

TESTOVÉ OTÁZKY, Chirurgická propedeutika, III.ročník, VL

1. Čo je cieľom chirurgického vyšetrenia?

- a) stanovenie diagnózy
- b) stanovenie diagnózy a eventuálnej indikácie k operácii
- c) indikácia k operácii
- d) ošetrovanie poranenia

2. Čo je anamnéza?

- a) strata pamäti
- b) je rozhovor lekára s pacientom, pri ktorom pacient opisuje vlastnými slovami svoje zdravotné ťažkosti
- c) údaje pacienta o svojich problémoch
- d) prechodná strata citlivosti

3. Pri alergickej anamnéze zistíme alergiu na:

- a) lieky
- b) potraviny
- c) iné látky
- d) všetko uvedené

4. Čo znamená pri klinickom vyšetrení „5P“?

- a) vyšetrenie piatich orgánov pohmatom
- b) vyšetrenie posluhom
- c) vyšetrenie pohľadom, pohmatom, poklopom, posluhom a vyšetrenie per rectum
- d) vyšetrenie piatich kvadrantov

5. Ako sa člení chirurgický chorobopis?

- a) status praesens localis
- b) status praesens generalis a localis
- c) status praesens generalis a organorum
- d) status praesens generalis, organorum a localis

6. Dôležitou súčasťou predoperačnej prípravy pacienta je:

- a) prev. stresového vredu
- b) TECH
- c) ATB
- d) Všetko uvedené

7. Aké sú kontraindikované pri operácii z vitálnej indikácie:

- a) veľká strata krvi
- b) nízky tlak krvi
- c) bezvedomie pacienta
- d) žiadne

8. Príprava pacienta k operácii závisí od:

- a) náročnosti výkonu
- b) celkového stavu pacienta
- c) časového faktoru operácie
- d) všetko uvedené

9. Informovaný súhlas pacienta k operácii nie je nutný pri:

- a) operáciách hlavy
- b) onkologických operáciách
- c) akútnych stavoch
- d) plánovaných operáciách

10. Pri epidurálnom hematóme sa jedná o krvácanie...:

- a) mierne
- b) arteriálne
- c) medzi tvrdú a mäkkú plenu
- d) z nadobličky

11. Pri subdurálnom hematóme sa jedná o krvácanie...:

- a) skryté
- b) medzi tvrdú a mäkkú plenu
- c) pod svalovú fasciu
- d) u pacientov s koagulopatiou

2

12. Akými patofyziologickými mechanizmami dochádza k poškodeniu mozgu pri úrazoch?

- a) akceleráciou a deceleráciou
- b) kompresiou
- c) rotáciou
- d) všetky uvedené alebo ich kombináciou

13. Najčastejšími príčinami úrazov hlavy sú:

- a) dopravné nehody, pracovné úrazy, šport
- b) sucídia, manželské nehody, akrobacia
- c) skoky do vody, pády z výšky, dopravné nehody
- d) pracovné úrazy, práca v lese, strelné poranenia

14. Anatomickú hranicu v užšom zmysle medzi nepenetrujúcimi a penetrujúcimi poraneniami hlavy tvorí:

- a) kalva
- b) mäkká plena
- c) tvrdá plena
- d) mozog

15. Na posúdenie úrovne vedomia sa používa:

- a) zrkadlo
- b) Glasgow coma scale
- c) Geneva coma scale
- d) bolestivý podnet

16. Suverénnou diagnostickou metódou pri závažnejších poraneniach hlavy je:

- a) USG
- b) RTG
- c) Krvný obraz
- d) CT

17. Pacient má po otrase mozgu:

- a) teplotu
- b) oslabenú črevnú peristaltiku
- c) retrográdnú amnéziu
- d) zvýšenú chuť do jedla

18. Počet možných bodov pri stanovení Glasgow coma scale je:

- a) 3-15
- b) 0-15
- c) 0-10
- d) 3-30

19. Pacient v hlbkej areflexnej kóme má GCS:

- a) 15
- b) 3
- c) 30
- d) 0

20. Pri GSC sa posudzuje:

- a) otvorenie očí, verbálny kontakt, motorická odpoveď
- b) farba očí, farba hlasu, svalstvo
- c) šírka zreníc, orientácia, príznaky na končatinách
- d) príznaky na končatinách, orientácia, verbálny prejav

21. Čo nepatrí medzi krvavé chirurgické výkony?

- a) injekcie
- b) zavedenie močového katétra
- c) venesekcia
- d) punkcia

22. Čo patrí medzi nekrvavé chirurgické výkony?

- a) nekrvavé repozície zlomenín
- b) endoskopické vyšetrenie
- c) zavedenie nazogastrickej sondy
- d) všetko uvedené

23. Ktoré z nasledovných rozdelení chirurgických výkonov (operácií) z hľadiska časovej naliehavosti je najvýtížnejšie?

- a) Plánované, neodkladné, urgentné, akútne operácie
- b) plánované, neplánované operácie
- c) akútne, chronické operácie
- d) urgentné, neurgentné operácie

24. Operácie pre perforáciu GITu patria medzi výkony?

- a) plánované
- b) akútne
- c) urgentné
- d) žiaden z uvedených

25. O akú indikáciu k operácii ide v prípade, že bez operačného výkonu príde k úmrtiu pacienta?

- a) absolútna indikácia
- b) život zachraňujúca operácia (alebo indikácia quoad vitam)
- c) vitálna indikácia
- d) všetko uvedené

26. Medzi relatívne indikácie k operácii nepatrí?

- a) profylaktická indikácia
- b) diagnostická indikácia
- c) kozmetická indikácia
- d) neplánovaná indikácia

27. Odber krvi na vyšetrenie hladiny alkoholu je akou indikáciou na chirurgický výkon?:

- a) forenznou
- b) sociálnou
- c) kozmetickou
- d) profylaktickou

28. Čo zahrnujeme do pojmu „operačná taktika“?

- a) vhodná poloha pacienta
- b) voľba vhodného druhu anestézy
- c) voľba operačného prístupu
- d) všetko uvedené

29. Čo je najdôležitejšia činnosť pred uzatvorením operovanej telesnej dutiny?

- a) voľba šijacieho materiálu
- b) výber chirurgických nástrojov
- c) kontrola počtu operačných rúšok a longiet
- d) výmena rukavíc operátora

30. Medzi miniinvazívne operačné výkony nepatrí:

- a) torakoskopia
- b) artroskopia
- c) laparoskopia
- d) klasická cholecystektómia

31. Sengstakenova sonda sa zavádza pri:

- a) krvácaní zo žalúdočného vredu
- b) krvácaní z pažerákových varixov
- c) krvácaní z dvanástnikového vredu
- d) všetko uvedené

32. Čo je to exartikulácia?

- a) odstránenie končatiny v mieste kĺbu
- b) amputácia čo najbližšie k patologickému procesu
- c) amputácia čo najďalej od patologického procesu
- d) žiaden z uvedených

4

33. Asepsa sa dosahuje používaním:

- a) sterilných rukavíc
- b) sterilných pomôcok a nástrojov
- c) sterilného textilu
- d) všetko uvedené

34. Antisepsa je:

- a) zneškodňovanie vírusov na predmetoch
- b) ničenie parazitov v stolici
- c) proces zneškodňovania väčšiny mikroorganizmov na povrchu kože a slizníc alebo v tkanivách za použitia antiseptík
- d) žiadne z uvedených

35. Dezinfekcia sa uskutočňuje na:

- a) živých tkanivách organizmu
- b) len na operačných sálach
- c) len pri aplikácii intravenózných liekov a infúzií
- d) na neživých predmetoch, plochách, vo vzduchu a vo vode

36. Pri dezinfekcii sa môžu použiť:

- a) len netoxické prostriedky a látky
- b) len látky, ktoré nedráždia povrch tela človeka
- c) len látky, ktoré nespôsobujú koróziu kovových nástrojov
- d) aj relatívne toxické prostriedky, pretože dezinfekcia sa neuskutočňuje na živých tkanivách organizmu

37. Dezinfekcia sa podľa stupňa je účinku klasifikuje na:

- a) úplnú a nulovú
- b) neklasifikuje sa nijako
- c) plnohodnotnú a čiastočnú
- d) minimálnu a maximálnu

38. Sterilný materiál (napr. infúzny roztok):

- a) nemôže obsahovať pyrogény
- b) vždy obsahuje pyrogény
- c) môže obsahovať pyrogény a preto aj po aplikácii sterilizovaných látok do tela sa môžu vyskytnúť pyrogénne reakcie
- d) žiadne z uvedených

39. Dva základné druhy sterilizácie sú:

- a) úplná a čiastočná
- b) vodou a parou
- c) fyzikálna a chemická
- d) žiaden z uvedených

40. Kontrola dezinfekcie a sterilizácie:

- a) sa nerobí
- b) nie je povinná
- c) robí sa bioindikátormi
- d) záleží od rozhodnutia vedúceho pracovníka na pracovisku, či je nutné ju realizovať

41. Príčinou patologických zlomenín je:

- a) mechanické násilie
- b) decelerácia
- c) štrukturálne zmeny kostného tkaniva
- d) opakované preťažovanie skeletu

42. Tscherneho klasifikácia zahrnuje:

- a) len poškodenie kosti
- b) rtg obraz zlomeniny
- c) prognózou liečby
- d) aj poškodenie mäkkých tkanív pri zatvorených zlomeninách

43. Medzi isté príznaky zlomenín patrí:

- a) deformita
- b) patologická pohyblivosť
- c) kreptácia
- d) všetko uvedené

44. Čo je to pakľb?

- a) zle vyvinutý kĺb
- b) stav kedy v priebehu hojenia zlomeniny nedôjde ku kostenému zrastu úlomkov
- c) stav po úraze kĺbu s nedostatočným zhojením
- d) žiadne z uvedeného

45. Pre dosiahnutie uspokojivého výsledku liečby zlomenín je nevyhnutné splniť nasledovné požiadavky:

- a) dokonalá repozícia
- b) dostatočne dlhá a správna imobilizácia či fixácia
- c) adekvátna komplexná rehabilitácia
- d) všetko uvedené

46. Čo je najzávažnejším zlyhaním osteosyntézy?

- a) zlé osovú postavenie
- b) infekcia a technická chyba
- c) zlý kozmetický efekt operačnej rany
- d) bolestivosť v mieste osteosyntézy

47. Čo je správne konštatovanie, týkajúce sa operačnej liečby zlomenín?

- a) dôležitý je výber firmy vyrábajúcej osteosyntetický materiál
- b) je dôležité čo najmenej ožarovať RTG lúčmi miesto zlomeniny
- c) aplikovať paušálne lokálne pôsobiace ATB v oblasti osteosyntézy
- d) včasná mobilizácia, ale neskoré zaťažovanie

48. Extraoseálna osteosyntéza sa uskutočňuje zavedením kovového materiálu:

- a) na povrch tela – končatiny pacienta
- b) mimo povrchu tela – končatiny pacienta
- c) na povrch kosti
- d) do podkožia v oblasti zlomeniny

49. Pri otvorených zlomeninách sa počas hospitalizácie kontaminuje:

- a) 0% otvorených zlomenín
- b) 25% otvorených zlomenín
- c) 50% otvorených zlomenín
- d) 75% otvorených zlomenín

50. Gustillo – Tscherno klasifikácia otvorených zlomenín má koľko stupňov?

- a) tri
- b) štyri
- c) päť
- d) takáto klasifikácia neexistuje

51. Najčastejšou izolovanou komplikáciou po väčších operáciách je:

- a) infarkt myocardu
- b) pankreatitída
- c) respiračné komplikácie
- d) Dna

52. Rizikovou skupinou pre respiračné komplikácie sú:

- a) urgentné operácie
- b) starší chorí
- c) chorí s preexistujúcimi chronickými obštrukčnými chorobami pľúc
- d) všetky uvedené rizikové skupiny

53. Atelektáza pľúc sa vyskytuje po brušných operáciách

- a) u 25% chorých
- b) u 50% chorých
- c) u 5% chorých
- d) u 75% chorých

6

54. Atelektáza pľúc je častejšia u:

- a) fajčiarov
- b) pacientov s nadváhou
- c) starších pacientov
- d) u všetkých uvedených

55. Bezprostredným dôsledkom atelektázy pľúc je:

- a) leukocytóza
- b) pokles oxygenácie krvi
- c) znížená diuréza
- d) anémia

56. Medzi obštrukčné faktory vzniku atelektázy pľúc patrí:

- a) zvýšená diuréza
- b) zvýšená tvorba sekrétu v dýchacích cestách
- c) leukocytóza
- d) anémia

57. Medzi neobštrukčné faktory vzniku atelektázy patrí:

- a) krvné zrazeniny v dýchacích cestách
- b) zvýšená sekrécia v dýchacích cestách
- c) absencia hlbokých dychov
- d) anémia

58. Medzi príznaky atelektázy pľúc nepatrí:

- a) tachypnoe
- b) tachykardia
- c) teplota
- d) hypertenzia

59. Medzi preventívne opatrenia atelektázy pľúc nepatrí:

- a) včasná mobilizácia
- b) vykašliavanie
- c) podávanie kardiotoník
- d) predoperačná dychová príprava

60. Pľúcna aspirácia vzniká:

- a) oslabením črevnej peristatiky
- b) oslabením gastroezofageálnych a faryngoezofageálnych sfinkterov
- c) spazmou zvierača Oddiho
- d) pri znížení sekrécie žalúdočnej šťavy

61. Mortalita u masívnej aspirácie a následnej pneumonie je:

- a) 30%
- b) 50%
- c) 70%
- d) 10%

62. Medzi rizikové faktory vzniku pľúcnej aspirácie nepatrí:

- a) stav vedomia
- b) gravidita
- c) hypertenzia
- d) ileózne stavy

63. Možnosť vzniku pľúcnej aspirácie neovplyvňuje:

- a) zavedenie nasogastrickej sondy
- b) poloha chorého
- c) zavedenie permanentného katétra
- d) tlmenie CNS medikamentami

64. Rozsah poškodenia pri pľúcnej aspirácii neurčuje:

- a) objem aspirovaného obsahu
- b) Ph menej ako 2,5
- c) Kvalita aspirovaného obsahu
- d) Dychová frekvencia

65. Pri pľúcnej aspirácii sú najčastejšie postihnuté:

- a) bazálne segmenty
- b) ľavé pľúcne krídlo
- c) pravé pľúcne krídlo
- d) horné segmenty

66. Pľúcna aspirácia najčastejšie vzniká:

- a) predoperačne
- b) počas nástupu a odoznievaní anestézy
- c) v neskorom pooperačnom období
- d) počas rehabilitácie

67. Medzi príznaky pľúcnej aspirácie nepatrí:

- a) tachypnoe
- b) hypoxia
- c) paralytický ileus
- d) cyanóza

68. Prevenciou pľúcnej aspirácie nie je:

- a) prázdny žalúdok pred anestéziou
- b) omeprazol pred operáciou
- c) kardiotonická predoperačná príprava
- d) šetrná intubácia

69. Pri syndróme tukovej embólie nie sú:

- a) črevná paralýza
- b) neurologické príznaky
- c) respiračné príznaky
- d) poruchy koagulácie

70. Pri chronickej obštrukčnej chorobe pľúc elektívne operujeme:

- a) bez prípravy
- b) po 2 – 7 dňovej predoperačnej príprave bronchodilatanciami
- c) neoperujeme vôbec
- d) podávame diuretiká a kardiotoniká

71. Absolútnou kontraindikáciou elektívnej brušnej operácie je:

- a) infekcia dolných ciest dýchacích
- b) znížená kapacita pľúc o 10%
- c) astma bronchiale po príprave
- d) obezita

72. Celková anestéza pôsobí sa myocard:

- a) tonizujúco
- b) nepôsobí sa myocard
- c) depresívne
- d) platí všetko uvedené

73. Perorálne antikoagulantia predoperačne:

- a) zvyšujeme dávku
- b) znižujeme dávku
- c) vysadzujeme 3 – dni pred operáciou
- d) vysadzujeme 3 – dni pred operáciou a nahrádzame meniheparínmi

74. Prevodnenie pacienta pooperačne môže spôsobiť:

- a) zlyhanie pravej komory
- b) zlyhanie ľavej komory
- c) zápal pľúc
- d) nespôsobí obtiaže

75. Incidencia peroperačných arytmií je:

- a) 50%
- b) 40%
- c) 70%
- d) 20%

8

76. Medzi pooperačné srdcové komplikácie patrí:

- a) infarkt myokardu
- b) srdcové zlyhanie
- c) arytmie
- d) všetko uvedené

77. Príčinou pooperačnej parotitídy je:

- a) maenrícia
- b) zlá hygiena ústnej dutiny
- c) dehydratácia
- d) všetko uvedené

78. Pooperačný ileus je spôsobený:

- a) prekážkou v čreve
- b) anestéziou a chirurgickou manipuláciou
- c) dehydratáciou
- d) peritonitídou

79. Pooperačne cerebrovaskulárne komplikácie vznikajú následkom:

- a) nedostatočnej perfúzie mozgu
- b) zníženej diurézy
- c) bolesti operačnej rany
- d) zvýšeného tlaku

80. Pooperačný infarkt + myocardu vzniká u:

- a) 4%
- b) 0,4%
- c) 14%
- d) 20%

81. Vulnus lacerum je:

- a) rezná rana
- b) tržná rana
- c) hryzná rana
- d) strelná rana

82. Debridement rany je:

- a) nekrektómia + ocista rany
- b) zošitie rany
- c) zápal v rane
- d) umiestnenie drenu do rany

83. Hojenie rany per primam intentionem je:

- a) hojenie rany so zápalom
- b) hojenie rany po preliečení zápalu
- c) čisté hojenie po primárnom zošítí rany
- d) vytvorenie fistuly v rane

84. Hojenie rany per secundam intentionem je:

- a) čisté hojenie rany po priamom zošítí
- b) hojenie primárne suturevanej rany po evakuácii abscesu
- c) hojenie rany po predošlom preplachu rany dezinfekčným roztokom
- d) hojenie rany s profylaktickou drenážou

85. Hojenie rany per tertiam intentionem je:

- a) hojenie primárne suturevanej rany po evakuácii abscesu skundárnou sutúrou
- b) čisté hojenie rany s aplikáciou ATB
- c) hojenie rany s febriliami
- d) vytvorenie fistuly v rane

86. ATB profylaxia pri kolorektálnej chirurgii je aplikovaná:

- a) bezprostredne pred operačným výkonom
- b) 24 hod. pred operáciou
- c) 48 hod. pred operáciou
- d) 12 hod. pred operáciou

87. Profylaktická aplikácia nízkomolekulárneho heparínu predoperačne slúži na:

- a) prevenciu infekcie
- b) prevenciu tromboembolickej choroby
- c) lepšie hojenie rán
- d) prevenciu ischémie tenkého čreva

88. Mechanická príprava hrubého čreva predoperačne je:

- a) očista čreva laxatívami a klyzmami
- b) per orálne aplikované ATB
- c) 2 dni trvajúca diéta pred operačným výkonom
- d) per orálna aplikácia probiotík

89. Predoperačne interné vyšetrenie pri akútnom chirurgickom výkone:

- a) nie je indikované
- b) je indikované
- c) postačí staršie interné vyšetrenie
- d) nie je dostatok času na jeho realizáciu

90. Zaistenie krvných transfúzií pri kolorektálnej chirurgii je indikované:

- a) v každom prípade
- b) len u pacientov v chronickom anemickom sy.
- c) len pri náročnejších a rozsiahlejších operáciách
- d) nie je indikované

91. Predoperačná anesteziologická premedikácia je:

- a) aplikácia analgetík a sedatív
- b) aplikácia ATB
- c) aplikácia myorelaxancii
- d) inhalácia O₂ maskou

92. Predoperačne podanie krvných transfúzií je indikované pri:

- a) závažnom anemickom sy.
- b) ľahkom chronickom anemickom sy.
- c) nie je indikované
- d) každom pacientovi, pri ktorom očakávame závažné krvné straty

93. Predoperačná aplikácia krvných transfúzií spôsobil:

- a) imunosupresiu
- b) podporu imunity
- c) neovplyvní imunitu
- d) spomalí bunkovú imunitnú reakciu

94. Okraje sečnej rany sú:

- a) hladké
- b) nepravidelné
- c) zhmoždené
- d) ani jedna možnosť nie je správna

95. Latinsky označujeme sečnú ranu:

- a) vulnus punctum
- b) vulnus lacerum
- c) vulnus sectum
- d) vulnus sclopetarium

96. Sečná rana vzniká:

- a) tlakom a ťahom ostrého predmetu
- b) kolmým alebo šikmým dopadom ostrého predmetu na povrch tela
- c) preniknutím úzkeho ostrého alebo tupého predmetu do hĺbky tela
- d) silným ťahom a tlakom

97. Sečná rana:

- a) je obvykle úzka a má v celom priebehu približne rovnakú hĺbku
- b) je obvykle najhlbšia uprostred a k obom koncom sa hĺbka zmenšuje
- c) má typický nárez
- d) nepreniká do telesnej dutiny

98. Pri sečnej rane:

- a) bývajú pohmoždené aj nervovocievne štruktúry
- b) kosť nie je nikdy poškodená
- c) okraje rany nie sú nikdy pravidelné
- d) ani jedna možnosť nie je správna

99. Pri krátkodobej predoperačnej príprave pacient nesmie prijímať nič per os:

- a) minimálne 6 hodín
- b) minimálne 12 hodín
- c) minimálne 3 hodiny
- d) pacient môže piť tekutiny

100. U rizikového pacienta pri elektívnom výkone predoperačne realizujeme:

- a) minimálne interné predoperačné vyšetrenie
- b) interné a anesteziologické vyšetrenie postačuje
- c) interné vyšetrenie, anesteziologické vyšetrenie a špeciálne vyšetrenie podľa stavu pacienta
- d) minimálne anesteziologické vyšetrenie

