
4. III
5. IV

**31. Метод лечения рака шейки матки, являющийся наиболее эффективным при II-III стадиях:**

1. химиотерапия
2. сочетанная лучевая терапия
3. гормонотерапия
4. оперативный

**32. Методы лечения, чаще применяемые при ранних формах рака шейки матки:**

1. хирургический
2. комбинированный с предоперационным облучением
3. комбинированный с послеоперационным облучением
4. сочетанный лучевой
5. лекарственный

**33. Реакции, возможные после проведения курса сочетанно-лучевой терапии при раке шейки матки:**

1. эпителиит
2. эпидермит
3. пульмонит
4. энтерит
5. ректит
6. цистит
7. простатит

**34. Решающий метод диагностики опухолей вульвы:**

1. гинекологический осмотр
2. цитологическое исследование
3. гистологическое исследование
4. радиоизотопное исследование
5. термография

**35. Предраки вульвы:**

1. дисплазия
2. лейкоплакия
3. крауроз
4. остроконечные кондиломы
5. пузырьный занос
6. карциноидная гиперплазия эндометрия
7. лимфангиома
8. миома

**36. Симптомы рака вульвы:**

1. зуд
2. наличие опухолевидного уплотнения
3. боль внизу живота и пояснице
4. болезненные изъязвления
5. высокая температура
6. гнойные выделения
7. профузные кровотечения

**37. Формы роста рака вульвы: ..., ..., ...**

**38. Наиболее частое место локализации рака вульвы:**

1. больших половых губах
2. малых половых губах
3. клиторе
4. большой железе преддверия

**39. Методы лечения рака вульвы: ..., ..., ...**

**40. Наиболее частое место метастазирования рака вульвы:**

1. тазовые лимфоузлы
2. легкие
3. кости
4. мозг

**41. Метод выбора лечения рака вульвы III стадии (T<sub>2</sub> N<sub>2</sub> M<sub>0</sub>):**

1. расширенная вульвэктомия
2. расширенная вульвэктомия + послеоперационное облучение
3. лучевая терапия + расширенная вульвэктомия
4. расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия + послеоперационное лучевое лечение
5. лучевая терапия + расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия

## **2.9. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли мочевыделительной системы. Опухоли мужских половых органов**

### **1. Злокачественная опухоль почки:**

1. аденома
2. онкоцитома
3. леймиома
4. гипернефрома
5. ангиолеймиома
6. саркома
7. почечно-клеточный рак

### **2. Классическая триада клинических симптомов рака почки:**

1. гематурия, боль, слабость
2. гематурия, боль, ускоренная СОЭ
3. гематурия, потеря веса, слабость
4. гематурия, боль, пальпируемая опухоль
5. гематурия, боль, повышенная температура тела

### **3. Экстраренальный симптом рака почки:**

1. варикоцеле
2. гипертермия
3. эритроцитоз
4. артериальная гипертония

### **4. Наиболее информативное обследование диагностики рака почки:**

1. сканирование почек
2. ангиография
3. термография
4. ретроградная пиелография
5. экскреторная урография

### **5. Больной 65 лет, рак почки. Данные УЗИ и ангиографии: опухоль не выходит за пределы почки, не прорастает капсулу, регионарные метастазы не выявлены. Тактика лечения:**

1. интенсивная предоперационная лучевая терапия
2. предоперационная лучевая терапия пролонгированным

курсом

3. послеоперационная лучевая терапия
4. ограничиться хирургическим лечением
5. неoadьювантная химиотерапия

**6. Стадия развития рака почки, являющаяся показанием к послеоперационной лучевой терапии:**

1. первая
2. вторая
3. третья
4. четвертая

**7. Опухоль коркового вещества надпочечников:**

1. феохромоцитомы
2. кортикостеромы
3. параганглиомы
4. симпатобластомы
5. инсуломы

**8. Опухоль мозгового вещества надпочечников:**

1. феохромоцитомы
2. кортикостеромы
3. альдостеромы
4. андростеромы
5. параганглиомы

**9. Особенности клинической картины рака предстательной железы:**

1. раннее появление дизурических расстройств
2. длительное бессимптомное течение
3. выраженный болевой синдром
4. выраженная гематурия
5. нарушение функции почек

**10. Область наиболее частого метастазирования рака предстательной железы:**

1. кости
2. легкие
3. печень

4. головной мозг
5. плевра

**11. Методы лечения рака предстательной железы: ..., ..., ..., ...**

**12. Реакции, возможные при лучевой терапии рака предстательной железы:**

1. гастрит
2. пневмонит
3. цистит
4. вагинит
5. ректит

**13. Препараты, используемые для химической кастрации:**

1. золадекс (гозерелин)
2. простап
3. депо-провера
4. синэстрол

**14. Рак мочевого пузыря, наиболее часто встречающийся:**

1. переходно-клеточный
2. солидный
3. железистый
4. недифференцированный
5. плоскоклеточный

**15. Симптомы рака мочевого пузыря, наиболее часто встречающиеся:**

1. гематурия
2. дизурия
3. пальпируемая опухоль
4. боль над лоном
5. гипертермия

**16. Наиболее информативный метод диагностики рака мочевого пузыря:**

1. общий клинический анализ мочи
2. бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре

3. цистоскопия с биопсией
4. радионуклидная диагностика
5. цистография

**17. Изменение, не позволяющее диагностировать IV стадию рака мочевого пузыря:**

1. распространение опухоли на околопузырные ткани
2. поражение регионарных лимфоузлов N1-2
3. наличие отдаленных метастазов M1
4. тотальное поражение слизистой мочевого пузыря

**18. Методы лечения рака мочевого пузыря: ..., ..., ... , ...**

**19. Препарат, наиболее эффективный для внутривезикулярной терапии рака мочевого пузыря:**

1. адриамицин
2. тиотэф
3. митомицин С
4. вакцина БЦЖ
5. эпирубицин

**20. Триада симптомов при раке мочевого пузыря:**

1. макрогематурия, дизурия, боли
2. макрогематурия, пальпируемая опухоль, боли
3. боли, дизурия, гипертермия

## **IV. МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

### **1. Медицина катастроф**

**1. Согласно рекомендациям ВОЗ, к катастрофам относятся чрезвычайные ситуации с одномоментным возникновением:**

1. 5 пораженных
2. более 10 пораженных
3. более 20 пораженных
4. более 50 пораженных

**2. Служба медицины катастроф является:**

1. самостоятельным ведомством в составе государственных правительственных учреждений
2. отделом Министерства здравоохранения
3. функциональным звеном Государственной системы по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций

**3. Формирования экстренной медицинской помощи:**

1. бригады скорой медицинской помощи
2. санитарные посты
3. санитарные дружины
4. бригады экстренной медицинской помощи
5. передвижные госпитали

**4. Бригада экстренной доврачебной медицинской помощи состоит из:**

1. 1 медсестры и 1 санитаря
2. 1 медсестры и 2 санитаров
3. 2-3 медсестер и 1 санитаря

**5. Бригада первой врачебной помощи состоит из:**

1. 1 врача и 1 медсестры
2. 2 врачей и 2 медсестер
3. 1 врача, 2 медсестер и 2-х санитаров
4. 1 врача, 1 медсестры и 1 санитаря

**6. Формирования, оказывающие экстренную медицинскую помощь пострадавшим на первом этапе:**

1. бригады скорой помощи
2. бригады экстренной доврачебной помощи (БДЭМП)
3. врачебно-сестринские бригады (БЭМП)
4. бригады специализированной медицинской помощи

**7. Оказание медицинской помощи в очаге ЧС начинается с:**

1. остановки кровотечений
2. реанимации
3. устранения дыхательных расстройств
4. медицинской сортировки

**8. Виды медицинской сортировки:**

1. внутрипунктовая
2. лечебно-диагностическая
3. эвако-транспортная
4. хирургическая
5. санитарная

**9. Внутрипунктовая сортировка осуществляется в фазе:**

1. изоляции
2. спасения
3. ликвидации последствий

**10. Цель внутрипунктовой сортировки - определение:**

1. очередности оказания медицинской помощи
2. очередности эвакуации
3. направления эвакуации

**11. Цель эвако-транспортной сортировки - определение:**

1. необходимого количества санитарного транспорта
2. очередности эвакуации
3. пункта следования

## **2. Неотложная помощь при экстремальных воздействиях и неотложных состояниях**

### **2.1. Основы сердечно-легочной реанимации**

#### **1. Терминальные состояния:**

1. острая дыхательная недостаточность
2. преагония
3. травматический шок
4. агония
5. коматозное состояние
6. клиническая смерть

#### **2. Признаки преагонального состояния:**

1. сознание отсутствует
2. АД не определяется
3. АД 70 мм рт.ст. и ниже
4. сознание спутанное
5. глазные рефлексы отсутствуют

#### **3. Дыхание во время агонии:**

1. отсутствует
2. частое, поверхностное до 30 и более в минуту
3. неадекватное, судорожное, глубокие вздохи сменяются поверхностными
4. редкое, глубокое, равномерное

#### **4. Продолжительность клинической смерти (при нормотермии):**

1. индивидуальна у каждого человека
2. до 1 минуты
3. 5-7 минут
4. до 15 минут

#### **5. Признаки клинической смерти:**

1. спутанность сознания, возбуждение
2. отсутствие сознания
3. отсутствие спонтанного дыхания
4. редкое, едва уловимое дыхание

5. зрачки сужены, слабо реагируют на свет
6. зрачки расширены, не реагируют на свет
7. цианоз или бледность кожных покровов
8. отсутствие пульса на крупных артериях
9. нитевидный пульс на сонных артериях

**6. Продолжительность обследования больных в состоянии клинической смерти:**

1. не более 2 секунд
2. не более 10 секунд
3. до 30 секунд
4. до 1 минуты

**7. Последовательность проводимых мероприятий во время реанимации у взрослых и детей:**

1. непрямой массаж сердца
2. уложить на твердую поверхность
3. искусственная вентиляция легких
4. обеспечить проходимость дыхательных путей
5. определить показания к реанимации

**8. Способ ИВЛ наиболее эффективный:**

1. "изо рта в рот"
2. "изо рта в нос"
3. через воздуховод
4. мешком Амбу
5. интубация трахеи

**9. Положение головы при проведении ИВЛ "изо рта в рот":**

1. повернута на правый бок
2. приведена к груди
3. запрокинута назад
4. повернута на левый бок

**10. Ошибки при проведении ИВЛ "изо рта в рот":**

1. голова в положении сгибания
2. голова в положении разгибания
3. недостаточный объем вдувания воздуха
4. избыточная вентиляция легких

5. потеря времени на ревизию ротовой полости

**11. Виды остановки кровообращения:**

1. фибрилляция предсердий
2. асистолия
3. фибрилляция желудочков
4. желудочковая тахикардия без пульса
5. электромеханическая диссоциация
6. мерцательная аритмия
7. желудочковая экстрасистолия

**#12. ЭКГ-признаки асистолии:**

1. очень редкие комплексы "QRS"
2. изолиния
3. регулярные, частые волны одинаковые по форме и амплитуде
4. регулярные, редкие волны одинаковые по форме и амплитуде

**#13. ЭКГ-признаки фибрилляции желудочков:**

1. изолиния
2. регулярные частые волны одинаковые по форме и амплитуде
3. очень редкие комплексы "QRS"
4. нерегулярные волны одинаковые по форме и амплитуде

**14. Цель непрямого массажа сердца:**

1. восстановить дыхание
2. восстановить сознание
3. создать циркуляцию крови в организме
4. стимулировать функцию почек

**15. Точка приложения при непрямом массаже сердца у взрослого:**

1. слева от грудины
2. на нижнюю треть грудины
3. справа от грудины
4. на верхнюю треть грудины

**16. Глубина смещения грудины при непрямом массаже сердца у взрослого (см):**

1. 1
2. 2-3
3.  $\geq 5$
4. 3-5

**17. Положение больного при непрямом массаже сердца:**

1. на правом или левом боку
2. на спине, на мягкой поверхности
3. на спине, на твердой поверхности
4. на животе

**18. Осложнения при проведении непрямого массажа сердца:**

1. перелом позвоночника
2. перелом грудины
3. перелом ребер
4. инсульт
5. повреждение внутренних органов (сердца, легких, печени)
6. регургитация
7. инфаркт

**19. Темп непрямого массажа сердца взрослому (компрессий в минуту):**

1. 60
2.  $\geq 100$
3. 8-10
4. до 40

**20. Соотношение НМС и ИВЛ при проведении реанимации взрослому:**

1. 1:10
2. 5:2
3. 30:2
4. 2:15

**21. Последовательность базовой СЛР согласно Европейскому совету реанимации от 2010 г.:**

1. ABC

2. САВ
3. БАС

**22. Последовательность появления признаков эффективности непрямого массажа сердца:**

1. сужение зрачков
2. изменение окраски кожных покровов
3. появление пульсовых толчков на сонных артериях в такт массажу

**23. Признаки эффективности искусственной вентиляции легких:**

1. надувание щек
2. экскурсия грудной клетки
3. экскурсия передней брюшной стенки
4. расширение зрачка
5. сужение зрачка

**24. Техника непрямого массажа сердца взрослому:**

1. двумя руками, пальцы сомкнуты в замок, локти разогнуты в суставах
2. одной рукой, ладонь кисти плотно прилегает к груди, локоть разогнут в суставе
3. двумя руками, кисти «крест-накрест», локти согнуты в суставах
4. одной рукой, ладонь кисти плотно прилегает к груди, локоть согнут в суставе

**25. Время перерыва, допускаемое для проведения лечебных мероприятий при массаже сердца:**

1. 60 секунд
2. 5-10 секунд
3. до 5 минут
4. до 1-2 минут

**26. Контроль эффективности сердечно-легочной реанимации проводится через (мин):**

1. 1
2. 5

3. 2-3

4. 7-8

**27. Способы введения лекарственных средств во время сердечно-легочной реанимации:**

1. подкожно
2. внутривенно
3. внутримышечно
4. внутрисердечно
5. эндотрахеально
6. внутрикостно
7. сублингвально

