

Хирургическая операция

1. С какого момента начинается предоперационный период?
 - 1) с начала заболевания;
 - 2) с момента установления клинического диагноза;
 - 3) с момента поступления пациента в хирургический стационар;
 - 4) с момента определения даты операции;
 - 5) с момента определения вида предполагаемого оперативного пособия.

2. Предоперационный период заканчивается:
 - 1) в момент подписания пациентом согласия на операцию;
 - 2) с началом проведения оперативного пособия;
 - 3) определением показания к операции и видом предполагаемого оперативного пособия;
 - 4) подачей больного в операционную;
 - 5) проведением обезболивания.

3. Предоперационный период включает следующие основные этапы:
 - 1) диагностический этап;
 - 2) лечебный этап;
 - 3) этап предоперационной подготовки;
 - 4) этап транспортировки больного в операционную;
 - 5) этап вводного наркоза.

4. Выделяют следующие показания к операции:
 - 1) экстренные;
 - 2) абсолютные;
 - 3) плановые;
 - 4) срочные;
 - 5) диагностические;
 - 6) относительные;
 - 7) лечебные.

5. К абсолютным показаниям к операции относятся следующие заболевания:
 - 1) ложный сустав плечевой кости;
 - 2) большая ventральная грыжа;
 - 3) гангрена стопы;
 - 4) клапанный пневмоторакс;
 - 5) туберкулез легких;
 - 6) варикозная болезнь нижних конечностей;
 - 7) перфоративная язва 12-перстной кишки.

6. Противопоказаниями к выполнению операции по жизненным показаниям являются:
 - 1) свежий инфаркт миокарда;
 - 2) тяжелый травматический шок при сочетанной травме;
 - 3) агональное состояние больного;
 - 4) ранний послеоперационный период;
 - 5) пневмония.

7. К относительным показаниям к операции относятся следующие заболевания:
 - 1) продолжающееся кровотечение из артерии тыла стопы;
 - 2) липома лопаточной области;
 - 3) постинъекционный абсцесс;

- 4) кишечная непроходимость;
 - 5) ишемическая болезнь сердца;
 - 6) хронический калькулезный холецистит.
8. Перед любой плановой операцией обязательный минимум обследования включает:
- 1) клинический и биохимический анализ крови;
 - 2) обзорную рентгенографию грудной клетки;
 - 3) коронарографию;
 - 4) ЭКГ;
 - 5) УЗИ ангиосканирование вен нижних конечностей;
 - 6) лапароскопию;
 - 7) осмотр терапевта;
 - 8) определение группы крови по системе АВ0 и резус-фактору.
9. Основная цель предоперационной подготовки:
- 1) предотвратить инвалидизацию пациента;
 - 2) минимизировать риск и последствия предстоящей операции;
 - 3) вылечить сопутствующую патологию;
 - 4) перевести заболевание в неактивную стадию;
 - 5) добиться от пациента согласия на операцию.
10. Предоперационная подготовка включает в себя:
- 1) психологическую подготовку;
 - 2) укладку больного на операционном столе;
 - 3) общесоматическую подготовку;
 - 4) специальную подготовку;
 - 5) предварительную подготовку;
 - 6) завершающую подготовку;
 - 7) непосредственную подготовку.
11. В предоперационном периоде собственно подготовка к оперативному вмешательству включает в себя:
- 1) психологическую подготовку;
 - 2) подготовку операционного поля;
 - 3) проведение эзофагогастродуоденоскопии;
 - 4) коррекцию водно-электролитных нарушений;
 - 5) проведение ультразвукового исследования;
 - 6) очищение кишечника (по показаниям);
 - 7) премедикацию.
12. Общесоматическая подготовка предоперационного периода включает:
- 1) коррекцию водно-электролитных нарушений;
 - 2) коррекцию нарушений свертывающей системы;
 - 3) премедикацию;
 - 4) бритье операционного поля;
 - 5) санацию эндогенных очагов инфекции;
 - 6) проведение ЭКГ.
13. К мероприятиям специальной подготовки предоперационного периода относится:
- 1) проведение велоэргометрии;
 - 2) назначение бесшлаковой диеты;
 - 3) бритье операционного поля;

- 4) проведение селективной деконтаминации толстой кишки;
- 5) катетеризация мочевого пузыря;
- 6) многократные промывания желудка при стенозе его выходного отдела;
- 7) премедикация.