101. Cieľom premedikácie je:

- a) psychicky upokojiť pacienta
- b) znížiť tonus parasympatika a predísť vzniku reflexov n. vagus
- c) uľahčiť úvod do anestézie znížením reflexnej dráždivosti
- d) všetky uvedené možnosti sú správne

102. Krátkodobá predoperačná príprava:

- a) zahŕňa obdobie 24 hodín pred operáciou
- b) zahŕňa minimálne 48 hodín pred operáciou
- c) zahŕňa obdobie 2 hodiny pred operáciou
- d) zahŕňa 72 hodín pred operáciou

103. Antibiotická profylaxia:

- a) je indikovaná pri operáciách všetkých onkologických pacientov
- b) je indikovaná pri všetkých operáciách
- c) je indikovaná pri akejkoľvek operácii u imunokompromitovaného pacienta
- d) v súčasnosti sa neindikuje

104. Prevencia tromboembolických komplikácií zahŕňa postupy:

- a) farmakologické
- b) mechanické
- c) operačné
- d) všetky uvedené

105. V rámci predoperačnej prípravy pred operáciou tenkého čreva pacientovi podávame:

- a) ortográdnu laváž
- b) retrográdnú laváž
- c) tenké črevo nie je potrebné čistiť
- d) podávame ortográdnu a zároveň aj retrográdnú laváž

106. V rámci anesteziologického predoperačného vyšetrenia sú pacienti podľa rizikovosti rozdelení:

- a) do skupín ASA 1-5 kde ASA 1 sú najviac rizikový pacienti
- b) do skupín ASA 1-5 kde ASA 5 sú najviac rizikový pacienti
- c) do skupín ASA 1-3 kde ASA 1 sú najviac rizikový pacienti
- d) do skupín podľa GCS

107. V predoperačnej príprave ileózneho pacienta je dôležité:

- a) pripraviť črevo lavážou
- b) zaviesť nazogastrickú sondu k prevencii aspirácie pri intubácii
- c) zaviesť nazogastrickú sondu k podávaniu výživy
- d) žiadna možnosť nie je správna

108. Perorálne antikoagulanciá (napr. warfarín):

- a) predoperačne môžeme vymeniť za kys. acetylsalicilovú
- b) môže pacient užiť v celom perioperačnom období
- c) je predoperačne potrebné vymeniť za nízkomolekulárne heparíny
- d) pred operáciou sa zvyšuje ich dávka pre prevenciu tromboembolických komplikácií

109. Bodnú ranu necharakterizuje:

- a) vbod
- b) bodný kanál
- c) výbod
- d) nábod

110. Výbod sa najčastejšie vyskytuje pri poranení:

- a) brucha
- b) hrudníka
- c) končatiny
- d) hlavy

111. Vyberte nesprávne tvrdenie:

- a) v okolí vbodu zvyčajne nenachádzame na koži žiadne zmeny
- b) šírka vbodu na odevu býva menšia ako bodný predmet
- c) bodný kanál je zvyčajne priamy, avšak môže zmeniť svoj pôvodný smer v prípade nárazu bodného predmetu na tvrdé tkanivo alebo pri prudkej zmene polohy obeť
- d) rovnako pohybujúce sa orgány (srdce, pľúca, bránica) nemôžu zmeniť pôvodný smer bodného kanálu

112. Vyberte nesprávne tvrdenie:

- a) dĺžka bodného kanálu sa môže zhodovať s dĺžkou bodného predmetu
- b) dĺžka bodného kanála môže byť kratšia (ak bodný predmet nie je úplne zabodnutý) ale môže byť aj dlhšia (o viac ako 5 cm) ako dĺžka bodného predmetu
- c) vo svalovine, respektíve v orgánoch, ktoré majú svalovú vrstvu (žalúdok), dochádza k retrakcii (sťahu) bodného kanálu a ten je väčšinou užší ako bodný predmet
- d) pre súdnoznalecký posudok je dôležité, že posmrtná stuhlosť nemení šírku bodného kanálu v svalovine

113. Bodné poranenie pravej komory srdca má mortalitu:

- a) nad 90%
- b) nad 80%
- c) nad 70%
- d) nad 60%

114. Pacient po dekompenzácii v malom krvnom obehú môže byť pri elektívnom výkone operovaný najskôr:

- a) po 3 týždňoch od kompenzácii v malom krvnom obehú
- b) po 2 týždňoch
- c) po 3 mesiacoch
- d) po pol roku

115. U pacienta po IM je riziko novej ischémie pri operácii do 3 mesiacov:

- a) 30%
- b) 50%
- c) 70%
- d) 5%

116. Vyberte nesprávne tvrdenie. Perioperačná prevencia tromboembolie sa realizuje:

- a) nízkomolekulárnymi heparínmi
- b) iba ak sú poruchy zrážanlivosti krvi
- c) elastickou bandážou DK
- d) perorálnymi antikoagulanciami

117. Predoperačná príprava pred operáciou pre thyreotoxikózu si nevyžaduje:

- a) thyreostatiká
- b) ORL vyšetrenie
- c) endokrinologické vyšetrenie
- d) foniatrické vyšetrenie

118. Základom predoperačnej prípravy u ileózneho pacienta je:

- a) nasogastrická sonda
- b) rehydratácia kryštaloïdmi
- c) korekcia parametrov vnútorného prostredia
- d) vyprázdenie hrubého čreva x – prepom

12

119. Korekcia metabolickej alkalózy pri atómii žalúdka sa realizuje:

- a) roztokmi glukózy
- b) fyziologickým roztokom
- c) plasmaexpandérmi
- d) totálnou parenterálnou výživou

120. V rámci predoperačnej prípravy pred operáciou pre hyperparathyreózu pri adnóme prištítného telieska sa nevyžaduje:

- a) infúzna terapia
- b) diuretiká
- c) prevencia tromboembolizmu
- d) thyreostatiká

121. Vnútrolebečné poranenie diagnostikujeme:

- a) RTG vyšetrením lebky v 2 projekciách
- b) USG vyšetrením
- c) klinickým vyšetrením a CT
- d) klinickým vyšetrením a RTG snímok lebky v 2 projekciách

122. Ventilový pneumothorax:

- a) nutná je okamžitá dekompresia punkciou v 2. medzirebrí v strednej klavikulárnej čiare
- b) je menej nebezpečný ako otvorený pneumothorax
- c) nelimituje krvný obeh
- d) nutná je okamžitá dekompresia punkciou v 7. medzirebrí v strednej klavikulárnej čiare

123. Pri zlomenine sterna:

- a) bandážujeme horné 2/3 hrudníka elastickým obvazom
- b) musíme vylúčiť poranenie srdca a pľúc
- c) sa nikdy nevyskytuje podkožný emfyzém
- d) môže byť poranené srdce, nikdy nie pľúca

124. Pri podozrení na zlomeninu distálnych rebier

- a) realizujeme RTG srdca a pľúc a skeletu hrudníka
- b) realizujeme RTG srdca a pľúc a skeletu hrudníka + USG brucha
- c) plne postačuje klinické vyšetrenie hrudníka a brucha + RTG skeletu hrudníka
- d) realizujeme RTG skeletu hrudníka a RTG natívny snímok brucha

125. Na zlomeninu zápästia vždy nakladáme:

- a) zinkoglejový cirkulárny obvaz
- b) sadrovú dlahu a záves (trojrohá šatka)
- c) cirkulárny sadrový obvaz
- d) cirkulárny sadrový obvaz a záves (trojrohá šatka)

126. Pri poranení hlbokého flexora prsta:

- a) viazne flexia v metakarpofalangeálnom kĺbe
- b) viazne flexia v distálnom interfalangeálnom kĺbe
- c) viazne flexia v distálnom aj proximálnom interflangeálnom kĺbe
- d) dochádza k trvalej extenzii postihnutého prsta

127. Poranenie obličiek:

- a) je na pravej strane vždy asociované s poranением pečene
- b) najlepšie diagnostikujeme RTG natívnym snímkom
- c) môže byť asociované s hematóriou
- d) nie je diagnostikovateľné USG a CT vyšetrením

128. Pneumoperitoneum na RTG natívnom snímku brucha:

- a) je príznakom perforácie tráviacej trubice
- b) je príznakom zvýšenej črevnej plynatosti
- c) môže sa vyskytovať po diétnej chybe
- d) je príznakom nedostatočne liečeného pneumotoraxu

129. Balottement pately:

- a) je prítomný pri naplnení kolenného kĺbu tekutinou
- b) je prítomný pri trombóze popliteálnej vény
- c) je prítomný pri zlomenine predkolenia
- d) nikdy sa nevyskytuje pri poranení skrížených väzov kolena

130. Tržnozmliaždenú ranu:

- a) vždy dezinfikujeme
- b) vždy dezinfikujeme a suturujeme
- c) vždy dezinfikujeme, suturujeme a podáme TAT (tetanický anatoxín)
- d) nikdy nesuturujeme

131. Čo je to septický šok:

- a) je to lokalizovaná infekcia, proti ktorej sa organizmus systémovo bráni, nedochádza k vyplavovaniu patogénov do organizmu, avšak prejavuje sa fulminantnou symptomatológiou, bez zlyhávania kardiovaskulárneho systému
- b) je to ťažká infekcia, sprevádzaná systémovými prejavmi zápalu a prehnanou aktivitou zápalových mechanizmov, spôsobená opakovaným vyplavovaním patogénnych mikroorganizmov z infekčného ložiska do celého organizmu s postupným zlyhávaním život dôležitých orgánov
- c) je to ťažká infekcia spôsobená opakovaným vyplavovaním patogénov, ktorej postačí ATB liečba
- d) je to ťažká infekcia, ktorá je spôsobená najčastejšie grampozitívnou bakteriémiou

132. Liečbou septického šoku je:

- a) podávanie kyslíku a podpora dýchacích ciest
- b) rýchla identifikácia ložiska patogénnych mikroorganizmov, jeho chirurgická sanácia a skoré nasadenie antibiotík
- c) odporná liečba zlyhávajúcich orgánov
- d) platia všetky predošlé možnosti liečby

133. Medzi hypovolemický šok patrí:

- a) kardiogénny šok
- b) popáleninový šok
- c) neurogénny šok
- d) septický šok

134. Najčastejším typom šoku v chirurgii je:

- a) kardiogénny šok
- b) anafylaktický šok
- c) hemoragický šok
- d) ani jeden z nich

135. Rozsah popálenín určuje:

- a) orientačne „pravidlom deviatimi“
- b) orientačne „pravidle ôsmimi“
- c) orientačne „pravidle siedmimi“
- d) ani jedna možnosť nie je správna

136. Závažnosť popáleniny je daná:

- a) hlavne orientačným stanovením rozsahu popáleniny „pravidlom deviatimi“ a jej hĺbkou
- b) rozsahom, jej hĺbkou, mechanizmom úrazu, lokalizáciou poranenia, vekom pacienta a jeho zdravotným stavom
- c) jedine rozsahom popáleniny, jej hĺbkou, príčinou vzniku a lokalizáciou poranenia
- d) hlavným kritériom je vek pacienta a jeho celkový zdravotný stav

137. Akým stupňom popáleniny hodnotíme postihnutie celej hrúbky kože vrátane adnex:

- a) I
- b) II
- c) III
- d) IV

138. Combustio erythematosa sa podľa hĺbky popáleniny klasifikuje ako:

- a) I. stupeň
- b) II. stupeň
- c) III. stupeň
- d) IV. stupeň

14

139. Pri popáleninách oboch horných končatín je popálený rozsah tela približne (%):

- a) 9%
- b) 18%
- c) 36%
- d) 30%

140. Medzi náhle príhody brušné patrí:

- a) ileózne stavy
- b) krvácanie z tráviaceho traktu
- c) perforácia tráviaceho traktu
- d) všetky uvedené

141. Meléna je:

- a) odchod čerstvej krvi z konečníka
- b) vracanie natrávenej krvi
- c) odchod natrávenej krvi konečníkom
- d) vracanie čerstvej krvi

142. Hemateméza je:

- a) odchod čerstvej krvi konečníkom
- b) vracanie čerstvej krvi
- c) vracanie natrávenej krvi
- d) odchod čerstvej krvi konečníkom

143. Pneumoperitoneum znamená:

- a) prítomnosť vzduchu v dutine brušnej
- b) hladiny tenkého čreva na RTG snímku brucha
- c) neprítomnosť prejasnenia pod bránicami na RTG snímku brucha
- d) zápalová náhla brušná príhoda

144. Meléna znamená:

- a) krvácanie z dolného GIT-u
- b) krvácanie z horného GIT-u
- c) vracanie čerstvej krvi
- d) odchod čerstvej krvi stolicou

145. Jedným z hlavných príznakov pri vyšetrení ileózných stavoch je:

- a) vysoká teplota
- b) prítomnosť krvi v stolici
- c) auskultačne nepočuteľná peristaltika
- d) zvracanie žlčového obsahu

146. Najčastejšia zápalová NPB je:

- a) divertikulitída
- b) akútna apendicitída
- c) akútna cholecystitída
- d) akútna pankreatitída

147. Pri krvácaní z ezofageálnych varixov sa používa:

- a) sengstakenova sonda
- b) nazogastrická sonda
- c) výplach žalúdka cez nazogastrickú sondu
- d) nepoužíva sa sonda

148. Typickým príznakom perforačnej NPB je:

- a) zvracanie
- b) pruritus
- c) pneumoperitoneum
- d) krvácanie z tráviaceho traktu

149. Hemoperitoneum je:

- a) prítomnosť vzduchu v dutine brušnej
- b) prítomnosť krvi v stolici
- c) prítomnosť krvi v moči
- d) prítomnosť krvi v dutine brušnej

15

150. Typy ileu:

- a) obštrukčný
- b) paralytický
- c) cievny
- d) všetky uvedené

151. Typický príznak difúznej peritonitídy je:

- a) krvácanie z tráviaceho traktu
- b) prítomnosť vzduchu v dutine brušnej
- c) defense musculaire
- d) zvracanie

152. Hematúria je:

- a) prítomnosť krvi
- b) prítomnosť krvi v stolici
- c) zvracanie krvi
- d) bolesťivosť pri močení

153. Medzi príznaky hemoragického šoku patrí:

- a) strata krvného objemu
- b) znížená srdcová výkonnosť
- c) vazodilatácia
- d) všetky uvedené

154. Prejavom hemoragického šoku je:

- a) bradykardia
- b) hypotenzia
- c) leukocytóza
- d) hyperurikémia

155. Pred podaním erytrocytarnej masy je bez podmienene nutné:

- a) odmerať telesnú teplotu pacienta
- b) vykonať biologickú skúšku
- c) vykonať krížovú skúšku
- d) všetky uvedené

156. Medzi prejavy hlbokkej žilovej trombózy patrí:

- a) opuch a lividné sfarbenie končatiny
- b) bolesťivosť
- c) pozitívny Homansov príznak
- d) všetky uvedené

157. Najzávažnejšia komplikácia hlbokkej žilovej trombózy je:

- a) krvácanie
- b) neurocirkulačné poruchy na periférii končatiny
- c) pľúcna embólia
- d) ani jedna z uvedených

158. Ktorý stupeň popálenín sa prejavuje pľuzgiermi a bolesťivosťou:

- a) I.
- b) II.
- c) III.
- d) IV.

159. Popáleniny môžu byť spôsobené:

- a) suchým teplom
- b) vlhkým teplom
- c) elektrickým prúdom
- d) všetky uvedené

160. Pri popáleniach oboch dolných končatín je popálený rozsah tela približne (v%):

- a) 9%
- b) 18%
- c) 36%
- d) 30%

16

161. Typy lokálnej anestézie zahŕňajú:

- a) infiltračnú
- b) zvodovú
- c) epidurálnu
- d) všetky uvedené

162. Najčastejšou pooperačnou komplikáciou je:

- a) krvácanie
- b) infekcia v rane
- c) trombóza
- d) nekróza

163. V prípade abscesu v jazve musíme:

- a) evakuovať hnis a drenovať ranu
- b) nasadiť antibiotiká
- c) čakať
- d) vyšetriť zápalové parametre

164. Absces je:

- a) dutina vyplnená tekutinou
- b) dutina vyplnená hnisom
- c) difúzny zápal podkožného tkaniva
- d) nezápalová kolekcia tekutiny

165. Liečba abscesu je:

- a) zásadne chirurgická
- b) incízia a drenáž
- c) antibiotická liečba nemá zásadný význam
- d) všetky možnosti sú správne

166. Sečná rana sa nazýva:

- a) vulnus morsum
- b) vulnus scissum
- c) vulnus sectum
- d) vulnus sclopetarium

167. Pri bodnom poranení brucha:

- a) je vždy indikovaná operačná revízia brucha v celkovej anestéze
- b) indikujeme revíziu len pri zjavnom krvácaní do brušnej dutiny
- c) nemusíme operovať, ak je rana menšia než dva centimetre
- d) revidujeme ranu v lokálnej anestézii

168. Prevenciu tetanu zaisťuje:

- a) preočkovanie pri každom otvorenom poranení
- b) preočkovanie v pravidelných jednoročných intervaloch
- c) očkovanie v detstve zaisťuje doživotnú imunitu
- d) očkovanie v detstve a potom v pravidelných pätnásťročných intervaloch, v prípade otvoreného poranenia aj skôr

169. Tetanus:

- a) sa v dnešnej dobe nevyskytuje
- b) je nezávažná ranová komplikácia
- c) sa vyskytuje len v krajinách s nízkym hygienickým štandardom
- d) je závažná komplikácia znečistenej rany s vysokou mortalitou

170. Príčinou smrti pacienta s tetanom je:

- a) opistotonus
- b) zastavenie srdca
- c) spazmus dýchacích svalov
- d) risus sardonius

171. Folliculitis je:

- a) zápal vlasového folikulu kdekoľvek na tele
- b) dutina vyplnená hnisom
- c) zápal mazovej žľazy
- d) zápal potnej žľazy

172. Tendovaginitis je:

- a) zápal synoviálnej výstelky kĺbu
- b) nezápalové zväčšenie burzy
- c) zápal šľachového puzdra
- d) ani jedno z uvedených

173. Replantácia znamená:

- a) presun kožného laloka
- b) transplantáciu palca nohy namiesto palca na ruke
- c) transplantáciu od kadaverózneho darcu
- d) mikrochirurgické prišitie kompletne amputovanej časti tela

174. Medzi poruchy hojenia rán zaradujeme:

- a) dehiscenciu rany
- b) seróm v rane
- c) absces v rane
- d) všetky uvedené

175. Hojenie per secundam intentionem:

- a) je hojenie s komplikáciami
- b) nastáva vtedy, ak je potrebné doplniť chýbajúce tkanivo
- c) infekcia bráni hojeniu rany
- d) všetky odpovede sú správne

176. Hnisavý zápal v oblasti prstov ruky sa nazýva:

- a) panaríciom
- b) flegmóna
- c) absces
- d) tendovaginitída, osteomyelitída a gangréna

177. Panaríciá rozdeľujeme na:

- a) povrchové, intermediálne a hlboké
- b) perakútne a chronické
- c) povrchové a hlboké
- d) špecifické, nešpecifické a parainfekčné

178. Hnisavé ochorenia rúk sú:

- a) špecifické svojim pomalým priebehom
- b) bolestivé a tým závažné
- c) liečiteľné tetanickým anatoxínom
- d) svojim charakterom závažným a potenciálne invalidizujúcim ochorením

179. Medzi hlavné príznaky panaríciá patria:

- a) prudká bolesť, horúčka, porucha funkcie
- b) anestézia postihnutého prsta, porucha funkcie
- c) hypestézia postihnutého prsta, hyperflexia medzičlánkových kĺbov
- d) anestézia alebo hypestézia postihnutého prsta, hyperflexia alebo hyperextenzia medzičlánkových prstov

180. Typická bolesť pri panaríciách je:

- a) křčovitá
- b) šklbavá, ťažko znesiteľná
- c) šíriaca sa pod pravý rebrový oblúk
- d) nezávažná, ľahko prehliadnuteľná

181. V diagnostike panarícií je dôležité:

- a) CT vyšetrenie
- b) anamnéza, klinické vyšetrenie, ev. RTG
- c) anamnéza, aktuálna epidemiologická situácia, hladina CA 19-9
- d) anamnéza, sprievodný lístok od praktického lekára

182. V liečbe panarícií je dôležitá:

- a) skorá a radikálna amputácia
- b) imobilizácia postihnutého prsta, ruky a ev. i predlaktia
- c) zásadne skorá imobilizácia celej končatiny
- d) osteosyntéza postihnutých článkov Kirschnerovým drôtom alebo korekčnou dlažkou

183. Medzi dôležité aspekty liečby panarícií nepatrí:

- a) imobilizácia
- b) antibiotická liečba
- c) antibiotiká a antitusiká
- d) chirurgický zákrok

184. Medzi najčastejších vyvolávateľov panarícií patria:

- a) Neisseria gonorrhoe
- b) grampozitívne koky (stafylokoky, streptokoky)
- c) anaeróbna flóra
- d) Erysipelothrix rhusiopathiae

185. Medzi povrchové panaríciá nepatrí:

- a) panaritium pulposum
- b) panaritium bullosum
- c) panaritium erythematosum
- d) panaritium periungulae, paraunguale a subunguale

186. Panaritium pulposum:

- a) je lokalizované volárne v mäkkých tkanivách podkožia prsta
- b) typická je veľmi silná šklbavá bolesť
- c) a) + b) sú správne
- d) incíziu vedieme vo forme písmena X, resp. Y nad bruškom prsta

187. Panaritium pulposum:

- a) je nezávažná infekcia prsta
- b) musí sa včas evakuovať kĺbne puzdro medzi dvoma článkami prsta
- c) vzniká ako parainfekčná komplikácia pri šarlachu
- d) pri jeho progresii je nutná incízia

188. Incízia pri panaritium pulposum:

- a) vždy sa musí urobiť vo forme „žralocej tlamičky“ po celom obvode prsta
- b) neodporúča sa robiť v akejkoľvek anestézii
- c) nutná je široká incízia stredom bruška prsta
- d) robí sa po stranách článku prsta, prípadne i s kontraincíziou

