

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Осетинская
государственная медицинская академия» Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра хирургических болезней №3

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания
Центрального координационного
учебно-методического совета от
«14» марта 2023 г. № 4

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
программы практики «Производственная (клиническая)
практика»**

для ординаторов 1 и 2 года обучения
уровень подготовки- кадры высшей квалификации
специальность 31.08.67 Хирургия

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «13» марта 2023 г. (протокол № 7)**

зав.кафедрой
д.м.н., профессор



А.А. Кульчиев

г. Владикавказ 2023г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к зачету
 - тестовые задания (сборник по модулям)

**Паспорт фонда оценочных средств по
организационно-управленческой практике**

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	зачет		
	Производственная (клиническая) практика	ПК-1,ПК-2,ПК-4, ПК-6,ПК-8,УК-1,УК-2	- вопросы к зачету - тестовые задания

Вопросы к зачету

1. Права пациента. Врачебная тайна. Информация о состоянии здоровья пациента. Согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства.
2. Врачебные ошибки. Пути уменьшения врачебных ошибок. Роль официальных рекомендаций и стандартов лечения.
3. Методология постановки клинического диагноза. Особые диагностические приемы. Диагностическая программа.
4. Рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и позитронно-эмиссионная томография. Диагностические возможности и показания к применению.
5. Прогнозирование риска хирургического вмешательства и профилактика осложнений.
6. Подготовка кишечника к операции и профилактика несостоятельности межкишечных анастомозов.
7. Оценка риска септических осложнений и определение показаний к антибактериальной профилактике. Выбор антибактериального препарата для профилактики. Режим профилактики антибиотиками.
8. Оценка степени риска тромбоэмболических осложнений. Методы профилактики острого венозного тромбоза. Выбор метода профилактики.
9. Защита пациента от инфекции при проведении хирургического вмешательства. Выбор хирургического доступа. Шовный материал. Методы остановки кровотечения. Показания к дренированию, зондированию и тампонаде. Профилактика «забытых» инородных тел.
10. Система гемостаза. Методы исследования сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза. Методы коррекции нарушений в системе гемостаза. Смена режима антитромботической терапии при хирургических вмешательствах.
11. Малоинвазивные хирургические вмешательства: общие подходы и используемые методы.
12. Амбулаторная хирургия. Отбор больных и обеспечение их безопасности. Послеоперационное ведение больных.
13. Методы анестезии. Выбор способа анестезии. Оценка интенсивности боли. Методы послеоперационного обезболивания.
14. Защитно-приспособительные реакции организма при кровотечении. Диагностика острых кровотечений. Определение тяжести кровопотери. Восполнение кровопотери.
15. Шок: причины, патогенез, стадии. Диагностические исследования и мониторинг. Общие принципы лечения.
16. Инфузионная терапия. Показания, выбор препаратов, осложнения и их профилактика.

17. Правила переливания крови. Интраоперационная реинфузия крови. Посттрансфузионные осложнения и их профилактика.
18. Патогенез эндогенной интоксикации. Физиологические механизмы детоксикации. Методы устранения источника интоксикации. Стимуляция естественных путей детоксикации. Искусственные методы детоксикации.
19. Оценка состояния питания пациента. Стратегия нутритивной поддержки. Искусственное энтеральное питание. Питательные смеси. Парентеральное питание. Препараты для парентерального питания.
20. Определение площади и степени ожога. Основные принципы лечения ожоговой болезни. Местное лечение ожогов. Лечение общего охлаждения и отморожений.
21. Показания и противопоказания к трансплантации органов. Подбор донорских органов. Изъятие и консервация органов. Профилактика отторжения донорского органа.
22. Пластическая хирургия. Пластика местными тканями. Экспандерная дермотензия. Свободная пластика. Пластика реваскуляризированным лоскутом. Эстетическая хирургия. Полимерные материалы. Осложнения пластических операций.
23. Профилактика профессионального заражения в хирургии. Пути передачи вирусных инфекций. Универсальная предосторожность при возможном контакте с кровью. Вакцинация против гепатита. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции. Наблюдение пострадавших сотрудников.
24. Хирургическая инфекция и сепсис. Экзогенная, эндогенная и госпитальная инфекция. Местные и системные воспалительные реакции. Диагностика и лечение сепсиса.
25. Антимикробная терапия хирургических инфекций. Показания. Принципы лечения. Оценка эффективности. Продолжительность лечения. Побочные эффекты антимикробных препаратов, их профилактика и лечение.
26. Раны и раневая инфекция. Фазы течения раневого процесса. Основные принципы лечения ран. Хирургическая обработка раны. Профилактика столбняка. Особенности лечения огнестрельных, укушенных и хронических ран. Современные перевязочные средства.
27. Хирургические инфекции мягких тканей. Диагностика и лечение. Особенности диагностики и лечения некротических инфекций мягких тканей.
28. Остеомиелит. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Инструментальная диагностика. Хирургическое лечение. Антибактериальная терапия.
29. Гнойный артрит. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Инструментальная диагностика. Хирургическое лечение. Антибактериальная терапия.
30. Острый и хронический парапроктит. Этиология и патогенез. Локализация гнойника. Диагностика отдельных видов парапроктита. Методики хирургического лечения.
31. Геморрой. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Инструментальная диагностика. Осложнения. Лечебная тактика. Консервативное и хирургическое лечение.

32. Грыжи пупочные, околопупочные и белой линии живота. Клиника и диагностика особенности предоперационного обследования и лечение грыж этой локализации. Способы пластики передней брюшной стенки при пупочной грыже.
33. Анатомия пахового канала. Классификация паховых грыж. Клиника, диагностика и хирургическое лечение паховых грыж. Традиционные и современные способы закрытия дефектов передней брюшной стенки при паховых грыжах. Скользящие грыжи, особенности операций при скользящих грыжах.
34. Бедренные грыжи: клиника, диагностика, оперативное лечение.
35. Осложнения грыж передней брюшной стенки. Особенности хирургического лечения ущемлённых грыж. Хирургическая тактика и особенности операций при флегмоне грыжевого мешка.
36. Послеоперационные вентральные грыжи: клиника и лечение. Предоперационная подготовка больных с послеоперационными вентральными грыжами.
37. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Выбор метода хирургического лечения.
38. Хронический неспецифический язвенный колит. Этиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Осложнения, их диагностика и лечение.
39. Дивертикулы толстой кишки. Клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению, виды операций. Осложнения (клиника, диагностика, лечение).
40. Доброкачественные опухоли и полипоз толстого кишечника. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.
41. Рак ободочной кишки. Классификация. Осложнения. Особенности хирургического лечения непроходимости толстой кишки раковой природы.
42. Диагностическое значение рентгеновского обследования и эндоскопии при опухолях толстого кишечника. Определение объема оперативного вмешательства, одномоментные и многомоментные операции и показания к ним.
43. Рак прямой кишки. Клиника заболевания в зависимости от анатомической формы и локализации. Диагностическая ценность различных методов исследования. Методы лечения.
44. Острый лактационный мастит: классификация по локализации и клиническим формам. Диагностика заболевания. Лечение негнойных форм мастита.
45. Принципы хирургического лечения острого лактационного мастита.
46. Панариций. Формы заболевания, клиника и диагностика. Современные щадящие методы лечения панарициев.
47. Флегмоны кисти: классификация, пути распространения инфекции в клетчаточных пространствах, клиника и диагностика различных форм. Выбор хирургического доступа в зависимости от локализации гнояника.
48. Особенности техники операции при профузном кровотечении из дуоденальной язвы.

49. Выбор метода операции при прободной дуоденальной язве.
50. Приведите план обследования и предоперационной подготовки больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной стенозом.
51. Методы хирургического лечения механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом.
52. Техника холедоходуоденостомии.
53. Способы хирургического лечения холедохолитиаза.
54. Хирургическая тактика при холангите.
55. Клиническая картина гнойного холангита.
56. Внутренние панкреатические свищи при хроническом панкреатите: причины возникновения, клиническая картина, способы диагностики, методы лечения.
57. Сегментарная портальная гипертензия при хроническом панкреатите: причина, клиническая картина, диагностика и лечение.
58. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы.
59. Острый абсцесс легкого. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Методы лечения.
60. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Клиника, диагностика, лечение.
61. Гангрена легкого. Причины развития, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
62. Бронхоэктатическая болезнь. Классификация по фазам заболевания и стадиям развития процесса. Патогенез, клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению. Методы предоперационной подготовки. Виды операций, ведение послеоперационного периода.
63. Острый гнойный плеврит. Классификация. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Клиника, диагностика, лечение.
64. Хроническая эмпиема плевры. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника, диагностика, лечение.
65. Рак лёгкого. Этиология, факторы и группы риска. Пути метастазирования. Клинико-анатомическая классификация.
66. Диагностика и лечение рака легкого.
67. Рак лёгкого. Клиническая картина центрального и периферического рака в зависимости от характера роста и локализации опухоли.
68. Инструментальная диагностика рака лёгкого.
69. Рак лёгкого. Показания к разным методам исследования при различных формах заболевания.
70. Показания к хирургическому лечению рака лёгкого. Признаки неоперабельности. Принципы комбинированного лечения.
71. Врождённые пороки сердца. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к операции. Методы хирургического лечения.
72. Приобретённые пороки сердца. Этиология. Классификация, степени тяжести.

Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Виды операций.

73. Приобретенные пороки сердца. Закрытые методы, открытые методы, комиссуротомия и протезирование клапанов сердца, пластические операции на клапанах.
74. Послеоперационное ведение и реабилитация кардиохирургических больных.
75. Лечебная тактика при остром холецистите.
76. Хирургическое лечение острого холецистита.
77. Хирургическая тактика при остром холецистите, осложнённом механической желтухой.
78. Лечение желчнокаменной болезни.
79. Методы диагностики желчнокаменной болезни и её осложнений.
80. Механическая желтуха: причины, диагностика, хирургическая тактика.
81. Холедохолитиаз: клиника, диагностика, современные подходы к лечению.
82. Современное представление о постхолецистэктомическом синдроме, диагностика, лечение.
83. Выбор метода хирургического вмешательства при остром холецистите.
84. Осложнения желчнокаменной болезни, диагностика, лечебная тактика.
85. Литотрипсия в лечении желчнокаменной болезни и её осложнений.
86. Рак молочной железы: клиника и диагностика.
87. Лечебная тактика при раке молочной железы в зависимости от стадии заболевания.
88. Хирургическое лечение рака молочной железы, показания, противопоказания, виды оперативных вмешательств.
89. Доброкачественные опухоли молочной железы: клиника, диагностика, лечебная тактика.
90. Диагностика неосложнённых аневризм абдоминальной аорты. Скрининг, методы исследования.
91. Тактика лечения неосложнённых аневризм абдоминальной аорты. Показания к операции. Противопоказания. Способы хирургического лечения. Эндоваскулярные вмешательства.
92. Хирургическое лечение ишемической болезни мозга. Виды операций. Показания к операции, её преимущества перед консервативным лечением. Эндоваскулярные вмешательства.
93. Облитерирующий тромбангиит: определение, клиника.
94. Облитерирующий тромбангиит: дифференциальная диагностика. Лечение.
95. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей: этиология, патогенез, клиническая диагностика.
96. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей: методы диагностики и лечения.
97. Эмболии магистральных артерий: этиология, патогенез, классификация по степеням ишемии.
98. Эмболия бифуркации аорты: клиника, диагностика, лечение.
99. Эмболия артерий верхней конечности, клиническая картина в зависимости от

уровня поражения, диагностика, лечение.

100. Принципы лечения острого артериального тромбоза в зависимости от степени ишемии.
101. Постишемический синдром при острой артериальной непроходимости нижних конечностей: патогенез, клинические проявления, лечение.
102. Синдром Меллори-Вейса. Патогенез. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
103. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Патогенез, клиника, диагностика, лечебная тактика.
104. Кровотечения из острых язв желудка и 12-перстной кишки. Причины развития язв. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
105. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Клиника, методы эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза. Показания к хирургическому лечению.
106. Клинические особенности кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Диагностика. Методы профилактики рецидива кровотечения.
107. Зоб. Классификация по клинико-морфологическим признакам. Принципы диагностики.
108. Эндемический зоб. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
109. Узловой зоб. Клиника. Диагностика. Лечение.
110. Диффузный токсический зоб: этиология, патогенез, диагностика и лечение.
111. Клинические проявления тиреотоксического зоба. Специальные методы исследования в оценке показаний к различным методам лечения.
112. Зоб. Виды операций. Особенности послеоперационного ведения больных в поликлинике.
113. Гиперпаратиреоз. Клинические признаки. Специальные методы исследования. Виды операций.
114. Вторичный гиперпаратиреоз. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
115. Рак щитовидной железы. Классификация. Клиническая картина. Принципы лечения в зависимости от стадии рака.
116. Гормонально-активные опухоли поджелудочной железы. Клиническая картина. Методы диагностики. Хирургическая тактика. Прогноз.
117. Рак поджелудочной железы. Клиническая картина. Методы диагностики. Хирургическая тактика. Прогноз.
118. Перитонит. Определение понятия. Классификация перитонитов (по локализации и распространенности, по стадии). Понятие первичного, вторичного и третичного перитонита.
119. Перитонит. Клиническая картина и её особенности в зависимости от источника перитонита.
120. Перитонит. Особенности патологического процесса в зависимости от источника перитонита и выраженности паралитической кишечной непроходимости.
121. Перитонит. Лабораторная и инструментальная диагностика.
122. Перитонит. Дифференциальная диагностика, причины возникновения.

123. Перитонит. Показания к проведению и объём предоперационной подготовки.
124. Перитонит. Особенности оперативного вмешательства. Показания к дренированию и тампонаде брюшной полости, лапаростомии, проведению программных санаций.
125. Синдром повышения внутрибрюшного давления. Патогенез. Значение в клинической практике и меры коррекции.
126. Перитонит. Современные принципы комплексного лечения в послеоперационном периоде.
127. Понятие об абдоминальном сепсисе. Виды.
128. Острая кишечная непроходимость. Определение понятия. Классификация (по происхождению, патогенезу, анатомической локализации, клиническому течению). Методы диагностики.
129. Динамическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
130. Механическая кишечная непроходимость. Классификация. Причины развития.
131. Обтурационная кишечная непроходимость. Определение понятия, причины развития нарушений водно-электролитного и кислотно-основного состояния. Клиника и диагностика. Предоперационная подготовка и особенности оперативного лечения.
132. Странгуляционная кишечная непроходимость. Определение понятия и её виды. Особенности патогенеза. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости кишечника. Способы оперативного лечения. Показания к резекции кишечника.
133. Инвагинация. Определение понятия. Виды инвагинации. Причины. Патогенез. Клиника и диагностика. Способы оперативного лечения. Показания к дезинвагинации и резекции кишки.
134. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью.
135. Острый панкреатит. Этиологии заболевания, современные концепции патогенеза. Алгоритм обследования больных. Современные инструментальные и лабораторные методы исследования.
136. Острый панкреатит. Классификация. Дифференциальная диагностика различных форм острого панкреатита. Причины диагностических ошибок.
137. Панкреонекроз. Современные подходы к выбору лечебной тактики. Лечение стерильного панкреонекроза.
138. Осложнения панкреонекроза. Принципы диагностики и лечения. Исходы заболевания и реабилитация больных.
139. Острые тромбозы в системе нижней полой вены. Клинические проявления и методы обследования. Принципы лечения тромбоза глубоких вен.
140. Тромбозы глубоких вен нижних конечностей. Понятие об эмболоопасном тромбозе. Хирургические и эндовазальные методы предотвращения лёгочной эмболии.

141. Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, тактика лечения. Сафено-фemorальный тромбоз. Особенности лечебно-диагностической тактики.
142. Тромбоз в системе верхней полой вены. Клиника, диагностика, тактика лечения. Эндовазальные методы лечения тромбоза подключичной вены.
143. Тромбоэмболия лёгочных артерий. Этиология, патогенез, лечебнодиагностическая тактика. Методы профилактики тромбоэмболии лёгочных артерий.
144. Массивная лёгочная эмболия. Клиническая картина, дифференциальный диагноз, инструментальная диагностика, лечебная тактика. Тромболитическая терапия лёгочной эмболии, показания, возможные осложнения. Способы эмболектomie из лёгочных артерий.
145. Послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения. Категории риска. Показания к физическим и фармакологическим методам профилактики.
146. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечебная тактика.
147. Острый аппендицит. Особенности хирургической тактики при различных формах острого аппендицита. Показания к дренированию и тампонаде брюшной полости.
- Особенности ведения послеоперационного периода.
148. Осложнения острого аппендицита. Клиника, диагностика, лечебная тактика. Пути и методы профилактики послеоперационных осложнений.
149. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, тактика лечения. Периаппендикулярный абсцесс.
150. Рак желудка. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Пути метастазирования. Клиническая классификация.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней №3

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ХИРУРГИИ
Для клинических ординаторов

«Рекомендовано Учебно-методическим объединением по Медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей»

Переиздание

ВЛАДИКАВКАЗ 2018

Составители:

Кульчиев Ахсарбек Агубеевич - зав. кафедрой хирургических болезней №3,
профессор, д.м.н

Хестанов Артур Карамурзаевич - профессор кафедры., профессор, д.м.н.

Морозов Алексей Анатольевич - доцент кафедры хирургических болезней №3, к.м.н.

ОГЛАВЛЕНИЕ:

Модуль №1	Хирургические заболевания желудка. Вопросы исходного уровня знаний	4-13
	Хирургические заболевания желудка. Вопросы конечного уровня знаний	13-28
Модуль №2	Хирургические заболевания кишечника и брыжейки Вопросы исходного уровня знаний	29-41
	Хирургические заболевания кишечника и брыжейки Вопросы конечного уровня знаний	41-55
Модуль №3	Хирургические заболевания печени, внепеченочных желчных протоков и селезенки. Вопросы исходного уровня знаний	56-64
	Хирургические заболевания печени, внепеченочных желчных протоков и селезенки. Вопросы конечного уровня знаний	65-99
Модуль №4	Хирургические заболевания поджелудочной железы Вопросы исходного уровня знаний	100-104
	Хирургические заболевания поджелудочной железы Вопросы конечного уровня знаний	105-122
Модуль №5	Колопроктология Вопросы исходного уровня знаний	123-129
	Колопроктология Вопросы конечного уровня знаний	129-144
Модуль № 6	Грыжи живота Вопросы исходного уровня знаний	145-149
	Грыжи живота Вопросы конечного уровня знаний	149-160
Модуль № 7	Травмы живота. Инородные тела ЖКТ	161-171
Модуль № 8	Хирургические заболевания органов грудной клетки Вопросы исходного уровня знаний	172-188
	Хирургические заболевания органов грудной клетки Вопросы конечного уровня знаний	188-195
Модуль № 9	Хирургия пищевода и средостения Вопросы исходного уровня знаний	196-200
	Хирургия пищевода и средостения Вопросы конечного уровня знаний	200-212
Модуль №10	Хирургические заболевания сосудов Вопросы исходного уровня знаний	213-221
	Хирургические заболевания сосудов Вопросы конечного уровня знаний	221-246
Модуль № 11	Хирургическая инфекция Вопросы исходного уровня знаний	247-263
	Хирургическая инфекция Вопросы конечного уровня знаний	263-295
Эталоны ответов		296-307

Модуль №1 Хирургические заболевания желудка.

Вопросы исходного уровня знаний

- 01 При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются
- а) сроком с момента прободения
 - б) степенью воспалительных изменений брюшины
 - в) величиной перфоративного отверстия
 - г) локализацией перфоративного отверстия
 - д) возрастом больного
- 02 Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать
- а) анализ кала на скрытую кровь
 - б) контрастную рентгеноскопию желудка
 - в) анализ желудочного сока на скрытую кровь
 - г) фиброгастроскопию
 - д) определение гемоглобина и гематокрита
03. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место
- а) мелена
 - б) симптом мышечной защиты
 - в) рвота желудочным содержимым цвета "кофейной кишки"
 - г) брадикардия
 - д) коллапс
04. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются
- а) пожилой возраст больного
 - б) в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов
 - в) сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
 - г) рвота пищей, приносящая облегчение
 - д) шум плеска в желудке
05. Больной, страдающий кровоточащей язвой желудка, после проведенной терапии выведен из шока. Однако, проводимые консервативные мероприятия не позволяют добиться надежного гемостаза. В этом случае необходима
- а) лапаротомия и резекция желудка
 - б) наложение гастростомы
 - в) применение гастростомы
 - г) продолжать консервативную терапию, включая применение диеты Мейленграхта
 - д) лапаротомия, наложение гастроэнтероанастомоза, обкалывание кровоточащего сосуда
06. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме
- а) малой кривизны желудка
 - б) кардиального отдела желудка
 - в) антрального отдела желудка
 - г) нижнего отдела пищевода
 - д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки

07. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме
- а) иссечения язвы
 - б) ушивания язвы
 - в) резекции желудка
 - г) пилоропластики с ваготомией
 - д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле
08. При перфоративной язве желудка необходимо провести
- а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
 - б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена
 - в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
 - д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель
09. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками
- а) инсулемы поджелудочной железы
 - б) синдрома приводящей петли
 - в) пептической язвы анастомоза
 - г) демпинг-синдрома
 - д) синдрома малого желудка
10. К пострезекционным синдромам не относится
- а) синдром малого желудка
 - б) демпинг-синдром
 - в) синдром приводящей петли
 - г) желчный гастрит культи
 - д) сахарный диабет
11. Секретин образуется
- а) в двенадцатиперстной кишке
 - б) в печени
 - в) в поджелудочной железе
 - г) в дистальных отделах тонкой кишки
 - д) в гипоталамусе
12. Основным стимулятором освобождения секретина является
- а) соляная кислота
 - б) продукты расщепления белков
 - в) жиры
 - г) углеводы
 - д) все перечисленные факторы
13. Стимулятором выделения соляной кислоты обкладочными клетками желудка являются
- а) гастрин
 - б) гистамин
 - в) возбуждение блуждающего нерва
 - г) повышение уровня кальция в крови

- д) все перечисленное выше
14. При стенозе III ст. пилорического отдела желудка необходимы
- немедленная лапаротомия и резекция желудка во всех случаях
 - операция после интенсивной парентеральной терапии, коррекции волемических расстройств
 - контрастное и эндоскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты, при подозрении на малигнизацию - операция
 - немедленная лапаротомия, переливание крови и плазмозаменяющих растворов, применение антибиотиков. В зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
 - консервативная терапия, оперативное лечение не показано
15. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся все перечисленные, кроме
- рвоты
 - шума плеска над проекцией желудка
 - наличия чаш Клойбера
 - отрыжки
 - похудения
16. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо выполнить все следующие мероприятия, кроме
- назначения соляной кислоты с пепсином в большом количестве
 - промывания желудка
 - введения растворов электролитов
 - введения белковых растворов
 - коррекции нарушения кислотно-щелочного состояния
17. У больного с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки при исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Наиболее рациональной операцией в этом случае является
- субтотальная резекция желудка
 - ваготомия с пилоропластикой
 - ваготомия без дренирующей операции
 - резекция на выключение
 - наложение гастроэнтероанастомоза
18. Резекция на выключение может быть выполнена
- при низкой постбульбарной язве
 - при пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
 - при плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки
 - ни в одном из перечисленных выше случаев
 - во всех перечисленных выше случаях
19. Наиболее информативным при дифференциальной диагностике между язвой желудка и изъязвившейся карциномой является
- анализ желудочного сока
 - исследование кала на скрытую кровь
 - проведение гистаминовой пробы
 - положительный эффект на противоязвенный курс лечения
 - эзофагогастроскопия с биопсией

20. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено неподвижное инородное тело. В данном случае необходимо
- а) назначить вазелиновое масло
 - б) назначить прием минеральной воды
 - в) выписать больного на амбулаторное наблюдение
 - г) назначить эзофагогастроскопию
 - д) назначить рентгенологический контроль
21. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является
- а) икота
 - б) отсутствие кишечных шумов
 - в) вздутие в области эпигастрия
 - г) тахикардия
 - д) рвота
22. Острое расширение желудка может быть быстро распознано
- а) рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
 - б) лапароцентезом
 - в) назогастральной интубацией
 - г) перкуссией брюшной стенки
 - д) исследованием плазмы крови на серотонин
23. У больного с острым расширением желудка не следует применять
- а) назогастральное дренирование желудка
 - б) инфузионную терапию
 - в) седативную терапию
 - г) антибиотикотерапию
 - д) постоянную декомпрессию желудка
24. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные
- а) снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
 - б) поздней обращаемостью
 - в) возможностью психозов
 - г) возможностью суицидальных попыток
 - д) всем перечисленным
25. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются
- а) рвота
 - б) желудочное кровотечение
 - в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
 - г) частый жидкий стул
 - д) икота
26. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают
- а) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
 - б) постбульбарные язвы
 - в) язвы малой кривизны желудка
 - г) язвы большой кривизны желудка

- д) язвы всех указанных локализаций
27. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме
- а) перфорации
 - б) кровотечения, не останавливаемого консервативными методами
 - в) малигнизации
 - г) большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании
 - д) декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка
28. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить
- а) доскообразный живот
 - б) сильные боли в эпигастрии
 - в) боли в поясничной области
 - г) повышение лейкоцитоза до 15000
 - д) легкая желтуха склер и кожных покровов
29. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить
- а) затеканием содержимого по правому боковому каналу
 - б) рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
 - в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
 - г) развивающимся разлитым перитонитом
 - д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка
30. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни
- а) остановившееся желудочное кровотечение
 - б) перфоративная язва
 - в) пенетрирующая язва
 - г) стеноз выходного отдела желудка
 - д) малигнизированная язва
31. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению
- а) демпинг-синдрома
 - б) гипогликемического синдрома
 - в) синдрома "малого желудка"
 - г) пептической язвы анастомоза
 - д) синдрома приводящей петли
32. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать со всеми следующими заболеваниями, кроме
- а) хронического холецистита
 - б) хронического колита
 - в) хронического аппендицита
 - г) хронического панкреатита
 - д) мезоаденита

33. Для хронической язвы двенадцатиперстной кишки не является характерным осложнением
- а) кровотечение
 - б) малигнизация
 - в) перфорация
 - г) пенетрация в поджелудочную железу
 - д) стенозирование выходного отдела желудка
34. Относительными показаниями к операции при язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме
- а) больших размеров язвы
 - б) язвы большой глубины (пенетрирующей)
 - в) низкой кислотности желудочного сока
 - г) безуспешности консервативного лечения
 - д) каллезной язвы
35. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме
- а) желтухи
 - б) шума плеска натошак
 - в) похудания
 - г) отрыжки "тухлым"
 - д) болей в эпигастрии распирающего характера
36. Характерными жалобами для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные, кроме
- а) болей через 1-1.5 часа после приема пищи
 - б) желтухи
 - в) иррадиации болей в поясничную область
 - г) ночных болей
 - д) рвоты
37. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является
- а) двенадцатиперстная кишка
 - б) пилорический отдел желудка
 - в) малая кривизна желудка
 - г) большая кривизна желудка
 - д) кардиальный отдел желудка
38. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин
- а) в абдоминальном отделе пищевода
 - б) в кардиальном отделе желудка
 - в) в антральном отделе желудка
 - г) в пилорическом отделе желудка
 - д) в теле желудка
39. Для демпинг-синдрома не характерны
- а) мышечная слабость
 - б) головокружение
 - в) приливы
 - г) потливость
 - д) повышенный аппетит

40. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается
- а) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
 - б) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
 - в) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
 - г) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
 - д) в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков
41. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является
- а) гипопротеинемия
 - б) гипотензия во время операции
 - в) аксиальный поворот тонкой кишки
 - г) дуоденостаз
 - д) послеоперационный панкреатит
42. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят
- а) от расположения желудка
 - б) от локализации прободного отверстия
 - в) от анатомического строения боковых каналов
 - г) от формы и расположения поперечно-ободочной кишки
 - д) от всего перечисленного
43. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать
- а) с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза
 - б) с послеоперационным панкреатитом
 - в) с послеоперационным перитонитом
 - г) с несостоятельностью швов малой кривизны
 - д) со всем вышеперечисленным
44. Методом лечения анастомозита после резекции желудка является
- а) энзимотерапия
 - б) антибиотикотерапия
 - в) назогастральная интубация
 - г) рентгенотерапия
 - д) все вышеперечисленное
45. Через 2 часа после резекции желудка по постоянному назогастральному зонду поступает кровь из культи желудка. Темп кровопотери около 500 мл за один час. Проводится гемостатическая и заместительная терапия. При отсутствии от нее эффекта следует
- а) продолжить местную гемостатическую терапию
 - б) увеличить темп введения крови
 - в) предпринять экстренную гастроскопию с целью гемостаза
 - г) перелить фибрин
 - д) срочно оперировать больного

46. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается
- а) тахикардия
 - б) схваткообразная боль
 - в) локализованная, умеренная боль
 - г) внезапно возникшая интенсивная боль
 - д) жидкий стул
47. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют
- а) малый диаметр прободного отверстия
 - б) незначительное наполнение желудка
 - в) топографическая близость соседних органов
 - г) большой диаметр прободного отверстия
 - д) хорошо развитый большой сальник
48. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется
- а) резекция желудка
 - б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями
 - в) ушивание прободной язвы
 - г) ушивание + гастроэнтероанастомоз
 - д) резекция желудка на выключение
49. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны
- а) при калезной язве
 - б) при пенетрирующей язве
 - в) при поверхностных эрозиях слизистой
 - г) при тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0.1 см
 - д) при рубцующейся язве
50. Рак желудка всегда метастазирует
- а) в легкие
 - б) в печень
 - в) в регионарные лимфоузлы
 - г) в кости
 - д) по брюшине
51. При раке желудка имеет место
- а) ахлоргидрия
 - б) анемия
 - в) полипоз
 - г) атрофический гастрит
 - д) все перечисленное
52. Ранним признаком рака желудка следует считать
- а) анемию
 - б) отвращение к мясным блюдам
 - в) увеличенную СОЭ
 - г) ни один из перечисленных признаков
 - д) все перечисленные признаки

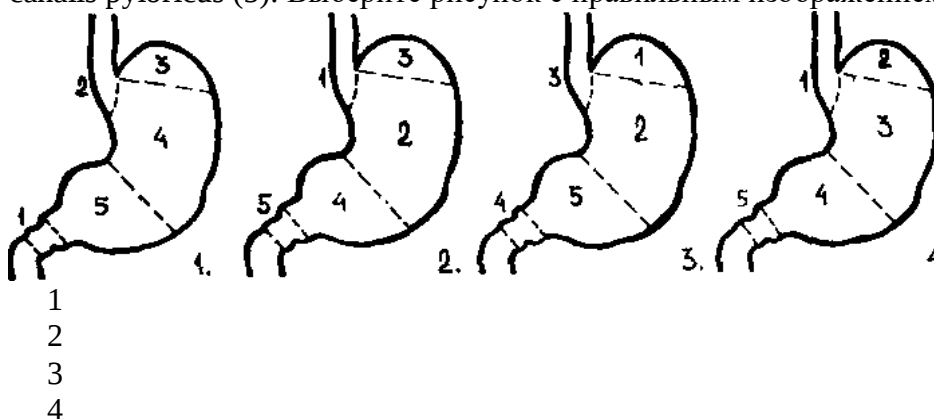
53. У лиц с повышенным риском заболевания раком желудка следует ежегодно проводить
- а) рентгенологическое исследование желудка
 - б) исследование желудочной секреции
 - в) эндоскопическое исследование желудка
 - г) исследование морфологического состава крови
 - д) исследование кала на скрытую кровь
54. Основными путями метастазирования рака желудка являются
- а) лимфогенный
 - б) гематогенный
 - в) имплантационный
 - г) ни один из перечисленных
 - д) все перечисленные
55. Онкологически оправданной операцией при раке дистального отдела желудка T₁N_xM₀ является
- а) наложение гастроэнтероанастомоза
 - б) резекция 2/3 желудка
 - в) субтотальная резекция желудка
 - г) субтотальная резекция желудка с удалением большого и малого сальника, либо гастрэктомия
 - д) ни одна из перечисленных
56. К предраковым заболеваниям желудка относятся
- а) хронический атрофический гастрит
 - б) хроническая каллезная язва желудка
 - в) полипоз желудка
 - г) ни одно из перечисленных
 - д) все перечисленные
57. Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка являются все перечисленные, кроме
- а) диспептических явлений: снижения аппетита, быстрой насыщаемости, тошноты, икоты, отрыжки тухлым
 - б) анемии
 - в) нарастающей слабости, тупых болей, желудочного дискомфорта
 - г) повышенного аппетита, слюноотделения
 - д) похудения, отвращения к пище
58. Рак желудка наиболее часто локализуется
- а) в кардиальном отделе желудка
 - б) по большой кривизне желудка
 - в) по малой кривизне желудка
 - г) в антральном отделе желудка
 - д) в дне желудка
59. Онкологически оправданной операцией при раке проксимального отдела желудка с явлениями дисфагии является
- а) субтотальная проксимальная резекция желудка
 - б) гастрэктомия
 - в) расширенная или комбинированная гастрэктомия

- г) гастростомия
 - д) гастроэнтеростомия
60. К отдаленным метастазам рака желудка относятся все перечисленные, кроме
- а) метастазов в легкое
 - б) метастазов Крукенберга
 - в) метастаза Вирхова
 - г) метастаза Шпицлера
 - д) метастазов в желудочно-поджелудочную связку
61. Операция гастростомии показана
- а) при неоперабельном раке тела желудка
 - б) при неоперабельном раке антрального отдела желудка
 - в) при стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванным опухолью
 - г) при всех перечисленных случаях
 - д) ни в одном из перечисленных случаев

Модуль №1 Хирургия желудка

Вопросы конечного уровня знаний

1. В желудке различают следующие отделы: место входа пищевода в желудок (анатомическая кардия) и прилежащая к нему часть желудка — pars cardiaca (1); дно желудка (2); тело желудка (3); пилорическая часть, которая включает antrum pyloricum (4); canalis pyloricus (5). Выберите рисунок с правильным изображением отделов органа.

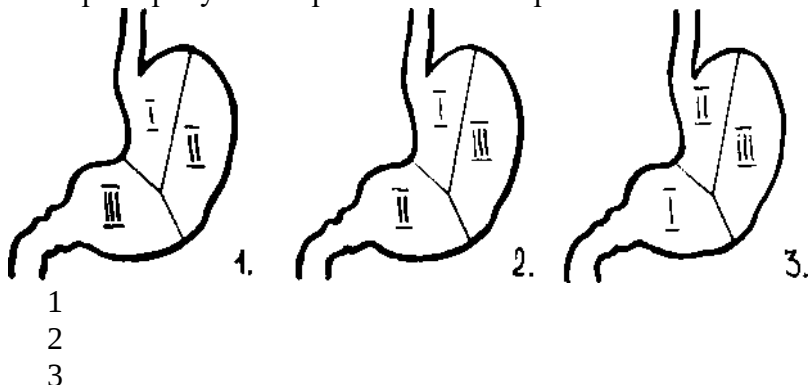


2. Назовите артериальные сосуды, которые участвуют в кровоснабжении желудка.
-1. Верхняя брыжеечная артерия
 -2. Селезеночная артерия
 -3. Левая желудочная артерия
 -4. Общая печеночная артерия
 -5. Поясничные артерии
3. Укажите пути оттока венозной крови из желудка.
- 1. В систему воротной вены печени
 - 2. В нижнюю полую вену
4. Желудок иннервируется n. Vagus и . n. Sympathicus. Какой отдел желудка иннервирует нерв Латарже?
- 1. Дно
 - 2. Тело
 - 3. Пилорическую часть

5. Перечислите функции n. Vagus?

1. Усиливает перистальтику желудка; усиливает секрецию желудка; расслабляет m. sphincter pylori; передает чувство тошноты и голода.
2. Уменьшает перистальтику желудка; вызывает сокращение m. sphincter pylori; суживает сосуды; передает чувство боли.

6. Известна схема деления желудка на лимфатические зоны по Рувьеру—Саппею: I — левой желудочной артерии; II — селезеночной артерии; III — печеночной артерии. Выберите рисунок с правильным изображением зон.



7. Назовите характер покровного эпителия слизистой желудка.

1. Многослойный плоский неороговевающий эпителий.
2. Многослойный плоский ороговевающий эпителий.
3. Однослойный цилиндрический эпителий

8. Какие клетки входят в состав слизистой тела желудка?

1. Главные
2. Обкладочные
3. Добавочные
4. 0-клетки

9. Какие из перечисленных методов являются обязательными при обследовании больного с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки?

1. Осмотр, пальпация, аускультация
2. Исследование желудочной секреции
3. Рентгенологическое исследование
4. Эндоскопическое исследование

10. Выберите дозировку дигидрохлорида гистамина, которая используется при определении максимального гистаминового теста Кау (в мг/кг).

1. 0,024
2. 0,012
3. 0,048
4. 0,06

11. При исследовании желудочной секреции аспирационным способом с помощью максимального гистаминового теста Кау получены следующие цифры базальной (БКП) и максимальной (МКП) кислотопродукции: БКП — 1,8 ммоль/ч, МКП — 7,8 ммоль/ч. Какой тип секреции у данного больного?

1. Гипосекреция
2. Нормосекреция
3. Гиперсекреция

12. Какой тип секреции у больного при получении данных аспирационного исследования желудочной секреции: БКП — 2,5 ммоль/ч, МКП — 11 ммоль/ч?

1. Гипосекреция
2. Нормосекреция
3. Гиперсекреция

13. Отметьте нормальные показатели цифры рН, полученные при рН-метрии в теле желудка.

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

14. Возможна ли диагностика пилородуоденального стеноза только на основании эндоскопического исследования?

1. Да
2. Нет

15. Какой стадии пилородуоденального стеноза соответствует задержка контрастной массы в желудке до 12 часов?

1. Компенсации
2. Субкомпенсации
3. Декомпенсации

16. При каком осложнении язвенной болезни или опухоли желудка с помощью обзорной рентгенографии можно обнаружить свободный газ в брюшной полости?

1. При пилородуоденальном стенозе
2. При кровотечении
3. При перфорации язвы или опухоли
4. При пенетрации язвы
5. При распространении опухоли на соседние структуры.

17. Одинаков ли патогенез язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка?

1. Да
2. Нет

18. Выберите группы препаратов, которые применяются при консервативном лечении язвенной болезни.

1. Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов.
2. Холинолитики
3. Препараты-протекторы (простагландины).
4. Пленкообразующие протективные препараты.
5. Антациды
6. Регенераторы
7. Психотропные средства
8. Антиадренергические вещества

19. Укажите рекомендуемые сроки консервативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

1. До 6 месяцев
2. 1—2 года

3. 2—3 года
20. Назовите рекомендуемые сроки консервативного лечения язвенной болезни желудка.
1. До 6 месяцев
 2. 1—2 года
 3. 2—3 года
21. Стенка желудка состоит из слизистой, подслизистой, мышечной и серозной оболочек. Отличие эрозии от язвы состоит в глубине поражения стенки органа. В каком случае речь идет об эрозии слизистой желудка?
1. Дефект слизистой до tunica muscularis propria
 2. Дефект слизистой ниже tunica muscularis propria
 3. Дефект слизистой до подслизистой основы
 4. Дефект слизистой до мышечной оболочки
22. Определите характеристику боли при язвенной болезни желудка.
1. Боль в области мечевидного отростка с иррадиацией в левое плечо и лопатку.
 2. Боль в правом подреберье с иррадиацией в спину
 3. Боль возникает в течение одного часа после приема пищи.
 4. Поздняя, голодная и ночная боль
23. Выберите прямые признаки язвенной болезни, выявляемые рентгенологически.
1. Изменение тонуса желудка
 2. Нарушение эвакуации из желудка
 3. Боль при пальпации
 4. «Ниша» (симптом Гаудека).
 5. Конвергенция складок слизистой.
24. Доброкачественность язвы подтверждается биопсией, взятой из ее краев во время гастродуоденоскопии. Укажите минимальное число биоптатов, которое необходимо исследовать, чтобы приблизить вероятность ответа к 100%.
1. До 2
 2. 3—4
 3. 5—6
 4. 6—8
 5. 8—10
25. Назовите относительные показания к хирургическому лечению язвенной болезни.
1. Язва двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу.
 2. Язва желудка с пенетрацией в поджелудочную железу.
 3. Неосложненная дуоденальная язва с частыми рецидивами.
 4. Неосложненная желудочная язва с частыми рецидивами.
 5. Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
 6. Язвенные гастродуоденальные кровотечения тяжелой степени.
 7. Малигнизация язвы.
 8. Пилородуоденальный стеноз.
26. При какой локализации язвы (в желудке или двенадцатиперстной кишке) происходит чаще ее перфорация?
1. Желудок
 2. 12-перстная кишка

27. Выберите классическую триаду признаков, сопровождающую перфорацию язвы.
1. Тошнота
 2. Рвота
 3. Резкая «кинжальная боль» в эпигастрии
 4. Кровотечение (мелена, рвота в виде кофейной гущи).
 5. Выраженное «доскообразное» напряжение мышц живота.
 6. Задержка стула и газов.
 7. Наличие язвенного анамнеза
28. Выберите описание клинической картины перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки в фазу шока.
1. Резчайшая при перкуссии и пальпации болезненность живота; положительный симптом Щеткина—Блюмберга; уменьшена или отсутствует печеночная тупость; притупление в правом боковом канале и правой подвздошной области; положительный фрепикус-симптом; перистальтика отсутствует или ослаблена; при ректальном исследовании прямой кишки резкая болезненность.
 2. Умеренная перкуторная и пальпаторная болезненность живота; положительный симптом Щеткина-Блюмберга; умеренная ригидность передней брюшной стенки; перистальтика ослаблена; печеночная тупость отсутствует; при ректальном исследовании отмечается нависание передней стенки прямой кишки и ее болезненность.
29. Назовите объем операции у больного с перфорацией язвы 12-перстной кишки, поступившего через 6 часов с момента возникновения осложнения с явлениями перитонита.
1. Ушивание перфоративной язвы
 2. Ваготомия (стволовая), иссечение перфорировавшей язвы с пилоропластикой или гастро-дуоденоанастомозом.
 3. Резекция желудка.
30. Укажите возможные исходы после операции ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.
1. Полное выздоровление.
 2. Формирование пилорoduоденального стеноза
 3. Рецидив язвенной болезни
 4. Малигнизация язвы
31. Какова дальнейшая тактика лечения больного после ушивания перфоративной язвы желудка?
1. Консервативное лечение
 2. Направление на радикальное хирургическое лечение.
32. Укажите, у какого процента больных язвы желудка и двенадцатиперстной кишки осложняются кровотечением?
1. 10
 2. 15—20
 3. 25—40
 4. 45—50
33. Оцените тяжесть язвенного кровотечения у больного, если частота пульса до 110 ударов в минуту, систолическое артериальное давление не ниже 90 мм рт. ст., ЦВД меньше 5 см вод. ст., умеренная олигурия, содержание гемоглобина не ниже 80 г/л, дефицит ОЦК от 20 до 29%.

1. I степень — легкая кровопотеря
 2. II степень — средняя кровопотеря
 3. III степень — тяжелая кровопотеря
34. Укажите, при какой локализации язвы в двенадцатиперстной кишке (ДПК) чаще возникают профузные кровотечения.
1. Язвы луковицы ДПК передней ее стенке
 2. Язвы начального отдела ДПК
 3. Язвы постбульбарного отдела ДПК
 4. Язвы луковицы ДПК, расположенной по задней ее стенке.
35. Какой из перечисленных методов является решающим в диагностике язвенного кровотечения?
1. УЗИ
 2. Рентгенологический
 3. Эндоскопический
 4. Лабораторный
36. Какой минимальный объем кровопотери может привести к появлению черного кала (в мл)?
1. 25—50
 2. 60—100
 3. 150—250
 4. 300-500
 5. Более 600
37. В какое отделение должен быть направлен больной с язвенным кровотечением независимо от степени его тяжести?
1. Терапевтическое
 2. Хирургическое
38. Каковы задачи лечебной эндоскопии при лечении гастродуоденальных кровотечений?
1. Остановка продолжающегося кровотечения
 2. Профилактика рецидивов кровотечения
 3. Ускорение сроков эпителизации
 4. Устранение клинических симптомов
39. Выберите противопоказания к диатермокоагуляции при лечебной эндоскопии по поводу гастродуоденальных кровотечений.
1. Остановка кровотечений из острых и хронических язв, эрозий, злокачественных опухолей.
 2. Профилактика рецидивов кровотечения
 3. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.
 4. Лечение изъязвлений полипов и гемангиом
 5. Кровотечение из крупных венозных и артериальных сосудов.
40. Какова тактика лечения больного, поступившего в состоянии геморрагического шока с клинико-анамнестическими указаниями на кровотечение язвенной природы?
1. Экстренная гастродуоденоскопия, интенсивная терапия в палате, подготовка к операции.
 2. Интенсивная терапия на операционном столе, экстренная операция.

41. Укажите тактику лечения больного с язвенным кровотечением тяжелой степени при отсутствии эффекта от консервативной терапии, включающей эндоскопический метод.

1. Интенсивная терапия, подготовка к операции
2. Экстренная операция

42. Какова тактика лечения больного, поступившего в хирургическое отделение, с остановившимся язвенным кровотечением средней тяжести, которое рецидивировало на фоне консервативной терапии?

1. Интенсивная гемостатическая терапия
2. Экстренная операция
3. Интенсивная терапия, подготовка к срочной (в течение 24—48 часов) операции.

43. Укажите тактику при лечении больного, поступившего с язвенным кровотечением легкой степени, которое не останавливается, несмотря на терапию, включающую эндоскопический метод.

1. Продолжение гемостатической терапии
2. Экстренная операция
3. Продолжение интенсивной терапии, подготовка к срочной (в течение 24—48 часов) операции.

44. Укажите оптимальные сроки операции у больного с хронической язвой желудка I типа, перенесшего кровотечение тяжелой степени, которое было остановлено консервативными мероприятиями.

1. Спустя 3—4 дня с момента -острого периода
2. Спустя две недели
3. Спустя три недели
4. Спустя один месяц

45. Назовите оптимальный вариант операции у больного с язвой 12-перстной кишки, осложненной кровотечением тяжелой степени.

1. Резекция желудка
2. Селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой по Финнею и прошивание язвы.
3. Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею и прошиванием язвы.
4. Дуоденотомия, прошивание язвы

46. Укажите оптимальный вариант операции у больного с язвой желудка, осложненной кровотечением средней степени тяжести.

1. Стволовая ваготомия, гастротомия, иссечение язвы.
2. Резекция желудка по способу Бильрот-1.
3. Резекция желудка по способу Бильрот-П.
4. Гастротомия, прошивание язвы.

47. При какой стадии пилородуоденального стеноза у больных возникают судороги, дистрофические изменения на ЭКГ?

1. Стадия компенсации
2. Стадия субкомпенсации
3. Стадия декомпенсации

48. Какой стадии пилородуоденального стеноза соответствует описанная ниже клиническая картина? У больного постоянное ощущение тяжести и переполнения в

эпигастрии, ежедневно по несколько раз бывает рвота, более 500 мл, возникающая через 1,5—2 часа с момента приема пищи. Натошак в желудке при зондировании определяется большое количество содержимого. Рентгенологически отмечается задержка эвакуации содержимого на 12 часов. Эндоскопически выявляется, что пилорoduodenальный канал сужен до 1—0,3 см.

1. Компенсации
2. Субкомпенсации
3. Декомпенсации

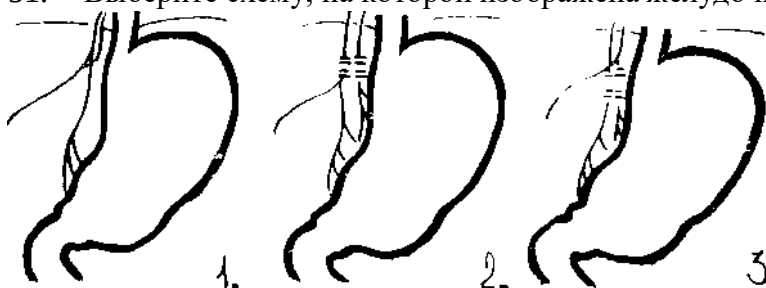
49.. Зависит ли способ лечения пилорoduodenального стеноза от стадии?

1. Да
2. Нет

50. Выберите возможные варианты хирургического лечения язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной пилорoduodenальным стенозом.

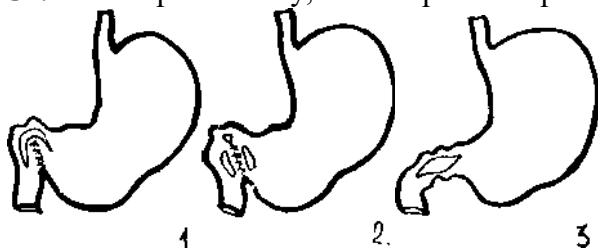
1. Резекция желудка по Бильрот-1 с прямым гастродуоденоанастомозом.
2. Резекция желудка по Бильрот-1 с терминолатеральным гастродуоденоанастомозом.
3. Резекция желудка по Бильрот 1 на короткой петле.
4. Резекция желудка по Бильрот-1 на длинной петле с Брауновским соустьем.
5. Селективная проксимальная ваготомия с дренирующей операцией.
6. Стволовая ваготомия с дренирующей операцией.

51. Выберите схему, на которой изображена желудочная селективная ваготомия.



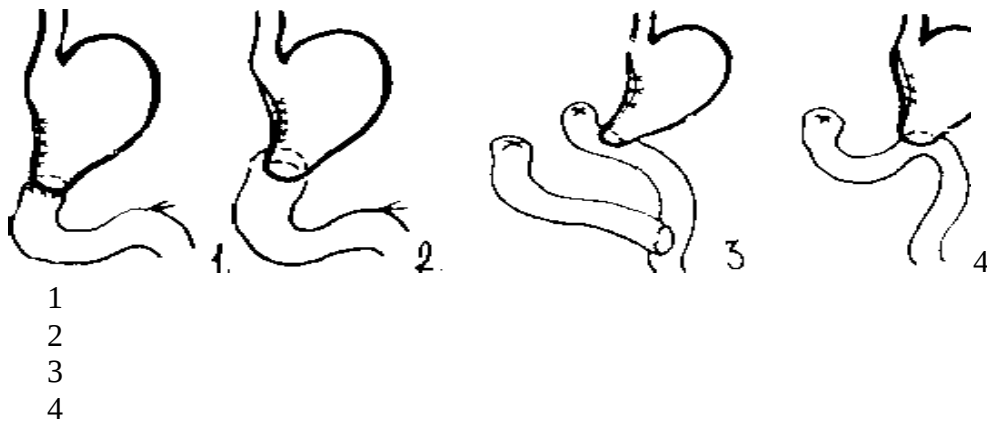
- 1.
- 2.
- 3.

52. Выберите схему, на которой изображена пилоропластика по Финнею



- 1
- 2
- 3

53. Выберите схему, на которой изображена резекция желудка по Бильрот-II, в модификации РУ.



54. Укажите минимальный объем резекции, который должен быть выполнен при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

1. 1/2 желудка
2. 2/3 желудка
3. 3/4 желудка

55. Какое осложнение возможно после выполнения неадекватного объема резекции у больного с язвенной болезнью 12-перстной кишки?

1. Стеноз гастроэнтеро- или гастродуоденоанастомоза.
2. Гастрит — культы желудка
3. Демпинг-синдром
4. Пептическая язва анастомоза

56. Укажите максимальный процент рецидива язвенной болезни 12-перстной кишки у больных при использовании различных вариантов ваготомии изолированно или с дренирующими операциями.

1. До 10
2. До 20
3. До 30
4. До 40
5. До 50

57. С помощью каких методов можно определить полноту выполнения ваготомии?

1. Эндоскопии
2. Максимального гистаминового теста Кау
3. Пробы с инсулином
4. Хромогастроскопии
5. Рентгеноскопии

58. Укажите сроки полного восстановления моторной функции желудка у больных после выполнения им ваготомии с дренирующими желудок операциями (в месяцах).

1. До 1
2. 2—3
3. 4—6
4. 7—12

59. В практике хирургии используется классификация язв желудка, предложенная Johnston, согласно которой выделяют язвы I, II и III типа. Укажите, к какому типу относятся сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

1. I
2. II

3. III

60. Выберите оптимальную схему резекции при язвенной болезни желудка.
1. Резекция желудка по Бильрот-1
 2. Резекция желудка по Бильрот-П
 3. Резекция желудка по Бильрот-П с анастомозом по РУ.
61. Укажите возможный минимальный объем резекции при язвенной болезни желудка.
1. 1/2
 2. 2/3
 3. 3/4
62. Результаты лечения язвенной болезни 12-перстной кишки неодинаковы при выполнении резекции желудка и различных вариантов ваготомии. Выберите показатели, относящиеся к резекции желудка.
1. Послеоперационная летальность 1,5—3%; длительность пребывания в стационаре 12—14 дней; длительность временной нетрудоспособности 145 дней; хорошие результаты в 85—90% наблюдений; рецидив язвы 1—3%.
 2. Послеоперационная летальность 0,6—1,4%; длительность пребывания в стационаре 10—12 дней; длительность временной нетрудоспособности 72—85 дней; хорошие результаты в 60—70% случаев; рецидив язвы 6—10%.
63. После резекции желудка возможны нарушения, которые получили название «болезнь оперированного желудка». При каких патологических состояниях требуется реконструктивная операция?
1. Демпинг-синдром
 2. Гипогликемический синдром
 3. Синдром приводящей петли
 4. Рефлюкс-гастрит
 5. Пострезекционный хронический панкреатит.
 6. Рецидив язвы и ее осложнения.
 7. Рак культи желудка.
 8. Метаболические нарушения (потеря массы тела, нарушения минерального обмена).
64. Назовите возможные причины пострезекционных синдромов.
1. Большой объем резекции желудка
 2. Малый объем резекции желудка
 3. Неадекватный способ восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта.
 4. Некорригированная причина хронического нарушения дуоденальной проходимости.
 5. Погрешности в технике выполнения операции
65. Назовите возможные причины возникновения постваготомических синдромов.
1. Неполная ваготомия
 2. Невыполнение дренирующей операции
 3. Погрешности в выполнении дренирующей операции.
 4. Неадекватно выбранный способ дренирующей операции.
 5. Фундопликация
66. При каком способе резекции желудка чаще возникают пострезекционные синдромы?
1. По Бильрот-1.
 2. По Бильрот-П
67. Назовите патологические синдромы, характерные для больных после ваготомии?

1. Дисфагия.
 2. Гастрит.
 3. Рецидив, незажившая или пептическая язва.
 4. Демпинг-синдром.
 5. Синдром приводящей кишки.
 6. Диарея.
 7. Дискомфорт в брюшной полости.
68. Выберите методы лечения демпинг-синдрома
1. Диетотерапия
 2. Общеукрепляющая терапия
 3. Седативная терапия
 4. Хирургическое лечение при тяжелой степени заболевания
69. Выберите методы лечения гипогликемического синдрома.
1. Диетотерапия
 2. Общеукрепляющая терапия
 3. Седативная терапия
 4. Хирургическое лечение при тяжелой степени заболевания
70. Укажите симптомы, характерные для синдрома приводящей петли
1. Боль в эпигастрии и правом подреберье
 2. Рвота слизью
 3. Рвота пищей с примесью желчи
 4. Асимметрия живота за счет выбухания в левом подреберье.
 5. Асимметрия живота за счет выбухания в правом подреберье.
 6. Желтушность склер
 7. В12-дефицитная анемия
 8. Мелена
71. Каковы способы хирургического лечения синдрома приводящей петли?
1. Реконструктивная резекция желудка по способу Бильрот-П, Гофмейстеру-Финстереру.
 2. Реконструктивная резекция желудка по способу Бильрот-1.
 3. Реконструктивная резекция желудка с гастроэнтероанастомозом по РУ.
72. Назовите триаду симптомов, характерных для рефлюкс-гастрита культи желудка.
1. Кровотечение
 2. Гиперсолевация
 3. Боль в эпигастрии
 4. Срыгивание и рвота желчью
 5. Потеря массы тела
 6. Гипогликемия
73. Какие из перечисленных патологических состояний после ваготомии с дренированием желудка и без него подлежат повторной операции?
1. Демпинг-синдром
 2. Гипогликемический синдром
 3. Постваготомическая дисфагия
 4. Желудочный стаз
 5. Рефлюкс-гастрит

6. Гиперацидный гастродуоденит
 7. Постваготомическая диарея
 8. Рецидив пептической язвы
 9. Холелитиаз
 10. Рак оперированного желудка
74. Назовите причины пептических язв анастомоза после резекций желудка
1. Неадекватный объем резекции желудка
 2. Оставление участка антрума выше ДПК
 3. Чрезмерно длинная приводящая петля кишки
 4. Неполная ваготомия при сочетании с экономной резекцией
 5. Неполная ваготомия
 6. Неадекватное дренирование желудка
 7. Нескорригированное нарушение дуоденальной проходимости
 8. Аденома паращитовидной железы
 9. Синдром Золлигера-Эллисон
75. Назовите причины пептических язв анастомоза после и органосохраняющих операций.
1. Неадекватный объем резекции желудка
 2. Оставление участка антрума выше ДПК
 3. Чрезмерно длинная приводящая петля кишки
 4. Неполная ваготомия при сочетании с экономной резекцией
 5. Неполная ваготомия
 6. Неадекватное дренирование желудка
 7. Нескорригированное нарушение дуоденальной проходимости
 8. Аденома паращитовидной железы
 9. Синдром Золлигера-Эллисон
76. Одинаков ли процент снижения кислотности желудочного сока после ваготомии у больных с исходной гипер-, нормо- и гипосекретцией.
1. ДА
 2. НЕТ
77. Выделите триаду симптомов, характерную для синдрома Золлингера-Эллисона.
1. Мелена
 2. Язвенный диатез со значительной желудочной гиперсекрецией.
 3. Язвы в желудке
 4. Необычно расположенные язвы (нисходящая горизонтальная часть ДПК, тонкая кишка).
 5. Понос
78. Укажите возможные варианты радикального излечения больных при синдроме Золлигера-Эллисона.
1. Стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией.
 2. Стволовая ваготомия с антрэктомией.
 3. Резекция желудка.
 4. Гастрэктомия.
 5. Удаление аденомы (гастриномы) из поджелудочной железы или из органа при другой ее локализации.
79. Назовите наиболее частую локализацию полипов в желудке.

1. Антральный отдел
2. Тело желудка
3. Дно желудка

80. Какие тканевые элементы можно выделить при микроскопическом изучении полипа желудка?

1. Слизистая с разрастанием желез и покровного эпителия.
2. Соединительно-тканная основа слизистой
3. Гладкомышечные волокна
4. Серозная оболочка

81. Каковы возможные формы клинического течения полипов желудка?

1. Бессимптомная
2. С признаками нарушения эвакуации из желудка.
3. Гастритическая
4. Геморрагическая

82. Распределите показания к лечебной эндоскопической полипэктомии у больных с полипами желудка.

1. Полипы подозрительные на малигнизацию
2. Изъязвленные полипы, осложнившиеся кровотечением
3. Одиночные и множественные полипы с выраженной клинической картиной
4. Одиночные и множественные быстрорастущие полипы
5. Малигнизированные полипы с инвазивным распространением злокачественного процесса

83. Распределите показания к резекции желудка у больных с полипами желудка.

1. Полипы подозрительные на малигнизацию
2. Изъязвленные полипы, осложнившиеся кровотечением
3. Одиночные и множественные полипы с выраженной клинической картиной
4. Одиночные и множественные быстрорастущие полипы
5. Малигнизированные полипы с инвазивным распространением злокачественного процесса

84. Какова тактика при диффузном полипозе желудка?

1. Лечебная поэтапная эндоскопическая полипэктомия.
2. Резекция желудка или гастрэктомия

85. Какова тактика при неудаленных полипах желудка, доброкачественная природа которых подтверждена при гастробиопсии?

1. Резекция желудка.
2. Динамический эндоскопический контроль не реже 1—2 раза в год.

86. Какое место занимает рак желудка по заболеваемости и смертности среди других новообразований?

1. Первое
2. Второе
3. Третье

87. Кто чаще страдает раком желудка?

1. Мужчины
2. Женщины

88. Какие формы рака желудка по микроскопическому строению являются наиболее злокачественными?

1. Аденокарцинома
2. Солидный рак
3. Медуллярный рак
4. Слизистый рак
5. Фиброзный рак
6. Недифференцированный рак

89. При какой стадии рака желудка по международной классификации опухоль прорастает мышечные оболочки?

1. T1
2. T2
3. T3
4. T4

90. При какой стадии рака желудка по международной классификации опухоль прорастает серозную оболочку желудка но не врастает в соседние структуры?

1. T1
2. T2
3. T3
4. T4

91. Выделите клинические формы начального рака желудка.

1. Латентная
2. Безболевая
3. Геморрагическая
4. Болевая
5. Диспептическая
6. Лихорадочная
7. Анемическая

92. Выделите клинические формы позднего рака желудка.

1. Латентная
2. Безболевая
3. Геморрагическая
4. Болевая
5. Диспептическая
6. Лихорадочная
7. Анемическая

93. Укажите возможности рентгенологического метода в диагностике рака желудка.