14. Какой вид клизмы наиболее широко используется перед плановыми операциями с целью очищения толстого кишечника:

- 1) гипертоническая;
- 2) сифонная;
- 3) лекарственная;
- 4) питательная;
- 5) очистительная.

15. Когда следует проводить бритье операционного поля перед плановой операцией?

- 1) за 3-е суток до поступления пациента в стационар;
- 2) за сутки до операции;
- 3) вечером накануне операции;
- 4) утром в день операции;
- 5) непосредственно перед началом операции на операционном столе.

16. Назначение голода за 12 часов до планового оперативного пособия позволяет избежать:

- 1) затруднений при проведении желудочного зонда;
- 2) затруднений при интубации трахеи;
- 3) регургитации на операционном столе;
- 4) уменьшения жизненной емкости легких;
- 5) развития метаболического ацидоза.

17. Перед экстренным оперативным вмешательством предоперационная подготовка включает в себя:

- 1) гигиенический душ;
- 2) бритье операционного поля;
- 3) санацию ротовой полости;
- 4) коррекцию выраженной гиповолемии;
- 5) постановку очистительной клизмы.

18. Непосредственно в день плановой операции предоперационная подготовка включает:

- 1) общую гигиеническую ванну;
- 2) бритье кожи в области операционного поля;
- 3) премедикацию;
- 4) проведение трансфузии компонентов крови;
- 5) коррекцию водно-электролитных нарушений;
- 6) постановку очистительной клизмы (по показаниям).

19. Предоперационная подготовка пациента с острым аппендицитом включает:

- 1) гигиенический душ;
- 2) оформление медицинской страховки;
- 3) оформление письменного согласия на операцию;
- 4) санацию эндогенных очагов инфекции;
- 5) премедикацию;
- 6) бритье операционного поля;
- 7) психологическую подготовку.

20. Предоперационная подготовка в связи с перфорацией язвы желудка включает:

- 1) промывание желудка;
- 2) постановку сифонной клизмы;
- 3) введение газоотводной трубки;
- 4) трансфузию эритроцитарной массы;
- 5) премедикацию наркотическими анальгетиками.

21. Перед плановой операцией по поводу рака желудка предоперационная подготовка включает:

- 1) психологическую подготовку;
- 2) оформление инвалидности;
- 3) оформление письменного согласия на операцию;
- 4) оформление завещания;
- 5) санацию эндогенных очагов инфекции;
- 6) коррекцию метаболических нарушений.

22. Операция по абсолютным показаниям без согласия больного может быть произведена в случае:

- 1) согласия на операцию его ближайших родственников;
- 2) по решению консилиума, состоящего из 3-х врачей вне зависимости от тяжести состояния пациента;
- 3) по решению консилиума, состоящего из руководителей клиники;
- 4) бессознательного состояния пациента решением консилиума, состоящего из 3-х врачей;
- 5) согласия на операцию детей пациента.

23. Какую операцию можно произвести, если вблизи от места предполагаемого хирургического доступа имеется фурункул?

- 1) удаление быстро растущей липомы;
- 2) аппендэктомию при остром аппендиците;
- 3) холецистэктомию при хроническом калькулезном холецистите;
- 4) ушивание перфоративной язвы желудка;
- 5) эмболэктомию из бедренной артерии;
- 6) флебэктомию при варикозной болезни.