189. Panaríciom prostredného a lebo bazálneho článku prsta:

- a) má búrlivý priebeh, komplikácie sú časté
- b) neprestupuje na šľachu či šľachové puzdro
- c) zvyčajne nepostupuje do hĺbky aj bez liečby
- d) zvyčajne sa zhojí i bez incízie

190. Panarícia medzičlánkových rýh:

- a) nevznikajú pri bodných rankách do medzičlánkovej ryhy
- b) vznikajú pri bodných rankách medzičlánkových rýh
- c) šíria sa na susedné články a do šľachových pošiev
- d) b) + c) sú správne

191. Panaritium tendineum:

- a) postihuje len šľachy flexorov
- b) postihuje výlučne extenzorovú skupinu
- c) celý prst je opuchnutý, bolestivý, začervenalý
- d) typickým príznakom je svrbenie okolo nechtovej platničky

192. Tendosynovitis a tendovaginitis purulenta:

- a) postihnutá šľacha rýchlo nekrotizuje
- b) postihnutá šľacha je odolná voči infekcii
- c) je popísaná len v experimente
- d) neprejavuje sa celkovými príznakmi

193. „V“ flegmóna:

- a) postihuje šľachové pošvy 2. a 3. alebo 3. a 4. prsta
- b) postihuje šľachové pošvy 1. a 5. prsta
- c) postihuje vždy 2 susedné šľachové pošvy, t.j. 1. a 2., 2. a 3. alebo 4. a 5. prsta
- d) patrí medzi povrchové panaríciá

194. „V“ flegmóna:

- a) nemá celkové príznaky
- b) jej nebezpečenstvo spočíva v minimálnych lokálnych príznakoch
- c) v liečbe zvyčajne postačuje Camphor – ichtamol lokálne
- d) patrí medzipurulentné tendovaginitídy

195. Panaritium osseum:

- a) prvé známky sú na RTG viditeľné najskôr po 1-2 týždňoch
- b) vzniká ako komplikácia pulpózneho panaríciá
- c) vzniká aj po poranení
- d) všetky 3 možnosti sú správne

196. Panaritium osseum:

- a) postihnutú kosť po jej exkochleácii nahradíme kostným cementom
- b) je nutné odstrániť všetky sekvestre
- c) neexistuje, kosť je extrémne odolná voči infekcii
- d) imobilizácia je nevhodná, pohyb zlepšuje prekrvenie kosti a urýchľuje reštitúciu sekvestra

197. Panaritium articulare:

- a) postihnutý kĺb je v semiflexii
- b) postihnutý kĺb je krajnej extenzii
- c) postihnutý kĺb paradoxne nebolí
- d) b) + c) je správne

198. Panaritium articulare:

- a) lieči sa otvorením kĺbu, vypustením hnisu, opakovanými lavážami a antibiotikami
- b) má aj celkové príznaky – horúčku a schvátenosť
- c) správne je možnosť a) aj b)
- d) laváž s H₂O₂ je kontraindikovaná

199. Flegmóna tenarového priestoru:

- a) lieči sa RTG protizápalovou terapiou
- b) je možné lokálne podanie kortikosteroidu
- c) incízia nie je nikdy indikovaná
- d) k príznakom patrí bolesť, opuch, začervenanie a semiflexia palca

200. Lokálna anestézia pri liečbe panarícií:

- a) pre obmedzenie krvácania je správna kombinácia lokálneho anestetika s adrenalinom
- b) základom je miesta infiltračná anestézia
- c) pre možnosť alergickej až anafylaktickej reakcie sa dnes už nepoužíva
- d) zvodná anestézia prsta, intravenózna okrsková anestézia ale i celková anestézia je podmienkou správneho chirurgického postupu

201. Ktorý typ prístupu nie je možné využiť na výživu pacienta?

- a) intravenózne
- b) nazogastrickou sondou
- c) gaastrostómiou
- d) intraarteriálny

202. Enterálnu výživu nie je možné podať:

- a) jejunostómiou
- b) nazojejunálnou sondou
- c) perrektálne
- d) perkutánou andoskopickou gastrostómiou

203. Na zabezpečenie prístupu pre podanie parenterálnej výživy nie je možné použiť:

- a) zavedenie kanyly do periférnej žily
- b) zavedenie centrálného venózneho katétra do v. subclavia
- c) zavedenie ihly do periférnej žily
- d) zavedenie ihly do periférnej srtérie

204. Medzi výhody zavedenia centrálného venózneho katétra nepatrí:

- a) možnosť merania centrálného venózneho tlaku
- b) možnosť merania zaklineného tlaku v a. pulmonalis
- c) možnosť podávania veľkého objemu roztokov
- d) možnosť podávania roztokov vyššej koncentrácie ako pri podávaní do periférnej žily

205. Medzi výhody enterálnej výživy oproti parenterálnej patrí:

- a) stimulácia peristaltiky
- b) rýchle podanie veľkého objemu tekutín
- c) podanie stopových prvkov
- d) podanie vitamínov

206. Ktorý prístup nie je súčasťou enterálnej výživy:

- a) intratekálny
- b) jejunostomický
- c) gastrostomický
- d) nazogastrický

207. Medzi výhody parenterálnej výživy patrí:

- a) stimuluje paristatiku tráviacej trubice
- b) umožňuje podanie koloidov
- c) stimuluje systém tráviacej trubice
- d) má protizápalový účinok

208. Medzi komplikácie zavedenia centrálného venózneho katétra nepatrí:

- a) pneumothorax
- b) katéťrová sepsa
- c) kardiálna dekompenzácia
- d) haemothorax

209. Ktoré žily sa nepoužívajú na podávanie parenterálnej výživy?

- a) povrchové žily hornej končatiny
- b) hlboké žily dolnej končatiny
- c) vena subclavia
- d) vena jugularis interna

210. Na zavedenie centrálného venózneho katétra sa používa:

- a) vena subclavia
- b) vena saphena magna
- c) vena basilica
- d) vena radialis

211. Medzi kryštaloidy nepatrí:

- a) fyziologický roztok
- b) Ringerov roztok
- c) Hartmannov roztok
- d) dextran

212. Medzi koloidné roztoky nepatria:

- a) ľudský albumín
- b) želatínové preparáty
- c) deriváty hydroxyetylškrobu
- d) lipidové preparáty

213. Pri hemoragickom šoku sa nepodávajú:

- a) kryštaloidy
- b) koloidy
- c) transfúzia krvi
- d) roztoky aminokyselín

21

214. Medzi infúzne roztoky pre paranterálnu výživu nepatrí:

- a) fyziologický roztok
- b) roztoky aminokyselín
- c) 10% glukóza
- d) 10% manitol

215. Medzi koloidné roztoky patrí:

- a) Ringerov roztok
- b) ľudský albumín
- c) trombocytový koncentrát
- d) fyziologický roztok

216. Medzi krvné deriváty nepatrí:

- a) erytrocytová masa
- b) trombocytový koncentrát
- c) čerstvá mrazená plazma
- d) manitol

217. Medzi komplikácie transfúzie krvi nepatrí:

- a) prenos infekčných chorôb
- b) pyretická reakcia
- c) alergická reakcia
- d) paralytický ileus

218. Medzi potransfúzne komplikácie patrí:

- a) nechutenstvo
- b) obštipácia
- c) polyúria
- d) hemolytická reakcia

219. Krížová skúška sa robí pri podávaní:

- a) ľudského albumínu
- b) dextransu
- c) erytrocytovej masy
- d) manitolu

220. Do periférnej žily sa môže podať ako súčasť parenterálnej výživy:

- a) akýkoľvek infúzny roztok
- b) akýkoľvek roztok aminokyselín
- c) maximálne 10% roztok glukózy
- d) akýkoľvek roztok lipidov

221. Pri hepatálnom zlyhavaní je indikované podanie:

- a) transfúzie krvi
- b) ľudského albumínu
- c) aminokyselín s vetvenými reťazcami
- d) lipidov

222. Indikáciou na podanie parenterálnej výživy je:

- a) kardiálna dekompenzácia
- b) reanálne zlyhanie
- c) akútna pankreatitída
- d) akútna bronchopneumónia

223. Najnovší trend v pooperačnej starostlivosti o pacienta je:

- a) odložené (neskoré) podávanie enterálnej výživy
- b) dlhodobá parenterálna výživa
- c) skoré podávanie enterálnej výživy
- d) predoperačné podávanie enterálnej výživy

224. Aká koncentrácia glukózy sa nepoužíva v parenterálnej výžive?

- a) 5% roztok
- b) 10% roztok
- c) 20% roztok
- d) 40% roztok

225. Parenterálna výživa je:

- a) podávanie liekov intravenózne
- b) podávanie infúzných roztokov do systémového žilového obehu
- c) podávanie infúzných roztokov do systémového arteriálneho obehu
- d) podávanie infúzných roztokov do portálneho obehu

226. Medzi rizikové faktory vzniku chirurgickej infekcie nepatria:

- a) exogénne faktory
- b) endogénne faktory
- c) mikrobiologické faktory
- d) hemokoagulačné faktory

227. Medzi chirurgické infekcie nepatrí:

- a) bronchopneumónia
- b) appendicitída
- c) panaritium
- d) absces brušnej dutiny

228. Medzi exogénne rizikové faktory vzniku chirurgickej infekcie patrí:

- a) nadmerné straty krvi počas operácie
- b) vek pacienta
- c) diabetes mellitus
- d) abúzus alkoholu

229. Medzi exogénne rizikové faktory vzniku chirurgickej infekcie nepatrí:

- a) predĺžený čas operácie
- b) imunodeficientný stav
- c) implantácia protetického materiálu počas operácie
- d) zvýšenie straty krvi

230. Medzi endogénne rizikové faktory vzniku chirurgickej infekcie nepatrí:

- a) stav po rádioterapii
- b) vysoký vek pacienta
- c) virulencia baktérií
- d) metabolické ochorenia

231. Diabetes mellitus patrí medzi:

- a) exogénne rizikové faktory vzniku chirurgickej infekcie
- b) endogénne rizikové faktory vzniku chirurgickej infekcie
- c) mikrobiologické rizikové faktory vzniku chirurgickej infekcie
- d) environmentálne rizikové faktory vzniku chirurgickej infekcie

232. Medzi mikrobiologické rizikové faktory vzniku chirurgickej infekcie patrí:

- a) asepsa
- b) antisepsa
- c) druh a virulencia patogénov
- d) sterilizácia nástrojov

233. Depilácia miesta operačného výkonu sa:

- a) neodporúča
- b) robí 24 hodín pred operáciou
- c) robí tesne pred operáciou
- d) robí po operácii

234. Antibiotická profylaxia je:

- a) liečba chirurgickej infekcie
- b) liečba pridružených infekcií
- c) krátkodobé podávanie antibiotika v perioperačnom období
- d) dlhodobé podávanie antibiotika v perioperačnom období

235. Na antibiotickú profylaxiu sa nepoužívajú:

- a) penicilíny
- b) cefalosporíny
- c) chinolóny
- d) makrolidy

236. Najčastejšie používané antibiotikum používané na antibiotickú profylaxiu:

- a) cefazolin
- b) tetracyklin
- c) vankomycín
- d) chloramfenikol

237. Prvá dávka antibiotickej profylaxie sa podáva:

- a) po operácii
- b) deň pred operáciou
- c) do jednej hodiny pred operáciou
- d) pred koncom operácie

238. Antibiotická profylaxia má trvať:

- a) minimálne 5 dní
- b) maximálne 2 týždne
- c) maximálne 24 hodín
- d) maximálne 3 dni

239. Antibiotická profylaxia sa podáva:

- a) subkutánne
- b) perorálne
- c) intramuskulárne
- d) intravenózne

240. Antibiotická profylaxia slúži na prevenciu vzniku:

- a) bronchopneumónie
- b) uroinfektu
- c) infekcie chirurgického miesta
- d) infarktu myokardu

241. Medzi lokálne prejavy zápalu nepatrí:

- a) rubor
- b) calor
- c) tremor
- d) dolor

242. Medzi príznaky sepsy nepatrí:

- a) leukocytóza
- b) trombocytóza
- c) tachykardia
- d) leukopénia

243. Medzi kritériá SIRS (syndróm systémovej zápalovej odpovede) patrí:

- a) trombocytopénia
- b) zvýšená hladina CRP
- c) tachykardia viac ako 90/min.
- d) bradykardia menej ako 40/min.

244. Medzi kritériá SIRS nepatrí:

- a) telesná teplota menej ako 36 st. C, alebo viac ako 38 st. C
- b) tachykardia viac ako 90/min.
- c) tachypnoe viac ako 20/min.
- d) INR ako 2,5

245. Medzi neinfekčné príčiny SIRS nepatrí:

- a) trauma
- b) pankreatitída
- c) popáleniny
- d) bronchiálna astma

246. Medzi komplikácie SIRS nepatrí:

- a) akútna renálna insuficiencia
- b) akútna respiračná insuficiencia
- c) chronická venózná insuficiencia
- d) multiorgánová dysfunkcia

247. Medzi kritériá SIRS patrí:

- a) tachypnoe viac ako 20/min.
- b) hemoglobín menej ako 80g/l
- c) hodinová diuréza menej ako 40 ml/hod.
- d) bradykardia menej ako 50/min.

248. Medzi infekciu chirurgického miesta nepatrí:

- a) povrchová infekcia rany
- b) furunculus
- c) hlboká infekcia rany (subfasciálna)
- d) dutinová infekcia

249. Infekcia vychádzajúca z vlasového lôžka je:

- a) flegmóna
- b) ateróm
- c) panarícium
- d) folikulitída

250. Medzi infekčné príčiny SIRS nepatrí:

- a) infekcia chirurgického miesta
- b) bronchopneumónia
- c) trauma
- d) uroinfekcia

251. Dezinfekcia je:

- a) zneškodnenie väčšiny mikroorganizmov
- b) zneškodnenie všetkých mikroorganizmov
- c) zneškodnenie väčšiny mikroorganizmov a hlodavcov
- d) zneškodnenie všetkých mikroorganizmov a hlodavcov

252. Asepsa je:

- a) súbor opatrení, ktoré majú zabrániť mikrobiálnej kontaminácii sterilného prostredia tkanív, materiálov, liečiv a pod.
- b) súbor opatrení, ktoré majú zabrániť rozvoju sepsy do syndrómu multiorgánového zlyhania
- c) proces zneškodňovania mikroorganizmov
- d) spôsob ako znesterilniť operačné pole

253. Vulnus scissum je rana:

- a) sečná
- b) tržná
- c) hryzná
- d) rezná

254. Vulnus morsum je rana:

- a) bodná
- b) hryzná
- c) zmliaždená
- e) strelná

255. Vulnus sclopetarium je rana:

- a) sečná
- b) bodná
- c) strelná
- d) hryzná

25

256. Vulnus sectum je rana:

- a) rezná
- b) tržná
- c) sečná
- d) strelná

257. Vulnus punctum je rana:

- a) hryzná
- b) sečná
- c) bodná
- d) strelná

258. Vulnus lacerum je rana:

- a) zmliaždená
- b) tržná
- c) rezná
- d) hryzná

259. Vulnus punctum:

- a) má vbod, priebod, prípadne aj výbod
- b) výbod je vždy väčší ako vbod
- c) je spôsobená zvierateľom
- d) tvar výbodú má rovné okraje

260. Flegmóna je:

- a) neohraničená infekcia
- b) ohraničená infekcia
- c) vnútri flegmóny sa nachádza hnisová kolekcia
- d) nebolestivá afekcia

261. Absces:

- a) neobsahuje hnis
- b) je dutina vyplnená hnisom
- c) spôsobujú ju len parazity
- d) nikdy neperforuje

262. Lymfangiotída:

- a) je zápal lymfatických uzlín
- b) je zápal arteria lymfatica superior
- c) je zápal lymfatických ciev
- d) sa lieči antivirotikami

263. Furunkulus, furunkulóza:

- a) je solitárne alebo mnohopočetné zápalové postihnutie vlasového folikulu
- b) etiológia je stafylokoková
- c) je nebezpečná v určitých lokalitách ako napr. horná pera, očný kútik
- d) všetko je správne

264. Tzv. 5 P:

- a) využívame pri odoberaní anamnézy
- b) využívame pri fyzikálnom vyšetrení pacienta
- c) využívame len pri vyšetrení na vylúčenie NPB
- d) nič nie je správne

26

265. Staplery:

- a) využívame len pri laparotómiách
- b) využívame len pri laparoskopii
- c) sú nástroje na vytváranie anastomóz
- d) nevyužívane v chirurgii

266. Odstránenie určitej časti tela, napr. prsníka, nechtu...je:

- a) discízia
- b) amputácia
- c) ablácia
- d) anastomóza

267. Vyrezanie celého chorobného ložiska je:

- a) incízia
- b) excízia
- c) exstirpácia
- d) exartikulácia

268. Laparotómia:

- a) sa v chirurgii nevyužíva
- b) využívame v hrudnej chirurgii
- c) je synonymum pre laparoskopiu
- d) je chirurgický prístup do dutiny brušnej

269. Pri laparoskopii či torakoskopii využívame:

- a) troakáry
- b) Veresovu ihlu
- c) kameru
- d) všetko je správne

270. Miniinvazívny prístup do hrudníka je:

- a) laparoscopia
- b) torakoscopia
- c) artroscopia
- d) kolonoscopia

271. Atraumatické šitie:

- a) nevyužíva ihlu
- b) ihla na niť sa navlieka pri každom stehu separátne
- c) niť je natavená na ihle
- d) sa v chirurgii nevyužíva

272. Typickým pozitívnym príznakom pri akútnej apendicitíde je príznak:

- a) Blumbergov
- b) Homansov
- c) Payrov
- d) všetky spomenuté

273. Typickým pozitívnym príznakom pri flebotrombóze je príznak:

- a) Blumbergov
- b) Rovingov
- c) Homansov
- d) všetky spomenuté

274. Flebotrombóza je:

- a) zápal žilovej steny s tvorbou trombu
- b) je trombus hlbokého systému bez zápalu
- c) je trombus povrchovej vény bez zápalu
- d) nespôsobuje embólie

275. Pri flebotrombóze:

- a) končatina nebolí
- b) končatina neopúcha
- c) prevenciou je antikoncepcia
- d) fajčiari sú postihnutí častejšie

276. Embólia môže byť spôsobená:

- a) trombom
- b) vzduchom
- c) tukom
- d) trombom, vzduchom aj tukom

277. Ileus poznáme:

- a) paralytický
- b) obštrukčný
- c) paralytický alebo obštrukčný
- d) nič nie je správne

278. Ileus je:

- a) akútny stav v chirurgii
- b) nepriechodnosť čreva
- c) poznáme paralytický a obštrukčný
- d) všetko je správne

279. Infekcia rany vzniká najčastejšie pri rane:

- a) reznej
- b) sečnej
- c) hryznej
- d) bodnej

280. Nozokomiálna infekcia je:

- a) názov každej infikovanej chirurgickej rany
- b) označenie nemocničnej infekcie
- c) terapeuticky ľahko zvládnuteľná
- d) infekcia hryznej rany

281. Dehiscencia:

- a) je infekcia rany
- b) je rozostup rany
- c) sa hojí per primam intentionem
- d) nič nie je správne

282. Transfúziu ERY masy podáva:

- a) sestra
- b) vždy lekár
- c) môže podať aj sestra
- d) sanitár

28

283. Kontrolné vyšetrenie krvných skupín pri transfúzii vykonáva:

- a) lekár vždy pri lôžku pacienta
- b) vykonáva lekár hematologicko-transfuziologického oddelenia
- c) sestra pri lôžku pacienta
- d) sa nevykonáva

284. Vykĺbenie je:

- a) distorsio
- b) luxatio
- c) contusio
- d) abruptio

285. Kominutívna zlomenina je zlomenina:

- a) priečna
- b) šikmá
- c) viacúlomková
- d) trieštivá

286. Zlomeniny delíme:

- a) podľa mechanizmu
- b) podľa charakteru lomnej línie
- c) podľa postavenia úlomkov
- d) všetko je správne

287. Terapia nedislokovaných zlomenín:

- a) zlomeniny nesadrujeme
- b) je v naložení sadrovej imobilizácie
- c) zlomeninu zreponujeme a zasadrujeme
- d) je operačná

288. Pri sadrovaní končatiny:

- a) imobilizujeme len najbližší kĺb
- b) imobilizujeme najbližší proximálny kĺb
- c) imobilizujeme najbližší distálny kĺb
- d) imobilizujeme najbližší proximálny aj distálny kĺb

289. Pri zlomeninách posun rotačný je:

- a) dislocatio ad longitudinem
- b) dislocatio ad peripheriam
- c) dislocatio ad latum
- d) dislocatio ad axim

290. Pri zlomeninách osový posun je:

- a) dislocatio ad axim
- b) dislocatio ad longitudinem cum contractione
- c) dislocatio ad longitudinem cum distractione
- d) dislocatio ad latum

291. K jasným znakom fraktúry nepatrí:

- a) hematóm
- b) deformita
- c) fyziologická hybnosť
- d) opuch

29

292. Najčastejšou zlomeninou v detskom veku je zlomenina:

- a) priečna
- b) diafyzárna
- c) epifyzárna
- d) metafyzárna

293. Epiphyseolysis je:

- a) zlomenina na metafýze
- b) zlomenina na diafýze
- c) zlomenina nevyskytujúca sa v detskom veku
- d) delíme podľa Salter-Herisovej klasifikácie

294. Stella dorsi sa používa pri liečbe:

- a) zlomeniny femoru
- b) zlomeniny humeru
- c) zlomeniny klavikuly
- d) zlomeniny lopatky

295. Dessault sa používa pri liečbe:

- a) zlomeniny humeru
- b) zlomeniny femoru
- c) zlomeniny predlaktia
- d) zlomeniny predkolenia

296. V detskom veku je liečba zlomenín prevažne:

- a) otvorená
- b) zatvorená
- c) s použitím osteosyntetického materiálu
- d) perkutánna osteosyntéza