1. Определяет локализацию опухолевого процесса
2. Определяет протяженность опухоли в желудке
3. Определяет заинтересованность в опухолевом поражении привратника или пищевода
4. Определяет анатомический тип опухоли
5. Определяет состояние соседних, с желудком органов
6. Определяет границы распространения раковой опухоли
7. Определяет форму роста опухоли
8. Оценивает состояние слизистой оболочки желудка

94. Укажите возможности эндоскопического метода в диагностике рака желудка.
1. Определяет локализацию опухолевого процесса
 2. Определяет протяженность опухоли в желудке
 3. Определяет заинтересованность в опухолевом поражении привратника или пищевода
 4. Определяет анатомический тип опухоли
 5. Определяет состояние соседних, с желудком органов
 6. Определяет границы распространения раковой опухоли
 7. Определяет форму роста опухоли
 8. Оценивает состояние слизистой оболочки желудка
95. Выберите противопоказания к радикальному оперативному лечению рака желудка.
1. Асцит
 2. Желтуха
 3. Метастазы Вирхова, Шницлера, Крукенберга, в пупок, средостение, легкие.
 4. Тотальное поражение желудка
 5. Опухоль желудка с декомпенсированным пилорoduоденальным стенозом.
 6. Опухоль желудка с прорастанием в поперечно-ободочную кишку.
96. Является ли пальпируемая малоподвижная опухоль желудка основанием для отказа от операции?
1. Да
 2. Нет
97. Какие неонкологические противопоказания к операции могут возникнуть при раке желудка?
1. Сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации.
 2. Преклонный возраст
 3. Низкие функциональные показатели деятельности сердца, легких.
 4. Некомпенсированные эндокринные расстройства.
 5. Кахексия с грубыми нарушениями белкового и электролитного обмена.
 6. Тяжелые некорригируемые анемии.
98. Влияет ли форма роста опухоли (экзофитная, эндофитная, переходная) на выбор показаний к оперативному вмешательству?
1. Да
 2. Нет
99. При какой форме роста опухоли допустимо максимальное расширение показаний к радикальной операции?
1. Экзофитной
 2. Эндофитной
100. Выберите показания к субтотальной резекции при раке желудка.
1. Экзофитная опухоль пилороантрального отдела, не распространяющаяся далее угла желудка.
 2. Экзофитная опухоль тела желудка
 3. Инфильтративная опухоль тела желудка
 4. Экзофитная опухоль пилороантрального отдела, распространяющаяся за угол желудка.
 5. Небольшая инфильтративная опухоль пилороантрального отдела желудка.

101. Каковы показания к гастрэктомии при раке желудка?
1. Экзофитная опухоль тела желудка.
 2. Тотальное поражение желудка.
 3. Инфильтративная опухоль любой локализации.
102. Назовите варианты паллиативных операций при раке желудка.
1. Паллиативная резекция желудка
 2. Паллиативная гастрэктомия
 3. Впередободочный гастроэнтероанастомоз на длинной петле с брауновским соустьем.
 4. Питательная гастростома
 5. Еюностома по Майдлю
103. Дивертикулы желудка и ДПК могут быть истинными и ложными. В образовании каких дивертикулов участвуют все слои стенки органов?
1. Истинных
 2. Ложных
104. Какие осложнения возможны при дивертикулах желудка и ДПК?
1. Дивертикулит
 2. Кровотечение
 3. Перфорация
 4. Перекрут ножки
 5. Новообразования в дивертикуле

Модуль №2. Хирургические заболевания кишечника и брыжейки.

Вопросы исходного уровня знаний

1. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся все перечисленные, кроме
 - а) врожденных аномалий кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.)
 - б) чрезмерной подвижности органов врожденного или приобретенного характера
 - в) наличия спаек, тяжей, сращений
 - г) изменения моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза
 - д) наличия различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

2. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме
 - а) удвоения кишечника
 - б) общей брыжейки подвздошной и слепой кишки
 - в) situs viscerus инверзус
 - г) мобильный цекум
 - д) мегадолихосигмы

3. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая
 - а) перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей
 - б) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма
 - в) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза
 - г) "situs viscerus инверзус"
 - д) внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления

4. Перерастяжению кишечной стенки при острой кишечной непроходимости способствуют
 - а) пищеварительные соки
 - б) пищевые массы
 - в) газы
 - г) транссудат
 - д) все перечисленное

5. Основными причинами гипернатриемии при острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме
 - а) потери натрия с пищеварительными соками
 - б) перемещения натрия в клетки (трансминуерализация)
 - в) снижения уровня натрия вследствие развития метаболического алколоза
 - г) выведения натрия с мочой
 - д) недостаточного поступления натрия в организм

6. Назо-гастро-интестинальная интубация может вызвать все перечисленное, кроме
 - а) синуситов и отитов
 - б) бронхитов и пневмонии
 - в) тромбоза легочной артерии
 - г) стеноза пищевода и гортани
 - д) разрыва варикозно расширенных вен пищевода

7. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения
- а) нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке
 - б) уменьшение объема циркулирующей крови
 - в) развитие тканевой гипоксии
 - г) нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы
 - д) все перечисленное
8. Повышение внутрикишечного давления и перерастяжение кишечной стенки при острой кишечной непроходимости приводит ко всем перечисленным изменениям, кроме
- а) ухудшения вентиляции легких
 - б) дополнительной потери жидкости
 - в) дополнительной потери белков и эритроцитов
 - г) возникновения мезентеральных тромбозов
 - д) развития функциональной кишечной непроходимости
9. Тяжесть состояния больного при злообразовании обусловлена
- а) интоксикацией
 - б) потерями жидкости и электролитов
 - в) исключением из циркуляции значительных объемов плазмы
 - г) исключением из циркуляции значительных объемов красной крови
 - д) всем перечисленным
10. При острой кишечной непроходимости рвотные массы имеют все перечисленные особенности, кроме
- а) преимущественно желудочным содержимым
 - б) преимущественно тонкокишечным содержимым
 - в) преимущественно толстокишечным содержимым
 - г) с каловым запахом
 - д) цвета кофейной гущи
11. Боль при острой кишечной непроходимости характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников
 - б) часто носит приступообразный характер
 - в) носит нарастающий характер в течение всего периода заболевания
 - г) отсутствует четкая локализация в каком-либо отделе брюшной полости
 - д) бывает постоянной, не исчезающей полностью во вне приступный период
12. Потери жидкости при острой кишечной непроходимости происходят
- а) с рвотными массами
 - б) с выдыхаемым воздухом в виде водяных паров
 - в) с кожной поверхности в виде пота
 - г) с мочой
 - д) всеми перечисленными путями
13. Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый

- а) четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота
 - б) "шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
 - в) пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования
 - г) шумом падающей капли
 - д) "пустой" илеоцекальной областью
14. Для симптома Обуховской больницы характерны
- а) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку
 - б) шум падающей капли
 - в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
 - г) "пустая" илеоцекальная область
 - д) пустая баллонообразная ампула прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования
15. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является
- а) асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"
 - б) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
 - в) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
 - г) "пустая" илеоцекальная область
 - д) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
16. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом Валя, для которого характерны
- а) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
 - б) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку
 - в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
 - г) "пустая" илеоцекальная область
 - д) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
17. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме
- а) жидкость в кишечных петлях преобладает над газом
 - б) вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие
 - в) значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением
 - г) чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве
 - д) диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна
18. Признаками нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости могут быть
- а) потеря тонуса кишки и отсутствие перистальтики

- б) цианоз кишки
 - в) тусклость брюшинного покрова
 - г) отсутствие пульсации сосудов брыжейки
 - д) все перечисленное
19. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам
- а) обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут
 - б) введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0.25% раствора новокаинав)
 - нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли
 - г) все перечисленное
 - д) ни один из перечисленных приемов не пригоден для определения жизнеспособности кишки
20. Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны
- а) серозного покрова
 - б) мышечного слоя
 - в) подслизистого слоя
 - г) слизистого слоя
 - д) со стороны всех слоев одновременно
21. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме
- а) деторсии
 - б) сигмопексии
 - в) мезосигмопликации
 - г) резекции сигмовидной кишки
 - д) выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами
22. Лечение заворота сигмовидной кишки на ранних стадиях заболевания без признаков интоксикации может быть консервативным и заключаться
- а) в применении бариевой клизмы
 - б) в расправлении перекрученной сигмовидной кишки с помощью зонда, вводимого через ректоскоп по Брунсгаарду
 - в) в расправлении заворота с помощью колоноскопа
 - г) возможен любой способ из указанных вариантов лечения
 - д) ни один из указанных методов лечения
23. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает в себя следующие методы, кроме
- а) одномоментной резекции жизнеспособной долихосигмы с наложением анастомоза
 - б) одномоментной резекции некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза
 - в) резекции сигмовидной кишки с наложением противоестественного заднего прохода с выведением на брюшную стенку, как центрального, так и периферического концов сигмовидной кишки
 - г) операций Гартмана или типа Гартмана

- д) выворачивания омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу
24. Небольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место
- при спаечной кишечной непроходимости
 - при obturационной кишечной непроходимости
 - при странгуляционной кишечной непроходимости
 - при паралитической форме динамической кишечной непроходимости
 - при спастической форме динамической кишечной непроходимости
25. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать
- с хирургического вмешательства
 - с инфузионной терапии
 - с введения назогастрального зонда
 - с антибиотикотерапии
 - с применения препаратов антихолинэстеразного действия
26. Основными направлениями лечения больных с септическим шоком служат: 1. хирургическое устранение очага инфекции; 2. восстановление адекватного ОЦК; 3. адекватная антибактериальная терапия; 4. нутритивная поддержка и энергетическое обеспечения метаболизма; 5. экстракорпоральная детоксикация.
- Все верно;
 - 1,2,3;
 - 3;
 - 1,2,3,5;
 - 5.
27. Вы оперируете больного по поводу острого аппендицита. При вскрытии брюшной полости выявлен острый флегмонозный аппендицит, купол слепой кишки не изменен. Выберите наиболее рациональный способ обработки культи червеобразного отростка при выполнении аппендэктомии:
- перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи в кисетный шов;
 - перевязка кетгутовой лигатурой с последующим погружением культи в кисетный и z-образный швы;
 - целесообразно применение «лигатурного» способа обработки культи отростка;
 - погружение культи в кисетный шов без предварительной перевязки;
 - погружение не перевязанной культи отдельными узловыми швами.
28. Дивертикул Меккеля возникает: 1) на тощей кишке; 2) на подвздошной кишке; 3) на восходящем отделе ободочной кишки; 4) как следствие незаращения влагалищного отростка брюшины; 5) вследствие незаращения желточного протока. Выберите правильную комбинацию ответов:
- 1, 5;
 - 2, 4;
 - 3, 5;
 - 2, 5;
 - 3, 5.
29. Первичный гангренозный аппендицит развивается вследствие:
- тромбоза нижней брыжеечной артерии;
 - стеноза устья подвздошно-ободочной артерии;

- в) неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты;
- г) участия в воспалительном процессе бактериальной инфекции;
- д) тромбоза артерии червеобразного отростка.

30. На амбулаторном приеме Вы заподозрили у больной острый катаральный аппендицит. Что целесообразно предпринять?

- а) экстренно госпитализировать больную в хирургический стационар;
- б) назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную через 4-6 часов;
- в) на следующее утро проконтролировать динамику температуры тела и лейкоцитов в крови;
- г) назначить антибактериальную терапию и повторно осмотреть больную на следующий день;
- д) наблюдать больную амбулаторно и госпитализировать при ухудшении состояния.

31. Для перфоративного аппендицита характерно сочетание следующих признаков: 1) наличие свободного газа в брюшной полости; 2) снижение объема циркулирующей крови; 3) внезапное усиление болей в животе; 4) напряжение мышц передней брюшной стенки; 5) положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4;
- б) 2, 4, 5;
- в) 3, 4, 5;
- г) 1, 4, 5;
- д) только 3.

32. Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и правосторонней почечной колики Вы предпримете: 1) введение спазмолитиков; 2) введение наркотических обезболивающих препаратов; 3) срочное исследование мочи; 4) экскреторную урографию или хромоцистоскопию; 5) ангиграфию почечных артерий. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 2, 3, 4;
- в) 1, 3, 4;
- г) 3, 4, 5;
- д) все ответы верны.

33. При проведении дифференциального диагноза между острым холециститом и острым аппендицитом с высоким расположением червеобразного отростка в первую очередь необходимо выполнить:

- а) обзорную рентгенографию брюшной полости;
- б) УЗИ органов брюшной полости;
- в) компьютерную томографию;
- г) лапароцентез;
- д) лапароскопию.

34. Операция аппендэктомии у больного острым аппендицитом противопоказана при:

- а) двусторонней плевропневмонии;
- б) остром инфаркте миокарда;
- в) беременности 36-40 недель;
- г) аппендикулярном инфильтрате;
- д) гемофилии.

35. Симптом Образцова характерен для:
- а) острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка;
 - б) острого аппендицита при подпеченочном расположении червеобразного отростка;
 - в) эмпиемы червеобразного отростка;
 - г) воспаления дивертикула Меккеля;
 - д) острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка.
36. Экстренная операция не показана при: 1) остром гангренозном аппендиците; 2) остром катаральном аппендиците; 3) аппендикулярном инфильтрате; 4) прикрытой перфорации дуоденальной язвы с давностью заболевания свыше 72 часов без явлений перитонита; 5) остром панкреатите отечной формы. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 3, 4, 5;
 - б) 2, 3, 4;
 - в) 2, 4, 5;
 - г) 3, 5;
 - д) только 5.
37. При осмотре больного в поликлинике врач на основании клинической картины заболевания установил диагноз — острый аппендицит, диагноз сомнений не вызывал. Через 3 часа при осмотре в хирургическом отделении субъективно состояние больного улучшилось, самостоятельные боли в правой подвздошной области не беспокоят, но все остальные признаки острого аппендицита сохраняются. Почему уменьшились спонтанные боли?
- а) диагноз был установлен неверно, следует предположить наличие другого заболевания;
 - б) произошла перфорация червеобразного отростка в свободную брюшную полость;
 - в) уменьшение болей является следствием регрессии деструктивного процесса в червеобразном отростке;
 - г) формируется аппендикулярный инфильтрат;
 - д) следует предположить наличие гангренозной формы острого аппендицита.
38. Лигатурный способ аппендэктомии применяется в следующих случаях:
- а) при катаральном аппендиците;
 - б) у детей в возрасте до 10 лет;
 - в) у больных пожилого и старческого возраста;
 - г) у больных с атипичным расположением червеобразного отростка;
 - д) у женщин с малым сроком беременности.
39. Для отличия острого аппендицита от апоплексии яичника необходимо учитывать следующие клинические признаки: 1) симптом Кохера-Волковича; 2) симптом Промптова; 3) головокружение или обморочное состояние; 4) симптом Бартомье-Михельсона; 5) иррадиацию болей в крестец и промежность; 6) симптом Куленкампа. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 4, 6;
 - б) 2, 3, 5, 6;
 - в) 1, 4;
 - г) 3, 5, 6;
 - д) все ответы верны.
40. Оперативное вмешательство при остром аппендиците противопоказано в случае:
- а) образования аппендикулярного инфильтрата;
 - б) беременности 36-38 недель;

- в) декомпенсированного порока сердца;
 - г) острого инфаркта миокарда;
 - д) все перечисленное неверно.
41. У больного, 76 лет, с трансмуральным инфарктом миокарда диагностирован флегмонозный аппендицит. Ваши действия?
- а) экстренная операция;
 - б) наблюдение и операция при появлении симптомов перитонита;
 - в) назначение массивных доз антибиотиков и операция при неэффективности антибиотикотерапии;
 - г) произвести лапароскопию, при подтверждении диагноза - операция;
 - д) все ответы неверны.
42. При остром катаральном аппендиците проводят следующие мероприятия:
- а) назначают холод местно, обезболивающие препараты и спазмолитики с динамическим наблюдением за больным;
 - б) производят аппендэктомию;
 - в) производят аппендэктомию и дренирование брюшной полости;
 - г) производят аппендэктомию после исключения патологии терминального отдела подвздошной кишки и органов малого таза;
 - д) наблюдают за больным 4-6 час с контролем температуры тела и количества лейкоцитов в крови в динамике.
43. Для гангренозной формы острого аппендицита характерны следующие симптомы: 1) «доскообразный» живот; 2) внезапное усиление болей в правой подвздошной области; 3) уменьшение болевых ощущений; 4) тахикардия; 5) положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 5;
 - б) 3, 4, 5;
 - в) 1, 4, 5;
 - г) 2, 3;
 - д) 2, 5.
44. Больная, 30 лет, жалуется на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области с периодическими усилениями, без иррадиации. Вы заподозрили хронический аппендицит. Какие исследования целесообразно выполнить у этой больной для уточнения диагноза? 1) лапароскопию; 2) ректороманоскопию; 3) ирригоскопию; 4) экскреторную урографию; 5) двуручное влагалищно-абдоминальное исследование. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3;
 - б) 2, 3, 4;
 - в) 3, 4, 5;
 - г) 1, 2, 5;
 - д) только 1.
45. В диагностике острого аппендицита имеют значение все перечисленные методы, кроме:
- а) лапароскопии;
 - б) клинического анализа крови;
 - в) ректального исследования;
 - г) колоноскопии, включая осмотр слепой кишки;
 - д) влагалищного исследования.

46. Клиническими особенностями острого аппендицита у пожилых больных являются: 1) возможность развития первично-гангренозной формы; 2) слабая выраженность болевого синдрома; 3) неукротимая рвота; 4) гектический характер температуры; 5) слабая выраженность симптомов раздражения брюшины. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4;
- б) 2, 3, 4;
- в) 1, 2, 5;
- г) 1, 3, 5;
- д) все ответы неверны.

47. Характерными особенностями клинических проявлений острого аппендицита у детей является: 1) превалирование общих симптомов над местными; 2) быстрое развитие деструктивных форм; 3) кровянистые выделения из прямой кишки; 4) выраженные диспепсические явления; 5) быстрое развитие аппендикулярного инфильтрата. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 2, 3, 4;
- в) 1, 2, 4, 5;
- г) 1, 2, 4;
- д) все ответы неверны.

48. Больному, 70 лет, в экстренном порядке произведена аппендэктомия по поводу перфоративного аппендицита. Назначьте лечебные мероприятия, направленные на профилактику острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей в послеоперационном периоде, 1) длительный строгий постельный режим; 2) эластическое бинтование нижних конечностей; 3) один из низкомолекулярных гепаринов; 4) ранняя активизация больного; 5) введение аминокaproновой кислоты. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 5;
- б) 1, 3, 5;
- в) 2, 3, 4;
- г) 2, 3, 5;
- д) 2, 4, 5.

49. У больной 23 лет, с беременностью 32 недели, находящейся в хирургическом отделении 18 часов, при динамическом наблюдении полностью исключить наличие острого аппендицита не представляется возможным. Ваша лечебная тактика?

- а) больную необходимо оперировать;
- б) необходимо продолжить наблюдение за больной;
- в) произвести ультрасонографию;
- г) совместно с гинекологом вызвать искусственное прерывание беременности, а затем произвести аппендэктомию;
- д) вызвать прерывание беременности и произвести лапароскопию.

50. При дифференцировании острого аппендицита от острого аднексита необходимо учитывать: 1) симптом Кохера-Волковича; 2) локализацию болей; 3) иррадиацию болей в крестец и промежность; 4) положительный симптом Промптова; 5) симптом Бартомье-Михельсона. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5;
- б) 1, 2, 4;
- в) 2, 3, 4;

- г) 3, 4, 5;
- д) все ответы верны.

51. Острый аппендицит следует дифференцировать с: 1) пиелонефритом; 2) острым холециститом; 3) острым аднекситом; 4) острым гастроэнтеритом; 5) правосторонней почечной коликой. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5;
- б) 3, 4, 5;
- в) 2, 3, 4;
- г) 1, 2, 4, 5;
- д) все ответы верны.

52. Больной, 33 лет, предъявляет жалобы на боли в нижних отделах живота, тошноту, рвоту, повышение температуры до 38 °С. Болен в течение двух суток. Сначала появились боли в эпигастральной области, тошнота. Через 6 часов боли переместились в правую подвздошную область, была однократная рвота. Состояние средней тяжести. Пульс 90 ударов в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в нижних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Кишечные шумы ослаблены. Мочеиспускание не нарушено. При ректальном исследовании определяется выраженная болезненность прямой кишки без нависания стенок. Лейкоциты крови $13 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 12 мм/час. Укажите правильный клинический диагноз:

- а) терминальный илеит (болезнь Крона), диффузный перитонит;
- б) деструктивный холецистит, диффузный перитонит;
- в) деструктивный аппендицит, диффузный перитонит;
- г) жировой панкреонекроз, перитонит;
- д) прободная язва желудка, распространенный перитонит.

53. У больного, 39 лет, на второй день после операции аппендэктомии, произведенной по поводу гангренозного аппендицита, развился парез кишечника, озноб, стали беспокоить боли в правой половине живота, увеличилась печень и появилась желтуха. О развитии какого осложнения можно думать?

- а) обструктивный холангит;
- б) поддиафрагмальный абсцесс;
- в) подпеченочный абсцесс;
- г) абсцесс печени;
- д) пилефлебит.

54. Больному, перенесшему аппендикулярный инфильтрат или аппендикулярный абсцесс, необходимо:

- а) рекомендовать консервативное лечение, направленное на предупреждение повторных приступов острого аппендицита;
- б) выполнить аппендэктомию по стихании острых воспалительных явлений, не выписывая больного из стационара;
- в) произвести аппендэктомию только в случае повторного приступа острого аппендицита;
- г) оперировать больного через месяц после выписки из стационара в плановом порядке;
- д) рекомендовать больному плановую аппендэктомию через 3-4 месяца после стихания острого воспалительного процесса.

55. У больного, 18 лет, на седьмой день после операции аппендэктомии развился абсцесс малого таза. Что предпринять?

- а) назначить массивную антибиотикотерапию;
- б) вскрыть абсцесс нижнесрединным доступом и дренировать малый таз;
- в) вскрыть абсцесс доступом Волковича-Дьяконова;
- г) вскрыть абсцесс доступом по Пирогову;
- д) дренировать абсцесс через переднюю стенку прямой кишки.

56. Укажите клинические признаки поддиафрагмального абсцесса: 1) боли в правой половине грудной клетки и в верхних отделах живота; 2) болезненность при надавливании в области нижних ребер; 3) гектическая температура; 4) выбухание нижних межреберных промежутков; 5) расширение границ печеночной тупости. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 3, 4, 5;
- б) 1, 2, 3, 4;
- в) 1, 2, 3, 5;
- г) все ответы верны;
- д) все ответы неверны.

57. Флегмона забрюшинного пространства при остром аппендиците может развиваться в случае:

- а) подпеченочного расположения червеобразного отростка;
- б) местного перитонита в правой подвздошной области;
- в) ретроцекального расположения червеобразного отростка;
- г) ретроперитонеального расположения червеобразного отростка;
- д) латерального расположения червеобразного отростка.

58. Во время операции по поводу острого аппендицита у больного обнаружен аппендикулярный инфильтрат. Какое тактическое решение следует принять?

- а) произвести диагностическую пункцию инфильтрата;
- б) отказаться от дальнейших манипуляций и зашить операционную рану наглухо;
- в) разрушить инфильтрат, подвести к червеобразному отростку тампон и дренажную трубку;
- г) отграничить воспалительный инфильтрат марлевыми тампонами;
- д) выделить червеобразный отросток из инфильтрата и произвести аппендэктомию.

59. Пилефлебит является осложнением одного из нижеперечисленных заболеваний:

- а) прободной язвы желудка;
- б) заворота тонкой кишки;
- в) инфаркта тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии;
- г) деструктивного аппендицита;
- д) распадающейся опухоли слепой кишки с явлениями параколического лимфаденита.

60. У больного, наблюдавшегося по поводу аппендикулярного инфильтрата в правой подвздошной области, на 6 сутки заболевания появились признаки его абсцедирования. Каким доступом его необходимо вскрыть?

- а) разрезом Волковича-Дьяконова;
- б) произвести нижне-срединную лапаротомию;
- в) доступом по Ленандеру;
- г) через переднюю стенку прямой кишки;
- д) горизонтальным разрезом в правой подвздошной области.

61. У больного на 4 сутки после аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура, появились боли в нижних отделах живота с

иррадиацией в прямую кишку, учащенное мочеиспускание. Что целесообразно предпринять в первую очередь в данной ситуации?

- а) назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение;
- б) произвести лапароскопию;
- в) произвести ректороманоскопию;
- г) произвести пальцевое ректальное исследование;
- д) назначить слабительное.

62. Аппендикулярный инфильтрат может развиваться в следующих случаях:

- а) в случаях острого катарального аппендицита при тазовом расположении отростка;
- б) в случаях острого флегмонозного аппендицита при интраперитонеальном расположении отростка;
- в) в случаях острого флегмонозного аппендицита при ретроперитонеальном расположении отростка;
- г) все ответы неверны;
- д) все ответы верны.

63. Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:

- а) в первые двое суток с момента заболевания;
- б) на 3-4 сутки с момента заболевания;
- в) на 7-9 сутки с момента заболевания;
- г) в раннем периоде после аппендэктомии;
- д) в позднем периоде после операции аппендэктомии.

64. У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита и диффузного перитонита доступом в правой подвздошной области, на 20-е сутки после операции диагностирован правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Что могло послужить причиной его образования? 1) больному после операции не было придано положение Троянова-Тренделенбурга; 2) больному после операции не было придано положение Фовлера; 3) больного нужно было оперировать нижнесрединным лапаротомным доступом; 4) не был осушен выпот в брюшной полости; 5) не была произведена тампонада брюшной полости. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5;
- б) 2, 4, 5;
- в) 2, 3, 4;
- г) 3, 4, 5;
- д) 2, 3, 5.

65. У больного на 5 сутки после операции аппендэктомии при ректальном исследовании обнаружен воспалительный инфильтрат в малом тазу без признаков абсцедирования. Выберите необходимые лечебные мероприятия: 1) антибактериальная терапия; 2) приём солевого слабительного; 3) назначение тёплых микроклизм с ромашкой; 4) парентеральное введение протеолитических ферментов; 5) оперативное лечение. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4;
- б) 2, 3, 4;
- в) 1, 4, 5;
- г) 1, 5;
- д) все ответы неверны.

66. Показанием к тампонаде брюшной полости при остром аппендиците является: 1) диффузное капиллярное кровотечение в зоне расположения червеобразного отростка; 2)

аппендикулярный инфильтрат, выявленный на операции; 3) гангренозный аппендицит; 4) периаппендикулярный абсцесс; 5) местный перитонит. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5;
- б) 1, 2, 4;
- в) 1, 4, 5;
- г) 2, 3, 4;
- д) все ответы верны.

Модуль №2. Хирургические заболевания кишечника и брыжейки

Вопросы конечного уровня знаний

1. Какова длина тонкой кишки (в метрах)?
 1. 3
 2. 4
 3. 5
 4. 6
 5. 7
 6. 8
2. Укажите функции тонкой кишки.
 1. Завершает переваривание пищи, поступающей из желудка.
 2. Избирательно всасывает продукты переваривания в кровь и лимфу.
3. Какие сосуды участвуют в кровоснабжении тонкой кишки?
 1. Truncus caeliacus
 2. Верхняя брыжеечная артерия
 3. Нижняя брыжеечная артерия
4. Выберите симптомы заболеваний тонкой кишки.
 1. Боль
 2. Усиленная перистальтика
 3. Диспептические явления (тошнота, рвота).
 4. Кишечное кровотечение
 5. Синдром кишечной непроходимости.
 6. Интоксикация
 7. Лихорадка
 8. Истощение
 9. Ожирение
5. Укажите методы диагностики заболеваний тонкой кишки
 1. Осмотр
 2. Рентгенологическое исследование
 3. Проксимальная еюноскопия через фиброгастродуоденоскоп.
 4. Дистальная илеоскопия через фиброколоноскоп.
 5. Лапароскопия
 6. Биохимические методы исследования
6. Назовите возможные варианты закрытых повреждений тонкой кишки при тупой травме живота.
 1. Ушиб (кровоизлияние в стенку и брыжейку кишки).

2. Отрыв кишки от брыжейки
 3. Разрыв кишки
7. Какие отделы пищеварительного тракта могут поражаться при терминальном илеите (болезни Крона)?
 1. Только подвздошная кишка
 2. Только толстая кишка
 3. Тонкая и толстая кишки, желудок и пищевод
 8. Какие оболочки стенки кишки поражаются при болезни Крона?
 1. Слизистая оболочка
 2. Слизистая и подслизистая оболочки
 3. Слизистая, подслизистая и мышечная оболочки.
 9. Назовите симптомы клинической картины болезни Крона.
 1. Диспептические расстройства
 2. Боль в животе
 3. Повышение температуры
 4. Болезненность передней брюшной стенки
 5. Наличие инфильтрата при пальпации живота
 6. Наличие наружных и внутренних свищей
 7. Напряжение мышц передней брюшной стенки.
 10. Укажите методы лечения болезни Крона.
 1. Диета
 2. Препараты сульфасалазинового ряда
 3. Стероидные гормоны
 4. Рентгенотерапия
 5. Иммунодепрессанты
 6. Парентеральное питание
 7. Резекция пораженного участка кишки в пределах здоровых тканей.
 8. Гемосорбция
 11. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать болезнь Крона.
 1. Туберкулез тонкой кишки.
 2. Актиномикоз тонкой кишки
 3. Лимфосаркома тонкой кишки
 4. Дивертикулез тонкой и толстой кишки
 5. Болезнь Верльгофа
 12. Назовите симптомы, характерные для доброкачественных опухолей тонкой кишки.
 1. Симптомы непроходимости
 2. Кишечное кровотечение
 3. Острая и хроническая инвагинация кишечника.
 4. Симптом заворота кишки
 5. Симптом ожирения
 6. Симптом кахексии
 13. Кто чаще (по статистике) болеет острым аппендицитом?
 1. Женщины
 2. Мужчины

14. Существует ли специфичный микробный возбудитель острого аппендицита?

1. Да
2. Нет

15. Укажите форму острого аппендицита, соответствующую следующему описанию: «червеобразный отросток утолщен, серозный покров его покрыт фибрином, в просвете гной, микроскопически лейкоцитарная инфильтрация занимает всю толщину стенки».

1. Катаральный
2. Флегмонозный
3. Гангренозный
4. Перфоративный.
5. Эмпиема червеобразного отростка

16. Назовите форму острого аппендицита, соответствующую следующему описанию: «червеобразный отросток несколько утолщен, серозный его покров тусклый, лейкоцитарная инфильтрация распространяется до подслизистой основы».

1. Катаральный
2. Флегмонозный
3. Гангренозный
4. Перфоративный
5. Эмпиема червеобразного отростка

17. Какая форма острого аппендицита, соответствует следующему описанию: «червеобразный отросток (весь или его часть) рыхлый, грязно-зеленого цвета, покрыт массивными фибринозными наложениями, микроскопически слою стенки на отдельных участках дифференцировать не удастся».

1. Катаральный
2. Флегмонозный
3. Гангренозный
4. Перфоративный
5. Эмпиема червеобразного отростка

18. Выберите симптомы, типичные для начала острого аппендицита.

1. Боль в правой подвздошной области
2. Боль в правой подвздошной области с иррадиацией в пупок.
3. Боль в эпигастрии, которая через 24 часа смещается в правую подвздошную область.
4. Боль в эпигастрии, которая через 4—6 часов смещается в правую подвздошную область.
5. Многократная рвота
6. Одно- или двукратная рвота
7. Жидкий стул, реже его задержка
8. Задержка стула, реже понос
9. Повышение температуры до 40 градусов
10. Температура субфебрильная с дальнейшим повышением.

19. Выберите описание симптома Шеткина-Блюмберга при остром аппендиците

1. Болезненность при попытке введения пальца в правый паховый канал
2. Появление боли в правой подвздошной области при положении б-го на левом боку
3. Усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку
4. Резкое усиление боли после надавливания на брюшную стенку и затем внезапного отнятия от нее руки пальпирующего врача

5. Ощущение болезненности в правой подвздошной области при надавливании нанисходящий отдел толстой кишки

20 Выберите описание симптома Ровзинга при остром аппендиците

1. Болезненность при попытке введения пальца в правый паховый канал
2. Появление боли в правой подвздошной области при положении б-го на левом боку
3. Усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку
4. Резкое усиление боли после надавливания на брюшную стенку и затем внезапного отнятия от нее руки пальпирующего врача
5. Ощущение болезненности в правой подвздошной области при надавливании нанисходящий отдел толстой кишки

21. Выберите описание симптома Ситковского при остром аппендиците

1. Болезненность при попытке введения пальца в правый паховый канал
2. Появление боли в правой подвздошной области при положении б-го на левом боку
3. Усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку
4. Резкое усиление боли после надавливания на брюшную стенку и затем внезапного отнятия от нее руки пальпирующего врача
5. Ощущение болезненности в правой подвздошной области при надавливании нанисходящий отдел толстой кишки

22. Выберите описание симптома Бартомье-Михельсона при остром аппендиците

1. Болезненность при попытке введения пальца в правый паховый канал
2. Появление боли в правой подвздошной области при положении б-го на левом боку
3. Усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку
4. Резкое усиление боли после надавливания на брюшную стенку и затем внезапного отнятия от нее руки пальпирующего врача
5. Ощущение болезненности в правой подвздошной области при надавливании нанисходящий отдел толстой кишки

23. Выберите описание симптома Крымова при остром аппендиците

1. Болезненность при попытке введения пальца в правый паховый канал
2. Появление боли в правой подвздошной области при положении б-го на левом боку
3. Усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку
4. Резкое усиление боли после надавливания на брюшную стенку и затем внезапного отнятия от нее руки пальпирующего врача
5. Ощущение болезненности в правой подвздошной области при надавливании нанисходящий отдел толстой кишки

24. Укажите, от чего зависит семиотика острого аппендицита.

1. От возраста больного
2. От формы заболевания
3. От наличия сопутствующих заболеваний

25. Укажите возможные изменения в клинической картине при остром гангренозном аппендиците.

1. Боли в животе стихают самостоятельно
2. Снижение температуры тела

3. Падение числа лейкоцитов в крови до нормы при сохранении сдвига в лейкоформуле влево.
 4. Нарастание интоксикации, эйфория
 5. Учащение пульса
 6. Брадикардия
26. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита и прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. (Для острого аппендицита характерно)
1. Небурное начало заболевания
 2. Бурное начало заболевания
 3. Заболевание начинается с умеренных болей в эпи- или мезогастрии, которые затем постепенно усиливаются и смещаются в правую подвздошную область
 4. Боль очень сильного характера возникает в эпигастрии, вслед за чем развивается мышечное напряжение в правой половине живота
 5. Исчезновение печеночной тупости при перкуссии грудной клетки
 6. Наличие газа под куполом диафрагмы
 7. Брадикардия
27. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита и прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. (Для прободной язвы характерно)
1. Небурное начало заболевания
 2. Бурное начало заболевания
 3. Заболевание начинается с умеренных болей в эпи- или мезогастрии, которые затем постепенно усиливаются и смещаются в правую подвздошную область
 4. Боль очень сильного характера возникает в эпигастрии, вслед за чем развивается мышечное напряжение в правой половине живота
 5. Исчезновение печеночной тупости при перкуссии грудной клетки
 6. Наличие газа под куполом диафрагмы
 7. Брадикардия
28. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита и острого панкреатита (Для острого аппендицита характерно)
1. Сильные боли в эпигастрии, носящие опоясывающий характер
 2. Боли в эпигастрии, которые постепенно смещаются в правую подвздошную область
 3. Многократная рвота
 4. Одно- или двукратная рвота
 5. Многократный жидкий стул
 6. Болезненность в левом подреберье
 7. Отсутствие пульсации брюшной аорты
 8. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу
 9. Увеличение амилазы мочи и крови
29. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита и острого панкреатита (Для острого панкреатита характерно)
1. Сильные боли в эпигастрии, носящие опоясывающий характер
 2. Боли в эпигастрии, которые постепенно смещаются в правую подвздошную область
 3. Многократная рвота
 4. Одно- или двукратная рвота
 5. Многократный жидкий стул
 6. Болезненность в левом подреберье
 7. Отсутствие пульсации брюшной аорты
 8. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу

9. Увеличение амилазы мочи и крови

30. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита и острого холецистита. (Для острого аппендицита характерно)

1. Боли сильные, носят приступообразный характер в правом подреберье или эпигастрии
2. Боли умеренные в эпи- или мезогастроэпигастрии, которые, постепенно усиливаясь, смещаются в правую подвздошную область
3. Боли иррадиируют в правое надплечье, спину, подлопаточную область
4. Многократная рвота

31. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита и острого холецистита. (Для острого холецистита характерно)

1. Боли сильные, носят приступообразный характер в правом подреберье или эпигастрии
2. Боли умеренные в эпи- или мезогастроэпигастрии, которые, постепенно усиливаясь, смещаются в правую подвздошную область
3. Боли иррадиируют в правое надплечье, спину, подлопаточную область
4. Многократная рвота

32. Каковы признаки аппендикулярного инфильтрата?

1. Плотное, резко болезненное образование в правой половине живота.
2. Плотное, резко болезненное образование в правой половине живота с четкими контурами.
3. Плотное, умеренно болезненное, мало смещаемое образование, не имеющее четких границ.
4. Гектическая лихорадка.
5. Субфебрилитет
6. Наличие типичного приступа острого аппендицита в анамнезе.
7. Высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево.
8. Нормальное число лейкоцитов с умеренным сдвигом лейкоформулы влево.
9. Состояние больного удовлетворительное.
10. Состояние больного средней степени тяжести

33. Укажите, какие из перечисленных элементов брюшной полости могут входить в аппендикулярный инфильтрат.

1. Передняя брюшная стенка
2. Мочевой пузырь
3. Слепая кишка
4. Петли тонкой кишки
5. Большой сальник
6. Матка с придатками
7. Подвергшийся полной или частичной деструкции червеобразный отросток.

34. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита с правосторонней почечной коликой, острым гастроэнтеритом, острым аднекситом, апоплексией яичника. (Для острого аппендицита характерно)

1. Боли умеренные в эпи- или мезогастроэпигастрии, которые, постепенно усиливаясь, смещаются в правую подвздошную область
2. Очень сильные -приступообразные боли в правых отделах живота или поясничной области с иррадиацией в правое бедро, промежность, половые органы

3. Сильные схваткообразные боли в мезогастрии, сопровождающиеся неоднократной рвотой, желчью
4. Умеренные боли в пахово-подвздошных областях и над лоном
5. Учащенное мочеиспускание
6. Гематурия
7. Нарушение менструального цикла
8. Острая боль внизу живота, быстро распространяющаяся на правую или левую подвздошную области с иррадиацией во влагалище, прямую кишку
9. Кратковременный обморок
10. Возникновение болей внизу живота в середине менструального цикла

35. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита с правосторонней почечной коликой, острым гастроэнтеритом, острым аднекситом, апоплексией яичника. (Для правосторонней почечной колики характерно)

1. Боли умеренные в эпи- или мезогастрии, которые, постепенно усиливаясь, смещаются в правую подвздошную область
2. Очень сильные -приступообразные боли в правых отделах живота или поясничной области с иррадиацией в правое бедро, промежность, половые органы
3. Сильные схваткообразные боли в мезогастрии, сопровождающиеся неоднократной рвотой, желчью
4. Умеренные боли в пахово-подвздошных областях и над лоном
5. Учащенное мочеиспускание
6. Гематурия
7. Нарушение менструального цикла
8. Острая боль внизу живота, быстро распространяющаяся на правую или левую подвздошную области с иррадиацией во влагалище, прямую кишку
9. Кратковременный обморок
10. Возникновение болей внизу живота в середине менструального цикла

36. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита с правосторонней почечной коликой, острым гастроэнтеритом, острым аднекситом, апоплексией яичника. (Для острого гастроэнтерита характерно)

1. Боли умеренные в эпи- или мезогастрии, которые, постепенно усиливаясь, смещаются в правую подвздошную область
2. Очень сильные -приступообразные боли в правых отделах живота или поясничной области с иррадиацией в правое бедро, промежность, половые органы
3. Сильные схваткообразные боли в мезогастрии, сопровождающиеся неоднократной рвотой, желчью
4. Умеренные боли в пахово-подвздошных областях и над лоном
5. Учащенное мочеиспускание
6. Гематурия
7. Нарушение менструального цикла
8. Острая боль внизу живота, быстро распространяющаяся на правую или левую подвздошную области с иррадиацией во влагалище, прямую кишку
9. Кратковременный обморок
10. Возникновение болей внизу живота в середине менструального цикла

37. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита с правосторонней почечной коликой, острым гастроэнтеритом, острым аднекситом, апоплексией яичника. (Для острого аднексита характерно)

1. Боли умеренные в эпи- или мезогастрии, которые, постепенно усиливаясь, смещаются в правую подвздошную область

2. Очень сильные -приступообразные боли в правых отделах живота или поясничной области с иррадиацией в правое бедро, промежность, половые органы
 3. Сильные схваткообразные боли в мезогастррии, сопровождающиеся неоднократной рвотой, желчью
 4. Умеренные боли в пахово-подвздошных областях и над лоном
 5. Учащенное мочеиспускание
 6. Гематурия
 7. Нарушение менструального цикла
 8. Острая боль внизу живота, быстро распространяющаяся на правую или левую подвздошную области с иррадиацией во влагалище, прямую кишку
 9. Кратковременный обморок
 10. Возникновение болей внизу живота в середине менструального цикла
38. Проведите дифференциальную диагностику острого аппендицита с правосторонней почечной коликой, острым гастроэнтеритом, острым аднекситом, апоплексией яичника. (Для апоплексии яичника характерно)
1. Боли умеренные в эпи- или мезогастррии, которые, постепенно усиливаясь, смещаются в правую подвздошную область
 2. Очень сильные -приступообразные боли в правых отделах живота или поясничной области с иррадиацией в правое бедро, промежность, половые органы
 3. Сильные схваткообразные боли в мезогастррии, сопровождающиеся неоднократной рвотой, желчью
 4. Умеренные боли в пахово-подвздошных областях и над лоном
 5. Учащенное мочеиспускание
 6. Гематурия
 7. Нарушение менструального цикла
 8. Острая боль внизу живота, быстро распространяющаяся на правую или левую подвздошную области с иррадиацией во влагалище, прямую кишку
 9. Кратковременный обморок
 10. Возникновение болей внизу живота в середине менструального цикла
39. Укажите причины образования аппендикулярного инфильтрата.
1. Позднее обращение к врачу
 2. Применение антибиотиков
 3. Местное применение холода
40. Укажите правильную тактику при аппендикулярном инфильтрате.
1. Консервативная терапия
 2. Экстренная операция
 3. Консервативное лечение; операция по экстренным показаниям — при явных признаках нагноения; при отсутствии осложнения плановая аппендэктомия через 2—3 месяца после выписки.
41. Выберите лечебные средства и мероприятия, применяемые при консервативном лечении аппендикулярного инфильтрата.
1. Режим свободный
 2. Режим постельный
 3. Тепло на область инфильтрата
 4. Холод на область инфильтрата
 5. Антибактериальная терапия
 6. Физиотерапевтическое лечение с первых дней пребывания больного в стационаре.
 7. Физиотерапевтическое лечение по стиханию острых явлений.

42. Укажите признаки нагноения аппендикулярного инфильтрата.
1. Высокая температура.
 2. Интоксикация
 3. Усиление болей в животе
 4. Анемия
 5. Появление симптомов раздражения брюшины
43. Какова тактика врача при остром аппендиците?
1. Консервативное лечение
 2. Консервативное лечение и выполнение операции только при деструктивных формах аппендицита.
 3. Операция абсолютно показана независимо от формы аппендицита.
44. Какому методу обезболивания следует отдать предпочтение при О аппендиците?
1. Местной анестезии
 2. Общему обезболиванию
45. Укажите доступы, которые можно использовать при операциях по поводу острого аппендицита?
1. Верхнесрединная лапаротомия
 2. Среднесрединная лапаротомия
 3. Нижнесрединная лапаротомия
 4. Косопеременный доступ по Волковичу-Дьяконову.
 5. Параректальный доступ Леннандера.
46. Укажите отличительные признаки слепой кишки от других отделов ободочной кишки.
1. Наличие теней
 2. Наличие брыжейки
 3. Наличие жировых подвесок
47. Можно ли лигировать червеобразный отросток шелком, капроном, лавсаном при перевязке его основания?
1. Да
 2. Нет
48. Назовите показания к ретроградной аппендэктомии.
1. Глубокое расположение червеобразного отростка.
 2. Фиксация червеобразного отростка спайками
 3. Ретроградное расположение червеобразного отростка.
 4. Верхушка червеобразного отростка находится под печенью.
49. Какой объем ревизии органов брюшной полости во время аппендэктомии по поводу катарального аппендицита?
1. Ревизия терминального отдела подвздошной кишки (80—100 см) для исключения дивертикула Меккеля.
 2. Внутренних половых органов
 3. Ободочной кишки для исключения опухоли
 4. Подвздошной и ободочной кишки для исключения повреждений ее инородными телами (рыбья кость и др.).

50. При каких формах острого аппендицита необходимо дренирование брюшной полости?
1. Катаральных
 2. Флегмонозных
 3. Гангренозных
 4. Перфоративных
51. Какие осложнения могут возникнуть в операционной ране после аппендэктомии.
1. Нагноение
 2. Инфильтрат
 3. Гематома
 4. Расхождение краев раны без эвентрации и с эвентрацией.
 5. Лигатурные свищи
 6. Кровотечение из раны брюшной стенки.
52. Выберите осложнения в брюшной полости, возможные после аппендэктомии.
1. Абсцессы и инфильтраты илеоцекальной области.
 2. Инфильтраты дугласова пространства
 3. Инфильтраты и абсцессы межкишечные
 4. Поддиафрагмальные инфильтраты и абсцессы
 5. Абсцесс печени
 6. Местный перитонит
 7. Распространенный перитонит
53. Назовите признаки поддиафрагмального абсцесса.
1. Появление боли справа, выше или ниже печени.
 2. Повышение температуры
 3. Высокое стояние купола диафрагмы
 4. Эксудативный плеврит
 5. Неподвижность и опущение печени
 6. Выпячивание брюшной стенки в подреберье
 7. Притупление звука при перкуссии и ослабление дыхания при аускультации нижних отделов легких.
54. Укажите интерпретацию симптома Сенатора при поддиафрагмальном абсцессе.
1. Втяжение подложечной области на вдохе и выпячивание на выдохе
 2. Гиперестезия в правом надплечье
 3. Баллотирование печени при толчкообразном постукивании грудной клетки другой рукой
 4. Неподвижность позвоночника при ходьбе
55. Укажите интерпретацию симптома Дюхена при поддиафрагмальном абсцессе.
1. Втяжение подложечной области на вдохе и выпячивание на выдохе
 2. Гиперестезия в правом надплечье
 3. Баллотирование печени при толчкообразном постукивании грудной клетки другой рукой
 4. Неподвижность позвоночника при ходьбе
 5. Втяжение межреберных промежутков
56. Укажите интерпретацию симптома Мюсси при поддиафрагмальном абсцессе.
1. Втяжение подложечной области на вдохе и выпячивание на выдохе
 2. Гиперестезия в правом надплечье

3. Баллотирование печени при толчкообразном постукивании грудной клетки другой рукой
 4. Неподвижность позвоночника при ходьбе
 5. Втяжение межреберных промежутков
57. Укажите интерпретацию симптома Яура при поддиафрагмальном абсцессе.
1. Втяжение подложечной области на вдохе и выпячивание на выдохе
 2. Гиперестезия в правом надплечье
 3. Баллотирование печени при толчкообразном постукивании грудной клетки другой рукой
 4. Неподвижность позвоночника при ходьбе
 5. Втяжение межреберных промежутков
58. Укажите интерпретацию симптома Латтена при поддиафрагмальном абсцессе.
1. Втяжение подложечной области на вдохе и выпячивание на выдохе
 2. Гиперестезия в правом надплечье
 3. Баллотирование печени при толчкообразном постукивании грудной клетки другой рукой
 4. Неподвижность позвоночника при ходьбе
 5. Втяжение межреберных промежутков
59. Перечислите доступы, которые могут быть использованы при вскрытии поддиафрагмального абсцесса.
1. Трансплевральный
 2. Внеплевральный передний
 3. Внеплевральный задний
 4. Внебрюшинный
60. Укажите осложнение, специфичные для аппендэктомии.
1. Сердечно-сосудистая недостаточность
 2. Тромбофлебит
 3. Пилефлетит
 4. Эмболия легочной артерии
 5. Кровотечение в брюшную полость
 6. Абсцессы брюшной полости
61. Какая форма хронического аппендицита возникает у больного после рассасывания аппендикулярного инфильтрата?
1. Хронический рецидивирующий аппендицит
 2. Хронический резидуальный аппендицит
62. Укажите объем обследования больного при хроническом аппендиците.
1. Ирригография
 2. Внутривенная пиелография
 3. Ультразвуковое сканирование желчного пузыря.
 4. Фиброгастроскопия желудка и ДПК
 5. Ультразвуковое сканирование матки с придатками.
63. При какой форме кишечной непроходимости одновременно с кишкой сдавливается брыжейка?
1. Обтурационной
 2. Странгуляционной

64. Какая форма кишечной непроходимости протекает тяжелее?
1. Обтурационная
 2. Странгуляционная
65. При какой форме кишечной непроходимости в стенке кишки быстрее развиваются некробиотические процессы?
1. Обтурационной
 2. Странгуляционной
66. Какая из перечисленных теорий наиболее полно отражает патогенез непроходимости кишечника?
1. Теория интоксикации
 2. Теория дегидратации
 3. Нейрорефлекторная теория
 4. Теория шока.
67. Укажите, какие ранние патофизиологические изменения характерны для обтурационной непроходимости кишечника.
1. Потеря жидкостей
 2. Потеря электролитов
 3. Некробиотические процессы
 4. Секвестрация эритроцитов
 5. Нарушение процессов всасывания
68. Укажите, какие ранние патофизиологические изменения характерны для странгуляционной непроходимости кишечника.
1. Потеря жидкостей
 2. Потеря электролитов
 3. Некробиотические процессы
 4. Секвестрация эритроцитов
 5. Нарушение процессов всасывания
69. Выберите симптомы, характерные для кишечной непроходимости.
1. Схваткообразные боли
 2. Тошнота, рвота
 3. Понос.
 4. Задержка стула и газов.
 5. Боли в животе опоясывающего характера.
 6. Кровянистые выделения из прямой кишки.
 7. Асимметрия живота.
70. Укажите изменения, которые можно выявить у больных с кишечной непроходимостью.
1. Учащение пульса
 2. Падение А/Д
 3. Язык сначала влажный, спустя несколько часов становится сухим.
 4. Вздутие живота
 5. Отсутствие печеночной тупости
 6. Тимпанит при перкуссии передней брюшной стенки.
 7. Асимметрия живота

71. Назовите симптом Валя при острой кишечной непроходимости.
1. Шум жидкости в растянутой петле кишки, при ballotировании брюшной стенки.
 2. Колбасовидная, пальпируемая через брюшную стенку раздутая петля кишки, при перкуссии которой обнаруживается высокий тимпанит
 3. Баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки при ректальном исследовании
72. Назовите симптом Склярова при острой кишечной непроходимости.
1. Шум жидкости в растянутой петле кишки, при ballotировании брюшной стенки.
 2. Колбасовидная, пальпируемая через брюшную стенку раздутая петля кишки, при перкуссии которой обнаруживается высокий тимпанит
 3. Баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки при ректальном исследовании
73. Назовите симптом Грекова при острой кишечной непроходимости.
1. Шум жидкости в растянутой петле кишки, при ballotировании брюшной стенки.
 2. Колбасовидная, пальпируемая через брюшную стенку раздутая петля кишки, при перкуссии которой обнаруживается высокий тимпанит
 3. Баллонообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки при ректальном исследовании
74. Какие признаки, выявляемые рентгенологически, характерны для кишечной непроходимости?
1. Раздутые петли кишечника, содержащие газ и жидкость.
 2. Усиленная пневматизация кишечных петель без уровней жидкости.
 3. Свободный газ под куполом диафрагмы
75. Может ли спаечная кишечная непроходимость носить динамический характер?
1. Да
 2. Нет.
76. В каком из перечисленных отделов желудочно-кишечного тракта чаще всего наблюдается заворот кишечника?
1. В тонкой кишке
 2. В слепой кишке
 3. В сигмовидной кишке
 4. В поперечно-ободочной кишке
77. Укажите допустимые сроки предоперационной подготовки больных с кишечной непроходимостью (в часах).
1. 1
 2. 2
 3. 3
 4. 4
 5. 5
 6. 6
 7. 7
 8. 8
78. С применения какого раствора следует начинать лечение внеклеточной дегидратации?
1. Изотонического раствора хлористого натрия

2. Изотонического раствора глюкозы

79. С применения какого раствора следует начинать лечение клеточной дегидратации?

1. Изотонического раствора хлористого натрия
2. Изотонического раствора глюкозы

80. Укажите адекватные условия для выполнения операции при кишечной непроходимости.

1. Местная анестезия.
2. Эндотрахеальный наркоз.
3. Верхнесрединная лапаротомия
4. Широкая срединная лапаротомия
5. Нижнесрединная лапаротомия

81. На какое расстояние от места непроходимости в дистальном направлении следует отступить при выполнении резекции кишки (в сантиметрах)?

1. 20—30
2. 10—15

82. Какие принципы должны соблюдаться при выполнении операции по поводу кишечной непроходимости?

1. Устранение источника непроходимости
2. Оценка жизнеспособности кишечника
3. Адекватный объем резекции, вовлеченной в патологический процесс кишки.
4. Декомпрессия желудочно-кишечного тракта.
5. Санация и дренирование брюшной полости.

83. Выберите способы оценки жизнеспособности кишки.

1. Восстановление нормального цвета кишки
2. Пульсация сосудов брыжейки
3. Появление перистальтики
4. Люминесцентное исследование кишки
5. Трансиллюминационная вазография
6. Локальная термометрия кишечника

84. Укажите возможные способы декомпрессии кишечника при его непроходимости.

1. Метод назогастроинтестинального дренирования
2. Кишечная интубация через гастростому
3. Метод декомпрессии через Энтеростому по Майдлю.
4. Дренирование тонкой кишки через цекостому
5. Дренирование тонкой кишки через культию поперечной ободочной кишки.
6. Подвесная еюностомия с проведением длинного зонда через тонкую кишку.

85. При завороте тонкой кишки имеются явные признаки некроза. Какова должна быть интраоперационная тактика?

1. Кишечные петли расправляют, зону некроза выводят на переднюю брюшную стенку, а затем их резецируют.
2. Кишечные петли необходимо расправить, выполнить резекцию кишечника.
3. К резекции следует приступить до расправления кишечных петель.

86. Если при завороте слепой кишки она оказалась жизнеспособной, какой объем операции следует выполнить?

1. Целесообразна резекция слепой и восходящей ободочной кишок с наложением илеотрансвер-зоанастомоза.

2. После расправления слепой кишки ее выводят на переднюю брюшную стенку и накладывают цекостому.

3. Слепую кишку следует расправить и фиксировать к заднему листку брюшины.

87. При лапаротомии, выполненной по поводу заворота сигмы, кишка оказалась жизнеспособной. Какой объем операции должен быть выполнен?

1. Следует предпринять попытку расправления заворота.

2. Следует выполнить резекцию кишки с анастомозом «конец в конец».

3. Следует выполнить резекцию кишки с ушиванием дистального конца и выведением проксимального в виде одноствольного ануса.

88. Какова должна быть тактика при инвагинации кишечника в первые 24 часа с начала заболевания?

1. Выполнить резекцию кишки

2. Расправить инвагинат с помощью бариевой клизмы.

89. Укажите противопоказания к расправлению инвагината С помощью бариевой клизмы.

1. Срок заболевания 24—48 часов

2. Срок заболевания более 48 часов

3. Вздутие живота

4. Признаки перитонита

5. Гипертермия

6. Рецидивирующая инвагинация

90. Укажите правильные условия дезинвагинации кишечника с помощью бариевой взвеси.

1. Кружка Эсмарха с жидкой, бариевой взвесью поднимается на 60—70 см.

2. Кружку поднимают до высоты 80—120 см

3. Кружку поднимают до высоты 150 см

91. Что следует понимать под дезинвагинацией кишечника?

1. Резекцию кишки в пределах здоровых тканей

2. Проталкивание головки инвагината в проксимальном направлении.

92. Укажите летальность в процентном соотношении при кишечной непроходимости.