24. Укажите этапы хирургической операции:

- 1) премедикация;
- 2) укладка больного на операционный стол;
- 3) хирургический доступ;
- 4) постановка интраоперационного диагноза;
- 5) оперативный прием;
- 6) остановка кровотечения;
- 7) ушивание раны.

25. По срочности выполнения выделяют следующие операции:

- 1) первичные;
- 2) экстренные;
- 3) жизненные;
- 4) срочные;
- 5) вторичные;
- 6) плановые;
- 7) этапные.

26. Экстренные операции выполняются:

- 1) в ближайшие часы после поступления больного в стационар;

- 2) только в ночное время суток;
- 3) только в дневное время суток;
- 4) в ближайшие несколько суток после поступления больного в стационар;
- 5) после подготовки и обследования больного в минимально необходимом объеме;
- 6) после полноценного обследования и подготовки больного;
- 7) в любое время суток.

27. Срочные операции выполняются:

- 1) в ближайшие часы после поступления больного в стационар;
- 2) только в ночное время суток;
- 3) только в дневное время суток;
- 4) в ближайшие несколько суток после поступления больного в стационар;
- 5) после подготовки и обследования больного в минимально необходимом объеме;
- 6) после полноценного обследования и подготовки больного;
- 7) в любое время суток.

28. Плановые операции выполняются:

- 1) в ближайшие часы после поступления больного в стационар;
- 2) только в дневное время суток;
- 3) после подготовки и обследования больного в минимально необходимом объеме;
- 4) без полноценной подготовки и обследования больного;
- 5) в любой срок от начала заболевания;
- 6) после адекватного обследования и подготовки больного;
- 7) в любое время суток.

29. Экстренная операция показана при:

- 1) перитоните;
- 2) липоме передней брюшной стенки;
- 3) напряженном пневмотораксе;
- 4) неущемленной пахово-мошоночной грыже;
- 5) сдавлении мозга субдуральной гематомой;
- 6) декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка;
- 7) варикозной болезни нижних конечностей.

30. Срочная операция показана при:

- 1) кишечной непроходимости;
- 2) механической желтухе;
- 3) остром деструктивном холецистите без перитонита;
- 4) проникающем колото-резанном ранении брюшной полости;
- 5) сохраняющейся угрозе рецидива кровотечения из язвы желудка;
- 6) ущемленной грыже;
- 7) декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка.

31. Плановая операция показана при:

- 1) липоме лопаточной области;
- 2) перфорации язвы 12-перстной кишки;
- 3) невосправляемой пупочной грыже;
- 4) продолжающемся артериальном кровотечении;
- 5) варикозной болезни нижних конечностей;
- 6) сохраняющейся угрозе рецидива кровотечения из язвы желудка;
- 7) опухолевой стриктуре пищевода с дисфагией 4-ой степени.

32. К экстренным операциям относятся:

- 1) трахеостомия при отеке гортани;
- 2) лапаротомия при обоснованном подозрении на разрыв селезенки;
- 3) герниопластика при невправимой пупочной грыжи;
- 4) флебэктомия при варикозной болезни;
- 5) трепанация черепа по поводу субдуральной гематомы;
- 6) наложение гастростомы при опухолевой стриктуре пищевода.

33. Показаниями к экстренной хирургической операции служат:

- 1) кровотечение;
- 2) перфорация полого органа;
- 3) порок сердца;
- 4) перитонит;
- 5) парез кишечника.

34. К срочным операциям относятся:

- 1) грыжесечение при неущемленной паховой грыже;
- 2) лапаротомия при проникающем колото-резанном ранении живота;
- 3) холецистэктомия при остром флегмонозном холецистите;
- 4) флебэктомия при варикозной болезни;
- 5) наложение обходного гастроэнтероанастомоза при опухолевом стенозе выходного отдела желудка;
- 6) холецистостомия в связи с механической желтухой.