297. Gilchristov obvaz:

- a) má rovnakú funkciu ako Desault
- b) má rovnakú funkciu ako spika
- c) sa používa na fixáciu stehna
- d) sa už nevyužíva

298. Spika sa využíva na:

- a) imobilizáciu femoru
- b) imobilizáciu prstov rúk
- c) imobilizáciu humeru
- d) imobilizáciu kľúčnej kosti

299. Na obviazanie neurokránia používame čapicu podľa:

- a) Avicenu
- b) Galena
- c) Hyppokrata
- d) Asklepiosia

300. Detský vek je od:

- a) 0 - 10 rokov
- b) 0 – 15 rokov
- c) 0 – 18 rokov
- d) 0 – 14 rokov

301. Vekové kategórie u detí sú na základe :

- a) zmien hmotnosti a dĺžky
- b) anatomických odchýliek
- c) fyziologických odchýliek
- d) anatomických a fyziologických odchýliek

302. Novorodenci sú deti:

- a) do 1 týždňa života
- b) do 28. dňa života
- c) do 3 mesiacov
- d) do 1 roka

303. Anamnéza v detskom veku je:

- a) priama
- b) nepriama
- c) priama i nepriama
- d) žiadna

304. Osobná anamnéza u detí :

- a) údaje rovnaké ako u dospelých
- b) mení sa podľa vekových kategórií
- c) musí zahŕňať očkovania
- d) nezahŕňa pracovnú anamnézu

305. Predoperačná príprava u detí:

- a) rovnaká ako u dospelých
- a) minimálne odlišná
- b) rešpektuje odlišnosti detského veku
- c) rešpektuje detský vek, základné a pridružené ochorenia

306. Informovaný súhlas operáciou u detí sa získava od:

- a) dieťaťa od 10. rokov
- b) od pacienta nad 15. rokov
- c) od rodiča
- d) od rodiča al. právneho zástupcu

307. Informovaný súhlas s operáciou sa vyžaduje vždy od rodiča al. právneho zástupcu:

- a) pri každom dg a th postupe
- b) len v prípade operácie
- c) len v prípade plánovaného operačného výkonu
- d) len v prípade akútneho operačného výkonu

308. Informovaný súhlas s operáciou u detí sa nevyžaduje:

- a) v prípade ohrozenia života dieťaťa
- b) pri operáciách z vitálnej indikácie
- c) vyžaduje sa vždy
- d) podpíše sa dodatočne

309. V rámci predoperačnej prípravy sa u detí pri malých výkonoch:

- a) vyžaduje pediatrické predoperačné vyšetrenie a kompletne laboratorne odbery vrátane EKG a Rtg hrudníka
- b) len pediatrické vyšetrenie bez odberov
- c) pediatrické vyšetrenie a vyšetrenie KO
- d) nevyžaduje sa štandardne EKG a Rtg hrudníka

310. U malých detí sa preferuje :

- a) celková anestézia
- b) lokálna anestézia
- c) regionálne bloky
- d) všetky

311. Hypotermia počas operácie ohrozuje najmä:

- a) novorodencov
- b) predčasne narodené deti
- c) všetky vekové kategórie
- d) nedonosené deti a novorodencov

312. Termoneutrálne prostredie pri operácii novorodencov a nedonosených detí sa rieši:

- a) špeciálnym vyhrievaním operačného poľa
- b) vyhrevnými podložkami
- c) inkubátormi
- d) vyhrevnými lôžkami

313. Anémia je fyziologická u :

- a) novorodencov
- b) dojčiat
- c) detí predškolského veku
- d) detí školského veku

314. Polyglobúlia je charakteristická pre:

- a) 5- ročné dieťa
- b) novorodenca pri narodení
- c) 15 ročné dieťa
- d) dojčaťa

315. Lačnenie pred plánovanou operáciou malých detí / novorodencov a dojčiat je:

- a) od večera
- b) 8 hodín pred plánovaným výkonom
- c) 6 hodín pred plánovaným výkonom
- d) 3 max. 4 hodiny pred plánovaným výkonom dostanú tekutiny

316. Deti sú zaradované do operačného programu:

- a) ako prvé
- b) podľa typu operačného výkonu
- c) na koniec operačného programu
- d) ako to vyjde

317. Premedikácia u detí:

- a) nie je indikovaná
- b) je indikovaná
- c) závisí od ochorenia
- d) pred každým Dg a terapeutickým výkonom

318. Výživa detí po malom operačnom výkone:

- a) začíname hneď po zobudení
- b) 4 hodiny po zobudení plnou stravou
- c) začíname cca 4 hodiny po zobudení tekutinami a pokračuje stravou
- d) začíname inf. liečbou

319. Kŕmiť dieťa po brušných operáciách začíname :

- a) v deň operácie
- b) na druhý deň
- c) po obnovení peristaltiky
- d) závisí od typu operácie

320. Alternatívna výživa u detí, ktoré zvracajú je:

- a) výživa sondou
- b) enterálna výživa
- c) infúzna liečba
- d) od začiatku parenterálna výživa

321. Parenterálna výživa u detí zahajujeme:

- a) pri nemožnosti per os príjmu pri zachovanej funkcii GITu
- b) pri nemožnosti per os príjmu a nefunkčnosti GITu
- c) po každej veľkej operácii
- d) závisí od typu op. výkonu

322. Enterálna výživa u detí po operácii je:

- a) indikovaná po každom op výkone
- b) má špeciálne vymedzené indikácie
- c) kontraindikovaná
- d) indikovaná len pri hrudných výkonoch

323. Enterálne prípravky u detí po operáciách sa podávajú do:

- a) do stómie
- b) do nazogastrických a nazojejuálnych sond
- c) do žíl
- d) per rectum

324. Pod enterálnou výživou rozumieme:

- a) mixovanú stravu
- b) špeciálne prípravky pre enterálnu výživu
- c) mixovanú stravu a špeciálne príznaky
- d) výživa do žalúdka

325. Parenterálna výživa je:

- a) výživa podávaná per os
- b) výživa podávaná rektálne
- c) výživa podávaná do cievneho systému
- d) výživa podávaná do CŽS

326. Prípravky pre totálnu parenterálnu výživu u detí:

- a) sú rovnaké ako u dospelých
- b) líšia sa zložením všeobecne
- c) sú pripravované pre jednotlivé vekové kategórie
- d) sú pripravované pre jednotlivé typy ochorení

327. Totálna parenterálna výživa u detí sa podáva:

- a) do centrálného žilného systému /v. jugul., v. subclavia, v. femor./
- b) do periférnych žíl
- c) do periférnych žíl i do CŽS
- d) do NGS

328. Gastrostomia na výživu v detskom veku sa zakladá:

- a) endoskopicky
- b) operačne
- c) operačne i endoskopicky
- d) nikdy

329. Gastrostómia u detí s nepriechodnosťou pažeráka sa zakladá:

- a) endoskopicky
- b) operačne
- c) endoskopicky i operačne
- d) nezakladá nikdy

330. Hypovolemický šok u detí:

- a) vzniká rýchlejšie ako u dospelých
- b) nie sú rozdiely
- c) vzniká pomalšie
- d) nevzniká

331. Krvné straty počas operácie u detí sa hradia:

- a) roztokmi koloidov
- b) roztokmi kryštaloidov
- c) roztokmi koloidov i kryštaloidov
- d) plnou krvou

332. Hypovolemický šok u detí s popáleninou je dôsledkom strat:

- a) krvi
- b) vody
- c) plazmy
- d) vody a plazmy

33

333. Odhad popálenej plochy u dieťaťa sa riadi:

- a) pravidlom 9
- b) nemá pravidlá
- c) pravidlom 10
- d) pravidlom 5

334. Tekutinovú liečbu u detí v hypovolemickom šoku zahajujeme:

- a) roztokmi kryštaloidov
- b) roztokmi koloidov
- c) oboma typmi roztokov
- d) krvnými derivátmi

335. Základným energetickým zdrojom pre novorodencov je:

- a) glukóza
- b) aminokyseliny
- c) tuky
- d) glukóza, tuky, aminokyseliny

336. Pri kardiopulmonálnej resuscitácii u detí:

- a) platia vekové kategórie
- b) neplatia vekové kategórie
- c) platia kategórie do 1 roka, nad 1 rok
- d) platia kategórie do 8 roka, nad 8 rok

337. V detskom veku najčastejšia príčina zahájenia KPR je:

- a) zastavenie dýchania
- b) otravy
- c) poruchy teploty
- d) zastavenie obehu

338. Distenzia brucha a vysoký stav bránic ohrozuje deti respiračným zlyhaním do veku:

- a) 1. týždňa života
- b) 1. mesiaca veku dieťaťa
- c) 2 rokov
- d) 5 rokov

339. Pri KPR /kardiopulmonálnej resuscitácii/ u detí:

- a) začíname umelými vdychmi
- b) kompresiami hrudníka
- c) úderom do oblasti hrotu
- d) začíname umelými vdychmi a kompresiami súčasne

340. Resuscitáciu u detí zahajujeme po uvoľnení dýchacích ciest:

- a) 5-imi vdychmi a pokračujeme kompresiami hrudníka
- b) kompresiami hrudníka
- c) 2- vdychmi a pokračujeme kompresiami
- d) úderom do oblasti hrotu

341. Počet kompresí hrudníka pri KPR u detí je:

- a) 120/min.
- b) 100/min
- c) 70/ min
- d) 80/min

342. Resuscitáciu obehu u novorodencov zahajujeme pri frekvencii srdca:

- a) 20/ min
- b) 60/min
- c) 0/min.
- d) 100/min.

343. Pomer dýchania a kompresí hrudníka je pri 1 záchrancovi pri KPR u detí:

- a) 2:15
- b) 2:30
- c) 1:3
- d) 1:15

344. Defibrilácia u detí pri rozšírenej KPR je:

- a. Indikovaná
- b. Kontraindikovaná
- c. vymedzená len na niektoré klinické stavy
- d. len pri monitorovaní EKG

345. Heimlichho manéver sa používa u detí:

- a) všetkých vekových skupín
- b) u detí do 1 roka
- c) u starších detí
- d) nepoužíva sa

346. Najužším miestom dýchacích ciest pri endotracheálnej intubácii je:

- a) dutina ústna
- b) oblasť hlasiviek
- c) subglotická oblasť
- d) oblasť bifurkácie trachey

347. Edém v subglotickej oblasti ohrozuje dieťa:

- a) nijako
- b) kardiálnym zlyhaním
- c) respiračným zlyhaním
- d) kardiorespiračným zlyhaním

348. Po celkovej anestézii detí do 2 rokov sú ohrozené:

- a) kŕčami
- b) respiračným zlyhaním
- c) kardiálnym zlyhaním
- d) podchladením

349. Dieťa po celkovej anestézii sa prekladá na oddelenie:

- a) ak je pri plnom vedomí
- b) ak počas anestézie a operácie vznikli komplikácie
- c) ak je pri plnom vedomí a počas anestézie a operácie neboli komplikácie
- d) po každej anestézii

350. Pooperačnú analgéziu deťom ordinuje:

- a) ošetrojúci lekár
- b) anesteziológ
- c) algeziológ
- d) anesteziológ v spolupráci s ošetrojúcim lekárom

351. Anesteziologická vizita musí byť:

- a) pred každou celkovou i lokálnou anestéziou
- b) len pred plánovanými operáciami len pri akútnych operáciách
- c) u detí sa nevyžaduje
- d) len pred akútnymi operáciami

352. Najčastejšou príčinou smrti u pacientov s tupým poranením brucha je:

- a) poranenie brušnej steny
- b) vnútrobrušné krvácanie
- c) poranenie miechy
- d) vágový reflex

353. Intraperitoneálne krvácanie u pacientov s negatívnym klinickým nálezom sa nachádza približne u:

- a) 5% pacientov
- b) 10% pacientov
- c) 20% pacientov
- d) 30% pacientov

354. Štandardný postup stanovenia diagnózy u pacienta po poranení brucha je (v danej postupnosti):

- a) anamnéza, klinické vyšetrenie, paraklinické a zobrazovacie vyšetrenia
- b) anamnéza, špirálové celotelové CT, klinické vyšetrenie
- c) FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma), anamnéza, klinické vyšetrenie
- d) anamnéza, sonografia, klinické vyšetrenie

355. Ktoré z nasledujúcich tvrdení o použití ultrazvuku je správne:

- a) FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) je zjednodušená metodika použitia ultrazvuku na zhodnotenie tekutinových kolekcií v štyroch kvadrantoch
- b) ultrazukové vyšetrenie má nízku výťažnosť pri poraneniach dutých orgánov
- c) ultrazukové vyšetrenie môže byť komplikované pri subkutánnom emfyzéme
- d) všetky hore uvedené

356. Pacient s tupým poraním brucha, so šokovým indexom nad 1, s USG nálezom tekutinovej kolekcie v dutine brušnej, nasleduje:

- a) urgentné CT abdomenu
- b) diagnostická laparotómia
- c) opakovanie USG vyšetrenia s odstupom času
- d) konzervatívna terapia

357. Ktoré z nasledujúcich tvrdení o úraze bránice nie je správne:

- a) incidencia úrazov bránice je 3% s častou incidenciou asociovaných poranení (slezina, pečeň, panva)
- b) klinický obraz môže zahŕňať défence musculaire, bolestivosť pri poranení rebier, zhoršenie dýchania pri hemothoraxe a pneumothoraxe
- c) úrazy bránice sú pomerne dobre potvrdené abdominálnou sonografiou a CT vyšetrením
- d) všetky tvrdenia sú správne

358. Najčastejšie poškodeným orgánom pri tupej aj prenikajúcej traume brucha je:

- a) slezina
- b) pečeň
- c) pankreas
- d) tenké črevo

359. Zlatým štandardom väčšiny tupých poranení pečene je:

- a) konzervatívny postup
- b) laparotómia s následnou hemihepatektómiou, resp. resekciou poškodeného segmentu
- c) diagnostická laparoscopia s následným postupom podľa nálezu
- d) transplantácia poškodenej pečene

360. Pringlov manéver je:

- a) uvoľnenie duodena z retroperitonea
- b) mobilizácia pečene preťatím triangulárnych ligament a ligamentum falciforme hepatis
- c) preťatie li. Tteres hepatis
- d) digitálna alebo svorková kompresia portálnej triády

361. SATE (selective Angiography and Transcatheter Embolization) je indikovaná za účelom:

- a) spolu s ERCP vyriešenia príčiny bilémie
- b) potvrdenia hemobilie a nápravu stravy
- c) spriechodnenia embolizovanej hepatálnej srtérie
- d) spriechodnenia embolizovanej portálnej vény

362. Najčastejšou príčinou poranení duodena a pankreasu sú:

- a) penetrujúce poranenia do oblasti epigastria
- b) tupé poranenia v oblasti pravého hypogastria
- c) deceleračné poranenia s tupým nárazom oproti chrbtici
- d) penetrujúce poranenia v oblasti mezogastria a pravého hypochondria

363. Ktoré tvrdenia o úrazoch duodena je pravdivé:

- a) perforácia duodena je pomerne dobre peroparačne diagnostikovateľná
- b) klasickými príznakmi poranenia je porucha vyprázdňovania žalúdka
- c) pretrvávajúca snaha o konzervatívne zvládnutie aj väčších perforácií duodena
- d) žiadne z vyššie uvedených

364. O incidencii poranenia tenkého a hrubého čreva platí nasledovné:

- a) incidencia je vzácna pri tupých poraneniach a 2-5% pri penetrujúcich poraneniach
- b) incidencia je 1-5% pri tupých poraneniach a 10-50% pri penetrujúcich poraneniach
- c) incidencia je 10-20% pri tupých poraneniach a 60-70% pri penetrujúcich poraneniach
- d) incidencia je 20-30% pri tupých poraneniach, pričom takmer všetky penetrujúce poranenia brucha sú spojené s poraním tenkého alebo hrubého čreva

365. V diagnostike poranenia tenkého a hrubého čreva sa uplatňuje:

- a) sonografické vyšetrenie, kde zobrazenie patologických kolekcií môže znamenať kolekcie krvi alebo črevného obsahu
- b) skiagrafické vyšetrenie kde nález pneumoperitonea znamená perforáciu gastrointestinálneho traktu
- c) CT vyšetrenie, kde nález pneumoperitonea a/ alebo nález extraluminálneho úniku kontrastnej látky z čreva poukazuje na poranenie čreva
- d) všetky vyššie uvedené

366. Základom manažmentu penetrujúcich úrazov tenkého čreva je:

- a) intenzívna starostlivosť a konzervatívny postup
- b) denné opakovanie CT vyšetrenia na zobrazenie progresie alebo regresie nálezu
- c) zavedenie nazogastrickej, nazojejunálnej sondy a rektálne rúrky na zníženie rizika extraluminálneho úniku
- d) chirurgická revízia so sutúrou alebo resekciou poškodeného úseku

367. Základom manažmentu penetrujúcich úrazov hrubého čreva je:

- a) intenzívna starostlivosť a konzervatívny postup
- b) denné opakovanie CT vyšetrenia na zobrazenie progresie alebo regresie nálezu
- c) zavedenie rektálnej rúrky na zníženie rizika extraluminálneho úniku
- d) chirurgická revízia so sutúrou alebo resekciou poškodeného úseku

368. Pri rozsiahlejších poraneniach konečníka je:

- a) použitie rektoskopie kontraindikované pre zníženie možnosti ďalšieho poškodenia:
- b) nutné vykonanie odľahčujúcej kolostómie
- c) možné transrektálne ošetrenie aj extraperitoneálneho poranenia
- d) kontraindikované použitie drénov na zníženie incidencie možných fistúl

369. Poranenia sleziny obyčajne vznikajú:

- a) deceleračným mechanizmom
- b) penetrujúcou traumou
- c) tupým nárazom na oblasť brucha
- d) všetky vyššie uvedené

370. Diagnosticky sa pri poraneniach sleziny uplatňuje:

- a) sonografické vyšetrenie
- b) CT vyšetrenie
- c) CT angiografia
- d) všetky vyššie uvedené

371. Dvojdobá ruptúra sleziny znamená:

- a) ruptúra sleziny na dvoch a viacerých miestach
- b) natrhnutie minimálne dvoch ciev vedúcich do sleziny
- c) ruptúra puzdra sleziny a následné krvácanie do dutiny brušnej
- d) neskoršia ruptúra skôr vytvorenej subkapsulárnej ruptúry a hematómu

372. Indikácie na chirurgickú liečbu poranenia sleziny sú:

- a) zvýšená potreba tekutín na udržanie hemodynamickej stability ako aj nutnosť transfúzií na udržanie uspokojivých hodnôt hemoglobínu / hematokritu
- b) zväčšujúce sa hemoperitoneum so známkami hemodynamickej instability
- c) známky peritoneálneho dráždenia
- d) všetky vyššie uvedené

373. Pri chirurgickom manažmente poranenia sleziny platí:

- a) vždy je indikovaná splenektómia
- b) splenektómia je indikovaná pri viacpočetnom poranení, kedy nie je možná parciálna resekcia sleziny
- c) splenektómia je indikovaná už v ľahších štádiách poranenia (grade 1-2)
- d) snahou operátora je slezinu zachovávať operácia v zmysle splenorrhaphie, iba v prípade ťažšieho poranenia (grade 4-5) a nemožnosťou bezpečného zastavenia krvácania je indikovaná splenektómia

374. O poraneniach obličiek a ureteru platí:

- a) vznikajú najčastejšie tupým mechanizmom úder (80-90%)
- b) vyskytujú sa cca u 8-10% traumatických pacientov
- c) až v 80% prípadov sa súčasťou mutiorgánového poškodenia
- d) všetky vyššie uvedené

375. Abdominal compartment syndrome (ACS) je:

- a) vytvorenie uzavretých okrskov (kompartmentov) v dutine brušnej
- b) stav, ktorý vznikol ako dôsledok stavov spojených s intraabdominálnou hypertenziou (IAH) alebo zvýšením intraabdominálnym tlakom (IAP)
- c) vytvorenie tekutinovej kolekcie v jednom z performovaných priestorov v dutine brušnej
- d) syndróm charakterizovaný zapadnutím jednej z kľučiek čreva v performovanom priestore, napr. v cavum Douglasi alebo spatio Morissoni

376. Ktoré tvrdenie o intraabdominálnom tlaku (IAP) je pravdivé:

- a) normálny intraabdominálny tlak je pod 10 mmHg (13,6 cm H₂O)
- b) zvýšený IAP vedie k zníženému venóznemu návratu a následne k zníženiu srdcového výdaja
- c) pre zvýšený IAP je charakteristická respiračná insuficiencia s vysokými inpiračnými tlakmi, hypoxiou, hyperkapniou a redukciou pľúcnej compliance
- d) všetky uvedené

377. Akým spôsobom sa meria intraabdominálny tlak:

- a) Dopplerometricky sonografom
- b) meraním obvodu brucha
- c) fyzikálnym vyšetrením napätia brušnej steny
- d) meraním intravezikálneho tlaku cez permanentný katéter

378. Pre liečbu abdominal compartment syndromu (ACS) platí:

- a) chirurgická liečba je indikovaná vo všetkých prípadoch
- b) metódou je chirurgická laparotómia a následné uzavretie brucha
- c) chirurgická liečba je indikovaná u pacientov s intraabdominálnym tlakom nad 25 cm H₂O
- d) neexistuje konzervatívna liečba ACS

379. Metódou voľby pri chirurgickom riešení abdominal compartment syndrome (ACS) je:

- a) laparoskopická axplorácia dutiny brušnej
- b) laparotómia a uzavretie dutiny brušnej
- c) laparotómia bez následného úzaveeru brucha, prekrytie otvoreného brucha dočasným krytím (TAC – temporary abdominal closure)
- d) laparoskopické odsatie cudzieho obsahu z dutiny brušnej

380. Diagnostika hypovolemického šoku je založená na:

- a) anamnestickom údajoch o charaktere úrazu
- b) Allgowerovho, resp. šokového indexu
- c) prítomnosti klinických známkov peritoneálneho dráždenia
- d) nálezu znížených hodnôt hemoglobínu (Hb) a hemotokritu (Htk)