**28. Соотношение НМС и ИВЛ у новорожденных с остановкой сердца при асфиксии:**

1. 30:2
2. 15:2
3. 5:1
4. 3:1

**29. Препарат, автоматически вводимый в первые минуты сердечно-легочной реанимации:**

1. лазикс
2. ГОМК
3. строфантин
4. адреналин
5. гепарин

**#30. Лечебный приём снятия фибрилляции желудочков:**

1. стимуляция дыхания
2. оксигенотерапия
3. электрическая дефибрилляция
4. ИВЛ

**#31. Средства медикаментозной дефибрилляции:**

1. хлористый кальций
2. атропин
3. лидокаин
4. коргликон

5. новокаиномид
6. адреналин

### **32. Абсолютные признаки биологической смерти:**

1. трупное окоченение
2. трупные пятна
3. остановка сердца, дыхания, отсутствие сознания
4. паралитическое расширение зрачков

### **33. Показания к прекращению реанимации:**

1. появление пенистой мокроты из верхних дыхательных путей
2. попадание желудочного содержимого в дыхательные пути
3. появление анизокории
4. переломы ребер и грудины
5. повреждение легкого
6. отсутствие признаков эффективности сердечно-легочной реанимации на протяжении 5-10 минут
7. отсутствие признаков эффективности сердечно-легочной реанимации на протяжении 30 минут

### **34. Противопоказания к проведению сердечно-легочной реанимации:**

1. старческий возраст
2. признаки биологической смерти
3. давность клинической смерти 5 минут и более
4. травмы, несовместимые с жизнью
5. некурабельные заболевания

### **35. Совпадение фаз искусственного вдоха и надавливания на грудину при сердечно-легочной реанимации (без интубации трахеи):**

1. недопустимо
2. не имеет принципиального значения
3. играет положительную роль
4. возможно при проведении реанимации двумя реаниматорами

**36. Продолжительность вдоха во время сердечно-легочной реанимации:**

1. 1 секунда
2. не менее 1,5-2 секунд
3. 1 минута
4. не менее 1,5-2 минут

**37. Доза лекарств, вводимых эндотрахеально, в сравнении с внутривенной дозой у взрослого:**

1. одинакова
2. увеличивается в 2-2,5 раза
3. увеличивается в 10 раз
4. уменьшается в 2-2,5 раза

**38. Частота вдохов в минуту при проведении ИВЛ во время сердечно-легочной реанимации взрослому:**

1. 10-12
2. 8-10
3. 16-18
4. 20-28

**39. Проверка пульса во время сердечно-легочной реанимации проводится:**

1. каждую минуту
2. каждые 2-3 минуты
3. через 5-7 минут
4. каждые 3-5 секунд

**40. Техника выполнения приема Геймлиха взрослому:**

1. подойти сзади, обхватить руками вокруг талии, произвести толчок вверх по средней линии живота между пупком и мечевидным отростком
2. подойти спереди и произвести резкий толчок одной рукой между мечевидным отростком и пупком, другой рукой придерживать за талию
3. подойти сзади, обхватить руками вокруг талии, произвести толчок по средней линии живота ниже пупка

**41. Стандартная доза адреналина, вводимая внутривенно каждые 3-5 минут, во время сердечно-легочной реанимации:**

1. 1 мл 0,1% раствора
2. 0,1 мл 0,1% раствора
3. 10 мл 0,1% раствора
4. 1 мл 10% раствора

**42. Особенности проведения ИВЛ у детей до 6 месяцев:**

1. методом "рот в рот"
2. реаниматор обхватывает ртом одновременно рот и нос ребенка
3. методом "рот в нос"
4. методом "нос в рот"

**43. Темп ИВЛ у детей первых лет жизни (вдохов в минуту):**

1. 10-12
2. 20-40
3. 8-10
4. 4-6

**44. Артерия, на которой рекомендуется проверка пульса у детей младше 1 года:**

1. плечевая
2. сонная
3. бедренная
4. лучевая

**45. Техника непрямого массажа сердца грудным детям:**

1. компрессия одной рукой на нижнюю треть грудины глубиной 2,5 см
2. компрессия двумя руками, кисти «крест-накрест», пальцы вверх на границе средней и нижней трети грудины на глубину 3,5-5 см
3. надавливание средним и безымянным пальцем на нижнюю часть грудины глубиной 4 см
4. надавливание средним и безымянным пальцем на верхнюю часть грудины глубиной 2,5-5 см

**46. Соответствие условий проведения СЛР соотношению НМС к ИВЛ одним или двумя реаниматорами:**

- |                  |         |
|------------------|---------|
| А. взрослые      | 1. 3:1  |
| Б. дети          | 2. 15:2 |
| В. новорожденные | 3. 30:2 |
|                  | 4. 5:1  |

**47. Доза лекарств, вводимых эндотрахеально, в сравнении с внутривенной дозой у детей раннего возраста:**

1. одинаковая
2. увеличивается в 2-2,5 раза
3. увеличивается в 10 раз
4. уменьшается в 10 раз

**48. Причина остановки сердца при электротравме:**

1. фибрилляция желудочков
2. тампонада сердца
3. асистолия
4. "слабое" сердце

**49. Осложнение при проведении ИВЛ при истинном и асфиксическом утоплении (без интубации):**

1. регургитация
2. западение языка
3. спазм голосовой щели
4. бронхоспазм

**50. Прием Селика предусматривает надавливание:**

1. двумя пальцами руки на щитовидный хрящ, производя смещение трахеи влево
2. тремя пальцами одной руки, взятыми в "щепотку" на щитовидный хрящ, производя смещение к позвоночнику
3. тремя пальцами одной руки, взятыми в "щепотку" на щитовидный хрящ, производя смещение вправо
4. двумя руками на переднюю брюшную стенку

**51. Прием Селика предусматривает пережатие:**

1. трахеи
2. сонной артерии

3. пищевода
4. яремной вены

## **52. Пассивное затекание желудочного содержимого в ротоглотку: ...**

### **2.2. Кровотечения**

#### **1. Кровотечения, относящиеся к скрытым:**

1. резаная рана предплечья
2. гемоперитонеум
3. кровоточащая язва желудка
4. рубленая рана правого бедра с повреждением бедренной артерии

#### **2. Кровотечения, относящиеся к внутренним:**

1. гемартроз
2. кровоточащая язва желудка
3. рубленая рана предплечья с повреждением сосудисто-нервного пучка
4. гемоперитонеум
5. гемоперикардиум

#### **3. Кровотечения, относящиеся к наружным:**

1. гематома мягких тканей
2. резаная рана правого бедра
3. внутричерепная гематома
4. кровоточащая язва желудка

#### **4. Кровотечение, относящееся к явному:**

1. резаная рана предплечья
2. внутричерепная гематома
3. гемоторакс
4. гемоперитонеум
5. желудочно-кишечное кровотечение

#### **5. Общие признаки кровотечения:**

1. боли в области раны

2. бледность кожных покровов
3. анемия
4. цианоз кожных покровов
5. снижение АД
6. нарушение функции поврежденного органа
7. тахикардия
8. аритмия

**6. Осложнения кровотечений:**

1. гемотрансфузионный шок
2. геморрагический шок
3. сдавление органов
4. инфаркт миокарда
5. воздушная эмболия
6. ДВС-синдром
7. гипертермический синдром

**7. Воздушная эмболия возникает при повреждении:**

1. сонной артерии
2. яремной вены
3. легкого
4. подключичной вены
5. аорты

**8. Способы временной остановки кровотечения:**

1. пальцевое прижатие
2. тугая тампонада
3. сосудистый шов
4. наложение жгута
5. лигирование сосуда
6. удаление органа
7. наложение зажима

**9. Способы временной остановки кровотечения при повреждении сонной артерии:**

1. наложение жгута
2. давящая повязка
3. максимальное сгибание
4. тугая тампонада

5. сосудистый шов
6. наложение зажима

**10. Способы остановки кровотечения при повреждении бедренной артерии:**

1. наложение жгута
2. приподнятие конечности кверху
3. лигирование сосуда
4. пальцевое прижатие
5. давящая повязка
6. сосудистый шов

**11. Максимальное время наложения жгута (не снимая):**

1. три часа
2. два часа
3. 30 минут
4. один час

**12. Признаки правильности наложения жгута:**

1. уменьшение кровотечения из раны
2. уменьшение кровотечения из раны, сохранение пульса на периферии, нарастающий цианоз кожных покровов
3. прекращение кровотечения из раны, отсутствие пульса на периферии, бледность кожных покровов
4. прекращение кровотечения из раны, нарастающий цианоз кожных покровов

**13. Наложение жгута показано при кровотечении:**

1. только из артерии
2. из артерии и глубоких вен
3. из сосудов любого калибра
4. из капиллярных сосудов

**14. Осложнения после наложения жгута:**

1. контрактура сустава
2. гангрена конечности
3. гемартроз
4. парезы, параличи
5. анкилоз

**15. Способы окончательной остановки кровотечения:**

1. максимальное сгибание конечности в суставе
2. тугая тампонада
3. наложение жгута
4. лигирование сосуда
5. удаление органа
6. протезирование сосуда

**16. Лекарственные средства, используемые для остановки кровотечения:**

1. полиглюкин
2. адреналин, питуитрин
3. хлористый кальций
4. адроксон
5. гепарин
6. викасол
7. фибриноген
8. фибринолизин

**17. Действия при повреждении плечевой артерии с целью временной остановки кровотечения:**

1. максимальное сгибание в локтевом суставе
2. пальцевое прижатие подключичной артерии
3. наложение давящей повязки на рану
4. наложение жгута на плечо ниже раны
5. наложение жгута на плечо выше раны

**18. Способы временной остановки кровотечения при повреждении артерио-венозного пучка в верхней трети предплечья:**

1. пальцевое прижатие плечевой артерии
2. пальцевое прижатие лучевой артерии
3. наложение артериального жгута на плечо
4. наложение артериального жгута на предплечье
5. наложение венозного жгута на плечо

**19. Место наложения жгута при ранении плечевой артерии:**

1. верхняя треть плеча

2. средняя треть плеча
3. нижняя треть плеча
4. верхняя треть предплечья

**20. Способы временной остановки кровотечения при ранении предплечья (артериальное кровотечение):**

1. наложение жгута на нижнюю треть плеча
2. наложение давящей повязки на рану
3. максимальное сгибание конечности в локтевом суставе
4. приподнятие конечности кверху

**21. Неотложная помощь при носовом кровотечении:**

1. уложить больного
2. усадить больного с наклоном головы вниз
3. усадить больного, голову запрокинуть назад
4. холод местно
5. тампонада носа

**#22. Соответствие степени тяжести развития геморрагического шока объему кровопотери:**

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| А. I степень  | 1. до 10% ОЦК    |
| Б. II степень | 2. до 15% ОЦК    |
|               | 3. до 20-25% ОЦК |
|               | 4. до 30-40% ОЦК |

**#23. Соответствие степени тяжести развития геморрагического шока объему кровопотери:**

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| А. III степень | 1. до 15% ОЦК    |
| Б. IV степень  | 2. до 20-25% ОЦК |
|                | 3. до 30-40% ОЦК |
|                | 4. более 40% ОЦК |

**24. Растворы, используемые в качестве кровезаменителей гемодинамического действия:**

1. аминокaproновая кислота
2. полиглюкин
3. реополиглюкин
4. гемодез
5. альбумин

**#25. Кровезаменители, используемые для возмещения ОЦК при кровопотере I степени тяжести:**

1. кристаллоидные растворы
2. коллоидные растворы
3. цельная кровь
4. тромбомасса

**#26. Кровезаменители, используемые для возмещения ОЦК при кровопотере III-IV степени тяжести:**

1. только кристаллоидные растворы
2. только коллоидные растворы
3. коллоидно-кристаллоидные растворы
4. тромбомасса

**#27. Соответствие кровезаменителей перечисленным растворам:**

- |                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| А. коллоидные     | 1. раствор Рингера         |
| Б. кристаллоидные | 2. желатина                |
|                   | 3. полиглюкин              |
|                   | 4. ацессоль                |
|                   | 5. диссоль                 |
|                   | 6. растворы крахмала (ГЭК) |

**#28. Соответствие степени тяжести кровопотери характерным клиническим проявлениям:**

- |               |   |
|---------------|---|
| А. I степень  | 1. клиника отсутствует  |
| Б. II степень | 2. в положении стоя – пульс учащается на 20 ударов в минуту, лежа – изменений нет                         |
|               | 3. в положении стоя – систолическое давление падает не менее 15 мм рт. ст., лежа – АД в норме, тахикардия |

**#29. Соответствие степени тяжести кровопотери характерным клиническим проявлениям:**

- |                |   |
|----------------|---|
| А. III степень | 1. в положении стоя – систолическое давление падает не менее 15 мм рт. ст., лежа – АД в норме, тахикардия, диурез в норме |
| Б. IV степень  |   |

2. в положении лежа на спине – гипотония, систолическое давление до 80 мм рт. ст., тахикардия, олигурия до 400 мл в сутки
3. коллапс, систолическое давление 60 мм рт. ст. и ниже, нарушение сознания вплоть до потери, анурия

**30. Динамика показателей крови: гемоглобина (Hb) и гематокрита (Ht), характерная для кровотечения:**

1. Hb – снижается, Ht – повышается
2. Hb – снижается, Ht – снижается
3. Hb – повышается, Ht – повышается
4. Hb – повышается, Ht – снижается

**31. Инфузионную терапию с целью восполнения ОЦК при массивной кровопотере следует начинать с:**

1. цельной крови
2. эритромаcсы
3. коллоидно-кристаллоидных растворов
4. эритроцвзвеси

**32. Введение адреналина при геморрагическом шоке:**

1. показано при низких цифрах АД
2. показано во всех случаях
3. не показано во всех случаях
4. показано при высоких цифрах АД

**#33. Соответствие величины потери ОЦК при кровотечении необходимости переливания крови и кровезаменителей:**

- |                     |                                       |
|---------------------|---------------------------------------|
| А. до 20% ОЦК       | 1. кровезаменители не вводят          |
| Б. более 20-25% ОЦК | 2. вводят кровезаменители             |
|                     | 3. переливают кровезаменители и кровь |

**#34 Соответствие величины потери ОЦК общему объему трансфузии при полной остановке кровотечения:**

- |                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| А. до 40% ОЦК    | 1. равное количеству кровопотери    |
| Б. более 40% ОЦК | 2. превышающий кровопотерю в 2 раза |