35. К плановым операциям относятся:

- 1) грыжесечение при ущемленной паховой грыже;
- 2) лапаротомия при проникающем колото-резанном ранении живота;
- 3) холецистэктомия при хроническом калькулезном холецистите;
- 4) флебэктомия при варикозной болезни;
- 5) грыжесечение при неущемленной пахово-мошоночной грыже;
- 6) резекция тонкой кишки при ее травматическом разрыве.

36. Радикальная операция это:

- 1) хирургическое вмешательство, приводящее к полному излечению больного;
- 2) хирургическое вмешательство, направленное на устранение первопричины заболевания;
- 3) хирургическое вмешательство, направленное на устранение непосредственной опасности для жизни больного;
- 4) хирургическое вмешательство, обеспечивающее быструю выписку пациента из стационара;
- 5) хирургическое вмешательство, направленное на полную ликвидацию проявлений заболевания.

37. К радикальным операциям относятся:

- 1) аппендэктомия при остром аппендиците;
- 2) холецистостомия при остром холецистите;
- 3) абсцессэктомия при постинекционном абсцессе;
- 4) трансверзостомия при опухоли сигмовидной кишки;
- 5) флебэктомия при варикозной болезни.

38. Паллиативная операция это:

- 1) хирургическое вмешательство, приводящее к полному излечению больного;
- 2) хирургическое вмешательство, направленное на устранение первопричины заболевания;

- 3) хирургическое вмешательство, направленное на устранение непосредственной опасности для жизни больного;
- 4) хирургическое вмешательство, обеспечивающее быструю выписку пациента из стационара;
- 5) хирургическое вмешательство, направленное на полную ликвидацию проявлений заболевания.

39. К паллиативным операциям относятся:

- 1) холецистэктомия при остром холецистите;
- 2) гастростомия при опухоли пищевода;
- 3) вскрытие и дренирование флегмоны;
- 4) холецистостомия при раке поджелудочной железы, осложненной механической желтухой;
- 5) грыжесечение с последующей пластикой дефекта брюшной стенки;
- 6) наложение гастроэнтероанастомоза при стенозе выходного отдела желудка.

40. К диагностическим операциям относятся:

- 1) инцизионная биопсия;
- 2) лапароскопия;
- 3) эксцизионная биопсия;
- 4) лапароскопическая холецистэктомия;
- 5) эзофагогастродуоденоскопия.

41. Эксплоративная лапаротомия – операция, которая ограничивается:

- 1) удалением опухоли брюшной полости;
- 2) дренированием полости абсцесса;
- 3) ревизией органов брюшной полости;
- 4) вскрытием и дренированием сальниковой сумки;
- 5) наложением колостомы.

42. По классификации Altmeier все операции делятся на:

- 1) чистые;
- 2) потенциально контаминированные;
- 3) условно-чистые;
- 4) контаминированные;
- 5) загрязненные;
- 6) грязные;
- 7) инфицированные.

43. По классификации Altmeier к чистым операциям относятся:

- 1) грыжесечение при неущемленной грыже;
- 2) ампутация конечности на уровне верхней трети бедра по поводу гангрены стопы;
- 3) холецистэктомия;
- 4) резекция желудка;
- 5) липомэктомия.

44. По классификации Altmeier к условно-чистым операциям относятся:

- 1) флебэктомия;
- 2) холецистэктомия при желчнокаменной болезни;
- 3) плановая резекция желудка по поводу язвенной болезни;
- 4) обструктивная резекция сигмовидной кишки в связи с перфорацией опухоли;
- 5) гастростомия при стенозе пищевода опухолевого генеза.

45. По классификации Altmeier к загрязненным операциям относятся:

- 1) холецистэктомия при остром флегмонозном холецистите;
- 2) аппендэктомия при остром гангренозно-перфоративном аппендиците с перитонитом;
- 3) ушивание перфоративной язвы 12-перстной кишки в условиях местного перитонита;
- 4) резекция стенозирующей опухоли сигмовидной кишки в условиях кишечной непроходимости;
- 5) плановая гастрэктомия по поводу рака желудка.