381. Základnými zložkami terapie hypovolemického šoku je:

- a) substitúcia cirkulujúceho objemu
- b) riešenie podkladového ochorenia
- c) dôsledné sledovanie hemodynamických, oxygenačných a renálnych parametrov
- d) všetky vyššie uvedené

382. Základom objemovej náhrady pri hypovolemickom šoku sú:

- a) kryštaloidy
- b) koloidné roztoky
- c) transfúzne prípravky
- d) všetky vyššie uvedené

383. Indikácia na použitie transfúzných prípravkov je:

- a) podanie erytrocytového koncentrátu pri hodnote sérového hemoglobínu pod 80 g/l (u pacientov s kardiovaskulárnou komorbidou 100 g/l)
- b) podanie čerstvej mrazenej plazmy ako náhrada koagulačných faktorov pri hypokoagulačnom stave alebo ako krytie niekoľkých erytrocytárnych más
- c) podanie čerstvej mrazenej plazmy nie je indikované ako náhrada objemu
- d) všetky vyššie uvedené

384. Zavedenie centrálného venózneho katétra (CVK) je indikované pre:

- a) nutnosť monitoringu centrálného venózneho tlaku (CVT)
- b) nutnosť vysokej objemovej náhrady alebo predpoklad dlhodobej nutnosti venózneho prístupu
- c) nedostatočný periférny prístup
- d) všetky vyššie uvedené

385. Základmi terapie septického stavu pacienta je:

- a) „source control“ t.j. odstránenie zdroja infekcie
- b) tekutinová resuscitácia
- c) podávanie systémovej antibiotikoterapie
- d) všetky vyššie uvedené

386. Enterálna nutričia u pacientov po traume brucha:

- a) je kontraindikovaná
- b) je indikovaná až po úplnej reštitúcii organizmu
- c) je indikovaná tak skoro, ako sa dá
- d) nie je nutné prihliadať na traumatické poškodenie pri indikovaní enterálnej výživy

387. O parenterálnej výžive platí:

- a) aj dlhodobejšia terapia pozostáva z použitia tzv. „multi-bottle system“
- b) nutnosť dlhodobejšej parenterálnej výživy je riešená tzv. „all-in-one“ vakmi
- c) u pacienta po traume brucha a brušných orgánov je indikovaná hyperalimentácia
- d) až na peroperačné obdobie nie je nutná

388. Stresová gastritída:

- a) sa u pacientov s úrazmi brucha takmer nevyskytuje
- b) u každého pacienta s úrazom brucha je vhodná profylaxia PPI (inhibítormi protónovej pumpy) alebo H2 blokátormi
- c) nebezpečie stresovej gastritídy tkvie v neskorých komplikáciách v zmysle pylorostenózy
- d) nie je nutná prevencia stresovej gastritídy, nutná je až terapia pri prvých príznakoch

389. Pre akútnu renálnu insuficienciu platí:

- a) mortalita presahuje 50% a pri nutnosti dialýzy dosahuje 60-90%
- b) prvými príznakmi je oligúria (produkcia pod 0,5 ml/kg/hod. alebo pod 400 ml moču/24 hod.)
- c) najčastejšou príčinou oligúrie u chirurgického pacienta je hypovolémia
- d) všetky vyššie uvedené

390. Náplňou urológie je diagnostika liečba ochorení:

- a) gastrointestinálneho traktu
- b) uropoetického systému muža a ženy a pohlavného systému u muža
- c) glomerulonefritíd
- d) gynekologických

391. Hlavné exokrinné funkcie obličiek:

- a) regulácia vodného a minerálneho metabolizmu
- b) vylučovanie produktov metabolizmu bielkovín a cudzorodých látok
- c) udržiavanie acidobázickej rovnováhy
- d) všetky uvedené

392. Hlavné endokrinné funkcie obličiek:

- a) regulácia krvného obehu (renin-angiotenzín-aldosternový mechanizmus)
- b) regulácia krvotvorby (erytropoín)
- c) látková výmena D vitamínu (tvorba 1,25-OH-cholecalciferolu)
- d) všetky uvedené

393. Produkciu moču ovplyvňuje:

- a) melatonín
- b) serotonín
- c) adiuoretin
- d) somatotropin

394. Kapacita močového mechúra je:

- a) 100 – 200 ml
- b) 200 – 300 ml
- c) 300 – 500 ml
- d) 500 – 800 ml

395. Obličky sú uložené:

- a) retroperitoneálne
- b) intraperitoneálne
- c) v malej panve
- d) v hrudníku

396. Indikácie k dialýze sú:

- a) akútne alebo chronické zlyhanie obličiek s kreatinínom nad 500 $\mu\text{mol/l}$
- b) hyperkaliémiu nad 6,5 mmol/l
- c) uremický syndróm so stratou vedomia a oedémami
- d) všetky uvedené

397. Indikáciou k dialýze nie je:

- a) subvezikálna obštrukcia
- b) subrenálna obštrukcia
- c) hydronefróza solitárnej obličky
- d) všetky uvedené

398. Vrodené choroby obličiek:

- a) sú veľmi zriedkavé
- b) postihujú menej ako 1 % novorodencov
- c) postihujú 3-4 % novorodencov
- d) postihujú viac ako 5 % novorodencov

399. Medzi vrodené chyby obličiek patrí:

- a) agenéza obličky
- b) podkovovitá oblička
- c) cystické ochorenie obličiek
- d) všetky uvedené

400. Rozštiepený pravý močovod sa nazýva:

- a) ureter duplex l. dx
- b) ren duplex l. dx
- c) ureter fissus l. sin
- d) ureter fissus l. dx

401. Vyšetrenie moču: normálna denná diuréza je:

- a) 1000 – 2000 ml
- b) do 500 ml moču
- c) 500 – 1000 ml
- d) nad 2000 ml

402. Diuréza menej ako 100 ml za 24 hod. sa nazýva:

- a) oligúria
- b) polyúria
- c) anúria
- d) ani jedno z uvedených

403. Ako normálny nález v močovom sedimente hodnotíme:

- a) 20 – 30 ery, 0 Le
- b) 0 Ery, 20 – 30 Le
- c) 30 – 50 Ery, 0 Le, ojedinelé epitélie
- d) 0 – 2 Ery, 0 – 5 Le

404. Odber moču na vyšetrenie:

- a) odoberáme prvú časť mikcie
- b) odoberáme stredný prúd moču
- c) odoberáme poslednú časť mikcie
- d) je to jedno

405. Vyšetrenie moču na kultiváciu trvá:

- a) 1 hodinu
- b) jeden deň
- c) 2 – 3 dni
- d) týždeň

40

406. Rodinná anamnéza je dôležitá pri:

- a) rakovine prostaty
- b) polycystických obličkách
- c) urolitiáze
- d) všetky z uvedených

407. Medzi urologickú symptomatológiu nepatrí:

- a) uretrorhágia
- b) hemateméza
- c) pyúria
- d) hematuria

408. K príznakom ochorenia dolných močových ciest patrí:

- a) retencia moču
- b) polakisúria
- c) strangúria
- d) všetky uvedené

409. K príznakom ochorenia dolných močových ciest nepatrí:

- a) inkontinencia moču
- b) nyktúria
- c) meléna
- d) dysúria

410. Strangúria znamená:

- a) nemožnosť močiť
- b) pálenie a rezanie pri močení
- c) krvavý moč
- d) únik moču

411. Enuresis nocturna sa najčastejšie vyskytuje:

- a) u detí
- b) u starších nad 70 rokov
- c) u starších nad 80 rokov
- d) u žien

412. Urosepsa je najčastejšie vyvolaná:

- a) gram-pozitívnymi baktériami
- b) mycobacterium tuberculosis
- c) gram-negatívnymi baktériami
- d) chlamídiami

413. Cystoskopia je vyšetrenie:

- a) žlčníka
- b) obličky
- c) močovodov
- d) močového mechúra

414. Ureterorenoskopia je vyšetrenie:

- a) močovodu aj obličkovej panvičky
- b) močového mechúra
- c) duodena
- d) cholecysty

415. Hydronefróza je:

- a) konkrement v obličke
- b) nádor v obličke
- c) rozšírený dutý systém obličky
- d) rozšírený močovod

416. Príčinou vrodenej hydronefrózy môže byť:

- a) stenóza pyeloureterálneho prechodu
- b) aberantná pólová cieva
- c) vyšší odstup močovodu z panvičky
- d) všetky uvedené

417. Vyšetrenie per rektum:

- a) je bolestivé
- b) je zbytočné
- c) je dôležité pre zhodnotenie nálezu na prostate
- d) je potrebné len pri rakovine prostaty

418. Cievkovanie močového mechúra u muža:

- a) mal by ho robiť lekár po dezinfekcii a použití lubrikans
- b) hrozia závažné komplikácie
- c) hrozí infekcia a krvácanie
- d) všetky z uvedených

419. Nález tvrdého uzlíka na prostate pri vyšetrení per rektum:

- a) je podozrivý na karcinóm prostaty
- b) je podozrivý na BPH
- c) je podozrivý na akútnu prostatitídu
- d) je nezávažný nález

420. Epicystostomia je:

- a) vyvedenie močovodu na brušnú stenu
- b) drenáž močového mechúra suprapubicky zavedeným katétrom
- c) drenáž obličky perkutánnou pukciou
- d) zavedená sonda do žalúdka

421. Vezikorenálny reflux je:

- a) sťažené močenie
- b) bolesti pri močení
- c) reflux potravy zo žalúdka do pažeráka
- d) návrat moču pri močení do horných močových ciest

422. Extrofia močového mechúra je:

- a) zavedenie drénu do močového mechúra
- b) vrodená chyba - vyústenie uretry na ventrálnej strane penisu v priebehu prednej uretry
- c) vrodená chyba – vyústenie uretry na dorzálnej strane penisu v priebehu prednej uretry
- d) vrodená chyba s defektom svaloviny a kožného krytu dolnej polovice brušnej steny s rozštiepom močového mechúra a uretry

423. Hypospádia je:

- a) vrodená chyba – vyústenie uretry na ventrálnej strane penisu v priebehu prednej uretry
- b) vrodená chyba – vyústenie uretry na dorzálnej strane penisu v priebehu prednej uretry
- c) pokles močového mechúra
- d) pokles močového mechúra spojený s inkontinenciou

424. Hypospádia je:

- a) veľmi zriedkavá
- b) najčastejšia anomália dolných močových ciest u chlapcov s výskytom 1 na 500 novorodencov
- c) zriedkavá s výskytom menej ako 1 na 1 000 000 novorodencov
- d) pomerne častá s výskytom 1 na 1 000 000 novorodencov

425. Hydrokéla je:

- a) slabinová prietrž
- b) torqvácia semenníka
- c) nahromadená tekutina v obaloch semenníka
- d) zápal semenníka

426. Varikokéla je:

- a) rozšírenie žíl na predkolení
- b) rozšírenie žíl na stehne
- c) rozšírenie žíl plexus pampiniformis
- d) rozšírenie žíl pažeráka

427. Hydrokélu od nádoru semenníka odlíšime:

- a) aspexiou
- b) pohmatom
- c) ultrazvukovým vyšetrením
- d) RTG vyšetrením

428. Akútna pyelonefítída sa prejavuje:

- a) septickými teplotami
- b) bolesťami v lumbálnej oblasti
- c) patologickým močovým nálezom
- d) všetko z uvedeného

429. Poranenia urogenitálneho traktu:

- a) sú zriedkavé, obličky sú chránené uložením v retroperitoneu
- b) tvoria asi 10 % všetkých úrazov a môžu postihnúť všetky úseky systému
- c) tvoria menej ako 1 % všetkých úrazov
- d) sú veľmi časté, viac ako 30 % všetkých úrazov lebo obličky sú nestlačiteľné a aj pri menšom úraze vznikajú trhliny

430. Poranenie obličiek sa prejavuje:

- a) bolesťami v boku
- b) mikrohematúriou pri kontúzii
- c) makroskopickou hematúriou pri ruptúre dutého systému
- d) môže byť všetko z uvedeného

431. V diagnostike pri úraze obličky nám pomôže:

- a) anamnéze s mechanizmom úrazu
- b) vyšetrenie moču
- c) ultrasonografia obličiek
- d) všetko z uvedeného

432. Strelná rana sa latinsky nazýva:

- a) vulnus lacerum
- b) vulnus scissunne
- c) vulnus sontusum
- d) vulnus sclopetarium

433. Popáleninu definujeme ako:

- a) poškodenie kožného tkaniva termickým, alebo elektrickým inzultom
- b) lokálnu reakciu tkaniva, ktorá vznikne následkom obarenia pokožky horúcou vodou
- c) lokálnu reakciu tkaniva s celkovou odpoveďou organizmu alebo bez nej na prenos energie z fyzikálneho alebo chemického zdroja
- d) lokálnu reakciu tkaniva, s následnou septickou reakciou organizmu, na prenos energie z fyzikálneho alebo chemického zdroja

434. K denaturácii bielkovín a odumretiu buniek pri popáleninovej traume dochádza:

- a) pri teplote nad 55 °C
- b) pri teplote nad 50 °C
- c) pri teplote nad 45 °C
- d) pri teplote nad 43 °C

435. Rozsah popáleniny môžeme zhodnotiť pomocou:

- a) Wallace-Pulaskiho pravidla 7
- b) 3% = tieň ruky pacienta
- c) Lundovej-Browderovej rovnice
- d) ani jedna z možností nie je správna

436. Popáleninový šok je vyvolaný:

- a) masívnou stratou tekutín močom cez permanentný katéter
- b) masívnym únikom tekutín z krvného riečiska do interstícia cez defektné kapilárne steny
- c) masívnymi krvnými stratami cez popáleninovú ranu
- d) nedostatočnou tekutinovou substitúciou v období od utrpenia úrazu po hospitalizáciu pacienta

437. Medzi obdobia popáleninovej choroby nepatrí:

- a) urgentné obdobie
- b) akútne obdobie
- c) resuscitačné obdobie
- d) obdobie reštitúcie a rehabilitácie

438. Pre popáleninový šok nie je charakteristické:

- a) extrémne vystupňovaná poplachová (stresová) reakcia
- b) generalizovaná patologická permeabilita kapilár
- c) generalizovaná zápalová reakcia
- d) extrémne vystupňovaná exsudácia z rany

439. Prvým krokom v rámci prvej pomoci poskytnutej popálenému na mieste úrazu je:

- a) privolanie kvalifikovanej lekárskej pomoci
- b) vyslobodenie, uhasenie a lokálne ochladenie pacienta
- c) zistenie osobných údajov a zdravotnej poisťovne pacienta
- d) prvotný odhad závažnosti popáleniny

440. Za rizikovú vekovú skupinu pri popáleninovej traume považujeme pacientov:

- a) vo veku 0 až 6 rokov
- b) v puberte
- c) vo veku do 2 rokov a nad 60 rokov
- d) vo veku do 4 rokov a nad 50 rokov

441. Medzi kritériá, ktorými hodnotíme závažnosť popáleniny nepatrí:

- a) rozsah popálenín
- b) hĺbka popálenín
- c) zdravotná poisťovňa pacienta
- d) vek pacienta

442. Tabuľky podľa Lund-Browdera používame pri hodnotení rozsahu popálenín zvlášť pre:

- a) dospelých a deti
- b) mužov a ženy
- c) povrchové a hlboké popáleniny
- d) ľahké a kritické popáleniny

443. Pri substituenej terapii podávame popálenému pacientovi tekutiny počas prvých 24 hodín podľa Parklandskej formuly nasledovne:

- a) $4\text{ml} \times \text{hmotnosť pacienta v kg} \times \text{BSAB v \%}$
- b) $40\text{ ml} \times \text{hmotnosť pacienta v kg} \times \text{BSAB v \%}$
- c) $400\text{ ml} \times \text{hmotnosť pacienta v kg} \times \text{BSAB v \%}$
- d) bez ohľadu na rozsah popáleniny musí pacient prijať 3l tekutín za 24 hodín

444. Ľahké popáleniny liečime:

- a) ambulantne
- b) hospitalizáciou na chirurgickej klinike
- c) hospitalizáciou na traumatologickej klinike
- d) vždy hospitalizáciou v popáleninovom centre

445. Popáleninový syndróm je:

- a) lokálna reakcia tkaniva na termický inzult
- b) celková odozva organizmu na popáleninový úraz
- c) syndróm systémovej zápalovej odpovede u popáleného
- d) syndróm lokálnej zápalovej odpovede v mieste popáleninovej rany

446. Medzi podmienky zaistenia okamžitého transportu popáleného pacienta nepatrí:

- a) informácia a dohovor s prijímajúcim pracoviskom
- b) informácia a dohovor s rodinou pacienta
- c) zaistenie 1 – 2 spoľahlivých i.v. línií, začatie substituenej terapie a jej pokračovanie počas transportu
- d) možnosť monitorovania základných životných funkcií počas transportu

447. Parklandská formula sa u popáleného pacienta používa na:

- a) výpočet energetickej substitúcie
- b) výpočet bielkovinovej substitúcie
- c) výpočet tekutinovej substitúcie
- d) výpočet dávok analgosedácie

448. Najväčšou hrozbou pre pacienta v akútnom období popáleninovej choroby je:

- a) možnosť výskytu závažných komplikácií, ktoré vyplývajú z rozsiahlej popáleninovej traumy
- b) možnosť výskytu závažných komplikácií, ktoré vyplývajú z osobnej anamnézy pacienta
- c) možnosť výskytu závažných komplikácií, ktoré sú ovplyvnené dĺžkou transportu pacienta
- d) ani jedna z uvedených možností nie je správna

449. Inhalačné poranenie je definované ako:

- a) akútne poškodenie respiračného traktu, spôsobené nedostatkom kyslíka na mieste vzniku popáleninovej traumy
- b) akútne poškodenie respiračného traktu, spôsobené vdýchnutím horúcich plynov, pár, príp. toxických produktov vznikajúcich pri horení
- c) akútne poškodenie kardiovaskulárneho systému, spôsobené nedostatkom kyslíka na mieste vzniku popáleninovej traumy
- d) akútne poškodenie kardiovaskulárneho systému, spôsobené vdýchnutím horúcich plynov, pár, príp. toxických produktov vznikajúcich pri horení

450. Najzávažnejšou celkovou infekčnou komplikáciou u popáleného pacienta je:

- a) sepsa z popáleninovej rany
- b) invazívna katéetrová infekcia
- c) translokácia baktérií z GITu do krvného obehu
- d) kolonizácia popáleninovej rany

451. O lokálnej infekcii popáleninovej rany hovoríme keď:

- a) v nekrotickom tkanive rany kvantitatívne stanovíme do 10^3 mikroorganizmov v 1g tkaniva
- b) v nekrotickom tkanive rany kvantitatívne stanovíme do 10^5 mikroorganizmov v 1g tkaniva
- c) v nekrotickom tkanive rany kvantitatívne stanovíme viac ako 10^5 mikroorganizmov v 1g tkaniva
- d) v nekrotickom tkanive rany a aj v okolitých vitálnych tkanivách kvantitatívne stanovíme viac ako 10^5 mikroorganizmov v 1g tkaniva

452. K výraznému hypermetabolizmu a hyperkatabolizmu vedú popáleniny nad:

- a) 5 % BSAB
- b) 10 % BSAB
- c) 15 % BSAB
- d) 30 % BSAB

453. Medzi najčastejšie poruchy hemopoetického systému po popáleninovom úraze nepatrí:

- a) erytrocytóza
- b) poruchy trombocytárnej zložky
- c) poruchy leukocytárnej zložky
- d) hemokoagulačné poruchy

454. Kľúčovú úlohu v patogenéze sepsy, ktorá u popálených najčastejšie spúšťa MOF:

- a) zohráva respiračný systém
- b) zohráva kardiovaskulárny systém
- c) zohráva gastrointestinálny systém
- d) nezohráva ani jeden z vyššie uvedených systémov

455. Na prevenciu dekubitov a tvorby vlhkého zaparenia pri mohutnej sekrécii z rozsiahlych otvorených rán

u popáleného pacienta slúžia:

- a) tzv. vzduchové alebo pieskové fluidizované lôžka
- b) špeciálne antidekubitálne matrace
- c) pravidelné polohovanie pacienta
- d) mobilizácia pacienta začatá do 24 hod. od úrazu

456. Každý pacient ohrozený popáleninovým šokom by mal byť od prvopočiatku:

- a) liečený ambulantne
- b) hospitalizovaný na chirurgickej klinike
- c) hospitalizovaný na oddelení popáleninového centra
- d) hospitalizovaný na JIS

457. Medzi klinické príznaky multiorgánového zlyhania u popáleného pacienta nepatrí:

- a) hyperkinetická cirkulácia
- b) hyperkatabolizmus
- c) hyperanabolizmus
- d) hyperventilácia s následným respiračným zlyhaním

458. U pacienta po popáleninovej traume sa považuje za ideálnu včasná enterálna výživa:

- a) začatá do 2 hod od úrazu
- b) začatá do 6 hod od úrazu
- c) začatá do 24 hod od úrazu
- d) začatá do 48 hod od úrazu

459. Popáleninu hĺbky II.a stupňa charakterizuje:

- a) poškodenie epidermy
- b) úplné odumretie epidermy vrátane oblasti bazálnej membrány
- c) úplné odumretie epidermy a časti hlbších vrstiev dermy
- d) odumretie kože v celej hrúbke

460. Pre popáleniny III. stupňa je typické:

- a) hoja sa do 14 dní ad integrum
- b) sú veľmi bolestivé
- c) vždy zanechávajú jazvy
- d) neodporúča sa liečiť ich chirurgicky

461. Pri hromadnom výskyte akýchkoľvek úrazov je jednou z najhlavnejších a aj najdôležitejších úloh:

- a) odhad materiálnych škôd
- b) triedenie poranených
- c) rýchly transport všetkých poranených
- d) neodkladná liečba najkritickejšie poranených