3. превышающий кровопотерю в 3  
раза

**#35. Соответствие реологии крови изменениям гематокрита (Ht):**

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| А. гемодилуция      | 1. Ht низкий  |
| Б. гемоконцентрация | 2. Ht высокий |

**36. Соответствие взрослому человеку примерно среднему объему циркулирующей крови в норме:**

- |            |             |
|------------|-------------|
| А. женщины | 1. 40 мл/кг |
| Б. мужчины | 2. 20 мл/кг |
|            | 3. 70 мл/кг |
|            | 4. 60 мл/кг |

**37. Лечащий врач перед переливанием крови:**

1. не должен информировать пациента о возможных осложнениях и последствиях
2. должен информировать пациента о возможных осложнениях и последствиях
3. обязан получить согласие пациента
4. согласие пациента не имеет значения

**38. Свежезамороженную плазму перед переливанием:**

1. оттаивают на водяной бане при температуре +37 °С
2. согревают в термостате при температуре до +48 °С
3. оттаивают на водяной бане при температуре +100 °С
4. любым способом особенно в экстренных случаях

**#39. Оттаявшие компоненты крови переливают:**

1. в течение 24 часов
2. в течение 48 часов
3. не позднее 6 часов
4. не позднее 72 часов

**#40. Метод определения группы крови наиболее специфичный, высокочувствительный и безопасный:**

1. с помощью моноклональных реагентов
2. с помощью стандартных сывороток

3. комбинированный
4. гелевый

**41. Возможные осложнения при переливании крови:**

1. геморрагический шок
2. септический шок
3. кардиогенный шок
4. гемотрансфузионный шок
5. заражение ВИЧ, сифилисом
6. синдром гомологичной крови
7. пирогенные реакции
8. заражение вирусным гепатитом
9. синдром Мендельсона
10. синдром раздраженного кишечника

**42. Температура для определения группы крови (°C):**

1. 10-15
2. 15-20
3. 15-25
4. 25-30

**43. Соотношение количества крови и реагента при определении группы крови:**

1. 1:1
2. 1:2
3. 1:10
4. 1:30

**44. Группа крови при определении с помощью изосероклонов (целиклонов):**

| анти А | анти В | анти АВ |
|--------|--------|---------|
| –      | –      | –       |

1. O(I)
2. A(II)
3. B(III)
4. AB(IV)

**45. Группа крови при определении с помощью изосероклонов(целиклонов):**

| анти А | анти В | анти АВ |
|--------|--------|---------|
|--------|--------|---------|

|   |            |   |
|---|------------|---|
| + | +          | + |
|   | физраствор |   |
|   | -          |   |

1. O(I)
2. A(II)
3. B(III)
4. AB(IV)

**46. Группа крови при определении с помощью изосероклонов(целиклонов):**

**А.**

|        |        |         |
|--------|--------|---------|
| анти А | анти В | анти АВ |
| +      | -      | +       |

**Б.**

|        |        |         |
|--------|--------|---------|
| анти А | анти В | анти АВ |
| -      | +      | +       |

1. O(I)
2. A(II)
3. B(III)
4. AB(IV)

**47. Снятие ложной агглютинации при определении группы крови проводится добавлением капли:**

1. гипертонического раствора NaCl
2. изотонического раствора NaCl
3. 33% раствора полиглюкина
4. 10% раствора CaCl<sub>2</sub>

**48. Пробы на совместимость, проводимые непосредственно перед переливанием крови: ..., ..., ...**

**49. Скорость переливания крови во время проведения биологической пробы (капель в минуту):**

1. 10-20
2. 20-40
3. 40-60
4. струйно

**50. Время определения группы крови моноклональными реагентами:**

1. 5 минут
2. до 2-3-х минут
3. не менее 5-ти и не более 7-ми минут

4. через 10 минут

**51. Флаконы с моноклональными реагентами в закрытом виде хранятся в:**

1. холодильнике при температуре от +8 °С до +15 °С в течение двух лет
2. холодильнике при температуре от +2 °С до +8 °С в течение двух лет
3. темном шкафу, при комнатной температуре до +25 °С в течение шести месяцев
4. темном шкафу при температуре до 25 °С в течение двух лет

**52. Вскрытые флаконы с моноклональными реагентами хранятся в:**

1. темном шкафу, при комнатной температуре до +25 °С в течение шести месяцев
2. темном шкафу при комнатной температуре до 25 °С в течение двух лет
3. холодильнике при температуре от +8 °С до +15 °С в течение двух лет
4. холодильнике при температуре от +2 °С до +8 °С в течение 6-ти месяцев

**53. Условия хранения сыворотки крови пациента для проведения проб на совместимость:**

1. при комнатной температуре до 25 °С в течение 2-х дней
2. в холодильнике при температуре +2-8° С в течение 1-2-х дней
3. в морозильной камере до 2-х лет
4. в любых условия не более 48 часов

**54. Условия проведения пробы на групповую совместимость:**

1. в сухой пробирке
2. на чашке Петри
3. при комнатной температуре от 15 °С до 25 °С
4. на водяной бане при температуре 48 °С
5. в соотношении сыворотки и крови 10:1
6. в соотношении сыворотки и крови 1:10

**55. Ингредиенты, необходимые для проведения пробы на резус-совместимость:**

1. сыворотка реципиента
2. сыворотка донора
3. кровь реципиента
4. кровь донора
5. 10% раствор желатина
6. 6% раствор полиглюкина
7. физиологический раствор
8. чашка Петри
9. сухая пробирка

**56. Резус-отрицательному реципиенту переливание крови резус-положительного донора:**

1. допустимо
2. недопустимо
3. допустимо только по жизненным показаниям
4. допустимо только при отсутствии совместимой крови

**#57. Отмытые эритроциты резус отрицательные первой группы по жизненным показаниям можно вводить лицам с:**

1. любой группой крови
2. первой группой крови
3. первой и второй группой крови
4. первой и третьей группой крови

**#58. Нейтрализация цитрата натрия после переливания консервированной крови проводится введением:**

1. соды
2. глюконата кальция
3. лазикса
4. хлорида кальция
5. димедрола

**59. Данные о групповой совместимости и резус-принадлежности, взятые из паспорта, старой истории болезни и других источников, при переливании крови без предварительной проверки группы крови использовать:**

1. нельзя во всех случаях

2. можно в любых случаях
3. можно только по жизненным показаниям
4. нельзя только в случаях острой почечной недостаточности

**#60. Раствор для нейтрализации цитрата натрия после переливания консервированной крови:**

1. 10% NaCl 50-60 мл
2. 10% CaCl<sub>2</sub> 5-10 мл
3. 40% глюкозы 40-60 мл
4. 5% глюкозы 50 мл

**#61. Мероприятия первой медицинской помощи при гемотрансфузионном шоке (аллергическая реакция):**

1. прекратить переливание крови, выйти из вены, наложить жгут выше места инъекции, ввести 0,5 мл 0,5% раствора адреналина подкожно, 2,5% раствор пипольфена 2 мл, 90 мг преднизолона внутримышечно
2. прекратить переливание крови, выйти из вены, обколоть место инъекции 0,1% раствором адреналина 0,5 мл, ввести 10% раствор хлористого кальция 10 мл, 1% раствор димедрола 2 мл, мезатон 2 мл внутримышечно; при отсутствии эффекта ввести гормоны
3. прекратить переливание крови, не выходя из вены ввести 1 мл 0,1% раствора адреналина на физиологическом растворе, подключить реополиглюкин, ввести преднизолон 90-180 мг, 2,5% пипольфен 2 мл; при явлениях удушья ввести 2,4% раствора эуфиллина 10 мл внутривенно на глюкозе

**#62. Гемолитические реакции немедленного типа при несовместимости по АВ0 развиваются при переливании:**

1. цельной крови
2. плазмы
3. эритромаcсы
4. тромбomаcсы
5. эритроувзвеси
6. лейкомаcсы

**#63. Клиническая картина гемолитической трансфузионной реакции немедленного типа при несовместимости по АВ0:**

1. общая слабость, головокружение, холодный пот, бледность кожных покровов, падение АД, частый, нитевидный пульс
2. лихорадка, озноб, боли в груди и поясничной области, падение АД, гиперемия кожных покровов, одышка, пульс слабый, частый
3. выраженные одышка, цианоз, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, возможно снижение АД

**#64. Основные лечебные мероприятия при гемолитической трансфузионной реакции немедленного типа:**

1. восполнение ОЦК (введение физиологического раствора внутривенно + симпатомиметики)
2. кровопускание
3. ощелачивание мочи (введение бикарбоната натрия)
4. профилактика острой почечной недостаточности (форсированный диурез)
5. профилактика инфекции (антибактериальная терапия)
6. стимулирование иммунитета

**#65. Осложнением гемолитической реакции после переливания несовместимой крови по АВ0 НЕ является:**

1. острая сердечно-сосудистая недостаточность
2. острая почечная недостаточность
3. острая печеночная недостаточность
4. ДВС-синдром
5. нарушения со стороны ЦНС
6. синдром Мендельсона

**66. Уход за пациентом после переливания крови:**

1. измеряют температуру тела через каждый час в течение первых трех часов, в последующем утром и вечером
2. температуру тела измеряют дважды в сутки - утром и вечером
3. следят за пульсом, АД, кожными покровами
4. следят за отправлениями желудочно-кишечного тракта, цветом кала
5. следят за диурезом, смотрят первую порцию мочи

**67. Анализы, обязательно проводимые после переливания крови:**

1. крови общий
2. крови на RW
3. крови на белки, белковые фракции
4. крови на сахар
5. мочи общий
6. кала на скрытую кровь

**68. Моча при гемолитической реакции после переливания крови:**

1. не изменяется
2. окрашивается в темно - красный цвет
3. становится цвета пива
4. становится мутной

**69. Пирогенные реакции возникают при переливании:**

1. цельной крови
2. эритромаcсы
3. лейкомаcсы
4. тромбoмаcсы
5. эритролвзвеси

**70. На задней поверхности верхней трети голени рубленая рана до кости с повреждением сосудисто-нервного пучка. Ваши действия с целью остановки кровотечения:**

1. пальцевое прижатие бедренной артерии на бедре
2. пальцевое прижатие бедренной артерии в паховой области
3. максимальное сгибание в коленном суставе
4. наложение жгута на бедро
5. наложение жгута на голень

## **2.3. Травмы, раны**

### **1. Сочетанное повреждение:**

1. закрытый перелом бедра, открытый перелом обеих костей голени

2. закрытый перелом бедра с повреждением бедренной артерии
3. закрытый перелом бедра, тупая травма живота с повреждением внутренних органов
4. закрытый перелом бедра, лучевое поражение

## **2. Комбинированное повреждение:**

1. закрытый перелом бедра, открытый перелом обеих костей голени
2. закрытый перелом бедра с повреждением бедренной артерии
3. закрытый перелом бедра, тупая травма живота с повреждением внутренних органов
4. закрытый перелом бедра, лучевое поражение

## **#3. Этиологические факторы травматического шока:**

1. боль
2. кровотечение
3. анафилаксия
4. повреждения жизненно-важных органов
5. инфекция
6. снижение иммунитета

## **#4. Критерии систолического АД при травматическом шоке легкой степени (компенсированный):**

1. 120 мм рт.ст. или выше
2. 90-100 мм рт.ст.
3. 70-80 мм рт.ст.
4. 60 мм рт.ст. и ниже

## **#5. Критерии систолического АД при травматическом шоке средней степени тяжести (субкомпенсированный):**

1. 120 мм рт.ст. или выше
2. 90-100 мм рт.ст.
3. 70-80 мм рт.ст.
4. 60 мм рт.ст. и ниже
5. 60 мм вод. ст. и ниже

**#6. Критерии изменения систолического АД при травматическом шоке тяжелой степени (декомпенсированный):**

1. 120 мм рт.ст. или выше
2. 90-100 мм рт.ст.
3. 70-80 мм рт.ст.
4. 60 мм рт.ст. и ниже
5. 60 мм вод. ст. и ниже

**#7. ОЦК при травматическом шоке:**

1. увеличивается
2. уменьшается
3. не изменяется
4. уменьшается, затем увеличивается

**#8. Неотложные мероприятия при травматическом шоке на догоспитальном этапе:**

1. борьба с болью
2. борьба с нарушениями кровообращения
3. коррекция нарушений свертываемости крови
4. борьба с нарушениями дыхания
5. стимулирование иммунной системы
6. борьба с инфекцией

**#9. Скорость инфузий при декомпенсированном травматическом шоке (капель в минуту):**

1. струйно
2. 40-60
3. 20-40
4. 10-20

**10. Правило наложения шин при переломах костей для транспортной иммобилизации:**

1. фиксируются один-два смежных сустава
2. фиксируются не менее двух-трех смежных суставов, прилегающих к поврежденному сегменту
3. достаточно зафиксировать один сустав
4. фиксируются не менее двух-трех суставов, как поврежденного, так и не поврежденного сегмента

**11. Объем возможной кровопотери при закрытом переломе бедра:**

1. до 500 мл
2. от 0,5 до 2 литров
3. до 300 мл
4. до 100 мл

**12. Объем возможной кровопотери при закрытом переломе голени:**

1. от 0,5 до 1 литра
2. до 500 мл
3. до 300 мл
4. до 100 мл

**13. Последовательность неотложных мероприятий при открытом переломе на догоспитальном этапе:**

1. обезболивание
2. наложение асептической повязки на рану
3. остановка кровотечения
4. транспортировка в лечебное учреждение
5. иммобилизация

**#14. Последовательность оказания неотложной помощи при политравме с признаками клинической смерти:**

1. непрямой массаж сердца
2. ИВЛ
3. определение противопоказаний к реанимации
4. восстановление проходимости верхних дыхательных путей
5. медикаментозная терапия, включающая введение адреномиметиков, корректоров метаболического ацидоза и ОЦК

**15. Объем неотложной помощи при вывихе на догоспитальном этапе:**

1. обезболить, вправить вывих, произвести иммобилизацию, направить в лечебное учреждение
2. обезболить, произвести иммобилизацию, транспортировать в лечебное учреждение

3. вправить вывих, обезболить, произвести иммобилизацию, отправить домой
4. обезболить, вправить вывих, направить к участковому врачу

**16. Травматические вывихи на догоспитальном этапе:**

1. нужно вправлять
2. вправлять нельзя
3. можно вправить в присутствии врача
4. можно вправить после обезболивания