46. По классификации Altmeier к грязным операциям относятся:

- 1) гастростомия при стенозе пищевода опухолевого генеза.
- 2) холецистэктомия при желчнокаменной болезни;
- 3) аппендэктомия при остром гангренозно-перфоративном аппендиците с перитонитом;
- 4) резекция опухоли сигмовидной кишки, осложненной перфорацией;
- 5) вскрытие, дренирование флегмоны.

47. К одномоментным операциям относятся:

- 1) первичная хирургическая обработка раны;
- 2) правосторонняя гемиколэктомия с последующим илеотрансверзоанастомозом;
- 3) пластика дефекта кожи лица по способу Филатова;
- 4) ампутация бедра на уровне его верхней трети;
- 5) гастростомия с последующим удалением пищевода и его пластикой тонкой кишкой.

48. К многомоментным операциям относятся:

- 1) гастростомия с последующим удалением пищевода и его пластикой тонкой кишкой;
- 2) вправление вывиха головки плечевой кости;
- 3) кожная пластика шагающим стеблем;
- 4) холецистэктомия;
- 5) резекция 2/3 желудка с последующим наложением гастроэнтероанастомоза.

49. К симультанным операциям относятся:

- 1) резекция желудка и большого сальника по поводу рака антрального отдела;
- 2) резекция рака сигмовидной кишки и резекция доли печени с единичным метастазом;
- 3) релапаротомия и вскрытие поддиафрагмального абсцесса;
- 4) резекция желудка по поводу язвенной болезни и холецистэктомия по поводу ЖКБ;
- 5) флебэктомия и грыжесечение по поводу пупочной грыжи.

50. К комбинированным операциям относятся:

- 1) правосторонняя гемиколэктомия, наложение илеотрансверзоанастомоза;
- 2) холецистэктомия, грыжесечение, пластика передней брюшной стенки;
- 3) резекция рака толстой кишки и левой доли печени по поводу ее метастатического поражения;
- 4) гастрэктомия, спленэктомия, лимфодиссекция.
- 5) резекция желудка с последующим наложением гастроэнтероанастомоза.

51. К специальным операциям относятся:

- 1) микрохирургические;
- 2) эндоскопические;
- 3) симультанные;
- 4) диагностические;
- 5) эндоваскулярные.

52. При составлении графика работы операционной, какое из хирургических вмешательств следует планировать в первую очередь?

- 1) пульмонэктомия;
- 2) резекцию ободочной кишки;
- 3) резекцию тонкой кишки;
- 4) наложение вторичных швов;
- 5) флебэктомия.

53. К эндоскопическим операциям относятся:

- 1) стентирование коронарных артерий;
- 2) артроскопическая резекция мениска;
- 3) торакоскопическое рассечение швартов;
- 4) удаление конкремента из холедоха при ЭРХПГ;
- 5) ЭГДС.

54. Степень риска хирургического вмешательства влияет на:

- 1) согласие пациента на операцию;
- 2) объем хирургического вмешательства;
- 3) объем предоперационной подготовки;
- 4) метод обезболивания;
- 5) показания к операции;
- 6) перечень документов, обязательных к заполнению перед хирургическим вмешательством.

55. Степень риска хирургического вмешательства зависит от:

- 1) тяжести основного заболевания;
- 2) наличия сопутствующей патологии;
- 3) объема хирургической операции;
- 4) вида анестезии;
- 5) качества предоперационной подготовки.

56. Риск хирургической операции снижают:

- 1) длительное нахождение пациента в хирургическом стационаре с целью проведения реабилитационных мероприятий;
- 2) коррекция электролитных нарушений;
- 3) устранение анемии;
- 4) лечение сопутствующих заболеваний;
- 5) увеличение предоперационного периода.