462. Pacienti s rozsiahlymi a hlbokými popáleninami si vyžadujú následnú zvýšenú starostlivosť:

- a) len počas trvania hospitalizácie
- b) prvých 7 dní po prepustení do domáceho liečenia
- c) prvých 7 týždňov po prepustení do domáceho liečenia
- d) po celý zvyšok života

463. Popáleniny I. a II.a stupňa:

- a) liečime konzervatívne
- b) liečime chirurgicky
- c) sú hlboké
- d) sa nikdy nedokážu spontánne zahojiť

464. Fenomén výbledu:

- a) je pozitívny pri priechodnom kapilárnom riečisku a svedčí o povrchovom postihnutí
- b) je negatívny u povrchových popálení
- c) klinicky nie je dôležitý
- d) znamená prítomnosť zrazenej krvi v kapilárach

465. Pri ošetrovaní povrchových popálení:

- a) nie je potrebné ich ošetrovať sterilne
- b) nikdy nesmieme evakuovať pľuzgiere
- c) je potrebné vždy odstrániť všetky pľuzgiere aj s epidermou
- d) po dezinfekcii kože miesto prekryjeme masným tylom a sterilným obvazom

466. Pri popáleninách II.b stupňa:

- a) je pri ich ošetrovaní indikované použitie topických antibakteriálnych prostriedkov
- b) nemôže dôjsť ku konverzii na III. stupeň
- c) je doba hojenia pri správnom ošetrovaní do 14 dní
- d) je ideálna frekvencia preväzov rany 5-7 dní

467. Cieľom lokálnej liečby povrchových popálení nie je:

- a) zaistiť optimálne podmienky na epitelizáciu
- b) prevencia, alebo liečba infekcie rany
- c) zníženie bolestivosti a sekrécie z rany
- d) odstránenie nekrotických excíziou

468. Uzavretý spôsob ošetrovania popáleninových rán:

- a) spočíva v prekrytí rany obvazom
- b) je nežiaduci, lebo spomaľuje hojenie
- c) je jediný možný spôsob ošetrovania popáleninovej rany
- d) nezvyšuje riziko infekcie, preto ranu netreba sledovať

469. Klasický obvaz popáleninovej rany:

- a) má ideálne len jednu vrstvu
- b) sa skladá z kontaktnej, savej, absorpčnej, krycej a fixačnej vrstvy
- c) nemôže obsahovať žiadne masti a krémy
- d) nemusí byť sterilný

470. Definitívna náhrada stratenej kože:

- a) je len koža toho istého pacienta z neporušenej oblasti
- b) môžu byť alotransplantáty z iného človeka
- c) je napríklad Biobrane, Apligraf, alebo Integra
- d) sú porcínne xenotransplantáty

471. Dermoepidermálne autotransplantáty:

- a) obsahujú celú epidermu a asi 1/3 dermy
- b) sa po určitom čase musia z rany odstrániť
- c) predstavujú kožu odobratú väčšinou z mŕtvol
- d) sa sieťovaním nedajú zväčšiť

472. Kožné Alotransplantáty:

- a) sú metódou voľby definitívneho krytia popáleninových rán
- b) sa už v súčasnosti vôbec nepoužívajú
- c) nevykazujú antigenicitu
- d) predstavujú bariéru proti infekcii, stratám tekutín a bielkovín a stimulujú epitelizáciu

473. Xenotransplantáty:

- a) sa používajú aj na dočasné prekrytie popáleniny nie plnej hrúbky kože ako biologický obvaz
- b) nepoužívajú sa na excidované plochy pri hlbokých popáleninách ako dočasná kožná náhrada
- c) patria medzi syntetické kožné náhrady
- d) sa natrvalo prihoja k rane

474. Autotransplantácia kože:

- a) je zatiaľ jediný spôsob trvalej náhrady kože
- b) pri odobratí transplantátu v plnej hrúbke sa materské miesto ponechá spontánnemu hojeniu bez nutnosti jeho suturovania, alebo prekryvania dermoepidermálnym transplantátom
- c) transplantáty v plnej hrúbke kože sa s obľubou používajú pri rozsiahlych stratách kože, pretože majú výborný výsledný kozmetický efekt
- d) opakované odbery kože nie sú možné ani zo zhojených materských miest

475. Medzi indikácie na hospitalizáciu popálených detí nepatrí:

- a) popáleniny s podozrením na inhalačné poranenie
- b) popáleniny detí do 3 rokov v rozsahu 7% a viac, pri hlbokých popáleninách aj v menšom rozsahu
- c) popáleniny elektrickým prúdom
- d) neutíchajúci plač

476. Popáleniny u detí:

- a) si nevyžadujú iný prístup v liečbe, ako u dospelých
- b) orientačne hodnotíme ich rozsah pomocou plochy dlane lekára, ktorá predstavuje asi 1% plochy povrchu tela dieťaťa
- c) najčastejšie vznikajú doma obarením horúcou tekutinou
- d) v porovnaní s dospelými nepredstavujú výraznejšie riziko dehydratácie

477. Pri popálení elektrickým prúdom:

- a) vysokého napätia rozsah zmien na koži nekoreluje s poškodením hlbšie uložených tkanív
- b) nízkeho napätia ešte nehrozí poruchami srdcového rytmu, ani obrnou dychového centra
- c) bleskom nemá význam postihnúť resuscitovať
- d) nikdy nevznikajú nekrózy tkaniva, dochádza iba k poruche funkcie nervov

478. Pri poleptaní:

- a) nehrozí celková otrava chemikáliou
- b) poškodzovanie tkanív trvá tak dlho, pokiaľ chemická látka nie je inaktivovaná zriedením vodou, alebo neutralizáciou
- c) sa ani pri hlbokých defektoch neprikláňame k nekretómii a následnej autotransplantácii kožných štepan
- d) vymývanie vodou nesmie trvať dlhšie, ako niekoľko minút

479. Pri omrzlinách:

- a) suchý chlad spôsobí väčšie poškodenie tkaniva, ako vlhký
- b) je mechanizmus poškodenia tkaniva rovnaký, ako pri termickom úraze, t.j. denaturácia bielkovín
- c) podobne ako popáleniny ich delíme na tri stupne: 1. Congelatio erytematosa, 2. congelatio bulosa, 3. congelatio necrotisans
- d) prvá pomoc spočíva v rozcvičení omrznutých končatín

480. Pri hojení povrchových popálení:

- a) dochádza k hojeniu ad integrum (bez jaziev)
- b) plocha býva najskôr červená, citlivejšia, ale po niekoľkých rokoch sa prispôsobí okoliu
- c) sa odporúča miesto vystavovať UV žiareniu pre lepší výsledný efekt
- d) sa nevyhneme vzniku hypertrofických jaziev

481. Rozdiel medzi hypertrofickou jazvou a keloidom:

- a) je, že hypertrofické jazvy vznikajú po závažnejších poraneniach (napríklad popáleninách) a sú ohraničené na poranenú oblasť, zatiaľčo keloidy vznikajú na predilekčných miestach po nepatrných stimuloch a po chirurgickej excízii väčšinou recidivujú
- b) nie je, výrazy sú synonymá
- c) je v raste jazvy – keloid v priebehu času regreduje, zatiaľ čo hypertrofická jazva túto schopnosť nemá
- d) keloidy po operačnej terapii väčšinou nerecidivujú

482. Kontraktúry:

- a) vznikajú v miestach veľmi málo pohyblivej kože
- b) sú to jazvové pruhy, ktoré obmedzujú hybnosť kĺbov a znetvorujú postihnuté oblasti
- c) nedá sa im predchádzať žiadnymi preventívnymi opatreniami
- d) sa u každého pacienta vytvoria viacmenej v rovnakom rozsahu

483. Americká asociácia anesteziológov - ASA vytvorila škálu na na predoperačné zhodnotenie rizika anestetickéj morbidita a mortality. Do koľkých stupňov sa podľa ASA rozdeľujú pacienti:

- a) do 2 základných skupín
- b) do 3
- c) do 5
- d) do 4

484. Aké možné komplikácie prináša so sebou zavedenie centrálneho venózneho katétra?

- a) srdcové arytmie
- b) pneumothorax
- c) hemothorax
- d) všetky uvedené komplikácie sú možné a+b+c

485. Epidurálna anestéza znižuje riziko pooperačných komplikácií:

- a) znižuje riziko pooperačných pľúcnych komplikácií
- b) znižuje riziko vzniku venoznej trombozy v dôsledku skoršej mobilizácie
- c) obe predchádzajúce odpovede sú správne
- d) nie epidurálna anestéza ma vplyv len na tlmenie akútnej pooperačnej bolestivosti

486. Pooperačné zvýšenie teploty:

- a) pooperačne špecifickú príčinu mierneho zvýšenia teploty zistíme v menej ako 20% prípadov
- b) vždy pátrame len po infekčnej príčine
- c) neinfekčná tromboflebitída v mieste podávania infuzných roztokov je zriedkavá príčina teploty
- d) spôsobené infekciou rany je časté a je ľahko klinicky identifikovateľné už prvé pooperačné dni

487. Thyroid storm- tyreoidálna kríza je charakterizovaná:

- a) hyperpyrexiou, tachykardiou, arytmiou, hypotenziou a potením
- b) vzniká často po totálnej tyreoidektómii
- c) propranolol v liečbe blokuje syntézu tyreoidálnych hormónov
- d) tachyarytmia je zriedkavým príznakom tyreoidálnej krízy

488. Atelektáza:

- a) je najčastejšou komplikáciou pooperačnou u pacientov po operačnom výkone v celkovej anestéze
- b) často je hodnotiteľná klinicky auskultačne a RTG známky atelektázy nie sú prítomné
- c) liečba je zameraná v prvom rade na re-expanziu alveolov a až v druhom slede na čistenie bronchiálneho stromu
- d) management pooperačnej bolesti nemá vplyv na vznik atelektázy

489. Aspiračná pneumonitis:

- a) prevenciou je byť nalačno aspoň 6 hodín pred operačným výkonom, pri urgentnom operačnom výkone je nutné zaviesť nasogastrickú sondu
- b) bronchiálna laváž sa dnes už nevyužíva ako metóda liečby
- c) častejšie sú postihnuté ľavé pľúca, nakoľko ľavý bronchus je viac v línii trachey ako pravý
- d) syndróm bol prvý krát popísaný Mendelsonom už v 19. storočí

490. Aspiračná pneumónia:

- a) je synonymum aspiračnej pneumonitis
- b) dôležitý je jej náhly vznik
- c) vzniká inhaláciou obsahu z oropharyngu, ktorý má normálne pH ale obsahuje baktérie najmä anaeroby
- d) aspiračná pneumónia spôsobuje následne takmer vždy vznik pľúcneho abscesu

491. Pľúcny edém:

- a) vzniká pri zlyhávaní pravého srdca
- b) masívne infúzie kryštaloidov môžu zvýšiť onkotický tlak a tým zlepšiť stav pacienta
- c) typickým klinickým príznakmi sú ortopnoe a bazálny krepitus na pľúcach
- d) jedným zo základných princípov liečby je zvýšenie intravenózneho príjmu tekutín

492. Pľúcna embólia:

- a) klasický trias predstavuje: respiračná insuficiencia + neurologické príznaky + petechiálny rash
- b) vzniká najmä pri fraktúrach členka - trimalleolarnej zlomenine
- c) vzniká zhlukovaním tukových čiastočiek z poranených venul v okolí miesta poranenia
- d) korekcia hypoxie je nutná po stabilizácii pacienta

493. Hlboká venózna trombóza:

- a) prevencia je v podávaní malých dávok heparínu nízkomolekulového u rizikových pacientov už pred operáciou
- b) kompresívna bandáž je kontraindikovaná pre riziko uvoľnenia trombu pri stlačení končatiny
- c) chirurgická liečba je najčastejšia metóda liečby hlbokéj žilovej trombózy
- d) Quickov test udávaný v percentách je jedným z príznakov trombózy pri klinickom vyšetrení

494. Diseminovaná intravaskulárna koagulopatia:

- a) prebieha v 3 štádiách: hyperkoagulácia, hypokoagulácia a následne fibrinolýza so vznikom cirkulujúcich inhibítorov zrážania krvi antitrombínovej povahy
- b) klinicky DIC vzniká postupne
- c) EAC- kyselina epsilonaminokapronová a PAMBA kyselina paraaminometylbenzoová nie sú inhibitory fibrinolýzy
- d) táto porucha hemostázy zriedka končí smrteľne

495. Stresové erózie a vrede v oblasti gastroduodena:

- a) súvisia so stresovou situáciou aká operačný výkon predstavuje a najčastejšou ich komplikáciou je perforácia
- b) sú nebezpečné v pooperačnom období predovšetkým pre riziko krvácania
- c) u všetkých rizikových pacientov vykonávame pooperačne gastrokopiu
- d) medikamentózne liečba sa dáva až po vzniku ťažkostí

496. Ogilvieho syndróm je:

- a) akútna pseudoobštrukcia kolonu, paralytický ileus najčastejšie proximálnej časti kolonu
- b) liečba spočíva v urgentnej operácii
- c) vždy sa dá stav vyriešiť medikamentózne
- d) pri riziku cecalnej perforácii z extrémnej distenzie je vhodnejšia cektómia ako kolonoskopická dekompresia

497. Singultus

- a) predstavuje opakovane klonické krče bránice a medikamentózna podporná liečba neexistuje
- b) liečba spočíva v pátraní po príčine a podávaní chlorpromazínu a dýchaním do vaku 3-6 minút
- c) vždy má pôvod centrálny - z dráždenia mozgového centra alebo zápalom - meningitída
- d) bráničný nerv je paralyzovaný

498. Mikcia po operácii:

- a) najneskôr do 24 hodín po operácii sa obnovuje diuréza
- b) ak diuréza nie je obnovená pacienta urýchlene zacievkujeme
- c) ak sa diuréza neobnoví najneskôr do 12 hodín forsírujeme diurézu aplikáciou tepla, zvukových impulzov, vertikalizáciou pacienta a až pri neúspechu konzervatívneho postupu pacienta zacievkujeme
- d) pacienta vždy cievkuje zdravotná sestra

499. Wirchovove trias:

- a) je trias príznakov pri vzniku biliárneho ileu
- b) je trias príznakov pri vzniku pľúcnej embólie
- c) je trias predispozičných faktorov vzniku trombózy
- d) vyjadruje 3 etapy vzniku DIC

500. Lokálne rizikové faktory vzniku dehiscencie rany najpresnejšie vystihuje odpoveď:

- a) nedokonalý uzáver operačnej rany - vpichy blízko fasciálneho okraja, šitie "nariedko"
- b) nedokonalý uzáver operačnej rany a zvýšenie vnútrobrušného tlaku
- c) typ chirurgického rezu - pozdĺžny versus priečny rez
- d) kombinácia: nedokonalý uzáver rany + zvýšený vnútrobrušný tlak + nedokonalé hojenie rany

501. Kedy vzniká dehiscencia rany ?

- a) už prvý pooperačný deň - najčastejšie sa prejaví pri vstávaní pacienta
- b) najčastejšie 5. až 8. pooperačný deň
- c) väčšinou až po vybratí kožných stehov
- d) väčšinou vzniká približne mesiac od operačného výkonu

502. Pooperačná parotitída - ktoré z vyjadrení nie je pravdivé:

- a) kedysi bežná pooperačná komplikácia
- b) jedná sa o vzácnu stafylokokovú infekciu najčastejšie v 2. pooperačnom týždni, najčastejšie pri zavedenej nasogastrickej sonde
- c) hygiena úst nie je primárny problém pri vzniku parotitídy
- d) ak výplachy úst s antibiotickou liečbou nepomáhajú je nutná chirurgická liečba - malé incízie rovnobežne s n.facialisnad žľazou

503. Pooperačná kolitída spôsobená clostrídiami - kultivácia stolice preukáže ako etiolog. agens:

- a) Clostridium tetani
- b) Clostridium difficile
- c) Clostridium perfringens
- d) Clostridium botulinum

504. Aká je normálna kapacita močového mechúra - pri prekročení ktorej môže vzniknúť pooperačná retencia moču:

- a) normálna kapacita je 500 ml -pri nadmernom rozťahnutí mechúra a potlačení neurálnych mechanizmov vzniká retencia moču
- b) normálna kapacita močového mechúra je 2000 ml
- c) pri operáciách sa profylakticky močový mechúr nikdy nekatetrizuje pre riziko infekcie
- d) po spinálnej anestézii sa pravdepodobnosť retencie moču v porovnaní s celkovou anestézou znižuje

505. Pooperačné známky hypoglykémie:

- a) nesústredenosť, tras, občasný smiech
- b) zvýšenie teploty, bolesti operačnej rany
- c) úzkosť, tras, profúzne potenie bez teploty
- d) pri dávkovaní inzulínu sa môžeme riadiť podľa hodnôt glukózy v moči

506. V pooperačnej bilancii rozvratu elektrolytovej rovnováhy najčastejšie nachádzame:

- a) hypernatrémiu s hyperkalémiou
- b) hypokalémiu, alkalózu, hyponatrémiu
- c) hyperkalcémiu
- d) hypochlorémiu

507. Spôsob neutralizácie účinkov heparínu:

- a) protamínsulfátom
- b) vitamínom K
- c) najčastejšie čerstvou zmrazenou plazmou
- d) najčastejšie plnou krvou

508. Podávanie transfúzie krvi a krvných komponentov pooperačne je v závislosti od:

- a) krvných strát, veku, hodnote hemoglobínu, kardiopulmonálnemu stavu pacienta
- b) podávanie transfúzie indikuje hematológ nie chirurg
- c) 1 transfúzna jednotka zvýši hemoglobín o 3% a hematokrit o 1g/dl
- d) rýchlosť podávania krvi je obvykle do 1000 ml za 1 hodinu

509. V pooperačnej starostlivosti u geriatrickej populácii je nutné klásť dôraz na prevenciu vzniku dekubitov a to:

- a) polohovaním pacienta aspoň raz denne ho otočiť na druhú stranu
- b) snaha udržať pacienta v polohe na chrbte aby nevznikol tlak na trochanter maius
- c) natieranie pokožky krémami ako prevencia vysušovaniu pokožky
- d) polohovanie pacienta niekoľkokrát za noc, podkladanie antidekubitových matracov, rehabilitácia

510. Indikácie zavedenia centrálného venózneho katétra:

- a) podávanie roztokov koncentrovanejších ako 850 mOsmol/l
- b) plánovanie nutričnej podpory dlhšie ako 5 dní
- c) kombinácia predchádzajúcich dvoch faktorov
- d) vždy je snaha o centrálny žilový prístup, nakoľko je bezpečnejší

511. Pooperačná laryngotracheitída je definovaná:

- a) podráždením sliznice hrtanu a priedušnice endotracheálnou kanylou, liečba spočíva v podávaní antibiotík
- b) podráždením sliznice trachey endotracheálnou kanylou a liečbou sú obklady na krk, inhalácia, až podávanie kortikoidov
- c) podráždením sliznice trachey po opakovaných pokusoch o intubáciu a väčšinou je nutná tracheostómia
- d) je veľmi zriedkavá pooperačná komplikácia a liečbu je nutné konzultovať s ORL lekárom

512. Amputácia v Lisfrankovom kĺbe je:

- a) exartikulácia tarzometatarzálneho kĺbu
- b) tarzálna amputácia
- c) metatarzálna amputácia
- d) exartikulácia prstov nohy

513. Amputácia v Chopartovom kĺbe je:

- a) disartikulácia talonavikulárneho a kalkaneokuboidálneho kĺbu
- b) exartikulácia tarzometatarzálneho kĺbu
- c) amputácia transmetatarzálnych kostí
- d) exartikulácia prstov

514. Exartikulácia je:

- a) odstránenie celej končatiny alebo jej časti v kĺbe
- b) odstránenie časti nohy
- c) odstránenie časti ruky
- d) odstránenie časti tkaniva alebo orgánu

515. Minimálna dĺžka túbie pri amputácii predkolenia má byť zachovaná:

- a) 7 cm
- b) 6 cm
- c) 5 cm
- d) 4 cm

516. Transmetatarzálna amputácia je v úrovni:

- a) metatarzov
- b) metakarpov
- c) prstov
- d) členka

517. Pri exartikulácii článku prsta je potrebné odstrániť:

- a) chrupku
- b) hlavičku prsta
- c) šľachu
- d) sval

51

518. Metakarpálna amputácia je v úrovni:

- a) metakarpov
- b) zápästia
- c) prstov
- d) metatarzov

519. Najčastejšou indikáciou na amputáciu u diabetikov je:

- a) gangréna
- b) infekcia
- c) embólia
- d) trauma

520. Zlomeniny v oblasti proximálneho femuru (zlomeniny krčku, pertrochanterové zlomeniny a subtrochanterové zlomeniny) sa vyskytujú najčastejšie u:

- a) detí
- b) dospelých mužov
- c) žien po 60 roku života
- d) mladých žien do 40 rokov života

521. Symptómami zlomeniny proximálneho femuru je:

- a) bolesť
- b) porucha hybnosti
- c) nemožnosť chôdze
- d) všetky možnosti sú správne

522. V prípade zlomeniny krčku femuru (intrakapsulárnej zlomeniny) s väčšou dislokáciou (v klasifikácii podľa Gardena III a viac) u 75 ročnej aktívnej zdravej pacientky s ASA skóre I (najnižšie anesteziologické skóre perioperačného rizika) je metódou voľby:

- a) osteosyntéza skrutkami
- b) osteosyntéza DHS (sklznou skrutkou na dlahe)
- c) implantácia totálnej endoprotézy
- d) implantácia hemiprotézy (cervikokapitálnej endoprotetickej náhrady)

523. Priečne zlomeniny stehnovej kosti ošetrujeme najčastejšie:

- a) intramedulárnou osteosyntézou (zaistené klincovanie)
- b) serklážou
- c) dlahou
- d) konzervatívne (balansovanou exteziou)

524. Hoffova zlomenina je:

- a) suprakondylická zlomenina femuru
- b) zlomenina patelly
- c) priečna zlomenina kondylov femuru
- d) zlomenina femuru i tibiie