1. 2—6

2. 7—9

3. 10—14

4. 15—20

5. >21

**Модуль №3. Хирургические заболевания печени, внепеченочных
желчных протоков и селезенки
Вопросы исходного уровня знаний**

1. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные, кроме
 - а) врожденных аномалий и вариабельности топографии протоков
 - б) воспалительно-инфильтративных изменений в области печечно-двенадцатиперстной связки
 - в) технических и тактических ошибок хирургов
 - г) исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами
 - д) пальпаторного исследования протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем
2. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме
 - а) ограниченного или разлитого желчного перитонита
 - б) образования подпеченочных гнойников
 - в) развития наружного желчного свища
 - г) тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
 - д) развития поддиафрагмального абсцесса
3. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно
 - а) ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой
 - б) сшив проток на Т-образном дренаже
 - в) сшив проток на Г-образном дренаже
 - г) наложив билиодигистивный анастомоз
 - д) любым из перечисленных
4. Для холангита характерными являются
 - а) лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа
 - б) потрясающие ознобы
 - в) повышение потливости, жажда, сухость во рту
 - г) увеличение селезенки
 - д) все перечисленное
5. К симптомам, характерным для обтурационной желтухи, возникшей на почве калькулезного холецистита, относятся все перечисленные, кроме
 - а) приступообразных болей типа печеночной колики
 - б) быстрого развития желтухи после болевого приступа
 - в) желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезненна
 - г) похудания, резкой слабости
 - д) неинтенсивного зуда кожи
6. У больных холедохолитиазом могут возникнуть все следующие осложнения, кроме
 - а) холангита
 - б) обтурационной желтухи
 - в) рубцовых изменений протока
 - г) пролежней стенки протока
 - д) рака желчного пузыря
7. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует

- а) сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку б)
наложить холедоходуоденоанастомоз
 - в) после дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю
пузырного протока
 - г) вскрыть холедок и попытаться удалить камень; при неудаче произвести
дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной
кишки и дренировать общий желчный проток
 - д) наложить холедохоэнтероанастомоз
8. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является
- а) диетическое
 - б) медикаментозное
 - в) хирургическое
 - г) санаторно-курортное
 - д) лечение минеральными водами
9. Перемежающуюся желтуху можно объяснить
- а) камнем пузырного протока
 - б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
 - в) вклиненным камнем большого дуоденального соска
 - г) вентильным камнем холедоха
 - д) опухолью внепеченочных желчных протоков
10. При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма) наиболее целесообразной тактикой хирурга следует считать
- а) типичную холецистэктомию
 - б) после удаления желчного пузыря дренировать холедох через культю пузырного
протока
 - в) после холецистэктомии дренировать общий желчный проток Т-образным
дренажем
 - г) после холецистэктомии дренировать сальниковую сумку
 - д) наложить холецистостому
11. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся
- а) опухоли гепатопанкреатидуоденальной области
 - б) стеноз большого дуоденального сосочка
 - в) холедохолитиаз, как осложнение желчно-каменной болезни и холецистита
 - г) дуоденальная гипертензия
 - д) глистная инвазия
12. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2.5 см общий желчный проток. Больному следует
- а) произвести холецистэктомию
 - б) произвести холецистэктомию, затем холангиографию
 - в) сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока
 - г) наложить холецистостому
 - д) произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка
13. Острый холецистит необходимо дифференцировать
- а) с прободной язвой желудка

- б) с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки
 - в) с правосторонней базальной пневмонией
 - г) с острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка
 - д) со всем перечисленным
14. Острый деструктивный холецистит может привести к следующим осложнениям
- а) разлитому желчному перитониту
 - б) ограниченным гноям брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный), абсцессу печени
 - в) холангиту
 - г) водянке желчного пузыря
 - д) всем перечисленным
15. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее
- а) диетотерапия, применение спазмолитиков
 - б) санаторно-курортное лечение
 - в) плановое хирургическое лечение
 - г) лечение сахарного диабета и стенокардии
 - д) хирургическое лечение только по витальным показаниям
16. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме
- а) холедохолитиаза
 - б) обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока
 - в) отека головки поджелудочной железы
 - г) холангита
 - д) глистной инвазии общего желчного протока
17. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать
- а) абсцесс печени
 - б) внутрипеченочный сосудистый блок
 - в) билиарный цирроз печени
 - г) непроходимость желчных путей при механической желтухе
 - д) хронический гепатит
18. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует
- а) пероральная холецистография
 - б) внутривенная холецистохолангиография
 - в) ретроградная (восходящая) холангиография
 - г) сцинтиграфия печени
 - д) прямая спленопортография
19. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано
- а) с желчно-каменной болезнью
 - б) со стенозирующим папиллитом
 - в) с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
 - г) с псевдотуморозным панкреатитом
 - д) с опухолью головки поджелудочной железы

20. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и
- а) слепой кишкой
 - б) малой кривизной желудка
 - в) двенадцатиперстной кишкой
 - г) тощей кишкой
 - д) ободочной кишкой
21. Общий желчный проток должен быть обследован у всех больных
- а) механической желтухой
 - б) панкреатитом
 - в) при расширении общего желчного протока
 - г) с клиникой холедохолитиаза
 - д) во всех перечисленных ситуациях
22. К осложнениям, обусловленным холелитиазом, следует отнести
- а) гангрену и эмпиему желчного пузыря
 - б) острый панкреатит
 - в) желтуху
 - г) холангит
 - д) все перечисленное
23. Впервые в медицинской практике выполнил холецистэктомию
- а) Курвуазье Л.
 - б) Лангенбух К.
 - в) Монастырский Н.Д.
 - г) Федоров С.П.
 - д) Кер Г.
24. Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков сопровождается всем перечисленным, кроме
- а) развития желчной гипертензии
 - б) застоя желчи
 - в) образования конкрементов и замазки
 - г) развития обтурационной желтухи
 - д) дуоденостаза
25. Желчные камни чаще всего состоят
- а) из холестерина
 - б) из цистина
 - в) из оксалатов
 - г) из солей желчных кислот
 - д) из мочевой кислоты
26. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается
- а) с острым холециститом
 - б) с желчно-каменной болезнью
 - в) со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
 - г) с раком желчного пузыря
 - д) с хроническими неспецифическими заболеваниями легких

27. При высокой обтурации желчных протоков на первый план выступают все следующие симптомы, кроме
- а) выраженной лихорадки
 - б) быстрого появления желтухи
 - в) быстрого похудения
 - г) сильного кожного зуда
 - д) диспептических расстройств
28. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать все перечисленное, исключая
- а) обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки
 - б) деформацию двенадцатиперстной кишки
 - в) стеноз двенадцатиперстной кишки
 - г) стойкий парез кишечника
 - д) прорастание опухоли в головку поджелудочной железы
29. Пути проникновения инфекции в ткань печени являются все перечисленные, кроме
- а) воротной вены
 - б) печеночной артерии
 - в) нижней полой вены
 - г) желчевыводящих путей
 - д) лимфатических сосудов
30. По воротной вене инфекция попадает в печень
- а) из воспалительных очагов органов брюшной полости
 - б) из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов
 - в) из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита
 - г) из желчевыводящих путей при гнойном холангите
 - д) из левых отделов сердца при септическом эндокардите
31. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются
- а) при остром деструктивном холецистите
 - б) при заполнении аскарид во внутривенные желчные ходы
 - в) при нагноении вокруг инородного тела печени
 - г) при нагноении паразитарной кисты печени
 - д) при тяжелом гнойном холангите
32. Антибактериальная терапия абсцессов печени должна основываться на следующих принципах
- а) применения антибиотиков широкого спектра действия
 - б) применения комбинации антибиотиков
 - в) применения антибиотиков только после определения характера микрофлоры и ее чувствительности
 - г) учета степени выделения антибиотиков желчью
 - д) на всех перечисленных
33. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является
- а) резекция доли или сегмента печени
 - б) наложение билиодигестивного соустья

- в) вскрытие и дренирование абсцесса
 - г) трансплантация печени
 - д) гемигепатэктомия
34. Заболевание амёбным абсцессом печени, как правило, совпадает
- а) с учащением случаев амёбной дизентерии
 - б) с учащением случаев инфекционного гепатита
 - в) с учащением случаев описторхоза
 - г) с эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний
 - д) с сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
35. Абсцессы амёбного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии всем перечисленным, кроме
- а) множественных подкапсульных расположений
 - б) крупных размеров
 - в) отсутствия истинной пиогенной оболочки
 - г) содержимого коричневатого цвета
 - д) выпавшего из гноя осадка, напоминающего "кофейную гущу"
36. Специфическим антиамёбным средством являются
- а) антибиотики аминогликозидового ряда
 - б) метранидазол
 - в) эметин, хлорохин, дифосфат
 - г) хинин
 - д) антибиотики цефалоспоринового ряда
37. При наличии крупных амёбных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться
- а) с пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамёбных препаратов
 - б) с лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
 - в) с резекцией пораженной доли печени
 - г) с гемигепатэктомией
 - д) ничего из вышеперечисленного
38. К портальным анастомозам относятся все указанные, кроме
- а) порто-гастро-эзофагокавального анастомоза
 - б) портокавального анастомоза через умбиликальные вены
 - в) портокавального анастомоза через геморроидальные вены
 - г) портокавального анастомоза через вены забрюшинного пространства
 - д) портокавального анастомоза через париетальную плевру
39. Наличие внутрипеченочной портальной гипертензии можно заподозрить при наличии в анамнезе указаний на все перечисленные заболевания, кроме
- а) гепатита
 - б) хронического алкоголизма
 - в) кишечных заболеваний
 - г) перенесенных малярии, бруцеллеза и сифилиса
 - д) травмы позвоночника
40. Диагноз смешанной формы портальной гипертензии ставится на основании всего перечисленного, кроме

- а) анамнеза
 - б) клинико-лабораторных данных
 - в) биопсии печени
 - г) ангиографического исследования портальной системы
 - д) изменения артериального давления
41. Для синдрома Бадда - Хиари не являются характерными
- а) гепатомегалия
 - б) портальная гипертензия
 - в) асцит
 - г) отеки нижних конечностей
 - д) отеки лица
42. Для поздней стадии цирроза печени характерно все перечисленное, кроме
- а) спленомегалии
 - б) варикозного расширения вен пищевода
 - в) варикозного расширения вен передней брюшной стенки
 - г) асцита
 - д) острого расширения желудка
43. О быстро нарастающем ухудшении состояния больного при компенсированном циррозе печени свидетельствует
- а) нарастающая слабость
 - б) появление асцитав)
желтуха
 - г) все перечисленное
 - д) только б) и в)
44. Заподозрить наличие внепеченочной портальной гипертензии можно при наличии в анамнезе указаний
- а) на увеличение селезенки с момента рождения или с раннего детского возраста
 - б) на пупочный сепсис
 - в) на травму
 - г) на нагноительные процессы в брюшной полости
 - д) на все перечисленное
45. Показания к операции при внепеченочной портальной гипертензии складываются из наличия всего перечисленного, кроме
- а) спленомегалии
 - б) высокого портального давления
 - в) со стороны крови лейкопении, тромбоцитопении
 - г) кровоточивости слизистой оболочки носа
 - д) всего перечисленного
46. Хорошим результатом после спленэктомии у больных портальной гипертензией считаются случаи
- а) когда больные не предъявляют жалоб
 - б) сохраняется работоспособность
 - в) отсутствует асцит и варикозно расширенные вены пищевода и желудка
 - г) сохраняются нормальные показатели лабораторных исследований
 - д) все перечисленное

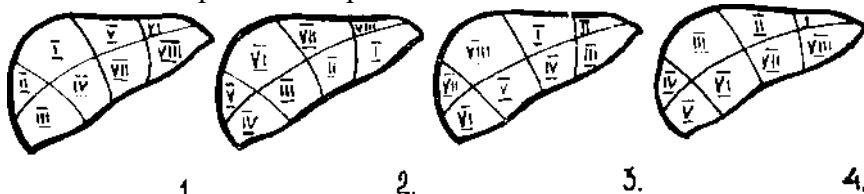
47. К неудовлетворительным результатам спленэктомии при портальной гипертензии относится появление всех указанных признаков, кроме
- а) рецидива гастроэзофагеального кровотечения
 - б) нарастания асцита
 - в) появления геморрагической тромбоцитемии
 - г) прогрессирующего ухудшения функционального состояния
 - д) периодического повышения артериального давления
48. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода могут быть все перечисленные, кроме
- а) пневмонии
 - б) трофических изменений слизистой оболочки пищевода
 - в) пролежней
 - г) гиперсаливации
 - д) тиреоидита
49. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять
- а) на 6-10 часов
 - б) на 12-18 часов
 - в) на 1-8 суток
 - г) на 9-12 суток
 - д) на 13-15 суток
50. Развитие осложнений в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией, перенесших на высоте кровотечения различные оперативные вмешательства, зависит от всех перечисленных факторов, кроме
- а) функционального состояния печени
 - б) степени анемизации
 - в) длительности периода кровотечения
 - г) объема оперативного вмешательства
 - д) размеров печени и селезенки
51. Предпосылкой для развития портальной гипертензии служит все перечисленное, кроме
- а) острой сердечной недостаточности
 - б) ишемии органов брюшной полости
 - в) соединительно-тканной перестройки паренхимы печени
 - г) блока притока венозной крови к печени
 - д) окклюзии печеночных вен
52. Внутривнутрипеченочная форма портальной гипертензии может быть следствием
- а) цирроза печени
 - б) поддиафрагмального абсцесса
 - в) внутривнутрипеченочного холелитиаза
 - г) глистной инвазии
 - д) хронического панкреатита
53. Спленомегалия, "голова медузы" и асцит появляются
- а) при вирусном гепатите В
 - б) при панцирном перикардите

- в) при портальной гипертензии
 - г) при болезни Жильбера
 - д) при хроническом панкреатите
54. После наложения портокавального анастомоза возможны явления энцефалопатии, обусловленные
- а) приемом большого количества белковой пищи
 - б) амиачной интоксикацией
 - в) кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
 - г) голоданием
 - д) всем перечисленным
55. Асцит у больных циррозом и портальной гипертензией может быть вследствие
- а) низкого уровня белка сыворотки крови
 - б) внепеченочного блока
 - в) внутрипеченочного блока
 - г) цирроза печени
 - д) всего перечисленного
56. Причинами возникновения печеночной комы в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией могут быть все перечисленные, кроме
- а) исходной неполноценности функционального состояния печени
 - б) операционной травмы
 - в) невосполненной кровопотери
 - г) осложнений послеоперационного периода
(тромбоз портальной системы, кровотечения из вен пищевода, нагноение раны)
 - д) внутривенного введения концентрированных растворов глюкозы
57. Основным показанием для наложения портокавального анастомоза является
- а) цирроз печени
 - б) асцит
 - в) кровотечение из вен пищевода
 - г) портальная энцефалопатия
 - д) рецидивирующая желтуха
58. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является
- а) интермитирующая лихорадка
 - б) общая слабость
 - в) спленомегалия
 - г) кровоточивость слизистой оболочки носа
 - д) маточные кровотечения
59. Синдром Бадда - Хиари наблюдается чаще всего в возрасте
- а) от 5 до 10 лет
 - б) от 12 до 15 лет
 - в) от 20 до 40 лет
 - г) от 45 до 50 лет
 - д) от 55 до 60 лет

Модуль №3. Хирургические заболевания печени, внепеченочных желчных протоков и селезенки

Вопросы конечного уровня знаний

1. Укажите правильное расположение сегментов печени.



- 1
2
3
4

2. Выберите заболевания, при которых наблюдается обтурационная желтуха.

1. Повышенный распад эритроцитов
2. Опухоли печени
3. Опухоли внепеченочных желчных протоков
4. Вирусный гепатит
5. Паразитарные кисты печени

3. Выберите заболевания, при которых наблюдается печеночная желтуха.

1. Повышенный распад эритроцитов
2. Опухоли печени
3. Опухоли внепеченочных желчных протоков
4. Вирусный гепатит
5. Паразитарные кисты печени

4. Выберите заболевания, при которых наблюдается гемолитическая желтуха.

1. Повышенный распад эритроцитов
2. Опухоли печени
3. Опухоли внепеченочных желчных протоков
4. Вирусный гепатит
5. Паразитарные кисты печени

5. Укажите заболевания печени, которые сопровождаются синдромом портальной гипертензии?

1. Цирроз печени
2. Эхинококкоз
3. Опухоли
4. Болезнь Бадда—Киари
5. Пилефлебит

6. Где находится патологический яроцесс при болезни Бадда-Киари, приводящий к синдрому портальной гипертензии?

1. В воротах печени
2. В печени.
3. На уровне системы печеночных вен

7. При каком заболевании, сопровождающемся синдромом портальной гипертензии, отмечается одновременное увеличение печени и селезенки.

1. Цирроз
 2. Эхинококкоз
 3. Опухоли
 4. Пилефлебит
 5. Болезнь Бадда-Киари
8. Перечислите заболевания, которые сопровождаются печеночной недостаточностью.
1. Острый гепатит
 2. Цирроз печени
 3. Отравление гепатотропными ядами
 4. Абсцессы печени
 5. Острый холецистит
 6. Острый панкреатит
 7. Обширные травмы и ожоги
9. Назовите патогномичные синдромы печеночной недостаточности.
1. Замедленная реакция больного
 2. Апатия или депрессия
 3. Сонливость
 4. Заторможенность
 5. Спутанность сознания
 6. Затруднение речи
 7. Двигательное беспокойство.
 8. «Печеночный запах» от больного
 9. Изменение показателей печеночных проб
 10. Желтуха
10. Какие изменения можно выявить у больных при хронических заболеваниях печени?
1. Малиновый язык
 2. На коже тела появляются сосудистые звездочки; на коже ладоней и подошв — гиперемия и мраморность рисунка.
 3. Фаланги пальцев в виде барабанных палочек
 4. Увеличение живота за счет асцита
 5. Расширение подкожных вен передней брюшной стенки («голова медузы»).
11. Какие показатели билирубина повышаются при обтурационной желтухе.
1. Непрямой (свободный)
 2. Прямой (связанный)
 3. Прямой и не прямой
12. Какие показатели билирубина повышаются при паренхиматозной желтухе.
1. Непрямой (свободный)
 2. Прямой (связанный)
 3. Прямой и не прямой
13. Какие показатели билирубина повышаются при гемолитической желтухе.
1. Непрямой (свободный)
 2. Прямой (связанный)
 3. Прямой и не прямой
14. Какие сывороточные ферменты увеличиваются только при некрозе печеночной паренхимы?

1. Щелочная фосфатаза
 2. Холинэстераза
 3. Аминотрансферазы (аланин — и аспартат-аминотрансферазы).
15. Назовите методы, которые могут быть использованы для диагностики заболеваний печени.
1. Обзорная рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости
 2. Целиакография
 3. Спленопортография
 4. Эхография/сонография
 5. Радионуклеидное сканирование печени
 6. Лапароскопия
16. Укажите симптомы подкапсулярного разрыва печени.
- . Состояние ближе к удовлетворительному
 - . Состояние тяжелое
 - . Вынужденное положение после травмы
 - . Усиление боли при смене положения
 - . Сильные боли и напряжение мышц передней брюшной стенки непосредственно после травмы
 - . Усиление болей и появление напряжения мышц передней брюшной стенки спустя несколько дней после травмы
 - . Признаки внутреннего кровотечения
 - . Появление симптомов перитонита
17. Укажите симптомы разрыва печени с повреждением капсулы.
- . Состояние ближе к удовлетворительному
 - . Состояние тяжелое
 - . Вынужденное положение после травмы
 - . Усиление боли при смене положения
 - . Сильные боли и напряжение мышц передней брюшной стенки непосредственно после травмы
 - . Усиление болей и появление напряжения мышц передней брюшной стенки спустя несколько дней после травмы
 - . Признаки внутреннего кровотечения
 - . Появление симптомов перитонита
18. Какой из методов исследования является ведущим для решения вопроса о показаниях к операции при открытой и закрытой травме печени?
1. Рентгенография брюшной полости
 2. УЗИ
 3. Компьютерная томография
 4. Лапароскопия
 5. Метод «шарящего катетера»
19. Укажите, какие приемы позволяют временно остановить кровотечение из паренхимы поврежденной печени.
1. Сдавление аорты под диафрагмой
 2. Временное пережатие гепатодуоденальной связки.
 3. Временное пережатие нижней полой вены
 4. Временное пережатие чревного ствола

20. Какой объем операции может потребоваться при повреждениях печени?
1. Ушивание раны без иссечения ее краев
 2. Щадящее иссечение раны в печени с гемостазом и удалением нежизнеспособных участков.
 3. Резекция печени
21. Выберите показания к резекции печени при ее ранении.
1. Колотая рана печени
 2. Краевое ранение печени
 3. Ранение печени с повреждением долевых и сегментарных сосудов.
 4. Огнестрельное ранение с массивным повреждением паренхимы печени.
22. Ранения каких сегментов печени являются наиболее опасными?
1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
 5. V
 6. VI
 7. VII
 8. VIII
23. Имеют ли абсцессы печени патогномонические симптомы?
1. Да
 2. Нет
24. Перечислите симптомы абсцесса печени.
1. Температура
 2. Озноб
 3. Боль и чувство тяжести в правом подреберье
 4. Болезненность при пальпации печени
 5. Желтуха
 6. Высокое стояние диафрагмы
 7. Выпот в правой плевральной полости
 8. Увеличение размеров печени
25. Возможно ли консервативное лечение пиогенных абсцессов печени?
1. Да
 2. Нет
26. Укажите способы хирургического лечения абсцессов печени.
1. Резекция печени
 2. Частичное иссечение стенки абсцесса с марсупиализацией его большим сальником.
 3. Вскрытие полости абсцесса с последующим дренированием.
27. Укажите особенности течения амёбных абсцессов печени.
1. Бессимптомность течения на протяжении длительного времени.
 2. Субфебрильная температура
 3. Гектическая лихорадка
 4. Пигментация лица, передней поверхности шеи
 5. Иктеричность склер

28. Возможна ли консервативная терапия при амёбном абсцессе?
1. Да
 2. Нет
29. Какой препарат используется для лечения амёбных абсцессов.
1. Пенициллин
 2. Оксациллин
 3. Рондомицин
 4. Метроджил
 5. Эметин
 6. Цепорин
 7. Левомецетин
30. Назовите причины болезни Бадда-Киари.
1. Тромбофлебит печеночных вен
 2. Тромбоз нижней полой вены
 3. Перикардит
 4. Опухоли печени
 5. Пилефлебит
 6. Ранение с последующим рубцеванием области печеночных вен.
31. Каковы причины синдрома Бадда-Киари?
1. Тромбофлебит печеночных вен
 2. Тромбоз нижней полой вены
 3. Перикардит
 4. Опухоли печени
 5. Пилефлебит
 6. Ранение с последующим рубцеванием области печеночных вен.
32. Выберите симптомы, которые характерны для болезни Бадда-Киари.
1. Гепатомегалия
 2. Асцит
 3. Желтуха
 4. Спленомегалия
 5. Расширенные вены передней брюшной стенки
 6. Расширенные вены на нижних конечностях
 7. Расширенные вены на боковых поверхностях живота и спины
 8. Расширенные вены пищевода с рецидивами
 9. Отеки на ногах
 10. Острое начало с высокой температурой
33. Выберите симптомы, которые характерны для синдрома Бадда-Киари.
1. Гепатомегалия
 2. Асцит
 3. Желтуха
 4. Спленомегалия
 5. Расширенные вены передней брюшной стенки
 6. Расширенные вены на нижних конечностях
 7. Расширенные вены на боковых поверхностях живота и спины
 8. Расширенные вены пищевода с рецидивами
 9. Отеки на ногах
 10. Острое начало с высокой температурой

34. Выберите операции, которые показаны при синдроме Бадда-Киари.
1. Спленоренальный анастомоз
 2. Кавапредсердное шунтирование
 3. Порто-кавальный анастомоз
 4. Спленопульмональный венозный шунт
 5. Гепатопульмонопексия
35. Укажите, какие изменения возникают в печени при циррозах.
1. Дистрофия паренхимы и стромы печени
 2. Узловая регенерация печени
 3. Диффузное развитие соединительной ткани
 4. Диффузная перестройка паренхимы и сосудов печени.
36. Выберите причины цирроза печени.
1. Болезнь Боткина
 2. Токсический гепатит
 3. Алкоголизм
 4. Белково-витаминная недостаточность
 5. Паразитарные заболевания печени
37. Укажите морфологические формы перестройки печени при циррозе.
1. Деструкция печеночной паренхимы
 2. Пролиферация соединительной ткани
 3. Компенсаторная гиперплазия и регенерация печеночной ткани.
38. Какие патофизиологические нарушения возникают у больных с портальной гипертензией?
1. Нарушение функции печеночных клеток
 2. Нарушение внутрипеченочного кровообращения.
 3. Возрастание внутрипеченочного сосудистого сопротивления.
39. Какие вены участвуют в формировании портокавальных анастомозов при повышении давления в системе воротной вены?
1. Вены пищевода
 2. Вены желудка
 3. Вены тонкой кишки
 4. Вены ободочной кишки
 5. Вены круглой связки печени
 6. Геморроидальные вены
40. Выберите клинические симптомы, характерные для любой формы цирроза печени.
1. Нарастающая слабость
 2. Быстрая утомляемость
 3. Головная боль, сонливость
 4. Расстройства пищеварительного тракта (тошнота, потеря аппетита, метеоризм).
 5. Появление сосудистых звездочек на коже
 6. Гиперспленизм
41. Какие бывают осложнения цирроза печени?
1. Желтуха
 2. Кровотечение из вен пищевода

3. Кровотечение из вен желудка
4. Геморроидальные кровотечения
5. Асцит

42 Какие методы исследования применяют для диагностики цирроза печени и портальной гипертензии?

1. Рентгеноскопия, рентгенография пищевода и желудка.
2. Спленопортография
3. УЗИ печени и селезенки
4. Лапароскопия с биопсией печени
5. Компьютерная томография

43 Назовите абсолютные показания к хирургическому лечению у больных с портальным циррозом печени.

1. Варикозное расширение вен пищевода или желудка и кровотечение из них.
2. Спленомегалия с признаками гиперспленизма.
3. Спленомегалия с гемолитическим компонентом, анемией и геморрагическим синдромом.

44 Какие операции применяются при портальной гипертензии?

1. Портокавальный анастомоз
2. Спленоренальный анастомоз
3. Спленэктомия
4. Рентгенэндоваскулярная окклюзия селезеночной артерии.
5. Операция Сагиуры

45 Укажите, какие операции применяются при гиперспленизме у больных с циррозом печени.

1. Порто-кавальный анастомоз
2. Спленоренальный анастомоз
3. Спленэктомия
4. Рентгенэндоваскулярная окклюзия селезеночной артерии.
5. Операция Сагиуры

46 Показана ли операция больным с циррозом печени, осложненным асцитом?

1. Показана как при портальной гипертензии, так и при спленомегалии.
2. Противопоказана
3. Показана только при кровотечении (для его остановки).

47 Какие операции показаны больным с циррозом печени и резистентным асцитом?

1. Наложение лимфовенозного анастомоза на шее
2. Наложение перитонеовенозного шунта
3. Рентгенэндоваскулярная окклюзия печеночной артерии.
4. Эндоскопическое тромбирование варикозных вен.
5. Спленэктомия
6. Наложение порто-кавальных анастомозов

48 Выберите лечебные мероприятия, которые необходимо выполнить для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

1. Возмещение кровопотери
2. Введение в пищевод зонда-обтуратора
3. Повышение АД с помощью вазопрессоров и 1 высокомолекулярных декстранов.

4. Снижение портального давления.
5. Применение препаратов ингибиторов фибринолиза (эпсилон-аминокапроновая кислота, контрикал, трасилол).
6. Эндоскопическая склеротерапия варикозных вен пищевода.
7. Лапаротомия, гастротомия с прошиванием варикозных вен кардии и абдоминального отдела пищевода.
8. Операция Сагиуры

49 Укажите, какое место занимает поражение печени при эхинококкозе.

1. I
2. II
3. III

50. Выберите животных, в организме которых созревает половозрелая стадия эхинококкового паразита.

1. Корова
2. Овцы
3. Собака
4. Лисица
5. Козы
6. Рысь
7. Кошки
8. Лось
9. Олень

51. Укажите путь попадания эхинококкового паразита в организм человека.

1. Воздушно-капельный
2. Контактный — через пищеварительный тракт

52. Выберите правильную схему попадания и имплантации яйца эхинококка в организм промежуточного хозяина.

1. Вдыхание яйца паразита—освобождение оболочки—внедрение в слизистую бронхов—имплантация в легочную паренхиму—попадание в большой круг кровообращения— в печень и другие органы.
2. Попадание яйца-паразита через рот в желудочно-кишечный тракт—освобождение от оболочек, преобразование в онкосферу—внедрение в слизистую желудка, тонкой кишки—проникновение в венозные либо лимфатические сосуды—занос в печень— при преодолении печеночного барьера имплантация в легком—попадание в большой круг кровообращения—диссеминация по всему организму.

53. Киста эхинококкового паразита состоит:

1. Из герминативной, хитиновой и фиброзной оболочек.
2. Из герминативной и хитиновой оболочек.

54. Назовите особенности эхинококковых кист печени.

1. Содержит множество дочерних кист.
2. Дочерних кист не содержит.

55. Выберите симптомы эхинококка печени в стадии клинических проявлений.

1. Тяжесть, колющая боль в правом подреберье
2. Недомогание
3. Тошнота ,

4. Отсутствие аппетита
 5. Похудание
 6. Крапивница
 7. Желтуха
 8. Асцит
 9. Озноб
 10. Гектическая лихорадка
56. Выберите симптомы эхинококка печени в стадии осложнений.
1. Тяжесть, колющая боль в правом подреберье
 2. Недомогание
 3. Тошнота ,
 4. Отсутствие аппетита
 5. Похудание
 6. Крапивница
 7. Желтуха
 8. Асцит
 9. Озноб
 10. Гектическая лихорадка
57. Укажите возможные осложнения эхинококка печени.
1. Нагноение
 2. Обызвествление
 3. Прорыв эхинококковой кисты в желчный пузырь.
 4. Прорыв эхинококка во внутривнутрипеченочные ходы
 5. Прорыв в брюшную полость
 6. Образование желчно-пульмонального свища
 7. Образование желчно-плеврального свища
58. Покажите разрешающую способность реакции Казони (РК.) и латекс-агломинации (РЛА) при диагностике эхинококка (%).
1. РК—60
 2. РК—90
 3. РЛА—60
 4. РЛА—90
59. Перечислите методы диагностики эхинококкоза печени.
1. УЗИ печени
 2. Компьютерная томография
 3. Селективная ангиография сосудов печени
 4. Рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости.
60. Что входит в понятие закрытой эхинококкэктомии?
1. Удаление эхинококка путем резекции печени вместе с кистой
 2. Удаление эхинококка вместе с фиброзной капсулой
 3. Рассечение фиброзной капсулы и удаление паразита в хитиновой оболочке вместе с дочерними пузырями без ее вскрытия и пункции
 4. Пункция паразита через фиброзную капсулу, рассечение фиброзной капсулы и удаление сморщенной хитиновой оболочки вместе с дочерними пузырями
 5. Рассечение фиброзной капсулы хитиновой оболочки с последующим удалением из нее дочерних кист и самой хитиновой оболочки

61. Что входит в понятие открытой эхинококкэктомии?
1. Удаление эхинококка путем резекции печени вместе с кистой
 2. Удаление эхинококка вместе с фиброзной капсулой
 3. Рассечение фиброзной капсулы и удаление паразита в хитиновой оболочке вместе с дочерними пузырями без ее вскрытия и пункции
 4. Пункция паразита через фиброзную капсулу, рассечение фиброзной капсулы и удаление сморщенной хитиновой оболочки вместе с дочерними пузырями
 5. Рассечение фиброзной капсулы хитиновой оболочки с последующим удалением из нее дочерних кист и самой хитиновой оболочки
62. Что входит в понятие полузакрытой эхинококкэктомии?
1. Удаление эхинококка путем резекции печени вместе с кистой
 2. Удаление эхинококка вместе с фиброзной капсулой
 3. Рассечение фиброзной капсулы и удаление паразита в хитиновой оболочке вместе с дочерними пузырями без ее вскрытия и пункции
 4. Пункция паразита через фиброзную капсулу, рассечение фиброзной капсулы и удаление сморщенной хитиновой оболочки вместе с дочерними пузырями
 5. Рассечение фиброзной капсулы хитиновой оболочки с последующим удалением из нее дочерних кист и самой хитиновой оболочки
63. Укажите возможные варианты обработки остаточной полости (ОП) после эхинококкэктомии.
1. Ликвидация ОП
 2. Частичное иссечение ОП
 3. Марсупиализация ОП
 4. Ушивание ОП
 5. Дренирование ОП
64. Укажите возможные осложнения после операции по поводу эхинококка печени.
1. Образование желчного свища
 2. Нагноение остаточной полости
 3. Острая дистрофия печени
 4. Перитонит
 5. Кровотечение из паренхимы печени и остаточной полости.
65. Различия эхинококка от альвеококка определяются личиночной стадией — лавроцистой. Укажите, что из себя представляет лавроциста при альвеококке.
1. Опухоль
 2. Кисту
66. Укажите путь заражения человека альвеококком.
1. Вдыхает пыль, содержащую яйца паразита
 2. Проглатывает яйца паразита вместе с пищей
 3. Яйца паразита попадают через поврежденные кожные покровы.
 4. Яйца паразита попадают при укусе человека насекомыми.
67. Характерен ли для альвеококка печени инфильтративный рост?
1. Да
 2. Нет
68. Прорастает ли альвеококк в соседние с печенью органы?
1. Да

2. Нет

69. Укажите разрешающую способность реакции Казони (РК) и латексагглютинации (РЛА) при диагностике альвеококка (%).

1. РК — 80
2. РЛА — 90
3. РК — 90
4. РЛА — 80

70. Какие операции применяются у больных при альвеококке печени.

1. Резекция печени с паразитами
2. Кавернотомия и дренирование полости распада
3. Криодеструкция паразита

71. Какие доброкачественные опухоли встречаются в печени?

1. Аденомы (гепатомы).
2. Гемангиомы
3. Лимфангиомы
4. Непаразитарные кисты

72. Укажите возможный объем операции при доброкачественных опухолях печени.

1. Резекция печени
2. Гемигепатэктомия
3. Вылущивание опухоли

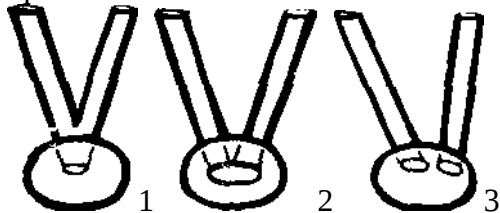
73. Какие методы операций применяются при непаразитарных кистах печени?

1. Вскрытие, опорожнение и дренирование кисты
2. Частичное иссечение стенок кисты с ушиванием и дренированием остаточной полости.
3. Марсупиализация кисты
4. Цистэнтеро- или цистгастростомия.
5. Вылущивание кисты
6. Резекция части печени

74. Какие злокачественные опухоли встречаются в печени?

1. Гепатоцеллюлярный рак
2. Холангиоцеллюлярный рак
3. Саркомы печени
4. Местастатические опухоли

75. Выберите возможные варианты взаимоотношения холе-доха и панкреатического протока.



1. 1
2. 2
3. 3

76. На каком расстоянии от пилорического жома в ДПК. располагается большой дуоденальный сосочек (в сантиметрах)?

1. 3—6
2. 6—8
4. 8—12
5. Более 12

77. У какого процента больных обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить холелитиаз?

1. 5—18
2. 18—36
3. 36—54
4. 54—72
5. 72—90

78. Каково диагностическое значение обзорной рентгенографии грудной и брюшной полости у больных при патологии желчного пузыря и протоков?

1. Выявляет инородные тела (погруженные дренажи) желчных протоков.
2. Возможно «газовое» контрастирование желчных путей при наличии внутренних свищей с желудочно-кишечным трактом.
3. Позволяет выявить нижнедолевую пневмонию.
4. Позволяет обнаружить абсцессы, эхинококковые кисты печени.

79. Назовите противопоказания к пероральной холецистографии.

1. Пожилой возраст
2. Хроническая почечная недостаточность
3. Приступ острого холецистита
4. Острый энтероколит
5. Билирубинемия свыше 1,5—2 мг% (30 ммоль/л).

80. Укажите возможный процент контрастирования желчных протоков при пероральной холецистографии.

1. 10
2. 20
3. 30
4. 40
5. 50
6. 60
7. 70
8. 80
9. 90

81. Какой объем контрастного вещества (билигноста) следует ввести для внутривенной одномоментной холеграфии (в мл)?

1. До 20
2. 20—40
3. 40—60
4. 60—80.
5. 80—100

82. Укажите возможный процент контрастирования желчных протоков при одномоментной внутривенной холеграфии.

1. 10
2. 20
3. 30
4. 401
5. 50
6. 60
7. 70
8. 80
9. 90

83. Из какого расчета подбирается доза контрастного вещества для внутривенной инфузионной холеграфии (в мл. на 1 кг массы больного)?

1. 0,5
2. 0,8
3. 1,2—2
4. 2,5

84. За счет каких элементов повышается информативность исследования при внутривенной инфузионной холеграфии?

1. За счет добавления физиологического раствора.
2. За счет повышения концентрации контрастного раствора.
3. За счет добавления 5—10% раствора глюкозы.
4. За счет удлинения времени введения контрастного вещества.

85. Какой метод холеграфии позволяет получить изображение желчных протоков независимо от показателей билирубина?

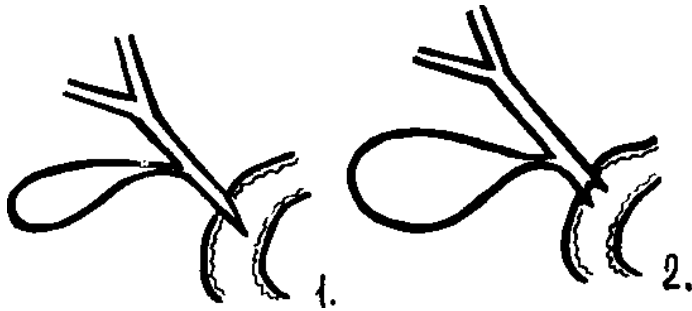
1. Внутривенная холеграфия
2. Инфузионная холеграфия
3. Ретроградная холангиопанкреатграфия
4. Чрескожная, чреспеченочная холангиография
5. Лапароскопическая холецистохолангиография

86. На каком из полученных при холангиографии снимков Вы заподозрите камень терминального отдела холедоха?



1. 1
2. 2

87. На каком из полученных при холангиографии снимках Вы заподозрите опухоль терминального отдела холедоха?



1. 1
2. 2

88. Дайте нормальные показатели остаточного давления в желчевыводящих путях, определяемые во время холангиоманометрии (мм вод. ст.).

1. 50
2. 50—100
3. 100—160
4. 160—200
5. >200

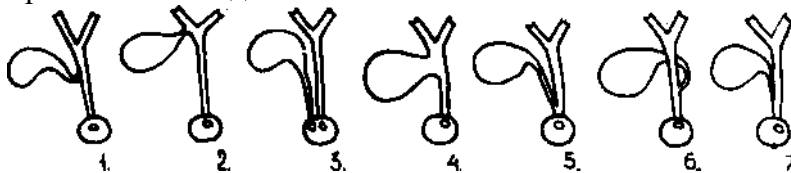
89. Дебитометрия — количество жидкости, проходящей в единицу времени через желчные пути в кишечник. Выберите нормальные показатели дебитометрического исследования (мл/мин).

1. 5—10
2. 10—15
3. 15—20
4. 20—25
5. 25—30
6. 30—35
7. Более 35

90. Растворами какой концентрации йодсодержащих препаратов следует пользоваться при выполнении прямой холангиографии (%)?

1. 60—75
2. 50—60
3. 30—50
4. 25—30

91. Укажите возможные варианты взаимоотношения пузырного протока, печеночного протоков и холедоха.



- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

92. Какой максимальный объем желчи выделяется печенью в норме (мл)?
1. 300
 2. 400
 3. 600
 4. 700
 5. 800
93. Выберите возможные объемы желчного пузыря (мл).
1. 30
 2. 60
 3. 80
 4. 100
 5. 160
94. Во сколько раз концентрация желчи в желчном пузыре отличается от печеночной желчи?
1. В 1,5 раза
 2. В 2,0 раза
 3. В 2,5 раза
 4. В 5 раз
95. а какую длину от резцов вводится дуоденальный зонд при дуоденальном зондировании (в сантиметрах)?
1. 40—50
 2. 70
 3. 80
 4. Более 80
96. Какие симптомы возникают при закрытых повреждениях внепеченочных желчных путей?
1. Симптомы шока
 2. Симптомы перитонита
 3. Симптомы внутреннего кровотечения
 4. Симптомы интоксикации
97. Укажите, при каких повреждениях желчного пузыря показана холецистэктомия.
1. Разрыв стенки желчного пузыря
 2. Обширные интрамуральные гематомы
 3. Отрыв желчного пузыря от ложа
 4. Небольшой разрыв пузыря в области дна
98. Выберите ситуации, при которых возможны интраоперационные травмы желчных протоков.
1. Врожденные или приобретенные необычные топографо-анатомические отношения в зоне гепатодуоденальной связки.
 2. Воспалительные инфильтраты в зоне желчного пузыря.
 3. Нарушение технических правил холецистэктомии.
 4. Резекция желудка при низких, внеуловочных дуоденальных язвах.
 5. Резекция желудка при язвах, пенетрирующих в гепатодуоденальную связку.
99. Укажите, какие исходы возможны при травмах желчных протоков.
1. Желчный перитонит

2. Наружные желчные свищи
3. Рубцовая стриктура желчных протоков
4. Острая печеночная недостаточность
5. Обтурационная желтуха
6. Выздоровление

100. Какие операции возможны при ранениях желчных протоков?

1. Ушивание дефекта однорядным швом при пристеночном ранении.
2. Дренирование дефекта Т-образным дренажем в результате пристеночного ранения.
3. Восстановление целостности циркулярным анастомозом конец в конец.
4. Наложение билиодигистивного анастомоза на транопеченочном дренаже.

101. Укажите сроки формирования рубцовой стриктуры при полной перевязке и пересечении гепатикохоледоха.

1. В ближайшие недели после операции
2. Через 2—6 месяцев

102. Назовите сроки формирования рубцовой стриктуры при частичной перевязке или ранении гепатикохоледоха.

1. В ближайшие недели после операции
2. Через 2—6 месяцев

103. Какие симптомы характерны для сформированной стриктуры желчных протоков?

1. Симптомы рецидивирующего холангита
2. Постоянно нарастающая желтуха
3. Симптомы холангитических абсцессов печени
4. Симптомы билиарного цирроза печени
5. Симптомы печеночной и печеночно-почечной недостаточности.

104. Укажите методы диагностики Рубцовых стриктур желчных протоков.

1. Внутривенная одномоментная холангиография.
2. Внутривенная инфузионная холангиография.
3. Чрескожная, чреспеченочная холангиография.
4. Восходящая дуоденоскопическая холангиография.

105. Какие операции выполняются при стриктурах протоков?

1. Пластика при частичных стриктурах средней части гепатикохоледоха.
2. Билиодигистивные анастомозы на транспеченочном дренаже.
3. Холедоходуоденоанастомоз при стриктурах терминального отдела.

106. Укажите частоту холелитиаза среди населения (%).

1. 5
2. 9
3. 10—12
4. 13—14
5. 15—17

107. Каково соотношение женщин и мужчин, страдающих желчнокаменной болезнью?

1. 1:1
2. 2:1
3. 1:2
4. 3:1

- 5. 1:3
- 6. 1:4
- 7. 4:1

108. Какой элемент является главной составной частью желчных камней?

- 1. Холестерин
- 2. Желчные пигменты
- 3. Соли кальция

109. В образовании холестериновых желчных камней основную роль играет нарушение стабильности холестерина, фосфолипидов и желчных кислот. Назовите причины дестабилизации комплекса и выпадения холестерина в осадок.

- 1. Недостаточное образование в печени желчных кислот из холестерина и снижение их секреции.
- 2. Нарушение обратного всасывания холестерина и желчных кислот в тонкой кишке.
- 3. Повышение секреции холестерина в желчные пути.
- 4. Первичное поражение желчных путей и их сфинктерного аппарата, приводящее к повышению всасыванию слизистой оболочкой желчного пузыря желчных кислот.
- 5. Повышение концентрации холестерина в желчи вследствие ее застоя.

110. Выберите факторы, способствующие образованию камней в желчных путях.

- 1. Прием избыточного количества богатой холестерином пищи.
- 2. Ожирение
- 3. Малоподвижный образ жизни
- 4. Нарушение всасывания в тонкой кишке вследствие различных поражений кишечника.
- 5. Резекция тонкой кишки в анамнезе
- 6. Вирусный или сывороточный гепатит в анамнезе.
- 7. Повышенный гемолиз эритроцитов различной этиологии.

111. Может ли холецистолитиаз протекать бессимптомно?

- 1. Да
- 2. Нет

112. К каким последствиям приводит холецистолитиаз?

- 1. К гипертрофии циркулярных мышц и полипозу в области шейки желчного пузыря.
- 2. Нарушает дренажную функцию желчного пузыря.
- 3. Приводит к воспалительному процессу в желчном пузыре.

113. Укажите возможные причины холангиолитиаза.

- 1. Миграция камней в магистральные протоки через пузырный проток.
- 2. Миграция камней в магистральные протоки через патологические соустья между желчным пузырем, печеночным и желчным протоком.
- 3. Образование камней в печеночных протоках после холецистэктомии.
- 4. Холангит
- 5. Инородные тела протоков
- 6. Опухоли панкреатодуоденальной зоны
- 7. Наличие стриктур желчных протоков

114. Назовите осложнения холангиолитиаза.

- 1. Перитонит
- 2. Кровотечение

3. Развитие отечного или деструктивного холангиогенного панкреатита.
 4. Папиллит
 5. Папиллостеноз
 6. Непроходимость желчных протоков¹
 7. Холангит
115. Каковы возможные причины бескаменного холецистита?
1. Миграция инфекции в желчный пузырь каналикулярным или гематогенным путем.
 2. Специфические поражения желчного пузыря при бруцеллезе, брюшном тифе, туберкулезе.
 3. Вирусный гепатит
 4. Рефлюкс в желчный пузырь панкреатических ферментов.
 5. Аллергические реакции.
 6. Патологические изменения в сосудах желчного пузыря — атеросклероз, артериит.
116. Каковы причины острого холецистита?
1. Холецистолитиаз.
 2. Атеросклеротические изменения в сосудах желчного пузыря.
 3. Рефлюкс в желчный пузырь панкреатических ферментов.
117. У какого процента больных с острым холециститом присутствуют камни в желчном пузыре?
1. 5.
 2. 10.
 3. 15.
 4. 20.
 5. 25.
 6. 30.
 7. 35.
 8. Более 40.
118. Перечислите осложнения острого холецистита.
1. Водянка желчного пузыря.
 2. Эмпиема желчного пузыря.
 3. Гнойный перитонит.
 4. Перипезикальный абсцесс.
 5. Флегмона брюшной стенки.
 6. Наружные свищи желчного пузыря.
 7. Внутренние свищи желчного пузыря.
 8. Желчнокаменная кишечная непроходимость.
119. Выберите симптомы хронического калькулезного холецистита.
1. Тупые боли в правом подреберье
 2. Приступ желчной колики
 3. Интенсивная боль в правом подреберье с иррадиацией в спину
 4. Повышение температуры до 38—39°C
 5. Повторение частоты приступов от нескольких дней до нескольких лет
 6. Диспептические расстройства
 7. Напряжение мышц в правом подреберье (тяжесть в животе, отрыжка, тошнота, запор)
 8. Увеличенный, напряженный и болезненный желчный пузырь

120. Выберите симптомы бескаменного холецистита.

1. Тупые боли в правом подреберье
2. Приступ желчной колики
3. Интенсивная боль в правом подреберье с иррадиацией в спину
4. Повышение температуры до 38—39°C
5. Повторение частоты приступов от нескольких дней до нескольких лет
6. Диспептические расстройства
7. Напряжение мышц в правом подреберье (тяжесть в животе, отрыжка, тошнота, запор)
8. Увеличенный, напряженный и болезненный желчный пузырь

121. Выберите симптомы острого холецистита.

1. Тупые боли в правом подреберье
2. Приступ желчной колики
3. Интенсивная боль в правом подреберье с иррадиацией в спину
4. Повышение температуры до 38—39°C
5. Повторение частоты приступов от нескольких дней до нескольких лет
6. Диспептические расстройства
7. Напряжение мышц в правом подреберье (тяжесть в животе, отрыжка, тошнота, запор)
8. Увеличенный, напряженный и болезненный желчный пузырь

122. Какой перитонит возникает при перфорации отключенного желчного пузыря?

1. Желчный
2. Гнойный

123. Укажите симптомы водянки желчного пузыря.

1. Прощупывается подвижный, эластичной консистенции безболезненный желчный пузырь
2. Прощупывается подвижный, эластичной консистенции болезненный желчный пузырь
3. Желтуха
4. Симптомы интоксикации отсутствуют
5. Болезненность при пальпации в области желчного пузыря
6. Повышение температуры $>38^{\circ}\text{C}$
7. Субфебрилитет

124. Укажите симптомы эмпиемы желчного пузыря.

1. Прощупывается подвижный, эластичной консистенции безболезненный желчный пузырь
2. Прощупывается подвижный, эластичной консистенции болезненный желчный пузырь
3. Желтуха
4. Симптомы интоксикации отсутствуют
5. Болезненность при пальпации в области желчного пузыря
6. Повышение температуры $>38^{\circ}\text{C}$
7. Субфебрилитет

125. Выберите возможные симптомокомплексы холангиолитиаза.

1. Рецидивирующий холангит
2. Обтурационная желтуха, возникающая после приступа печеночной колики.

3. Картина хронического калькулезного холецистита без симптомов нарушения магистрального желчеоттока.

4. Ознобы в анамнезе
5. Безболевая нарастающая механическая желтуха.
6. Рецидивирующий панкреатит
7. Кратковременные желтухи в анамнезе

126. Выберите прямые признаки камней в желчном пузыре при холецистографии.

1. Симптомы блокады желчного пузыря
2. Ячеистость желчного пузыря
3. Наличие различной величины очагов просветления в желчном пузыре.
4. Слабое контрастирование желчного пузыря
5. Деформация желчного пузыря.
6. Замедленное опорожнение после приема желчегонного завтрака.

127. Существуют ли современные эффективные способы лечения неосложненного холелитиаза путем растворения желчных камней?

1. Да
2. Нет

128. Является ли желчнокаменная болезнь, протекающая бессимптомно, показанием к холецистэктомии?

1. Да
2. Нет

129. Какова тактика при хроническом бескаменном холецистите?

1. Лечение преимущественно оперативное
2. Лечение преимущественно консервативное
3. Лечение преимущественно консервативное, но при нарушении моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря показана плановая операция.

130. Какова тактика хирурга при остром холецистите, если отсутствуют симптомы раздражения брюшины и интоксикации?

1. Неотложная операция
2. Консервативное лечение
3. Динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии, выполнение операции при отсутствии эффекта от проводимого лечения в течение 72 часов.

131. Какова тактика хирурга при остром холецистите с выраженными симптомами холангита?

1. Операция по срочным показаниям
2. Консервативное лечение
3. Динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии, выполнение операции при отсутствии эффекта от проводимого лечения.

132. Какова тактика хирурга при остром холецистите с явлениями перитонита?

1. Операция по срочным показаниям
2. Консервативное лечение
3. Динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии, выполнение операции при отсутствии эффекта от проводимого лечения.

133. Укажите максимально возможные сроки консервативного лечения больного с приступом острого холецистита.

1. 2—3 суток
2. 4—6 суток
3. 12—14 дней

134. Укажите наиболее неблагоприятные сроки для операции при хирургическом лечении острого холецистита.

1. 2—3 суток
2. 4—6 суток
3. 12—14 дней

135. Какова тактика хирурга при подтвержденном у больного холедохолитиазе?

1. Срочная операция
2. Консервативное лечение
3. Операция в плановом порядке

136. Какова тактика хирурга при подтвержденном у больного холедохолитиазе, осложненном желтухой? Укажите наиболее полную тактику.

1. Срочная операция
2. Консервативное лечение
3. Операция в плановом порядке
4. Предоперационная подготовка с целью уменьшения интоксикации желтухи. При положительном эффекте — операция после стихания желтухи спустя 1 месяц, при отсутствии эффекта — операция по срочным показаниям.
5. Короткая предоперационная подготовка для уменьшения интоксикации и желтухи. При положительном эффекте — операция не позднее 10—14 суток, при отсутствии эффекта — операция по срочным показаниям.

137. Выберите задачи, которые ставятся перед операцией при желчнокаменной болезни.

1. Устранение места камнеобразования
2. Восстановление свободного желчеоттока в желудочно-кишечный тракт.
3. Полное извлечение камней из желчных протоков.
4. Создание условий для предупреждения холелитиаза.
5. Все вышеперечисленные задачи

138. Укажите, какие операции возможны при хроническом калькулезном холецистите.

1. Холецистэктомия
2. Холецистолитотомия
3. Холецистодигистивные анастомозы

139. Укажите операции при хроническом калькулезном холецистите, которые должны быть максимально ограничены из-за большой опасности рецидива.

1. Холецистэктомия
2. Холецистолитотомия
3. Холецистодигистивные анастомозы

140. Какие операции возможны при хроническом бескаменном холецистите?

1. Холецистэктомия
2. Холецистохоледохоанастомоз
3. Холецистодигистивные анастомозы

141. Следует ли ограничивать показания к операции при хроническом бескаменном холецистите?
1. Да
 2. Нет.
142. Какие операции возможны при остром холецистите?
1. Холецистэктомия
 2. Холецистолитотомия
 3. Холецистодигистивные анастомозы
 4. Холецистостомия
143. Выберите показания к холедохотомии.
1. Желчная гипертензия (желтуха в момент операции или в анамнезе).
 2. Наличие в желчном пузыре мелких камней
 3. Расширение пузырного, общего печеночного и желчного протока.
 4. Увеличение и уплотнение головки поджелудочной железы.
 5. Стеноз большого дуоденального соска.
 6. Стенозирующий панкреатит
144. Какими методами следует пользоваться для обоснования показаний к холедохотомии?
1. Пальпация холедоха
 2. Холангиография
 3. Зондирование холедоха
 4. Интраоперационная холангиомано- и дебитометрия.
 5. Ультразвуковое интраоперационное сканирование.
145. Назовите ситуации, при которых возможно наложение глухого шва на холедох.
1. Диагностическая холедохотомия
 2. Удаление единичных свободно лежащих камней из протока при условии свободной проходимости его выходного отдела
 3. После инструментальных манипуляций на большом дуоденальном соске.
146. Укажите показания к наружному дренированию желчных протоков.
1. Завершение холедохолитотомии
 2. Холангит
 3. Мелкие камни холедоха
 4. Замазкообразные массы в желчи
 5. Холецистопанкреатит
 6. После выполнения папиллосфинктеропластики
147. Выберите показания к трансдуоденальной папиллосфинктеропластике.
1. Камни, фиксированные в ампуле большого дуоденального соска.
 2. Стеноз большого дуоденального соска
 3. Холедохолитиаз, осложненный папиллостенозом.
 5. Панкреатит
 6. Недостаточность сфинктера Одди
148. Выберите возможные осложнения папиллосфинктеротомии.
1. Кровотечение
 2. Перитонит
 3. Забрюшинные флегмоны

4. Панкреонекроз

149. Выберите показания к наложению билиодигестивных анастомозов, в частности к холедоходуоденоанастомозу.
1. Множественные камни холедоха при неуверенности в их полном удалении.
 2. Значительная дилатация и атония протоков
 3. Стенозирующий и псевдотуморозный панкреатит.
 4. Стриктура терминальной части холедоха длиной 1—1,5 см.
 5. Стриктура терминальной части холедоха более 2—3 см.
150. Укажите возможные осложнения холедоходуоденоанастомоза.
1. Синдром «слепого» мешка
 2. Холангит
 3. Дуоденит
 4. Панкреатит
151. Назовите возможный процент постхолецистэктомического синдрома после операций по поводу калькулезного холецистита (%).
1. 5—10
 2. 10—20
 3. 20—30
 4. 30—40
 5. 40—50
152. Каким может быть процент постхолецистэктомического синдрома после операций по поводу бескаменного холецистита (%)?
1. 5
 2. 10
 3. 15
 4. 20
 5. 25
 6. 30
 7. 35
 8. Более 40
153. Каким может быть процент больных, у которых пост-холецистэктомический синдром обусловлен нескорректированными во время первичной операции заболеваниями билиарно-панкреатической системы?
1. 10
 2. 20
 3. 30
 4. 40
 5. 50
 6. 60
 7. 70
 8. 80
 9. 90
 10. 100
154. Укажите возможные причины постхолецистэктомического синдрома, связанные с поражением билиарно-панкреатической системы.
1. Камни желчных протоков

2. Стеноз большого дуоденального соска
3. Недостаточность сфинктера Одди
4. Остаточный «желчный пузырь» (избыточно длинная культя пузырного протока).
5. Наружные желчные, панкреатические свищи
6. Инородные тела желчных протоков
7. Хронический панкреатит
8. Дискинезия желчных путей
9. Хронический гепатит, цирроз печени
10. Опухоли билиарно-панкреатической системы

155. Перечислите возможные причины постхолецистэктомического синдрома, связанные с поражением других органов и систем.

1. Гастродуоденальные язвы, гастрит, дуоденит.
2. Опухоли желудка и кишечника
3. Хронический колит
4. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
5. Дуоденальные дискинезии
6. Дизэнцефальный синдром

156. Назовите, какие нарушения техники операции могут привести к развитию постхолецистэктомического синдрома?

1. Применение холедохостомических трубок большого диаметра.
2. Использование погруженных дренажей
3. Создание неадекватного шовного материала
4. Употребление нерациональных вариантов желчеотводящих анастомозов.
5. Формирование соустьев малого диаметра

157. Какие клинические проявления характерны для постхолецистэктомического синдрома?

1. Болевой синдром
2. Желчная или панкреатическая колика
3. Желтуха
4. Холангит
5. Образование наружного желчного свища

158. Какие методы исследования используются для диагностики постхолецистэктомического синдрома?

1. Фистулохолангиография
2. Чрескожная, чреспеченочная холангиография.
3. Ретроградная холангиография
4. Компьютерная томография

159. Какими методами может быть устранена стриктура большого дуоденального соска?

1. С помощью эндоскопической папиллотомии
2. Путем выполнения папиллосфинктеротомии во время операции.
3. Используя оба метода

160. Укажите возможные методы удаления остаточных камней из общего желчного протока.

1. Через холедохостомическую дренажную трубку с помощью петли или «корзинки» Дормиа.
2. Путем растворения камней

3. С помощью специальных ловушек после эндоскопической папиллосфинктеротомии.
 4. При повторной операции
161. Выберите возможные формы доброкачественных опухолей желчного пузыря.
1. Папилломы
 2. Аденомы
 3. Фибромы
 4. Лейомиомы
 5. Гаматомы
162. Имеют ли доброкачественные опухоли желчного пузыря специфическую картину?
1. Да
 2. Нет
163. Под «маской» каких заболеваний могут протекать доброкачественные опухоли желчного пузыря и желчных протоков?
1. Острого холецистита
 2. Хронического холецистита
 3. Острого панкреатита
 4. Хронического панкреатита
164. Выполнение каких операций допустимо при доброкачественных опухолях желчного пузыря и желчных протоков?
1. Холецистэктомия
 2. Широкое иссечение опухолевой ткани. 1
 3. Папиллэктомия
 4. Электрокоагуляция опухоли
 5. Локальное иссечение опухоли
165. Какое заболевание следует рассматривать как предрако-вое при возникновении рака желчного пузыря?
1. Гастрит
 2. Панкреатит
 3. Колит
 4. Язвенная болезнь ДПК
 5. Калькулезный холецистит
166. Укажите, у кого чаще возникает рак желчного пузыря.
1. У мужчин
 2. У женщин
167. Перечислите пути распространения метастазов при раке желчного пузыря.
1. Лимфогенный
 2. Гематогенный
 3. Интрадуктальный
 4. Путем прямого прорастания и обсеменения брюшины.
168. Имеет ли рак желчного пузыря специфическую картину?
1. Да
 2. Нет

169. Зависит ли клиническая картина рака желчного пузыря от локализации первичной опухоли в области его дна и шейки?

1. Зависит
2. Не зависит

170. При какой локализации опухоли в желчном пузыре возникают симптомы механической желтухи и водянки?

1. В области дна пузыря
2. В области шейки

171. Выберите клинические симптомы рака желчного пузыря, протекающего на фоне холелитиаза.

1. Приступообразные боли в правом подреберье
2. Постоянные боли в правом подреберье
3. Нарастающая слабость
4. Потеря массы тела
5. Появление диспептических расстройств
6. Возникновение желтухи

172. Велики ли шансы радикального хирургического лечения рака желчного пузыря?

1. Да
2. Нет

173. Какие операции применимы при раке желчного пузыря?

1. Холецистэктомия
2. Расширенная холецистэктомия
3. Сегментарная резекция печени
4. Правосторонняя гемигепатэктомия
5. Нет.

174. Какие паллиативные операции возможны при раке желчного пузыря?

1. Наложение билиодигистивных анастомозов
2. Наружное дренирование общего или долевых печеночных протоков.
3. Реканализация опухоли, прорастающей из шейки пузыря в общий печеночный проток, с последующим введением транспеченочного дренажа.

175. У кого чаще отмечается рак внепеченочных желчных протоков?

1. У мужчин
2. У женщин

176. Опухоли внепеченочных желчных протоков могут располагаться в дистальной части холедоха (1), в печеночном (2) или в долевых печеночных протоках (3). Выберите ответ, в котором правильно указана частота поражения различных отделов.

1. Чаще поражается 1
2. Чаще поражается 2
3. Одинаково часто поражаются 1,2, 3
4. Одинаково часто поражаются 1, 2, реже 3

177. Укажите, при какой локализации рака внепеченочных желчных протоков возникает симптом Курвуазье.

1. В холедохе
2. В печеночном протоке

3. В долевых протоках

178. При какой локализации рака внепеченочных желчных протоков при лапароскопии можно обнаружить спавшийся желчный пузырь?

1. В холедохе
2. В печеночном протоке
3. В долевых протоках

179. При какой локализации рака внепеченочных желчных протоков может развиваться клиническая картина водянки и эмпиемы желчного пузыря?

1. В холедохе
2. В печеночном протоке
3. В печеночном протоке на уровне впадения в него пузырного протока.
4. В печеночном протоке на уровне бифуркации.
5. В долевых протоках

180. Какие радикальные по объему операции допустимы при раке внепеченочных желчных протоков?

1. Холецистэктомия
2. Панкреатодуоденальная резекция
3. Холецистэктомия в сочетании с резекцией гепатикохоледоха.
4. Пересадка печени

181. Какая паллиативная операция наиболее показана при раке терминального отдела холедоха?

1. Холецистэктомия
2. Наложение билиодигестивного анастомоза
3. Холедохостомия

182. Какая операция показана при раке печеночного протока на уровне впадения в него пузырного протока?

1. Холецистостомия
2. Наложение билиодигестивного анастомоза
3. Гепатикостомия

183. Какая паллиативная операция показана при раке печеночного протока на уровне бифуркации?

1. Холецистостомия
2. Наложение билиодигестивного анастомоза
3. Холедохостомия
4. Гепатикостомия
5. Реканализация опухоли с последующим дренированием реканализованных протоков.
6. Гепатоеюно- и гепатогастроанастомоз

184. Какие формы заболеваний относятся к холецистозам желчного пузыря?

1. Холестероз
2. Аденоматоз
3. Нейроматоз

185. При какой форме холецистоза желчного пузыря на холецистограмме можно обнаружить признаки, напоминающие холецистолитиаз?

1. Холестероз

2. Аденоматоз
3. Нейроматоз

186. При какой форме холецистоза желчного пузыря в его стенке образуются пристеночные дивертикулы?

1. Холестероз
2. Аденоматоз
3. Нейроматоз

187. При какой форме холецистоза рентгенологически имеются признаки гипермоторики желчного пузыря?

1. Холестероз
2. Аденоматоз
3. Нейроматоз

188. Укажите наиболее, полную тактику лечения холецистозов.

1. Только консервативное
2. При слабо выраженных болезненных проявлениях — консервативное лечение, при распространенных формах — холецистэктомия.
3. Только холецистэктомия

189. Укажите заболевания, сопутствующие дискинезиям желчных путей.

1. Колит
2. Гастродуоденит
3. Дуоденостаз
4. Вегетоневротические расстройства
5. Диэнцефальный синдром
6. Эндокринные нарушения

190. Сопровождается ли дискинезия желчевыводящих путей специфическими симптомами?

1. Да
2. Нет

191. Какие симптомы характерны для дискинезии желчевыводящих путей?

1. Боль в верхней половине живота постоянного или приступообразного характера.
2. Диспептические расстройства (тошнота, отрыжка, рвота).
3. Расстройство стула (только понос).
4. Расстройство стула (только запор).
5. Расстройство стула (чередование поносов и запоров).
6. Похудание вследствие отсутствия аппетита.
7. Похудание из-за ограничения в еде.

192. Назовите возможные варианты нарушения моторной функции желчевыводящих путей.

1. Дискинезия
2. Дистония
3. Диссинергия

193. При какой форме дискинезии желчевыводящих путей показано назначение спазмолитических препаратов?

1. Гипотоническая

2. Гипокинетическая
3. Гиперкинетическая

194. При какой форме дискинезии желчевыводящих путей показана электростимуляция, назначение холинолитиков и желчегонных препаратов?

1. Гипотонической
2. Гипокинетической
3. Гиперкинетической

195. Показана ли при дискинезии желчевыводящих путей холецистэктомия?

1. Да
2. Нет

196. У кого чаще наблюдается первичный склерозирующий (облитерирующий) холангит?

1. У мужчин
2. У женщин

197. Какие морфологические изменения возникают по внепеченочных желчных протоках при склерозирующем холангите?

1. Сужение просвета холедоха вследствие скопления в нем замазкообразной желчи.
2. Холедох суживается за счет сдавления извне
3. Холедох суживается за счет резкого утолщения его стенки.

198. Каков патогенез склерозирующего холангита?

1. Связь с патологией тонкой кишки
2. Связь с патологией толстой кишки (язвенный колит).
3. Аутоиммунный процесс

199. Укажите симптомы склерозирующего холангита.

1. Желтуха
2. Лихорадка
3. Озноб
4. Выраженный болевой синдром
5. Болевой синдром выражен слабо

200. Выберите, какие лечебные мероприятия применяются при первичном склерозирующем холангите.

1. Антибиотики широкого спектра действия
2. Стероидные гормоны
3. Иммунодепрессанты
4. Холецистостомия
5. Гепатико-энтеростомия
6. Холедоходуодено-холедохоэнтероанастомоз

201. Укажите возможные исходы первичного склерозирующего холангита.