**17. Осложнение травмы позвоночника, являющееся наиболее тяжелым:**

1. ушиб мягких тканей
2. повреждение спинного мозга
3. перелом остистых отростков позвоночника
4. перелом поперечных отростков позвоночника

**18. Признак, не подтверждающий перелом позвоночника:**

1. боль в месте перелома
2. выпячивание остистых отростков
3. невозможность движений в позвоночнике
4. напряжение мышц спины
5. резкая боль при осевых нагрузках
6. укорочение конечности

**19. Повреждения позвоночника, как стабильные или нестабильные, распознать на догоспитальном этапе:**

1. можно
2. нельзя
3. возможно в присутствие любого опытного врача
4. можно в присутствии врача-травматолога

**20. Положение пострадавшего при транспортировке с травмой шейного отдела позвоночника – на:**

1. левом боку на обычных носилках
2. твердых носилках на спине с фиксацией головы
3. спине, ноги в положении "лягушки"

4. спине на твердых носилках, ноги в положении "лягушки" или на обычных носилках на животе

**21. Положение пострадавшего во время транспортировки при травме грудного и поясничного отделов позвоночника – на:**

1. спине с фиксацией головы на обычных носилках
2. спине на твердых носилках
3. животе на обычных носилках
4. спине на твердой поверхности, ноги в положении "лягушки"

**#22. Признаки перелома костей таза:**

1. сохранение активных движений в тазобедренном суставе
2. невозможность стоять, ходить
3. наличие припухлости и резкой болезненности в области перелома, усиливающейся при давлении на тазовые кости
4. наличие кровоизлияний в области промежности, паховой или лонной области
5. кровоизлияния, припухлость в области ягодиц
6. положение больного в позе "лягушки"
7. коленно-локтевое положение больного
8. симптом "прилипшей" пятки
9. симптом "Ваньки-встаньки"

**23. Положение пострадавшего во время транспортировки при переломе костей таза – на:**

1. спине на твердой поверхности или на обычных носилках в положении на животе
2. спине на твердой поверхности, ноги в положении "лягушки"
3. животе на обычных носилках
4. спине на обычных носилках, ноги в положении "лягушки"

**24. Мягкие иммобилизирующие повязки:**

1. колосовидная
2. Дезо
3. "чепец"
4. пращевидная
5. косыночная

6. "черепашья"
7. циркулярная

**25. Протяженность иммобилизации при переломе плечевой кости – от:**

1. кончиков пальцев кисти до верхней трети плеча
2. кончиков пальцев кисти до лопатки больной руки
3. кончиков пальцев кисти до лопатки здоровой руки
4. лучезапястного сустава до лопатки здоровой руки.

**26. Абсолютные признаки перелома:**

1. боли
2. крепитация
3. укорочение конечности
4. отек, припухлость
5. патологическая подвижность
6. нарушение функции

**27. Протяженность иммобилизации при переломе бедра – от:**

1. кончиков пальцев стопы до подмышечной впадины
2. кончиков пальцев стопы до верхней трети бедра
3. голеностопного сустава до подмышечной впадины
4. коленного сустава до подмышечной впадины.

**28. Средства транспортной иммобилизации при переломе костей предплечья:**

1. шина Белера
2. шина Крамера
3. шина Дитерихса
4. косыночная повязка
5. повязка Дезо
6. циркулярная повязка

**29. Относительные признаки перелома:**

1. боль
2. отек, кровоизлияние
3. укорочение конечности
4. патологическая подвижность
5. нарушение функции

6. крепитация

**#30. Симптом, указывающий на перелом трубчатых костей при отсутствии абсолютных признаков:**

1. нарушение функции
2. боль при осевой нагрузке
3. боль в суставах при попытке движений
4. отек, гиперемия мягких тканей

**31. Протяженность иммобилизации на догоспитальном этапе при переломе костей голени - от кончиков пальцев стопы до:**

1. средней трети бедра
2. подмышечной впадины
3. верхней трети бедра
4. верхней трети голени

**32. Протяженность иммобилизации при переломе лодыжек на догоспитальном этапе – от:**

1. кончиков пальцев стопы до коленного сустава
2. кончиков пальцев стопы до средней трети бедра
3. головок плюсневых костей стопы до подмышечной впадины
4. кончиков пальцев стопы до верхней трети голени

**33. Последовательность неотложной помощи при синдроме длительного раздавливания:**

1. освободить от предмета, обезболить, начать инфузионную терапию, произвести эластическое бинтование конечности, иммобилизовать и немедленно транспортировать в лечебное учреждение
2. наложить жгут, освободить конечность, произвести транспортную иммобилизацию, обезболить, дать обильное питье, транспортировать в лечебное учреждение
3. наложить жгут по освобождению конечности, дать обильное питье, иммобилизовать, обезболить, транспортировать в лечебное учреждение
4. освободить от сдавления, не теряя времени сразу транспортировать в лечебное учреждение

**34. Синдром позиционного сдавления развивается у пострадавших:**

1. с кровопотерей
2. с травмой черепа без потери сознания
3. с переломами конечностей длительно лежащих в сознании
4. находящихся в коматозном состоянии, длительно в одном положении

**35. Последовательность оказания неотложной помощи при синдроме позиционного сдавления:**

1. обезболивание, наложение жгута, транспортная иммобилизация, госпитализация
2. обезболивание, транспортная иммобилизация, холод местно, инфузионная терапия
3. транспортная иммобилизация, инфузионная терапия, обезболивание, холод местно, госпитализация
4. обезболивание на фоне инфузионной терапии, холод местно, транспортная иммобилизация, госпитализация

**#36. Введение адреналина при травматическом шоке:**

1. показано при низких цифрах АД
2. показано во всех случаях
3. противопоказано во всех случаях, кроме терминального состояния
4. не показано во всех случаях

**#37. Введение адреналина при геморрагическом шоке:**

1. показано при низких цифрах АД
2. показано во всех случаях
3. противопоказано во всех случаях, кроме терминального состояния
4. не показано во всех случаях

**#38. Введение адреналина при ожоговом шоке:**

1. показано при низких цифрах АД
2. показано во всех случаях
3. противопоказано во всех случаях, кроме терминального состояния
4. не показано во всех случаях

**39. Объем и последовательность лечебных мероприятий неотложной помощи при ранениях на догоспитальном этапе:**

1. наложить асептическую повязку на рану
2. наложить мазевую повязку на рану
3. удалить прочно фиксированные инородные тела из раны
4. тщательно промыть рану антисептиком
5. остановить кровотечение
6. обезболить
7. засыпать рану антибиотиками
8. произвести иммобилизацию

**40. Первичная хирургическая обработка раны включает:**

1. обработку кожи вокруг раны, наложение асептической повязки
2. обработку кожи вокруг раны, промывание раны, наложение асептической повязки
3. обработку кожи вокруг раны, удаление инородных тел, иссечение нежизнеспособных краев и дна раны, гемостаз, наложение швов послойно
4. наложение давящей повязки после обработки кожи вокруг раны

**41. Набор для ПХО раны:**

1. скальпель
2. зажимы Бильрота
3. зажим Люэра
4. крючки Фарабефа
5. пулевки
6. иглодержатель, иглы
7. шприц Жане
8. игла Куликовского

**42. Инструменты для остановки кровотечения:**

1. цапки
2. корнцанг
3. зажим Бильрота
4. зажим Микулича
5. зажим Кохера

6. зажим Люера
7. зажим Пеана

**43. Инструменты для захватывания и удержания тканей:**

1. зонд Кохера
2. крючки пластинчатые и зубчатые
3. иглодержатель
4. пинцеты
5. ранорасширители
6. зеркала
7. скальпель

**44. Инструменты, используемые для разделения тканей:**

1. пинцеты
2. скальпели
3. зонды
4. ножницы
5. пилы
6. крючки
7. кусачки

**45. Показания для введения ПСС и АС для экстренной профилактики столбняка:**

1. ожог кожи I степени
2. ссадины кожи
3. закрытый перелом бедра
4. флегмона мягких тканей
5. открытый перелом голени

**#46. Соответствие вида иммунизации профилактики столбняка перечисленным препаратам:**

- |              |                             |
|--------------|-----------------------------|
| А. активная  | 1. АС                       |
| Б. пассивная | 2. АДС                      |
|              | 3. АКДС                     |
|              | 4. ПСЧИ                     |
|              | 5. ПСС                      |
|              | 6. антирабическая сыворотка |

## **2.4. Термические и химические повреждения**

### **1. Соответствие степени тяжести ожога местным изменениям тканей:**

- |        |                                       |
|--------|---------------------------------------|
| А. I   | 1. некроз кожи с образованием струпа  |
| Б. II  | 2. некроз кожи и глубжележащих тканей |
| В. III | 3. отек, гиперемия кожи               |
| Г. IV  | 4. пузыри с серозным отделяемым       |
|        | 5. изменения отсутствуют              |

### **2. Клинические признаки ожога I степени:**

1. пузыри с серозным отделяемым
2. отек, гиперемия кожи
3. некроз кожи с образованием струпа
4. жгучая боль

### **3. Клинические признаки ожога II степени:**

1. жгучая боль
2. некроз кожи с образованием струпа
3. отек, гиперемия кожи
4. пузыри, заполненные серозным содержимым
5. некроз кожи и глубжележащих тканей
6. пузыри, заполненные геморрагическим содержимым

### **4. Соответствие действия химического агента глубине ожога тканей:**

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| А. кислоты | 1. глубокие              |
| Б. щелочи  | 2. менее глубокие        |
|            | 3. поверхностные         |
|            | 4. изменения отсутствуют |

### **5. Действия при химических ожогах кожных покровов на догоспитальном этапе:**

1. промыть под проточной водой, наложить асептическую повязку
2. нейтрализовать химическими средствами, наложить асептическую повязку
3. обработать антисептиком, наложить асептическую повязку
4. промыть, засыпать антибиотиками, наложить повязку

**6. Соответствие анатомических областей площади ожога:**

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| А. голова и шея                  | 1. 1%  |
| Б. верхняя конечность            | 2. 3%  |
| В. нижняя конечность             | 3. 9%  |
| Г. передняя поверхность туловища | 4. 18% |
| Д. задняя поверхность туловища   | 5. 20% |
| Е. промежность                   |        |

**7. Неотложная помощь при термических ожогах на догоспитальном этапе:**

1. прекратить действие агента, снять одежду, обработать ожоговую поверхность спиртом, ввести обезболивающие, наложить асептическую повязку и срочно транспортировать в лечебное учреждение
2. прекратить действие агента, ввести обезболивающие, снять одежду, очистить ожоговую поверхность, обработать антисептиком, наложить асептическую повязку, дать обильное питье и срочно транспортировать в лечебное учреждение
3. прекратить действие агента, ввести обезболивающее, на ожоговую поверхность наложить сухую асептическую повязку или чистую проглаженную ткань, дать питье и немедленно транспортировать в лечебное учреждение

**#8. Реакция организма на термическое поражение с нарушением функции всех органов и систем: ... ..**

**#9. Развитие ожоговой болезни зависит:**

1. только от степени ожога
2. только от площади ожога
3. от степени и площади ожога
4. от характера травмирующего агента

**10. Признаки отморожения в дореактивный период:**

1. боль
2. гиперемия кожи
3. бледность кожи
4. пузыри с серозным отделяемым

5. чувство онемения

**11. Признаки отморожения I степени в реактивный период:**

1. кожные покровы бледные
2. кожные покровы отечные, цианотичной окраски
3. пузыри с серозным отделяемым
4. нарушение глубокой чувствительности

**12. Признаки отморожения II степени в реактивный период:**

1. цианоз кожи
2. мраморная бледность кожных покровов
3. отек кожи
4. пузыри с серозным содержимым
5. пузыри с геморрагическим содержимым

**13. Признаки отморожения III степени в реактивный период:**

1. мраморная бледность кожи
2. багрово-цианотичная окраска кожи
3. отек кожи
4. пузыри с геморрагическим содержимым
5. пузыри с серозным содержимым
6. нарушение глубокой чувствительности
7. некроз всех тканей

**14. Признаки отморожения IV степени в реактивный период:**

1. бледность кожных покровов
2. багрово-цианотичная окраска кожи
3. отек кожи
4. пузыри с серозным содержимым
5. пузыри с геморрагическим содержимым
6. нарушение глубокой чувствительности
7. некроз всех тканей, включая кость
8. некроз дермы до подкожно-жирового слоя
9. некроз дермы до сосочкового слоя

**15. Соответствие периодов отморожения:**

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| А. дореактивный период | 1. после согревания тканей |
| Б. реактивный период   | 2. до согревания тканей    |

3. до воздействия холодого агента
4. во время действия холодого агента

**16. Неотложная помощь при отморожении кистей (оледенение) в дореактивный период:**

1. растереть снегом, как можно быстрее согреть конечности, дать алкоголь, провести иммобилизацию и срочно транспортировать в лечебное учреждение
2. произвести глубокий массаж и как можно быстрее согреть конечности, дать алкоголь, наложить асептическую повязку, произвести иммобилизацию и транспортировать в лечебное учреждение
3. ввести обезболивающее, обработать кожу спиртом, наложить теплоизоляционную повязку, произвести иммобилизацию, дать горячий сладкий чай и срочно транспортировать в лечебное учреждение
4. растереть конечность, дать алкоголь, срочно транспортировать в лечебное учреждение

**2.5. «Острый живот». Травмы живота**

**1. Неотложная помощь при «остром животе» на догоспитальном этапе:**

1. придать положение лежа, привести ноги к животу
2. положить на живот
3. применить холод на живот
4. положить теплую грелку на живот
5. разрешить пить
6. запретить прием пищи и воды
7. срочно направить к хирургу
8. оставить больного дома, вызвать участкового врача

**2. Язык при «остром животе»:**

1. влажный, чистый
2. сухой, может быть обложен налетом
3. малинового цвета с изъязвлениями

4. с налетами в виде неровных белых пятен

### **3. Общие клинические признаки «острого живота»:**

1. удушье
2. боли в животе
3. нарушение функции желудочно-кишечного тракта
4. повышение АД
5. отсутствие участия передней брюшной стенки в акте дыхания
6. напряжение передней брюшной стенки
7. гиперемия кожных покровов
8. симптомы раздражения брюшины
9. сухой язык
10. влажный язык, обложенный налетом
11. беспокойство больного (мечется, не находит места)