525. Pri punkcii v prípade intraartikulárnej zlomeniny v oblasti kolena získame:

- a) hnis
- b) synoviálny exudát
- c) čistú krv
- d) krv s prímiesou tuku

526. Priečne zlomeniny patelly sa najčastejšie ošetrujú:

- a) stabilnou osteosyntézou skrutkami
- b) konzervatívnou liečbou sadrou, alebo ortézou
- c) serklážou
- d) externým fixátorom

527. Najčastejším dlhodobým dôsledkom intraartikulárnych zlomenín v oblasti kolenného kĺbu je:

- a) uhlová deformita
- b) dlhodobé bolesti v dôsledku poúrazovej artrózy kolenného kĺbu
- c) obmedzenie hybnosti
- d) odpovede A-C sú správne

528. Vďaka technologickému pokroku je možné intramedulárne ošetrovanie zlomenín diafýzy tíbie (vnútrodreňovým klincovaním) v rozsahu až:

- a) 1/5 dĺžky kosti
- b) 2/5 dĺžky kosti
- c) 3/5 dĺžky kosti
- d) 4/5 dĺžky kosti

529. Na ošetrovanie priečných zlomenín predkolenia využívame predovšetkým:

- a) serkláž
- b) konzervatívne ošetrovanie sadrovou imobilizáciou, alebo ortézou
- c) stabilnú osteosyntézu dlhou
- d) vnútrodreňové zaistené klincovanie

530. V prípade otvorenej nestabilnej zlomeniny predkolenia, ktorá je klasifikovaná ako kontaminovaná (v klasifikácii podľa Gustilo a Andersona ako III. stupeň) s dostatočným zachovaním cievneho riečiska je metódou voľby:

- a) zatvorená repozícia a sadrová fixácia
- b) amputácia
- c) debrídment a externá fixácia
- d) stabilná osteosyntéza dlhou

531. Najčastejším mechanizmom príčiny zlomeniny v oblasti členkového kĺbu je nadmerná:

- a) inverzia
- b) everzia
- c) flexia
- d) extenzia

532. O zlomeninách pätovej kosti sa dá povedať že:

- a) má najkomplikovanejšiu klasifikáciu
- b) má neistú prognózu napriek operačnej liečbe
- c) všetky odpovede sú správne

533. Najčastejšími zlomeninami metatarzov nohy je zlomenina:

- a) I. metatarzu
- b) I I. metatarzu
- c) IV. metatarzu
- d) V. metatarzu

534. Periprotetické zlomeniny sú špeciálnym typom zlomenín. Vyskytujú sa v okolí implantovaných umelých

kĺbov. Klasifikácia najčastejšia sa vyskytujúcich periprotetických zlomenín - zlomenín v oblasti bedrového kĺbu sa nazýva podľa mesta kde bola prijatá. Ide o mesto:

- a) Vancouver
- b) Paríž
- c) Montreal
- d) Hamburg

535. Transkeletárna extenzia na dolnej končatine sa zavádza cez:

- a) Veľký trochanter
- b) Condylu femoru
- c) Tuberositas tibiae
- d) Všetko uvedené

536. Svalová kontúzia vzniká najčastejšie pri:

- a) nepriamom násilí
- b) priamom násilí
- c) spontánne
- d) pri roztrhnutí svalovej fascie

537. Medzi príznaky svalovej trhliny nepatrí:

- a) náhla bolesť
- b) obmedzenie hybnosti
- c) palpačná bolestivosť a prítomnosť hematómu
- d) porušenie kožného krytu

538. Hernia muscularis vzniká ako následok porušenia:

- a) svalovej fascie
- b) prechodu sval - šľacha
- c) svalových vlákien
- d) krvných ciev zásobujúcich sval

539. Luxatio tendinis vzniká ako následok:

- a) roztrhnutia šľachovej pošvy
- b) natrhnutia svalovej fascie
- c) ruptúry svalu
- d) len pri šľachovej ruptúre

540. Funkcie svalu pri parciálnej ruptúre šľachy je:

- a) porušená vždy
- b) nemusí byť porušená, alebo len minimálne
- c) neporušená nikdy
- d) ani jedna správna odpoveď

541. Kde najčastejšie je lokalizovaná ruptúra šľachy:

- a) na prechode sval - šľacha a v úponových miestach šľachy
- b) približne v strede šľachy
- c) výlučne v úponových miestach šľachy
- d) výlučne na prechode sval – šľacha

542. Ruptúra postihujúca väčšiu časť svalu alebo sval ako celok sa ošetruje:

- a) výlučne konzervatívne
- b) sutúrou a imobilizáciou
- c) len sutúrou
- d) len imobilizáciou

543. Úpon m. flexor digitorum superficialis je na:

- a) proximálny článok falangu
- b) bázu stredného článku falangu vo forme chiasma tendinum
- c) distálny článok falangu
- d) hlavičku metacarpu

544. Hlavná funkcia m. flexor digitorum profundus:

- a) flexia distálnych interfalagových kĺbov
- b) flexia proximálnych interfalagových kĺbov
- c) extenzia proximálnych interfalagových kĺbov
- d) extenziadistálnych interfalagových kĺbov

545. Ktoré svaly lýtky sa upínajú na tuber calcanei v podobe Achillovej šľachy:

- a) m. gastrocnemius a m. soleus
- b) m. gastrocnemius a m. popliteus
- c) m. soleus a m. tibialis posterior
- d) m. tibialis posterior a m. soleus

546. Pri poranení Achillovej šľachy pacient nie je schopný:

- a) dorzálnej flexie v členku
- b) plantárnej flexie v členku
- c) everzie v členku
- d) flexie prstov dolnej končatiny

54

547. Transscissio tendinis znamená:

- a) roztrhnutie šľachy
- b) natrhnutie šľachy
- c) kontúzia šľachy
- d) preťatie šľachy

548. Crush syndróm vzniká ako následok pri:

- a) jednoduchých zlomenín
- b) ruptúry šliach
- c) masívnom pohmoždení a dlhodobého stlačenia mäkkých tkanív
- d) priame poranenie pri výbuchoch

549. Zlomeniny panvy s porušením panvového kruhu sú najčastejšie výsledkom:

- a) osteoporózy
- b) „high energy“ traumy
- c) nádorového ochorenia
- d) jatrogénneho poškodenia

550. Svojou závažnosťou z hľadiska ohrozenia života sú najvýznamnejšie:

- a) zlomeniny ramienok pubickej kosti
- b) zlomeniny acetábula
- c) zlomeniny panvového kruhu
- d) symfyzeolýza

551. Najčastejšou komplikáciou zlomeniny zadnej hrany acetábula je:

- a) poškodenie a. iliaca
- b) poškodenie n. femoralis
- c) poranenie močového mechúra
- d) poranenie n. ischiadicus

552. Neskorou komplikáciou zlomeniny acetábula je:

- a) poúrazová koxartroza
- b) oklúzia močového mechúra
- c) inkontinencia
- d) dyspareunia

553. Zlomeniny panvy sú život ohrozujúcim poranením pre:

- a) posun fragmentov
- b) krvácanie
- c) poranenie močového mechúra
- d) poranenie nervových koreňov

554. Prvou pomocou pri zlomeninách panvy typu „open book“ je:

- a) transkondylárna trakcia
- b) embolizácia poranených ciev
- c) podanie volumexpanderov
- d) naloženie panvovej svorky

555. Najčastejším zdrojom krvácania pri úrazoch panvy je:

- a) a. iliaca externa
- b) v. iliaca externa
- c) presakrálne venózne plexy
- d) corona mortis

55

556. Corona mortis je:

- a) anastomóza a. obturatoria a a. iliaca externa
- b) cirkulárny hematóm v oblasti močového mechúra
- c) klinický názov pre infaustnú prognózu poranenia panvy
- d) nič z uvedeného

557. Úrazová symfyzeolýza:

- a) je adaptáciou panvového kruhu rodičky na pôrod
- b) je klinicky nemá, nevyžaduje ošetrenie
- c) často spojená s poranením močových ciest
- d) zhoršuje sa brušným lisom

558. Zlomeniny panvového kruhu v rámci polytraumy

- a) vyžadujú ošetrenie na jednotke intenzívnej starostlivosti
- b) zaťažené vysokou mortalitou
- c) pri ich ošetrení platia zásady „damage control“
- d) všetko z uvedeného

559. „Packing“ malej panvy znamená:

- a) kompresia presakrálnych venózných plexov rúškami
- b) opichnutie a podviazanie krváčajúcich ciev
- c) intenzívna terapia hemostiptikami
- d) ľadovanie podbruška

560. Zdroj krvácania pri protrahovanom hemoragickom šoku pri zlomenine panvy sa dá identifikovať pomocou:

- a) MRI
- b) angiografie
- c) exploratívnou laparotomiou
- d) laparoskopicky

561. Definitívnu klasifikáciu zlomeniny panvy umožní:

- a) natívne RTG vyšetrenie
- b) gamagrafia skeletu
- c) CT
- d) sonografia

562. Koľko stavcov má krčná chrbtica ?

- a) 5
- b) 6
- c) 7
- d) 8

563. Koľko spinálnych nervov má krčná chrbtica?

- a) 5
- b) 6
- c) 7
- d) 8

564. Ktorý z krčných stavcov nemá telo ?

- a) C1
- b) C2
- c) C3
- d) C4

56

565. Ktorý z krčných stavcov má zub ?

- a) C1
- b) C2
- c) C3
- d) C4

566. Ktorá arteria prebieha cez procesus transversus krčných stavcov ?

- a) a.cefalica
- b) a.vertebralis
- c) a.facialis
- d) a. mesenterica superior

567. Ktorý spinálny nerv vychádza z neuroforamenu C5-C6 ?

- a) C4
- b) C5
- c) C6
- d) C7

568. Cez ktorý stavec zvyčajne neprechádza a . vertebralis ?

- a) C5
- b) C6
- c) C7
- d) C4

569. Ktorá špeciálna projekcia sa používa na zobrazenie zubu C2 ?

- a) šikmá projekcia
- b) transorálna projekcia
- c) fergusonová projekcia
- d) tangenciálna projekcia

570. Čo je pentaplegia ?

- a) ochrnutie bránice a všetkých končatín
- b) ochrnutie končatín
- c) ochrnutie ipsilaterálnych končatín
- d) ochrnutie končatín s inkontinenciou

571. Aké sú najčastejšie príčiny úrazov krčnej chrbtice?

- a) dopravné nehody a skoky do vody
- b) pád z výšky
- c) kolektívne športy
- d) pracovné úrazy

572. Čo je Whiplash injury ?

- a) RTG verifikovaná zlomenina v oblasti krčnej chrbtice
- b) diskoligamentózne poškodenie krčnej chrbtice
- c) vzájomný posun krčných stavcov
- d) poškodenie miechy bez korešpondujúceho RTG nálezu

573. Najpriekaznejšia zobrazovacia metóda na diskoligamentózne poranenia krčnej chrbtice je:

- a) RTG
- b) CT
- c) MRI
- d) PMG

574. Najpriekaznejšia zobrazovacia metóda na kostnú traumu krčnej chrbtice je:

- a) RTG
- b) CT
- c) MRI
- d) PMG

575. Pri hyperextenčnom mechanizme dochádza najskôr k zlomenine :

- a) tela stavca
- b) kĺbných výbežkov
- c) procesus spinosus
- d) procesus transversus

576. Pri hyperflečnom mechanizme dochádza najskôr k zlomenine

- a) tela stavca
- b) kĺbných výbežkov
- c) processus spinosus
- d) processus transversus

577. Zlomenina stavca spôsobená adekvátnym vonkajším násilím (napríklad pri páde z výšky), sa volá:

- a) osteoporotická
- b) traumatická
- c) patologická
- d) únavová

578. Neistý príznak zlomeniny lumbálnej chrbtice je:

- a) pozitívna RTG snímka
- b) krepitus
- c) bolestivosť a opuch
- d) všetky uvedené

579. Indikáciou na konzervatívnu liečbu zlomenín hrudníkovej a driekovej chrbtice je:

- a) stabilná zlomenina s minimálnou kompresiou výšky tela stavca
- b) nestabilná zlomenina stavca
- c) trieštivá zlomenina stavca s veľkou kompresiou tela stavca
- d) zlomenina s neurologickým deficitom z útlaku miechy

580. Istou známkou zlomeniny stavca L1 je:

- a) palpačná bolestivosť Th-L chrbtice
- b) hematóm L chrbtice
- c) pozitívna RTG snímka
- d) svalový spazmus v oblasti L chrbtice

581. Na diagnostiku zlomenín hrudníkovej a driekovej chrbtice sa využíva:

- a) fyzikálne vyšetrenie
- b) natívne RTG snímky
- c) CT a MRI
- d) všetky uvedené

582. K príznakom trieštivej zlomeniny stavca L3 so stenózou spinálneho kanála nepatrí:

- a) palpačná bolestivosť lumbálnej chrbtice
- b) vyžarovanie bolesti do horných končatín
- c) vyžarovanie bolesti do dolných končatín
- d) ochrnutie dolných končatín

583. Cieľom rehabilitácie pri zlomeninách chrbtice nie je:

- a) urýchlenie hojenia zlomeniny
- b) posilnenie svalstva
- c) nácvik koordinácie
- d) dosiahnutie správnych pohybových stereotypov

584. K zásadám ošetrovania zlomenín chrbtice patrí:

- a) repozícia
- b) fixácia
- c) rehabilitácia
- d) všetky uvedené

585. Na operačnú liečbu je indikovaná zlomenina chrbtice, ak je:

- a) stabilná
- b) spojená s útlakom nervových štruktúr
- c) bez úlomku v spinálnom kanáli
- d) staršieho dáta

586. Zlomenina stavca bez adekvátneho vonkajšieho násillia (napr. pri predklone)pre osteoporózu, sa volá:

- a) traumatická zlomenina
- b) únavová zlomenina
- c) patologická zlomenina
- d) všetky uvedené

58

587. Nestabilná zlomenina hrudníkovej chrbtice je indikáciou na:

- a) symptomatickú analgetickú liečbu
- b) liečbu korzetom
- c) osteosyntézu
- d) rehabilitáciu

588. Zlomenina stavca hrudníkovej alebo drierkovej chrbtice bez adekvátneho vonkajšieho násilia (napríklad

pri predklone), môže byť spôsobená:

- a) osteoporózou
- b) nádorom
- c) plazmocytómom
- d) všetky uvedené

589. Výskyt zlomenín kľúčnej kosti:

- a) 7 %
- b) 17 %
- c) 27 %
- d) 37 %

590. Medzi príznaky zlomeniny lopatky nepatrí:

- a) náhla bolesť
- b) obmedzenie hybnosti
- c) palpačná bolestivosť a prítomnosť hematómu
- d) paréza nervus radialis

591. Medzi zlomeniny horného konca ramenej kosti nepatrí:

- a) fractura colli anatomici humeri
- b) fractura colli chirurgici humeri
- c) fractura tuberculi maioris
- d) fractura trochanteri minoris

592. Rtg snímka humeru v 2x projekciách nám umožní stanoviť

- a) iba priebeh lomnej línie
- b) iba postavenie fragmentov
- c) postavenie fragmentov a priebeh lomnej línie
- d) lokalitu zlomeniny v oblasti humeru

593. Zlomeniny diafýzy humeru sú charakteristické:

- a) priamym mechanizmom vzniku (priamy náraz)
- b) asociovaným poranením n. ulnaris
- c) klinická diagnostika je ťažká
- d) ide o nedislokované zlomeniny

594. Odlomenie mediálneho epikondylu humeru vzniká

- a) pri páde na vystretú HK
- b) pri páde na zohnutú HK
- c) pri páde vystretú HK s posunom predlaktia do varozity
- d) pri páde vystretú HK s posunom predlaktia do valgozity

595. Odlomenie laterálneho epikondylu humeru vzniká

- a) pri páde na vystretú HK
- b) pri páde na zohnutú HK
- c) pri páde vystretú HK s posunom predlaktia do varozity
- d) pri páde vystretú HK s posunom predlaktia do valgozity

596. Zlomeniny distálneho rádia loco typico

- a) nepatria medzi časté zlomeniny
- b) vznikajú priamym mechanizmom
- c) sú dislokované vetrálne(volárne)
- d) ide o zlomeniny vyššieho veku

59

597. Konzervatívna liečba sádrovu imobilizáciou fr. Radii dist. Loco typico trvá

- a) 3 Týždne
- b) 4 Týždne
- c) 5 Týždňov
- d) 5-6 týždňov

598. Dislokované zlomeniny HK

- a) fixujeme sádrovou imobilizáciou
- b) reponujeme
- c) liečime operačnou liečbou
- d) reponujeme , fixujeme, ak sú nestabilné, tak liečime operačnou liečbou

599. Nedislokované zlomeniny HK

- a) fixujeme trojrohú šatkou
- b) reponujeme
- c) liečime operačnou liečbou
- d) fixujeme sádrovou imobilizáciou

600. Zlomenina člnkovej kosti (os naviculare manus)

- a) najčastejšia zlomenina v oblasti karpu
- b) diagnostika je ľahká
- c) stačia 2 rtg projekcie na stanovenie dg
- d) nepoškodzuje cievne zásobenie kosti

601. Zlomeniny metacarpálnych kostí

- a) vznikajú najčastejšie pri priamom údere alebo páde
- b) lieči iba konzervatívne
- c) liečime iba operačnou liečbou
- d) vznikajú zvyčajne nepriamym mechanizmom

602. Bennetova zlomenina

- a) je osobitá zlomenina v oblasti I. metacarpu
- b) je osobitá zlomenina v oblasti II. metacarpu
- c) je osobitá zlomenina v oblasti III. metacarpu
- d) je osobitá zlomenina v oblasti IV. Metacarpu

603. Zlomeniny phalangov

- a) vznikajú zvyčajne nepriamym mechanizmom
- b) často nie je postihnutá kĺbna plocha
- c) ich liečba je jednoduchá
- e) typické je asociované poranenie úponu extensorov z bázy phalangu

604. Distorzia (podvrtnutie) sa prejavuje zmenami v okolí kĺbov:

- a) len anatomickými
- b) len funkčnými
- c) anatomickými aj funkčnými
- d) žiadne z uvedených

605. Medzi príznaky distorzie nepatrí:

- a) opuch
- b) bolestivosť, obmedzenie hybnosti
- c) pocit napätia v kĺbe
- d) opakujúce sa záchvaty bolesti a opuchu v kĺbe

606. Poškodenie väzov alebo kĺbneho púzdra pri podvrtnutí môže mať za následok:

- a) kĺbnu instabilitu
- b) recidivujúce distorzie kĺbu
- c) hemarthros
- d) všetky z uvedených

607. Hemarthros charakterizuje:

- a) krvný výron v mäkkých tkanivách v okolí kĺbu
- b) hnisavá náplň kĺbu
- c) krvavá náplň kĺbu
- d) nevzniká pri distorziách s poškodením kĺbných väzov a púzdra

608. Luxácia kĺbu znamená:

- a) úplné oddialenie kĺbných plôch, bez straty kongruencie
- b) úplné oddialenie kĺbných plôch, s úplnou stratou kongruencie
- c) čiastočné zachovanie kontaktu kĺbných plôch
- d) porušenie kongruencie pri intraartikulárnych zlomeninách

609. Luxatio inveterata je:

- a) čerstvá luxácia kĺbu
- b) opakujúca sa luxácia kĺbu
- c) luxácia trvajúca niekoľko dní
- d) luxácia spojená so zlomeninou v oblasti kĺbu

610. Kongenitálna luxácia sa najčastejšie vyskytuje v oblasti:

- a) ramenného kĺbu
- b) bedrového kĺbu
- c) akromio-klavikulárneho kĺbu
- d) kolenného kĺbu

611. Na potvrdenie diagnózy luxácie kĺbu potrebujeme:

- a) len anamnézu
- b) len klinické vyšetrenie
- c) len RTG vyšetrenie v AP projekcii
- d) anamnézu, klinické vyšetrenie a RTG vyšetrenie kĺbu (v 2 projekciách)

612. Patologická luxácia má svoju príčinu v :

- a) vrozenom anatomickom a funkčnom deficite kĺbných štruktúr
- b) získanom anatomickom a funkčnom deficite kĺbných štruktúr
- c) pri patologických zlomeninách
- d) pri intraartikulárnych zlomeninách

613. Medzi komplikácie zatvorenej luxácie nepatrí:

- a) poškodenie ciev a periférneho prekrvenia
- b) poškodenie periférnych nervov
- c) vniknutie okolitých tkanív intraartikulárne a ich interpozícia pri repozícii
- d) infekcia kĺbu

614. Primárnou liečbou luxácie je:

- a) zatvorená repozícia a imobilizácia
- b) otvorená repozícia s rekonštrukčným výkonom na mäkkých tkanivách
- c) zatvorená repozícia bez imobilizácie
- d) žiadna z uvedených

615. Pri distorzii členka sa musíme v diagnostike sústrediť na:

- a) poškodenie nervovocievnych štruktúr
- b) zlomeninu v oblasti členka
- c) poškodenie ligamentózneho aparátu spôsobujúce instabilitu
- d) všetky uvedené

61

616. Labrum glenoidale je:

- a) kostný okraj facies lunata acetabuli
- b) kostný kĺbny okraj fossa glenoidale v articulatio humeri
- c) chrupavčitý kĺbny okraj fossa glenoidale v articulatio humeri
- d) väzivovo spevnené kĺbne púzdro articulatio humeri

617. Pri distorzii členka v inverzii môže dôjsť k poškodeniu:

- a) ligamentum calcaneofibulare a lig. talofibulare (anterior et posterior)
- b) ligamentum deltoideum (lig. collaterale mediale)
- c) mediálneho menisku kolena
- d) žiadne z uvedených

618. V articulatio humeri rozsah kĺbnej jamky:

- a) tvorí 1/3 až 1/4 artikulačnej plochy hlavy humeru
- b) tvorí rovnakú plochu ako artikulačná plocha hlavy humeru
- c) tvorí dvojnásobnú plochu ako artikulačná plocha hlavy humeru
- d) nie je zväčšený o chrupavčitý okraj (labrum)