1. Выздоровление
2. Билиарный цирроз печени
3. Гепато- и спленомегалия
4. Портальная гипертензия

202. Веточкой какой артерии является селезеночная артерия?
1. Чревного ствола
 2. Верхней брыжеечной артерии
 3. Нижней брыжеечной артерии
203. Куда впадает ствол селезеночной вены?
1. В нижнюю полую вену
 2. В левую почечную вену
 3. В печеночную вену
 4. В воротную вену печени
204. Можно ли в норме пропальпировать селезенку?
1. Да
 2. Нет
205. Укажите симптомы заболевания селезенки.
1. Бледность кожных покровов
 2. Наличие кожных геморрагии
 3. Боли в левом подреберье
 4. Увеличение селезенки
 5. Асцит
 6. Анемия
206. Назовите заболевания, при которых размеры селезенки не увеличиваются.
1. Болезнь Верльгофа
 2. Гипопластическая анемия
 3. Апластическая анемия
 4. Гемолитическая анемия
 5. Болезнь Гоше
 6. Малярия¹
 7. Туберкулез селезенки
 8. Эхинококкоз селезенки
 9. Опухоль селезенки
 10. Миелолейкоз
207. Какие методы исследования должны быть использованы для диагностики патологии селезенки?
1. Гемограмма
 2. Коагулограмма
 3. Миелограмма
 4. Рентгенография брюшной полости
 5. Спленотонометрия и спленопортография
 6. Селективная целиакография
 7. Сканирование селезенки
208. При каком повреждении селезенки возникает клиническая картина двухмоментного разрыва?
1. При субкапсулярном
 2. При полном
209. Укажите симптомы, возникающие при повреждении селезенки.
1. Симптомы острой кровопотери

2. Симптомы раздражения брюшины
 3. Симптом «ванька-встанька»
 4. Вынужденное положение на левом боку
 5. Ригидность и болезненность в левой половине живота.
 6. Притупление перкуторного звука в отлогих местах живота.
 7. Отставание при дыхании левого купола диафрагмы.
 8. Высокое стояние левого купола диафрагмы.
 9. Нависание передней стенки прямой кишки.
210. Является ли повреждение селезенки показанием к срочной операции?
1. Является, только при явных признаках внутрибрюшинного кровотечения.
 2. Является только при явных признаках острого перитонита.
 3. Является не только при явных признаках повреждения, но и при подозрении на повреждение селезенки.
211. Укажите операции, которые допустимы при повреждении селезенки.
1. Спленэктомия
 2. Ушивание места повреждения с биологической тампонадой.
 3. Перевязка селезеночной артерии
 4. Резекция селезенки
212. Укажите заболевания, при которых возможен спонтанный разрыв селезенки.
1. Туберкулез
 2. Малярия
 3. Хронический лейкоз
 4. Лимфогранулематоз
 5. Болезнь Верльгофа
 6. Гипопластическая и апластическая анемия
 7. Острый лейкоз
213. Укажите болезни крови, при которых ведущим симптомом является повышенная кровоточивость.
1. Болезнь Верльгофа (тромбоцитопеническая пурпура).
 2. Наследственная гемолитическая анемия (болезнь Минковского-Шоффара).
 3. Приобретенная гемолитическая анемия.
 4. Гипопластическая и апластическая анемия.
214. Какова в норме средняя продолжительность жизни тромбоцитов (в днях)?
1. 1—3
 2. 4—7
 3. 8—11
 4. 12—15
 5. 16—19
215. Укажите продолжительность жизни тромбоцитов при болезни Верльгофа (в днях).
1. 1—3
 2. 4—7
 3. 8—11
 4. 12—15
 5. 16—19

216. Укажите, какие лечебные мероприятия должны применяться при обострении болезни Верльгофа.

1. Трансфузия крови
2. Трансфузия компонентов крови (плазма, фибриноген и др.).
3. Кортикостероидные гормоны
4. Гемостатические средства
5. Спленэктомия

217. Перечислите показания к спленэктомии при болезни Верльгофа.

1. Частые рецидивы болезни
2. Безуспешность кортикостероидной терапии
3. Снижение трудоспособности
4. Профузные кровотечения из слизистых оболочек
5. Кровоизлияние в мозг

218. Какова возможная эффективность спленэктомии при болезни Верльгофа (%)?

1. 10—20
2. 30—40
3. 50—60
4. 70—80
5. 90—100

219. Назовите заболевания крови, при которых ведущим симптомом является желтуха.

1. Болезнь Верльгофа (тромбоцитопеническая пурпура).
2. Наследственная гемолитическая анемия.
3. Приобретенная гемолитическая анемия
4. Гипопластическая и апластическая анемия

220. Укажите, при какой форме гемолитической анемии единственным эффективным методом лечения является спленэктомия.

1. Наследственная
2. Приобретенная

221. Какая форма гемолитической анемии дает ремиссию заболевания при кортикостероидной терапии?

1. Наследственная
2. Приобретенная

222. Какое заболевание крови приводит к развитию желчно-каменной болезни?

1. Болезнь Верльгофа (тромбоцитопеническая пурпура).
2. Наследственная гемолитическая анемия
3. Приобретенная гемолитическая анемия
4. Гипопластическая и апластическая анемия

223. При каком заболевании крови в костном мозге участки кроветворения единичны, а костно-мозговые полости замещены жировой тканью?

1. Болезнь Верльгофа (тромбоцитопеническая пурпура).
2. Наследственная гемолитическая анемия
3. Приобретенная гемолитическая анемия
4. Гипопластическая и апластическая анемия

224. При каком заболевании крови спленэктомия дает наихудшие результаты?

1. Болезнь Верльгофа (тромбоцитопеническая пурпура).
2. Наследственная гемолитическая анемия
3. Приобретенная гемолитическая анемия
4. Гипопластическая и апластическая анемия

225. Назовите показания к спленэктомии при гипопластической анемии.

1. Прогрессирующая анемия
2. Геморрагический синдром
3. Отсутствие эффекта от консервативного лечения
4. Наличие антител к клеткам крови
5. Невозможность трансфузионной терапии

226. Является ли острый лейкоз противопоказанием к плановым хирургическим операциям?

1. Да
2. Нет

227. Является ли острый лейкоз противопоказанием к экстренным хирургическим операциям?

1. Да
2. Нет

228. Является ли хронический лейкоз противопоказанием к плановым и экстренным хирургическим операциям?

1. Да
2. Нет

229. Показана ли спленэктомия у больных с хроническим лейкозом (миелолейкозом, лимфолейкозом)?

1. Показана
2. Противопоказана
3. Показана при огромных размерах селезенки с явлениями абдоминального дискомфорта, тромбоцитопении, при геморрагическом диатезе.

230. При каком системном заболевании крови в лимфатических узлах и пунктате селезенки отмечается наличие клеток Березовского—Штернберга?

1. Болезнь Верльгофа
2. Гемолитическая анемия
3. Болезнь Гоше
4. Лейкоз
5. Лимфогранулематоз

231. Какие группы лимфатических узлов и органов могут поражаться при лимфогранулематозе?

1. Шейные
2. Подмышечные
3. Паховые
4. Мезентериальные
5. Медиастинальные
6. Желудка
7. Селезенки

232. Выберите показания к спленэктомии у больных с лимфогранулематозом.
1. Селезеночная форма.
 2. Шейная форма.
 3. Подмышечная форма.
 4. Медиастинальная форма.
 5. Лимфогранулематоз желудка.
 6. Тромбоцитопения.
 7. Гемолитическая анемия.
233. В какие сроки более оправдана спленэктомия у больных с лимфогранулематозом?
1. В ранние — до генерализации процесса
 2. В поздние — при генерализации процесса
234. Укажите редко встречающиеся заболевания селезенки, которые сопровождаются синдромом спленомегалии.
1. Малярия
 2. Туберкулез
 3. Лейшманиоз
 4. Кисты
 5. Инфаркт
 6. Абсцесс
235. В селезенке чаще встречаются:
1. Паразитарные кисты
 2. Непаразитарные кисты
236. Укажите, какие кисты формируются в селезенке в результате ее травмы, малярии, при тифе?
1. Ложные
 2. Истинные
237. Какие операции возможны при эхинококкозе селезенки?
1. Закрытая, полужакрытая, открытая эхинококкэктомия.
 2. Спленэктомия вместе с кистой
 3. Резекция селезенки
238. Какое лечение показано при инфаркте селезенки?
1. Только консервативное
 2. Спленэктомия.
 3. Консервативное, при инфицировании показана спленэктомия.
239. Укажите выявленные рентгенологически признаки абсцесса селезенки.
1. Очаги обызвествления в проекции селезенки
 2. Смещение желудка вправо и селезеночного угла толстой кишки влево.
 3. Затемнение в левом поддиафрагмальном пространстве, иногда с уровнем жидкости, плеврит.
240. Укажите возможный объем операции при абсцессе селезенки.
1. Спленэктомия
 2. Вскрытие и дренирование абсцесса

241. Какие доброкачественные и злокачественные опухоли встречаются в селезенке?

1. Гемангиомы
2. Лимфангиомы
3. Фибромы
4. Лимфосаркомы
5. Ретикулосаркомы

Модуль №4. Хирургические заболевания поджелудочной железы.

Вопросы исходного уровня знаний

1. Оперативное вмешательство при остром панкреатите показано при всех перечисленных состояниях, кроме
 - а) нарастания интоксикации
 - б) осложнения гнойным перитонитом
 - в) безуспешности консервативной терапии в течении 12-28 часов
 - г) сочетания с деструктивной формой холецистита
 - д) резкого вздутия живота
2. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть все указанные, кроме
 - а) дуоденостаза
 - б) стеноза сфинктера Одди
 - в) проявления аллергии
 - г) заброса желчи в панкреатический проток
 - д) инфекционных заболеваний (гепатита)
3. Острый панкреатит может возникнуть под влиянием всех перечисленных факторов, кроме
 - а) лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)
 - б) травмы поджелудочной железы
 - в) хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке
 - г) хирургических вмешательств на органах брюшной полости
 - д) тиреотоксикоза
4. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения, кроме
 - а) абсцесса поджелудочной железы
 - б) флегмоны забрюшинной клетчатки
 - в) ферментативного перитонита
 - г) острой сердечной недостаточности
 - д) обтурационной кишечной непроходимости
5. При лечении острого панкреатита не должны применяться
 - а) отсасывание содержимого желудка
 - б) введение глюконата кальция
 - в) холецистостомия
 - г) спазмолитики
 - д) препараты опиоидов
6. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует всему указанному, кроме
 - а) ограничения патологического процесса в брюшной полости
 - б) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
 - в) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
 - г) улучшения кровоснабжения железы
 - д) уменьшения активности протеолитических ферментов
7. Ингибиторы протеаз
 - а) тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы

- б) блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
 - в) тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
 - г) купируют процессы кининообразования
 - д) все перечисленное
8. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия, кроме
- а) необходимости купировать болевой синдром
 - б) восполнения обмена циркулирующей крови
 - в) назначения больших доз антибиотиков
 - г) проведения комплексной детоксикации
 - д) лечения нарушений сократительной функции миокарда
9. В отдаленном периоде болезни исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания, кроме
- а) образования ложной кисты
 - б) развития хронического панкреатита
 - в) появления сахарного диабета
 - г) развития кистозного фиброза железы
 - д) возникновения инсуломы
10. Эффективность применения ингибиторов протеаз при остром панкреатите характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) стихания болей
 - б) исчезновения симптомов панкреатогенной токсемии
 - в) повышения активности калликреин-кининовой системы крови
 - г) снижения лейкоцитоза
 - д) уменьшения степени лимфоцитопении
11. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится
- а) в артериальной крови
 - б) в венозной крови
 - в) в экссудате брюшной полости
 - г) в лимфе
 - д) в моче
12. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть
- а) беременность
 - б) хронический холецистит
 - в) алкоголизм
 - г) травма живота
 - д) применение кортикостероидов
13. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет
- а) 16 единиц
 - б) 32 единицы
 - в) 64 единицы
 - г) 128 единиц

- д) 256 единиц
14. Для течения жирового панкреонекроза характерно все перечисленное, кроме
- а) образования постнекротического инфильтрата в эпигастральной области и левом подреберье
 - б) изолированного пневмотоза поперечно-ободочной кишки
 - в) наличия в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости
 - г) положительного симптома Воскресенского
 - д) вовлечения в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника
15. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме
- а) абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки
 - б) абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости
 - в) флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения
 - г) перитонита
 - д) септического эндокардита
16. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить все перечисленное, кроме
- а) купирования болевого синдрома
 - б) снятия спазмы сфинктера Одди
 - в) ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы
 - г) уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы
 - д) инактивизации протеаз в крови и детоксикацию
17. В патогенезе острого панкреатита могут играть роль
- а) операционная травма
 - б) холелитиаз
 - в) пенетрирующая пептическая язва
 - г) алкоголь
 - д) все перечисленные факторы
18. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является
- а) травма живота
 - б) применение кортикостероидов
 - в) алкоголизм
 - г) хронический холецистит
 - д) цирроз печени
19. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается всеми приведенными факторами, кроме
- а) попадания в кровь и лимфу токсогенных полипептидов
 - б) попадания в кровь и лимфу токсогенных липидов
 - в) попадания в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов
 - г) активирования калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови
 - д) наличия высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении
20. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является

- а) эзофагит, вызванный попаданием трипсина
 - б) рецидив кисты
 - в) послеоперационное кровотечение
 - г) инфекция
 - д) злокачественное перерождение
21. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является
- а) медикаментозное лечение
 - б) марсупиализация
 - в) резекция тела поджелудочной железы
 - г) лучевая терапия
 - д) иссечение кисты
22. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется положение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является
- а) цистогастростомия
 - б) цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
 - в) цистоеюностомия на отключенной петле
 - г) ни один из перечисленных анастомозов
 - д) все перечисленные анастомозы
23. Опухоль поджелудочной железы может быть обнаружена по следующим косвенным признакам, кроме
- а) расширения желчных протоков
 - б) увеличения размеров желчного пузыря
 - в) увеличения ретроперитонеальных лимфатических узлов
 - г) наличия метастазов в печени
 - д) увеличения размеров почек
24. Практическое значение симптома Курвуазье заключается во всем перечисленном, за исключением
- а) способствует выявлению характера желтухи
 - б) свидетельствует с наибольшей вероятностью о наличии опухоли и ее локализации в дистальных отделах желчных протоков
 - в) оказывает помощь в установлении диагноза без применения каких-либо дополнительных исследований
 - г) оказывает помощь в установлении степени нарушений функции печени
 - д) оказывает помощь в выработке тактики лечения
25. При раке поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков у больных могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме
- а) печеночно-почечной недостаточности
 - б) сахарного диабета
 - в) асцита
 - г) недостаточности функции надпочечников
 - д) кровотечения из желудочно-кишечного тракта
26. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен всеми перечисленными причинами, кроме
- а) канцероматоза брюшины
 - б) нарушения портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень
 - в) сдавления воротной вены опухолью

- г) тромбоза воротной вены
 - д) спленомегалии
27. В соседних с опухолью участках ткани поджелудочной железы наблюдаются все перечисленные, процессы, кроме
- а) склероза
 - б) атрофии железы
 - в) хронического воспаления
 - г) жировых некрозов
 - д) образования множества кист
28. Клиническая картина рака головки поджелудочной железы не зависит
- а) от размеров опухоли
 - б) от локализации опухоли
 - в) от отношения опухоли к общему желчному протоку
 - г) от распространения опухоли на двенадцатиперстную кишку
 - д) от распространения опухоли на ворота селезенки
29. При раке поджелудочной железы метастазы могут быть обнаружены в любом органе человеческого тела. Это обусловлено всем перечисленным, кроме
- а) богатого кровоснабжения поджелудочной железы
 - б) возможности прорастания опухолью крупных сосудов
 - в) характера строения околопанкреатической лимфатической системы, заключающейся в наличии густой сети анастомозов лимфатических узлов
 - г) возможности контактного переноса раковых клеток по брюшине
 - д) связи поджелудочной железы через протоки с желудочно-кишечным трактом
30. У больных раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникают все перечисленные симптомы, кроме
- а) болей в верхнем отделе живота
 - б) нарушения переваривания пищи
 - в) кишечных расстройств
 - г) похудения
 - д) исчезновения сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли
31. Основными симптомами, возникающими у больных раком билипанкреатодуоденальной зоны в дожелтушном периоде, являются все перечисленные, кроме
- а) слабости, повышенной утомляемости
 - б) апорексии, тошноты
 - в) похудения, развития сахарного диабета
 - г) болей в животе
 - д) развития почечной недостаточности
32. Для опухоли островковой ткани поджелудочной железы не характерны
- а) гипогликемия ниже 2.8 ммоль/л
 - б) исчезновение симптоматики после внутривенного введения глюкозы
 - в) мозговые нарушения в голодном состоянии
 - г) тошнота и рвота в голодном состоянии
 - д) увеличение головки поджелудочной железы

Модуль №4. Хирургические заболевания поджелудочной железы.

Вопросы конечного уровня знаний

1. Какие симптомы характерны для патологии поджелудочной железы?
 1. Боль
 2. Тошнота
 3. Желтуха
 4. Сахарный диабет
 5. Ожирение
 6. Кахексия
2. Выберите лабораторные методы, которые применяются для выявления патологии поджелудочной железы.
 1. Дуоденальное зондирование
 2. Изучение активности панкреатических ферментов.
 3. Исследование кала на количество жира
 4. Исследование сахара в крови
 5. Определение билирубина и его фракций, активности печеночных ферментов.
 6. Определение в сыворотке крови тироксина, трийодтиронина.
3. Укажите методы рентгенологической диагностики заболеваний поджелудочной железы.
 1. Обзорная рентгенография брюшной полости и поджелудочной железы.
 2. Рентгенологическое исследование желудка и ДПК.
 3. Релаксационная дуоденография
 4. Внутривенная холеграфия
 5. Селективная ангиография.
4. Какие методы эндоскопической диагностики применяются при патологии поджелудочной железы?
 1. Гастродуоденоскопия
 2. Ретроградная панкреатография
 3. Лапароскопия
 4. Биопсия
5. Какие методы исследования позволяют выявить в поджелудочной железе патологию диаметром менее 1 см?
 1. Сканирование ПЖ (радиоизотопное).
 2. УЗИ
 3. Компьютерная томография
6. На каком расстоянии от пилорического жома вирсунгов проток впадает в ДПК (в см)?
 1. 3—5.
 2. 5—6.
 3. 6—8
 4. 8—10
 5. 10—12
 6. 12—14
7. Укажите правильный ответ впадения санториниева протока в просвет ДПК.
 1. На 2 см дистальнее Вирсунгова протока
 2. На 2 см проксимальнее Вирсунгова протока

3. Вместе с Вирсунговым протоком
8. Какие сосуды, отходящие от аорты, участвуют в кровоснабжении поджелудочной железы? Дайте наиболее правильный ответ.
 1. Чревный ствол
 2. Чревный ствол и 'верхняя брыжеечная артерия.
 3. Чревный ствол, верхняя и нижняя брыжеечные артерии.
 4. Чревный ствол и поясничные артерии
9. В каких отделах ПЖ при перевязке селезеночной артерии следует ожидать ишемических нарушений?
 1. В головке
 2. В теле
 3. В хвосте
10. При перевязке а. pancreatoduodenalis, в каких отделах ПЖ следует ожидать ишемических изменений?
 1. В головке
 2. В теле
 3. В хвосте
11. Имеет ли, ПЖ систему лимфатических сосудов, отдельную от ДПК, печени и желудка?
 1. Да
 2. Нет
12. Может ли головка поджелудочной железы охватывать ДПК в виде кольца?
 1. Да
 2. Нет
13. Какие ферменты входят в состав панкреатического сока?
 1. Амилаза
 2. Липаза
 3. Пепсин
 4. Сычужный фермент
 5. Трипсин
 6. Хемотрипсин
14. Какие вещества вырабатываются в ПЖ вследствие ее инкреторной функции?
 1. Гастрин
 2. Энтерогастрон
 3. Инсулин
 4. Глюкагон
 5. Соматостатин
 6. Гистамин
15. Островки Лантерганса рассеяны по всей поджелудочной железе. Укажите, в каком отделе железы скопление их выражено больше.
 1. В головке
 2. В теле
 3. В хвосте

16. В островках Лангерганса ПЖ содержатся три вида клеток. Выберите правильное соответствие типа клетки с вырабатываемым веществом.
1. а-глюкагон; β -инсулин; D-соматостатин
 2. а-инсулин; β-соматостатин; D-глюкагон
 3. а-соматостатин; β -глюкагон; D-инсулин
17. Укажите, какое количество экзогенно вводимого инсулина может полностью компенсировать его необходимость после папкреатэктомии?
1. 10 ЕД
 2. 20 ЕД
 3. 30 ЕД
 4. 40 ЕД
 5. 50 ЕД
 6. 60 ЕД
 7. Более 70 ЕД
18. Какое количество панкреатического сока выделяется в течение суток в норме (мл)?
1. 100
 2. 200
 3. 300
 4. 400
 5. 500
19. Какие заболевания могут возникнуть при кольцевидной поджелудочной железе?
1. ХНДП
 2. Непроходимость ДПК
 3. Язвенная болезнь ДПК
 4. Желчекаменная болезнь
20. Какие патологические синдромы возникают при закрытой травме ПЖ?
1. Кровотечение
 2. Острый панкреатит
 3. Аутолиз ПЖ
 4. Инфицирование забрюшинного пространства
21. Какими патологическими синдромами может сопровождаться открытая травма поджелудочной железы?
1. Острым панкреатитом
 2. Аутолизом ПЖ
 3. Кровотечением
 4. Инфицированием тканей
22. Выберите возможные варианты повреждения поджелудочной железы.
1. Контузия
 2. Поверхностная травма без нарушения целостности главного панкреатического протока.
 3. Травма с нарушением целостности главного панкреатического протока.
 4. Размозжение поджелудочной железы
23. Выберите симптомы, которые характерны для поверхностной травмы поджелудочной железы и при ее отрыве или размозжении.
1. Тупая боль в эпигастрии

2. Сильная боль в эпигастрии
 3. Иррадиация боли в левом подреберье
 4. Иррадиация боли в лопатку
 5. Тошнота
 6. Рвота
 7. Тахикардия
 8. Снижение А/Д
 9. Образование инфильтрата в эпигастрии через 4—6 дней
 10. Резкая болезненность и напряжение мышц при пальпации живота
 11. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга
 12. Двухфазность течения болезни
 13. Повышение активности амилазы крови
24. Выберите симптомы, которые характерны для поверхностной травмы поджелудочной железы и при ее отрыве или размозжении.
1. Тупая боль в эпигастрии
 2. Сильная боль в эпигастрии
 3. Иррадиация боли в левом подреберье
 4. Иррадиация боли в лопатку
 5. Тошнота
 6. Рвота
 7. Тахикардия
 8. Снижение А/Д
 9. Образование инфильтрата в эпигастрии через 4—6 дней
 10. Резкая болезненность и напряжение мышц при пальпации живота
 11. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга
 12. Двухфазность течения болезни
 13. Повышение активности амилазы крови
25. Выберите возможные показания к хирургическому лечению травмы поджелудочной железы, (ПЖ).
1. Контузия поджелудочной железы
 2. Необходимость первичной хирургической обработки раны.
 3. Симптомы внутреннего кровотечения
 4. Абсцесс сальниковой сумки
 5. Формирование посттравматической кисты ПЖ
26. Укажите возможные хирургические приемы, которые могут потребоваться во время операции у больных при травме ПЖ.
1. Введение раствора новокаина и ингибиторов ферментов ПЖ в парапанкреатическую клетчатку.
 2. Опорожнение гематом
 3. Ушивание капсулы и паренхимы ПЖ
 4. Дистальная резекция поджелудочной железы
 5. Дренирование места повреждения
 6. Холецистостомия
 7. Панкреатодуоденальная резекция
27. Как часто в процентном соотношении отмечается острый холецистохолангиопанкреатит и отечный панкреатит.
1. 5—10
 2. 10—20

3. 60—80
 4. 1—5
28. Как часто в процентном соотношении отмечается острый геморрагический панкреатит.
1. 5—10
 2. 10—20
 3. 60—80
 4. 1—5
29. Как часто в процентном соотношении отмечается острый панкреонекроз.
1. 5—10.
 2. 10—20.
 3. 60—80.
 4. 1—5.
30. Как часто в процентном соотношении отмечается острый гнойный панкреатит.
1. 5—10.
 2. 10—20.
 3. 60—80.
 4. 1—5.
31. Укажите возможные причины острого панкреатита.
1. Вирусная инфекция
 2. Введение лекарственных препаратов
 3. Желчнокаменная болезнь
 4. Хронический алкоголизм
 5. Аллергические реакции
 6. Беременность
 7. Травма поджелудочной железы
32. Выберите патологические состояния, которые развиваются при остром панкреатите.
1. Активизация панкреатических ферментов (трипсина, липазы, амилазы).
 2. Активизация калликреин-кининовой системы.
 3. Нарушение микроциркуляции
 4. Сердечно-сосудистая недостаточность
 5. Дыхательная недостаточность
 6. Почечная недостаточность
 7. Перитонит
 8. Парез кишечника, динамическая кишечная непроходимость.
 9. Нарушение проходимости дистального отдела холедоха.
 10. Расплавление тканей и органов
 11. Образование забрюшинных флегмон
 12. Образование желудочно-кишечных свищей
 13. Аррозия сосудов
33. С «уклонением» какого фермента связано образование на поверхности брюшины при остром панкреатите стеариновых бляшек?
1. Трипсина
 2. Липазы
 3. Амилазы

34. Панкреонекроз — это асептическое воспаление или нет?
1. Да
 2. Нет
35. Выберите клинические симптомы, характерные для острого панкреатита.
1. Кинжальная боль в эпигастральной области
 2. Острая боль в эпигастрии с иррадиацией в спину
 3. Боль в эпигастрии и правом подреберье с распространением в правую подвздошную область.
 4. Тошнота
 5. Рвота, приносящая облегчение
 6. Рвота, не приносящая облегчения
 7. Вздутие живота
 8. Задержка газов
 9. Частый жидкий стул
 10. Уменьшение диуреза
 11. Нарушение сознания
 12. Делирий
36. Укажите симптомы острого панкреатита.
1. Пастернацкого
 2. Ровзинга
 3. Воскресенского
 4. Керте
 5. Мейо-Робсона
 6. Обуховской больницы
37. Какие лабораторные сдвиги характерны для клиники панкреонекроза?
1. Повышение количества лейкоцитов в периферической крови со сдвигом лейкоформулы влево.
 2. Высокая активность амилазы
 3. Нормальная активность амилазы
 4. Гипергликемия
 5. Гипогликемия
 6. Нормогликемия
 7. Гиперкальциемия
 8. Гипокальциемия
38. Выберите признаки, характерные для острого панкреатита, выявляемые рентгенологически.
1. Ограничение подвижности купола диафрагмы
 2. Наличие жидкости в плевральных полостях
 3. Повышенная пневматизация желудка и кишечника.
 4. Наличие серповидной полоски газа под куполом диафрагмы.
39. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать острый панкреатит.
1. Острый холецистит
 2. Перфоративная язва желудка и ДПК
 3. Острый аппендицит
 4. Почечная колика
 5. Кишечная непроходимость

6. Тромбоз мезентериальных сосудов
 7. Пищевая токсикоинфекция
 8. Нижнедолевая пневмония
 9. Плеврит
40. Какие методы дополнительной диагностики могут быть использованы для подтверждения диагноза «острый панкреатит»?
1. Рентгенологический
 2. Ультразвуковая эхография
 3. Лапароскопия
 4. Эндоскопическая ретроградная панкреатография.
 5. Эндоскопия желудка и ДПК
 6. Компьютерная томография
41. Выберите компоненты интенсивной терапии, применяемые при лечении острого панкреатита.
1. Голод
 2. Стол 1А
 3. Декомпрессия и промывание желудка
 4. Адекватное обезболивание (морфин, омнопон)
 5. Спазмолитики, холинолитики (папаверин, но-шпа, метацин, атропин).
 6. Инфузионная терапия
 7. Дезинтоксикационная терапия
 8. Цитостатики
 9. Антибиотики широкого спектра действия
42. Каковы показания к хирургическому лечению острого панкреатита?
1. Нарастание явлений перитонита.
 2. Сердечно-сосудистая недостаточность, не поддающаяся медикаментозной коррекции.
 3. Олигурия (менее 1000 мл/сут).
 4. Олигурия (менее 1500 мл/сут).
 5. Нарастающая желтуха
 6. Неэффективность консервативного лечения в течение 24—48 часов у больных с диагностированной ЖКБ.
 7. Гнойный панкреатит
43. Укажите форму хронического панкреатита, сопровождающуюся нарушением как экзогенной, так и эндогенной функции поджелудочной железы.
1. Хронический холецистохолангиопанкреатит
 2. Хронический индуративный панкреатит
 3. Хронический кистозно-фиброзный панкреатит
 4. Хронический панкреатит, обусловленный степозирующим папиллитом, парапапиллярным дивертикулом, дуоденостазом.
 5. Хронический паренхиматозно-фиброзный панкреатит.
44. Укажите формы хронического панкреатита, обусловленные патологией внепеченочных желчных протоков.
1. Хронический холецистохолангиопанкреатит
 2. Хронический индуративный панкреатит
 3. Хронический кистозно-фиброзный панкреатит

4. Хронический панкреатит, обусловленный стенозирующим папиллитом, парапапиллярным дивертикулом, дуоденостазом.
 5. Хронический паренхиматозно-фиброзный панкреатит.
45. Укажите форму хронического панкреатита, которая не сопровождается нарушением проходимости главного панкреатического протока.
1. Хронический холецистохолангиопанкреатит
 2. Хронический индуративный панкреатит
 3. Хронический кистозно-фиброзный панкреатит.
 4. Хронический панкреатит, обусловленный стенозирующим папиллитом, парапапиллярным дивертикулом, дуоденостазом.
 5. Хронический паренхиматозно-фиброзный панкреатит.
46. Выберите причины хронического панкреатита.
1. Нарушение питания
 2. Хронический алкоголизм
 3. Желчнокаменная болезнь
 4. Перенесенный приступ острого панкреатита
 5. Нарушение функции дуоденального соска
 6. Язвенная болезнь ДПК с пенетрацией в ПЖ
 7. Язвенная болезнь желудка с пенетрацией в пж.
 8. Дуоденостаз
 9. Дивертикулы ДПК
47. Выберите патогенетические механизмы развития хронического панкреатита.
1. Нарушение состава панкреатического сока
 2. Повышение вязкости панкреатического сока
 3. Обтурация панкреатических протоков
 4. Замедление эвакуации панкреатического сока.
 5. Инфильтрация и склерозирование стромы ПЖ
 6. Атрофия клеток ацинусов и островкового аппарата ПЖ.
48. Выберите симптомы хронического панкреатита.
1. Боль в эпигастрии, в правом и левом подреберье опоясывающего характера.
 2. Тошнота
 3. Рвота
 4. Запор
 5. Понос
 6. Сахарный диабет.
49. Укажите, какие методы исследования используются для диагностики хронического панкреатита.
1. Дуоденальное зондирование
 2. Определение глюкозы в крови натощак, проба с двойной сахарной нагрузкой.
 3. Обзорная рентгенография брюшной полости.
 4. Ультразвуковое сканирование ПЖ
 5. Эндоскопическое исследование желудка и ДПК
 6. Селективная ангиография
 7. Ретроградная эндоскопическая холангиопанкреатография.
 8. Контрастная рентгеноскопия
 9. Компьютерная томография

50. Подберите компоненты консервативного лечения хронического панкреатита.
1. Антибактериальные средства
 2. Десенсибилизирующие средства
 3. Соблюдение диеты
 4. Средства, стимулирующие образование и выделение панкреатического сока (минеральная вода, лекарственные травы).
 5. Ферментативная замещающая терапия (панкреатин, панзинорм).
 6. Витаминотерапия
 7. Санаторно-курортное лечение
51. Выберите показания к хирургическому лечению хронического панкреатита.
1. Холецистохолангиопанкреатит
 2. Нарушение проходимости главного панкреатического протока/
 3. Кальциноз ПЖ
 4. Парапапиллярный дивертикул
 5. Паренхиматозно-фиброзный панкреатит
52. Укажите операции, применяемые при хроническом панкреатите.
1. Трансдуоденальная сфинктеропластика, вирсунгопластика.
 2. Продольная панкреатоеюностомия
 3. Дистальная резекция поджелудочной железы
 4. Панкреатодуоденальная резекция
 5. Панкреатоцистоеюноанастомоз
 6. Резекция желудка
 7. Спланхникэктомия
53. При какой форме хронического панкреатита показана спланхникэктомия?
1. Холецистохолангиопанкреатит
 2. Индуративный панкреатит
 3. Кистозно-фиброзный панкреатит
 4. Паренхиматозно-фиброзный панкреатит
54. При какой форме хронического панкреатита рекомендуется выполнение панкреатоеюностомии?
1. Холецистохолангиопанкреатит
 2. Индуративный панкреатит
 3. Кистозно-фиброзный панкреатит
 4. Паренхиматозно-фиброзный панкреатит
55. При какой форме хронического панкреатита целесообразно выполнение панкреатоцистоеюноанастомоза?
1. Холецистохолангиопанкреатит
 2. Индуративный панкреатит
 3. Кистозно-фиброзный панкреатит
 4. Паренхиматозно-фиброзный панкреатит
56. При какой форме хронического панкреатита показано выполнение дистальной резекции поджелудочной железы?
1. Холецистохолангиопанкреатит
 2. Индуративный панкреатит
 3. Кистозно-фиброзный панкреатит
 4. Паренхиматозно-фиброзный панкреатит

57. Выберите .правильное распределение частоты хороших отдаленных результатов операций в зависимости от способа хирургического лечения хронического панкреатита.
1. Панкреатоеюностомия; дистальная резекция ПЖ, ПДР; трансдуоденальная папиллосфинктеропластика; спланхникэктомия.
 2. Дистальная резекция ПЖ, ПДР; панкреатоеюностомия; трансдуоденальная папиллосфинктеропластика; спланхникэктомия.
 3. Спланхникэктомия; трансдуоденальная папиллосфинктеропластика; Панкреатоеюностомия; дистальная резекция ПЖ, ПДР.
58. Укажите, какие кисты ПЖ (по происхождению) встречаются наиболее часто.
1. Врожденные
 2. Паразитарные
 3. Воспалительные
 4. Неопластические
59. Какая киста формируется в результате осумкования излившегося за пределы ,ПЖ панкреатического сока?
1. Воспалительная псевдокиста
 2. Воспалительная ретенционная киста
60. Какая киста ПЖ формируется вследствие расширения панкреатических протоков дистальнее места нарушения их проходимости?
1. Воспалительная псевдокиста
 2. Воспалительная ретенционная киста
61. Какие кисты ПЖ могут иметь черты злокачественной опухоли?
1. Воспалительные
 2. Паразитарные
 3. Врожденные
 4. Неопластические
62. Назовите возможные способы лечения кист ПЖ.
1. Только терапевтическое
 2. Только хирургическое
 3. Оба вышеуказанных способа
63. Перечислите операции, которые применяются при кистах пж.
1. Вскрытие и наружное дренирование кисты ПЖ.
 2. Гастродуоденостомия
 3. Еюностомия
 4. Резекция ПЖ
64. Какую операцию следует выполнить, при воспалительной псевдокисте с рыхлой тонкой стенкой и нагноением содержимого?
1. Гастродуоденостомию
 2. Еюностомию
 3. Вскрытие и наружное дренирование кисты ПЖ
65. Какие операции возможны при воспалительных, ретенционных кистах ПЖ?
1. Гастродуоденостомия
 2. Еюностомия

3. Вскрытие и наружное дренирование кисты ПЖ.
 4. Резекция ПЖ
66. Назовите объем операции при неопластических кистах ПЖ?
1. Наружное дренирование кисты
 2. Внутреннее дренирование кисты
 3. Резекция ПЖ вместе с кистой
67. При каких кистах ПЖ выполнение ее наружного или внутреннего дренирования является грубой тактической ошибкой?
1. Врожденных
 2. Паразитарных
 3. Воспалительных
 4. Неопластических
68. Каковы исходы наружного дренирования кист ПЖ?
1. У 100% больных наступает выздоровление
 2. У 100% образуется панкреатический свищ
 3. У 35—40% образуется панкреатический свищ, у остальных больных наступает выздоровление.
69. Укажите причины свищей ПЖ.
1. Травма ПЖ
 2. Наружное дренирование кист ПЖ
 3. Деструктивный панкреатит
70. При каких условиях свищ ПЖ может закрыться самостоятельно?
1. Свищ не связан с Вирсунговым протоком
 2. Свищ связан с Вирсунговым протоком, проходимость которого в дистальном направлении нарушена.
 3. Свищ связан с Вирсунговым протоком, проходимость которого в дистальном направлении не нарушена.
 4. Свищ при полном поперечном пересечении Вирсунгова протока.
71. Через сколько месяцев следует ожидать закрытие свища, если нет затруднений к оттоку панкреатического сока естественным путем?
1. 1—2
 2. 3—4
 3. 5—6
 4. 7—8
 5. 9—10
72. Какие методы необходимы для диагностики свищей ПЖ?
1. Исследование отделяемого из свищевого хода на наличие в нем панкреатических ферментов.
 2. Фистулография
 3. Ретроградная панкреатография
73. Какие лечебные мероприятия применяют при консервативном лечении панкреатических свищей?
1. Создание свободного оттока панкреатического сока.
 2. Соблюдение диеты с ограниченным содержанием жиров.

3. Диета, содержащая избыточное количество жиров, белков и углеводов.
 4. Выведение в свищевой ход молочной кислоты
 5. Введение в свищевой ход хлористо-водородной кислоты.
 6. Защита кожи от мацерации
 7. Заместительная ферментативная терапия
 8. Холинолитики
 9. Цитостатики
74. Через какой минимальный срок в месяцах после образования панкреатического свища следует прибегнуть к хирургическому лечению?
1. 1—2
 2. 3—4
 3. 5—6
 4. 7—8
 5. 9—10
75. Укажите, какие операции применяются при свищах ПЖ.
1. Панкреатофистулоюноанастомоз
 2. Дистальная резекция ПЖ
 3. Иссечение свища ПЖ
76. Что обуславливает клинические проявления рака поджелудочной железы?
1. Возраст больного
 2. Морфология опухоли.
 3. Пол больного
 4. Локализация опухоли
77. Имеются ли различия в клинических проявлениях рака головки ПЖ, рака большого дуоденального сосочка, рака дистального отдела холедоха?
1. Да
 2. Нет
78. Выберите правильное процентное соотношение частоты рака ПЖ в зависимости от локализации его в головке (1), теле и хвосте (2) и тотальном ее поражении (3).
1. 25—30; 50—80; 15—30
 2. 50—80; 15—30; 25—30
 3. 15—30; 50—80; 25—30
79. Выберите возможные пути метастазирования при раке пж.
1. Ворота печени
 2. Перипанкреатические лимфоузлы
 3. Парааортальные лимфоузлы
 4. Большой и малый сальник
80. Какой рак билипанкреатодуоденальной системы имеет вид язвы с грибовидными или папиллярными разрастаниями?
1. Рак головки ПЖ
 2. Рак терминального отдела холедоха
 3. Рак большого дуоденального сосочка
81. При какой локализации опухоли в поджелудочной железе возникает симптом Курвуазье?

1. В головке
 2. В теле
 3. В хвосте
82. Выберите симптомы, которые характерны для рака поджелудочной железы.
1. Боль
 2. Желтуха
 3. Потеря массы тела
 4. Кожный зуд
 5. Повышение температуры
 6. Обильный зловонный стул
 7. Мелена
 8. Повышение показателей сахара в крови
83. При каком раке билиопанкреатодуоденальной системы появившаяся механическая желтуха непрерывно прогрессирует?
1. Раке головки ПЖ
 2. Раке терминального отдела холедоха
 3. Раке большого дуоденального соска
84. При каком раке билиопанкреатодуоденальной системы желтуха может носить ремиттирующий характер?
1. Раке головки ПЖ
 2. Раке терминального отдела холедоха
 3. Раке большого дуоденального соска
85. При какой локализации рака в ПЖ ведущими симптомами являются сильные боли в эпигастрии и левом подреберье?
1. В головке
 2. В хвосте и теле
86. Какие методы исследования должны быть использованы для подтверждения диагноза рака ПЖ?
1. Рентгеноскопия желудка и ДПК
 2. Дуоденоскопия
 3. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография с цитологическим исследованием панкреатического сока.
 4. Чрескожная, чреспеченочная холангиография
 5. Лапароскопия
87. Выберите, какие радикальные операции применяются при раке билиопанкреатодуоденальной зоны.
1. Панкреатодуоденальная резекция
 2. Трансдуоденальная папиллэктомия
 3. Субтотальная дистальная резекция ПЖ
88. Укажите, какие хирургические приемы включают панкреатодуоденальную резекцию (ПДР).
1. Резекцию части желудка
 2. Удаление двенадцатиперстной кишки
 3. Пересечение холедоха
 4. Удаление головки и части тела ПЖ

5. Наложение гастроэнтероанастомоза.
 6. Наложение холецисто- или холедоходуоденального анастомоза.
 7. Наложение энтеро-энтероанастомоза
89. Возможно ли завершение панкреатодуоденальной резекции без наложения панкреатоэнтероанастомоза?
1. Да
 2. Нет
90. Сколько единиц инсулина необходимо для заместительной терапии при тотальной панкреатэктомии?
1. 10—20
 2. 20—40
 3. 40—60
 4. 60—80
 5. 80—100
91. Нуждаются ли больные после панкреатодуоденальной резекции в заместительной терапии экзокринной функции поджелудочной железы?
1. Да
 2. Нет
92. Выберите, какие паллиативные операции применяются при раке головки ПЖ, раке большого дуоденального сосочка.
1. Холецистодуоденоанастомоз
 2. Холецистоэнтероанастомоз
 3. Холецистогастроанастомоз
 4. Холедохоэнтероанастомоз
 5. Холедоходуоденоанастомоз
 6. Трансдуоденальная папиллэктомия
 7. Наружное дренирование холедоха
93. Что необходимо учитывать при выполнении паллиативной операции у больных с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны?
1. Возраст больного
 2. Показатели билирубина
 3. Проходимость ДПК
 4. Размеры опухоли
 5. Морфологию опухоли
94. При выполнении паллиативной операции по поводу рака билиопанкреатодуоденальной области, если имеется нарушение проходимости ДПК вследствие прорастания ее опухолью, следует ли дополнять билиодигистивный анастомоз дренирующей желудок операцией?
1. Да
 2. Нет
95. Укажите возможные доброкачественные опухоли поджелудочной железы.
1. Фибромы
 2. Липомы
 3. Миксомы
 4. Невриномы

5. Ганглионевриномы
6. Гемангиомы
7. Лимфангиомы
8. Гемангиолимфомы
9. Солидные аденомы

96. Из каких клеток островков Лангерганса развивается гормонопродуцирующая опухоль — инсулома?

1. Альфа
2. Бета
3. Гамма

97. По характеру роста опухоли инсулома может быть:

1. Только доброкачественной
2. Только злокачественной
3. И доброкачественной, и злокачественной

98. Являются ли метастазы инсуломы гормонально активными?

1. Да
2. Нет

99. Укажите патологические синдромы, возникающие при инсуломе ПЖ.

1. Гипергликемия
2. Гипогликемия
3. Нарушение функции ЦНС
4. Распад гликогена печени
5. Гиперадреналинемия

100. Укажите продолжительность гипогликемической комы (в часах), которая приводит к необратимым изменениям нервной системы.

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 6
6. >7

101. Выберите симптомы клинического проявления инсуломы.

1. Отсутствие аппетита
2. Чувство голода, пустота в желудке
3. Беспричинный страх
4. Вялость.
5. Возбужденность
6. Сонливость
7. Дрожь
8. Сухость кожных покровов
9. Проливной холодный пот
10. Судороги

102. Какими патологическими синдромами сопровождается приступ инсуломы?

1. Нарушение зрения (амблиопия, диплопия, ксантопия, мириаз).

2. Замедление дыхания
3. Коликообразные боли в животе
4. Кровавая рвота
5. Понос
6. Полиурия
7. Галлюцинации
8. Нарушение ориентировки
9. Эпилептиформные приступы
10. Изменение мышечного тонуса

103. Приводят ли частые приступы гипогликемии при инсуломе к нарушениям психики, слабоумию?

1. Да
2. Нет

104. У больных с инсуломой отмечается:

1. Кахексия
2. Ожирение

105. Какие факторы и медикаментозные средства провоцируют приступ гипогликемии при инсуломе?

1. Покой
2. Физические нагрузки
3. Голодание
4. Прием обильной пищи.
5. Введение лейцина.
6. Введение толбутамида
7. Введение глюкагона

106. Укажите методы диагностики инсулом.

1. УЗИ поджелудочной железы
2. Компьютерная томография
3. Рентгеноскопия желудка и ДПК
4. Селективная ангиография ПЖ
5. Определение инсулина в крови радиоиммунологическим методом.

107. Перечислите заболевания, которые необходимо учитывать при дифференциальной диагностике инсулом.

1. Болезни оперированного желудка
2. Врожденная гиперплазия островков Лангерганса у новорожденных от матерей, страдающих сахарным диабетом.
3. Заболевания печени
4. Заболевания гипофиза
5. Заболевания надпочечников
6. Эпилепсия

108. Возможно ли консервативное лечение, направленное на профилактику приступов при инсуломе?

1. Да
2. Нет

109. Укажите, какие операции возможны при радикальном лечении инсулом.

1. Энуклеация опухоли
2. Резекция хвоста поджелудочной железы
3. Субтотальная дистальная резекция ПЖ
4. Панкреатодуоденальная резекция
5. Тотальная панкреатэктомия

110. Выработкой какого гормона опухолью поджелудочной железы обусловлен синдром Золлингера—Эллисона?

1. Инсулина
2. Глюкагона
3. Саматостатина
4. Гастрина

111. Назовите клинические проявления синдрома Золлингера—Эллисона.

1. Сильные боли в животе
2. Диарея
3. Язвы в ДПК
4. Язвы в пищеводе
5. Язвы в тонкой кишке
6. Множественные язвы

112. Каков процент кровотечений и перфораций желудка при синдроме Золлингера—Эллисона.

1. 10—15
2. 15—30
3. 30—40
4. 45—60
5. 60—75

113. Для синдрома Золлингера—Эллисона характерна:

1. Высокая базальная секреция
2. Высокая стимулированная секреция
3. Высокая базальная и стимулированная секреция.

114. Может ли синдром Золлингера—Эллисона быть связан с аденомами других эндокринных желез?

1. Да
2. Нет

115. С аденомами каких эндокринных желез связан синдром Золлингера—Эллисона?

1. Паращитовидных
2. Надпочечников.
3. Гипофиза

116. Укажите триаду симптомов, характерных для синдрома Золлингера—Эллисона.

1. Гипергликемия
2. Гипогликемия
3. Гипокальциемия
4. Язвенный диатез со значительной желудочной гиперсекрецией.
5. Необычное расположение язвы
6. Нарушение психики
7. Понос

117. Укажите максимально возможный объем желудочного сока, который выделяется у больных с синдромом Золлингера—Эллисона (в литрах).

1. 1—2
2. 2—3
3. 3—4
4. 4—5
5. 5—6
6. 6—7
7. 7—8
8. 8—9
9. 9—10

118. Возможно ли консервативное лечение синдрома Золлингера—Эллисона?

1. Да
2. Нет

119. Эффективна ли при синдроме Золлингера—Эллисона частичная резекция желудка?

1. Да
2. Нет

120. Эффективна ли при синдроме Золлингера—Эллисона гастрэктомия?

1. Да
2. Нет

121. Эффективна ли при синдроме Золлингера—Эллисона ваготомия?

1. Да
2. Нет

122. Укажите, какие операции применяются при синдроме Золлингера—Эллисона.

1. Энуклеация опухоли
2. Резекция поджелудочной железы с опухолью
3. Гастрэктомия

123. После радикального удаления опухоли или гастрэктомии возможно ли выздоровление при синдроме Золлингера—Эллисона?

1. Да
2. Нет

Модуль №5. Колопроктология
Вопросы исходного уровня знаний

01. Длина анального канала соответствует
- а) 1-2 см
 - б) 2-3 см
 - в) 3-4 см
 - г) 4-5 см
 - д) 5-6 см
02. Анальная трещина чаще расположена на
- а) задней полукружности анального канала
 - б) правой полукружности анального канала
 - в) левой полукружности анального канала
 - г) передней полукружности анального канала
 - д) передней и задней полукружности анального канала
03. Возникновению анальной трещины способствуют
- а) длительные запоры
 - б) геморрой
 - в) острый парапроктит и проктит
 - г) травма прямой кишки и анального канала
 - д) правильно а) и г)
04. Задняя дозированная сфинктеротомия показана при лечении
- а) геморроя, с повышенным тонусом сфинктера и анальной трещины
 - б) кокцигодинии
 - в) хронического парапроктита
 - г) геморроя с выпадением внутренних геморроидальных узлов
05. Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно
- а) пальцевого исследования прямой кишки
 - б) колоноскопии
 - в) аноскопии
 - г) ирригоскопии
 - д) ректороманоскопии
06. При лечении хронической калезной трещины наиболее эффективным является
- а) пресакральная блокада раствором новокаина
 - б) введение новокаина со спиртом под трещину
 - в) пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье
 - г) иссечение трещины
 - д) иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией
07. Дозированная сфинктеротомия при лечении задней анальной трещины предполагает рассечение задней порции внутреннего сфинктера на глубину
- а) 0.5-0.8 см
 - б) 0.8-1.0 см
 - в) 1.0-1.5 см
 - г) 1.5-2.0 см
 - д) более 2.0 см

08. К геморрою предрасполагают
- а) тяжелый физический труд
 - б) употребление алкоголя
 - в) проктосигмоидит
 - г) длительные и упорные запоры
- все вышеперечисленное
09. Для утверждения диагноза геморроя достаточным будет
- а) пальцевое исследование прямой кишки и осмотр заднего прохода
 - б) ректороманоскопия
 - в) ирригоскопия
 - г) колоноскопия
10. Геморроидэктомия показана
- а) при выпадении геморроидальных узлов 3 ст.
 - б) болевом синдроме при дефекации
 - в) выпадении геморроидальных узлов 1 ст.
 - г) анальном зуде
11. Геморроидэктомия по Миллигану - Моргану подразумевает
- а) циркулярное иссечение слизистой анального канала
 - б) иссечение геморроидальных узлов на 2, 5, 8 часах по циферблату
 - в) иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату
 - г) иссечение выпадающих геморроидальных узлов
 - д) иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала
12. На следующий день после приема большого количества алкоголя больной почувствовал резкую боль в заднем проходе, ощущение инородного тела, появились скудные кровянистые выделения из прямой кишки. При осмотре в области ануса определяется "розетка" из резко болезненных и напряженных выпячиваний слизистой прямой кишки багрового цвета, на 7 часах по циферблату отмечается некроз слизистой с умеренным кровотечением. В данном случае имеет место
- а) геморрой, осложненный выпадением 3 ст.
 - б) острый тромбоз геморроидальных узлов
 - в) выпадение и ущемление прямой кишки
 - г) ущемление геморроидальных узлов
- 012.2. Ваша тактика по отношению к данному больному в условиях поликлиники включает все перечисленное, за исключением
- а) назначения обезболивающих препаратов
 - б) пресакральной новокаиновой блокады
 - в) склеротерапии
 - г) противовоспалительного лечения
- 012.3. В случае госпитализации больного и после стихания острых воспалительных явлений больному показана
- а) склеротерапия
 - б) пресакральная новокаиновая блокада
 - в) перевязка геморроидальных узлов
 - г) геморроидэктомия
13. Больной в течение ряда лет страдает геморроем.

За последние две недели появились резкие боли после акта дефекации, длительность болевого пароксизма 6-8 часов, боли не снимаются анальгетиками. Появилась стулбоязнь. Изменение клинической картины связано

- а) с тромбозом геморроидальных узлов
- б) со сфинктеритом
- в) с парапроктитом
- г) с трещиной анального канала

14. Больному, геморрой у которого осложнился трещиной анального канала, следует предпринять
 - а) противовоспалительное лечение
 - б) иссечение анальной трещины
 - в) пресакральную новокаиновую блокаду
 - г) геморроидэктомию
 - д) геморроидэктомию с дозированной сфинктеротомией
15. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести
 - а) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию
 - б) анализ кала на скрытую кровь
 - в) лапароскопию
 - г) ультразвуковое исследование органов малого таза
16. В случае операбельной опухоли прямой кишки, расположенной на 6 см от перианальной кожи, показана
 - а) передняя резекция прямой кишки
 - б) операция Гартмана
 - в) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной
 - г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
17. Резчайшие боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови, и "стулбоязнь" характерны
 - а) для рака прямой кишки
 - б) для полипа прямой кишки
 - в) для сфинктерита
 - г) для трещины анального канала
 - д) для геморроя
18. Клиническая картина ректального свища характеризуется
 - а) стулбоязнью
 - б) кровотечением при дефекации
 - в) рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища
 - г) выделением слизи при дефекации
19. Наиболее радикальным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов следует считать
 - а) склеротерапию
 - б) пресакральную новокаиновую блокаду
 - в) антикоагулянты
 - г) оперативное вмешательство
20. Радикальным методом лечения острого подкожного парапроктита является

- а) систематические пункции абсцесса с промыванием антибиотиками
 - б) вскрытие и дренирование полости абсцесса
 - в) вскрытие гнойной полости
с иссечением крипты в зоне воспаления анальной железы и гнойного хода
 - г) общая антибиотикотерапия
21. Для диагностики дивертикулеза толстой кишки наиболее информативными методами исследования являются
- а) ректороманоскопия
 - б) колоноскопия
 - в) ирригоскопия
 - г) исследование толстой кишки после приема бария внутрь
 - д) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
22. Возникновению дивертикулеза ободочной кишки способствуют
- а) повышение внутрибрюшного давления
 - б) повышение внутрикишечного давления и пищевой фактор (употребление рафинированной пищи)
 - в) пищевой фактор (употребление пищи, богатой клетчаткой)
 - г) употребление большого количества жидкости
23. При остром ишиоректальном парапроктите показаны
- а) пункция гнойника и введение антибиотиков
 - б) вскрытие гнойника через просвет кишки
 - в) вскрытие гнойника через промежность
с пересечением копчиково-прямокишечной связки
 - г) вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале
 - д) пункция абсцесса и введение дренажа для промывания полости
24. В этиологии парапроктитов главное значение имеет
- а) выпадение прямой кишки
 - б) травма слизистой прямой кишки
 - в) воспаление анальных желез
 - г) геморрой
 - д) общие септические заболевания
25. Экстирпация прямой кишки является операцией выбора при
- а) раке анального канала
 - б) раке прямой кишки, расположенном на 7-10 см от перианальной кожи
 - в) раке верхнеампулярного отдела прямой кишки
 - г) раковой опухоли, расположенной на 12-15 см от перианальной кожи
26. Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются
- а) кровотечение из прямой кишки
 - б) поносы
 - в) склонность к запорам
 - г) закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление
 - д) дефект слизистой прямой кишки

27. После макро- и микроскопического исследования препарата прямой кишки, удаленного по поводу рака, сформулирован диагноз: "рак прямой кишки T₂N_xM₀". Это значит, что
- опухоль занимает 1/2 окружности кишки
 - регионарные лимфатические узлы не поражены
 - регионарные лимфатические узлы поражены
 - нет отдаленных метастазов
 - правильно все, кроме в)
28. После макро- и микроскопического исследования препарата прямой кишки, удаленного во время операции по поводу рака, сформулирован диагноз: "рак прямой кишки T₃N_x+M₁P₄". Это означает, что
- опухоль занимает 1/2 окружности кишки
 - регионарные лимфатические узлы не поражены
 - регионарные лимфатические узлы поражены
 - нет отдаленных метастазов
 - неправильно все, кроме в)
29. Ишиоректальный парапроктит в типичных случаях характеризуется всем перечисленным, кроме
- выделения слизи из ануса и припухлости промежности с гиперемией
 - высокой температурой
 - отсутствия изменений со стороны кожи промежности
 - болей в глубине таза
30. После геморроидэктомии наиболее частыми осложнениями являются
- выраженный болевой синдром
 - задержка мочеиспускания
 - перианальный отек
 - кровотечение
 - острый парапроктит
31. При гнойном воспалении эпителиального копчикового хода более целесообразно
- пункция абсцесса, промывание его и введение антибиотика
 - вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости
 - иссечение эпителиального хода с ушиванием раны наглухо
 - вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и открытым ведением раны
 - вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и подшиванием краев раны по дну
32. Для диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки показаны
- ирригоскопия
 - колоноскопия
 - аноскопия и фистулография
 - пассаж бария по кишечнику
33. Наиболее частыми осложнениями дивертикулеза сигмовидной кишки являются
- дивертикулит
 - кровотечение
 - пенетрация дивертикула в брыжейку кишки
 - перфорация сигмовидной кишки

- д) кишечная непроходимость
34. При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показаны
- резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец
 - наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости
 - операция Гартмана
 - лапаротомия, дренирование брюшной полости
 - дренирование брюшной полости, трансверзостомия
35. Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются
- воспаление сигмовидной кишки
 - пенетрация опухоли в брыжейку
 - кишечная непроходимость
 - перфорация опухоли
 - профузное кишечное кровотечение
36. При экстрасфинктерном ректальном свище, осложненном гнойной полостью, наиболее радикальной операцией является
- иссечение свища в просвет кишки
 - дренирование гнойной полости
 - проведение лигатуры и дренирование гнойной полости
 - иссечение свища с ушиванием сфинктера
 - пластическая операция по низведению слизистой по Блинчеву
37. Приобретенный дивертикулёз ободочной кишки чаще локализуется
- в правой половине ободочной кишки
 - в левой половине ободочной кишки
 - одинаково часто в правой и левой половине
38. Врожденный дивертикулёз ободочной кишки чаще локализуется
- в левой половине ободочной кишки
 - в правой половине ободочной кишки
 - одинаково часто в правой и левой половине
 - в сигмовидной кишке
39. Операцией выбора при завороте сигмовидной кишки с некрозом стенки является
- резекция сигмовидной кишки с анастомозом
 - резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы
 - резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы
 - выведение некротизированной стенки кишки в рану по Микуличу
40. При раке сигмовидной кишки с локализацией опухоли в проксимальном отделе, отсутствии осложняющих факторов и отдаленного метастазирования, отсутствии сопутствующих заболеваний у больного в возрасте 50 лет операцией выбора является
- резекция сигмовидной кишки с анастомозом
 - резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы
 - левосторонняя гемиколэктомия с трансверзосигмоидным анастомозом
 - субтотальная резекция ободочной кишки с илеосигмоидным анастомозом
41. При раке сигмовидной кишки, осложненном перфорацией опухоли, отсутствии метастазов в отдаленные органы у больного 62 лет

операцией выбора является

- а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы
- б) резекция сигмовидной кишки с анастомозом
- в) резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы
- г) трансверзостомия, дренирование брюшной полости
- д) выведение сигмовидной кишки с опухолью на переднюю стенку живота

42. У больного 58 лет установлен диагноз

"рак правой половины ободочной кишки с локализацией опухоли в печеночном изгибе, осложненный кишечной непроходимостью".
Отдаленных метастазов и тяжелых сопутствующих заболеваний нет.

Наиболее адекватной радикальной операцией является

- а) резекция печеночного изгиба ободочной кишки с анастомозом восходящей кишки с поперечной
- б) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- в) правосторонняя гемиколэктомия с илео- и колостомой
- г) наложение цекстомы, как первый этап операции
- д) наложение илеотрансверзоанастомоза как первый этап операции

Модуль №5. Колопроктология

Вопросы конечного уровня знаний

1. Укажите синдромы, характерные для патологии ободочной и прямой кишки.

- 1. Болевой синдром.
- 2. Запор.
- 3. Непроходимость толстой кишки.
- 4. Диарейный синдром
- 5. Появление патологических примесей в кале.
- 6. Выделение из прямой кишки слизи, гноя, крови.

2. Выберите методы исследования, применение которых обязательно при заболевании ободочной и прямой кишки.

- 1. Осмотр.
- 2. Пальпация брюшной стенки.
- 3. Пальцевое исследование прямой кишки, Ректороманоскопия.
- 4. Колоноскопия.
- 5. Ирригография.
- 6. Фистулография.
- 7. Лапароскопия.
- 8. Аортография.

3. Какую информацию несет колоноскопия?

- 1. Позволяет осмотреть слизистую оболочку левой половины ободочной кишки.
- 2. Позволяет осмотреть слизистую оболочку правой и левой половины ободочной кишки.
- 3. Позволяет осмотреть слизистую оболочку всех отделов ободочной кишки и терминального отдела подвздошной кишки.
- 4. Уточняет визуальные признаки заболеваний с помощью биопсии.
- 5. Помогает оценить функциональное состояние кишки (складчатость, тонус и др.).

4. Назовите противопоказания к колоноскопии
 1. Крайняя тяжесть общего состояния больного.
 2. Опухоль правых отделов ободочной кишки.
 3. Опухоль левых отделов ободочной кишки.
 4. Распространенный дивертикулез толстой кишки.
 5. Тяжелое течение острой формы неспецифического язвенного и гранулематозного колита.

5. Какой этап рентгенологического исследования кишки позволяет достаточно полно судить о ее состоянии?
 1. Тулого заполнения.
 2. После опорожнения.
 3. Двойного контрастирования.

6. Если при ирригографии заполнить слепую кишку не удалось, то в этих случаях рекомендуется исследовать больных после приема бариевой взвеси через рот. Через какой промежуток времени в норме контрастная масса достигает слепой кишки (в часах) ?
 1. Через 1.
 2. Через 2.
 3. Через 3—4.
 4. Через 5—6.
 5. Через 7—8.
 6. Через 9—10.

7. Какие пороки анарктальной области, которые требуют экстренного хирургического вмешательства?
 1. Промежностная эктопия.
 2. Вестибулярная эктопия.
 3. Ректовезикальные и ректоуретральные свищи.
 4. Свищи в половую систему.
 5. Свищи в промежность.