### **4. Тактика при травме живота:**

1. транспортировать в лечебное учреждение при явных клинических признаках «острого живота», при отсутствии последних - отправить домой
2. транспортировать в лечебное учреждение во всех случаях
3. осмотр хирурга
4. осмотр любого врача

### **5. Абсолютные признаки проникающего ранения передней брюшной стенки:**

1. наличие раны
2. кровотечение из раны
3. выпадение внутренних органов
4. истечение из раны содержимого желудочно-кишечного тракта

### **6. Неотложная помощь при ранении живота с выпадением внутренних органов на догоспитальном этапе:**

1. обмыть рану и выпавшие органы, вправить их в брюшную полость, наложить асептическую повязку
2. наложить асептическую повязку на рану, не вправляя внутренние органы
3. положить теплую грелку

4. не вводить обезболивающие
5. ввести обезболивающие
6. дать пить
7. госпитализировать в хирургическое отделение

## **2.6. Острая дыхательная недостаточность**

### **1. ОДН – :**

1. неспособность сердца обеспечить нормальную циркуляцию крови
2. неспособность легких превратить венозную кровь в артериальную
3. неспособность легких превратить артериальную кровь в венозную
4. остановка дыхания

### **#2. Соответствие вида ОДН характерным клиническим признакам:**

- |                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| А. компенсированная   | 1. коллапс                  |
| Б. декомпенсированная | 2. артериальная гипертензия |
|                       | 3. серые кожные покровы     |
|                       | 4. цианоз                   |
|                       | 5. аритмия                  |
|                       | 6. тахикардия               |
|                       | 7. брадикардия              |

### **3. Терапия обязательно проводимая независимо от типа ОДН:**

1. обезболивание
2. ИВЛ
3. оксигенотерапия
4. трансфузионная терапия

### **4. Метод лечения, наиболее эффективный при отравлении угарным газом (СО):**

1. введение дыхательных analeптиков (препаратов, стимулирующих дыхательный центр)
2. ИВЛ
3. гипербарическая оксигенация (ГБО)

4. гемодиализ

**5. Медицинский термин, обозначающий снижение содержания кислорода в организме: ...**

**6. Соответствие нарушения дыхания его определению:**

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| А. тахипноэ  | 1. остановка дыхания     |
| Б. брадипноэ | 2. частое дыхание        |
| В. апноэ     | 3. редкое дыхание        |
|              | 4. поверхностное дыхание |

**7. Термин, обозначающий остановку дыхания: ...**

**8. Удушье в результате кислородного голодания и избыточного накопления углекислоты: ...**

**9. Свистящее, затрудненное дыхание при ларингоспазме (спазме гортани): ...**

**10. Положение, предупреждающее западение языка в бессознательном состоянии:**

1. на боку, голова запрокинута кзади
2. на спине, голова приподнята
3. на животе, голова повернута в бок
4. на спине с опущенным головным концом

**11. Длина катетера для трансназальной катетеризации:**

1. от кончика носа до мочки уха
2. от угла рта до мочки уха
3. от угла глаза до мочки уха
4. от кончика носа до вырезки грудины

**12. Неотложные мероприятия при инородных телах верхних дыхательных путей на догоспитальном этапе:**

1. наклонить корпус пострадавшего вперед, нанести 4 удара по межлопаточной области
2. срочно начать ИВЛ в положении на спине с запрокинутой кзади головой, методом "рот в рот"

3. произвести компрессию живота 4 раза в эпигастральной области с наклоном туловища вперед
4. произвести интубацию трахеи
5. произвести коникотомию
6. наложить трахеостому

**13. Набор для интубации трахеи:**

1. скальпель
2. ларингоскоп
3. торакоскоп
4. интубационные трубки
5. трахеорасширитель Труссо

**14. Термин, обозначающий пассивное затекание желудочного содержимого в ротоглотку: ...**

**15. Термин, обозначающий рассечение связки между перстневидным и щитовидным хрящом при ОДН: ...**

**16. Манжетка воздуховода при правильном стоянии:**

1. должна на 1-2 см выстоять надо ртом
2. должна плотно прилегать к губам
3. не должна плотно прилегать к губам
4. должна находиться в полости рта

**#17. Показания к ИВЛ:**

1. биологическая смерть
2. клиническая смерть
3. апноэ
4. тахипноэ более 25 в минуту
5. тахипноэ более 40 в минуту
6. бессознательное состояние больного с нарушением дыхания
7. брадипноэ 8-10 в минуту

**18. Прием при регургитации:**

1. Сафара
2. Селика
3. Сильвестра

#### 4. Геймлиха

### 19. Цель коникотомии:

1. проведение ИВЛ
2. санация трахеобронхиального дерева
3. борьба с острой дыхательной недостаточностью
4. проведение бронхоскопии

### 20. Поздние осложнения интубации трахеи:

1. регургитация
2. ларинготрахеит
3. парез кишечника
4. парез голосовых связок
5. пролежни легких
6. пролежни трахеи

## 2.7. Острые сердечно-сосудистые нарушения

### 1. Частота пульса в норме у взрослого (удары в минуту):

1. 50-60
2. 60-80
3. 80-100
4. 100-120

### 2. Соответствие изменений частоты пульса их характеристике:

- |                |                             |
|----------------|-----------------------------|
| А. тахикардия  | 1. менее 60 ударов в минуту |
| Б. брадикардия | 2. 60-80 ударов в минуту    |
|                | 3. более 80 ударов в минуту |
|                | 4. пульс не определяется    |

### #3. Соответствие заболеваний сердца клиническим признакам:

- |                     |  |
|---------------------|--|
| А. стенокардия      | 1. боли за грудиной приступообразные, сжимающего, давящего характера   |
| Б. инфаркт миокарда | 2. боли за грудиной интенсивные, сопровождаются чувством страха смерти |
|                     | 3. боли кратковременные, длительностью до 15 минут                     |

4. боли длительностью свыше 30 минут
5. боли не купируются приемом нитроглицерина
6. боли купируются приемом нитроглицерина
7. боли исчезают при инфузии коллоидно-кристаллоидных растворов

#### **4. Последовательность действий медсестры при болях в области сердца:**

1. подготовить больного к снятию ЭКГ, собрать набор медикаментов, шприцы к внутривенным инъекциям
2. измерить АД, подсчитать пульс
3. дать под язык 1-2 таблетки нитроглицерина
4. вызвать врача, скорую помощь

#### **5. Головные боли, шум в ушах, тошнота, рвота, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами на фоне повышенного АД предполагает диагноз: ... ..**

#### **6. Последовательность действий медсестры при высоком АД (гипертензии):**

1. успокоить, уложить больного
2. положить под язык таблетку клофелина, или коринфара, или капотена
3. измерить АД, пульс
4. подготовить набор медикаментов, шприцы к внутривенным инъекциям
5. вызвать врача

#### **#7. Время постельного режима после приема ганглиоблокаторов:**

1. 30 минут
2. 2-4 часа
3. 6 часов
4. сутки

## **8. Алгоритм базовой СЛР (сердечно-легочной реанимации):**

1. ИВЛ
2. НМС
3. обеспечение проходимости верхних дыхательных путей

## **#9. Симптомы кардиогенного шока:**

1. выраженный болевой синдром
2. гипотония
3. гипертония
4. холодный пот, кожные покровы холодные, бледные
5. кожные покровы гиперемированы
6. олигурия
7. полиурия

## **#10. Признаки отека легких:**

1. одышка
2. сухой кашель
3. кашель с пенистой мокротой розового цвета
4. влажные хрипы над всей поверхностью легких, иногда  
клокочущее дыхание
5. крепитирующие хрипы
6. тахикардия
7. брадикардия
8. высокая температура

## **#11. Последовательность действий медсестры при отеке легких у кардиологического больного:**

1. придать положение, лежа, ноги приподнять кверху
2. придать полусидячее положение со спущенными ногами
3. измерить АД, подсчитать пульс
4. дать кислород
5. дать нитроглицерин под язык 0,5 мг при АД  $\geq$  90 мм рт.ст.
6. вызвать врача или кардиобригаду

## 2.8. Комы, отравления

### *Комы*

#### 1. Кома:

1. коллапс
2. обморок
3. длительная потеря сознания
4. временная потеря сознания

#### \*2. Признаки умеренного оглушения:

1. отсутствие речевого контакта
2. речевой контакт сохранен
3. угнетение рефлексов
4. частичная дезориентация во времени и месте
5. состояние сна
6. замедленное выполнение команд

#### \*3. Признаки глубокого оглушения:

1. речевой контакт сохранен
2. состояние сна
3. речевой контакт затруднен
4. нет реакции на вдыхание нашатырного спирта
5. полная дезориентация

#### \*4. Признаки сопора:

1. резко ограничен речевой контакт
2. речевой контакт невозможен
3. замедленное выполнение команд
4. неподвижность
5. отсутствие всяких реакций на внешние раздражители
6. утрата сознания (патологическая сонливость)

#### \*5. Соответствие степени тяжести нарушения сознания клиническим показателям:

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| А. кома I степени<br>(умеренная) | 1. сознание сохранено  |
| Б. кома II степени<br>(глубокая) | 2. сознание отсутствует,<br>сохранена реакция на<br>сильную боль и запах |

В. кома III степени  
(запредельная)

нашатырного спирта  
3. сознание отсутствует,  
отсутствует реакция на все  
виды раздражителей  
4. функция жизненно важных  
органов сохранена  
5. нарушение функции  
жизненно важных органов  
дыхания и кровообращения

**\*6. Степень тяжести комы, при которой развиваются  
аспирационно-обтурационные нарушения:**

1. умеренная
2. глубокая
3. запредельная
4. любой глубины

**\*7. Основные синдромы поражения ЦНС:**

1. нарушение дыхания
2. нарушение сознания
3. гипертермия
4. судороги
5. параличи
6. фибрилляция мышц

**8. Нарушение памяти в виде утраты способности сохранять и  
воспроизводить ранее приобретенные знания: ... ..**

**9. Утрата способности сохранять и воспроизводить  
приобретенные знания на события сразу после расстройства  
сознания: ... ..**

**10. Полная потеря сознания с утратой реакции на внешние  
раздражители и расстройством жизненно важных функций: ...**

**11. Нарушение речи в результате потери сознания: ...**

**12. Острое нарушение мозгового кровообращения с повреждением ткани головного мозга, расстройством его функции: ...**

**13. Гипергликемическая кома возникает у больных с сахарным диабетом при:**

1. отравлении опиатами
2. передозировке инсулина
3. прекращении сахароснижающей терапии
4. нарушении диеты, инфекциях, стрессах

**14. Причина гипогликемической комы у больных с сахарным диабетом:**

1. употребление наркотиков
2. чрезмерный прием углеводов
3. прием сахароснижающих препаратов
4. отравление алкогольными суррогатами

**\*15. Соответствие вида комы клиническим проявлениям:**

- |  |  |
|--|--|
| А. диабетическая<br>(гипергликемическая) | 1. чувство голода, резкая слабость, обильная потливость, возбуждение, дрожание конечностей, двоение в глазах |
| Б. гипогликемическая                     | 2. слабость, сонливость, головная боль, жажда, потеря аппетита, тошнота, рвота, боли в животе                |
|  | 3. состояние опьянения, возбуждение, лицо гиперемировано   |
|  | 4. внезапно развившиеся судорожные припадки  |

**\*16. Соответствие вида комы клиническим признакам:**

- |  |   |
|--|---|
| А. диабетическая<br>(гипергликемическая) | 1. кожа и слизистые сухие, дыхание типа Куссмауля, пульс мягкий, АД снижено, глазные яблоки мягкие, миоз, тонус мышц снижен |
| Б. гипогликемия                          | 2. кожа влажная, дыхание поверхностное, тахикардия, гипотония, мидриаз  |

3. гликозурия, кетонурия,
4. гипогликемия

**17. Лекарственные средства, вводимые при гипергликемической коме в условиях стационара:**

1. полиглюкин до 400 мл
2. 0,9% раствор NaCl не менее 1 литра
3. инсулин внутривенно 0,2-0,3 ЕД/кг на 10% растворе NaCl
4. инсулин внутривенно 10 ЕД на физиологическом растворе, затем капельно по 0,1 ЕД/кг в час
5. 40% раствор глюкозы 40-60 мл внутривенно

**18. Препарат, вводимый при развитии гипогликемической комы:**

1. 40% раствор глюкозы 40-60 мл внутривенно
2. 40% раствор глюкозы 40-60 мл внутримышечно
3. инсулин 0,2-0,3 ЕД/кг подкожно

**\*19. Соответствие вида комы неотложным лечебным мероприятиям:**

- |                       |                                    |
|-----------------------|------------------------------------|
| А. гипергликемическая | 1. начинают с устранения           |
| Б. гипогликемическая  | дефицита ОЦК и устранения ацидоза  |
|                       | 2. начинают со струйного введения  |
|                       | инсулина                           |
|                       | 3. начинают с болюсного введения   |
|                       | 40% раствора глюкозы 20-40 мл,     |
|                       | предварительно vit B1              |
|                       | 4. вводят изотонический раствор    |
|                       | NaCl + 2,5% раствор гидрокарбоната |
|                       | натрия + раствор KCl + vit C + vit |
|                       | B6                                 |
|                       | 5. вводят гипотонические растворы, |
|                       | гипотензивные средства,            |
|                       | мочегонные                         |
|                       | 6. проводят инфузии глюкозы в      |
|                       | убывающей концентрации (20-10-     |
|                       | 5%) + дексаметазон 4-8 мл при      |
|                       | длительной коме + 10 м 25% раствор |
|                       | сернокислой магнезии               |

**20. Введение углеводсодержащих продуктов (сахар и др.) в рот пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии:**

1. необходимо
2. допустимо при возможности открытия рта
3. недопустимо
4. вводят только в жидком виде

**21. Положение пациента во время транспортировки в бессознательном состоянии:**

1. на спине, без подушки
2. на спине, с приподнятым головным концом
3. на боку, без подушки, с несколько опущенным головным концом
4. на боку, на подушке, с приподнятой головой