57. Хирургическое вмешательство может осложняться:

- 1) массивным интраоперационным кровотечением;
- 2) послеоперационной пневмонией;
- 3) развитием в раннем послеоперационном периоде туберкулеза легких;
- 4) тромбозом глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА;
- 5) повышением индивидуального болевого порога пациента.

58. Риск угрожающих жизни осложнений наиболее высок у пациентов:

- 1) пожилого и старческого возраста;
- 2) с нестабильной стенокардией,
- 3) с легкой артериальной гипертензией,
- 4) с нарушениями сердечного ритма,
- 5) имеющих в области операционного разреза татуировку.

59. Риск послеоперационных легочных осложнений высок у пациентов:

- 1) с хроническими заболеваниями легких;
- 2) с ожирением;
- 3) с анамнестическими указаниями на частые ОРВИ;
- 4) при выполнении вмешательства длительностью более 3-х часов в условиях ИВЛ;
- 5) при выполнении вмешательства под местной анестезией.

60. Профилактика послеоперационной пневмонии включает:

- 1) гигиену рук медицинского персонала;
- 2) длительное использование назогастральных зондов;
- 3) адекватное обезболивание в послеоперационном периоде;
- 4) отказ от наложения трахеостомы у пациентов, длительно находящихся на ИВЛ;
- 5) дыхательную гимнастику.

61. Риск регургитации повышен у пациентов:

- 1) находящихся в бессознательном состоянии;
- 2) находящихся в сознании;
- 3) в момент проведения интубации трахеи;
- 4) в период выхода из наркоза;
- 5) при наличии назогастрального зонда.

62. Риск развития синдрома послеоперационной тошноты и рвоты повышен:

- 1) у пациентов, находящихся в кровати с приподнятым головным концом;
- 2) у женщин;
- 3) у лиц, склонных к укачиванию в транспорте;
- 4) при использовании в качестве анальгетиков наркотических препаратов;
- 5) при ограничении в первые часы после операции перорального приема воды.

63. Премедикация:

- 1) подавляет волнение пациента;
- 2) снижает обезболивающий эффект анестезии;
- 3) уменьшает саливацию;
- 4) уменьшает слизеобразование в трахеобронхиальном дереве;
- 5) усиливает послеоперационную тошноту и рвоту.

64. Риск интраоперационных кровотечений повышен у пациентов, принимающих:

- 1) гипотензивные препараты;
- 2) нестероидные противовоспалительные средства;
- 3) антикоагулянты;
- 4) мочегонные препараты;
- 5) снотворные препараты.

65. Риск интраоперационных кровотечений позволяет снизить:

- 1) трансфузия свежзамороженной плазмы,
- 2) трансфузия эритроцитарной массы,
- 3) прием витамина К;
- 4) прекращение приема нестероидных противовоспалительных средств за сутки до операции;
- 5) прекращение приема пероральных антикоагулянтов не менее чем за 5 суток до операции.

66. Риск послеоперационных тромбэмболических осложнений повышен у пациентов:

- 1) с тромбофилией;
- 2) с онкологическими заболеваниями;
- 3) с ревматоидным артритом;
- 4) с гемофилией;
- 5) длительно соблюдающих постельный режим.

67. Риск тромбозоболоческих осложнений снижает:

- 1) длительный послеоперационный постельный режим;
- 2) прием антикоагулянтов;
- 3) проведение антибактериальной терапии;
- 4) эластическая компрессия нижних конечностей;
- 5) прерывистая пневматическая компрессия.

68. Антибактериальная профилактика проводится в случае выполнения:

- 1) плановой лапароскопической холецистэктомии;
- 2) экстренной операции по поводу острого аппендицита с перитонитом;
- 3) флебэктомии по поводу варикозной болезни нижних конечностей;
- 4) экстренного грыжесечения по поводу ущемленной грыжи с некрозом петли кишки;
- 5) планового протезирования сустава.