8. Выпадение прямой кишки может быть частичным и полным. Выберите описание, в котором представлено полное выпадение кишки.
 1. В промежности, за пределами ануса, определяется слизистая оболочка прямой кишки.
 2. В промежности, ниже ануса, определяется «колбасообразная» опухоль, кровоточащая при контакте.

9. Перечислите лечебные мероприятия при выпадении прямой кишки у ребенка
 1. Вправление осуществляется без наркоза.
 2. Вправление осуществляется под наркозом.
 3. Поверхность кишки перед вправлением смачивают раствором фурацилина.
 4. Поверхность кишки перед вправлением смачивают вазелином.
 5. Диета и лекарственное лечение направлено на закрепление стула.
 6. Диета и лекарственное лечение направлено на ликвидацию запоров.
 7. После вправления прямой кишки ребенка следует уложить на спину.
 8. После вправления прямой кишки ребенка укладывают на живот.
 9. Ягодицы сближают и фиксируют полосками липкого пластыря.
 10. Во время акта дефекации ребенка усаживают на горшок.
 11. Акт дефекации должен проходить на судне в положении лежа.

10. Какое количество 70% спирта вводится больному ребенку во время блокады параректальной клетчатки при выпадении прямой кишки?

1. 0,5 мл/кг массы тела ребенка.
2. 1 мл/кг массы тела ребенка
3. 1,5 мл/кг массы тела ребенка.
4. 2 мл/кг массы тела ребенка.
5. 2,5 мл/кг массы тела ребенка.
6. 3 мл/кг массы тела ребенка.

11. Перечислите возможные причины повреждения ной и прямой кишки.

1. Тупая и острая травма живота.
2. Разрыв при внезапном повышении внутрикишечного давления (при промывании кишечника, фиброколоноскопии).
3. При ошибочном использовании для клизм кислот и щелочей.
4. При шалостях.

12. При повреждении ободочной и прямой кишки различают внутри- и внебрюшинные повреждения. Укажите синдромы, характерные для внебрюшинных повреждений.

1. Перитонит.
2. Каловая и анаэробная флегмона брюшной стенки.
3. Забрюшинная флегмона.
4. Флегмона промежности.

13. Укажите симптомы, на которых основана диагностика внутрибрюшинных повреждений ободочной и прямой кишки

1. Четко выраженные симптомы перитонита
2. Свободный газ в брюшной полости
3. Наличие свободной жидкости в брюшной полости
4. Наличие раневого канала в промежности и ягодичных областях
5. Наличие дефекта и крови при пальцевом исследовании прямой кишки
6. Рентгенологические признаки перелома костей таза
7. Отсутствие общих и местных симптомов повреждения кишки

14. Укажите симптомы, на которых основана диагностика внебрюшинных повреждений ободочной и прямой кишки

1. Четко выраженные симптомы перитонита
2. Свободный газ в брюшной полости
3. Наличие свободной жидкости в брюшной полости
4. Наличие раневого канала в промежности и ягодичных областях
5. Наличие дефекта и крови при пальцевом исследовании прямой кишки
6. Рентгенологические признаки перелома костей таза
7. Отсутствие общих и местных симптомов повреждения кишки

15. Выберите возможно правильные варианты тактики хирургического лечения при внутри- и внебрюшинных повреждениях прямой и ободочной кишок.

1. Дефект в стенке кишки ушивается при колотых и резаных ранах, если отсутствует перитонит и гнойное воспаление.

2. Поврежденный участок кишки выводится наружу или резецируется без наложения анастомоза с выведением противоестественного заднего прохода, а непрерывность кишечной трубки восстанавливается через 3—6 месяцев.
3. Поврежденная кишка ушивается с последующим дренированием брюшной полости.
4. Поврежденная кишка выводится наружу, а непрерывность ее восстанавливается через 10—12 дней после первой операции.

16. Укажите патологоанатомические симптомы неспецифического язвенного колита.

1. Мелкие эрозии и язвы, лейкоцитарная инфильтрация до мышечной и серозной оболочки
2. Гранулематозное воспаление глубоких слоев слизистой и подслизистой оболочки с распространением вплоть до серозного покрова
3. Поражение возникает в прямой, сигмовидной кишке, а затем распространяется на нисходящую и часто захватывает всю толстую кишку
4. Поражение обширных участков толстой кишки
5. Острая токсическая дилатация поперечной ободочной кишки
6. Фиброзные опухолеподобные образования между петлями тонкой кишки с образованием внутренних межкишечных свищей

17. Укажите патологоанатомические симптомы болезни Крона.

1. Мелкие эрозии и язвы, лейкоцитарная инфильтрация до мышечной и серозной оболочки
2. Гранулематозное воспаление глубоких слоев слизистой и подслизистой оболочки с распространением вплоть до серозного покрова
3. Поражение возникает в прямой, сигмовидной кишке, а затем распространяется на нисходящую и часто захватывает всю толстую кишку
4. Поражение обширных участков толстой кишки
5. Острая токсическая дилатация поперечной ободочной кишки
6. Фиброзные опухолеподобные образования между петлями тонкой кишки с образованием внутренних межкишечных свищей

18. Укажите клинические симптомы неспецифического язвенного колита.

1. Общая слабость
2. Жидкий стул (до 20—30 раз) с примесью слизи и крови
3. Повышение температуры
4. Пальпируемые инфильтраты в брюшной полости
5. Вздутие живота вследствие дилатации толстой кишки
6. В патологический процесс вовлечена ободочная кишка
7. В патологический процесс вовлечена прямая кишка

19. Укажите клинические симптомы болезни Крона.

1. Общая слабость
2. Жидкий стул (до 20—30 раз) с примесью слизи и крови
3. Повышение температуры
4. Пальпируемые инфильтраты в брюшной полости
5. Вздутие живота вследствие дилатации толстой кишки
6. В патологический процесс вовлечена ободочная кишка
7. В патологический процесс вовлечена прямая кишка

20. Определите методы консервативного и хирургического лечения неспецифического язвенного колита.

1. Постельный режим, высококалорийная механически и химически щадящая диета
2. Парентеральное питание
3. Назначение внутрь сульфасалазина
4. Гормонотерапия (преднизолон, гидрокортизон)
5. Операция: раздельная двустольная илеостомия
6. Операция: двустольная резекция ободочной кишки с наложением илеостомы и сигмостомы
7. Операция: колпроктэктомия
8. Операция: резекция пораженных участков кишечника

21. Определите методы консервативного и хирургического лечения болезни Крона.

1. Постельный режим, высококалорийная механически и химически щадящая диета
2. Парентеральное питание
3. Назначение внутрь сульфасалазина
4. Гормонотерапия (преднизолон, гидрокортизон)
5. Операция: раздельная двустольная илеостомия
6. Операция: двустольная резекция ободочной кишки с наложением илеостомы и сигмостомы
7. Операция: колпроктэктомия
8. Операция: резекция пораженных участков кишечника

22. Парапроктит — острый или хронический воспалительный процесс в клетчатке, окружающей прямую кишку. Что является источником возникновения парапроктита?

1. Воспаление подкожной клетчатки и кожи промежности вокруг ануса.
2. Воспаление брюшины (перитонит) в малом тазу
3. Воспаление одной из анальных желез, находящихся в анальных криптах слизистой анального канала.

23. Парапроктит может быть подкожным, ишиоректальным, ректоректальным, тазово-прямокишечным. Как распространяется воспалительный процесс при последней форме заболевания?

1. По подслизистому слою.
2. Между волокнами и порциями наружного сфинктера прямой кишки.
3. Через клетчаточное пространство выше мышц тазового дна.

24. Когда болевой синдром при остром парапроктите выражен сильнее?

1. При поверхностном гнойнике.
2. При глубоком расположении гнойника.

25. Укажите сроки наиболее вероятного самостоятельного вскрытия острого парапроктита (в днях):

1. 1—2.
2. 3—4.
3. 5—6.
4. 7—8.

26. Какова правильная хирургическая тактика при острых парапроктитах?

1. Широкое вскрытие и дренирование гнойника снаружи через кожу.

2. Широкое вскрытие и дренирование гнойника в просвет кишки.
 3. Вскрытие гнойника через кожу и в просвет кишки с рассечением соответствующей крипты и иссечением анальной трещины.
27. При хронических свищах прямой кишки используют лигатурный метод. При какой локализации свища по отношению к сфинктеру заднего прохода показан данный метод?
1. При интрасфинктерных свищах.
 2. При трансфинктерных свищах.
 3. При экстрасфинктерных свищах. 1
28. Выберите, какие доброкачественные опухоли наблюдаются в прямой и ободочной кишке.
1. Железистые полипы.
 2. Железисто-ворсинчатые полипы.
 3. Ворсинчатые полипы.
29. Укажите, какие полипы чаще наблюдаются в прямой и ободочной кишках.
1. Одиночные.
 2. Множественные.
30. Какой клинический синдром при полипах прямой и ободочной кишок является ведущим?
1. Непроходимость кишечника.
 2. Перитонит.
 3. Кровотечение.
31. Назовите методы удаления полипов прямой и ободочной кишок.
1. Полипэктомия при ректороманной колоноскопии.
 2. Колотомия.
 3. Клиновидная или циркулярная резекция кишки.
32. Выберите, от чего зависит прогноз лечения полипоза.
1. От формы полипа.
 2. От своевременности начала лечения.
 3. От числа полипов. 1
 4. От морфологической верификации.
33. Какие артериальные сосуды участвуют в кровоснабжении прямой и ободочной кишок?
1. Верхняя брыжеечная артерия.
 2. Нижняя брыжеечная артерия.
 3. Внутренняя подвздошная артерия.
 4. Наружная подвздошная артерия.
34. Частота возникновения рака в различных отделах ободочной кишки неодинакова. Выберите правильную схему распределения рака по локализации.
1. Восходящая, поперечная ободочная, нисходящая, сигмовидная, слепая кишка.
 2. Сигмовидная, слепая, восходящая, поперечная ободочная, нисходящая кишка.
 3. Слепая, сигмовидная, восходящая, поперечная ободочная, нисходящая кишка.
 4. Поперечная ободочная, восходящая, сигмовидная, слепая, нисходящая.

35. Назовите заболевание, при котором наиболее часто развивается рак прямой и ободочной кишки.
1. Полипы и полипоз кишки.
 2. Язвенный колит.
 3. Дивертикулез кишки.
36. Имеют ли клинические проявления начальные формы рака ободочной кишки?
1. Да.
 2. Нет.
37. Для опухолей какого отдела ободочной кишки характерным является раннее развитие общей слабости, недомогания и нарастающее малокровие?
1. Слепой и восходящей ободочной.
 2. Поперечной ободочной.
 3. Нисходящей ободочной.
 4. Нисходящей ободочной и сигмовидной кишок.
38. Для опухолей какого отдела ободочной кишки характерна ранняя периодическая частичная или постепенно нарастающая непроходимость кишечника?
1. Слепой и восходящей ободочной.
 2. Поперечной ободочной.
 3. Нисходящей ободочной и сигмовидной кишок.
39. Укажите возможности ректороманоскопии.
1. Позволяет выявить опухоль прямой и сигмовидной кишок.
 2. Помогает выявить опухоль нисходящей ободочной кишки.
 3. Позволяет исключить воспалительные изменения слизистой оболочки (проктит, проктосигмоидит).
40. Какую помощь при диагностике оказывает врачу фиброколоноскопия?
1. Дает возможность визуально осмотреть только левые отделы ободочной кишки.
 2. Позволяет визуально осмотреть левые и правые отделы ободочной кишки.
 3. Помогает осмотреть всю ободочную кишку и начальный отдел подвздошной.
41. Укажите в процентном соотношении возможности рентгенодиагностики опухолей ободочной кишки.
1. 50.
 2. 70.
 3. 80.
 4. 90—95.
42. Определите стадию рака ободочной кишки на основании данного описания: опухоль, инфильтрирующая только слизистую оболочку толстой кишки.
1. P1.
 2. P2.
 3. P3.
 4. P4.
43. Назовите стадию рака ободочной кишки на основании данного описания: опухоль, инфильтрирующая всю стенку кишки или выходящая за ее пределы.

1. P1.
2. P2.
3. P3.
4. P4.

44. Перечислите, какие радикальные операции выполняются при раке ободочной кишки

1. Гемиколэктомия.
2. Субтотальная резекция ободочной кишки.
3. Сегментарная резекция восходящей ободочной кишки.
4. Сегментарная резекция нисходящей ободочной кишки.
5. Сегментарная резекция поперечной и сигмовидной кишок на расстоянии от опухоли не менее 5—8 см.

45. Укажите возможные осложнения рака ободочной кишки.

1. Непроходимость.
2. Кровотечение.
3. Перифокальный абсцесс.
4. Перфорация опухоли или стенки кишки выше опухоли.

46. Каким операциям следует отдать предпочтение при осложнениях рака ободочной кишки?

1. Одномоментным (устранение осложнения с восстановлением непрерывности кишечного тракта).
2. Многомоментным (устранение осложнения с восстановлением непрерывности кишечного тракта через 3—6 месяцев).

47. Какие артериальные сосуды участвуют в кровоснабжении прямой кишки?

1. Верхняя брыжеечная артерия.
2. Нижняя брыжеечная артерия.
3. Наружная подвздошная артерия.
4. Внутренняя подвздошная артерия.

48. Назовите возможные патоморфологические формы прямой кишки.

1. Аденокарцинома.
2. Плоскоклеточный рак.

49. Укажите, какой стадии рака прямой кишки соответствует приведенное ниже описание: «Опухоль занимает пространство до половины окружности прямой кишки, имея при этом одиночные регионарные метастазы».

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

50. Какой стадии рака прямой кишки соответствует приведенное ниже описание: «Опухоль занимает более полуокружности кишки, прорастая ее стенку, но без метастазов в лимфатические узлы».

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

51. Перечислите возможные симптомы при раке прямой кишки.

1. Недомогание.
2. Слабость.
3. Боль в крестце и пояснице.
4. Выделение слизи и крови.
5. Непроходимость кишечника
6. Ощущение инородного тела в заднем проходе.

52. Выберите возможные пути метастазирования при раке прямой кишки.

1. В печень.
2. В брюшину.
3. В мочевые пути.
4. В кости.
5. В головной мозг.

53. Укажите методы диагностики при раке прямой кишки.

1. Пальцевое исследование.
2. Ректоромано- и колоноскопия.
3. Рентгенологическое исследование.

54. При какой локализации рака прямой кишки больному показана брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки?

1. До 6 см от заднего прохода.
2. При опухоли от 7 см до 12 см от края заднего прохода.
3. При локализации опухоли выше 10—12 см от края заднего прохода.

55. При какой локализации рака прямой кишки больному показана брюшно-анальная резекция прямой кишки?

1. До 6 см от заднего прохода.
2. При опухоли от 7 см до 12 см от края заднего прохода.
3. При локализации опухоли выше 10—12 см от края заднего прохода.

56. При какой локализации рака прямой кишки больному показана передняя (внутрибрюшная) резекция прямой кишки?

1. До 6 см от заднего прохода.
2. При опухоли от 7 до 12 см от края заднего прохода.
3. При локализации опухоли выше 10—12 см от края заднего прохода.

57. Назовите возможные варианты завершения операции при осложнениях рака прямой кишки.

1. Брюшно-промежностная экстирпация.
2. Брюшно-анальная резекция.
3. Передняя (внутрибрюшная) резекция прямой кишки.
4. Операция Гартмана.
5. Двустольная сигмо- или трансверзостома.

58. Выберите правильное распределение частоты поражения дивертикулезом различных отделов ободочной кишки.

1. Поперечная ободочная кишка, сигмовидная кишка, нисходящая ободочная кишка.

2. Сигмовидная кишка, нисходящая ободочная кишка, поперечная ободочная кишка.

3. Нисходящая ободочная кишка, сигмовидная кишка, поперечная ободочная кишка.

59. В каком участке ободочной кишки чаще всего располагаются дивертикулы?

1. По брыжеечному краю кишки.

2. По свободному краю кишки.

3. В местах расположения жировых подвесок.

60. Выберите симптомы, характерные для неосложненного дивертикулеза ободочной кишки.

1. Боль в животе

2. Нарушение стула (чередование поноса и запора)

3. Рентгенологический признак — стойкое «депо» контрастного вещества за контуром кишки округлой формы с четким, ровным контуром

4. Формирование инфильтратов в брюшной полости

5. Повышение температуры

6. Лейкоцитоз

7. Симптомы кишечной непроходимости

8. Кишечное кровотечение

9. Клиническая картина «левостороннего» аппендицита (симптом Керте)

61. Выберите симптомы, характерные для осложненного дивертикулеза ободочной кишки.

1. Боль в животе

2. Нарушение стула (чередование поноса и запора)

3. Рентгенологический признак — стойкое «депо» контрастного вещества за контуром кишки округлой формы с четким, ровным контуром

4. Формирование инфильтратов в брюшной полости

5. Повышение температуры

6. Лейкоцитоз

7. Симптомы кишечной непроходимости

8. Кишечное кровотечение

9. Клиническая картина «левостороннего» аппендицита (симптом Керте)

62. Перечислите лечебные мероприятия при консервативном лечении неосложненного дивертикулеза.

1. Назначение спазмолитиков.

2. Назначение бактериальных препаратов.

3. Назначение кишечных антисептиков.

4. Назначение седативных средств.

5. Добавление в пищу отрубей.

63. Какие осложнения дивертикулеза ободочной кишки служат показанием к хирургическому лечению?

1. Кровотечение из дивертикула.

2. Перфорация дивертикула.

3. Подозрение на злокачественную опухоль.

64. Укажите, какие осложнения дивертикулярной болезни требуют абсолютных показаний к хирургическому лечению.

1. Дивертикулит.
2. Параколический абсцесс.
3. Перфорация дивертикула.
4. Кровотечение из дивертикула (профузное).
5. Хронический параколит с нарушением кишечной проходимости.
6. Хронический параколит без нарушения кишечной проходимости.
7. Кишечные свищи (внутренние и наружные).
8. Развитие рака на фоне дивертикулярной болезни.

65. При лечении осложненных форм дивертикулярной болезни, каким оперативным вмешательством следует отдавать предпочтение?

1. Одномоментным операциям, направленным на удаление толстой кишки.
2. Многоэтапному лечению с удалением отделов толстой кишки, наиболее пораженных дивертикулами.

66- Долихосигма — удлинение сигмовидной кишки. Укажите, это:

1. Норма.
2. Патология.

67. При долихосигме выделяют компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную стадии. Какой симптом из перечисленных характеризует стадию субкомпенсации?

1. Боль.
2. Запоры.
3. Вздутие живота.

68. Долиюсигму следует дифференцировать от идиопатического мегаколон. Выберите признаки долихосигмы, выявляемые рентгенологически.

1. Значительное увеличение длины кишки и некоторое расширение ее просвета.
2. Расширение просвета кишки преобладает над удлинением.

69. Укажите возможные показания к операции у больных долихосигмой.

1. Нарастание симптомов хронической непроходимости.
2. Фиксированный вариант долихосигмы.
3. Повторяющиеся приступы неполных заворотов с выраженным болевым синдромом.

70. Укажите причины болезни Гиршпрунга.

1. Эндокринные нарушения (гипотиреоз, феохромоцитома).
2. Гиповитаминоз ВТ.
3. Длительное применение ганглиоблокаторов.
4. Психогенные факторы.
5. Дефицит интрамуральных ганглиев толстой кишки.

71. Укажите заболевание, сопровождающееся симптомокомплексом мегаколон, в лечении которого ведущее значение имеет консервативное лечение.

1. Идиопатический мегаколон.
2. Болезнь Гиршпрунга.
3. Механический мегаколон.

72. Какие из перечисленных консервативных мероприятий и средств можно использовать при лечении мегаколон?

1. Выработка рефлекса на дефекацию.
2. Диатермия.
3. Электростимуляция кишечника.
4. Электрофорез с новокаином.
5. Санаторно-курортное лечение.
6. Бактериальные препараты (колибактерин, бифидумбактерин, бификол).

73. При показаниях к операции у больных с мегаколон какой объем резекции обеспечивает эффективность лечения?

1. Резекция мегадолихосигмы.
2. Резекция мегадолихосигмы и прямой кишки.
3. Резекция прямой кишки.

74. Какие методы лечения применяются при механической форме мегаколон?

1. Бужирование.
2. Хирургическое лечение (пластическая операция в аноректальной области в сочетании с резекцией декомпенсированных отделов толстой кишки).

75. Укажите, к какой венозной системе принадлежат вены прямой кишки.

1. К системе нижней поллой вены.
2. К системе воротной вены.
3. К системам нижней поллой и воротной вены.

76. Вены прямой кишки образуют подкожное, подслизистое и подфасциальное сплетение. В каком из перечисленных отделов подслизистого сплетения прямой кишки они представлены клубками вен?

1. Верхнем.
2. Среднем.
3. Нижнем.

77. Укажите симптомы геморроя.

1. Увеличение кавернозных телец прямой кишки.
2. Зуд.
3. Чувство инородного тела.
4. Боль.
5. Кровотечение алой кровью.
6. Мелена.
7. Анемия.

78. Назовите причины геморроя.

1. Гиподинамия.
2. Запоры.
3. Воспалительные или опухолевые процессы в прямой кишке и органах малого таза.
4. Усиленный приток крови в кавернозные тельца.

79. Укажите, какому положению стрелки на циферблате (в положении больного на спине) соответствуют места возникновения геморроидальных узлов.

1. 1.
2. 2.
3. 3.

4. 4.
5. 5.
6. 6.
7. 7.
8. 8.
9. 9.
10. 10.
11. 11.
12. 12.

80. Выберите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику геморроя.

1. Трещины заднего прохода.
2. Опухоли ободочной кишки.
3. Опухоли прямой кишки.
4. Дивертикулярная болезнь толстой кишки.
5. Полипоз прямой и толстой кишок.
6. Язвенное желудочное кровотечение.
7. Болезни крови.

81. При консервативном лечении геморроя назначают свечи разного состава. Выберите из перечисленных ниже ректальные свечи те, которые противопоказаны при лечении геморроя.

1. С анестезином.
2. С новокаином.
3. Апилак.
4. С адреналином.
5. С гепарином.
6. С химопсином.

82. Какой тактике следует придерживаться хирургу при тромбозе геморроидальных узлов?

1. Активной хирургической (операция в остром периоде).
2. Выполнение операции целесообразно отсрочить на один месяц для купирования острых воспалительных явлений.

83. Промежуточное положение между консервативным и хирургическим лечением геморроя занимает склерозирующая терапия. Укажите вещества, которые при этом могут быть использованы.

1. 5% раствор карболовой кислоты.
2. Варикоцид.
3. Спирт с новокаином.

84. Укажите объем операции геморроидэктомии, который обеспечивает наилучшие отдаленные результаты.

1. Удаление геморроидального узла, выступающего в просвет кишки.
2. Удаление узла с кавернозной тканью.
3. Удаление узла с кавернозной тканью и восстановление слизистой.

85. Выберите правильное распределение мест локализации трещин вокруг стенок заднего прохода.

1. Передняя, задняя, сочетание.

2. Задняя, сочетание, передняя.
3. Задняя, передняя, сочетание.

86. Укажите факторы, которые влияют на возникновение трещин заднего прохода

1. Механические.
2. Инфекционные.
3. Нервно-рефлекторные.
4. Сосудистые.

87. Дайте макроскопическую характеристику проявлений острой трещины заднего прохода.

1. Цвет ярко-красный
2. Цвет бледно-розовый
3. Края ровные, слегка отечные
4. Края плотные орозоленные
5. Дном служат поперечно расположенные мышечные волокна
6. Дно покрыто фибрином

88. Дайте макроскопическую характеристику проявлений хронической трещины заднего прохода.

1. Цвет ярко-красный
2. Цвет бледно-розовый
3. Края ровные, слегка отечные
4. Края плотные орозоленные
5. Дном служат поперечно расположенные мышечные волокна
6. Дно покрыто фибрином

89. Назовите симптомы анальных трещин.

1. Боль в заднем проходе при дефекации.
2. Кровь на кале (в виде полоски).
3. Выделение слизи из прямой кишки.
4. Резкая болезненность в заднем проходе при пальцевом и инструментальном обследовании.
5. Спазм сфинктера прямой кишки при пальцевом исследовании.
6. Дефект анального канала и «сторожевой бугорок» у нижнего края кишки.

90. Укажите, какие лечебные мероприятия применяются при лечении острых анальных трещин.

1. Теплые ванны.
2. Грелки.
3. Физиотерапия (Д'арсонвализация, УВЧ, диатермия).
4. Ректальные свечи.
5. Микроклизмы с 0,3% колларголом, ромашкой,
6. Диетотерапия с исключением острых и раздражающих блюд.
7. Спиртоновокаиновые блокады.
8. Растяжение сфинктера по Рекамье.
9. Соблюдение личной гигиены.

91. Укажите абсолютные показания к хирургическому лечению трещин заднего прохода.

1. Острые анальные трещины.

2. Острые многократно рецидивирующие анальные трещины.
3. Хронические трещины заднего прохода.

92. Перечислите ближайшие и отдаленные осложнения после операции по поводу анальной трещины.

1. Кровотечение.
2. Задержка мочеиспускания.
3. Боль.
4. Рецидив трещины.
5. Недостаточность анального сфинктера.
6. Образование подкожно-подслизистого свища.

93. Какое выпадение прямой кишки считается полным?

1. Выпадение только слизистой.
2. Выпадение всех слоев стенки прямой кишки.

94. Какие симптомы возникают у больных при выпадении прямой кишки?

1. Ощущение инородного тела в заднем проходе.
2. Боль.
3. Выделение слизи и крови из прямой кишки.
4. Недержание кала и газов.

95. Какое происхождение имеет эпителиально-копчиковый ход?

1. Приобретенное.
2. Врожденное.

96. Какие структурные элементы имеет эпителиально-копчиковый ход?

1. Входное и выходное отверстие.
2. Только входное отверстие, связанное с крестцом и копчиком и слепо оканчивающееся в подкожной клетчатке.
3. Только входное отверстие, не связанное с крестцом и копчиком и слепо оканчивающееся в подкожной клетчатке.

97- Укажите, что является внутренней выстилкой эпителиально-копчикового хода.

1. Подкожная клетчатка.
2. Кожа.
3. Элементы связочного аппарата крестца и копчика.

98. Укажите факторы, предрасполагающие к воспалительной реакции эпителиально-копчикового хода.

1. Травмы.
2. Охлаждения.
3. Нарушения гигиены.

99. При эпителиально-копчиковом ходе возможны радикальные и паллиативные операции. В какой фазе эпителиально-копчикового свища возможно выполнение радикальной операции?

1. Острого воспаления.
2. Хронического воспаления.
3. Ремиссии.

100. Суть операции при эпителиально-копчиковом ходе сводится к его иссечению. При какой фазе заболевания возможно ушивание раны наглухо?

1. Фаза острого воспаления.
2. Фаза хронического воспаления.
3. Фаза ремиссии.

101. Какому способу ведения раны после иссечения эпителиально-копчикового свища (в фазе острого воспаления или обострения хронического воспаления) следует отдать предпочтение?

1. Ведение раны под мазовыми повязками.
2. Сближение раны наводящими кожно-подкожными швами с последующим ведением раны под мазовыми повязками.

Модуль № 6. Грыжи живота

Вопросы исходного уровня знаний

1. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо
 - а) вначале рассечь ущемляющее кольцо
 - б) вначале рассечь грыжевой мешок
 - в) можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
 - г) выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
 - д) сделать лапаротомию
2. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме
 - а) острого начала
 - б) невосправляемости грыжи
 - в) болезненности грыжевого выпячивания
 - г) резкой боли
 - д) высокой температуры
3. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является
 - а) гигантский размер грыжи
 - б) беременность во второй ее половине
 - в) флегмона грыжевого мешка
 - г) недавно перенесенный инфаркт миокарда
 - д) ни один из перечисленных
4. Факторами, предрасполагающими возникновению брюшных грыж, являются
 - а) особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыжи
 - б) пожилой возраст, прогрессирующее похудание
 - в) заболевания, вызывающие повышения внутрибрюшного давления
 - г) тяжелая физическая работа
 - д) все перечисленное
5. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает
 - а) лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
 - б) тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
 - в) поставить очистительную клизму
 - г) возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
 - д) ни одна из рекомендаций не верна
6. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает
 - а) вправление грыжи
 - б) назначение анальгетиков и спазмолитиков
 - в) назначение наркотиков
 - г) немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
 - д) проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи
7. Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме
 - а) апоневроза наружной мышцы живота
 - б) подвздошно-гребешковой связки

- в) паховой связки
 - г) нижнего края внутренней косой и поперечной мышц
 - д) поперечной фасции живота
8. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области, причем, отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного
- а) грыжа запирающего отверстия
 - б) прямая паховая грыжа
 - в) бедренная грыжа
 - г) косая паховая грыжа
 - д) скользящая грыжа
9. Невправимость грыжи зависит
- а) от спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
 - б) от спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
 - в) от сужения грыжевых ворот
 - г) от выхода в нее мочевого пузыря
 - д) от выхода в нее слепой кишки
10. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию
- а) Бассини и Постемского
 - б) Мартынова
 - в) Жирара - Спасокукоцкого
 - г) Руджи - Парлавецchio
 - д) Ру
11. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступая от видимой границы некроза на расстояние
- а) 5-10 см
 - б) 15-20 см
 - в) 25-30 см
 - г) 35-40 см
 - д) 45-50 см
12. При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести
- а) наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
 - б) выполнение срочной операции
 - в) наблюдение
 - г) консервативное лечение
 - д) вправление грыжи
13. Паховую грыжу следует дифференцировать
- а) с водянкой яичка
 - б) с паховым лимфаденитом
 - в) с варикозным расширением вен семенного канатика
 - г) с водянкой семенного канатика
 - д) со всеми перечисленными заболеваниями

14. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать
 - а) с липомой
 - б) с холодным натечником
 - в) с ущемленной паховой грыжей
 - г) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала
 - д) со всем перечисленным
15. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть
 - а) к трансиллюминации и пальпации
 - б) к пункции
 - в) к перкуссии
 - г) к аускультации
 - д) к пальцевому исследованию прямой кишки
16. Бедренные грыжи чаще встречаются
 - а) у мужчин пожилого возраста
 - б) у многорожавших женщин
 - в) у женщин нерожавших
 - г) у юношей
 - д) у детей
17. К образованию послеоперационной грыжи предрасполагают
 - а) раневая инфекция
 - б) послеоперационный парез
 - в) срединный разрез
 - г) неправильная техника ушивания раны
 - д) все выше перечисленное
18. Шейка мешка бедренной грыжи расположена
 - а) впереди круглой связки
 - б) медиальнее бедренных сосудов
 - в) латеральнее бедренных сосудов
 - г) позади бедренных сосудов
 - д) медиальнее купферовской связки
19. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах
 - а) Рихтерской
 - б) косой паховой
 - в) скользящей
 - г) прямой паховой
 - д) ни в одной из перечисленных
20. При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции
 - а) по Мейо
 - б) по Лекснеру

- в) по Сапежко
 - г) по Кину
 - д) по Терье - Черни
21. К оперативным методам лечения прямой паховой грыжи относится операция
- а) по Бассини
 - б) по Мартынову
 - в) по Руджи
 - г) по Жирару - Спасокукоцкому
 - д) по Ру
22. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме
- а) затрудненного дыхания
 - б) рвоты
 - в) цианоза
 - г) анемии
 - д) заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании
23. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать
- а) дисфагические явления
 - б) нарушение ритма сердца
 - в) псевдостенокардиальные явления
 - г) ни одно из перечисленных явлений
 - д) все перечисленные
24. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерно все указанное, кроме
- а) рефлюкс-эзофагита
 - б) ущемления
 - в) кровотечения
 - г) появления язвы желудка
 - д) экстракардиальной стенокардии
25. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения
- а) повреждения сосудов
 - б) ранение нервов брюшной стенки
 - в) пересечение семявыводящего протока
 - г) ранение кишки и мочевого пузыря
 - д) все перечисленные
26. Для скользящей паховой грыжи с выходом мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме
- а) наличия болей в надлобковой области
 - б) наличия грыжевого выпячивания в паховой области
 - в) учащенного мочеиспускания и прерывность его, резей в мочеиспускательном канале
 - г) позывов на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
 - д) наличия положительного симптома Мейо-Робсона
27. При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка

- могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме
- тонкой кишки и меккелева дивертикула
 - сигмовидной кишки и сальника
 - слепой кишки и червеобразного отростка
 - маточной трубы и яичника
 - желчного пузыря и желудка
28. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются
- со слизистого слоя
 - с подслизистого слоя
 - с мышечного слоя
 - с субсерозного слоя
 - с серозного слоя
29. К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся
- бедренные
 - косые паховые
 - пупочные
 - грыжи белой линии живота
 - прямые паховые
30. Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются
- внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования
 - увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания
 - невправимость грыжи
 - отрицательный симптом кашлевого толчка
 - все перечисленное
31. Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны
- с бедренной артерией
 - с бедренной веной
 - с куперовской связкой
 - с бедренным нервом
 - с пупартовой связкой
32. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят
- в приводящей петле
 - в отводящей петле
 - в приводящей и отводящей петле в равной степени
 - в сегменте брыжейки ущемленной кишки
 - во всех перечисленных отделах

Модуль № 6. Грыжи живота

Вопросы конечного уровня знаний

- Выберите правильное определение понятия грыжи.
 - Перемещение органов брюшной полости через естественные или искусственные отверстия в соседние полости или под кожу.

2. Перемещение органов брюшной полости, через естественные или искусственные отверстия под кожу.
3. Перемещение органов брюшной полости, покрытых брюшиной, через естественные или искусственные отверстия в соседние полости или под кожу.
2. Если под кожу выпячиваются внутренности, не покрытые брюшиной, то это:
 1. Грыжа
 2. Эвентрация
3. Грыжи какой локализации занимают первое место?
 1. Паховые
 2. Грыжи белой линии живота
 3. Пупочные
 4. Бедренные
4. У кого чаще наблюдаются бедренные грыжи?
 1. У мужчин
 2. У женщин
5. Укажите возрастные пики заболеваемости наружными грыжами по годам.
 1. До 1 года
 2. 10—20 лет
 3. 20—30 лет
 4. 30—40 лет
 5. 40—50 лет
 6. 50—60 лет
 7. 60—70 лет
 8. >70 лет
6. Выберите причины, которые способствуют образованию наружных грыж.
 1. Повышение внутрибрюшного давления
 2. Кашель
 3. Запоры
 4. Подъем тяжестей
 5. Врожденная недостаточность соединительной ткани.
 6. Похудание
 7. Ожирение
7. Назовите слабые места передней брюшной стенки.
 1. Зона пахового канала
 2. Овальная ямка на бедре
 3. Пупок
 4. Подпупочный отдел апоневроза белой линии живота.
 5. Спигелевая линия
8. Перечислите составные элементы истинной грыжи.
 1. Грыжевые ворота, грыжевой мешок, органы брюшной полости.
 2. Грыжевой мешок
 3. Органы брюшной полости
 4. Кожа
 5. Подкожная клетчатка
 6. Грыжевые оболочки

9. Укажите правильную характеристику грыжевого мешка.
 1. Устье, шейка, тело
 2. Шейка, дно
 3. Тело, устье, дно
 4. Дно, тело, шейка, устье
10. Может ли грыжевой мешок иметь дополнительные карманы, перегородки, кисты?
 1. Да
 2. Нет
11. Какими элементами брюшной стенки может быть окружен грыжевой мешок?
 1. Предбрюшинной клетчаткой
 2. Истонченной поперечной фасцией
 3. Истонченной поверхностной фасцией
 4. Волокнами мышц
12. Назовите грыжи, при которых грыжевого мешка может не быть?
 1. Прямые паховые
 2. Бедренные
 3. Эмбриональные пупочные
 4. Скользящие
 5. Ложные травматические
13. Укажите жалобы больных, страдающих грыжами.
 1. Боль в области грыжевого выпячивания
 2. Боль в эпигастрии
 3. Боль в пояснице
 4. Тошнота
 5. Отрыжка
 6. Рвота
 7. Метеоризм
 8. Запор
 9. Нарушение мочеиспускания
14. Какие методы обследования позволяют подтвердить наличие или отсутствие грыжи?
 1. Пальпация
 2. Аускультация
 3. Рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости.
 4. Контрастирование кишечника
 5. Контрастирование мочевого пузыря
15. При каких грыжах содержимое грыжевого мешка не вправляется в брюшную полость?
 1. Вправляемых
 2. Невправляемых
 3. Скользящих
16. Невправимой может быть грыжа:
 1. Только врожденная
 2. Только приобретенная
 3. И врожденная, и приобретенная

17. Можно ли определить грыжевые ворота при невправимой грыже?
1. Да
 2. Нет
18. Какое ущемление при грыжах сопровождается неполным сдавлением кишки?
1. Эластическое
 2. Каловое
 3. Рихтеровское
 4. Ретроградное
19. Каким может быть ущемление при грыжах по их видам?
1. Эластическое
 2. Ретроградное
 3. Каловое
 4. Рихтеровское
20. Какими могут быть ущемления по механизму?
1. Эластическое
 2. Ретроградное
 3. Каловое
 4. Рихтеровское
21. Укажите, на сколько сантиметров от места ущемления следует отступить при резекции кишки в проксимальном направлении?
1. 10
 2. 10—15
 3. 15—20
 4. 20—25
 5. 25—30
 6. 30—35
22. На сколько сантиметров от места ущемления следует отступить в дистальном направлении?
1. 10
 2. 10—15
 3. 15—20
 4. 20—25
 5. 25—30
 6. 30—35
23. Какой характер может носить кишечная непроходимость при ущемленной грыже?
1. Обтурационный
 2. Странгуляционный
 3. Смешанный
24. Какие клинические симптомы и признаки характерны для рихтеровского (пристеночного) ущемления?
1. Местные симптомы
 2. Признаки непроходимости кишечника
 3. Признаки перитонита

25. Имеет ли особенности клиническая картина ущемления мочевого пузыря, яичника, сальника?
1. Да
 2. Нет
26. Укажите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз при ущемлении грыжи.
1. Воспаления лимфатических узлов
 2. Опухоли яичка и семенного канатика
 3. Заворот кишок
 4. Липомы
27. Каковы признаки флегмоны грыжевого мешка?
1. Боль в области грыжи
 2. Отек кожи над грыжей
 3. Цианоз кожи над грыжей
 4. Повышение температуры над грыжей
 5. Регионарный лимфаденит
 6. Высокая температура тела
 7. Тахикардия
 8. Брадикардия
 9. Отсутствие болезненности при пальпации грыжи.
28. Выберите симптомы при осложнении грыжи каловым застоем.
1. Увеличение грыжевого выпячивания
 2. Гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием.
 3. Резкая болезненность при пальпации грыжи.
 4. Пальпация грыжи малоболезненна
 5. В кишечных петлях определяются плотные комки каловых масс.
 6. Общее состояние больного страдает незначительно.
29. Встречаются ли в грыже инородные тела?
1. Да
 2. Нет
30. Возможны ли в грыжах новообразования?
1. Да
 2. Нет
31. Существуют ли методы профилактики осложнений при грыжах?
1. Да
 2. Нет
32. Какие осложнения могут возникнуть при постоянном ношении бандажа?
1. Травматизация и атрофия тканей передней брюшной стенки.
 2. Превращение вправимой грыжи в невправимую.
33. Назовите этапы операций при неосложненной грыже.
1. Выделение грыжевого мешка
 2. Вскрытие грыжевого мешка и вправление его содержимого в брюшную полость
 3. Вскрытие грыжевого мешка, содержимое которого удерживается, после чего рассекаются грыжевые ворота, оценивается жизнеспособность органов и только после этого они вправляются
 4. Шейка грыжевого мешка прошивается и перевязывается

5. Остатки грыжевого мешка иссекаются
 6. Выполняется пластика передней брюшной стенки
34. Назовите этапы операций при ущемленной грыже.
1. Выделение грыжевого мешка
 2. Вскрытие грыжевого мешка и вправление его содержимого в брюшную полость
 3. Вскрытие грыжевого мешка, содержимое которого удерживается, после чего рассекаются грыжевые ворота, оценивается жизнеспособность органов и только после этого они вправляются
 4. Шейка грыжевого мешка прошивается и перевязывается
 5. Остатки грыжевого мешка иссекаются
 6. Выполняется пластика передней брюшной стенки
35. Каким доступом выполняется операция по поводу ущемленной грыжи, если необходима резекция кишки?
1. Через доступ в месте расположения грыжи
 2. Через лапаротомный доступ
36. При флегмоне грыжевого мешка операцию начинают:
1. Со вскрытия его, а затем выполняют резекцию кишки через лапаротомный доступ.
 2. Со вскрытия его, а затем выполняют резекцию кишки после рассечения" ущемляющего кольца.
 3. С лапаротомии резекции кишки, наложения анастомоза, ушивания брюшной полости, а затем вскрывают грыжевой мешок и удаляют некротизированную кишку.
37. Допускается ли 'ручное вправление содержимого при ущемленных грыжах?
1. Нет
 2. Да, всегда
 3. Да, но при абсолютных противопоказаниях к операции (свежий инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, острая дыхательная недостаточность).
38. Перед ручным вправлением ущемленной грыжи следует ли проводить премедикацию?
1. Да
 2. Нет
39. Какие анатомические элементы участвуют в формировании пахового канала?
1. Подвздошно-гребешковая связка
 2. Апоневроз наружной косой мышцы живота
 3. Поверхностная фасция бедра
 4. Нижний край внутренней косой и поперечной мышцы живота.
 5. Паховая связка
 6. Поперечная фасция
40. Укажите длину пахового канала в норме (см).
1. До 1
 2. 2—3
 3. 4—5
 4. 6—7
41. Чем образовано наружное отверстие (поверхностное кольцо) пахового канала?
1. Ножками апоневроза наружной косой мышцы живота.

2. Овальной ямкой
42. Укажите, где расположено внутреннее отверстие (глубокое кольцо) пахового канала.
 1. Fossa supravescicalis
 2. Fossa ingvinalis medialis
 3. Fossa ingvinalis lateralis
 43. Укажите, через какую ямку передней брюшной стенки выходит косая паховая грыжа?
 1. Fossa supravescicalis
 2. Fossa ingvinalis medialis
 3. Fossa ingvinalis lateralis
 44. Укажите, через какую ямку передней брюшной стенки выходит прямая паховая грыжа.
 1. Fossa supravescicalis
 2. Fossa ingvinalis medialis
 3. Fossa ingvinalis lateralis
 45. Какие анатомические элементы проходят в паховом канале?
 1. Семявыносящий проток
 2. Кровеносные и лимфатические сосуды
 3. Остаток влагалищного отростка брюшины
 4. Общая бедренная артерия и вена
 46. Какие паховые грыжи могут носить врожденный и приобретенный характер?
 1. Прямые
 2. Косые
 3. И прямые, и косые
 47. При каких паховых грыжах грыжевой мешок связан с семенным канатиком?
 1. Прямых
 2. Врожденных косых
 3. Приобретенных косых
 48. Если на дне грыжевого мешка расположено яичко, какая это грыжа?
 1. Прямая паховая
 2. Косая приобретенная паховая грыжа
 3. Косая врожденная паховая грыжа
 49. При какой грыже влагалищный отросток брюшины остается незаращенным?
 1. При прямой паховой грыже
 2. При врожденной косой паховой грыже
 3. При приобретенной косой паховой грыже
 50. Укажите форму паховой грыжи, если грыжевой мешок определяется в паховом канале.
 1. Начальная
 2. Канальная
 3. Канатиковая
 4. Мошоночная

51. Укажите форму паховой грыжи, если дно грыжевого мешка доходит до наружного отверстия пахового канала.
1. Начальная
 2. Канальная
 3. Канатиковая
 4. Мошоночная
52. Укажите форму паховой грыжи, если грыжевой мешок спускается по ходу семенного канатика.
1. Начальная
 2. Канальная
 3. Канатиковая
 4. Мошоночная
53. У кого чаще встречаются паховые грыжи?
1. У мужчин
 2. У женщин
54. Что может быть содержимым паховой грыжи?
1. Слепая кишка
 2. Ободочная кишка
 3. Червеобразный отросток
 4. Печень
 5. Поджелудочная железа
 6. Желудок
 7. Любой орган брюшной полости, кроме печени и поджелудочной железы.
55. Укажите контрольное время, когда ручное вправление при ущемленной грыже абсолютно противопоказано (час.).
1. До 3-х часов
 2. 6—9
 3. 12 и более
56. Какие заболевания необходимо иметь в виду при дифференциальной диагностике паховых грыж?
1. Водянка яичка
 2. Опухоль яичка
 3. Паховый лимфаденит
 4. Крипторхизм
57. Назовите операции, при которых выполняется пластика передней стенки пахового канала.
1. Операция Жирара
 2. Операция Жирара—Спасокукоцкого
 3. Операция Бассини
 4. Операция Постемского
 5. Операция Кукуджанова
 6. Операция Мартынова
58. Назовите операции, при которых выполняется пластика задней стенки пахового канала.
1. Операция Жирара

2. Операция Жирара—Спасокукоцкого
3. Операция Бассини
4. Операция Постемского
5. Операция Кукуджанова
6. Операция Мартынова

59. При каком способе пластика производится путем подшивания апоневроза наружной косой мышцы живота к пупартовой связке, а затем следует создание дубликатуры?

1. Способ Жирара
2. Способ Мартынова
3. Способ Бассини

60. При каком способе пластики задней стенки пахового канала семенной канатик располагается в подкожной клетчатке?

1. При операции Бассини
2. При операции Постемского

61. При каком способе операции после пластики поверхностное кольцо пахового канала находится напротив глубокого кольца?

1. При операции Бассини
2. При операции Постемского

62. При каких грыжах особенность техники операции состоит в том, что грыжевой мешок вначале выделяют у шейки, перевязывают его и рассекают вдоль, выворачивают и сшивают позади семенного канатика и яичка?

1. При приобретенных косых паховых грыжах
2. При прямых паховых грыжах
3. При врожденных косых паховых грыжах

63. При каких грыжах особенность техники операции состоит в выделении грыжевого мешка от дна к его шейке, вскрытии его, а затем, после перевязки, удалении?

1. При косых паховых грыжах
2. При прямых паховых грыжах
3. При врожденных косых паховых грыжах

64. При скользящей паховой грыже латеральной стенкой грыжевого мешка чаще всего является:

1. Слепая и сигмовидная кишка
2. Мочевой пузырь

65. При скользящей паховой грыже медиальной стенкой грыжевого мешка чаще всего является:

1. Слепая и сигмовидная кишка
2. Мочевой пузырь

66. При скользящих грыжах грыжевой мешок можно ушивать только:

1. Извне
2. Изнутри
3. Извне и изнутри

67. Какие методы пластики брюшной стенки должны использоваться при скользящих грыжах?

1. Только методы пластики передней стенки пахового канала.
 2. Только методы пластики задней стенки пахового канала.
 3. Методы пластики передней и задней стенки пахового канала.
68. Какие методы пластики брюшной стенки должны выполняться при рецидивных грыжах?
1. Только методы пластики передней стенки пахового канала.
 2. Только методы пластики задней стенки пахового канала.
 3. Методы пластики передней и задней стенки пахового канала.
69. Какие методы операций дают лучшие результаты?
1. При пластике передней стенки пахового канала.
 2. При пластике задней стенки пахового канала
70. Какова летальность в процентном отношении при операции по поводу неосложненной грыжи?
1. Около 0
 2. 1
 3. 2
 4. 3
 5. 4
71. Укажите летальность при операциях по поводу осложненных грыж (%).
1. От 0 до 7
 2. 8—15
 3. 16—23
 4. 24—31
72. У кого чаще возникают бедренные грыжи?
1. У мужчин
 2. У женщин
73. Какими анатомическими образованиями ограничен скалповский (бедренный) треугольник?
1. Пупартовой связкой
 2. Прямой мышцей живота
 3. Наружной косой мышцей живота
 4. Длинной приводящей мышцей
 5. Портняжной мышцей
74. В какой лакуне находится бедренный нерв под паховой связкой?
1. В мышечной
 2. В сосудистой
75. Существует ли в норме бедренный канал?
1. Да
 2. Нет
76. Укажите элементы, заполняющие овальную ямку.
1. Жировая клетчатка
 2. Лимфатический узел
 3. Большая подкожная вена

4. Бедренная артерия и вена

77. При образовании бедренной грыжи какие элементы образуют бедренный канал?
1. Паховая связка
 2. Лонная кость
 3. Апоневроз наружной косой мышцы живота
 4. Бедренная вена
 5. Большая подкожная вена
 6. Лакунарная (жимбернатова)
 7. Овальная ямка
78. Какими элементами покрыт грыжевой мешок при бедренных грыжах?
1. Предбрюшинной клетчаткой
 2. Поперечной фасцией
 3. Жировой тканью
 4. Решетчатой фасцией
 5. Подкожной клетчаткой
 6. Кожей
79. Какие органы чаще находятся в грыжевом мешке при бедренных грыжах?
1. Большой сальник
 2. Петли тонкой кишки
 3. Слепая кишка
 4. Ободочная кишка
 5. Желудок
 6. Желчный пузырь
 7. Мочевой пузырь
 8. Матка и ее придатки
80. Возможно ли при бедренных грыжах пристеночное ущемление?
1. Да
 2. Нет
81. Возможно ли сочетание бедренной грыжи с паховой?
1. Да
 2. Нет
82. Укажите жалобы больных при бедренных грыжах.
1. Боль в животе
 2. Боль в паховой области
 3. Боль, усиливающаяся при физическом напряжении и длительной ходьбе.
 4. Боль, усиливающаяся при натуживании и длительной ходьбе.
 5. Диспептические расстройства
83. При сращении сальника с грыжевым мешком возникает симптом «натянутой струны». Укажите правильную его интерпретацию.
1. Усиление боли в паховой области при сгибании в тазобедренном суставе.
 2. Усиление болей в паховой области при наклонах туловища.
 3. Уменьшение болей в паху в полусогнутом положении тела и усиление при полном выпрямлении туловища.

84. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у больных с бедренными грыжами?
1. Лимфаденит (банальный, туберкулезный)
 2. Аневризматическое расширение большой подкожной вены.
 3. Опухоли лимфатических узлов
 4. Натечные абсцессы
85. При каком способе операции по поводу бедренных грыж вскрывается паховый канал?
1. По Бассини
 2. По Руджи
86. Укажите, какие осложнения возможны при операции по поводу бедренной грыжи.
1. Ранение бедренной вены
 2. Ранение бедренной артерии
 3. Ранение запирающей артерии
 4. Ранение мочевого пузыря
 5. Ранение бедренного нерва
 6. Ранение седалищного нерва
87. Какие грыжи по локализации относятся к грыжам белой линии живота?
1. Надчревные
 2. Околопупочные
 3. Подчревные
88. У кого чаще наблюдаются грыжи белой линии живота?
1. У мужчин
 2. У женщин
89. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз при грыжах белой линии живота?
1. Предбрюшинная липома
 2. Доброкачественные опухоли брюшной полости
 3. Метастазы опухоли в сальник
90. Какие методы дополнительного обследования обязательны при грыжах белой линии живота?
1. УЗИ брюшной полости
 2. Фиброгастроскопия
 3. Фиброколоноскопия
 4. Рентгеноскопия желудка
91. У кого чаще встречаются пупочные грыжи?
1. У мужчин
 2. У женщин
92. Укажите места возможного образования редких грыж.
1. Спигелева линия
 2. Поясничная область
 3. Запирательный канал
 4. Ягодичная область
 5. Промежность
 6. Правое поддиафрагмальное пространство

Модуль № 7. Травмы живота. Инородные тела ЖКТ

1. Проникающее ранение живота это:
 1. раневой канал в пределах мышечного слоя;
 2. раневой канал в пределах подкожно – жировой клетчатки;
 3. раневой канал с повреждением брюшины;
2. Открытые повреждения живота классифицируются:
 1. касательные;
 2. сквозные;
 3. слепые;
 4. всё перечисленное;
3. При травме органов живота определяют симптом Менделя. Это:
 1. болезненность при перкуссии передней брюшной стенки;
 2. отсутствие кишечных шумов;
 3. асимметрия живота;
4. При травме живота определяют симптом Джойса. Это:
 1. изменение перкуторных данных при перемене положения тела;
 2. исчезновение печеночной тупости;
 3. боль при глубоком вздохе;
5. При закрытой травме живота катетеризацию мочевого пузыря производят с целью:
 1. анализ мочи;
 2. количество мочи;
 3. исключение повреждения мочевого пузыря;
 4. всё перечисленное;
6. Важными диагностическими признаками повреждения органов живота является изменение следующих лабораторных показателей:
 1. уменьшение числа эритроцитов;
 2. снижение гемоглобина, гематокрита;
 3. снижение ОЦК;
 4. всё перечисленное;
7. При закрытой травме живота рентгенографию брюшной полости выполняют с целью определения:
 1. газ в брюшной полости;
 2. жидкость в брюшной полости;
 3. вздутие желудка и кишечника;
 4. деформация и смещение органов;
 5. всё перечисленное;
8. Свободный газ в брюшной полости это:
 1. достоверный признак разрыва полого органа;
 2. косвенный признак разрыва полого органа;
9. Рентгенологическим признаком разрыва диафрагмы является:
 1. неподвижность купола диафрагмы;
 2. пневмоперитонеум;
 3. органы выше купола диафрагмы ??;

4. смещение средостения и сердца;
 5. всё перечисленное;
10. Для диагностики травмы мочеполовых органов применяют:
 1. экскреторная урография;
 2. ретроградная пиелография;
 3. ретроградная цистография;
 4. УЗИ органов;
 5. КТ органов;
 6. всё перечисленное;
 11. Иногда, в сложных случаях диагностики проникающего ранения, используют метод вальнуерографии. Это:
 1. введение контраста в раневой канал;
 2. рентген снимки в латеропозиции;
 3. в/венное введение контраста;
 12. При вальнуерографии контраст выводится почками, через сколько минут надо сделать снимок, чтобы получить изображение мочевыводящих путей:
 1. 10 – 15 мин.;
 2. 5 – 7 мин.;
 3. 20 – 30 мин.;
 13. При разрывах паренхиматозных органов, УЗИ диагностическую ценность:
 1. имеет;
 2. не имеет;
 14. Лапароцентез это:
 1. диагностический прокол передней стенки живота;
 2. диагностический прокол грудной клетки;
 3. проведение ПХО;
 15. Впервые лапароцентез выполнен в:
 1. 1860г.;
 2. 1900г.;
 3. 1887г.;
 16. Показанием к выполнению лапароцентеза является:
 1. нечеткая клиническая картина;
 2. тяжелая сочетанная травма черепа с утратой сознания;
 3. сочетанная травма позвоночника, грудной клетки, костей таза;
 4. состояние сильного алкогольного опьянения с подозрением на повреждение органов брюшной полости;
 5. всё перечисленное;
 17. Классически лапароцентез производят:
 1. в точке на 2 – 2,5 см ниже пупка по средней линии;
 2. в точке на 3 – 3,5 см вправо от пупка;
 3. в точке на 3 – 3,5 см слева от пупка;
 18. «Шарящий катетер» вводят в направлении:
 1. малого таза;

2. боковых каналов;
 3. левого и правого поддиафрагмального пространства;
 4. всё перечисленное;
19. Показанием к лапаротомии является получение при лапароцентезе:
1. кровь больше 20 мл;
 2. кровь с мочой;
 3. кровь с калом;
 4. всё перечисленное;
20. Лапароскопия противопоказана:
1. множественные рубцы передней брюшной стенки;
 2. вздутие кишечника;
 3. терминальное состояние;
 4. всё перечисленное;
21. Техника лапароскопии состоит из следующих основных моментов:
1. наложение пневмоперитонеума, введение троакара, а затем оптической трубки, осмотр брюшной полости;
 2. эндотрахеальный наркоз, введение оптической трубки, осмотр;
22. Подкапсульный разрыв печени подразумевает:
1. ушиб паренхимы;
 2. разрыв внутрипеченочных структур;
 3. подкапсульная гематома с последующим разрывом капсулы и кровотечением;
23. Морфологические признаки некроза гепатоцитов при огнестрельном ранении начинают выявляться через:
1. 1 – 2 часа;
 2. 3 – 4 часа;
 3. 6 – 8 часов;
24. Какой доступ используется при закрытом разрыве печени:
1. верхне – срединная лапаротомия;
 2. доступ по Федорову;
 3. доступ по Герни;
25. При колото – резаных ранах печени без повреждения основных сосудов и желчных ходов, объем операции должен быть:
1. ушивание краев раны печени;
 2. дренирование раневого канала без ушивания;
 3. коагуляция краев раны;
26. При центральных огнестрельных ранениях печени ушивание раны необходимо дополнять:
1. холецистостомией;
 2. холецистэктомией;
27. Временное выключение печени из кровотока можно осуществить:
1. путем пережатия гепато – дуоденальной связки;
 2. путем пережатия верхней брыжеечной артерии;
 3. путем лигирования селезеночной артерии;

28. При массивной травме печени, частичных отрывах её фрагментов, выполняют объем операции:
1. пришивают фрагмент;
 2. дренируют полости;
 3. делают атипичную резекцию печени;
29. При ушивании ран печени используют все виды шва, кроме:
1. шов Кузнецова – Пенского;
 2. шов Бетанели;
 3. шов Телкова;
 4. шов Шмидена;
30. Показанием к гепатопексии служит:
1. рана расположенная на диафрагмальной поверхности печени;
 2. рана расположенная на абдоминальной поверхности;
 3. рана расположенная в области желчного пузыря;
31. Предрасполагающими факторами, способствующими повреждению селезенки являются:
1. малая подвижность;
 2. полнокровие органа;
 3. недостаточная прочность капсулы;
 4. всё перечисленное;
32. Может ли быть при травме селезенки двух моментный разрыв:
1. да;
 2. нет;
33. В каком случае показана спленэктомия:
1. обширные размозжения и разрывы;
 2. сквозные и рваные ранения;
 3. повреждение ворот селезенки;
 4. прорезывание швов;
 5. всё перечисленное;
34. После спленэктомии число тромбоцитов:
1. возрастает;
 2. уменьшается;
35. Для осмотра поджелудочной железы необходимо пересечь связку:
1. желудочно – ободочную;
 2. ободочно – селезеночную;
 3. желудочно – диафрагмальную;
36. При ревизии брюшной полости при травме наличие стеариновых бляшек свидетельствует о:
1. повреждении мочевого пузыря;
 2. повреждении поджелудочной железы;
 3. повреждении
37. При полном поперечном разрыве поджелудочной железы предпочтительно:

1. удалить её дистальную часть;
 2. сшить железу на протоковом дренаже;
38. В позднем периоде после травмы поджелудочной железы возможны:
1. развитие хронического панкреатита;
 2. образование свищей;
 3. кисты поджелудочной железы;
 4. все перечисленное;
39. Двенадцатиперстная кишка расположена по отношению к брюшине:
1. внутрибрюшинно;
 2. внебрюшинно;
 3. мезоперитонеально;
40. Повреждения ДПК бывают:
1. только внутрибрюшинно;
 2. только внебрюшинно;
 3. сочетано;
 4. всё перечисленное;
41. При забрюшинном разрыве ДПК жидкое содержимое и газ распространяются:
1. вдоль правой большой поясничной мышцы и по правому боковому каналу;
 2. по левому боковому каналу;
 3. в малый таз;
42. Боли которые появляются при забрюшинном повреждении ДПК могут симулировать:
1. почечную колику;
 2. острый аппендицит;
 3. острый панкреатит;
 4. всё перечисленное;
43. При рентгенологическом обследовании при обследовании ДПК можно выявить:
1. забрюшинную эмфизему;
 2. забрюшинную гематому;
 3. всё перечисленное;
44. При значительных разрывах ДПК целесообразно:
1. поставить зонд в желудок;
 2. сформировать гастроэнтероанастомоз;
 3. провести резекцию желудка;
 4. ушить дефект;
45. Тонкий кишечник кровоснабжается из системы:
1. верхней брыжеечной артерии;
 2. нижней брыжеечной артерии;
 3. смешанное;
46. Рану тонкой кишки ушивают в:
1. продольном направлении;
 2. поперечном направлении;
 3. не принципиально;

47. Резекцию тонкой кишки при травме производят в случае:
1. множественных ранений;
 2. обширных разрывах;
 3. отрыв кишки от брыжейки;
 4. во всех перечисленных случаях;
48. Разрыв и отрыв брыжейки может сопровождаться:
1. кровотечением;
 2. истечением калового содержимого;
 3. спазмом кишечника;
49. Ревизия гематомы кишечника:
1. показана;
 2. не показана;
50. Различают формы повреждения толстого кишечника:
1. гематома стенки кишки;
 2. десерозирование;
 3. гематома брыжейки;
 4. разрыв брыжейки;
 5. разрыв стенки кишки;
 6. всё перечисленное;
51. Толстая кишка кровоснабжается из артерии:
1. только верхнебрыжеечная;
 2. только нижнебрыжеечная;
 3. смешанное;
52. Риаланова дуга это:
1. анастомоз между верхней и нижней брыжеечной артериями;
 2. кровоснабжает желудок;
 3. кровоснабжает диафрагму;
53. При огнестрельных ранениях толстой кишки объем операции:
1. ушивание раны;
 2. резекция участка с колостомой;
 3. резекция участка с формированием анастомоза;
54. При переломе каких костей чаще повреждается мочевого пузырь:
1. лобковых и седалищных;
 2. бедренных костей;
 3. подвздошных костей;
55. Торакоабдоминальное ранение это:
1. раневой канал объединяет грудную и брюшную полость;
 2. имеется два изолированных раневых канала;
56. При торакоабдоминальном ранении операцию начинают с:
1. торакотомии;
 2. лапаротомии;
 3. оценивают превалирующий фактор;

57. Выделяют признаки разрыва диафрагмы слева:
1. неподвижность левой половины грудной клетки;
 2. уменьшение воздушности легкого;
 3. смещение сердца вправо;
 4. наличие кишечных шумов над грудной клеткой;
 5. всё перечисленное;
58. При переломах костей таза внутритканевые гематомы достигают до:
1. 5 литров;
 2. 3 литров;
 3. 1 – 1,5 литров;
59. Наличие повреждения любой другой локализации у пострадавшего с травмой живота относится к:
1. сочетанной травме;
 2. комбинированной;
60. При огнестрельных ранениях живота феномен «пульсирующей» полости происходит за счёт:
1. кинетической энергии пули;
 2. формы пули;
61. При открытом ранении желудка осмотр задней стенки необходим:
1. да;
 2. нет;
62. При значительных разрывах мочевого пузыря эпицистостомия обязательна:
1. да;
 2. нет;
63. Симптомы нахождения инородного тела в ЖКТ зависят от:
1. характера инородного тела;
 2. формы инородного тела;
 3. величины инородного тела;
 4. количества инородных тел;
 5. всё перечисленное;
64. Механизм попадания крупного конкремента в ЖКТ:
1. пролежень пузыря и ДПК;
 2. пенетрация пузыря в пузырь;
 3. всё перечисленное;
65. При наличии в желудке мелких круглых предметов применяют тактику:
1. активную;
 2. выжидательную;
66. При наличии в желудке мелких предметов назначают:
1. атропин;
 2. голод;
 3. вазелиновое масло;
67. Показанием к операции при инородном теле желудка служит:

1. острый предмет;
 2. невозможно пособие эндоскопически;
 3. угроза перфорации;
 4. всё перечисленное;
68. При попадании конкремента больших размеров в желудок объём операции заключается:
1. разъединение органов образующих свищ;
 2. холецистэктомия;
 3. гастротомия, удаление конкремента;
 4. всё перечисленное;
69. При желчном конкременте в тонкой кишке на фоне ОКН производят:
1. энтеротомия, удаление конкремента;
 2. энтеротомия, холецистэктомия;
 3. энтеротомия, устранение свища ДПК;
70. Энтеротомию с целью удаления конкремента производят на участке:
1. приводящем отделе;
 2. над конкрементом;
 3. отводящем отделе;
71. Энтеротомию на отводящем отделе кишки с целью удаления конкремента проводят:
1. продольную;
 2. поперечную;
72. Энтеротомию ушивают в:
1. продольном направлении;
 2. поперечном направлении;
 3. не принципиально;
73. Фитобезоар это:
1. холестериновый камень;
 2. образованный из волокон клетчатки;
 3. проглоченных волос;
74. Трихобезоар это инородное тело ЖКТ образованное:
1. из волокон клетчатки;
 2. из проглоченных волос;
 3. из пищевых комков;
75. Проглоченная рыбья кость может вызвать осложнение:
1. кишечная непроходимость;
 2. кишечное кровотечение;
 3. перфорация стенки кишки;
76. Больной проглотил гвоздь сутки назад, жалоб нет. Тактика хирурга:
1. дать вазелиновое масло, наблюдение;
 2. срочная операция;
77. При ревизии брюшной полости больного с ножевым ранением хирург обнаружил ранение противобрыжеечного края кишки. Дальнейшие действия:

1. ушить рану, закончить операцию;
 2. ревизия брыжеечного края кишки;
 3. ревизия брыжеечного края кишки, ушивание раны, санация, дренирование;
78. Во время операции по поводу закрытой травмы живота обнаружена забрюшинная гематома. Тактика:
1. дренировать брюшную полость;
 2. ревизия гематомы;
79. Во время операции обнаружено сквозное огнестрельное ранение ДПК в области связки Трейца. Объем операции:
1. ушивание ран, НИИТК;
 2. ушивание ран, антрумэктомия по Ру;
80. Огнестрельное ранение сигмовидной кишки. Объем операции:
1. ушивание ран;
 2. резекция, анастомоз;
 3. резекция, колостома;
81. Ранение стилетом, сквозное повреждение трех петель тонкой кишки, на расстоянии 4 – 5 см друг от друга. Объем операции:
1. резекция поврежденного участка тонкой кишки, анастомоз, НИИТК;
 2. ушивание ран, НИИТК;
 3. ушивание ран;
82. Абдоминоторакальное ранение стилетом в области мечевидного отростка, возможное повреждение:
1. печень, лёгкие, диафрагма;
 2. желудок, селезёнка, диафрагма;
 3. желудок, диафрагма, сердце;
 4. возможны все сочетания;
83. Огнестрельное центральное ранение печени. Объем операции:
1. ушивание ранения печени, дренирование брюшной полости;
 2. ушивание ранения печени, холецистостомия;
84. После ушивания ножевой раны на передней стенке желудка, на 6 – е сутки в сальниковой сумке диагностирован абсцесс. Причина:
1. снижение иммунитета;
 2. гипопроотеинемия;
 3. не диагностировано ранение задней стенки желудка;
85. На операции обнаружен значительный разрыв внутрибрюшной стенки мочевого пузыря, операцию необходимо закончить:
1. эпицистостомия;
 2. катетер Фолея;
 3. ушить наглухо;
86. На операции обнаружено ножевое ранение желчного пузыря. Объем операции:
1. ушивание раны пузыря;
 2. холецистэктомия;

87. При забрюшинном повреждении ДПК дренажи целесообразно выводить через:
1. брюшную полость;
 2. забрюшинное пространство;
88. Левосторонняя гемиколэктомия. В раннем послеоперационном периоде по дренажам кровь. Возможный источник:
1. сосуды брыжейки;
 2. нижний полюс селезенки;
 3. оба варианта;
89. Во время операции по поводу закрытой травмы живота обнаружен отрыв тонкой кишки от брыжейки до 20см, кишка темного цвета. Объем операции:
1. резекция кишки, стомирование;
 2. резекция кишки, анастомоз, НИИТК;
90. В приёмном покое больной, 12 ножевых ранений на передней брюшной стенке, состояние средней степени тяжести. Действия хирурга:
1. ПХО каждой раны;
 2. диагностическая лапаротомия;
91. При наличии ножевых ранений грудной клетки, передней брюшной стенки при крайне тяжелом состоянии больного, АД 60/40 мм рт. ст., операцию начинают:
1. с лапаротомии;
 2. с торакотомии;
 3. оценивают превалирование симптомов, затем выбирают доступ;
92. При отрыве мышечной части диафрагмы от ребер пользуются швом:
1. к париетальной брюшине;
 2. используют ???
 3. выводят концы нитей на ???, завязывают;
93. При диагностике подкапсульного разрыва селезенки целесообразно назначить:
1. обзорную рентгенографию брюшной полости;
 2. УЗИ брюшной полости;
94. Во время лапароскопии по поводу закрытой травмы живота обнаружен линейный разрыв печени, не глубокий, не кровоточит, в брюшной полости до 50 мл крови, действия хирурга:
1. экстренная операция;
 2. лапароскопическое дренирование подпеченочного пространства;
 3. наблюдение без дренирования;
95. При лапароскопии больному с переломом таза обнаружена забрюшинная гематома. Тактика хирурга:
1. наблюдение;
 2. экстренная операция;
96. Больной восемь часов назад проглотил зубной «мост». На снимке – в желудке. Тактика хирурга:
1. экстренная операция;
 2. наблюдение в динамике;
 3. попытка эндоскопического удаления;

97. Во время лапароскопии по поводу закрытой травмы живота во время наложения пневмоперитонеума у больного внезапно наступила остановка сердца. Возможная причина:

1. ранение крупного сосуда;
2. воздушная эмболия;
3. передислокация органов средостения в результате напряженного пневмоторакса на фоне разрыва диафрагмы;

98. Во время тренировок спортсмен получил удар в эпигастральную область, через 6 часов появились острые боли в правом подреберье, слабость, головокружение. Тактика хирурга:

1. наблюдение;
2. лапароскопия;
3. экстренная операция;

Модуль № 8. Хирургические заболевания органов грудной клетки.