**22. Базовые препараты при коме неясной этиологии в случае невозможности скорой госпитализации:**

1. аскорбиновая кислота 5% 30 мл
2. тиамин 10 мг
3. глюкоза 5% 400 мл
4. полиглюкин
5. глюкоза 40% 60 мл
6. налоксон 0,4-2 мг
7. антибиотики широкого спектра действия

### *Отравления*

**#1. Неотложная помощь при острых отравлениях включает:**

1. профилактику инфекции
2. выведение яда из организма
3. тромболизисную терапию
4. введение антидотов
5. иммунотерапию
6. посиндромную терапию

**2. Метод удаление яда из организма на догоспитальном этапе:**

1. гемодиализ
2. промывание желудка

3. форсированный диурез
4. перитонеальный диализ

**3. Препарат, вводимый перед промыванием желудка с помощью зонда:**

1. адреналин
2. лазикс
3. атропин
4. димедрол
5. сода

**4. Объем воды, необходимый для промывания желудка взрослому (литры):**

1. 1-1,5
2. до 2-3
3. до 5
4. 12-15

**5. Противопоказания для промывания желудка при поступлении яда через рот:**

1. желудочное кровотечение
2. отравления кислотами и щелочами
3. коматозные состояния
4. выраженное психомоторное возбуждение
5. любое из перечисленных состояний, как отдельно, так и в сочетании
6. ни одно из перечисленных состояний

**6. Неотложная помощь при отравлении снотворным начинается с:**

1. введения больших доз аналептиков
2. введения сердечно-сосудистых средств
3. ингаляции кислорода
4. удаления снотворных из организма

**7. Первоочередное мероприятие при отравлении угарным газом на месте:**

1. обезболивание
2. промывание желудка

3. дача антидота
4. вынесение пострадавшего на свежий воздух

### **8. Специфическая терапия при отравлении угарным газом:**

1. промывание желудка
2. ощелачивание крови
3. оксигенотерапия 100% кислорода
4. применение спазмолитиков
5. применение противосудорожных средств

### **9. Вещества, относящиеся к прижигающим ядам:**

1. хлор
2. кислоты и щелочи
3. дихлорэтан
4. окислители

### **10. Промывание желудка при отравлении прижигающими ядами проводится:**

1. чистой водой
2. раствором соды
3. раствором сульфата магния
4. любым антисептиком

### **#11. Ранние осложнения химического ожога пищевода и желудка:**

1. кровотечение
2. рубцовое сужение пищевода и желудка
3. токсический шок
4. перфорация
5. атрофический гастрит
6. варикозное расширение вен пищевода

### **#12. Неотложная помощь при отравлении кислотами без выраженного угнетения сознания на догоспитальном этапе:**

1. обезболивание, промывание желудка, введение слабительных и антидотов, инфузионная терапия, транспортировка в ЛПО
2. введение слабительных и антидотов, инфузионная терапия, транспортировка в ЛПО

3. обезболивание, введение спазмолитиков, промывание желудка, инфузионная терапия, транспортировка в ЛПО
4. не теряя времени на какие-либо мероприятия транспортировать в ЛПО

**#13. Введение слабительных противопоказано при отравлении алиментарным путем:**

1. снотворными
2. кислотами
3. ФОС
4. щелочами

**14. Антидот при отравлении древесным спиртом:**

1. атропин 0,1%
2. прозерин 0,05%
3. адреналин 0,1%
4. 30° этиловый спирт

## **2.9. Аллергические реакции**

**#1. Соответствие анатомических поражений клиническим проявлениям при аллергической реакции немедленного типа:**

- |                        |   |
|------------------------|---|
| А. дыхательная система | 1. крапивница, зуд, покраснение                     |
| Б. сердечно-сосудистая | 2. обильное потоотделение, тахикардия               |
|                        | 3. потеря сознания                                  |
| В. кожа                | 4. стридорозное дыхание, кашель                     |
|                        | 5. периорбитальный, периоральный отек (отек Квинке) |
|                        | 6. отек гортани                                     |
|                        | 7. бронхоспазм                                      |
|                        | 8. гипотензия                                       |
|                        | 9. острый отек легких                               |
|                        | 10. остановка сердца                                |

**#2. Патофизиологические нарушения при анафилактическом шоке**

1. вазодилатация (расширение сосудов), падение сердечного выброса
2. вазоконстрикция (сужение сосудов), падение сердечного выброса
3. увеличение ОЦК
4. снижение ОЦК
5. падение АД и учащение пульса
6. повышение АД и урежение пульса

**#3. Алгоритм действий при анафилактической реакции с потерей сознания и сердечно-сосудистым коллапсом (анафилактический шок):**

1. введение антигистаминных препаратов и кортикостероидов
2. возмещение объема циркулирующей крови (ОЦК) коллоидно-кристаллоидными растворами
3. обеспечение доступа к вене
4. введение адреналина внутривенно
5. ИВЛ, интубация трахеи, ингаляция O<sub>2</sub>, в случае отсутствия пульса - НМС
6. вызвать дополнительно персонал для оказания помощи

**4. Последовательность действий медсестры при анафилактическом шоке с нарушением функций жизненно важных органов:**

1. подготовить для врача медикаментозные препараты, растворы, набор для катетеризации вен и интубации трахеи
2. срочно вызвать врача и привлечь дополнительно персонал для оказания помощи
3. прекратить введение препарата, в случае нахождения иглы в вене не выходить из вены
4. обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, в случае остановки сердца - реанимационные мероприятия

**5. Набор препаратов для оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке:**

1. кордиамин
2. адреналин
3. антигистаминные средства

4. гепарин
5. гормоны
6. бронхолитики
7. коллоидно-кристаллоидные растворы
8. 40% глюкоза
9. антибиотики

**6. Препараты при анафилактическом шоке вводятся:**

1. внутривенно
2. внутримышечно
3. внутрикожно
4. подкожно

**#7. Введение адреналина при анафилактическом шоке:**

1. показано при низких цифрах АД
2. показано во всех случаях
3. не показано во всех случаях
4. не показано во всех случаях, кроме терминальных состояний

**#8. Соответствие нарушений со стороны дыхательных путей клиническим изменениям при аллергической реакции:**

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| А. бронхоспазм             | 1. отек слизистой мелких и крупных бронхов  |
| Б. ангионевротический отек | 2. отек около ротовой полости, отек гортани   |
|                            | 3. нарушение дыхания вследствие ларингоспазма   |
|                            | 4. нарушение вентиляции легких, накопление воздуха в них, вследствие спазма мускулатуры бронхов |
|                            | 5. нарушение дыхания вследствие скопления воздуха в плевральной полости                         |

**9. Загрудинная боль, затруднение выдоха, цианоз, внезапно возникшие на введение препарата: ...**

**#10. Вид нарушения дыхания при бронхоспазме:**

1. затруднение вдоха
2. затруднение выдоха
3. патологическое дыхание типа Куссмауля
4. патологическое дыхание типа Биота

**#11. Ларингоспазм характеризуется нарушением дыхания в виде:**

1. затрудненного вдоха
2. затрудненного выдоха
3. патологического дыхания типа Чейн-Стокса
4. патологического дыхания типа Биота

**#12. Алгоритм действий при бронхоспазме аллергического генеза:**

1. введение бронхолитиков
2. введение адреналина
3. введение гормонов и антигистаминных препаратов
4. ИВЛ с периодическим повышением давления в конце выдоха и медленным вдохом + ингаляция O<sub>2</sub>

**#13. Алгоритм действий при отеке гортани и ларингоспазме аллергического генеза:**

1. интубация трахеи
2. введение адреналина
3. введение антигистаминных препаратов и кортикостероидов

**14. Действия медсестры при аллергической реакции с клиникой бронхоспазма или ларингоспазма:**

1. контроль гемодинамики
2. при наличии минимального падения АД ввести подкожно или внутримышечно 0,5 мл 0,1% адреналина
3. прекратить введение препарата
4. вызвать врача
5. приготовить набор препаратов и инструментов для врача

**15. Разведение препарата при внутрикожной пробе на гиперчувствительность:**

1. 1:10
2. 1:100
3. 1:1000
4. 1:10000

**16. Результат считается положительным при внутрикожной пробе на гиперчувствительность, если папула диаметром:**

1. до 0,5 см сохраняется 1-2 минуты
2. до 1 см сохраняется 2-5 минут
3. более 1 см сохраняется до 30 минут и более
4. до 0,1 см быстро исчезает

**17. Разведение препарата при скарификационной пробе на гиперчувствительность:**

1. 1:10
2. 1:100
3. 1:1000
4. 1:10000

**18. Результат считается положительным при скарификационной пробе на гиперчувствительность при размере папулы диаметром:**

1. более 3 мм в сочетании с окружающей ее краснотой более 5 мм
2. до 3 мм в сочетании с окружающей ее краснотой до 5 мм
3. не менее 0,9-1 см с окружающей ее краснотой до 5 мм
4. не менее 1 см с окружающей ее краснотой не менее 10 мм

**19. Проба на гиперчувствительность оценивается через (мин):**

1. 20
2. 10
3. 5
4. 1-2

**20. При анафилактическом шоке необходимо ввести болюсно 0,5 мг адреналина в разведении 1:10000. В ампуле содержится 1 мл 0,1% раствора адреналина.**

**А. Содержимое ампулы следует развести физиологическим раствором в объеме (мл):**

1. 1,0
2. 2,5
3. 5,0
4. 10,0
5. разводить не следует

**Б. Ввести раствор в объеме (мл):**

1. 0,25
2. 0,5
3. 1,0
4. 5,0

## **2.10. Интенсивная терапия**

**1. Глубина введения носового катетера для ингаляции кислорода:**

1. 5-10 см
2. 10-20 см
3. равная расстоянию от мочки уха до крыла носа
4. равная расстоянию от кончика носа до вырезки грудины

**2. Положение больного при катетеризации подключичной вены:**

1. на боку
2. с валиком под поясницей
3. с валиком под лопатками
4. с валиком под головой

**3. Средства для промывания подключичного катетера:**

1. раствор гепарина
2. дистиллированная вода
3. раствор цитрата натрия
4. раствор хлористого кальция

**4. Промывание подключичного катетера проводится:**

1. после каждого введения препарата
2. один раз в сутки
3. 3 раза в сутки

4. перед удалением

**5. Положение больного при катетеризации подключичной вены:**

1. Тренделенбурга
2. Фовлера
3. голова ротирована в сторону пункции вены
4. голова ротирована в сторону противоположную пункции вены

**#6. Цель катетеризации центральных вен:**

1. ликвидация выраженных нарушений свертывающей системы крови
2. необходимость проведения интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии
3. измерение центрального венозного давления (ЦВД)
4. измерение внутриплеврального давления
5. измерение АД

**#7. Возможные осложнения при стоянии катетера в подключичной вене:**

1. тромбоз катетера
2. воздушная эмболия
3. паротит
4. плеврит
5. мастит
6. нагноение раны
7. тромбоз сонной артерии

**8. Венесекция:**

1. препаровка и катетеризация периферических вен
2. катетеризация подключичной вены
3. пункция вены
4. препаровка и катетеризация центральных вен

**#9. Средство выбора быстрого повышения ОЦК:**

1. раствор глюкозы
2. изотонические кристаллоидные растворы
3. коллоидные растворы

4. цельная кровь

**#10. Соответствие кровезаменителей перечисленным средствам:**

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| А. коллоидные растворы     | 1. полиглюкин              |
| Б. кристаллоидные растворы | 2. ацессоль                |
|                            | 3. раствор Рингера-Локка   |
|                            | 4. реополиглюкин           |
|                            | 5. раствор крахмала        |
|                            | 6. физиологический раствор |
|                            | 7. эритромакса             |

**#11. Соответствие вида шока, целесообразности применения инфузионных сред:**

- |                     |   |
|---------------------|---|
| А. геморрагический  | 1. коллоидные растворы                              |
| Б. септический      | 2. кристаллоидные растворы                          |
| В. анафилактический | 3. растворы глюкозы, жировых эмульсий и аминокислот |

**#12. Алгоритм действий при септическом шоке:**

1. антибиотики
2. введение дофамина
3. энергичное внутривенное введение жидкостей
4. осторожное, медленное введение жидкостей внутривенно

**13. Алгоритм действий при анафилактическом шоке:**

1. инфузия жидкостей
2. введение адреналина внутривенно
3. введение гормонов, антигистаминных препаратов
4. введение хлористого кальция

**14. Способы введения адреналина, наиболее эффективные, при анафилактическом шоке:**

1. подкожно
2. внутримышечно
3. внутривенно
4. эндотрахеально
5. сублингвально

**#15. Форсированный диурез предполагает:**

1. только инфузионную терапию
2. только введение мочегонных
3. введение полиионных растворов с последующим введением мочегонных
4. трансфузии

**#16. Почасовой диурез при форсированном диурезе должен составлять не менее (мл/час):**

1. 20-30
2. 50-60
3. 200-300
4. 500-1000

**#17. Методы интракорпоральной детоксикации:**

1. гемосорбция
2. форсированный диурез
3. гемодиализ
4. энтеросорбция
5. плазмаферез
6. лимфосорбция

**#18. Методы экстракорпоральной детоксикации:**

1. искусственная гемодилюция
2. гемосорбция
3. форсированный диурез
4. гемодиализ
5. ксеносорбция
6. плазмаферез
7. промывание желудка

**#19. Норма ЦВД (мм вод. ст.):**

1. 5-10
2. 20-40
3. 60-120
4. 150-200

**#20. Скорость инфузии уменьшается, если ЦВД:**

1. менее 50 мм вод. ст.