69. Сроки послеоперационной реабилитации сокращает:

- 1) применение малоинвазивных вмешательств;
- 2) тщательный интраоперационный гемостаз;
- 3) широкое использование тампонов;
- 4) использование атравматического шовного материала;
- 5) обязательное дренирование зоны хирургического вмешательства.

70. Основные требования, предъявляемые к хирургическому разрезу:

- 1) должен быть максимально маленьким;
- 2) должен быть максимально широким;
- 3) его размер должен обеспечивать хороший обзор операционного поля;
- 4) должен минимизировать повреждения анатомических структур;
- 5) должен иметь максимально возможную косметичность.

71. Для снижения риска бактериальной контаминации операционной раны проводят:

- 1) ограничение операционного поля стерильным бельем;
- 2) изоляцию краев операционной раны от брюшной полости;
- 3) ограничение салфетками полого органа при вскрытии его просвета;
- 4) смену инструментов во время операции;
- 5) смену перчаток во время операции.

72. Тампонирование зоны хирургического вмешательства проводят с целью:

- 1) остановки капиллярного кровотечения;
- 2) остановки кровотечения из магистрального сосуда;
- 3) дренирования полости гнойника;
- 4) отграничения зоны инфекционного процесса;
- 5) профилактики несостоятельности анастомозов полых органов;
- 6) профилактики нагноения операционной раны.

73. Дренирование зоны хирургического вмешательства проводят с целью:

- 1) остановки капиллярного кровотечения;
- 2) отведения из брюшной полости перитонеального экссудата;

- 3) аспирации воздуха из плевральной полости;
- 4) отведения гноя из полости абсцесса;
- 5) отграничения зоны инфекционного процесса.

74. Внутрисветные эндоскопические вмешательства позволяют:

- 1) удалять конкременты из желчных протоков;
- 2) резецировать участки кишечной трубки;
- 3) останавливать кровотечения в брюшной и плевральной полостях;
- 4) останавливать желудочно-кишечное кровотечение;
- 5) удалять полипы желудка и кишечника.

75. К преимуществам видеолaparоскопических вмешательств относится:

- 1) невысокая хирургическая агрессия;
- 2) невысокие риски выполнения данных вмешательств у пациентов с тяжелой сердечной и дыхательной недостаточностью;
- 3) высокая интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде;
- 4) сокращение периода нахождения в стационаре после операции;
- 5) хороший косметический результат.

76. Эндоваскулярные хирургические вмешательства позволяют:

- 1) расширять просвет суженных артерий;
- 2) имплантировать внутрисосудистые стенты;
- 3) проводить профилактику ТЭЛА;
- 4) устранять сужения желчных протоков;
- 5) останавливать кровотечения путем эмболизации сосудов.

77. Послеоперационный период, это время:

- 1) от окончания операции до выписки пациента из стационара или смерти;
- 2) от выхода пациента из наркоза до полного его выздоровления или смерти;
- 3) от перевода больного из реанимационного отделения до его выписки из стационара;
- 4) от окончания операции до выздоровления пациента либо его перевода на инвалидность или смерти;
- 5) от окончания операции до снятия швов с послеоперационной раны или смерти пациента.

78. Под ранним послеоперационным периодом понимают:

- 1) первые сутки после операции;
- 2) первые 3 – 5 суток после операции;
- 3) первые 7 суток после операции;
- 4) время от окончания операции до выписки пациента из стационара;
- 5) время от окончания операции до снятия швов с операционной раны.

79. Под поздним послеоперационным периодом понимают:

- 1) первые 3 – 5 суток после операции;
- 2) время от первых 3 – 5-х суток после операции до снятия швов с операционной раны;
- 3) время от первых 3 – 5-х суток после операции до выписки пациента из стационара;
- 4) время от первых 7-ми суток после операции до выписки пациента из стационара;
- 5) время от выписки больного из стационара до его полной реабилитации.