Вопросы исходного уровня знаний

1. Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легкого является
 - а) внутриартериальное введение антибиотиков
 - б) лечебные бронхоскопии
 - в) внутримышечное введение антибиотиков
 - г) общеукрепляющее лечение и иммунотерапия
 - д) сочетание всех вышеперечисленных методов
2. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются
 - а) пневмотомия
 - б) клиновидная резекция легкого
 - в) пневмоэктомия
 - г) лобэктомия
 - д) торакопластика
3. Возможными осложнениями после радикальных операций на легких являются
 - а) бронхиальный свищ, эмпиема плевры
 - б) внутриплевральное кровотечение
 - в) сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких
 - г) нагноение послеоперационной раны
 - д) все перечисленные
4. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктонической болезни является
 - а) бронхография
 - б) рентгенография
 - в) рентгеноскопия
 - г) томография
 - д) компьютерная томография
5. Наиболее часто бронхоэктоническая болезнь поражает
 - а) верхние доли обоих легких
 - б) базальные сегменты нижних долей
 - в) базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого
 - г) среднюю долю
 - д) отдельные сегменты обоих легких
6. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол"
 - а) является характерным только для бронхоэктатической болезни
 - б) может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры
 - в) более характерен для пороков сердца
 - г) характерен для актиномикоза
 - д) характерен для туберкулеза
7. Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является
 - а) верхняя доля
 - б) средняя доля
 - в) нижняя доля
 - г) правильно а) и б)

д) любая доля и любой сегмент обоих легких

8. Больной 32 лет поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1.5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38°C. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого легкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого.
Наиболее вероятный диагноз
- а) рак легкого
 - б) бронхоэктатическая болезнь
 - в) абсцесс легкого
 - г) аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза
9. Больной 32 лет поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1.5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38°C. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого легкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого.
Больному следует рекомендовать
- а) удаление нижней доли правого легкого
 - б) диагностическую бронхоскопию, удаление инородного тела и в последующем повторные лечебные бронхоскопии
 - в) удаление правого легкого
 - г) консервативную терапию: противовоспалительные средства, ингаляция, отхаркивающие средства и др.
10. Больная 36 лет поступила с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 100 мл в сутки, кровохарканье в течение последних 5 лет, повышение температуры до 38°C, слабость, одышку. Больна около 10 лет. В детстве неоднократно болела двусторонней пневмонией. Мокрота выделяется "полным ртом", особенно при наклоне вниз. Состояние удовлетворительное. Слабо положительный симптом "часовых стекол". Над нижней долей левого легкого укорочение перкуторного звука, масса сухих хрипов. На рентгенограммах легких - средостения смещено влево, "оголен" правый край позвоночника, усилен и деформирован легочный рисунок. Наиболее вероятный диагноз
- а) хроническая пневмония
 - б) хронический деформирующий бронхит
 - в) хроническая абсцедирующая пневмония
 - г) бронхоэктатическая болезнь

д) туберкулез легкого

11. Больная 36 лет поступила с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 100 мл в сутки, кровохарканье в течение последних 5 лет, повышение температуры до 38°C, слабость, одышку. Больна около 10 лет. В детстве неоднократно болела двусторонней пневмонией. Мокрота выделяется "полным ртом", особенно при наклоне вниз. Состояние удовлетворительное. Слабо положительный симптом "часовых стекол". Над нижней долей левого легкого укорочение перкуторного звука, масса сухих хрипов. На рентгенограммах легких - средостения смещено влево, "оголен" правый край позвоночника, усилен и деформирован легочный рисунок.. С целью уточнения диагноза ей показана
 - а) бронхоскопия
 - б) рентгенография
 - в) томография и компьютерная томография
 - г) бронхография
 - д) сканирование легких и ультразвуковая диагностика
12. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является
 - а) гемостатическая терапия
 - б) искусственный пневмоторакс
 - в) пневмоперитонеум
 - г) тампонада дренирующего бронха
 - д) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого
13. У больного после нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов верхней доли на 2-й день развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является
 - а) плевральная пункция
 - б) назотрахеальная катетеризация
 - в) микротрахеостома
 - г) лечебная бронхоскопия
 - д) дренирование плевральной полости
14. Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких является
 - а) боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации
 - б) кашель с большим количеством гнойной мокроты
 - в) высокая температура
 - г) кровохарканье
 - д) симптом "барабанных палочек"
15. Больной 47 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 400 мл в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. 20 лет тому назад перенес операцию на левом легком - удаление нижней доли и язычковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл гнойной мокроты, появились кровохаркания, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл стала зловонной. Состояние тяжелое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся легком полость около 6 см с горизонтальным уровнем.

При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной.

В правом легком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено.

Больному следует рекомендовать

- а) интенсивную консервативную терапию
- б) хирургическое удаление оставшейся части левого легкого
- в) лечебные бронхоскопии
- г) внутриартериальное введение антибиотиков
- д) временную окклюзию верхнезонального бронха

16. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются
 - а) коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
 - б) первичная несостоятельность культи бронха
 - в) внутриплевральное кровотечение
 - г) ателектаз легкого
 - д) напряженный пневмоторакс
17. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является
 - а) разрыв плевральных сращений
 - б) прорыв абсцесса легкого
 - в) разрыв врожденных воздушных кист легкого
 - г) разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких
18. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться
 - а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха
 - б) с широкой торакотомии
 - в) с динамического наблюдения
 - г) с дренирования плевральной полости с активной аспирацией
19. При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости целесообразно
 - а) по средней аксиллярной линии в 6 межреберье
 - б) во 2-м межреберье по среднеключичной линии
 - в) в 7-м межреберье по задней аксиллярной линии
 - г) в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии
 - д) 2 дренажа: во 2-м межреберье среднеключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии
20. Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. 3 дня назад после поднятия груза весом около 60 кг сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. При поступлении состояние удовлетворительное: пульс 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым легким дыхание резко ослабло, хрипов нет. У больного следует предположить
 - а) фибринозный плеврит
 - б) плевропневмонию
 - в) спонтанный неспецифический пневмоторакс
 - г) межреберную невралгию
 - д) миозит

21. Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. 3 дня назад после поднятия груза весом около 60 кг сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. При поступлении состояние удовлетворительное: пульс 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым легким дыхание резко ослабло, хрипов нет. При рентгенологическом исследовании диагноз был подтвержден - обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начинать
- с плевральной пункции с аспирацией воздуха
 - с дренирования плевральной полости
 - с торакоскопии
 - с немедленной торакотомии
 - с симптоматического лечения
22. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить
- сухой плеврит
 - инфаркт миокарда
 - тромбоэмболию ветвей легочной артерии
 - спонтанный неспецифический пневмоторакс
 - ущемленную диафрагмальную грыжу
23. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились внезапно сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии коробочный звук. Средостение перкуторно смещено вправо. У него необходимо заподозрить
- фибринозный плеврит
 - инфаркт миокарда
 - туберкулез легкого
 - спонтанный неспецифический пневмоторакс
 - ущемленную диафрагмальную грыжу
24. По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является
- торакоскопия
 - рентгеноскопия и рентгенография легких
 - плевральная пункция
 - сканирование легких
 - бронхоскопия
25. Основными методами лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является
- торакотомия

- б) плевральная пункция и аспирация воздуха
 - в) торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости
 - г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией
 - д) наблюдение
26. Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает
- а) при абсцессе легкого
 - б) при эхинококке легкого
 - в) при центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
 - г) при кавернозном туберкулезе легких
 - д) при буллезной болезни легких
27. У больного 15 дней назад повысилась температура до 39°C, появились боли в первой половине грудной клетки. Диагностирована нижне-долевая пневмония. 7 дней назад начал откашливать плевки гнойной мокроты, 2 дня назад - внезапные сильные боли в грудной клетке, одышка. Дыхание над правым легким плохо выслушивается, в нижних отделах правого гемиторакса укорочение перкуторного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является
- а) экссудативный плеврит
 - б) спонтанный пневмоторакс
 - в) фиброзный плеврит
 - г) пиопневмоторакс
 - д) абсцедирование
28. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается
- а) с противовоспалительного лечения
 - б) с ваго-симпатической блокады
 - в) с плевральной пункции
 - г) с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
 - д) с торакотомии
29. Реактивный экссудативный плеврит может быть
- а) при острой пневмонии
 - б) при поддиафрагмальном абсцессе
 - в) при остром холецистите и панкреатите
 - г) при септической пневмонии
 - д) при всех перечисленных заболеваниях
30. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести
- а) внутриплевральное кровотечение
 - б) воздушная эмболия головного мозга
 - в) анафилактический шок
 - г) плевропульмональный шок
 - д) правильно б) и в)
31. Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение
- а) бронхоэктатической болезни

- б) абсцесса
 - в) туберкулеза
 - г) острой пневмонии
 - д) эхинококкоза
31. Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является
- а) дренирование плевральной полости
 - б) плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса
 - в) плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником
 - г) широкая торакотомия
 - д) введение дренажа по Сельдингеру
33. Способствуют развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии
- а) бронхиальный свищ
 - б) инородные тела плевральной полости (дренаж, салфетка)
 - в) нагноение послеоперационной раны
 - г) остеомиелит ребер и хондрит
 - д) все перечисленные
34. Достоверным признаком легочного кровотечения является
- а) выделение крови изо рта
 - б) кашель с выделением алой пенистой крови
 - в) наличие затемнения в легком
 - г) наличие экссудата в плевральной полости
 - д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии
35. О ранении сердца свидетельствуют
- а) локализация раны
 - б) резкое снижение артериального давления, тахикардия
 - в) внешний вид больного
 - г) повышение венозного давления
 - д) все перечисленное
36. При тампонаде сердца наблюдаются
- а) снижение артериального давления
 - б) цианоз лица
 - в) расширение границ сердца
 - г) глухость тонов
 - д) все перечисленное
37. Показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются
- а) пневмоторакс
 - б) гемоторакс
 - в) свернувшийся гемоторакс
 - г) продолжающееся кровотечение в плевральную полость
 - д) сам факт проникающего ранения
38. Ушивание раны легкого должно производиться
- а) непрерывными узловыми швами
 - б) отдельными узловыми швами

- в) кисетным швом
 - г) Z-образным швом
 - д) всеми перечисленными способами
39. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является
- а) передне-боковая торакотомия на стороне ранения
 - б) передне-боковая торакотомия слева
 - в) стернотомия
 - г) задне-боковая торакотомия слева
 - д) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения
40. При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо
- а) наложить циркулярную повязку на грудную клетку
 - б) наложить одностороннюю лейкопластырную повязку
 - в) произвести паравертебральную спирто-новокаиновую блокаду
 - г) выполнить вагосимпатическую блокаду
 - д) выполнить блокаду "трех мест"
(места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)
41. Характерным признаком разрыва легкого является
- а) кровохаркание
 - б) гемоторакс
 - в) пневмоторакс
 - г) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
 - д) гемо-пневмоторакс
42. Для закрытой травмы сердца характерны
- а) изменения ЭКГ
 - б) боли в области сердца
 - в) снижение артериального давления
 - г) повышение венозного давления
 - д) все перечисленные признаки
43. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является
- а) боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
 - б) боль в предреберье
 - в) пролабирование органов брюшной полости в грудную,
выявляемое при рентгенологическом исследовании
 - г) ослабленное дыхание на стороне травмы
 - д) общее тяжелое состояние больного
44. Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, кроме
- а) напряженного пневмоторакса
 - б) напряженной эмфиземы средостения
 - в) общего тяжелого состояния больного)
 - кровохарканья
 - д) все перечисленное
45. При травме грудной клетки неотложные мероприятия прежде всего необходимы
- а) при переломе грудины
 - б) при переломе ключицы

- в) при напряженном пневмотораксе
 - г) при переломе лопатки
 - д) при переломе ребер
46. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями шока III т. Диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочно дренирована левая плевральная полость. По дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не расправляется. Введение второго дренажа и активная аспирация по обоим дренажам не изменили ситуации, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения. Остается коллапс легкого. При бронхоскопии обнаружен надрыв стенки левого главного бронха, закрытый сгустком крови. Больному необходимо
- а) продолжить активную аспирацию по 2-м дренажам с увеличением вакуума
 - б) произвести верхнюю переднюю медиастинотомию
 - в) выполнить левостороннюю торакотомию, наложить первичный шов бронха
 - г) сделать левостороннюю пневмоэктомию
 - д) нанести биологический клей на область разрыва
47. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать и произвести первичный шов бронха. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет
- а) передне-боковая торакотомия
 - б) боковая торакотомия по 4 межреберью
 - в) задне-боковая торакотомия
 - г) стернотомия
 - д) боковая торакотомия по 7-му межреберью
48. Больной сбит машиной, доставлен в бессознательном состоянии. Диагностирована внутричерепная гематома, перелом костей голени, двусторонний перелом ребер. Справа - 3, с наличием пневмоторакса, слева - 4 с признаками гемоторакса. Шок IV степени. Гемодинамика нестабильная. Анизакория. Начаты реанимационные мероприятия, адекватная инфузионная терапия. Произведено дренирование правой плевральной полости, легкое в ближайшие 2 часа расправилось. При пункции левой плевральной полости удалено 250 мл жидкой крови. Лечебная тактика включает
- а) левостороннюю торакотомию
 - б) срочную декомпрессионную трепанацию черепа
 - в) срочную трепанацию черепа с последующей ИВЛ и другими реанимационными мероприятиями
 - г) только ИВЛ с выведением больного из шока
 - д) остеосинтез ребер и костей голени
49. Больной упал с высоты 5 м, в результате чего произошел перелом VIII-X ребер слева по паравертебральной и лопаточной линии и отрыв хрящей VII и VIII ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки.

Диагностирован левосторонний пневмоторакс с коллапсом легкого на 1/3 его объема.

Отмечается парадоксальное движение левой половины грудной клетки спереди.

Последовательность и характер лечебных мероприятий включают

- а) экстраплевральный остеосинтез IV-X ребер
- б) дренирование левой плевральной полости
- в) широкую торакотомию, остеосинтез ребер и подшивание хрящей VII и VIII ребер к груди
- г) только подшивание хрящей VII-VIII ребер к груди
- д) искусственную вентиляцию легких

50. Больной попал в автомобильную катастрофу.

Состояние при поступлении тяжелое: выраженная одышка, кровохарканье; диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки, переходящая на шею и лицо, гнусавость голоса. Рентгенологически выявлен перелом V, VI, VII ребер по среднеклеточной и средней аксиллярной линии, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань.

Ваши действия включают

- а) только дренирование плевральной полости
- б) гемостатическую консервативную терапию
- в) торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого
- г) искусственную вентиляцию легких
- д) экстраплевральный остеосинтез

51. Основным методом лечения гемоторакса является

- а) плевральная пункция
- б) дренирование плевральной полости
- в) широкая торакотомия
- г) торакотомия и ликвидация гемоторакса
- д) подход должен быть строго индивидуальным

52. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки.

Доставлен в тяжелом состоянии: эйфория, кожные покровы бледные.

Тоны сердца глухие, тахикардия, АД - 80/20 мм рт. ст.

Пульс на лучевых артериях нитевидный. Рана грудной стенки 2 см, располагается слева по парастеральной линии на уровне III-го межреберья.

Дыхание над левым легким резко ослаблено, в задне-нижних отделах имеет место укорочение перкуторного звука.

Необходимо предположить

- а) ранение легкого
- б) торако-абдоминальное ранение
- в) ранение сердца
- г) ранение крупных сосудов средостения
- д) имеет место плевро-пульмональный шок

53. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки.

Состояние тяжелое. Сознание спутанное, кожные покровы бледные, цианоз губ.

АД - 80/20 мм рт.ст. Пульс на периферических сосудах не определяется.

Рана грудной клетки длиной 2 см, по левой парастеральной линии на уровне III-го межреберья. Тоны сердца глухие.

Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца.

Ваши действия будут заключаться в следующем

- а) начнете комплекс реанимационных мероприятий
- б) сделайте плевральную пункцию
- в) выполните пункцию перикарда
- г) начнете переливание крови
- д) произведете немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда

54. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии.

Картина шока IV степени. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Выраженная одышка, тахикардия. Резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева коробочный оттенок звука.

Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы.

У данного больного можно определить

- а) внутрибрюшное кровотечение
- б) разрыв легкого
- в) тупую травму сердца
- г) разрыв левого купола диафрагмы
- с пролабированием органов брюшной полости в грудную
- д) для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования

55. Больная попала в автомобильную катастрофу.

Доставлена в тяжелом состоянии: кровохаркание, одышка, парадоксальное движение правой половины грудной клетки.

Рентгенологически выявлен окончательный перелом 7 ребер справа по средне-ключичной и средней подмышечной линии

с отхождением отломков IV ребра, которое сломано по 3-м линиям.

Гемопневмоторакс, АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. При плевральной пункции эвакуирована кровь, свертывающаяся в шприце; свободно в шприц поступает воздух.

Помощь больной будет заключаться

- а) в дренировании плевральной полости
- б) в предварительном дренировании плевральной полости перед торакотомией
- в) в немедленной торакотомии, ушивании ткани легкого, остеосинтезе
- г) в повторных плевральных пункциях в сочетании с консервативной терапией
- д) в искусственной вентиляции легких

56. Больная 4 часа назад получила множественные ножевые ранения грудной клетки.

Из раны левой половины грудной клетки было значительное кровотечение.

Снижалось АД до 90/70 мм рт. ст. Состояние средней тяжести.

Кожные покровы нормальной окраски. Пульс 92 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст.

Гемопневмоторакса нет.

Больной необходимо произвести

- а) плевральную пункцию справа
- б) плевральную пункцию слева
- в) левостороннюю торакотомию
- г) первичную хирургическую обработку ран грудной клетки
- д) дренирование левой плевральной полости

57. Больной получил сквозное пулевое ранение (из пистолета)

левой половины грудной клетки. Входное отверстие на уровне VIII-го межреберья по паравертебральной линии, выходное - у края левой реберной дуги по среднеключичной линии. Состояние тяжелое.

Диагностировано торакоабдоминальное ранение.

При плевральной пункции удалено 160 мл жидкой крови.

Произведена срочная лапаротомия.

В брюшной полости обнаружено 1.5 л жидкой крови.

При ревизии - сквозное ранение кардиального отдела желудка и левой доли печени.

Произведено ушивание ран желудка и печени.

При повторном рентгенологическом исследовании пневмоторакс и гемоторакс не определяются.

В дальнейшем необходимо выполнить

- а) дренирование плевральной полости
 - б) немедленную левостороннюю торакотомию
 - в) торакоскопию
 - г) наблюдение за плевральной полостью с рентгеновским контролем
 - д) повторные плевральные пункции
- в зависимости от клинических и рентгенологических данных

58. Больной получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки.

Доставлен машиной скорой помощи в состоянии средней тяжести.

Кожные покровы бледны. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный.

Дыхание над правым легким резко ослаблено.

При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки.

При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце.

Лечебная тактика сводится

- а) к дренированию плевральной полости
- б) к немедленной торакотомии
- в) к плевральным лечебным пункциям
- г) к только интенсивной терапии
- д) к интенсивной терапии в сочетании с дренированием плевральной полости

59. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии.

Картина шока IV степени. Выявлен перелом костей таза.

Обращает на себя внимание выраженная одышка, тахикардия.

Резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева тимпанит.

Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы.

Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы, что подтверждено рентгенологическим исследованием.

Лечебные мероприятия включают

- а) немедленную торакотомию
- б) лапароскопию
- в) выведение больного из шока
- в) применение различных видов новокаиновых блокад
- д) наблюдение и симптоматическое лечение, включая наркотики

60. Больной несколько дней назад

получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки.

В поликлинике по месту жительства произведена

только первичная хирургическая обработка раны, и больной отпущен домой.

Поступил в больницу в связи с ухудшением общего состояния, повышением температуры до 39°C, появлением одышки.

Состояние средней тяжести. Пульс - 112 ударов в минуту. АД - 115/80 мм рт. ст.

Выявлен правосторонний гемопневмоторакс со смещением средостения влево и уровнем жидкости соответственно переднему краю IV ребра.

Оказание помощи следует начинать

- а) с немедленной торакотомии
- б) с дренирования плевральной полости по пневмотораксу с активной аспирацией
- в) с повторных плевральных пункций для аспирации воздуха и крови
- г) с дренирования плевральной полости в синусе для ликвидации гемоторакса
- д) с проведения только медикаментозного лечения и динамического наблюдения

61. Больной 2 часа назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Поступил в тяжелом состоянии. Бледен, АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце. Для оказания помощи необходимо выполнить
- а) дренирование плевральной полости
 - б) немедленную торакотомию
 - в) повторные плевральные пункции
 - г) проводить только интенсивную терапию
 - д) интенсивную терапию в сочетании с дренированием плевральной полости
62. У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и задней аксиллярной линии (справа 4 ребра, слева - 3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять
- а) дренирование плевральной полости справа
 - б) дренирование обеих плевральных полостей
 - в) введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
 - г) насечки на коже грудной клетки и шеи
 - д) динамическое наблюдение
63. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа - 4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание необходимо начать
- а) с дренирования обеих плевральных полостей
 - б) с введения игл в подкожную клетчатку
 - в) с интубации и искусственной вентиляции легких
 - г) с наложения трахеостомии и искусственной вентиляции
 - д) с двусторонней торакотомии
64. При большом свернувшемся гемотораксе 5-дневной давности необходимо выполнить
- а) широкую торакотомию, удаление гемоторакса
 - б) дренирование плевральной полости
 - в) введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса

- г) повторные плевральные пункции
 - д) введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса
65. Больной упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении: цианоз лица, одышка (30 в минуту), выраженная эмфизема на лице, шее, грудной клетке. Диагностирован перелом 3 ребер, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Произведено дренирование плевральной полости во 2-м межреберье по средне-ключичной линии. В процессе наблюдения состояние несколько улучшилось, уменьшилась гнусавость голоса и подкожная эмфизема. При контрольной рентгенографии правое легкое полностью не расправилось, остается широкий горизонтальный уровень жидкости над диафрагмой. Необходимо предпринять
- а) правостороннюю торакотомию
 - б) дополнительное дренирование плевральной полости в нижних отделах
 - в) плевральную пункцию для эвакуации крови и воздуха
 - г) оставить два дренажа на пассивной системе, если по ним активно поступает воздух
 - д) активную аспирацию по 2-м дренажам
66. Для диагностики рака легкого наиболее достоверным является
- а) бронхоскопия
 - б) анализ мокроты
 - в) трансторакальная игловая биопсия
 - г) трансбронхиальная и транстрахеальная игловая биопсия
 - д) сочетание перечисленных методов
67. Больной 72 лет упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении состояние тяжелое: цианоз лица, одышка (30 в минуту), выраженная эмфизема на лице, шее, грудной клетке. Диагностирован перелом 3 ребер справа, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Начинать лечебные мероприятия необходимо
- а) с верхней срединной медиастинотомии
 - б) с дренирования плевральной полости во 2-м межреберье по средне-ключичной линии по пневмотораксу
 - г) с дренирования по гемотораксу в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии
 - д) с плевральной пункции
68. У больной 30 лет имеются жалобы на выраженную одышку, появившуюся 3 месяца назад, общую слабость. Температура нормальная, кашля нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. На рентгенограммах легких с обеих сторон множественные мелкоочаговые тени, создающие сетчатость легочного рисунка. Заключение: диссеминированный процесс в легких неясной этиологии. При бронхоскопии бронхиальное дерево не изменено. Наиболее достоверным методом диагностики будет
- а) бронхоскопия и пункционная биопсия бифуркационных лимфоузлов

- б) прескаленная биопсия
 - в) медиастиноскопия
 - г) "малая торакотомия" и биопсия легкого
 - д) широкая торакотомия и биопсия легкого
69. Больной 50 лет поступил с жалобами на кровохаркание, которое появилось 2 месяца назад.
6 и 3 месяцев назад перенес верхнедолевую пневмонию справа.
Рентгенологическое исследование не проводилось.
Много курит, злоупотребляет алкоголем.
При обследовании диагностирован центральный рак правого легкого с ателектазом переднего сегмента верхней доли.
Бронхоскопия обнаружила опухолевидное образование в С3.
Гистологически: плоскоклеточный рак с ороговением.
Объем хирургического вмешательства будет заключаться
- а) в пневмонэктомии
 - б) в верхней лобэктомии
 - в) в верхней билобэктомии
 - г) в верхней лобэктомии с циркулярной резекцией главного бронха
 - д) окончательное решение вопроса
об объеме хирургического вмешательства возможно при торакотомии
70. Больная 26 лет поступила с жалобами на одышку.
1.5 года назад в верхней доле левого легкого обнаружено опухолевидное образование 1×1.5 см, расцененное как ретенционная киста.
Рекомендовано динамическое наблюдение. 3 месяца назад роды.
Через 3 недели после родов появилась и стала нарастать одышка.
Диагностирован левосторонний экссудативный плеврит, отмечено увеличение затемнения в легком до 5×6 см.
При плевральной пункции эвакуировано 1.5 л экссудата цвета "мясных помоев", при цитологическом исследовании обнаружены клетки аденокарциномы.
Оптимальное лечение
- а) хирургическое
 - б) лучевое
 - в) химиотерапевтическое
 - г) химиотерапевтическое в сочетании с лучевым
 - д) хирургическое в сочетании с химиотерапией и лучевой терапией
71. У больного кашель со скудным количеством мокроты и небольшими прожилками крови в ней, повторные пневмонии в нижней доле правого легкого (трижды за последние 6 месяцев).
Общее состояние удовлетворительное, периферические лимфоузлы не увеличены.
Рентгенологически: ателектаз С9-10, увеличение прикорневых лимфоузлов.
При бронхоскопии в устье нижнедолевого бронха определяется опухолевидное образование серовато-розоватого цвета, почти полностью закрывающее просвет бронха. Биопсия - плоскоклеточный рак.
Объем предполагаемого хирургического вмешательства
- а) пневмонэктомия
 - б) нижняя лобэктомия
 - в) нижняя билобэктомия
 - г) сегментэктомия

- д) пневмонэктомия, нижняя билобэктомия или лобэктомия - вопрос решается при торакотомии
72. Больной жалуется на повышение температуры до 39°C, слабость, потливость, кожный зуд, плохой аппетит. Болен около 3 месяцев. При обследовании состояние удовлетворительное, увеличены периферические лимфоузлы, больше в правой надключичной области до 2×3 см, подвижные, не спаянные с кожей. При рентгенологическом исследовании расширение тени верхнего средостения. Наиболее вероятно, что у больного имеет место
- туберкулез
 - лимфогранулематоз
 - саркоидоз
 - СПИД
 - лимфаденит неспецифический
73. Больной поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, кашель с плевками бурой мокроты, появившейся 1 месяц назад. Много курит. Общее состояние удовлетворительное. На рентгенограмме грудной клетки соответственно нижней доли правого легкого опухолевидное образование 12×8×6 см, примыкающее к грудной стенке на большом протяжении. Намечается распад у верхнего полюса образования. При многократном исследовании мокроты микробактерии туберкулеза не обнаружены. Предположительный диагноз
- эхинококковая киста
 - абсцесс легкого
 - периферический рак с распадом
 - опухоль плевры
 - доброкачественная опухоль легкого
74. У больной с тяжелой формой сахарного диабета в легких определяются множественные шаровидные образования от 1 до 3 см в диаметре. Микобактерии туберкулеза не обнаружены. Серологические реакции исключили эхинококкоз. Методом исследования, который поможет верифицировать заболевание, будет
- бронхоскопия
 - торакоскопия
 - бронхография
 - томография грудной клетки
 - открытая биопсия легкого
75. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести
- бронхоскопию
 - трансторакальную игловую биопсию
 - катетеризационную биопсию при бронхоскопии
 - повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки
 - исследование промывных вод при бронхоскопии
76. При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром около 1 см

на периферии верхней доли правого легкого, при отсутствии жалоб необходимо

- а) динамическое наблюдение
- б) трансторакальная игловая биопсия
- в) катетеризационная биопсия при бронхоскопии
- г) торакотомия, широкая биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результатов, соответствующий объем резекции легкого
- д) верхняя лобэктомия без предварительной верификации

77. При обнаружении у пациента во время флюорографического исследования небольшого шаровидного затемнения в легком вы должны

- а) уточнить морфологический характер опухоли
- б) выяснить, когда производилось предпоследнее рентгенологическое исследование, и что оно показало
- в) ответить на вопрос: первичный или вторичный характер носит опухоль путем исключения первичной локализации опухоли
- г) применить все существующие методы лучевого исследования для уточнения характера опухоли
- д) выполнить все вышеперечисленное

Модуль № 8. Хирургические заболевания органов грудной клетки. Вопросы конечного уровня знаний

1. Выберите совокупность элементов грудной клетки, повреждение которых является обязательным условием развития открытого пневмоторакса.

- 1. Кожа, межреберные мышцы
- 2. Кожа, межреберные мышцы, ребра, париетальная плевро
- 3. Кожа, ребра
- 4. Кожа, ребра, межреберные мышцы

2. Выбрать вариант смещения средостения при открытом типе пневмоторакса.

- 1. В сторону поврежденной половины грудной клетки
- 2. В здоровую сторону
- 3. Баллотирует при дыхании
- 4. Не смещается

3. Выбрать вариант смещения средостения при клапанном типе пневмоторакса.

- 1. В сторону поврежденной половины грудной клетки
- 2. В здоровую сторону
- 3. Баллотирует при дыхании
- 4. Не смещается

4. Какой объем крови в плевральной полости соответствует среднему гемотораксу (в мл)?

- 1. До 250.
- 2. До 500.
- 3. До 1000.
- 4. До 2000.
- 5. Более 2000.

5. Какое направление приложения силы при травме грудной клетки с переломом ребра оказывает повреждающее действие на ткань легкого?
 1. Переднезаднее направление
 2. Боковое
6. Укажите признаки повреждения легкого при травме грудной клетки. Дайте наиболее полный ответ.
 1. Подкожная эмфизема
 2. Подкожная эмфизема, пневмоторакс, гемоторакс.
 3. Подкожная эмфизема, пневмоторакс, гемоторакс, кровохарканье.
7. Укажите место, которое занимают повреждения грудной клетки, требующие амбулаторного лечения, по сравнению с повреждениями головы и конечностей.
 1. Первое.
 2. Второе
 3. Третье
8. Какое место, по данным судебно-медицинской экспертизы, занимают повреждения груди как причина смерти по отношению к повреждениям головы и конечностей?
 1. Первое
 2. Второе
 3. Третье
9. Выберите тактику хирурга при сочетании коллапса и ателектаза легкого.
 1. Пункция плевральной полости
 2. Дренирование плевральной полости
 3. Санация бронхиального дерева с последующей пункцией или дренированием плевральной полости
 4. Санация бронхиального дерева
10. Укажите тактику при клапанном пневмотораксе, обусловленном ранением грудной клетки без повреждения легкого.
 1. Перевод клапанного пневмоторакса в закрытый.
 2. Перевод клапанного пневмоторакса в закрытый с последующей лечебной пункцией плевральной полости.
 3. Перевод клапанного пневмоторакса в открытый.
 4. Перевод клапанного пневмоторакса в открытый с дренированием грудной полости по способу Бюлау.
11. Каковы показания к срочной торакотомии?
 1. Остановка сердца, быстро нарастающий клапанный пневмоторакс, профузное внутриплевральное кровотечение
 2. Ранение сердца и крупных сосудов
 3. Продолжающееся внутриплевральное кровотечение с объемом кровопотери 300 мл/ч и более
 4. Некупирующийся клапанный пневмоторакс
 5. Открытый пневмоторакс с массивным повреждением легкого
 6. Ранения пищевода
 7. Подозрение на ранение сердца и аорты
 8. Свернувшийся гемоторакс
 9. Упорно возобновляющийся пневмоторакс с ателектазом легкого
 10. Крупные (более 1 см) инородные тела в легких

11. Рецидивирующая тампонада сердца
12. Угроза профузного легочного кровотечения

12. Каковы показания к ранней торакотомии?

1. Остановка сердца, быстро нарастающий клапанный пневмоторакс, профузное внутриплевральное кровотечение
2. Ранение сердца и крупных сосудов
3. Продолжающееся внутриплевральное кровотечение с объемом кровопотери 300 мл/ч и более
4. Некупирующийся клапанный пневмоторакс
5. Открытый пневмоторакс с массивным повреждением легкого
6. Ранения пищевода
7. Подозрение на ранение сердца и аорты
8. Свернувшийся гемоторакс
9. Упорно возобновляющийся пневмоторакс с ателектазом легкого
10. Крупные (более 1 см) инородные тела в легких
11. Рецидивирующая тампонада сердца
12. Угроза профузного легочного кровотечения

13. Каковы показания к поздней торакотомии?

1. Остановка сердца, быстро нарастающий клапанный пневмоторакс, профузное внутриплевральное кровотечение
2. Ранение сердца и крупных сосудов
3. Продолжающееся внутриплевральное кровотечение с объемом кровопотери 300 мл/ч и более
4. Некупирующийся клапанный пневмоторакс
5. Открытый пневмоторакс с массивным повреждением легкого
6. Ранения пищевода
7. Подозрение на ранение сердца и аорты
8. Свернувшийся гемоторакс
9. Упорно возобновляющийся пневмоторакс с ателектазом легкого
10. Крупные (более 1 см) инородные тела в легких
11. Рецидивирующая тампонада сердца
12. Угроза профузного легочного кровотечения

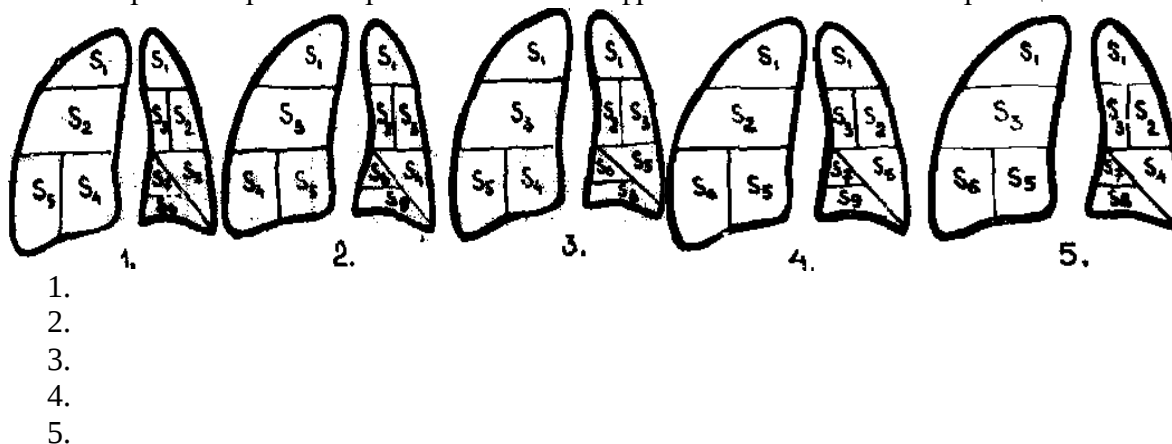
14. Выбрать симптомы острой тампонады сердца.

1. Повышение АД
2. Резкое снижение АД
3. Понижение ЦВД
4. Быстрое и значительное повышение ЦВД
5. Резкое ослабление сердечных тонов
6. Симптомы острого малокровия
7. Набухание шейных вен

15. Какие состояния могут иметь место при закрытой травме сердца?

1. Сотрясение сердца
2. Ушиб
3. Разрыв миокарда
4. Повреждение внутренних структур сердца, клапанов, папиллярных мышц, перегородок
5. Разрыв перикарда

16. На каком из представленных рисунков дано правильное схематическое изображение сегментарного строения правого легкого во фронтальной и боковой проекции?



17. Какое определение относится к понятию «абсцесс легкого»?

1. Омертвление легочной ткани с наклонностью к прогрессирующему распространению
2. Ограниченное гнойно-некротическое поражение легочной ткани с наличием одной или нескольких полостей

18. Выберите симптомы, типичные для острого гангренозного абсцесса легкого.

1. Сухой кашель
2. Боль в груди
3. Общая слабость
4. Лихорадка.
5. Кашель с выделением небольшого количества дурно пахнущей мокроты
6. После прорыва абсцесса выделяется до 1 литра гноя без запаха
7. После прорыва абсцесса выделяется до 1 литра кашицеобразной зловонной бурой мокроты.
8. Симптомы интоксикации после прорыва абсцесса уменьшаются
9. Симптомы интоксикации после прорыва абсцесса не уменьшаются
10. Кровохарканье

19. Выберите методы исследования, которые используются для диагностики хронических нагноительных заболеваний легких и плевры.

1. Рентгеноскопия
2. Рентгенография
3. Бронхоскопия
4. Бронхография
5. УЗИ
6. Плеврография
7. Ангиопульмонография
8. Торакоскопия

20. При закрытой травме грудной клетки развивается пневмоторакс. Что следует понимать под средним пневмотораксом?

1. Спадение легкого на $\frac{1}{4}$
2. Спадение легкого на $\frac{1}{3}$
3. Спадение легкого на $\frac{1}{2}$
4. Спадение легкого на $\frac{3}{4}$

21. Если после операции по поводу ранения легкого добиться полной герметичности легочной ткани не удастся, то какую из нижеперечисленных схем ведения больных целесообразно использовать в послеоперационном периоде?

1. Сразу же после операции проводить активную аспирацию с разряжением 50—100 см вод. ст
2. Сразу же после операции проводить активную аспирацию с разряжением 20—50 см вод. ст
3. От аспирации лучше воздержаться, а проводить подводное клапанное дренирование
4. Первые 12—24 часа от аспирации лучше воздержаться и ограничиться подводным клапанным дренированием, а затем, при уменьшении сброса, проводить аспирацию с разряжением 15—20 см вод. ст
5. Сразу же после операции проводить активную аспирацию с разряжением 15—20 см вод. ст.

22. Какие схемы возможны при лечении острого гнойного и гангренозного абсцесса легкого?

1. Хирургическое воздействие для удаления острого абсцесса в пределах здоровых тканей
2. Консервативную антибактериальную терапию
3. Консервативную антибактериальную терапию с дренированием абсцесса через бронх или грудную клетку
4. Консервативную антибактериальную терапию с дренированием полости абсцесса через грудную клетку
5. Консервативную антибактериальную терапию с дренированием абсцесса через бронх
6. Консервативную антибактериальную терапию с дренированием абсцесса через бронх и выполнением операции при развитии осложнений (кровотечение, прогрессирование гнойного процесса и интоксикации).

23. Выберите правила лечебной плевральной пункции.

1. Пункция проводится по нижнему краю вышележащего ребра
2. Пункция проводится по верхнему краю нижележащего ребра
3. Пункция проводится не ниже 6—7 ребра по задней подмышечной линии
4. Пункция проводится на уровне 10 ребра по задней подмышечной линии
5. Игла для пункции соединяется со шприцем через резиновую трубку
6. Игла непосредственно соединяется со шприцем

24. Выберите методы исследования, обязательные для определения показаний к оперативному лечению бронхоэктазов.

1. Бронхоскопия
2. Бронхография односторонняя
3. Бронхография двусторонняя
4. Томография
5. Рентгенография

25. Укажите процент восстановления трудоспособности после оперативного лечения бронхоэктазов при неосложненном течении операции и послеоперационного периода.

1. 35—50
2. 50—65.
3. 65—75
4. 80—85
5. 90—95

26. При каком сроке течения острой эмпиемы плевры можно говорить о переходе ее в хроническую (в месяцах) ?
1. До 1
 2. 1—2
 3. 2—3
 4. 3—4
27. При лечении острого пиопневмоторакса проводится дренирование плевральной полости и проточное промывание. При какой ситуации оно противопоказано?
1. При значительном коллапсе легкого
 2. При ограниченной эмпиеме в верхних отделах плевральной полости
 3. При наличии бронхиального свища
 4. При ограниченной эмпиеме в нижних отделах плевральной полости
28. Какое место занимает эхинококкоз легких по отношению к поражению других органов?
1. Первое
 2. Второе
 3. Третье
 4. Четвертое
29. В чем особенность эхинококковых кист, растущих в легких?
1. Содержат множество дочерних кист
 2. Относительно редко содержат дочерние пузыри
30. При выполнении операции по поводу эхинококкоза легкого что следует понимать под идеальной эхинококкэктомией?
1. После торакотомии кисту пунктируют, содержимое отсасывают, широко рассекают фиброзную капсулу, удаляют кутикулярную оболочку с ее содержимым, ушивают бронхиальные свищи и полость капсулы
 2. После торакотомии над кистой электроножом рассекают легочную ткань, затем фиброзную капсулу, не повреждая кутикулярную оболочку; не вскрытую эхинококковую кисту через разрез в фиброзной капсуле осторожно извлекают; полость фиброзной капсулы осторожно ушивают
31. Клиническая картина и симптоматика центральной доброкачественной опухоли легкого определяются в первую очередь нарушением бронхиальной проходимости. Какому клиническому периоду течения заболевания соответствует возникающая экспираторная эмфизема легких, которая выявляется рентгенологически повышением прозрачности легочного поля?
1. Первому
 2. Второму
 3. Третьему
32. Какой объем операции допустим при периферических доброкачественных опухолях легких? Дайте наиболее полный ответ.
1. Только энуклеация
 2. Только резекция краевая или сегментарная
 3. Лобэктомия
 4. Все вышеописанные операции
33. Каково соотношение частоты возникновения рака легких у женщин и мужчин?

1. 1:9
 2. 1:1
 3. 1:5
34. Наиболее часто метастазирование рака легкого происходит лимфогенным путем. Какая группа лимфоузлов является первым коллектором?
1. Пульмональные и бронхопульмональные
 2. Трахеобронхиальные
 3. Бифуркационные
 4. Паратрахеальные
 5. Медиастинальные
35. Выберите наиболее информативные методы диагностики периферического рака легкого.
1. Рентгеноскопия
 2. Рентгенография
 3. Бронхография
 4. Бронхоскопия
 5. Пункционная биопсия под контролем рентгеноскопии
 6. Пункционная биопсия под контролем компьютерной томографии
 7. Пункционная биопсия под контролем УЗИ
36. При локализации периферической опухоли в области верхушки легкого опухоль прорастает купол плевры, задние отделы ребер, стволы плечевого сплетения, симпатический ствол, что входит в понятие синдрома Пенкоуста?
1. Ателектаз верхней доли легкого, сильная боль в плече.
 2. Ателектаз верхней доли легкого, сильная боль в плече, синдром Горнера.
 3. Сильная боль в плече, атрофия мышц руки, симптом Горнера
 4. Сильная боль в плече, симптом Горнера
37. Какие симптомы характерны для центрального рака легких?
1. Наличие округлой тени в легком
 2. Ателектаз сегмента, доли, легкого
 3. Кровохарканье
 4. Синдром Пенкоуста
 5. Синдром верхней полой вены
 6. Ампутация культи бронха при бронхографии
 7. Картина пневмонита
38. Каков средний процент операбельности при раке легкого?
1. 20
 2. 50
 3. 60
 4. 70
 5. 80
 6. 90
39. Каков средний процент 5-летней выживаемости после операций по поводу рака легкого?
1. 60
 2. 70
 3. 80

- 4. 50
- 5. 25—40
- 6. 20
- 7. 0

40. Двум пациентам (у одного периферический рак легкого, у другого — центральный) показана пульмонэктомия. Кто из больных легче перенесет операцию?

- 1. Больной с центральным раком
- 2. Больной с периферическим раком легкого
- 3. Тяжесть операции одинакова

41. После операции пульмонэктомии Вы задренировали плевральную полость. Каким образом необходимо вести больного в первые 2 суток после операции?

- 1. Дренаж должен быть подключен к подводному клапанному дренажу и держаться открытым
- 2. Дренаж должен быть пережат постоянно
- 3. Дренаж должен быть пережат, но каждые 3—4 часа его необходимо открывать и содержимое плевральной полости должно подвергаться исследованию

42. У больного после пульмонэктомии в первые двое суток развилась клиника несостоятельности культи бронха. Каковы должны быть действия врача в первые минуты после развития осложнения?

- 1. Произвести плевральную пункцию
- 2. Произвести дренирование плевральной полости
- 3. Выполнить срочную торакотомию
- 4. Придать больному строго боковое положение на стороне операции

**Модуль № 9. Хирургия пищевода и средостения.
Вопросы исходного уровня знаний**

1. Операция эзофагокардиомиотомии показана
 - а) при карциноме пищевода
 - б) при ахалазии пищевода и кардиоспазме
 - в) при диафрагмальной грыже
 - г) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
 - д) при всем перечисленном
2. Перфорация пищевода может быть вызвана
 - а) эзофагоскопией
 - б) проглоченным инородным телом
 - в) сильной рвотой
 - г) эрозией опухоли
 - д) всем перечисленным
3. Фиброэзофагоскопия может сопровождаться
 - а) травмой слизистой
 - б) травмой глотки
 - в) травмой пищевода
 - г) перфорацией пищевода
 - д) всем перечисленным
4. Клиническая оценка результатов цитологического и гистологического методов исследования
 - а) не имеет значения для выбора метода операции
 - б) имеет значение для выбора метода операции
 - в) имеет значение для оперативного доступа
 - г) не имеет значения для оперативного доступа
5. При рентгенологическом обследовании перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме
 - а) газа в плевральных полостях
 - б) расширения тени средостения
 - в) газа в средостении и мягких тканях шеи
 - г) выхода контрастного вещества за пределы пищевода
6. Оптимальным методом оказания первой помощи при химическом ожоге пищевода считается
 - а) промывание пищевода и желудка с помощью зонда
 - б) промывание пищевода и желудка "ресторанным" способом
 - в) внутривенное введение жидкостей и лекарственных средств
 - г) очистительные клизмы
7. Для дифференциации диагностики рака кардии и кардиоспазма необходимы все следующие данные, кроме
 - а) давности заболевания
 - б) характера дисфагии
 - в) особенностей рентгенологической семиотики
 - г) эндоскопической картины
 - д) характера стула

8. Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить
 - а) эзофагоскопию
 - б) фиброэзофагоскопию и рентгенологическое обследование
 - в) пневмомедианотомиографию
 - г) томографию средостения
 - д) правильно а) и г)
9. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется
 - а) эзофагитом
 - б) надрывами слизистой дна желудка
 - в) зиянием кардиального жома
 - г) эндоскопическая картина решающего значения не имеет
 - д) правильно а) и в)
10. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть
 - а) эндоскопия
 - б) инородное тело
 - в) трахеостомия
 - г) интубация трахеи при наркозе
 - д) спонтанный разрыв
11. Наиболее радикальным методом лечения рака кардии является
 - а) лучевая терапия
 - б) химиотерапия
 - в) хирургическое лечение
 - г) электрокоагуляции опухоли
 - д) комбинированное лечение
12. Дисфагия может иметь место
 - а) при ахалазии пищевода
 - б) при раке пищевода
 - в) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
 - г) при склеродермии
 - д) при всех перечисленных заболеваниях
13. Из нижеперечисленных заболеваний пищевода всегда требует оперативного лечения
 - а) рефлюкс-эзофагит
 - б) ахалазия пищевода
 - в) кардиоспазм
 - г) тракционные дивертикулы пищевода
 - д) пульсионные дивертикулы
14. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является
 - а) недостаточность кардиального сфинктера
 - б) алкоголизм
 - в) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
 - г) язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки
 - д) употребление горячей пищи
15. При лечении рефлюкс-эзофагита

основные рекомендации включают все перечисленное, кроме

- а) дробного питания
- б) возвышенного положения туловища во время сна
- в) нормализации массы тела при ожирении
- г) диеты с низким содержанием клетчатки
- д) ношения свободного (не тесного) белья

16. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы могут иметь место

- а) дисфагия
- б) нарушение ритма сердца
- в) псевдостенокардия
- г) ничего из перечисленного
- д) все перечисленное

17. Наиболее выраженная дилатация пищевода развивается

- а) при рубцовом сужении пищевода
- б) при ахалазии пищевода
- в) при диабетической энтеропатии
- г) при склеродермии
- д) при некоторых локализациях рака пищевода

18. Для немедленного гемостаза

при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует

- а) применять массивные гемостатические средства
- б) применять гипотензивные средства
- в) вводить малые гемостатические дозы крови
- г) ввести зонд Блек - Мора
- д) хирургически прошить кровоточащие сосуды

19. Наиболее обширные повреждения пищевода

развиваются при приеме следующих химических агентов

- а) неорганических кислот
- б) щелочей
- в) органических кислот
- г) лаков
- д) суррогатов алкоголя

20. Наиболее часто ожоги пищевода вызываются

- а) кислотами
- б) щелочами
- в) суррогатами спирта
- г) фосфорорганическими веществами
- д) горячей водой

21. Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место

- а) на всем протяжении пищевода
- б) в области глотки
- в) в области кардии
- г) в местах физиологических сужений
- д) в абдоминальном отрезке пищевода

22. Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является
- а) возраст старше 60 лет
 - б) мужской пол
 - в) женский пол
 - г) алкоголизм
 - д) ранее перенесенный химический ожог пищевода
23. Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является
- а) цитологическое исследование промывных вод из пищевода
 - б) рентгенологическое исследование
 - в) монометрическое исследование пищевода
 - г) эндоскопическое исследование пищевода
24. Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки
- а) острая боль в грудной клетке, нередко с иррадиацией по межреберью
 - б) наличие крепитации на шее, гнусавость голоса
 - в) общее тяжелое состояние больного
 - г) высокая температура
 - д) все перечисленное
25. Основной опасностью беззондового промывания желудка при химических ожогах пищевода и желудка является
- а) разрыв пищевода
 - б) малая эффективность лечебного мероприятия
 - в) дополнительный ожог пищевода
 - г) все перечисленное
26. По истечении 5-6 часов после химической травмы пищевода
- а) желудок промывать нельзя
 - б) желудок можно не промывать
 - в) вопрос о промывании желудка решается индивидуально
 - г) желудок необходимо промыть
27. Сильные боли в верхнем отделе живота при химическом ожоге пищевода могут быть обусловлены
- а) поражением печени и поджелудочной железы
 - б) рефлексными причинами
 - в) проявлением химического ожога пищевода
 - г) спазмом желудка
 - д) всем перечисленным
28. При химическом ожоге пищевода у пострадавшего или сопровождающих его лиц необходимо выяснить
- а) причину приема химического вещества
 - б) характер химического вещества
 - в) время, прошедшее со времени ожога
 - г) количество принятого химического вещества
 - д) все перечисленное
29. Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами

на затрудненное прохождение пищи по пищеводу в течение последних 3 месяцев. Известно, что 2 года тому назад больной случайно выпил глоток уксусной кислоты. Причиной клинической картины может быть обусловлено всем, кроме

- а) кардиоспазм
- б) рубцовое сужение пищевода
- в) ахалазия пищевода
- г) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- д) все перечисленное

30. Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на затрудненное прохождение пищи по пищеводу в течение последних 3 месяцев. Известно, что 2 года тому назад больной случайно выпил глоток уксусной кислоты. Для уточнения диагноза должны быть назначены наиболее информативные исследования

- а) рентгенологическое обследование грудной клетки
- б) контрастная рентгенография пищевода
- в) фиброэзофагоскопия
- г) исследование пищевода в условиях двойного контрастирования
- д) правильно б) и в)

31. Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на затрудненное прохождение пищи по пищеводу в течение последних 3 месяцев. Известно, что 2 года тому назад больной случайно выпил глоток уксусной кислоты. Дальнейшее лечение больного может быть продолжено

- а) в ЛОР-отделении
- б) в хирургическом отделении
- в) в нефрологическом отделении
- г) в терапевтическом отделении
- д) в гастроэнтерологическом отделении

Модуль № 9. Хирургия пищевода и средостения.

Вопросы конечного уровня знаний

1. На уровне каких сегментов в пищеводе имеются физиологические сужения?
 1. Шейного
 2. Надаортального
 3. Аортального
 4. Бифуркационного
 5. Эпифренального.
 6. Внутридиафрагмального.
 7. Абдоминального
2. Укажите, какие артериальные сосуды участвуют в кровоснабжении пищевода?
 1. Нижняя щитовидная
 2. Глоточные
 3. Подключичные (артерии Люшка)
 4. Межреберные
 5. Левая желудочная
 6. Селезеночная
 7. Надпочечниковая
 8. Собственно пищеводные

3. В каком отделе средостения находится грудной отдел пищевода?
 1. Переднем
 2. Среднем
 3. Заднем

4. Укажите, по каким венам происходит отток крови из пищевода.
 1. Нижним щитовидным
 2. Бронхиальным
 3. Межреберным
 4. Безымянным
 5. Верхней поллой
 6. Непарной
 7. Полунепарной
 - 8.левой желудочной
 9. Селезеночной
 10. Воротной

5. Какова правильная последовательность проведения диагностических мероприятий при подозрении на инородное тело в пищеводе?
 1. Осмотр зева и глотки с помощью гортанного зеркала, рентгеноскопия; рентгенография шеи и грудной клетки; эзофагоскопия; контрастная рентгеноскопия и рентгенография пищевода.
 2. Эзофагоскопия; контрастная рентгеноскопия и рентгенография пищевода.
 3. Осмотр зева и глотки с помощью гортанного зеркала; контрастная рентгеноскопия и рентгенография пищевода, эзофагоскопия.
 4. Рентгенография шеи и грудной клетки; эзофагоскопия; контрастная рентгеноскопия и рентгенография пищевода.

6. От чего зависит клиническая картина перфорации пищевода? Укажите 4 причины из 5, которые определяют ее.
 1. Уровень повреждения
 2. Повреждена или не повреждена медиастинальная плевро.
 3. Протяженность участка повреждения
 4. Повреждена или не повреждена диафрагма и брюшина.
 5. Локализация места повреждения по окружности пищевода.

7. При каких вариантах перфорации пищевода в результате развития медиастинита может отсутствовать подкожная эмфизема?
 1. При перфорации пищевода на любом уровне без повреждения медиастинальной плевры, диафрагмы и брюшины.
 2. При перфорации пищевода на любом уровне с повреждением медиастинальной плевры.
 3. При перфорации пищевода с повреждением диафрагмы, абдоминального его сегмента и брюшины.
 4. При перфорации задней стенки пищевода с повреждением *spacium retroviscerale*.