2. 50-90 мм вод. ст.
3. 100 мм вод. ст. и выше
4. отрицательное

**#21. Острая правожелудочковая недостаточность может развиваться при быстром введении:**

1. рентгенконтрастного вещества
2. бикарбоната натрия
3. большого объема жидкостей
4. гепарина

**#22. Признаки острой левожелудочковой недостаточности:**

1. отек легких
2. дефицит пульса
3. кровохарканье
4. набухание шейных вен
5. снижение АД
6. повышение АД

**23. Препараты, улучшающие сократительную способность миокарда:**

1. коргликон
2. строфантин
3. гормоны
4. антибиототики

**24. Признаки дефицита воды в организме:**

1. жажда
2. полиурия
3. олигурия
4. влажность кожных покровов, холодный пот
5. повышенная потливость
6. сухость кожи, снижение тургора

**#25. Соответствие изменений показателей Hb и Ht при дефиците воды в организме:**

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| А. Hb (гемоглобин) | 1. увеличивается |
| Б. Ht (гематокрит) | 2. уменьшается   |
|                    | 3. не изменяется |

4. остается в пределах нормы

**#26. Кровезаменители, используемые для парентерального питания:**

1. глюкоза
2. полиглюкин
3. альбумин
4. цельная кровь
5. жировые эмульсии
6. растворы аминокислот
7. реополиглюкин

**#27. Путь введения 20-30% раствора глюкозы с целью парентерального питания:**

1. внутриартериально
2. в центральные вены
3. в периферические вены
4. подкожно

**28. Название препарата, состоящего из равных частей глюкозы и фруктозы: ...**

**#29. Скорость введения жировых эмульсий:**

1. 40-60 кап/мин
2. начиная с 5 кап./мин и в течение 30 минут постепенно увеличивается до 13 кап./мин
3. начиная с 10 кап./мин постепенно увеличивая до 30-40 кап/мин
4. струйно

**#30. Скорость введения кристаллических аминокислот с целью парентерального питания (капель в минуту):**

1. 40-60
2. 25-30
3. 10-15
4. струйно

**#31. Показания к парентеральному питанию:**

1. шок

2. острое кровотечение
3. кахексия
4. отсутствие естественного питания
5. декомпенсация сердечной деятельности
6. заболевания, сопровождающиеся значительным катаболизмом
7. острая почечная, печеночная недостаточность
8. квашиоркор

**#32. Противопоказания к парентеральному питанию:**

1. шок
2. острое кровотечение
3. кахексия
4. отсутствие естественного питания
5. декомпенсация сердечной деятельности
6. заболевания, сопровождающиеся значительным катаболизмом
7. острая почечная, печеночная недостаточность
8. квашиоркор

**#33. Проба на реактогенность при плановом введении коллоидных растворов:**

1. проводится
2. не проводится
3. проводится только при наличии аллергических заболеваний
4. не проводится при наличии сердечно-сосудистых заболеваний

**#34. Проба на реактогенность при введении полиглюкина:**

1. внутривенно капельно вводят 20-25 мл дважды с интервалом 3 минуты
2. внутривенно вводят 10 капель, затем 30 капель с интервалом 3 минуты
3. внутривенно струйно вводят 20-25 мл трижды с интервалом 3 минуты
4. подкожно вводят 0,5 мл, затем через 30 минут 1 мл внутримышечно

**#35. Проба на реактогенность при введении белковых препаратов крови (альбумин, протеин):**

1. не проводится
2. проводится дважды по 10-15 мл струйно с интервалом 3 минуты
3. проводится трехкратно по 10-20-30 капель с интервалом 3 минуты
4. проводится струйно, трехкратно по 20-25 мл с интервалом 3 минуты

**#36. Биологическая проба при трансфузии свежзамороженной плазмы:**

1. не проводится
2. проводится трехкратно по 10-15 мл струйно с интервалом 3 минуты
3. проводится трехкратно по 20-25 мл медленно капельно с интервалом 3 минуты
4. проводится струйно трехкратно по 20-25 мл с интервалом 3 минуты

**#37. Доза гепарина на каждые 500 мл жировых эмульсий (ЕД):**

1. 100
2. 300
3. 500
4. 1000

**#38. Забор крови на стерильность проводят:**

1. с 8 до 9 часов
2. с 8 до 12 часов
3. в пик повышения температуры
4. в пик снижения температуры

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

### I. ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

#### 1. Инфекционная безопасность

|                                 |                                 |                          |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1 – 2                           | 29 – 2                          | 58 – 1,3,4,6             |
| 2 – 1                           | 30 – 1,3,4,5,7                  | 59 – А-3; Б-1;           |
| 3 – 3                           | 31 – 2,4                        | 60 – 2,4                 |
| 4 – 2                           | 32 – 1,2,3                      | 61 – 2,3,5               |
| 5 – 4                           | 33 – 1,3                        | 62 – 3                   |
| 6 – 2                           | 34 – 6,2,1,3,4,5                | 63 – 1                   |
| 7 – 4                           | 35 – 1                          | 64 – 2,4                 |
| 8 – 2                           | 36 – 1,3                        | 65 – 3                   |
| 9 – 1                           | 37 – 2,1,3                      | 66 – 1,2,4               |
| 10 – 2                          | 38 – 1,2,3,4,6                  | 67 – 2                   |
| 11 – 2,3,4                      | 39 – 2,4,5                      | 68 – 1,2                 |
| 12 – 4                          | 40 – 2,3,5,6                    | 69 – 1,4                 |
| 13 – 3,4                        | 41 – 4                          | 70 – 4                   |
| 14 – 1,3                        | 42 – 3                          | 71 – 1,3,4               |
| 15 – 2,3,4,7                    | 43 – 1                          | 72 – 2                   |
| 16 – 1,3,4,5                    | 44 – 3                          | 73 – 3,4                 |
| 17 – А-1,4,6;<br>Б-2,3,5        | 45 – 1                          | 74 – А-3,4,5,6;<br>Б-1,2 |
| 18 – А-1,4,5;<br>Б-2,3,6; В-7,8 | 46 – А-1; Б-2; В-1;<br>Г-3      | 75 – А-1,3,4;<br>Б-1,3,4 |
| 19 – А-2,3; Б-1,4               | 47 – 1                          | 76 – 2                   |
| 20 – 2,4                        | 48 – А-3; Б-2; В-4;<br>Г-5; Д-1 | 77 – А-2; Б-3; В-4       |
| 21 – 2                          | 49 – А-3,5; Б-2,4,6             | 78 – 3                   |
| 22 – 3                          | 50 – А-5; Б-2; В-4              | 79 – 2,3                 |
| 23 – 1,3,5                      | 51 – 2                          | 80 – 1                   |
| 24 – А-2; Б-3;<br>В-4           | 52 – 3                          | 81 – 4                   |
| 25 – 3                          | 53 – А-2,3,4;<br>Б-1,5,6        | 82 – 2                   |
| 26 – А-1,5; Б-4,6;<br>В-2,3     | 54 – 2,3,5                      | 83 – А-1,3; Б-2,4        |
| 27 – А-3; Б-1; В-2;             | 55 – 1                          | 84 – 3                   |
| 28 – 1                          | 56 – 2,3,4                      | 85 – 2                   |
|                                 | 57 – 2,3,4,6                    | 86 – 3                   |
|                                 |                                 | 87 – 2                   |

|          |        |               |
|----------|--------|---------------|
| 88 – 2   | 94 – 3 | 100 – 1       |
| 89 – 3   | 95 – 4 | 101 – 2       |
| 90 – 2,3 | 96 – 1 | 102 – 1,4,5,8 |
| 91 – 2,3 | 97 – 4 | 103 – 3,4,6,7 |
| 92 – 3   | 98 – 3 | 104 – 2       |
| 93 – 1   | 99 – 4 |               |

## 2. Вич – инфекция

|           |        |          |
|-----------|--------|----------|
| 1 – 1     | 8 – 1  | 15 – 2   |
| 2 – 1     | 9 – 2  | 16 – 2   |
| 3 – 1     | 10 – 1 | 17 – 2   |
| 4 – 1     | 11 – 2 | 18 – 4   |
| 5 – 1,2,3 | 12 – 1 | 19 – 2,3 |
| 6 – 1     | 13 – 3 | 20 – 1,3 |
| 7 – 1     | 14 – 3 | 21 – 2,4 |

## II. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

|                  |               |               |
|------------------|---------------|---------------|
| 1 – планирование | 8 – Вирджиния | 13 – 4        |
| 2 – 3,4,2,1      | Хендерсон     | 14 – 3        |
| 3 – 2,4,5        | 9 – 1,2,3     | 15 – 4        |
| 4 – 2,4          | 10 – 1,2,4    | 16 – Флоренс- |
| 5 – реализация   | 11 – 2        | Найтингейл    |
| 6 – 1,4,5        | 12 – А-1,3,5; |               |
| 7 – 3            | Б-2,4         |               |

## III. ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

### 1. Общие вопросы онкологии

#### 1.1. Организация онкологической службы

|       |         |         |
|-------|---------|---------|
| 1 – 2 | 4 – 1   | 7 – 1,4 |
| 2 – 2 | 5 – 4   | 8 – 3   |
| 3 – 3 | 6 – 3,6 | 9 – 1   |

## **1.2. Клиника, диагностика, лечение онкологических заболеваний**

|           |          |              |
|-----------|----------|--------------|
| 1 – 3,4   | 14 – 4   | 27 – 2,3,4,6 |
| 2 – 2,3,5 | 15 – 4   | 28 – 3       |
| 3 – 1,4   | 16 – 2,5 | 29 – 2,3     |
| 4 – 1,2,5 | 17 – 3,6 | 30 – 1       |
| 5 – 4,5,6 | 18 – 1   | 31 – 4       |
| 6 – 2     | 19 – 4   | 32 – 5       |
| 7 – 3     | 20 – 1   | 33 – 1,2,4   |
| 8 – 1     | 21 – 3   | 34 – 1,2     |
| 9 – 3     | 22 – 2,4 | 35 – 1       |
| 10 – 2    | 23 – 2,3 | 36 – 2       |
| 11 – 1    | 24 – 2   | 37 – 4       |
| 12 – 4    | 25 – 2   | 38 – 3,4     |
| 13 – 5    | 26 – 2   |              |

## **1.3. Этика и деонтология в онкологии**

|       |         |       |
|-------|---------|-------|
| 1 – 5 | 3 – 2   | 5 – 4 |
| 2 – 4 | 4 – 4,5 | 6 – 3 |

## **2. Частные вопросы онкологии**

### **2.1. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли кожи, слизистой полости рта, нижней губы. Лимфогранулематоз**

|         |            |              |
|---------|------------|--------------|
| 1 – 4   | 12 – 3     | 23 – 2       |
| 2 – 1   | 13 – 1,2,3 | 24 – 3       |
| 3 – 2   | 14 – 2     | 25 – 1,3,5,7 |
| 4 – 2   | 15 – 4     | 26 – 5       |
| 5 – 4   | 16 – 3     | 27 – 1       |
| 6 – 2   | 17 – 1,2,3 | 28 – 4       |
| 7 – 1   | 18 – 3     | 29 – 1,4     |
| 8 – 2,5 | 19 – 4     | 30 – 2       |
| 9 – 1,3 | 20 – 1     | 31 – 1       |
| 10 – 4  | 21 – 2     | 32 – 1       |
| 11 – 3  | 22 – 5     | 33 – 3       |

|        |          |        |
|--------|----------|--------|
| 34 – 2 | 40 – 1,4 | 46 – 2 |
| 35 – 3 | 41 – 2   | 47 – 4 |
| 36 – 2 | 42 – 3   | 48 – 4 |
| 37 – 1 | 43 – 3   | 49 – 4 |
| 38 – 3 | 44 – 1   | 50 – 2 |
| 39 – 3 | 45 – 3   |        |

## **2.2. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли щитовидной железы**

|       |       |
|-------|-------|
| 1 – 1 | 3 – 5 |
| 2 – 3 | 4 – 1 |

## **2.3. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли молочной железы**

|            |          |            |
|------------|----------|------------|
| 1 – 4      | 21 – 3   | 41 – 2     |
| 2 – 4      | 22 – 1   | 42 – 2     |
| 3 – 1,3    | 23 – 1,3 | 43 – 5     |
| 4 – 3      | 24 – 1   | 44 – 4     |
| 5 – 2      | 25 – 3   | 45 – 2,3   |
| 6 – 1      | 26 – 4   | 46 – 4     |
| 7 – 1,2    | 27 – 3,5 | 47 – 3     |
| 8 – 4      | 28 – 4   | 48 – 2     |
| 9 – 1,2,3  | 29 – 2   | 49 – 4     |
| 10 – 2     | 30 – 1   | 50 – 1,3   |
| 11 – 5     | 31 – 2   | 51 – 2,3   |
| 12 – 3     | 32 – 3   | 52 – 2,4   |
| 13 – 5     | 33 – 3   | 53 – 2     |
| 14 – 2,3,4 | 34 – 4   | 54 – 1,2,3 |
| 15 – 3     | 35 – 1,3 | 55 – 1     |
| 16 – 2     | 36 – 2   | 56 – 4     |
| 17 – 2     | 37 – 1   | 57 – 4     |
| 18 – 3     | 38 – 2   | 58 – 5     |
| 19 – 4     | 39 – 2   | 59 – 3     |
| 20 – 4     | 40 – 2   | 60 – 4     |

## **2.4. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли легких**

|           |        |        |
|-----------|--------|--------|
| 1 – 2     | 9 – 1  | 17 – 3 |
| 2 – 1,2,4 | 10 – 3 | 18 – 3 |
| 3 – 2     | 11 – 1 | 19 – 3 |
| 4 – 4     | 12 – 1 | 20 – 1 |
| 5 – 3     | 13 – 3 | 21 – 3 |
| 6 – 3     | 14 – 5 | 22 – 1 |
| 7 – 2,4   | 15 – 3 | 23 – 1 |
| 8 – 1,2   | 16 – 4 |        |

## **2.5. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли пищевода и желудка**

|         |            |          |
|---------|------------|----------|
| 1 – 1,4 | 12 – 3     | 23 – 3,4 |
| 2 – 4   | 13 – 3     | 24 – 2   |
| 3 – 2,3 | 14 – 4     | 25 – 2   |
| 4 – 1   | 15 – 1     | 26 – 3   |
| 5 – 3   | 16 – 4     | 27 – 3   |
| 6 – 4   | 17 – 3     | 28 – 1   |
| 7 – 1   | 18 – 1     | 29 – 3   |
| 8 – 2   | 19 – 4     | 30 – 3   |
| 9 – 4   | 20 – 3     | 31 – 1   |
| 10 – 4  | 21 – 1,3,4 | 32 – 4   |
| 11 – 1  | 22 – 1,2   | 33 – 5   |

## **2.6. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны**

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 1 – 3 | 4 – 1 | 7 – 1 |
| 2 – 2 | 5 – 2 |       |
| 3 – 2 | 6 – 5 |       |