80. Под отдаленным послеоперационным периодом понимают:

- 1) время от первых 3 – 5-х суток после операции до полной реабилитации пациента;
- 2) время от первых 7-ми суток после операции до выписки пациента из стационара;
- 3) время от первых 7-ми суток после операции до 3-х недель после выписки из стационара;

- 4) первые 3 недели после выписки пациента из стационара;
- 5) время от выписки пациента из стационара до его полной реабилитации.

81. Фаза выхода из стресса «послеоперационной болезни» характеризуется:

- 1) восстановлением мышечной массы;
- 2) лизисом белков и накоплением продуктов их распада;
- 3) активизацией гормональной системы;
- 4) восстановлением азотистого баланса;
- 5) снижением уровня глюкозы крови;
- 6) поступлением экзогенной энергии, превосходящей потребности организма.

82. К наиболее часто развивающимся осложнениям первых часов послеоперационного периода относятся:

- 1) внутреннее кровотечение;
- 2) эвентрация;
- 3) послеоперационная пневмония;
- 4) остановка дыхания;
- 5) нагноение послеоперационной раны;
- 6) рвота и регургитация;
- 7) западение языка и асфиксия.

83. Местное применение холода на область послеоперационной раны:

- 1) снижает риск развития эвентраций;
- 2) обладает анальгезирующим эффектом;
- 3) снижает риск нагноений послеоперационных ран;
- 4) способствует профилактике кровотечений;
- 5) способствует профилактике асфиксии.

84. В послеоперационном периоде комплекс профилактики тромбоэмболических осложнений включает:

- 1) строгий постельный режим;
- 2) раннюю активацию пациентов;
- 3) применение антибиотиков;
- 4) применение антикоагулянтов;
- 5) ежедневные очистительные клизмы;
- 6) применение спазмолитиков;
- 7) эластическую компрессию нижних конечностей.

85. Развитию пневмонии в послеоперационном периоде способствует:

- 1) пожилой возраст;
- 2) гиповентиляция легких во время операции;
- 3) бесшлаковая диета;
- 4) адекватное обезболивание после операции;
- 5) длительный постельный режим;
- 6) ингаляция кислорода;
- 7) дыхательная гимнастика;
- 8) хроническая сердечная недостаточность.

86. В послеоперационном периоде с целью профилактики развития пневмонии применяют:

- 1) дыхательную гимнастику и лечебную физкультуру;
- 2) вдыхание закиси азота;
- 3) раннюю активизацию больного;

- 4) капельную инфузию полиглюкина;
- 5) адекватное обезболивание после операции;
- 6) инъекции гепарина;
- 7) гипербарическую оксигенацию.

87. У пациента, оперированного по поводу распространенного перитонита, наиболее рационально положение в постели:

- 1) на спине с приподнятым головным концом;
- 2) на животе;
- 3) на спине с приподнятыми нижними конечностями;
- 4) на спине с опущенным головным концом;
- 5) сидячее.

88. У пациента, оперированного по поводу варикозной болезни нижних конечностей наиболее рационально положение в постели:

- 1) на спине с приподнятым головным концом;
- 2) на животе;
- 3) на спине с приподнятыми нижними конечностями;
- 4) на спине с опущенным головным концом;
- 5) сидячее.

89. В послеоперационном периоде к мероприятиям профилактики регургитации относятся:

- 1) вибрационный массаж грудной клетки;
- 2) возвышенное положение головы;
- 3) установка назогастрального зонда;
- 4) эластическая компрессия нижних конечностей;
- 5) аспирация желудочного содержимого;
- 6) адекватное обезболивание.

90. Какой раствор NaCl используют при приготовлении гипертонической клизмы?

- 1) 1 %;
- 2) 2 %;
- 3) 5 %;
- 4) 10 %;
- 5) 20 %.