8. Укажите предельные сроки возможного ушивания стенки пищевода при его перфорации (в часах).
 1. До 6
 2. 6—12
 3. 12—18
 4. 18—24

5. 24—30
6. 30—36
7. 36—42
8. Более 42

9. Какие из перечисленных препаратов для контрастного исследования опасно использовать для диагностики перфорации пищевода?

1. Сернокислый барий
2. Кардиотраст
3. Верографин
4. Билитраст, билигност
5. Йодолипол

10. Известны два варианта медиастинотомии при перфорации пищевода: шейная медиастинотомия по В. И. Разумовскому и чрезбрюшинная медиастинотомия по Б. С. Розанову. Каковы возможности первого способа в зависимости от локализации места перфорации в пищеводе? Выберите наиболее полный ответ.

1. Перфорация шейного и грудного отдела пищевода.
2. Перфорация пищевода на всем протяжении заднего средостения.
3. Перфорация шейного и грудного отдела пищевода до уровня бифуркации трахеи.
4. Перфорация шейного и грудного отдела пищевода до аортального сегмента.

11. Какому способу лечения следует отдать предпочтение при перфорации пищевода в сроки более 6 часов при отсутствии повреждения медиастинальной плевры?

1. Дренирование средостения, используя любой из способов медиастинотомии.
2. Ушивание места перфорации во время торакотомии.
3. Дренирование средостения, используя один из способов медиастинотомии, с последующим проточным промыванием средостения.

12. Когда показано дренирование средостения чрезплевральным способом?

1. При перфорации грудного отдела пищевода без повреждения медиастинальной плевры.
2. При перфорации грудного отдела пищевода с повреждением плевры, развитием эмпиемы.
3. При перфорации грудного отдела пищевода с повреждением диафрагмы.
4. При перфорации пищевода в грудном отделе по типу ложного хода в средостение.

13. Какому методу гастростомии, накладываемой с целью питания больного, следует отдать предпочтение при перфорации пищевода?

1. Методу Кадера
2. Методу Топровера
3. Методу Витцеля
4. Трубчатой гастростомии из большой кривизны желудка.

14. Отравление какой коррозионной жидкостью приводит к колликативному некрозу стенки пищевода, желудка и т. д.?

1. Кислотой
2. Щелочью

15. Какие коррозионные жидкости (при равных условиях приема) приводят только к поверхностным повреждениям слизистой пищевода, желудка и т. д.?

1. Кислоты

2. Щелочи
3. Маслянистые жидкости (бензин, керосин).

16. Какие из перечисленных коррозивных жидкостей обладают ярко выраженным не только местным, но и резорбтивным действием?

1. Кислоты
2. Щелочи
3. Маслянистые жидкости (бензин, керосин)

17. В какой период химического ожога пищевода, желудка возможно развитие таких осложнений, как кровотечение, перфорация?

1. Острый (до 2-х недель)
2. Период мнимого благополучия (2—3 неделя)
3. Период формирования рубцового сужения и эпителизации (3—4 неделя).
4. Период сформировавшейся стриктуры (от 2-х месяцев и более).

18. Вы оказываете первую помощь больному с отравлением коррозионной жидкостью; в каком из ответов содержится правильная последовательность ваших действий.

1. Больному сразу же даете выпить большой объем жидкости, после чего вызываете рвоту.
2. Больному вначале промываете ротовую полость, затем вводите желудочный зонд, через который промывается желудок.
3. Больному промываете ротовую полость, затем даете большой объем жидкости и вызываете рвоту.

19. Характерна ли рвота для больных с рубцовыми стенозами пищевода?

1. Да
2. Нет

20. Основным методом лечения больных с рубцовыми стенозами пищевода является бужированием. Назовите абсолютные противопоказания к этому методу?

1. Рубцовая стриктура большой протяженности
2. Рубцовая стриктура с супрастенотическим расширением конической формы.
3. Рубцовая стриктура с супрастенотическим расширением мешкообразной формы.
4. Рубцовая стриктура, осложненная ложным ходом в средостение или дивертикулом пищевода.
5. Рубцовая стриктура, осложненная пищеводно-бронхиальным или пищеводно-трахеальным свищом.

21. Какие методы бужирования пищевода считаются самыми безопасными?

1. «Вслепую».
2. Под контролем эзофагоскопа
3. Бужирование по нити-направителю.
4. Бужирование по металлической струне-направителю.
5. Ретроградное бужирование по металлической струне-направителю

22. Какие сроки с момента химического ожога считаются безопасным для бужирования (в днях)?

1. 7
2. 14
3. 21
4. 28 и более

23. У больного через 3 недели после отравления коррозионной жидкостью при удовлетворительной проходимости пищевода появилась рвота. О чем следует подумать?

1. О формировании рубцовой стриктуры в пищеводе.
2. Обострении эзофагита
3. О стенозе выходного отдела желудка

24. У больного на основании клиники и рентгенологического исследования поставлен диагноз: сочетанный рубцовый стеноз пищевода и желудка. Каков Ваш план лечения больного?

1. Наложение гастростомы
2. Наложение гастроэнтероанастомоза
3. Наложение гастроэнтероанастомоза и выведение гастростомы.

25. Перечислите, при каком способе создания искусственного пищевода чаще возникают объективные трудности для его выполнения в связи с особенностями кровообращения.

1. При пластике из толстой кишки
2. При пластике из тонкой кишки
3. При пластике из желудка

26. Какой срок с момента химического ожога пищевода наиболее опасен для возникновения рака пищевода (годы)?

1. 5
2. 6—10
3. 11—15
4. 16—20
5. 21—25
6. Более 26

27. Где наиболее часто возникает рак у больных с рубцовыми стенозами пищевода?

1. Выше стриктуры
2. На уровне стриктуры
3. Ниже стриктуры

28. Характерно ли развитие рака пищевода после химического ожога на месте рубцовой стриктуры?

1. Да
2. Нет

29. Назовите наиболее приемлемые варианты гастростомы у больных с рубцовым сужением пищевода.

1. Гастростома по Кадеру
2. Гастростома по Топроверу
3. Гастростома по Витцелю

30. Выберите абсолютные показания к пластике искусственного пищевода.

1. Полная непроходимость пищевода
2. Обратимая стадия непроходимости пищевода
3. Рубцовый стеноз пищевода с супрастенотическим расширением мешкообразной формы.
4. Отсутствие эффекта от бужирования «вслепую»
5. Частые рецидивы рубцового сужения

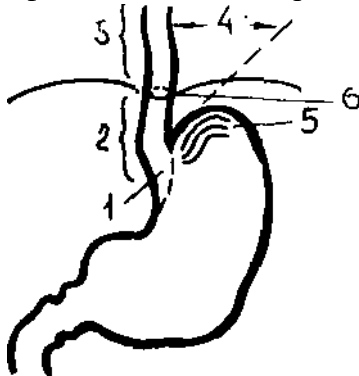
31. Назовите специфическое заболевание, характерное для искусственного пищевода из толстой кишки.

1. Колит искусственного пищевода
2. Гастрит
3. Пептическая язва анастомоза
4. Пищевой завал
5. Стеноз соустья пищевода с кишкой

32. Различаете ли Вы понятия кардиоспазм и ахалазия кардии?

1. Да
2. Нет

33. Выберите, какие элементы, изображенные на рисунке, относятся к понятию «физиологическая кардия».



1. Анатомическая кардия.
2. Абдоминальный сегмент пищевода.
3. Эпифренальный сегмент пищевода.
4. Угол Гисса.
5. Складки Губарева.
6. Пищеводное отверстие диафрагмы.

34. Чем обеспечивается замыкательная функция пищевода в области физиологической кардии? Выберите наиболее полный ответ.

1. Наличием морфологически выраженного кардиального жома.
2. Элементами, входящими в понятие физиологической кардии.
3. Элементами, входящими в понятие физиологической кардии, и особенностями расположения циркулярных мышечных волокон в эпифренальном и абдоминальных сегментах пищевода.

35. Выберите определение ахалазии кардии.

1. Нарушение функции раскрытия физиологической кардии при нарушенной моторной функции пищевода.
2. Спазм нижнего пищеводного сфинктера при нормальной или незначительно нарушенной моторной функции пищевода.

36. Выберите симптомы, характерные для ахалазии кардии.

1. Внезапное начало; боли сжимающего характера; регургитация сразу после еды; двигательная гиперактивность пищевода. Опорожнение пищевода по типу «шприц—феномен». Повышение давления в «зоне барьера».

2. Постепенное начало; отсутствие болей; регургитация через несколько часов после еды, угнетение перистальтики пищевода; опорожнение по типу провала; нормальное внутрипросветное давление, стабильное даже при глотании.

37. Можно ли поставить диагноз нейромышечных заболеваний пищевода (кардиоспазм, ахалазия кардии) только на основании анамнеза и эндоскопического исследования?

1. Да
2. Нет

38. Основным методом лечения нейромышечных заболеваний является консервативная терапия. Выберите средства, показанные при лечении ахалазии кардии.

1. Обволакивающие средства
2. Холинолитики
3. Стимуляторы сокращения гладкой мускулатуры.
4. Анальгетики
5. ГБО
6. Физиотерапевтическое лечение — гальванический воротник по Щербаку, Д'Арсонваль.
7. Седативные препараты

39. Кардиодилатация является основным методом лечения нейромышечных заболеваний пищевода. При какой стадии этот метод наиболее эффективен?

1. Гипертонической
2. Гипотонической
3. Атонической

40. Выберите показания к хирургическому лечению нейромышечных заболеваний пищевода.

1. Отсутствие стойкого эффекта после лечения кардиодилатацией.
2. Наличие бродящих осложнений
3. Гипертоническая стадия заболевания
4. Атоническая стадия заболевания
5. Кардиостеноз

41. Выберите способы хирургического лечения ахалазии кардии,

1. Эзофагокардиомиотомия с пластикой диафрагмой по Б. В. Петровскому.
2. Эзофагокардиомиотомия с пластикой дном желудка по Т. А. Суворовой.
3. Резекция пищевода с пластикой его из большой кривизны желудка.

42. Назовите сегменты пищевода, в которых возможно образование пульсионных дивертикулов.

1. Шейный
2. Аортальный
3. Бифуркационный
4. Эпифренальный
5. Абдоминальный

43. При каком механизме возникновения дивертикулярный мешок включает все слои стенки пищевода?

1. При пульсионном
2. При тракционном

44. При заболеваниях пищевода большинство симптомов носит неспецифический характер. Отберите из перечисленных ниже симптом, специфичный для дивертикула пищевода.

1. Дисфагия
2. Боль
3. Регургитация
4. Гиперсаливация
5. Блокада пищевода
6. Кровотечение

45. Какие из перечисленных данных анамнеза, механизма образования и дополнительных методов исследования определяют показания к операции у больных с дивертикулами пищевода?

1. Пульсионный
2. Тракционный
3. Дивертикул с узкой шейкой
4. Дивертикул с широкой шейкой
5. Боли в пищеводе, усиливающиеся при глотании.
6. Постоянные боли за грудиной
7. Частая регургитация
8. Пожилой возраст больного
9. Молодой возраст больного
10. Пищеводное кровотечение

46. Какова должна быть тактика врача при папилломах, полипах и кистах пищевода?

1. Удаление во время операции
2. Эндоскопия, биопсия и наблюдение
3. Эндоскопия, биопсия, эндоскопическое удаление, динамическое наблюдение.
4. Эндоскопическое удаление, биопсия

47. Какова тактика при доброкачественных опухолях на широком основании: фибромах, липомах, лейомиомах?

1. Эндоскопия, щипковая биопсия, наблюдение
2. Эндоскопия, пункционная биопсия, оперативное удаление.
3. Оперативное удаление, биопсия
4. Эндоскопия, динамическое наблюдение

48. Какое место занимает рак пищевода среди опухолей желудочно-кишечного тракта?

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

49. Укажите, каким эпителием выстлана слизистая пищевода?

1. Многослойным плоским неороговевающим
2. Многослойным плоским ороговевающим
3. Цилиндрическим

50. Рак пищевода принято делить на рак верхней, средней и нижней трети. Укажите правильное соотношение частоты опухолей по локализации (%).

1. Верхняя треть — 30, средняя треть — 60, нижняя треть — 10.

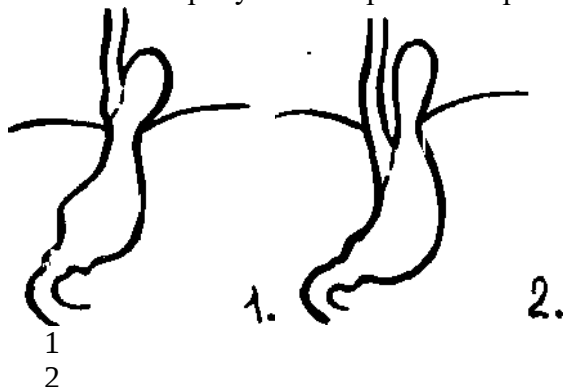
2. Верхняя треть — 10, средняя треть — 60, нижняя треть — 30.
 3. Верхняя треть — 60, средняя треть — 30, нижняя треть — 10.
 4. Верхняя треть — 60, средняя треть — 10, нижняя треть — 30
51. Назовите правильное соотношение экзофитного, эндофитного и инфильтративного рака пищевода (в %).
1. Экзофитный — 30—35, эндофитный — 60—65, инфильтративный — 5—10.
 2. Экзофитный — 5—10, эндофитный — 60—65, инфильтративный — 30—35.
 3. Экзофитный — 5—10, эндофитный — 30—35, инфильтративный — 60—65.
 4. Экзофитный — 30—35, эндофитный — 5—10, инфильтративный — 60—65.
52. Укажите заболевания, представляющие группу риска для возникновения рака пищевода.
1. Химические ожоги и их последствия
 2. Ахалазия кардии
 3. Кардиоспазм
 4. Дивертикулы пищевода
 5. Доброкачественные опухоли пищевода
 6. Варикозное расширение вен пищевода при портальной гипертензии.
 7. Лейкоплакии пищевода
53. Считаете ли Вы, что симптомы и синдромы раннего рака пищевода специфичны?
1. Да
 2. Нет
54. Какой из перечисленных методов исследования позволяет достоверно диагностировать рак IN SITU?
1. Эндоскопический
 2. Цитологическое исследование промывных вод и соскобов со слизистой пищевода.
 3. Рентгенологический
55. Назовите симптомы запущенности рака пищевода.
1. Дисфагия
 2. Гиперсолевация
 3. Осиплость голоса
 4. Симптом Горнера
 5. Пищеводно-плевральный свищ
 6. Полная непроходимость пищевода
56. Укажите, к какой стадии рака пищевода в системе TNM относится описанная ниже картина: опухоль более 5 см по длине пищевода, но внепищеводного распространения опухоли не отмечается, имеются единичные подвижные лимфоузлы на стороне поражения, проявлений метастазов в отдельные лимфоузлы и другие органы не отмечается.
1. I
 2. II
 3. III
57. Каков средний процент положительных результатов биопсии при раке пищевода?
1. 10—15
 2. 20—30
 3. 35—50

4. 60—70
 5. 80—90
58. При какой локализации рака пищевода кахексия наиболее выражена?
1. В верхней трети
 2. В средней трети
 3. В нижней трети
59. При какой локализации рака пищевода наиболее эффективна рентгенотерапия?
1. В шейном и верхнегрудном отделе
 2. В среднегрудном отделе
 3. В нижнегрудном и абдоминальном отделе
60. Какова операбельность при раке пищевода (в %)?
1. 25
 2. 50
 3. 75
 4. 100
61. Какова резектабельность рака пищевода (в %)?
1. 25
 2. 50
 3. 75
62. Перечислите паллиативные операции при раке пищевода.
1. Гастростомия
 2. Интубация пищевода
 3. Бужирование опухоли
63. При какой локализации рака пищевода выполняется операция (Висі) эзофаголарингоэзофагэктомия?
1. Верхняя треть
 2. Средняя треть
 3. Нижняя треть
64. При какой локализации рака пищевода выполняется операция Торека—Добромыслова?
1. Верхняя треть
 2. Средняя треть
 3. Нижняя треть
65. При какой локализации рака пищевода выполняется операция Льюиса и Осава-Гарлока?
1. Верхняя треть
 2. Средняя треть
 3. Нижняя треть
66. Каков процент пятилетней выживаемости при раке пищевода (в%)?
1. От 0 до 10.
 2. От 11 до 20.
 3. От 21 до 30.
 4. От 31 до 40.
 5. От 41 до 50.

67. Выберите синдромы, характерные только для параззо-фагеальных грыж.

1. Боль в подложечной области
2. Усиление болей при наклонах туловища
3. Жжение за грудиной
4. Кислая отрыжка
5. Сердечные расстройства рефлекторного характера, не поддающиеся действию нитроглицерина.
6. Ущемление грыжи

68. На каком рисунке изображена параззофагенальная грыжа?



69. Укажите возможные варианты скользящих (аксиальных) грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

1. Кардиальная
2. Кардиофундальная
3. Фундальная
4. Антральная
5. Кишечная
6. Субтотальная желудочная
7. Кишечно-желудочная
8. Сальниковая

70. Какой из элементов физиологической кардии играет решающее значение в ее замыкательной функции?

1. Пищеводное отверстие диафрагмы
2. Абдоминальный сегмент пищевода
3. Эпифренальный сегмент пищевода
4. Анатомическая кардия
5. Угол Гиса
6. Складки Губарева

71. Выберите осложнения, которые возможны при скользящих (аксиальных) грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.

1. Рефлюкс-эзофагит
2. Ущемление
3. Пептическая стриктура пищевода
4. Пептическая язва пищевода
5. Хроническое пищеводное кровотечение
6. Желудочные кровотечения
7. Язвы желудка
8. Перфорация пептической язвы пищевода
9. Пропалс слизистой желудка в просвет пищевода.

72. Для определения степени рефлюкс-эзофагита необходимо дифференцировать два понятия: изжога и кислая отрыжка. Выберите, какое определение относится к изжоге?

1. Ощущение жжения за грудиной
2. Ощущение кислоты в ротовой полости

73. При какой грыже пищеводного отверстия диафрагмы, ведущим механизмом является нарушение функции кардии?

1. При скользящих (аксиальных)
2. При параэзофагеальных

74. Какой метод исследования является решающим в диагностике грыж пищеводного отверстия диафрагмы?

1. Эндоскопический
2. Рентгенологический (при вертикальном положении больного).
3. Рентгенологический (в латеропозиции больного).

75. Выберите показания к операции при скользящих грыжах.

1. Рефлюкс-эзофагит легкой степени
2. Рубцовый стеноз пищевода
3. Пептическая язва пищевода
4. Рефлюкс-эзофагит с выраженным болевым синдромом и бронхо-легочными осложнениями.
5. Хроническое пищеводное кровотечение
6. Укорочение пищевода

76. При скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) применяются следующие операции: гастропексия, фундопликация по Ниссену, Каншину, оментотераспексия, Белей. Какой из перечисленных элементов этих операций является наиважнейшим для обеспечения функции физиологической кардии.

1. Восстановление угла Гиса
2. Сужение пищеводного отверстия диафрагмы
3. Удлинение абдоминального сегмента пищевода.

77. Выберите осложнения, характерные после операции фундопликации по Ниссену.

1. Послеоперационная дисфагия
2. Синдром порочной фундопликации
3. Послеоперационное расширение желудка
4. Невозможность рвоты
5. Рецидив рефлюкс-эзофагита

78. Выберите симптомы, характерные для параэзофагеальных грыж.

1. Рефлюкс-эзофагит
2. Пептическая стриктура пищевода
3. Пептическая язва пищевода
4. Симптомы сдавления и ущемления выпавших органов.
5. Симптомы хронического пищеводного кровотечения.
6. Пептические язвы желудка

79. Какой метод исследования является определяющим в диагностике параэзофагеальных грыж?

1. Эндоскопический

2. Рентгенологический (при вертикальном положении больного).
3. Рентгенологический (в латеропозиции больного).

80. Выберите абсолютные показания к операции при параэзофагеальных грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.

1. Фундальная параэзофагеальная грыжа
2. Антральная параэзофагеальная грыжа
3. Фиксированные грыжи, осложненные язвой пищевода.
4. Кишечно-желудочная параэзофагеальная грыжа.
5. Сальниковая грыжа

Модуль №10. Хирургические заболевания сосудов

Вопросы исходного уровня знаний

01. Наиболее редким осложнением при первичном варикозе вен является
 - а) экзематозный дерматит
 - б) глубокий тромбоз малоберцовой вены
 - в) безболезненный разрыв расширенной вены
 - г) изъязвление нижней трети конечности
 - д) гипертрофированные ногти и атрофичная кожа
02. Аускультация сосудов важна
 - а) при болезни Рейно
 - б) при артериальном стенозе
 - в) при варикозном расширении вен
 - г) при посттромбофлебитическом синдроме
 - д) при акроцианозе
03. К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся
 - а) беременность
 - б) тугие повязки в области верхней трети конечности
 - в) увеличенные паховые лимфатические узлы
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
04. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью
 - а) растворения фибрина
 - б) приостановления роста тромба
 - в) увеличения количества сгустков
 - г) изменения внутренней оболочки сосудов
 - д) снижения активности ДНК
05. Судить об адекватности удаления части поясничного симпатического столба лучше всего
 - а) по прекращению болей в нижних конечностях
 - б) по повышению температуры тела
 - в) по отсутствию потоотделения
 - г) по прекращению перемежающейся хромоты
 - д) по заживлению гангрены пальцев нижних конечностей
06. К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится
 - а) склероз артериол
 - б) петлистый артериальный тромбоз
 - в) развитие синдрома Лериша
 - г) тромбоз бедренной артерии
 - д) акроцианоз
07. Острая лимфедема характеризуется следующими признаками
 - а) при надавливании пальцем остается ямка
 - б) плотный "мясистый" отек ткани, при надавливании пальцем ямка не образуется
 - в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела
 - г) правильно а) и в)

- д) правильного ответа нет
08. Хроническая лимфедема характеризуется всем нижеперечисленным, кроме
- при надавливании пальцем ямка не образуется
 - плотный "мясистый" отек ткани
 - уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела
 - пигментные и трофические изменения кожи
 - фиброз подкожной клетчатки
09. К ранним симптомам тромбоза мезентериальных сосудов относится
- жидкий стул с примесью крови
 - рвота
 - боль в животе, иррадиирующая в спину
 - дряблость передней брюшной стенки
 - все перечисленное
10. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит
- лицевых вен
 - глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
 - глубоких вен верхних конечностей
 - поверхностных вен нижних конечностей
 - поверхностных вен верхних конечностей
11. Пилефлебит - это тромбофлебит
- селезеночной вены
 - нижней брыжеечной вены
 - вен брыжейки желудочно-кишечного отрезка
 - воротной вены
 - печеночной вены
12. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны
- резкий отек нижней конечности
 - некроз пальцев стоп
 - похолодание стопы
 - симптом перемежающейся хромоты
 - отек и гиперемия по ходу пораженных вен
13. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме
- замедления тока крови в венах
 - нарушения целостности внутренней выстилки вен
 - варикозного расширения вен
 - повышения фибринолитической активности крови
 - мерцательной аритмии
14. Симптом Троянова - Тренделенберга служит для диагностики
- недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей
 - острого тромбофлебита глубоких вен бедра
 - синдрома Лериша
 - посттромбофлебитической болезни
 - болезни Бюргера

15. Маршевая проба проводится с целью выявления
- а) несостоятельных коммуникативных вен
 - б) проходимости глубоких вен нижних конечностей
 - в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
 - г) тромбоза подколенной артерии
 - д) острого тромбофлебита
16. Проба Претта проводится с целью выявления
- а) проходимости глубоких вен нижних конечностей
 - б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
 - в) несостоятельных коммуникативных вен
 - г) острого тромбофлебита
 - д) тромбоза подколенной артерии
17. К осложнениям варикозного расширения вен относится все нижеперечисленное, кроме
- а) трофических язв
 - б) экземы и дерматитов
 - в) хронической венозной недостаточности
 - г) ишемической гангрены
 - д) тромбофлебита
18. Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем нижеперечисленным, кроме
- а) беременности
 - б) непроходимости глубоких вен
 - в) врожденного нарушения клапанного аппарата
 - г) посттромбофлебитического синдрома
 - д) ортостатизма
19. Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является
- а) рассыпной тип поражения
 - б) мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы
 - в) рецидив после оперативного лечения
 - г) непроходимость глубоких вен
 - д) острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе
20. Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме
- а) дистальных отеков
 - б) распирающих болей
 - в) повышения температуры тела
 - г) гиперемии кожи и отека по ходу вен
 - д) резкой болезненности при пальпации
21. Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме
- а) повышения фибринолитической активности
 - б) ожирения
 - в) гиподинамии
 - г) онкологических заболеваний

- д) ишемической болезни сердца
22. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме
- отеков дистальных отделов конечностей по вечерам
 - перемежающейся хромоты
 - признаков трофических расстройств кожи голени
 - судорог по ночам
 - видимого расширения подкожных вен
23. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся все нижеперечисленные, кроме
- сокращения икроножных мышц
 - возвышенного положения нижних конечностей
 - длительного постельного режима
 - бинтования ног эластическими бинтами
 - раннего вставания
24. При несостоятельности коммуникативных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию
- Бебкока
 - Нарата
 - Маделунга
 - Троянова - Тренделенберга
 - Линтона
25. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме
- назначения гепарина
 - назначения дезагрегантов
 - лечебной физкультуры
 - длительного постельного режима
 - бинтования ног эластичным бинтом
26. Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей опасны тем, что
- могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии
 - приведут к варикозному расширению подкожных вен
 - вызовут гангрену стопы
 - могут послужить причиной эмболии сосудов мозга
 - могут послужить причиной послеоперационной пневмонии
27. Операция Троянова - Тренделенберга заключается
- в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника
 - в удалении подкожных вен методом тоннелирования
 - в удалении подкожных вен зондом
 - в перевязке коммуникантных вен над фасцией
 - в субфасциальной перевязке коммуникантных вен
28. Операция Нарата заключается
- в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
 - в удалении подкожных вен методом тоннелирования

- в) в удалении подкожных вен с помощью зонда
 - г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
 - д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен
29. Операция Маделунга заключается
- а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
 - б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
 - в) в удалении подкожных вен с помощью зонда
 - г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
 - д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
30. Операция Клаппа заключается
- а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
 - б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
 - в) в удалении подкожных вен с помощью зонда
 - г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
 - д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
31. Операция Кокетта заключается
- а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
 - б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
 - в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
 - г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
 - д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен
32. Операция Линтона заключается
- а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
 - б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
 - в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
 - г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
 - д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен
33. При магистральном типе варикозного расширения вен показаны
- а) только склеротерапия
 - б) комбинированное лечение (склеротерапия + операция)
 - в) только бинтование эластическим бинтом
 - г) только операция Троянова - Тренделенберга
 - д) только операция Линтона
34. Наибольший косметический эффект в лечении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается
- а) операцией Бебкока
 - б) операцией Троянова - Тренделенберга
 - в) склеротерапией
 - г) операцией Клаппа
 - д) операцией Маделунга
35. Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается
- а) комбинированным оперативным методом
 - б) операцией Линтона

- в) операцией Бебкока
 - г) операцией Нарата
 - д) операцией Маделунга
36. К ранним симптомам посттромбофлебитического синдрома относятся все нижеперечисленные, кроме
- а) расширения мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени
 - б) отека в области лодыжек
 - в) болезненного уплотнения кожи в нижней трети голени
 - г) наличия трофической язвы на голени
 - д) значительного подкожного варикозного расширения вен нижней конечности
37. Наиболее характерными признаками, присущими пилефлебиту, являются все нижеперечисленные, кроме
- а) картины нарастающего септического процесса
 - б) болей в правом подреберье
 - в) увеличения печени и желтухи
 - г) интермиттирующей лихорадки с ознобами
 - д) усиления запоров
38. Антикоагулянты применяют
- а) при начинающейся гангрене
 - б) при тромбофлебите
 - в) при лимфангите
 - г) при эндартериите
 - д) при облитерирующем атеросклерозе
39. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя
- а) антибиотики
 - б) спазмолитики
 - в) антикоагулянты
 - г) активные движения
 - д) парентеральное введение больших объемов жидкостей
40. Наиболее частой причиной развития трофических язв является
- а) расстройство лимфообращения
 - б) расстройства артериального кровообращения
 - в) расстройства венозного кровообращения
 - г) травматические повреждения
 - д) нарушения водно-электролитного обмена
41. Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме
- а) резких болей распирающего характера
 - б) повышения температуры тела
 - в) отека конечности
 - г) цианоза
 - д) гиперемии кожи по ходу больной вены
42. Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется все нижеперечисленное, кроме

- а) постельного режима
 - б) бутадиона
 - в) компрессов с мазью Вишневского
 - г) ходьбы
 - д) возвышенного положения конечности
43. Тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии
- а) сосудов мозга
 - б) системы коронарных артерий и вен
 - в) легочной артерии
 - г) легочных вен
 - д) артерий почек и печени
44. При тромбозах глубоких вен нижних конечностей, как правило, развивается
- а) отек мягких тканей
 - б) лимфангоит
 - в) ползучая флегмона
 - г) анаэробная гангрена
 - д) остеомиелит
45. Тромбоз развивается в результате всего перечисленного, кроме
- а) нарушения свертываемости крови
 - б) изменения внутренней оболочки сосуда
 - в) массивного кровотечения
 - г) замедления кровотока
 - д) эмболии
46. Послеоперационные эмболии обычно бывают следствием
- а) абсцессов
 - б) флегмон
 - в) флеботромбозов
 - г) лимфаденитов
 - д) эндартериита
47. Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит
- а) в необходимости профилактики лимфостаза
 - б) в необходимости воздействия на артериальный кровоток
 - в) в ускорении кровотока по глубоким венам
 - г) в профилактике трофических расстройств
 - д) в необходимости большей концентрации кровообращения
48. Флеботромбозы чаще встречаются у всех нижеперечисленных больных, кроме больных
- а) с ожирением
 - б) с варикозным расширением вен
 - в) с онкологическими заболеваниями
 - г) с почечной недостаточностью
 - д) с ишемической болезнью сердца
49. Диагноз вторичного варикоза вен нижних конечностей ставится на основании всего нижеперечисленного, кроме

- а) тромбоза глубоких вен в анамнезе
 - б) выраженных трофических нарушений кожи и стойких отеков
 - в) несимметричности поражения
 - г) данных флебографии
 - д) данных ангиографии
50. Флебография глубоких вен нижних конечностей позволяет объективно оценить все перечисленное, кроме
- а) состояния периферических артерий нижних конечностей
 - б) проходимости глубоких вен
 - в) состояния клапанного аппарата глубоких вен
 - г) локализации несостоятельных коммуникантных вен
 - д) скорости кровотока по глубоким венам
51. Синдром Педжета - Шреттера заключается
- а) во врожденных множественных артериовенозных фистулах
 - б) в некрозах мышечной оболочки аорты
 - в) в тромбозе подключичной вены
 - г) в одновременной висцеральной и париетальной эмболии
 - д) в остеопорозе, дерматите и артериальном спазме
52. У больного с явлениями мигрирующего флебита можно подозревать
- а) лейкомию
 - б) злокачественную опухоль, чаще - поджелудочной железы
 - в) тромбоангиитное заращение сосудов
 - г) узловой периартериит
 - д) варикозное расширение вен
53. Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью
- а) предотвратить дальнейшее расширение сосуда
 - б) предотвратить двусторонний подострый эндокардит
 - в) предотвратить сердечную недостаточность
 - г) восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда
 - д) обратить в норму симптом Тинеля
54. Возвышенное положение конечности при лечении диабетической язвы стопы противопоказано в связи с тем, что
- а) инфекция под действием силы тяжести распространяется по фасции
 - б) развившаяся в результате этого ишемия может усилить гангрену
 - в) может усилиться болевой синдром
 - г) может усилиться интоксикация
 - д) может иметь место все вышеперечисленное
55. При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является
- а) удаление всех окаймлений ложного мешка
 - б) лигирование артерии и вены в четырех местах
 - в) широкое рассечение для лигирования коллатералей
 - г) ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы
 - д) всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы
56. Наиболее распространенная причина острой лимфадемы
- а) тромбоз легочной артерии

- б) тромбофлебит
 - в) радикальная мастэктомия
 - г) иссечение подмышечного или пахового лимфатического узла
 - д) ни одна из вышеперечисленных причин
57. Хронический лимфатический отек верхней конечности обычно развивается
- а) после радикальной мастэктомии
 - б) метастазирования в подмышечные лимфатические узлы
 - в) в результате подмышечного лимфаденита
 - г) все перечисленное неверно
 - д) все перечисленное верно
58. В конечности с хроническим отеком, как правило, развивается
- а) пигментация кожи
 - б) атрофия эпидермиса
 - в) плотный отек, не образующий ямки при надавливании
 - г) фиброз кожного и подкожного слоя
 - д) все перечисленное
59. При врожденной артериовенозной фистуле характерно
- а) ветвистая аневризма
 - б) гипертрофия конечности вследствие аневризмы (гемангиомы)
 - в) гроздевидная аневризма
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
60. Прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей обусловлено
- а) нарушением клапанного аппарата вен
 - б) нарушением свертывающей системы крови
 - в) нарушением артериального кровотока в конечности
 - г) сердечной слабостью
 - д) нарушением водно-солевого обмена
61. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них
- а) отсутствует развитая коллатеральная сеть
 - б) сосуды сильнее спазмируются в результате охлаждения
 - в) имеется особый тип иннервации
 - г) затруднен лимфоотток
 - д) имеется особое строение кожи
62. После ушиба артерии может наступить ее тромбоз, так как
- а) выделяются токсические вещества
 - б) повреждаются симпатические волокна
 - в) нарушается межтканевой обмен
 - г) все утверждения верны
 - д) все утверждения неверны

Модуль №10. Хирургические заболевания сосудов

Вопросы конечного уровня знаний

1. Укажите симптомы, которые характерны для больных с заболеванием сосудов.

1. Боли в ногах
 2. Мышечная слабость
 3. Парестезия
 4. Головокружения
 5. Синкопальные состояния
 6. Эпизодическая потеря зрения
 7. Понос, особенно чередующийся с запором
2. Какие ощущения входят в понятие парестезии?
1. Онемение
 2. Покалывание
 3. «Ползание мурашек».
3. Какие анамнестические данные имеют значение при возникновении болезней вен нижних конечностей?
1. Количество родов
 2. Количество аборт
 3. Течение послеродового периода
 4. Систематическое длительное пребывание на ногах, связанное с профессиональной деятельностью.
 5. Занятия некоторыми видами спорта (бег, тяжелая атлетика).
4. Укажите симптомы, характерные для заболеваний артерий.
1. Боль
 2. перемежающаяся хромота
 3. Нарушение функции
 4. Утомляемость
 5. Отек конечности
5. Укажите симптомы, характерные для заболеваний вен.
1. Боль
 2. перемежающаяся хромота
 3. Нарушение функции
 4. Утомляемость
 5. Отек конечности
6. Назовите орган или ткань, наименее чувствительную к ишемии?
1. Головной мозг
 2. Сердце
 3. Почки
 4. Печень
 5. Соединительная ткань
7. Укажите, от чего зависит глубина ишемии тканей.
1. От уровня расположения блока
 2. От развития коллатералей
 3. От скорости развития блока
 4. От калибра сосуда
8. При патологии сосудов отек конечности характерен:
1. Только для больных с заболеванием артерий

2. Только для больных с заболеванием вен
 3. Для больных с заболеванием артерий при ишемии покоя и для больных с заболеваниями вен.
9. При каком облитерирующем заболевании артерий отмечается наименьшее развитие коллатералей?
1. Атеросклерозе
 2. Эндартериите
 3. Неспецифическом аортоартериите
10. Укажите, какое вынужденное положение принимает больной при выраженной ишемии нижней конечности?
1. Положение стоя
 2. Положение на корточках
 3. Положение лежа
 4. Положение лежа с опущенной ногой
 5. Положение лежа с приподнятой ногой
11. На каких трех основных данных объективного обследования строится диагноз у больного при заболеваниях артерий?
1. Осмотр
 2. Определение размеров конечностей (диаметр, длина).
 3. Пальпация
 4. Термометрия
 5. Аускультация
12. Назовите правильный механизм образования шума при сужении артерии?
1. Изменение ламинарного потока крови в турбулентный.
 2. Изменение турбулентного потока крови в ламинарный.
13. Существует функциональная проба, заключающаяся в побледнении стоп при их движении через 5—10 секунд. Укажите название пробы по автору.
1. Гольдфлама
 2. Оппеля
 3. Панченко
14. Существует функциональная проба, заключающаяся в побледнении стоп при подъеме конечности под углом в 45 градусов. Укажите название пробы по автору.
1. Гольдфлама
 2. Оппеля
 3. Панченко
15. Существует функциональная проба, заключающаяся в появлении боли при положении «нога на ногу». Укажите название пробы по автору.
1. Гольдфлама
 2. Оппеля
 3. Панченко
16. Какие рентгенологические признаки характерны для повреждения сосудов, выявляемые рентгенологически?
1. Компрессия или спазм сосуда
 2. Обрыв тени контрастированного сосуда

3. Выход контрастного вещества в пульсирующую гематому.
4. Артериовенозная фистула

17. Назовите способы временной остановки кровотечения при повреждении магистральной артерии.

1. Жгут
2. Давящая повязка
3. Тампонада раны
4. Сдавление сосуда на протяжении
5. Наложение швов на края кожной раны

18. Назовите критическое время возможного нахождения жгута на конечности (час.)

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5

19. Укажите возможные варианты операций при повреждении сосудов в условиях инфицированных тканей.

1. Ушивание дефекта в артерии
2. Сшивание концов поврежденной артерии
3. Аутовенозная вставка между концами поврежденной артерии.
4. Вставка синтетического протеза между концами поврежденной артерии.

20. Хирург не владеет техникой сосудистого шва и вынужден прибегнуть к лигатурному способу остановки кровотечения. Назовите уровни перевязки артерий нижней конечности, при которых может наступить компенсация кровообращения.

1. Общая бедренная артерия
2. Поверхностная бедренная артерия
3. Глубокая артерия бедра
4. Подколенная артерия
5. Передняя большеберцовая артерия
6. Задняя большеберцовая артерия
7. Средняя большеберцовая артерия
8. Тыльная артерия стопы
9. Артерия стопы

21. Назовите уровни перевязки артерий верхних конечностей, при которых может наступить компенсация кровообращения.

1. Подключичная
2. Подмышечная
3. Плечевая
4. Локтевая
5. Лучевая

22. Укажите артерии, которые можно перевязать на шее.

1. Общая сонная
2. Внутренняя сонная
3. Наружная сонная

23. При повреждении крупных венозных стволов следует ли придерживаться принципов восстановительной хирургии?
1. Да
 2. Нет
24. Назовите заболевания, являющиеся причиной артериальной эмболии.
1. Атеросклеротическая кардиопатия
 2. Ревматизм
 3. Врожденные пороки сердца
 4. Септический эндокардит
 5. Тиреотоксикоз
 6. Опухоли брюшной полости
 7. Опухоли грудной клетки
 8. Грыжи живота
 9. Диафрагмальные грыжи
25. Назовите симптомы, характерные для артериальной эмболии конечностей
1. Болевой симптомокомплекс
 2. Прогрессирующее нарушение чувствительности
 3. Нарушение двигательной функции
26. Какую степень острой ишемии следует выставить в диагнозе, если в конечности снижена болевая, температурная, тактильная чувствительность, отсутствуют активные движения?
1. IА
 2. IБ
 3. IIА
 4. IIБ
 5. IIIА
 6. IIIБ
27. Какой степени острой ишемии соответствует развитие в пораженной конечности онемения, похолодания, парестезии?
1. IА
 2. IБ
 3. IIА
 4. IIБ
 5. IIIА
 6. IIIБ.
28. Какой степени соответствует острая ишемия, если в пораженной конечности снижена болевая, температурная, тактильная и глубокая чувствительность?
1. IА
 2. IБ
 3. IIА
 4. IIБ
 5. IIIА
 6. IIIБ
29. Какой степени острой ишемии соответствует развитие в пораженной конечности онемения, похолодания, парестезии, боли?
1. IА

2. 1Б
3. 1А
4. 1Б
5. 1А
6. 1Б

30. Какую степень острой ишемии следует выставить в диагнозе, если в пораженной конечности развивается мышечная контрактура?

1. 1А
2. 1Б
3. 1А
4. 1Б
5. 1А
6. 1Б

31. Укажите клинические симптомы эмболии бифуркации аорты.

1. Боль внизу живота
2. Боль в поясничной области
3. Боль в промежности
4. Боль в крестцовой области
5. Похолодание конечностей
6. Чувство резкой мышечной слабости в ногах
7. Онемение конечностей.

32. Укажите сроки развития выраженных двигательных нарушений в конечностях при эмболии бифуркации аорты (час)?

1. 1—2
2. 3—4
3. 5—6
4. 7—8
5. 9—10

33. Укажите сроки развития мышечной контрактуры при эмболии бифуркации аорты (час)?

1. 3—4
2. 5—8
3. 9—12
4. 13—14

34. Возможны ли при эмболии бифуркации аорты следующие симптомы:

1. Ложные позывы на дефекацию
2. Позывы на мочеиспускание
3. Мелена
4. Раздражение брюшины
5. Коллапс

35. Назовите симптомы артериальной эмболии нижних конечностей.

1. Бледность и цианоз конечности
2. Быстрая смена цвета кожных покровов
3. Гипертермия кожных покровов
4. Отсутствие пульсации дистальнее места окклюзии.
5. Ослабление пульсации проксимальнее места окклюзии.

6. Усиление пульсации проксимальнее места окклюзии.
36. Назовите показания к ангиографии при артериальной эмболии.
1. Несоответствие уровня исчезновения пульсации границе ишемии.
 2. Дифференциальная диагностика эмболии, тромбоза, спазма.
 3. Определение лечебной тактики
 4. Острая окклюзия на фоне хронической ишемии
 5. Большой срок заболевания
 6. Множественные эмболии
37. При острой артериальной эмболии восстановительная операция показана при следующих стадиях ишемии.
1. 1А
 2. 1Б
 3. 2А
 4. 2Б
 5. 3А
 6. 3Б
38. При какой степени ишемии при острой артериальной эмболии показана первичная ампутация конечности?
1. 1А
 2. 1Б
 3. 2А
 4. 2Б
 5. 3А
 6. 3Б
39. Какая степень ишемии при острой артериальной эмболии на фоне тяжелого общего состояния допускает проведение консервативного лечения?
1. 1А
 2. 1Б
 3. 2А
 4. 2Б
 5. 3А
 6. 3Б
40. Назовите возможный процент повторных эмболии у больных с острой артериальной эмболией.
1. 10
 2. 20—30
 3. 40—50
 4. 60—70
 5. 80—90
 6. 100
41. Назовите основные причины возникновения острого тромбоза артерий.
1. Мерцательная аритмия
 2. Облитерирующий атеросклероз
 3. Облитерирующий эндартериит
 4. Ревматизм
 5. Пороки сердца

6. Травма сосудов

42. Выберите симптомы, характерные для клинической картины острого тромбоза сосудов.

1. Начало заболевания острое
2. Начало заболевания постепенное
3. Быстрое развитие клиники
4. Постепенное развитие клиники
5. Боль выражена
6. Боль не столь выражена
7. Граница ишемии соответствует уровню окклюзии сосудов
8. Граница ишемии не соответствует уровню окклюзии сосудов
9. При ангиографии контуры сосуда выше окклюзии, ровные ..
10. При ангиографии контуры сосуда выше окклюзии, изъедены

43. Выберите симптомы, характерные для клинической картины острой эмболии сосудов.

1. Начало заболевания острое
2. Начало заболевания постепенное
3. Быстрое развитие клиники
4. Постепенное развитие клиники
5. Боль выражена
6. Боль не столь выражена
7. Граница ишемии соответствует уровню окклюзии сосудов
8. Граница ишемии не соответствует уровню окклюзии сосудов
9. При ангиографии контуры сосуда выше окклюзии, ровные ..
10. При ангиографии контуры сосуда выше окклюзии, изъедены

44. Лечение острого тромбоза предполагает:

1. Только консервативную терапию
2. Только оперативное лечение
3. Оперативное лечение при неэффективности предварительной консервативной терапии.
4. Оперативное лечение независимо от эффекта консервативной терапии.

45. Какие операции допустимы при острой эмболии артерии?

1. Замещение сосуда синтетическим протезом
2. Протезирование сосуда аутовеной
3. Прямая эмболэктомия
4. Непрямая эмболэктомия
5. Поясничная симпатэктомия
6. Периартериальная симпатэктомия
7. Эндартерэктомия

46. Какие операции допустимы при остром тромбозе артерии?

1. Протезирование сосуда синтетическим протезом.
2. Протезирование сосуда аутовеной
3. Прямая тромбэктомия
4. Непрямая тромбэктомия
5. Поясничная симпатэктомия
6. Периартериальная симпатэктомия
7. Эндартерэктомия

47. Укажите заболевания, которые приводят к острому нарушению мезентериального кровообращения.
1. Эмболия верхней брыжеечной артерии
 2. Острый тромбоз нижней брыжеечной артерии
 3. Острый тромбоз брыжеечных вен
 4. Эмболия нижней брыжеечной артерии
 5. Рихтеровское ущемление при грыжах
 6. Опухоли желудка
 7. Опухоли слепой кишки
 8. Опухоли сигмовидной кишки
48. Выберите симптомы, характерные для острого нарушения мезентериального кровообращения в стадии ишемии
1. Острая боль в животе
 2. Неострая боль в животе
 3. Тошнота
 4. Рвота
 5. Позывы на дефекацию
 6. Вздутие живота
 7. Живот не вздут
 8. Перистальтические шумы выслушиваются
 9. Перистальтические шумы не выслушиваются
 10. Положительные симптомы раздражения брюшины
49. Выберите симптомы, характерные для острого нарушения мезентериального кровообращения в стадии инфаркта.
1. Острая боль в животе
 2. Неострая боль в животе
 3. Тошнота
 4. Рвота
 5. Позывы на дефекацию
 6. Вздутие живота
 7. Живот не вздут
 8. Перистальтические шумы выслушиваются
 9. Перистальтические шумы не выслушиваются
 10. Положительные симптомы раздражения брюшины
50. Выберите симптомы, характерные для острого нарушения мезентериального кровообращения в стадии перитонита.
1. Острая боль в животе
 2. Неострая боль в животе
 3. Тошнота
 4. Рвота
 5. Позывы на дефекацию
 6. Вздутие живота
 7. Живот не вздут
 8. Перистальтические шумы выслушиваются
 9. Перистальтические шумы не выслушиваются
 10. Положительные симптомы раздражения брюшины
51. Какие цифры лейкоцитоза характерны для острого нарушения мезентериального кровообращения?

1. $5-10 \times 10^9/\text{л}$
2. $10-15 \times 10^9/\text{л}$
3. $15-20 \times 10^9/\text{л}$
4. $>20 \times 10^9/\text{л}$

52. Укажите методы, с помощью которых можно подтвердить диагноз острого нарушения мезентериального кровообращения.

1. УЗИ
2. Лапароскопия
3. Обзорная рентгенография брюшной полости
4. Компьютерная томография
5. Ангиография

53. Для какой стадии острого нарушения мезентериального кровообращения характерна бледная или ярко-красная окраска серозной оболочки кишечника?

1. Стадия ишемии
2. Стадия инфаркта
3. Стадия перитонита

54. В какие стадии острого нарушения мезентериального кровообращения показаны вмешательства на сосудах?

1. Стадия ишемии
2. Стадия инфаркта
3. Стадия перитонита
4. Только в стадии ишемии и инфаркта
5. Стадии ишемии, инфаркта и перитонита

55. Какие сосудистые операции допустимы при остром нарушении мезентериального кровообращения?

1. Эмболизэктомия
2. Эндартерэктомия
3. Реимплантация верхней брыжеечной артерии
4. Протезирование верхней брыжеечной артерии

56. Какие операции выполняются при инфаркте кишечника?

1. Реваскуляризация верхней брыжеечной артерии.
2. Резекция пораженного участка кишки
3. Реваскуляризация верхней брыжеечной артерии в сочетании с резекцией пораженной кишки.

57. Следует ли после операции по поводу острого нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК) через 1 сутки выполнять релапаротомию?

1. Да
2. Нет

58. При каких заболеваниях возникает первичный тромбоз легочной артерии?

1. Заболевания сердца
2. Заболевания легких
3. Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей.
4. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей.
5. Тромбоз нижней полой вены

59. Укажите ранние признаки тромбоэмболии легочной артерии
1. Одышка
 2. Интенсивная боль в грудной клетке
 3. Остро возникающая синюшность лица, шеи, плечевого пояса.
 4. Тахикардия
 5. Гипотензия
 6. Набухание яремных вен
 7. Кашель с кровавистой мокротой
60. При эмболии легочной артерии на ЭКГ отмечается перегрузка:
1. Левых отделов сердца
 2. Правых отделов сердца
61. Если при эмболии легочной артерии исключено менее 45% сосудистого русла легких, какая это форма эмболии легочной артерии?
1. Молниеносная
 2. Острая, подострая
 3. Хроническая
62. При поражении каких сосудов легких показано и эффективно проведение только консервативной антикоагулянтной и тромболитической терапии?
1. Мелких сосудов
 2. Сегментарных
 3. Долевых
 4. Главных ветвей легочной артерии
 5. Ствола легочной артерии
63. Назовите препараты, которые используются для тромболитической терапии.
1. Гепарин
 2. Реополиглюкин
 3. Стрептаза
 4. Урокиназа
 5. Непрямые антикоагулянты
 6. Фибринолизин
64. При использовании препаратов, обладающих фибринолитической активностью, введение их безопаснее:
1. В периферические вены
 2. В центральные вены
65. Укажите возможные показания к оперативному лечению эмболии легочной артерии.
1. Эмболия ствола и главных ветвей легочной артерии.
 2. Выраженная гипертензия малого круга кровообращения.
 3. Выраженная гипотония малого круга кровообращения.
 4. Общая артериальная гипотензия
66. Требуется ли искусственное кровообращение при выполнении прямой эмболектomie из ствола легочной артерии?
1. Да
 2. Нет

67. Для профилактики вторичной эмболии легочной артерии установка зонтичного кавафилтра или клипация нижней полой вены проводится:

1. Ниже почечных вен
2. Выше почечных вен

68. При неспецифическом аортоартериите распространение патологического процесса начинается:

1. С интимы
2. С мышечной оболочки
3. С адвентиции

69. Возможен ли кальциноз артерий при неспецифическом аортоартериите?

1. Да
2. Нет

70. Какие сосуды аорты и ее участки поражаются чаще при аортоартериите?

1. Дуга аорты
2. Почечные артерии
3. Нисходящая грудная аорта
4. Супраренальные сегменты аорты
5. Бифуркация аорты

71. Укажите синдромы, сопровождающие неспецифический аортоартериит.

1. Синдром Такаясу
2. Синдром вазоренальной гипертензии
3. Каорктационный синдром
4. Синдром Лериша

72. Характерен ли для неспецифического аортоартериита общевоспалительный синдром (недомогание, слабость, повышение температуры тела, потливость, похудание)?

1. Да
2. Нет

73. Укажите сроки от начала заболевания при неспецифическом аортоартериите, когда появляются первые признаки сосудистого поражения.

1. Через 1 год
2. Через 2—5 лет
3. Через 6—10 лет
4. Через 11—15 лет

74. Какие лекарственные препараты применяются при консервативном лечении неспецифического аортоартериита?

1. Бруфен
2. Эндометацин
3. Цитостатики
4. Гепарин
5. Гипотензивные препараты
6. Антиангинальные средства

75. Какие операции применяются при неспецифическом аортоартериите?

1. Трансаортальная эндартерэктомия
2. Протезирование аорты

3. Поясничная симпатэктомия
4. Периартериальная симпатэктомия

76. Поражение каких сосудов наблюдается при синдроме Такаясу?

1. Безымянный ствол
2. Сонные артерии
3. Подключичные артерии
4. Позвоночные артерии

77. Какие нарушения и расстройства характерны для синдрома Такаясу?

1. Неврологические расстройства
2. Зрительные расстройства по центральному и периферическому типу.
3. Нарушение функции ЛОР-органов
4. Трофические изменения костей черепа
5. Цереброишемическая артериальная гипертензия.
6. Ишемия верхних конечностей

78. Назовите показания к реконструктивным операциям при синдроме Такаясу.

1. Бессимптомные стенозирующие поражения бифуркации сонных артерий.
2. Транзиторные ишемические атаки
3. Прогрессирующий инсульт
4. Первые 6 часов стабильного инсульта без выраженной неврологической симптоматики.
5. Первые 6 часов стабильного инсульта с потерей сознания.

79. Какие операции применяются при синдроме Такаясу?

1. Транскаротидная эндартерэктомия
2. Чресподключичная эндартерэктомия
3. Протезирование брахицефального ствола и сонной артерии.
4. Экстраторакальная имплантация подключичной артерии в сонную.

80. Выберите симптомы, характерные для скаленус-синдрома, вызывающего хроническую ишемию верхних конечностей.

1. Боль в области шеи
2. Боли иррадиируют по локтевой поверхности руки.
3. Симптомы вертебробазилярной недостаточности.
4. Ослабление или исчезновение пульса, снижение АД в руке на стороне поражения.
5. Ослабление или исчезновение пульса, снижение АД при сгибании руки в локтевом суставе и отведении в сторону и одновременном резком повороте головы в противоположную сторону.

81. Какой из перечисленных ниже синдромов обусловлен анатомическим сужением пространства между ключицей, первым ребром и фиброзным краем реберно-ключичной мышцы?

1. Синдром шейного ребра
2. Костоклавикулярный синдром
3. Гиперабдукционный синдром

82. Хроническая ишемия органов пищеварения (абдоминальная ангина) обусловлена окклюзией висцеральных ветвей брюшной аорты. Какие из перечисленных ниже функций кишечника нарушаются при этом?

1. Секреторная

- 2. Абсорбционная
- 3. Моторная

83. Перечислите заболевания, которые могут быть причиной абдоминальной ангины.

- 1. Экстравазальные компрессии
- 2. Врожденные аномалии и гипоплазия висцеральных ветвей.
- 3. Атеросклероз
- 4. Фиброзная дисплазия
- 5. Артерииты
- 6. Узелковый периартериит
- 7. Тромбангиит

84. Существуют ли патофизиомимичные синдромы хронической ишемии органов пищеварительного тракта?

- 1. Да
- 2. Нет

85. Перечислите симптомы, которые можно выявить у больного с хронической ишемией органов пищеварения.

- 1. Неустойчивый стул
- 2. Мучительный понос
- 3. Упорный запор
- 4. Похудание
- 5. Обезвоживание
- 6. Рвота
- 7. Боли в животе
- 8. Ожирение

86. Перечислите наиболее информативные методы диагностики абдоминальной ангины.

- 1. Рентгенография желудка и кишечника
- 2. Компьютерная томография
- 3. УЗИ брюшной полости
- 4. Ангиография аорты и висцеральных сосудов

87. Какие операции возможны при хронической ишемии органов пищеварения?

- 1. Трансаортальная эндартерэктомия
- 2. Резекция висцеральных сосудов с протезированием.
- 3. Реплантация висцеральных артерий в аорту
- 4. Аортобрыжеечное шунтирование

88. Если уровень окклюзии в аорте находится на уровне почечных артерий, какая это окклюзия?

- 1. Высокая
- 2. Средняя
- 3. Нижняя

89. Для какой окклюзии брюшной аорты характерен синдром вазоренальной гипертензии?

- 1. Высокой
- 2. Средней
- 3. Низкой

90. При какой стадии облитерирующего заболевания нижних конечностей больной проходит 200 метров, отмечаются выпадение волос, гиперкератоз?

1. I
2. IIА
3. IIБ
4. III
5. IV

91. При какой стадии облитерирующего заболевания нижних конечностей больной проходит менее 25 метров. При этом у него периодически отмечаются боли в покое?

1. I
2. IIА
3. IIБ
4. III
5. IV

92. При какой стадии облитерирующего заболевания нижних конечностей больной проходит менее 200 метров?

1. I
2. IIА
3. IIБ
4. III
5. IV

93. При постановке диагноза хронической ишемии нижних конечностей аускультация каких сосудов обязательна?

1. Брюшной аорты
2. Подвздошных артерий
3. Общих бедренных артерий
4. Поверхностных бедренных артерий
5. Подколенных артерий
6. Артерий голени
7. Артерий стоп

94. Какие методы диагностики применяются для подтверждения хронической ишемии нижних конечностей?

1. Реовазография
2. Объемная сфигмография
3. Капилляроскопия
4. Ультразвуковая доплерография
5. Рентгеноконтрастная ангиография

95. Какой способ ангиографии Вы выберете для больного с атеросклерозом, если имеется двустороннее поражение общих бедренных и подвздошных артерий, но ишемия выражена только на одной конечности?

1. Трансфеморальную ретроградную аортографию по Сельдингеру со стороны наименьшего поражения.
2. Трансфеморальную аортографию по Сельдингеру на стороне поражения.
3. Транслюмбальную аортографию

96. Какой способ ангиографии Вы выберете, если имеется одностороннее поражение общей бедренной и подвздошной артерий?

1. Трансфеморальную ретроградную аортографию по Сельдингеру со здоровой стороны.
 2. Трансфеморальную аортографию по Сельдингеру на стороне поражения.
 3. Транслюмбальную аортографию
97. Можно ли проводить ангиографию через артерию, которая не пульсирует?
1. Да
 2. Нет
98. Можно ли получить изображение артерий нижних конечностей при выполнении обычной рентгенографии?
1. Нет
 2. Изображение получается всегда
 3. Можно, но очень редко при обызвествлении артерий.
99. При какой стадии хронической ишемии нижних конечностей вследствие атеросклероза целесообразно хирургическое лечение?
1. I
 2. IIА
 3. IIБ
 4. III
 5. IV
100. Назовите абсолютные противопоказания для реконструктивной операции при хронической ишемии нижних конечностей вследствие атеросклероза.
1. Пожилой возраст
 2. Хроническая сердечная недостаточность II стадии.
 3. Хроническая сердечная недостаточность IIIА стадии.
 4. Тотальный кальциноз аорты и сосудов нижних конечностей.
 5. Отсутствие проходимости дистального русла
 6. IV стадия заболевания
101. Какие операции возможны при атеросклеротическом поражении бифуркации аорты, подвздошных и общих бедренных артерий?
1. Бифуркационное аортобедренное протезирование синтетическим протезом.
 2. Бифуркационное аортобедренное шунтирование синтетическим протезом.
 3. Аутовенозное аортобедренное шунтирование
102. Какие операции возможны при атеросклеротическом поражении поверхностной бедренной артерии на уровне бедренно-подколенного сегмента?
1. Бедренно-подколенное шунтирование синтетическим протезом.
 2. Аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование.
 3. Поясничная симпатэктомия
 4. Открытая эндартерэктомия
 5. Аутовенозное бедренно-бедренное шунтирование.
103. Из перечисленных препаратов, которые применяются при лечении хронической ишемии нижних конечностей, выберите средства, улучшающие микроциркуляцию и реологические свойства крови.
1. Папаверин
 2. Но-шпа
 3. Компламин.

4. Апдекалин.
5. Курантил.
6. Дилминал.
7. Депо-падутин.
8. Депо-калликреин.
9. Вазоластин.
10. Ацетилсалициловая кислота.
11. Ангинин.
12. Пролектин.
13. Бупатол.
14. Мидокалм.
15. Васкулат.
16. Реополиглюкин.

104. Какие операции применяются при атеросклеротическом поражении артерий голени?

1. Эндартерэктомия
2. Подколенное табиальное аутовенозное шунтирование.
3. Поясничная симпатэктомия
4. Внутриаиерияльная инфузия

105. При облитерирующем тромбангите (облитерирующем эндартериите) преимущественно поражаются:

1. Центральные артерии и вены
2. Периферические артерии и вены

106. Какие факторы способствуют развитию облитерирующего тромбангита?

1. Курение
2. Грибковое поражение кожи, ногтей
3. Охлаждение или отморожение конечностей
4. Гормональные факторы
5. Имунные факторы

107. Какие патологические изменения характерны для облитерирующего тромбангита?

1. Панваскулит
2. Тромбоз
3. Фиброз

108. Поражаются ли сосуды пальцев при облитерирующем эндартериите?

1. Да
2. Нет

109. Укажите характерные причины и признаки облитерирующего тромбангита.

1. Заболевание встречается преимущественно у женщин.
2. Заболевание встречается преимущественно у мужчин.
3. Постоянное курение
4. Мигрирующий флебит поверхностных вен
5. Мигрирующий флебит глубоких вен
6. Ремиссия наблюдается при отказе от курения
7. Ремиссия при отказе от курения не наступает
8. Пульсация на магистральных артериях сохранена.
9. Пульсация на периферических артериях сохранена, но периодически может исчезать.

110. Какие организационные мероприятия и медикаментозные средства следует рекомендовать при лечении облитерирующего тромбангита?

1. Отказ от курения
2. Ношение мягкой теплой обуви
3. Занятие спортом (бег, футбол, фигурное катание).
4. Санация очагов хронической инфекции
5. Противовоспалительная терапия
6. Десенсибилизирующая терапия
7. Антиагреганты
8. Физиотерапевтическое лечение
9. Санаторно-курортное лечение

111. Какие операции возможны при лечении облитерирующего тромбангита (эндартериита)?

1. Поясничная симпатэктомия
2. Аутовенозная пластика
3. Эндартерэктомия
4. Внутриаrтериальная инфузия
5. Ампутация

112. Какие сосуды поражаются при болезни Рейно?

1. Центральные артерии и вены верхних и нижних конечностей.
2. Периферические артерии, артериолы и капилляры пальцев кистей и стоп.

113. Укажите причины, приводящие к синдрому Рейно.