619. Vulnus sectum je rana:

- a) rezná
- b) bodná
- c) sečná
- d) strelná

620. Rana sečná vzniká:

- a) preniknutím úzkeho ostrého alebo tupého predmetu do hĺbky tela
- b) tlakom a ťahom ostrého predmetu po koži
- c) kolmým alebo šikmým dopadom ostrého predmetu na povrch tela
- d) puknutím kože vplyvom ťahu

621. Rana sečná:

- a) je najhlbšia uprostred, smerom k oboj koncom sa hĺbka znižuje
- b) má v celom priebehu rovnakú hĺbku
- c) nebýva hlboká
- d) často sa tento druh rany spája s laceráciou

622. Vonkajší tvar sečnej rany môže pripomínať ranu:

- a) strelnú
- b) bodnú
- c) tržnú
- d) reznú

623. Okraje sečnej rany:

- a) sú hladké a ostré
- b) sú zhmoždené s exkoriáciami a hematómami
- c) opisujú tvar čeľuste
- d) sú nerovné

624. Rana sečná:

- a) hĺbka rany sa klinovite zužuje
- b) časť kože a hlbšie tkanivá môžu chvať
- c) sa delí na rany projektilové a črepinové
- d) môže mať charakter kontúzie

625. Pri sečnej rane:

- a) nachádzame široký vstrel
- b) vedenej veľkou silou naprieč na pozdĺžnu osu končatiny, môže dôjsť k amputácii
- c) bývajú nerovné okraje
- d) môže časť kože a podkožia chvať

626. Rana sečná:

- a) vzniká puknutím kože vplyvom ťahu
- b) výbod je väčšinou vzácný a máva väčšinou menší priemer ako vbod
- c) môže mať charakter kontúzie
- d) pri šikmom dopade zraňujúceho predmetu môže mať oblúkovitý alebo ľaločnatý tvar

627. Charakter sečnej rany:

- a) závisia od sily vynaloženej pri použití rezného nástroja, charakteru a ostrosti čepele a uhlu, pod ktorým pôsobí rezný nástroj na povrch tela
- b) závisia od typu sečného predmetu, vynaloženej sily a smeru pôsobenia sečného predmetu
- c) závisia od vynaloženej sily, od typu bodného nástroja a uhlu, pod ktorým nástroj vnikol do tela
- d) nie je ovplyvnený silou vynaloženej na zraňujúci predmet

628. Sečná rana:

- a) je poranenie projektilom
- b) často patrí medzi penetrujúce rany
- c) je rana s nepravidelnými zdrapovitými okrajmi
- d) krváca o niečo menej ako rezná rana, pretože dochádza k väčšiemu pohmoždeniu tkaniva

629. Vulnus scissum je rana:

- a) sečná
- b) rezná
- c) bodná
- d) strelná

630. Rana rezná vzniká:

- a) preniknutím úzkeho ostrého alebo tupého predmetu do hĺbky tela
- b) tlakom a ťahom zraňujúceho ostrého predmetu na povrch tela
- c) kolmým alebo šikmým dopadom ostrého predmetu na povrch tela
- d) puknutím kože vplyvom ťahu

631. Zvláštnym prípadom rezných rán sú rany strižné spôsobené:

- a) nožom
- b) nožnicami
- c) žiletkou
- d) brokovnicou

632. Rana rezná:

- a) hĺbka rany sa klinovite zužuje
- b) časť kože a hlbšie tkanivá môžu chvať
- c) je väčšinou priamočiara alebo ľahko oblúkovitá
- d) môže mať charakter kontúzie

633. Charakter reznej rany:

- a) závisia od sily vynaloženej pri použití rezného nástroja, charakteru a ostrosti čepele a uhlu, pod ktorým pôsobí rezný nástroj na povrch tela
- b) závisia od typu sečného predmetu, vynaloženej sily a smeru pôsobenia sečného predmetu
- c) závisia od vynaloženej sily, od typu bodného nástroja a uhlu, pod ktorým nástroj vnikol do tela
- d) nie je ovplyvnený silou vynaloženej na zraňujúci predmet

634. Okraje reznej rany:

- a) sú hladké a ostré
- b) sú nerovné
- c) opisujú tvar čeľuste
- d) sú zhmoždené, s exkoriáciami a hematómami

635. Rana rezná:

- a) vzniká puknutím kože vplyvom ťahu
- b) často je dlhšia ako širšia
- c) môže mať charakter kontúzie
- d) pri šikmom dopade zraňujúceho predmetu môže mať oblúkovitý alebo ľaločnatý tvar

636. Rezná rana:

- a) je poranenie projektilom
- b) kosti zvyčajne nebývajú poškodené, avšak na okostici je často možné pozorovať nárez
- c) je rana s nepravidelnými zdrapovitými okrajmi
- d) krváca o niečo menej ako sečná rana, pretože dochádza k väčšiemu pohmoždeniu tkaniva

637. Rana rezná:

- a) je najhlbšia uprostred, smerom k oboj koncom sa hĺbka znižuje
- b) má v celom priebehu rovnakú hĺbku
- c) nebýva hlboká
- d) často sa tento druh rany spája s laceráciou

638. Pri reznej rane:

- a) nachádzame široký vstrel
- b) vedenej veľkou silou naprieč na pozdĺžnu osu končatiny, môže dôjsť k amputácii
- c) v dôsledku ostrého otvorenia ciev a preťatia nervových vlákien, rana z pravidla krváca a je sprevádzaná páliovou bolesťou
- d) môže časť kože a podkožia chvať

639. Vulnus punctum je rana:

- a) tržná
- b) bodná
- c) strelná
- d) rezná

640. Rana bodná:

- a) hĺbka rany sa klinovite zužuje
- b) časť kože a hlbšie tkanivá môžu chýbať
- c) kanál rany môže byť priamočiary
- d) môže mať charakter kontúzie

641. Bodná rana:

- a) je poranenie projektilom
- b) často patrí medzi penetrujúce rany
- c) je rana s nepravidelnými zdrapovitými okrajmi
- d) okraje bývajú hladké a často k sebe priliehajú

642. Rana bodná vzniká:

- a) preniknutím úzkeho ostrého alebo tupého predmetu do hĺbky tela
- b) tlakom a ťahom zraňujúceho ostrého predmetu po koži
- c) kolným alebo šikmým dopadom ostrého predmetu na povrch tela
- d) puknutím kože vplyvom ťahu

643. Charakter bodnej rany:

- a) závisia od sily vynaloženej pri použití rezného nástroja, charakteru a ostrosti čepele a uhlu, pod ktorým pôsobí rezný nástroj na povrch tela
- b) závisia od typu sečného predmetu, vynaloženej sily a smeru pôsobenia sečného predmetu
- c) závisia od vynaloženej sily, od typu bodného nástroja a uhlu, pod ktorým nástroj vnikol do tela
- d) nie je ovplyvnený silou vynaloženej na zraňujúci predmet

644. Rana bodná:

- a) je najhlbšia uprostred, smerom k oboj koncom sa hĺbka znižuje
- b) tvar rany je daný tvarom raňujúceho predmetu
- c) nebýva hlboká
- d) často sa tento druh rany spája s laceráciou

645. Pri bodnej rane:

- a) nachádzame široký vstrel
- b) vedenej veľkou silou naprieč na pozdĺžnu osu končatiny, môže dôjsť k amputácii
- c) rozlišujeme vbod, priebod a výbod
- d) môže časť kože a podkožia chvať

646. Bodná rana:

- a) je poranenie projektilom
- b) kosti zvyčajne nebývajú poškodené, avšak na okostici je často možné pozorovať nárez
- c) v okolí vbodu zvyčajne nenachádzame nakoži žiadne zmeny
- d) krváca o niečo menej ako sečná rana, pretože dochádza k väčšiemu pohmoždeniu tkaniva

647. Okraje bodnej rany:

- a) sú hladké a ostré a do hĺbky sa klinovite zužujú
- b) sú zhmoždené, s exkoriáciami a hematómami
- c) opisujú tvar čeluste
- d) ostré okraje zanecháva predmet ostrý, nerovné okraje predmet tupý

648. Rana bodná:

- a) vzniká puknutím kože vplyvom ťahu
- b) výbod je väčšinou vzácny a máva väčšinou menší priemer ako vbod
- c) môže mať charakter kontúzie
- d) má oblúkovitý alebo ľaločnatý tvar

649. Pred amputáciou dolnej končatiny sa vykonáva:

- a) angiografické vyšetrenie
- b) flebografia
- c) ermometria
- d) scintigrafia

650. Gilotínová amputácia je:

- a) pretnutie tkanív a kosti v jednej rovine
- b) preťatie gilotínou
- c) preťatie mäkkých tkanív v jednej rovine
- d) amputácia v členku

651. ABI index je:

- a) brachiopopliteálny index,
- b) členkovopopliteálny index
- c) členkovobrachiálny index
- d) brachiočlenkový index

652. U zdravého človeka je hodnota ABI indexu

- a) 0,7-0,8,
- b) 0,9-1,0
- c) nad 1,3
- d) pod 0,5

653. Hodnota ABI u kritickej ischémii je:

- a) 0,7-0,9
- b) 0,6-0,8
- c) nad 1,0
- d) pod 0,5

654. U ABI meriame na a.brachialis a a. dorsalis pedis tlak:

- a) diastolický
- b) systolický
- c) systolický a diastolický tlak
- d) teplotu

655. Fontainove sú:

- a) kritériá
- b) štádiá
- c) povesti
- d) indexy

656. Fontainove štádiá rozdeľujeme na:

- a) 2 štádiá
- b) 5 kritérií
- c) 4 štádiá
- d) 3 indexy

65

657. Oxymetrickým vyšetrením určujeme:

- a) ABI index,
- b) transkutánný tlak CO₂
- c) transkutánný tlak kyslíka
- d) radioaktivitu

658. Angiografické vyšetrenie je :

- a) vyšetrenie kostnej drene,
- b) vyšetrenie lymfatických ciev
- c) vyšetrenie žilového systému
- d) vyšetrenie arteriálneho systému podaním kontrastnej látky do artérie

659. Termografia je:

- a) vyšetrenie kožnej teploty scintigrafom
- b) vyšetrenie kožnej teploty termografom
- c) vyšetrenie pomocou scintigrafu
- d) meranie teploty vzduchu

660. Scintigrafické vyšetrenie na zistenie trombózy dolných končatín je:

- a) akumulčný 125 J-fibrinogénový test
- b) značkové leukocyty
- c) značkové kmeňové bunky
- d) značkový fibrín

661. Dopplerometrické vyšetrenie je:

- a) invazívne vyšetrenie ciev,
- b) neinvazívne vyšetrenie ciev
- c) vyšetrenie pomocou rádioizotopov
- d) punkčné vyšetrenie

662. Lymfografia je:

- a) vyšetrenie vén
- b) vyšetrenie artérií
- c) vyšetrenie lymfatického systému po podaní kontrastnej látky
- d) vyšetrenie viscerálnych ciev

663. Pirogova amputácia je:

- a) resekcia ossis cuboideum
- b) resekcia je v úrovni talu
- c) resekcia je v úrovni kalkanea
- d) exartikulácia v členkovom kĺbe

664. Amputácia v stehne môže byť:

- a) malá
- b) suprakondylická
- c) v úrovni tuberositas tibiae
- d) Subkondylárna

665. Suprakondylická amputácia v stehne:

- a) je nad kondylmi femoru
- b) v strednej časti femoru
- c) pod kondylmi femoru
- d) v úrovni trochanterov femoru

666. Pod pojmom exartikulácia coxy máme na mysli:

- a) odstránenie coxy
- b) odstránenie celého femoru s chrupkou
- c) vysokú amputáciu v stehne
- d) amputácia v strede stehna

667. Pri amputácii do pinzety nechytáme:

- a) cievy
- b) kosť
- c) mäkké tkanivá
- d) chrupky

66

668. Pri sùtúre kože počas amputácie pre gangrénu sa nepoužíva:

- a) pinzeta
- b) ihlelec
- c) nožničky
- d) šicí materiál

669. Po amputácii predkolenia je nežiadúca komplikácia:

- a) kašeľ
- b) flekčná kontraktúra
- c) pyúria
- d) inkontinencia moču

670. Flekčná kontraktúra je po amputácii:

- a) exartikulácii femoru
- b) stehna
- c) prekolenia
- d) transmetatarzálnej amputácii

671. Čo sa rozumie pod pojmom flekčná kontraktúra:

- a) flexia v kĺbe, ktorá je fixovaná
- b) extenzia v kĺbe
- c) spazmus svalov
- d) kontrakcie uteru

672. Indikáciou na exartikuláciu v koxe je:

- a) absces femoru
- b) phlegmóna femoru
- c) malígne tu pod malým trochanterom, malígne tu mäkkých tkanív v strednej a distálnej časti femoru, nehojaci sa pahýľ po vysokej amputácii
- d) benígne nádory stehna

673. Fantómová bolesť je často po:

- a) porezaní
- b) amputácii
- c) ablácii nechta
- d) kontúzii

674. Prevenciou fantómových bolestí je:

- a) aplikácia anestetika do oblasti nervu
- b) sùtura nervu
- c) podávanie analgetík
- d) podávanie antibiotík

675. Fantómové bolesti sa vyskytujú po amputácii v:

- a) 40%
- b) 30%
- c) 20%
- d) 80%

676. Komplikácie po amputácii rozdeľujeme na:

- a) nerozdeľujeme ich
- b) oneskorené
- c) včasné a neskoré
- d) len skoré

677. Flebografia je vyšetrenie:

- a) arteriálneho systému s podaním kontrastnej látky do žily
- b) venózneho systému s podaním kontrastnej látky do žily
- c) arteriálneho systému s podaním kontrastnej látky do artérie
- d) lymfatického systému s podaním kontrastnej látky do vény

678. Prítomnosť pulzácie v blízkosti amputácie je:

- a) dobrým prognostickým faktorom hojenia pahýľu
- b) zlým prognostickým faktorom hojenia pahýľu
- c) nemá vplyv na hojenie pahýľu
- d) nevyšetruje sa pulzácia

679. Rest interval je v štádiu:

- a) kľudovej bolesti
- b) klaudikácii
- c) v asymptomatickom štádiu
- d) gangrény

680. I. štádium podľa Fontaina sa nazýva:

- a) vysoké štádium
- b) symptomatické štádium
- c) mierne štádium
- d) asymptomatické štádium

681. II. štádium podľa Fontaina sa nazýva:

- a) klaudikačné štádium
- b) štádium kľudovej bolesti
- c) štádium gangrény
- d) asymptomatické štádium

682. III štádium podľa Fontaina sa nazýva:

- a) klaudikačné štádium
- b) asymptomatické štádium
- c) štádium gangrény
- d) štádium kľudových bolestí

683. V III štádiu podľa Fontaina pacient má zo začiatku bolesti:

- a) na obed
- b) cez deň
- c) v noci
- d) ráno

684. Sediaci pacient so zvesenými nohami alebo chodiaci pacient v noci je v štádiu podľa Fontaina:

- a) III štádiu
- b) II štádiu
- c) IV štádiu
- d) I štádiu

685. IV štádium podľa Fontaina je:

- a) rest intervalu
- b) štádium gangrény
- c) asymptomatickom štádiu
- d) štádium klaudikácií

686. Gangréna u pacientov s diabetes mellitus je najčastejšie:

- a) suchá gangréna
- b) vlhká gangréna
- c) ohraničená gangréna
- d) neohraničená gangréna

687. Suchá gangréna je u pacientov s:

- a) diabetes insipidus
- b) diabetes mellitus
- c) ICHDK na podklade AS
- d) virózou

688. II štádium podľa Fontaina rozdeľujeme na:

- a) IIa,b,c
- b) II a,b
- c) IIc
- d) II a

68

689. U IIa štádia podľa Fontaina sú klaudikácie po:

- a) 500 m
- b) 100 m
- c) 50 m
- d) 200 m

690. U IIb štádia podľa Fontaina sú klaudikácie pod:

- a) 100 m
- b) 200 m
- c) 50 m
- d) 500 m

691. U IIc štádia podľa Fontaina sú klaudikácie pod:

- a) 50 m
- b) 70 m
- c) 60 m
- d) 100 m

692. Kritická končatinová ischémia je charakterizovaná:

- a) tlakom na a. dorsalis pedis nad 70 torr
- b) tlakom na a. dorsalis pedis nad 50 torr a prstovým tlakom nad 30 torr
- c) tlakom na a. dorsalis pedis pod 50 torr a prstovým tlakom pod 30 torr
- d) tlakom na a. poplitea nad 120 torr

693. Pred každou amputáciou sa má vykonať:

- a) lymfografia
- b) termografia
- c) dopplerometrické vyšetrenie
- d) angiografické vyšetrenie

694. Rekonštrukčný výkon na artériách DK môže výšku amputácie:

- a) zväčší jej rozsah
- b) nemá vplyv
- c) znížiť
- d) zhorší hojenie

695. Hodnota transkutánneho kyslíka v oblasti plánovanej amputácie, pri ktorej sa amputačný pahýľ zahojí

na 90% je:

- a) pod 20 torr
- b) pod 25 torr
- c) nad 25 torr
- d) pod 15 torr

696. Hodnota ABI pod 0.5 znamená:

- a) kritickú končatinovú ischémiu
- b) dobré prekrvenie končatiny
- c) mediokalcinózu
- d) stenózu artérie

697. Indikácia na operačné riešenie je štádium:

- a) I a II
- b) IIb,c,III,IV
- c) len III
- d) len I

698. Veľké amputácie na dolných končatinách sa najčastejšie vykonávajú v:

- a) intravenózne anestézii
- b) lokálnej anestézii
- c) bez anestézie
- d) spinálnej anestézii alebo v nervovom bloku

699. Po amputácii predkolenia pacient musí cvičiť:

- a) extenziu a flexiu v stehennom kĺbe
- b) flexia a extenzia kolena
- c) cvičenie rukami
- d) cvičenie aerobiku

700. Lőwenbergova skúška sa robí:

- a) stlačením planty nohy
- b) stlačením lýtka rukou
- c) stlačením lýtka manžetou tonometru
- d) dorzálna flexia v členku

701. Lőwenbergova skúška je pozitívna ak hodnoty sú:

- a) 80-100 torr
- b) 120-140 torr
- c) nad 150 torr
- d) 180 torr

702. Homansov príznak je pozitívny ak je:

- a) bolestivosť lýtka pri tlaku na plantu nohy
- b) bolestivosť lýtka pri dorzálnej flexii nohy v talokrurálnom kĺbe pri extenzii v kolennom kĺbe
- c) bolestivosť lýtka pri flexii v kolennom zhybe
- d) poklepová bolestivosť lýtka

703. Bolesťivosť lýtka pri dorzálnej flexii v členku pri extendovanom kolene je:

- a) Payerov príznak
- b) Homansov príznak
- c) Murphyho príznak
- d) Pleniusov príznak

704. Perthesov test sa používa na určenie:

- a) priechodnosti lymfatického systému
- b) priechodnosti arteriálneho systému
- c) priechodnosti hlbokého žilového systému
- d) arteriovenózných spojov

705. Lintonov test sa používa na určenie:

- a) arteriovenózných spojov
- b) priechodnosti arteriálneho systému
- c) priechodnosti lymfatického systému
- d) priechodnosti hlbokého žilového systému

706. Flebografia je:

- a) zobrazenie žilového systému
- b) zobrazenie viscerálnych ciev
- c) zobrazenie lymfatických ciev
- d) zobrazenie arteriálneho systému

707. Lymfografia je:

- a) zobrazenie viscerálnych ciev
- b) zobrazenie žilového systému
- c) zobrazenie lymfatického systému
- d) zobrazenie arteriálneho systému

708. Pri retrográdnej descendentnej flebografii sa kontrastná látka injikuje do:

- a) v. poplitea
- b) arteria femoralis
- c) v.femoralis
- d) arteria dorsalis pedis

709. Pri ascendentnej flebografii sa inikuje kontrastná látka do:

- a) arteria dorsalis pedis
- b) v.dorsalis pedis
- c) vena femoralis
- d) arteria femoralis

70

710. Masívna pľúcna embólia je, ak obštrukcia pľúcneho riečiska je viac ako:

- a) 40%
- b) 50%
- c) 20%
- d) 5%

711. Angiopulmografia sa používa na diagnostikovanie:

- a) poruchy periférnych ciev
- b) centrálného venózneho tlaku
- c) poruchy výmeny plynov O₂ a CO₂
- d) pľúcnej embólie

712. Zlatý štandard pri diagnostike pľúcnej embólie je:

- a) pletysmografia
- b) doppler vyšetrenie
- c) angiopulmografia
- d) EKG

713. Najčastejšou zmenou na EKG pri masívnej pľúcnej embólii je:

- a) inverzia T vln v prekardiálnych zvodoch
- b) normálne T vlny
- c) rozšírený QRS komplex
- d) P vlny

714. V IIIa štádiu podľa Fontaina je členkový tlak vyšší ako:

- a) 20 torr
- b) 40 torr
- c) 50 torr
- d) 10 torr

715. V IIIb štádiu podľa Fontaina je členkový tlak nižší ako:

- a) 50 torr
- b) 70 torr
- c) 90 torr
- d) 110 torr

716. V IVa štádiu podľa Fontaina je nekróza:

- a) šíriaca sa gangréna resp. nekróza
- b) ohraničená
- c) nie je prítomná gangréna
- d) prítomné sú zápalové zmeny

717. IVb štádium podľa Fontaina je štádium:

- a) ohraničená gangréna
- b) šíriacej sa nekrózy resp. gangrény
- c) nie je prítomná gangréna
- d) prítomné sú zápalové zmeny

718. Pri mediokalcinóze je ABI:

- a) pod 0.3
- b) 0.9-1.0
- c) 0.5-0.7
- d) nad 1.3

719. V I štádiu podľa Fontaina pacient:

- a) nemá bolesti v dolných končatinách
- b) klaudikačné bolesti po 200 m
- c) nočné bolesti v DK
- d) má kľudové bolesti