## **2.7. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли толстого кишечника.**

### **Рак прямой кишки**

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 1 – 4 | 2 – 3 | 3 – 1 |
|-------|-------|-------|

|         |            |                     |
|---------|------------|---------------------|
| 4 – 1   | 11 – 4     | 18 – 3,4            |
| 5 – 1   | 12 – 1     | 19 – 1,3,5,6        |
| 6 – 1,2 | 13 – 3     | 20 – 2              |
| 7 – 3   | 14 – 1,4   | 21 – 1              |
| 8 – 4   | 15 – 4     | 22 – А-1,4; Б-2,3,5 |
| 9 – 1   | 16 – 1,3,4 | 23 – 1,2,5          |
| 10 – 1  | 17 – 3,5   |                     |

## **2.8. Предопухолевые заболевания, опухоли женских половых органов**

|  |  |   |
|--|--|---|
| 1 – 1,3,4  | 17 – 5   | 29 – 4  |
| 2 – 4  | 18 – 3   | 30 – 1  |
| 3 – 1,2,3,5                                      | 19 – 2,6   | 31 – 2  |
| 4 – 1,5  | 20 – 2,4   | 32 – 1,2,3  |
| 5 – 1  | 21 – 2,3   | 33 – 1,2,5,6  |
| 6 – 1,4,5  | 22 – 2,3   | 34 – 2,3  |
| 7 –  | 23 –   | 35 – 1,2,3,4  |
| имплантационный,<br>лимфогенный,<br>гематогенный | плоскоклеточный,<br>недифференциро-<br>ванный,<br>аденокарцинома             | 36 – 1,2,4,6  |
| 8 – 2,3,4  | 24 – эндофитная,<br>экзофитная,<br>смешанная,<br>инфильтративно-<br>язвенная | 37 – экзофитная,<br>эндофитная,<br>инфильтративно-<br>отечная |
| 9 – 1  |  | 38 – 1  |
| 10 – 1   |  | 39 – хирургический,<br>комбинированный,<br>лучевой            |
| 11 – 2,3   | 25 – 1   | 40 – 1  |
| 12 – 3   | 26 – 3,4   | 41 – 3  |
| 13 – 1   | 27 – 3   |   |
| 14 – 1,2,3                                       | 28 – 1,2   |   |
| 15 – 4   |  |   |
| 16 – 1,2,4                                       |  |   |

## **2.9. Предопухолевые заболевания, доброкачественные и злокачественные опухоли мочевыделительной системы.**

### **Опухоли мужских половых органов**

|           |         |                                 |
|-----------|---------|---------------------------------|
| 1 – 4,6,7 | 5 – 4   | 9 – 2                           |
| 2 – 4     | 6 – 3,4 | 10 – 1                          |
| 3 – 4     | 7 – 2   | 11 – хирургический,<br>лучевой, |
| 4 – 2     | 8 – 1   |                                 |

|   |  |               |
|---|--|---------------|
| гормональный,<br>химиотерапевти<br>ческий | 15 – 1,2,4                                       | иммунотерапия |
| 12 – 3,5                                  | 16 – 3   | 19 – 3,4      |
| 13 – 1,2                                  | 17 – 1,4   | 20 – 1        |
| 14 – 1,5                                  | 18 – хирургический,<br>лучевой,<br>химиотерапия, |               |

#### **IV. МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

##### **1. Медицина катастроф**

|         |           |          |
|---------|-----------|----------|
| 1 – 2   | 5 – 3     | 9 – 2    |
| 2 – 3   | 6 – 1,2,3 | 10 – 1   |
| 3 – 1,4 | 7 – 4     | 11 – 2,3 |
| 4 – 3   | 8 – 1,3   |          |

##### **2. Неотложная помощь при экстремальных воздействиях и неотложных состояниях**

###### **2.1. Основы сердечно-легочной реанимации**

|               |            |                          |
|---------------|------------|--------------------------|
| 1 – 2,4,6     | 19 – 2     | 37 – 2                   |
| 2 – 3,4       | 20 – 3     | 38 – 2                   |
| 3 – 3         | 21 – 2     | 39 – 2                   |
| 4 – 3         | 22 – 3,1,2 | 40 – 1                   |
| 5 – 2,3,6,7,8 | 23 – 2     | 41 – 1                   |
| 6 – 2         | 24 – 1     | 42 – 2                   |
| 7 – 5,2,1,4,3 | 25 – 2     | 43 – 2                   |
| 8 – 5         | 26 – 3     | 44 – 1                   |
| 9 – 3         | 27 – 2,4,5 | 45 – 3                   |
| 10 – 1,3,4    | 28 – 4     | 46 – А-3; Б-2,3;<br>В-1; |
| 11 – 2,3,5    | 29 – 4     |                          |
| 12 – 2        | 30 – 3     | 47 – 3                   |
| 13 – 2        | 31 – 3,5   | 48 – 1                   |
| 14 – 3        | 32 – 1,2   | 49 – 1                   |
| 15 – 2        | 33 – 7     | 50 – 2                   |
| 16 – 3        | 34 – 2,4,5 | 51 – 3                   |
| 17 – 3        | 35 – 1     | 52 – регургитация        |
| 18 – 2,3,5,6  | 36 – 1     |                          |



## 2.2. Кровотечения

|                |                  |                 |
|----------------|------------------|-----------------|
| 1 – 2,3        | 26 – 3           | 48 – групповая, |
| 2 – 1,4,5      | 27 – А-2,3,6;    | резус,          |
| 3 – 2,4        | Б-1,4,5          | биологическая   |
| 4 – 1          | 28 – А-2; Б-3    | 49 – 4          |
| 5 – 2,3,5,7    | 29 – А-2; Б-3    | 50 – 2          |
| 6 – 2,3,5,6    | 30 – 2           | 51 – 2          |
| 7 – 2,4        | 31 – 3           | 52 – 4          |
| 8 – 1,2,4,7    | 32 – 3           | 53 – 2          |
| 9 – 1,4,6      | 33 – А-2; Б-3    | 54 – 2,3,5      |
| 10 – 1,3,4,6   | 34 – А-2; Б-3    | 55 – 1,4,5,7,9  |
| 11 – 3         | 35 – А-1; Б-2    | 56 – 2          |
| 12 – 3         | 36 – А-4; Б-3    | 57 – 1          |
| 13 – 2         | 37 – 2,3         | 58 – 2,4        |
| 14 – 2,4       | 38 – 1           | 59 – 1          |
| 15 – 2,4,5,6   | 39 – 3           | 60 – 2          |
| 16 – 2,3,4,6,7 | 40 – 4           | 61 – 3          |
| 17 – 2,5       | 41 – 2,4,5,6,7,8 | 62 – 1,3,5      |
| 18 – 1,3       | 42 – 3           | 63 – 2          |
| 19 – 1         | 43 – 3           | 64 – 1,3,4      |
| 20 – 1,3       | 44 – 1           | 65 – 6          |
| 21 – 2,4,5     | 45 – 4           | 66 – 1,3,5      |
| 22 – А-2; Б-3  | 46 – А-2; Б-3    | 67 – 1,5        |
| 23 – А-3; Б-4  | 47 – 2           | 68 – 2          |
| 24 – 2,3,5     |                  | 69 – 1,3,4      |
| 25 – 1         |                  | 70 – 2,3,4      |

## 2.3. Травмы, раны

|           |                |                |
|-----------|----------------|----------------|
| 1 – 3     | 10 – 2         | 19 – 2         |
| 2 – 4     | 11 – 2         | 20 – 2         |
| 3 – 1,2,4 | 12 – 1         | 21 – 2,3       |
| 4 – 2     | 13 – 3,1,2,5,4 | 22 – 2,3,4,6,8 |
| 5 – 3     | 14 – 3,4,2,1,5 | 23 – 2         |
| 6 – 4     | 15 – 2         | 24 – 2,4,5     |
| 7 – 2     | 16 – 2         | 25 – 3         |
| 8 – 1,2,4 | 17 – 2         | 26 – 2,3,5     |
| 9 – 1     | 18 – 6         | 27 – 1         |

|            |              |                     |
|------------|--------------|---------------------|
| 28 – 2,4,5 | 35 – 4       | 42 – 3,4,5          |
| 29 – 1,2,5 | 36 – 3       | 43 – 2,4,5,6        |
| 30 – 2     | 37 – 4       | 44 – 2,4,5,7        |
| 31 – 3     | 38 – 4       | 45 – 2,5            |
| 32 – 4     | 39 – 5,6,1,8 | 46 – А-1,2,3; Б-4,5 |
| 33 – 1     | 40 – 3       |                     |
| 34 – 4     | 41 – 1,2,4,6 |                     |

#### **2.4. Термические и химические повреждения**

|                           |                         |                                 |
|---------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| 1 – А-3; Б-4; В-1;<br>Г-2 | Г-4; Д-4; Е-1<br>7 – 3  | 12 – 1,3,4<br>13 – 2,3,4,6      |
| 2 – 2,4                   | 8 – ожоговая<br>болезнь | 14 – 2,3,5,6,7<br>15 – А-2; Б-1 |
| 3 – 1,3,4                 | 9 – 3                   | 16 – 3                          |
| 4 – А-2; Б-1              | 10 – 1,3,5              |                                 |
| 5 – 1                     | 11 – 2                  |                                 |
| 6 – А-3; Б-3; В-4;        |                         |                                 |

#### **2.5. «Острый живот». Травмы живота**

|             |                 |           |
|-------------|-----------------|-----------|
| 1 – 1,3,6,7 | 3 – 2,3,5,6,8,9 | 5 – 3,4   |
| 2 – 2       | 4 – 2,3         | 6 – 2,5,7 |

#### **2.6. Острая дыхательная недостаточность**

|                      |                   |                  |
|----------------------|-------------------|------------------|
| 1 – 2                | 8 – асфиксия      | 15 – коникотомия |
| 2 – А-2,4,6; Б-1,3,7 | 9 – стридор       | 16 – 2           |
| 3 – 3                | 10 – 1,3          | 17 – 2,3,5,6     |
| 4 – 3                | 11 – 1            | 18 – 2           |
| 5 – гипоксия         | 12 – 1,3,5        | 19 – 3           |
| 6 – А-2; Б-3; В-1    | 13 – 2,4          | 20 – 2,4,6       |
| 7 – апноэ            | 14 – регургитация |                  |

#### **2.7. Острые сердечно-сосудистые нарушения**

|                      |                             |                          |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 – 2                | 5 – гипертонический<br>криз | 8 – 3,1,2<br>9 – 1,2,4,6 |
| 2 – А-3; Б-1         | 6 – 5,1,3,2,4               | 10 – 1,3,4,6             |
| 3 – А-1,3,6; Б-2,4,5 | 7 – 2                       | 11 – 6,2,3,5,4           |
| 4 – 4,2,3,1          |                             |                          |

## 2.8. Комы, отравления

### *Комы*

|                             |                  |                    |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| 1 – 3                       | 8 – ретроградная | *15 – А-2; Б-1     |
| *2 – 2,4,6                  | амнезия          | *16 – А-1,3; Б-2   |
| *3 – 2,3,5                  | 9 – антеградная  | 17 – 2,4           |
| *4 – 2,4,6                  | амнезия          | 18 – 1             |
| *5 – А-2,4; Б-3,4;<br>В-3,5 | 10 – кома        | *19 – А-1,4; Б-3,6 |
| *6 – 4                      | 11 – афазия      | 20 – 3             |
| *7 – 2,4,5                  | 12 – инсульт     | 21 – 3             |
|                             | 13 – 3,4         | *22 – 2,5,6        |
|                             | 14 – 3           |                    |

### *Отравления*

|           |         |            |
|-----------|---------|------------|
| 1 – 2,4,6 | 6 – 4   | 11 – 1,3,4 |
| 2 – 2     | 7 – 4   | 12 – 3     |
| 3 – 3     | 8 – 3   | 13 – 2,4   |
| 4 – 4     | 9 – 2,4 | 14 – 4     |
| 5 – 6     | 10 – 1  |            |

## 2.9. Аллергические реакции

|  |                  |               |
|--|------------------|---------------|
| 1 – А-4,6,7,9;<br>Б-2,3,8,10;<br>В-1,5 | 7 – 2            | 15 – 3,4      |
| 2 – 1,4,5                              | 8 – А-1,4; Б-2,3 | 16 – 3        |
| 3 – 6,5,3,4,2,1                        | 9 – бронхоспазм  | 17 – 1,2      |
| 4 – 3,2,4,1                            | 10 – 2           | 18 – 1        |
| 5 – 2,3,5,6,7                          | 11 – 1           | 19 – 1        |
| 6 – 1                                  | 12 – 2,4,1,3     | 20 – А-4; Б-4 |
|  | 13 – 2,1,3       |               |
|  | 14 – 3,4,1,2,5   |               |

## 2.10. Интенсивная терапия

|         |               |                  |
|---------|---------------|------------------|
| 1 – 3   | 6 – 2,3       | Б-2,3,6          |
| 2 – 3   | 7 – 1,2,4,6   | 11 – А-1,2; Б-1; |
| 3 – 1,3 | 8 – 1         | В-1              |
| 4 – 1   | 9 – 3         | 12 – 3,2,1       |
| 5 – 1,4 | 10 – А-1,4,5; | 13 – 2,1,3       |

|              |                |              |
|--------------|----------------|--------------|
| 14 – 3,4     | 23 – 1,2       | 32 – 1,2,5,7 |
| 15 – 3       | 24 – 1,3,6     | 33 – 1       |
| 16 – 3       | 25 – А-1; Б-1  | 34 – 2       |
| 17 – 2,4     | 26 – 1,5,6     | 35 – 3       |
| 18 – 2,4,5,6 | 27 – 2         | 36 – 2       |
| 19 – 3       | 28 – инвертоза | 37 – 3       |
| 20 – 3       | 29 – 2         | 38 – 3       |
| 21 – 3       | 30 – 2         |              |
| 22 – 1,3,5   | 31 – 3,4,6,8   |              |

**Л. В. Гараджа, Т. В. Крашенинникова**

**СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ОНКОЛОГИИ**

**СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**Контрольные материалы  
для специалистов со средним медицинским образованием**

**Издание исправленное, дополненное**

**Редактирование, корректировка – Л. В. Лацинская  
Подготовка материала к изданию – Т. В. Крашенинникова**