1. Склеродермия
2. Системная красная волчанка
3. Иммунные васкулиты
4. Атеросклероз
5. Тромбангиты
6. Травма артерии
7. Нейроваскулярные заболевания
8. Холодовая травма

114. Укажите симптомы, характерные для болезни Рейно.

1. Гиперемия и гипертермия пальцев конечностей.
2. Побледнение и похолодание пальцев конечностей.
3. Побледнение кончика носа, мочек ушей, подбородка, языка.
4. Цианоз пальцев и кистей рук
5. Зябкость конечностей
6. Парестезия в пальцах
7. Каузалгия в пальцах
8. Вялые параличи мышц предплечья

115. Для какой фазы синдрома Рейно характерен акроцианоз?

1. Первой
2. Второй
3. Третьей

116. Какие методы применяются для диагностики болезни и синдрома Рейно?

1. Термометрия
2. Капилляроскопия

3. Платизмография
4. Термография
5. Ангиография
6. Флебография

117. Укажите, какие лечебные средства применяются для лечения синдрома Рейно.

1. Антидепрессанты
2. Препараты, улучшающие микроциркуляцию
3. Спазмолитики
4. Антипиретики
5. Болеутоляющие средства
6. Антибиотики
7. Иммунодепрессанты
8. Мочегонные средства

118. Влияет ли курение на течение болезни или синдром Рейно?

1. Да
2. Нет

119. Определяется ли при синдроме Рейно верхних конечностей пульс на лучевой артерии?

1. Да
2. Нет

120. Определяется ли при болезни Рейно верхних конечностей пульс на лучевой артерии?

1. Да
2. Нет

121. Какие операции выполняются при синдроме Рейно?

1. Грудная симпатэктомия
2. Эндартерэктомия
3. Аутовенозная пластика

122. Какие операции выполняются при болезни Рейно.?

1. Грудная симпатэктомия
2. Эндартерэктомия
3. Аутовенозная пластика

123. Каковы причины развития аневризмы аорты?

1. Атеросклероз аорты
2. Неспецифический аортоартериит
3. Гнойный плеврит
4. Сифилис
5. Тупая травма живота
6. Операции на аорте
7. Перитонит

124. Укажите наиболее частую локализацию аневризм аорты?

1. Восходящая аорта
2. Дуга аорты
3. Грудобрюшной отдел аорты
4. Брюшной отдел аорты

125. Назовите симптомы, характерные для расслаивающей аневризмы аорты.

1. Острая боль за грудиной
2. Боль в межлопаточной области
3. Миграция боли по ходу позвоночника
4. Двигательное беспокойство
5. Гемипарез
6. Боль в животе
7. Тошнота, рвота
8. Наличие пульсирующего образования в животе
9. Ишемия нижних конечностей
10. Асимметрия пульса и А/Д на руках
11. Гемоперикард
12. Гемоторакс
13. Расширение и двойной контур аорты

126. Супраренальные аневризмы брюшного отдела аорты чаще обусловлены:

1. Аортитом
2. Атеросклерозом

127. Укажите симптомы аневризмы брюшного отдела аорты.

1. Вздутие живота
2. Тупая, неопределенная боль в животе
3. Наличие пульсации и пульсирующего образования в животе.
4. Систолический шум над проекцией образования.
5. Положительные симптомы раздражения брюшины.

128. Перечислите методы диагностики аневризмы аорты.

1. Обзорная рентгенография брюшной полости
2. Обзорная рентгенография на фоне ретропневмоперитонеума.
3. Рентгеноконтрастная ангиография

129. Назовите противопоказания к операции при наличии аневризмы.

1. Преклонный возраст
2. Свежий инфаркт миокарда
3. Недостаточность кровообращения IIБ—III стадии.
4. Окклюзия магистральных артерий нижних конечностей.
5. Свежий инсульт

130. Какая операция показана больному с аневризмой брюшного отдела при интактной ее бифуркации?

1. Внутримешковое наложение прямого протеза
2. Внутримешковое наложение бифуркационного протеза.

131. Укажите правильное соотношение частоты варикозного расширения вен нижних конечностей у женщин и мужчин.

1. 1:1
2. 2:1
3. 1:2

132. При варикозном расширении вен нижних конечностей чаще поражается:

1. Большая подкожная вена

2. Малая подкожная вена

133. Назовите теории, объясняющие механизм варикозного расширения вен нижних конечностей.

1. Наследственно-генетическая
2. Эндокринная
3. Нейротфическая

134. Перечислите факторы, которые приводят к клапанной недостаточности поверхностных вен нижних конечностей.

1. Возрастные изменения венозной стенки
2. Врожденная слабость эластических и мышечных волокон.
3. Механические препятствия оттоку крови
4. Сброс крови из глубокой венозной системы в поверхностную

135. При какой форме гемодинамических нарушений варикозное расширение вен нижних конечностей протекает тяжелее?

1. Сброс крови обусловлен недостаточностью остиальных клапанов большой и малой подкожной вены.
2. Сброс крови обусловлен недостаточностью перфорантных вен.

136. Укажите типичные места локализации варикозно расширенных вен.

1. Область сафенобедренного соустья
2. Граница средней и нижней трети бедра
3. Верхняя треть голени
4. Средняя треть голени
5. Надлодыжечная область
6. Стопа

137. Назовите возможные осложнения варикозного расширения вен нижних конечностей.

1. Тромбоз
2. Тромбофлебит
3. Варикозная язва
4. Дерматит
5. Пигментация кожи
6. Лимфангит
7. Кровотечение

138. Какие мероприятия необходимо назначить при консервативном лечении варикозного расширения вен нижних конечностей?

1. Ношение эластического бинта или чулка
2. Прием препаратов, тонизирующих венозную стенку.
3. Прием препаратов, улучшающих микроциркуляцию тканей.
4. Горячие ножные ванны
5. Холодные ножные ванны

139. Назовите показания к хирургическому лечению варикозного расширения вен нижних конечностей

1. Окклюзия глубоких вен нижних конечностей
2. Прогрессирование субъективных симптомов
3. Пигментация и индурация кожи
4. Дерматит или язва

5. Кровотечение из варикозного узла
6. Большие венозные варикозные узлы
7. Внутрикжные телангиэктазии

140. Перечислите показания к склерозирующей терапии при варикозном расширении вен нижних конечностей

1. При всех формах и стадиях варикозной болезни
2. По строгим показаниям при запущенных стадиях варикозной болезни.
3. По строгим показаниям при начальных формах варикозного расширения вен.

141. Эластический бинт при варикозном расширении вен нижних конечностей накладывается

1. В вертикальном положении больного
2. В горизонтальном положении больного
3. В горизонтальном положении больного и при поднятой ноге.

142. Назовите причины вторичного тромбоза вен.

1. Механическое или термическое повреждение
2. Инфекционные заболевания
3. Аллергические заболевания
4. Опухолевые заболевания
5. Увеличение коагуляционных свойств крови
6. Замедление кровотока в венах
7. Повреждение эндотелия стенки вены
8. Удаление селезенки

143. Есть ли патологические различия между флеботромбозом и тромбофлебитом?

1. Да
2. Нет

144. При какой форме тромбофлебита тромб прикреплен к вене на значительном протяжении?

1. При флеботромбозе
2. При тромбофлебите

145. Для тромбофлебита каких вен характерен местный отек, инфильтрат, боль по ходу вены, гиперемия кожи?

1. Поверхностных
2. Глубоких

146. Может ли тромбофлебит поверхностных вен явиться причиной эмболии легочной артерии?

1. Да
2. Нет

147. Для тромбофлебита каких вен характерен общий отек конечности, выраженная боль и цианоз кожных покровов?

1. Поверхностных
2. Глубоких

148. Укажите название симптома по автору, если при тромбофлебите вен голени, в результате сдавления ее манжеткой до давления в 60—150 мм рт. ст. появляется боль.

- 1.. Мозеса
2. Хоменса
3. Ловенберга

149. Если при тромбозе глубоких вен голени отек распространяется до средней ее трети, то на каком уровне находится тромбоз?

1. На уровне глубоких вен голени
2. На уровне подколенной вены
3. На уровне бедренной вены

150. Если при тромбозе глубоких вен отек распространяется до уровня коленного сустава, на каком уровне находится тромбоз?

1. На уровне глубоких вен голени
2. На уровне подколенной вены
3. На уровне бедренной вены

151. Назовите уровень тромбоза, если имеется отек всей конечности с распространением его на половые органы и на одну половину передней брюшной стенки.

1. Вены голени
2. Подколенная вена
3. Бедренная вена
4. Подвздошная вена
5. Нижняя полая вена

152. Назовите уровень тромбоза, если имеется отек обеих конечностей с распространением его на переднюю брюшную стенку.

1. Вены голени
2. Подколенная вена
3. Бедренная вена
4. Подвздошная вена
5. Нижняя полая вена

153. К какой форме относится тромбоз подвздошно-бедренного сегмента вен, сопровождающийся отсутствием пульсации периферических и центральных артерий?

1. Легкой
2. Среднетяжелой
3. Тяжелой
4. Псевдоэмболической

154. Укажите методы диагностики тромбоза глубоких вен

1. Измерение венозного давления
2. Допплерография
3. Радионуклидная флебография
4. Флебография

155. Какие мероприятия используются при лечении тромбоза глубоких вен во время острой стадии?

1. Строгий постельный режим
2. Возвышенное положение конечности
3. Эластическая компрессия бинтом с первых суток после начала заболевания.
4. Эластическая компрессия бинтом спустя 7 дней после начала заболевания.
5. Гепарин с первых часов госпитализации

6. Тромболитические препараты (фибринолизин, стрептокиназа, стрептодеказа) в первые трое суток заболевания.

7. Тромболитические препараты (фибринолизин, стрептокиназа, стрептодеказа) с четвертых суток заболевания.

156. Назовите показания к хирургическому лечению при тромбозе глубоких вен.

1. Массивный илеофemorальный тромбоз с голубой флегмазией.
2. Илеофemorальный тромбоз с клиникой микроэмболии легочной артерии.
3. Илеофemorальный тромбоз с клиникой тромбоза тазовых вен.

157. Какие операции выполняются при тромбозе глубоких вен?

1. Прямая тромбэктомия
2. Пликация вен
3. Перевязка вен
4. Фасциотомия
5. Непрямая тромбэктомия

158. Острый илеофemorальный тромбоз, часто возникает в последние недели беременности. Возможно ли родоразрешение естественным путем при возникновении такого осложнения?

1. Да
2. Нет

159. Какие операции выполняются при остром тромбозе поверхностных вен?

1. Комбинированная венэктомия
2. Изолированная флебэктомия пораженного участка
3. Прямая и непрямая флебэктомия

160. Посттромбозный синдром (ПТФС) протекает стадийно. Какая стадия соответствует сроку 1—2 года с момента заболевания?

1. Начальная стадия возникновения тромба
2. Стадия завершившейся реканализации
3. Стадия вторичных изменений венозной системы.

161. При какой стадии ПТФС возникает хроническая венозная недостаточность?

1. I
2. II
3. III

162. При какой степени хронической венозной недостаточности имеется выраженная отечность конечности, локальное варикозное расширение вен, пигментация и индурация кожи?

1. I
2. II
3. III

163. Укажите, какие варианты ПТФС возможны по характеру поражения глубоких вен.

1. Оклюзионный
2. Реканализированный
3. Смешанный

164. В течение какого срока должна проводиться эластическая компрессия бинтом у больных с ПТФС?

1. 1—2 месяца
2. 4—6 месяцев
3. 1 год
4. Всю жизнь

165. Укажите, какие лечебные мероприятия применяются при лечении ПТФС в I стадию заболевания.

1. Ношение эластического бинта
2. Антиагреганты (аспирин, трентал, курантил)
3. Слабые тромболитики (теоникол, компламин)
4. Троксвазин, венорутон (и их аналоги)
5. Физиотерапевтические процедуры

166. В какую стадию ПТФС показано хирургическое лечение?

1. I
2. II
3. III

167. При какой форме ПТФС операция категорически противопоказана?

1. Окклюзионной
2. Реканализованной
3. Смешанной

168. Можно ли при реканализованной форме ПТФС выполнять комбинированную венэктомию?

1. Да
2. Нет

169. Какие операции выполняются при смешанной форме ПТФС?

1. Комбинированная венэктомия
2. Операция Пальма-Эсперона
3. Локальная флебэктомия
4. Аутовенозное шунтирование
5. Операция Линтона

170. Возможно ли радикальное излечение от ПТФС?

1. Да
2. Нет

171. Укажите смертельные уровни окклюзии нижней полой вены.

1. Общие подвздошные вены
2. Нижняя полая вена ниже почечных вен
3. Нижняя полая вена на уровне почечных вен
4. Нижняя полая вена выше почечных вен
5. Нижняя полая вена на уровне печеночных вен

172. Что входит в понятие операции разобщения венозных систем конечностей?

1. Комбинированная венэктомия
2. Вмешательство на перфорантных венах
3. Вмешательство на устьях большой и малой подкожных вен

4. Резекция задних большеберцовых вен

173. Назовите причины синдрома Педжета-Шретера.

1. Хроническая травма подключичной вены
2. Пункция и катетеризация подключичной вены
3. Сдавление вены опухолью
4. Сдавление вены гематомой

174. Какие проявления характерны для синдрома Педжета-Шретера?

1. Отек всей верхней конечности, надключичной области, шеи.
2. Отек верхней конечности от кисти до плечевого сустава
3. Отек верхней конечности от кисти до локтевого сустава.
4. Ослабление пульсации на лучевой артерии
5. Бледность кожных покровов
6. Онемение
7. Парестезия
8. Цианоз кожных покровов
9. Наличие подкожно расширенных вен на плече и верхней половине грудной клетки.

175. Показано ли оперативное лечение при острой стадии синдрома Педжета-Шретера?

1. Да
2. Нет

176. Назовите заболевания, при которых наблюдается синдром верхней полой вены (ВПВ).

1. Тромбоз ВПВ
2. Перевязка ВПВ
3. Сдавление ВПВ
4. Медиастинит
5. Флегмона шеи
6. Туберкулез шейных лимфоузлов

177. Назовите клинические проявления синдрома ВПВ.

1. Отечность лица
2. Отечность шеи
3. Отечность плечевого пояса и рук
4. Носовые кровотечения
5. Одышка
6. Головная боль
7. Вынужденное положение больного в постели
8. Понижение ЦВД
9. Повышение ЦВД

178. Какое лечение применяется при синдроме верхней полой вены?

1. Консервативное
2. Оперативное

Модуль № 11. Хирургическая инфекция.

Вопросы исходного уровня знаний

01. К условиям, благоприятствующим развитию гнойной микрофлоры при проникновении ее в организм, относятся все перечисленные, кроме
 - а) наличия целостности эпидермиса кожи или эпителия слизистых
 - б) проникновения нескольких видов микробов-синергистов
 - в) дефектов кожи или слизистых
 - г) наличия в зоне травмы разможженных тканей
 - д) проникновения микробов повышенной вирулентности
02. Проникновение гнойной микрофлоры вызывает со стороны тканей реакцию, выражающуюся всем перечисленным, кроме
 - а) артериальной гиперемии
 - б) венозного стаза
 - в) появления болей
 - г) местного повышения температуры
 - д) потери чувствительности
03. Фурункул, как правило, вызывается
 - а) стрептококком
 - б) стафилококком
 - в) гонококком
 - г) синегнойной палочкой
 - д) протеем
04. Лечение фурункула включает все перечисленное, кроме
 - а) протирания окружающей кожи 70° спиртом
 - б) при наличии некроза - выдавливание
и повязка с гипертоническим раствором поваренной соли
 - в) обкладывания пенициллином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата
 - г) сульфаниламидных препаратов внутрь
 - д) ультрафиолетового облучения
05. При карбункуле шеи показано все перечисленное, кроме
 - а) согревающего компресса с мазью Вишневского
 - б) антибиотиков внутримышечно
 - в) сульфаниламидных препаратов внутрь
 - г) витаминотерапии
 - д) ультрафиолетового облучения
06. Возбудителем гидраденита чаще всего является
 - а) стрептококк
 - б) протей
 - в) стафилококк
 - г) синегнойная палочка
 - д) кишечная палочка
07. Гидраденит чаще всего локализуется
 - а) в подмышечной впадине
 - б) в генитальной и перианальной области
 - в) в области пупка

- г) в области ягодичной складки
 - д) правильно а) и б)
08. При наличии гидраденита применяют все перечисленное, за исключением
- а) антибиотиков
 - б) обработки кожи в области поражения 2% борным спиртом
 - в) рентгенотерапии
 - г) гемотрансфузии
 - д) иммунотерапии
09. Абсцесс от инфильтрата отличается наличием
- а) боли
 - б) гипертермии
 - в) флюктуации
 - г) гиперемии кожи
 - д) лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
10. Эризипелоид отличается от рожи
- а) локализацией
 - б) наличием зуда
 - в) нарушением функции органа
 - г) отсутствием гипертермии и локальной болезненности
 - д) правильно б) и г)
11. В начальной серозной стадии острого мастита не применяются
- а) разрез
 - б) предупреждение застоя молока
 - в) антибактериальная терапия
 - г) ультразвуковая терапия
 - д) ретромаммарная пенициллиновокаиновая блокада
12. Различают все перечисленные виды панарициев, кроме
- а) кожного
 - б) подкожного
 - в) сухожильного
 - г) костного
 - д) ладонного
13. Осложнением подкожного панариция 3-го пальца левой кисти может быть все перечисленное, кроме
- а) сухожильного панариция
 - б) костного панариция
 - в) суставного панариция
 - г) флегмоны кисти
 - д) флегмоны предплечья
14. Опасностью подкожного панариция 2-й фаланги мизинца может быть все перечисленное, кроме
- а) развития тендовагинита
 - б) некроза сухожилия сгибателя пальца
 - в) развития флегмоны предплечья
 - г) развития флегмоны плеча

- д) жировой эмболии сосудов легких
15. В этиологии парапроктита характерно проникновение инфекции в параректальную клетчатку всеми перечисленными путями, кроме
- а) трещины заднего прохода
 - б) воспаленных геморроидальных узлов
 - в) бытового пути
 - г) повреждения слизистой оболочки прямой кишки
 - д) расчесов в области заднего прохода
16. Для седалищно-ректальных абсцессов характерны все перечисленные симптомы, кроме
- а) пульсирующих болей
 - б) высокой температуры
 - в) кровяных выделений из прямой кишки
 - г) озноба
 - д) отека и гиперемии кожи в области промежности
17. При остром гнойном парапроктите показано все перечисленное, за исключением
- а) жидкой диеты
 - б) настойки опия
 - в) антибиотикотерапии
 - г) местного применения кристаллов салициловой кислоты
 - д) вскрытия гнойника
18. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются
- а) стафилококком
 - б) пневмококком
 - в) протеем
 - г) синегнойной палочкой
 - д) гемолитическим стрептококком
19. При лечении фурункула в первой фазе воспаления применяют все перечисленное, кроме
- а) обкладывания фурункула раствором антибиотика, растворенного на новокаине
 - б) физиолечения токами УВЧ
 - в) вскрытия очага воспаления
 - г) высококалорийного питания
 - д) иммунокорригирующей терапии
20. При фурункуле лица с высокой температурой применяется
- а) строгий постельный режим
 - б) широкое раскрытие гнойного очага
 - в) прием пищи в жидком состоянии
 - г) инфузионная дезинтоксикационная терапия
 - д) правильно а) и в)
21. При карбункуле лечение в поликлинике включает
- а) антибактериальную терапию
 - б) обкалывание очага воспаления антибиотиком
 - в) госпитализацию больного
 - г) операцию - вскрытие гнойника

- д) срочный анализ крови
22. Сетчатый лимфангиит отличается от рожи
- поражением всех слоев кожи
 - поражением в основном слизистой оболочки
 - локализацией инфекции в сосочковом слое кожи
 - отсутствием гиперемии кожи
 - отсутствием повышения температуры тела
23. Для гнойного тендовагинита 4-го пальца кисти не характерны
- резкая болезненность по ходу ладонной поверхности кисти
 - повышение температуры
 - отек тыла кисти
 - болезненность в области шиловидного отростка луча
 - фиксированное положение пальцев в положении легкого сгибания
24. Надапоневротическая флегмона ладони характеризуется всем перечисленным, кроме
- небольшого отека тыла кисти
 - болезненности при пальпации ладонной поверхности
 - флюктуации
 - резкого ограничения подвижности средних пальцев
25. К осложнениям при оперативном лечении гнойного паротита относится
- формирование свища
 - развитие флегмоны шеи
 - развитие остеомиелита нижней челюсти
 - парез ветвей лицевого нерва
 - парез ветвей тройничного нерва
26. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются все перечисленные, кроме
- гнойного медиастенита
 - гнойного менингита
 - сдавления дыхательных путей
 - прорыва гноя в пищевод
 - сепсиса
27. После установления диагноза острого гнойного медиастенита в первую очередь необходимы
- массивная антибиотикотерапия
 - иммунотерапия
 - дезинтоксикационная терапия
 - хирургическое лечение
 - гемотрансфузия
28. При вскрытии гнойника пространства Пирогова глубина разреза распространяется до
- подкожной клетчатки
 - поверхностной фасции предплечья
 - квадратного пронатора
 - поверхностного сгибателя пальцев
 - глубокого сгибателя пальцев

29. Для карбункула верхней губы характерным осложнением является
- а) сепсис
 - б) некроз кожи
 - в) тромбоз мозговых синусов
 - г) остеомиелит верхней челюсти
 - д) тромбоз сонной артерии
30. Основным отличием эризипелоида от панариция является
- а) отсутствие гипертермии
 - б) наличие гиперемии кожи и отека пальца
 - в) отсутствие локальной болезненности
 - г) выраженный зуд в области припухлости
 - д) правильно в) и г)
31. При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частое осложнение
- а) остеомиелит
 - б) тромбофлебит
 - в) периостит
 - г) лимфостаз
 - д) сепсис
32. При гнилостном парапроктите целесообразно применение
- а) клафорана
 - б) гентамицина
 - в) вибрамицина
 - г) метроджила и клиндамицина
 - д) любого из перечисленных антибиотиков
33. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка
- а) в первые 6 часов после травмы
 - б) спустя 12 часов после травмы
 - в) до 18 часов после травмы
 - г) через 24-36 часов после травмы
34. Отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее в период
- а) спустя 6 часов после травмы
 - б) до 18 часов после травмы
 - в) 18-24 часа после травмы
 - г) 24-48 часов после травмы
 - д) спустя 48 часов после травмы
35. Поздняя хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее после ранения в сроки
- а) 18-24 часа после травмы
 - б) 24-36 часов после травмы
 - в) 36-48 часов после травмы
 - г) 48-72 часа после травмы
 - д) позже 72 часов после травмы

036. Главными отрицательными сторонами

- "консервативного" (тампонного) метода лечения гнойной раны является
- а) недостаточное раскрытие и дренирование гнойной раны
 - б) недостаточное антимикробное воздействие на рану
 - в) невозможность ограничить распространение гнойной инфекции
 - г) длительность сроков лечения и плохие функциональные результаты лечения
37. В структуре хирургической инфекции последних лет характерно превалирование
- а) грамотрицательной микрофлоры
 - б) грамположительной микрофлоры
 - в) существенного различия нет
38. Внутригоспитальная инфекция - это в основном
- а) грамотрицательная микрофлора
 - б) грамположительная микрофлора
 - в) и та, и другая
39. Тактика лечения "чистой" и "гнойной" раны
- а) не имеет принципиального различия
 - б) имеет принципиальное различие
40. Фазовое течение раневого процесса в "чистых" и "гнойных" ранах
- а) имеет качественное различие
 - б) имеет количественное различие
 - в) и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
41. Клиника заживления наиболее ярко выражена при наложении на гнойную рану после хирургической обработки
- а) первичных швов
 - б) вторичных швов
 - в) существенной разницы не определяется
42. Развитие осложнений в зашитой гнойной ране наиболее вероятно
- а) в первой фазе заживления
 - б) во второй фазе заживления
 - в) в третьей фазе заживления
 - г) в любой из перечисленных
43. Заживление раны вторичным натяжением - это
- а) заживление через нагноение
 - б) заживление через грануляции
 - в) заживление по струпом
 - г) все перечисленное
44. Эпителизация краев раны, заживающей вторичным натяжением, начинается
- а) в первой фазе заживления
 - б) во второй фазе заживления
 - в) в третьей фазе заживления
45. Лечение раны в первой фазе заживления включает
- а) противовоспалительную терапию
 - б) стимулирование роста грануляций

- в) стимулирование процессов очищения раны, создание покоя ране
 - г) адаптация краев раны
 - д) правильно а) и в)
46. При заживлении раны вторичным натяжением целесообразным во второй фазе является
- а) противовоспалительное лечение
 - б) стимулирование роста грануляций
 - в) стимулирование процессов очищения раны
 - г) создание покоя ране и адаптация краев раны
 - д) кожная пластика раневой поверхности
47. Активное дренирование гнойной раны - это
- а) отток гноя по дренажной трубке по силе тяжести
 - б) отток гноя по капиллярному дренажу
 - в) длительное промывание раны через дренажную трубку
 - г) длительное дренирование раны с постоянной вакуумаспирацией
 - д) правильно в) и г)
48. Госпитальная инфекция за последние годы
- а) не наблюдается
 - б) наблюдается редко
 - в) наблюдается часто
 - г) имеет тенденцию к учащению
 - д) правильно в) и г)
49. Главным возбудителем госпитальной инфекции является
- а) стафилококк
 - б) грамотрицательная флора
 - в) анаэробные микроорганизмы
 - г) стрептококк
50. Длительное применение антибиотиков с профилактической целью влияет на число больных с госпитальной инфекцией
- а) значительно уменьшая их число
 - б) незначительно уменьшая их число
 - в) не уменьшая
51. Нежелательные последствия длительного применения антибиотиков можно объяснить
- а) ослаблением организма
 - б) созданием устойчивой к антибиотикам флоры
 - в) и то, и другое
52. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде являются
- а) сахарный диабет
 - б) предшествующие инфекционные заболевания
 - в) ожирение
 - г) авитаминоз
 - д) правильно а) и б)

53. Факторами риска в период наркоза и проведения операции, способствующими развитию госпитальной инфекции, являются
- а) кровопотери
 - б) ухудшение микроциркуляции крови
 - в) травматичность операции
 - г) все перечисленное
54. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в раннем послеоперационном периоде, являются
- а) гипоксия
 - б) невосполненная кровопотеря
 - в) раннее вставание
 - г) правильно а) и б)
 - д) все перечисленное
55. Развитие госпитальной инфекции особенно опасно в возрасте
- а) до 9 лет
 - б) от 25 до 40 лет
 - в) старше 60 лет
 - г) правильно а) и в)
 - д) правильно а) и б)
56. Применение стероидных гормонов
- а) способствует развитию госпитальной инфекции
 - б) уменьшает развитие госпитальной инфекции
 - в) не влияет на развитие госпитальной инфекции
 - г) закономерности не отмечается
57. Нормализации раневого процесса при сахарном диабете способствует
- а) применение антибиотиков
 - б) раннее вставание
 - в) сосудорасширяющие препараты
 - г) рациональная инсулинотерапия
58. Гнойные осложнения чаще возникают при следующих доступах к органам грудной полости
- а) в 3-м межреберье
 - б) в 8-м межреберье
 - в) при стернотомии
 - г) четкой зависимости не отмечается
59. Частота госпитальной инфекции объясняется
- а) ростом контингента больных пожилого и старшего возраста
 - б) масштабностью современных хирургических вмешательств
 - в) обширной лекарственной терапией, применяемой до операции
 - г) всеми перечисленными причинами
60. Наиболее частым проявлением госпитальной инфекции в послеоперационном периоде является
- а) плохой аппетит
 - б) гипотония
 - в) нагноение раны

- г) все перечисленные причины
61. Рана с поздно возникающими, вялыми, бледными, легко ранимыми грануляциями, характерна
 - а) при инфекции синегнойной палочки
 - б) при стафилококковой инфекции
 - в) при той, и при другой
 - г) ни при той, ни при другой
 62. Больному сахарным диабетом, получающему инсулин, при лечении гнойной раны
 - а) показано применение протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина)б)
 - не показано применение ферментов
 - в) применение фермента решается индивидуально
 63. Наложение вторичных швов на раны у больных сахарным диабетом допустимо с учетом всего перечисленного, кроме
 - а) тяжести сахарного диабета
 - б) характера грануляций
 - в) постельного режима больного
 - г) наличия в ране микрофлоры
 64. В комплекс мероприятий по профилактике госпитальной инфекции включается
 - а) воздействие на больного, как на источник экзогенной инфекции
 - б) воздействие на окружающего больного предметы (источники экзогенной инфекции)
 - в) атравматическая операция
 - г) все перечисленное
 65. Для экстренной специфической профилактики госпитальной инфекции применяются
 - а) антистафилококковый иммуноглобулин
 - б) антистафилококковая плазма
 - в) стафилококковый адсорбированный анатоксин
 - г) все перечисленное
 66. Операцию артротомии при гнойном артрите производят
 - а) при обширном разрушении суставных концов костей
 - б) при многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта
 - в) при наличии гноя в полости сустава
 - г) при разрушении связочного аппарата сустава
 - д) при резко выраженном болевом синдроме
 67. В лечении острого гнойного артрита применяется все перечисленное, за исключением
 - а) антибактериальной терапии
 - б) повторных пункций сустава
 - в) гемотрансфузии
 - г) оксигаротерапии
 68. К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся все перечисленные, исключая
 - а) боли
 - б) нарушения функции сустава

- в) деформацию сустава
 - г) выраженную гиперемию кожи
 - д) прогрессирующую мышечную атрофию конечностей
69. Столбняк - это заболевание, которое не начинается обычно
- а) с головных болей
 - б) с раздражительности
 - в) с обильной потливости
 - г) с клонических судорог
 - д) с болей в области раны
70. Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со всеми следующими характерными симптомами, кроме
- а) распространенных судорог мышц туловища и конечностей
 - б) повышения температуры тела до 42°C
 - в) отсутствия сознания
 - г) резко выраженной тахикардии
 - д) задержки мочеиспускания
71. Основные клинические признаки острой фазы столбняка (верно все, кроме одного)
- а) тяжелое общее состояние больного, связанное с интоксикацией
 - б) наличие у больного сардонической улыбки
 - в) резкая возбудимость поперечно-полосатой мускулатуры
 - г) вялые параличи мышц ниже места поражения
- в связи с избирательным воздействием столбнячного токсина на нервную ткань
- д) задержка мочи
72. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо во всех перечисленных случаях, кроме
- а) ушибленной раны головы
 - б) термического ожога бедра 2-й степени
 - в) острого гангренозного аппендицита
 - г) открытого перелома плеча
 - д) закрытого перелома голени
73. При лечении столбняка применяется все перечисленное, кроме
- а) противостолбнячной сыворотки
 - б) столбнячного анатоксина
 - в) мышечных релаксантов
 - г) хлоралгидрата
 - д) нейролептиков
74. В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны все перечисленные мероприятия, за исключением
- а) экстренной операции
 - б) введения антибиотиков
 - в) переливания крови
 - г) введения витаминов
 - д) создания функционального покоя пораженной области
75. При остром гнойном остеомиелите возможны все перечисленные виды оперативного вмешательства, кроме

- а) вскрытия флегмоны
 - б) рассечения надкостницы
 - в) трепанации костно-мозговой полости
 - г) секвестрэктоми
 - д) костно-пластической ампутации
76. Чаще всего гематогенный остеомиелит локализуется
- а) в плечевой кости
 - б) в костях предплечья
 - в) в бедренной и большеберцовой кости
 - г) в костях черепа
 - д) в груди
77. К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита относятся
- а) травма кости
 - б) общее или местное охлаждение
 - в) перенесенные инфекции
 - г) наличие гнойно-воспалительного процесса
 - д) авитаминоз
78. В случаях, когда экссудат в кости не превращается в гной и воспалительный процесс останавливается в стадии серозного процесса, возможно развитие
- а) абсцесса Броди
 - б) остеомиелита Оллье
 - в) остеомиелита Гарра
 - г) всех перечисленных форм
79. Важнейшими симптомами острого гематогенного остеомиелита являются (верно все, кроме одного)
- а) гипертермия до 39°C
 - б) лейкоцитоз
 - в) головная боль
 - г) нарушение функции конечности
 - д) сильная боль в пораженной конечности
80. Наиболее точно зону поражения кости удастся определить
- а) рентгенологическими исследованиями
 - б) с помощью фистулографии
 - в) компьютерной томографией
 - г) методами радиоактивного скенирования с применением радиоактивного технеция
 - д) правильно в) и г)
81. В начальной стадии гематогенного остеомиелита показано все перечисленное, за исключением
- а) экстренной операции
 - б) переливания крови
 - в) антибактериальной терапии
 - г) стимуляции иммунозащитных сил организма
 - д) иммобилизации конечности
82. Первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите

- чаще локализуется
- а) в эпифизе
 - б) в метафизе
 - в) в диафизе
 - г) во всех отделах кости
83. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается
- а) нижний метафиз бедра
 - б) верхний метафиз бедра
 - в) нижний метафиз голени
 - г) верхний метафиз голени
 - д) правильно а) и г)
84. Клинический острый гематогенный остеомиелит проявляется
- а) повышением артериального давления
 - б) повышением температуры тела
 - в) головокружением
 - г) болезненностью в зоне поражения кости
 - д) правильно б) и г)
85. Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются
- а) лейкоцитоз
 - б) лимфоцитоз
 - в) нейтрофилия
 - г) моноцитоз
 - д) правильно а) и в)
86. Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются все перечисленные, за исключением
- а) анемии
 - б) лейкоцитоза
 - в) ускоренной СОЭ
 - г) замедленной СОЭ
 - д) гипоальбуминемии
87. Ранние рентгенологические признаки в виде линейных просветлений в субэпифизарной зоне при остром гематогенном остеомиелите появляются
- а) на 5-6 день заболевания
 - б) на 7-10 день заболевания
 - в) на 11-14 день заболевания
 - г) на 15-18 день заболевания
 - д) в более поздние сроки
88. Рентгенологические проявления в виде остеопороза кости при остром гематогенном остеомиелите наблюдаются
- а) через 5-7 дней от начала заболевания б) через 8-12 дней от начала заболевания
 - в) через 2-3 недели от начала заболевания г) через 4-5 недель от начала заболевания
 - д) через 6-7 недель от начала заболевания

89. В первые дни возникновения острого гематогенного остеомиелита показаны
 а) мазовые повязки
 б) массивная антибиотикотерапия
 в) десенсибилизирующая терапия
 г) физиолечение
 д) правильно б) и в)
90. При остром гематогенном остеомиелите с формированием поднадкостничного абсцесса показано следующее оперативное лечение
 а) поднадкостничная пункция абсцесса и установление промывных дренажей
 б) вскрытие поднадкостничного абсцесса и дренирование раны
 в) вскрытие поднадкостничного абсцесса, внутрикостное введение антибиотиков, остеотомия, установление промывных дренажей
 г) вскрытие поднадкостничного абсцесса, широкая остеотомия, тампонирование костной полости
91. При остром гематогенном остеомиелите с формированием подкожной флегмоны показано
 а) вскрытие флегмоны и дренирование ее
 б) вскрытие флегмоны, остеотомия, дренирование костной полости и межмышечных пространств
 в) вскрытие флегмоны, остеотомия, тампонирование раны
 г) вскрытие флегмоны, остеотомия, дренирование ран, внутрикостное введение антибиотиков
92. При остром гематогенном остеомиелите возможны все следующие осложнения, кроме
 а) патологических переломов костей
 б) сепсиса
 в) межмышечных флегмон
 г) гнойного артрита
 д) вывиха в суставе
93. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются
 а) в печени
 б) в легких
 в) в селезенке
 г) в головном мозгу
 д) в сердце
94. Предрасполагающими факторами возникновения острого гематогенного остеомиелита являются все перечисленные, за исключением
 а) переломов кости
 б) ушиба конечности
 в) локального переохлаждения конечности
 г) перенесенной накануне инфекции
95. Острый гематогенный остеомиелит - это проблема
 а) детского и подросткового возраста

- б) взрослого трудоспособного возраста
 - в) пожилого возраста
 - г) всех возрастных групп
96. Исходом острого гематогенного остеомиелита является переход его в хроническую стадию, которая проявляется всем перечисленным, кроме
- а) деформации конечности
 - б) наличия свища
 - в) наличия секвестра
 - г) варикозного расширения вен или эндартериита сосудов конечности
97. Лечение хронического гематогенного остеомиелита включает
- а) введение антибиотиков
 - б) оперативное лечение
 - в) общеукрепляющее лечение
 - г) введение в свищ склерозирующих лекарственных препаратов
 - д) рентгенотерапию
98. При хирургическом лечении хронического гематогенного остеомиелита предпочтение следует отдать
- а) выскабливанию свищевого хода
 - б) остеотомии и дренированию костной полости
 - в) остеотомии с удалением секвестра и тампонадой жировой клетчаткой
 - г) широкой остеотомии с удалением секвестра, тампонадой полости мышечным лоскутом на ножке и аутоостеопластикой
99. В диагностике хронического гематогенного остеомиелита используются все следующие методы исследования, кроме
- а) лимфографии и ангиографии
 - б) контрастной фистулографии
 - в) томографии кости
 - г) ультразвукового исследования
100. Наиболее точно зону поражения кости при хроническом гематогенном остеомиелите удастся определить с помощью
- а) обзорной рентгенографии
 - б) контрастной фистулографии
 - в) ультразвукового исследования
 - г) томографии и компьютерной томографии кости
101. К первичному хроническому остеомиелиту следует отнести
- а) абсцесс Броди
 - б) склерозирующий остеомиелит Гарра
 - в) альбуминозный остеомиелит Олье - Понсе
 - г) послетифозный остеомиелит
 - д) все перечисленные виды
102. При колибациллярном сепсисе наиболее целесообразным является применение
- а) натриевой соли бензилпенициллина
 - б) гентамицина
 - в) стрептомицина

- г) фурагина
 - д) хлорамфеникола
103. Отличительным критерием септикопиемии от септицемии является
- а) бактериемия
 - б) снижение иммунологической реактивности организма
 - в) гнойно-резорбтивная лихорадка
 - г) токсинемия
 - д) наличие метастатических гнойников
104. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются
- а) пероральный
 - б) внутримышечный и внутривенный
 - в) внутривенный и эндолимфатический
 - г) внутрикостный и внутримышечный
 - д) эндолимфатический
105. Антибактериальную терапию при сепсисе следует начинать
- а) при положительных посевах крови
 - б) после получения антибиотикограмм
 - в) при обнаружении первичного очага или метастатических гнойников
 - г) с момента установления диагноза
 - д) при неадекватном вскрытии первичного очага
106. При стафилококковом сепсисе из антибактериальных препаратов наиболее целесообразно применять
- а) "природные" пенициллины
 - б) цефалоспорины и полусинтетические пенициллины
 - в) нитрофураны и макролиды
 - г) полусинтетические пенициллины
 - д) макролиды
107. Для местного лечения раны, инфицированной палочкой сине-зеленого гноя, целесообразно использовать все перечисленные препараты, за исключением
- а) раствора полимиксина
 - б) борной кислоты
 - в) масляно-бальзамического линимента по Вишневскому и метилурациловой мази
 - г) диоксидина
108. При синегнойном сепсисе целесообразно применять
- а) оксациллин
 - б) фурагин
 - в) гентамицин и клиндамицин
 - г) метроджил
 - д) все перечисленное
109. Окончательный выбор антибактериального препарата для лечения сепсиса определяется видом возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам, полученным
- а) в содержимом первичного очага б)
 - при посевах крови
 - в) при посевах мочи

- г) в гное из метастатических гнойников
 - д) при посевах мокроты
110. Антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса следует применять
- а) внутривенно
 - б) ректально
 - в) внутримышечно
 - г) местно в рану
 - д) внутриартериально
111. Палочка сине-зеленого гноя в ране может быть обнаружена
- а) при синегнойном сепсисе
 - б) при стафилококковом сепсисе
 - в) при протейном сепсисе
 - г) при анаэробном сепсисе
 - д) во всех перечисленных ситуациях
112. Нецелесообразность терапии стафилококкового сепсиса бензилпенициллином обусловлена
- а) быстрой элиминацией препарата из организма
 - б) изменением свойств возбудителя в процессе лечения
 - в) преобладанием пенициллиназопродуцирующих штаммов стафилококка
 - г) высокой токсичностью препарата
 - д) возможностью развития эндотоксического шока
113. При анаэробном неклостридиальном сепсисе целесообразно применение следующих препаратов, кроме
- а) эритромицина и фурагина
 - б) ампиокса и метроджила
 - в) фурагина и клиндамицина
 - г) метроджила и эритромицина
 - д) клиндамицина (далацина "Ц")
114. Активную иммунизацию при стафилококковом сепсисе следует проводить с помощью
- а) антистафилококкового бактериофага
 - б) нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина
 - в) антистафилококковой плазмы
 - г) антистафилококкового иммуноглобулина
 - д) всего перечисленного
115. Для первичного очага при сепсисе характерно наличие следующих признаков
- а) "сочные" грануляции и краевая эпителизация
 - б) обильное гнойное отделяемое
 - в) выраженная отечность краев раны
 - г) вялые грануляции
 - д) правильно в) и г)
116. В отношении первичного очага при сепсисе правильной является следующая тактика
- а) вскрытие гнойника следует производить только при неэффективности консервативных мероприятий

- б) пункционное лечение
 - в) вскрытие и дренирование гнояника из минимального разреза
 - г) широкое вскрытие гнояника с иссечением гнойно-некротических тканей, первичный глухой шов раны с аспирационно-промывным дренированием или ведение раны открытым способом
117. При появлении признаков кровоточивости (геморрагического диатеза) при сепсисе следует применять
- а) большие дозы аскорбиновой кислоты
 - б) гордокс и Е-аминокапроновую кислоту
 - в) фибринолизин
 - г) аспирин
118. Клиническая классификация сепсиса включает все следующие формы, кроме
- а) послеоперационного
 - б) рецидивирующего
 - в) хронического
 - г) острого
 - д) молниеносного
119. К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относятся все перечисленные, кроме
- а) вскрытия гнойного очага
 - б) ограниченного введения жидкости
 - в) внутримышечного введения антибиотиков
 - г) переливания крови
 - д) введения витаминов
120. Для септикопиемии характерны
- а) общая слабость, истощение организма
 - б) метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани
 - в) резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных гнойных метастазов
 - г) гектическая температура
 - д) относительное стихание процесса к концу образования гнойных метастазов
121. К осложнениям сепсиса относятся все перечисленные, кроме
- а) септических кровотечений
 - б) тромбоэмболии артерий конечностей или внутренних органов
 - в) асцита, анасарка
 - г) септического эндокардита
 - д) пневмонии

Модуль № 11. Хирургическая инфекция.

Вопросы конечного уровня знаний

1. Укажите грамотрицательные микроорганизмы — возбудителей гнойной хирургической инфекции.
1. Стафилококки.
 2. Стрептококки
 3. Пневмококки
 4. Кишечная палочка
 5. Синегнойная палочка
 6. Протей

2. Группа неклостридиальных анаэробов относится:
 1. К непатогенным возбудителям
 2. К патогенным возбудителям
 3. К условно патогенным возбудителям.
3. Какие факторы способствуют развитию гнойной инфекции?
 1. Внедрение в организм патогенных микробов
 2. Вирулентность микроорганизмов
 3. Ослабление иммунитета
 4. Вид возбудителя
4. Укажите возможные пути проникновения микробов в организм.
 1. Через поврежденную кожу.
 2. Через поврежденную слизистую
 3. Эндогенно по лимфатическим сосудам
 4. Эндогенно по кровеносным сосудам
5. Раны после вскрытия абсцессов, флегмон, карбункулов, маститов относятся:
 1. К первично-гнойным
 2. К вторично-гнойным
6. В течение раневого процесса выделяют стадию воспаления, образования грануляционной ткани, эпителизации. Эти три стадии проходят: •
 1. Любые раны
 2. Заживающие только вторичным натяжением
 3. Заживающие только первичным натяжением
7. Какие из перечисленных ниже тестов могут быть использованы для оценки состояния защитных сил организма в прогнозировании развития и течения раневой инфекции?
 1. Проба с трипаповым синим
 2. Проба с краской Тильманса
 3. Изучение бактерицидности кожных покровов
8. Общие клинические проявления гнойных ран:
 1. Специфичные
 2. Неспецифичные
9. Укажите признаки гнойной раны при сепсисе.
 1. Отек краев раны
 2. Грануляции серые, легко кровоточат
 3. Края эпителизации отсутствуют
 4. Края эпителизации выражены
 5. Рана заполнена гипергрануляциями
 6. Рана покрыта плотным гнойно-фибринозным налетом (сухая рана).
 7. Резкая болезненность при отделении корочек с поверхности раны.
10. Гнилостная инфекция в ране чаще бывает:
 1. Самостоятельной
 2. Носит вторичный характер
11. Назовите общие признаки присоединения гнилостной инфекции.

1. Выраженный озноб
 2. Повторный озноб при отсутствии болевых ощущений в ране.
 3. Нарастание обезвоживания
 4. Нарастание интоксикации
 5. Специфический запах разлагающихся тканей
12. Перечислите местные признаки гнойной раны при развитии гнилостной инфекции.
1. Поверхность раны сухая
 2. Наличие в ране некротизированных тканей
 3. Мышцы серые, тусклые
 4. Отделяемое ран грязно-серого, бурого цвета
 5. Резкий запах из раны
 6. Окружающая рану кожа и подкожная клетчатка покрыты грязно-зелеными пятнами.
13. Укажите признаки течения гнойных ран.
1. Местная воспалительная реакция
 2. Общая реакция организма в виде токсемии, bacteriemии.
14. Во время контроля за регенерацией в ране с помощью метода поверхностной ее биопсии в препарате обнаружено большое количество полиморфно-ядерных лейкоцитов, четкие фрагменты разрушенных клеток. Какой фазе раневого процесса соответствует такая цитологическая картина?
1. Фазе воспаления
 2. Фазе образования грануляционной ткани
 3. Фазе эпителизации
15. Во время контроля за регенерацией в ране с помощью метода поверхностной ее биопсии в препарате обнаружено уменьшение количества лейкоцитов, появление фибробластов и макрофагов. Какой фазе раневого процесса соответствует такая цитологическая картина?
1. Фазе воспаления
 2. Фазе образования грануляционной ткани
 3. Фазе эпителизации
16. Во время контроля за регенерацией в ране с помощью метода поверхностной ее биопсии, в препарате обнаружено большое количество профибробластов, фибробластов, умеренное количество полиморфно-ядерных лейкоцитов. Какой фазе раневого процесса соответствует такая цитологическая картина?
1. Фазе воспаления
 2. Фазе образования грануляционной ткани
 3. Фазе эпителизации
17. Укажите причины фурункулеза.
1. Травма кожи и подкожной клетчатки
 2. Нарушение гигиены
 3. Неправильный уход за кожей
 4. Нарушение обмена (особенно углеводного).
 5. Истощение
 6. Авитаминоз
18. Выберите возбудителей фурункулеза.
1. Стрептококк

2. Золотистый стафилококк
 3. Белый стафилококк
 4. Кишечная палочка
 5. Протей
19. К какому заболеванию относится данное определение: «Острое некротическое воспаление волосяного мешка и сальной железы с распространением на подкожную клетчатку данного участка кожи».
1. Карбункул
 2. Фурункул
20. Выберите клинические проявления фурункула:
1. Распространенный инфильтрат, захватывающий кожу и подкожную клетчатку.
 2. Инфильтрат, захватывающий поверхностные слои кожи.
 3. Круглой формы болезненный узел, захватывающий область сальной железы и волосяного мешка кожи.
 4. Субфебрильная температура
 5. Гектическая лихорадка
 6. Ознобы
 7. Отек
21. Какие осложнения возможны при фурункуле верхней губы?
1. Сепсис
 2. Абсцесс подчелюстных лимфоузлов
 3. Медиастинит
 4. Менингит
 5. Остеомиелит верхней челюсти
 6. Тромбофлебит вен лица
22. Укажите, к какому заболеванию относится данное определение: острое гнойно-некротическое воспаление одновременно нескольких волосяных мешков и сальных желез с развитием некроза кожи и подкожной клетчатки.
1. Фурункул
 2. Карбункул
23. При осмотре больного Вы обнаружили воспалительный инфильтрат багрово-красного цвета с отеком и резкой краснотой, в центре которого гнойные пробки с кровянистым отделяемым. Что это?
1. Фурункул
 2. Карбункул
24. Может ли карбункул конечностей. сопровождаться лимфангитом и лимфаденитом?
1. Да
 2. Нет
25. Нуждаются ли больные с фурункулом лица в стационарном лечении?
1. Да
 2. Нет
26. Где должно проводиться лечение больного с карбункулом?
1. В стационаре
 2. Ам.булаторно

27. Какие лечебные мероприятия применяются при лечении фурункула в инфильтративную стадию?
1. Оперативное рассечение инфильтрата
 2. Покой
 3. Сухое тепло (грелки, соллюкс, УВЧ);
 4. Обкалывание фурункула раствором антибиотиков в новокаине.
 5. Электрофорез с антибиотиками и протеолитическими ферментами.
28. Какие лечебные мероприятия применяются при абсцедировании фурункула?
1. Покой
 2. Сухое тепло
 3. Обкалывание фурункула раствором антибиотиков в новокаине.
 4. Электрофорез с антибиотиками и протеолитическими ферментами.
 5. Вскрытие абсцесса
29. Укажите, какие профилактические и лечебные мероприятия применяются при фурункулезе.
1. Витаминотерапия
 2. Нормализация стула
 3. Пивные дрожжи
 4. Аутогемотерапия
 5. Аутовакцинация
 6. Рентгенотерапия
 7. Стафилококковый анатоксин
 8. Противостафилококковый гамма-глобулин
30. Какова тактика лечения карбункула в начальной стадии?
1. Оперативное лечение — крестообразные или Н-образные разрезы через всю толщину некроза.
 2. Парентеральное введение антибиотиков
 3. Местное введение антибиотиков в растворе новокаина в виде обкалывания.
 4. УВЧ
 5. Электрофорез с раствором антибиотиков, протеолитических ферментов. .
 6. Дезинтоксикационная терапия
 7. Общеукрепляющая терапия
31. Каким способом следует вести рану после рассечения карбункула и выполнения некрэктомии?
1. Открытым
 2. Закрытым
32. Гидраденит — это:
1. Воспаление лимфатических узлов
 2. Воспаление слюнных желез
 3. Воспаление потовых желез
33. Покажите пути попадания инфекции в потовые железы.
1. По выводным протокам
 2. Через мелкие повреждения кожи
 3. По лимфатическим путям
 4. Гематогенным путем

34. Назовите возможные причины гидраденита.
1. Экзема
 2. Опрелость
 3. Повышенная потливость
 4. Истощение
 5. Авитаминоз
35. Какое лечение показано в инфильтративную стадию гидраденита?
1. Консервативное
 2. Оперативное
36. Если в подмышечной ямке, в центре шаровидной припухлости, образовалось размягчение, какое лечение гидраденита показано?
1. Консервативное
 2. Оперативное
37. Если в подмышечной впадине, в центре шаровидной припухлости, образовалось размягчение, из которого через один или несколько узких ходов выделяется гной, какое лечение гидраденита показано?
1. Консервативное
 2. Оперативное
38. Назовите возбудителя рожистого воспаления.
1. Стафилококки
 2. Стрептококки
 3. Протей
 4. Кишечная палочка
 5. Синегнойная палочка
 6. Неклостридиальная анаэробная инфекция
39. При рожистом воспалении процесс захватывает:
1. Только кожу
 2. Только слизистые оболочки
 3. Кожу и редко слизистые оболочки
40. Укажите участки тела, которые подвержены рожистому воспалению.
1. Голень
 2. Лицо
 3. Волосистая часть головы
 4. Полость рта
 5. Полость носа
 6. Женские половые органы
41. Назовите пути проникновения инфекции в толщу кожи.
1. Ссадины.
 2. Царапины
 3. Потертости
 4. Расчесы
 5. Ранения
 6. Заболевания кожи

42. Возможно ли развитие рожи при проникновении инфекции гематогенным или лимфогенным путем?
1. Да
 2. Нет
 3. Крайне редко
43. Передается ли инфекция при роже контактным путем?
1. Да
 2. Нет
44. Наблюдается ли при роже кроме местных проявлений общая реакция организма в виде озноба, повышения температуры, слабости, рвоты, бреда?
1. Да
 2. Нет
45. Воспалительный процесс на коже при роже имеет:
1. Четкие ровные границы
 2. Края зазубренные или в виде языков
46. Появление гиперемии кожи при рожистом воспалении:
1. Не сопровождается болью
 2. Сопровождается чувством онемения
 3. Сопровождается ощущением жара, напряжения и жгучей болью.
47. Где более выражена гиперемия кожи при рожистом воспалении?
1. В центре
 2. По периферии
48. Укажите, какие формы рожистого воспаления возможны:
1. Эритематозная
 2. Буллезная
 3. Флегмонозная
 4. Некротическая
49. Если при рожистом воспалении процесс постепенно распространяется по коже, то какая это форма заболевания?
1. Ползучая рожа
 2. Блуждающая рожа
50. Возможно ли при рожистом воспалении развитие некроза кожи?
1. Да
 2. Нет
51. Если при рожистом воспалении процесс переходит с одного участка на другой, то какая это форма заболевания?
1. Ползучая рожа
 2. Блуждающая рожа
52. Назовите возможные осложнения рожистого воспаления.
1. Флегмона
 2. Некроз тканей
 3. Флебиты и перифлебиты

4. Стойкие расстройства кровоснабжения в конечностях.
 5. Слоновость
53. Назовите лечебные мероприятия, применяемые при рожистом воспалении.
 1. Облучение пораженной конечности ультрафиолетовыми лучами.
 2. Антибиотикотерапия препаратами из группы пенициллина.
 3. Сульфаниламидные препараты
 4. Дезинтоксикационная терапия
 5. Общеукрепляющая терапия
 54. При какой форме рожистого воспаления УФО кожи должно проводиться с осторожностью?
 1. Эритематозной
 2. Буллезной
 3. Флегмонозной
 4. Некротической
 55. При какой форме рожистого воспаления УФО кожи абсолютно противопоказано?
 1. Эритематозной
 2. Буллезной
 3. Флегмонозной
 4. Некротической
 56. Можно ли применять при рожистом воспалении влажные повязки и ванны?
 1. Да
 2. Нет
 57. При каких формах рожистого воспаления приходится прибегать к хирургическим операциям?
 1. Эритематозной
 2. Буллезной
 3. Флегмонозной
 4. Некротической
 58. Распространяется ли при эризипелоиде воспаление на все слои кожи?
 1. Да
 2. Нет
 59. Какая граница воспаления характерная для эризипело-ида?
 1. С четкими контурами
 2. С неровными, зазубренными контурами
 60. Местные проявления при эризипелоиде исчезают через:
 1. 1—2 дня
 2. 3—7 дней
 3. 7—14 дней
 4. 2—3 недели
 61. Страдает ли общее состояние больного при эризипелоиде?
 1. Да
 2. Нет
 3. Страдает мало

62. Назовите лечебные мероприятия при эризипелоиде.
1. Рассечение кожи на всю глубину на участке воспаления.
 2. Иммобилизация
 3. Введение антибиотиков в основание пальца (по типу короткого блока).
63. При каких абсцессах проявления в виде гиперемии и флюктуации могут отсутствовать?
1. При поверхностных
 2. При глубоких
64. Какие методы дополнительной диагностики позволяют обнаружить глубокие абсцессы?
1. Термография
 2. УЗИ
 3. Диагностическая пункция
 4. Компьютерная томография
65. Лимфангит каких сосудов не сопровождается гиперемией кожи?
1. Поверхностных
 2. Глубоких
66. Бели на пораженной конечности имеется отек, боль и ранний лимфаденит, о лимфангите каких сосудов идет речь?
1. Поверхностных
 2. Глубоких
67. Если на пораженной конечности имеется интенсивная гиперемия без четких границ с нежным рисунком, то какая это форма лимфангита?
1. Сетчатая
 2. Стволовая
68. Если гиперемия имеет вид продольных полос, тянущихся по всей конечности до подмышечной впадины, паховой складки, то какая это форма лимфангита?
1. Сетчатая
 2. Стволовая
69. Какие элементы кости могут вовлекаться в воспалительный процесс при остеомиелите?
1. Костный мозг
 2. Компактная часть кости
 3. Надкостница
 4. Окружающие мягкие ткани
70. Какой возникает остеомиелит после открытых переломов, огнестрельных ранений, ортопедических операций?
1. Гематогенный
 2. Негематогенный
71. Укажите заболевания, способствующие развитию остеомиелита.
1. ОРЗ
 2. Ангина

3. Воспаление среднего уха
 4. Энтерит
 5. Фурункул
 6. Карбункул
 7. Панариций
72. Выберите правильное распределение частоты поражения костей при остеомиелите.
1. Плечевая, малоберцовая, бедренная, большеберцовая, лучевая, локтевая, ключица.
 2. Бедренная, плечевая, малоберцовая, лучевая, локтевая, ключица, большеберцовая.
 3. Бедренная, большеберцовая, плечевая, малоберцовая, лучевая, локтевая, ключица.
73. Какой участок кости чаще поражается при остеомиелите?
1. Эпифиз
 2. Диафиз
74. Какая из трех перечисленных форм острого гематогенного остеомиелита является наиболее тяжелой?
1. Токсическая
 2. Септикопиемическая
 3. Местная
75. Какая форма острого гематогенного остеомиелита чаще переходит в хронический остеомиелит?
1. Токсическая
 2. Септикопиемическая
 3. Местная.
76. В какой -последовательности развивается патологический процесс при остром гематогенном остеомиелите?
1. Надкостница —>- корковый слой кости —>- губчатая ткань метафиза и костно-мозговой канал.
 2. Корковый слой кости —> надкостница —" губчатая ткань метафиза и костномозговой канал
 3. Губчатая ткань метафиза и костно-мозговой канал -> корковый слой кости ->- надкостница.
77. Назовите исходы поднадкостничного абсцесса при остром гематогенном остеомиелите:
1. Межмышечная флегмона
 2. Подкожная флегмона и абсцесс
 3. Гнойный артрит
78. Какие причины способствуют образованию секвестров при остром гематогенном остеомиелите?
1. Форма заболевания
 2. Вирулентность инфекции
 3. Реактивность больного
 4. Размер очага поражения
 5. Локализация процесса
79. Когда при остеомиелите быстрее образуются секвестры?
1. При большом очаге поражения

2. При маленьком очаге поражения

80. Сколько времени требуется для образования секвестров?

1. Несколько дней
2. Несколько недель
3. Несколько месяцев

81. Дайте описание начала острого гематогенного остеомиелита.

1. Продромальный период длится несколько дней.
2. Продромальный период длится несколько часов.
3. Общая слабость, головная боль, сонливость
4. Общая слабость, головная боль, бессонница
5. Боль в кости при покое
6. Боль при надавливании или нагрузке на кость

82. Какова динамика боли при остром гематогенном остеомиелите? Выберите правильный ответ.

1. Боль при надавливании или нагрузке на кость —>- спонтанная боль сверлящего характера —>- уменьшение боли после вскрытия поднадкостничного гнойника.
2. Спонтанная боль сверлящего характера —>- боль при надавливании или нагрузке на кость —" усиление боли после вскрытия поднадкостничного гнойника.
3. Спонтанная боль сверлящего характера ->- боль при надавливании или нагрузке на кость — уменьшение боли после вскрытия под-надкостничного гнойника.

83. Укажите возможные симптомы при септикопиемической форме острого гематогенного остеомиелита.

1. Бред
2. Нарушение сознания
3. Судороги
4. Бледность лица
5. Цианоз губ
6. Желтушность склер и кожи
7. Точечные кровоизлияния в кожу
8. Гектическая лихорадка

84. Какова динамика на месте первичного поражения кости при остром гематогенном остеомиелите? Выберите правильный ответ.

1. Внезапно появляется припухлость и болезненность мягких тканей на месте первичного поражения кожи —>- увеличение в объеме конечности — резкий отек конечности, кожа приобретает напряженный и лоснящийся вид.
2. Увеличение в объеме конечности ->- припухлость и болезненность мягких тканей на месте первичного поражения кожи —>- резкий отек конечности, кожа приобретает напряженный и лоснящийся вид.
3. Увеличение в объеме конечности -> резкий отек конечности, кожа приобретает напряженный и лоснящийся вид.

85. Когда на рентгенограммах появляются первые признаки острого гематогенного остеомиелита?

1. Через 2—3 дня
2. Через 4—6 дней
3. Через 1—3 недели
4. Через 1 месяц

86. Укажите рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита.
1. Смазанность рисунка кости
 2. Разволокнение костных перекладин
 3. Чередование участков раздражения и уплотнения кости.
 4. Периоститы
87. Укажите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз при остром гематогенном остеомиелите
1. Ревматизм
 2. Тиф
 3. Сифилис
 4. Саркомы
 5. Остеобластокластомы
 6. Туберкулез
88. Укажите, какой объем оперативного пособия следует выполнить при остром гематогенном остеомиелите, осложненном па-раоссальной флегмоной.
1. Рассечение мягких тканей.
 2. Рассечение надкостницы на всем протяжении очага поражения.
 3. Трепанация кости путем нанесения нескольких фрезевых отверстий.
 4. Широкая трепанация кости
89. Что следует понимать под ранним декомпрессивным дренированием кости при остром гематогенном остеомиелите?
1. Нанесение нескольких фрезевых отверстий в области остеомиелитического очага.
 2. Широкая трепанация кости
 3. Нанесение нескольких фрезевых отверстий в области остеомиелитического очага и введение дренажей во внутрикостный гнойник с последующей активной его санацией.
90. Рекомендуются ли в настоящее время широкая трепанация кости при остром гематогенном остеомиелите?
1. Да
 2. Нет
91. Укажите минимальные сроки промывания очага при остром гематогенном остеомиелите после его дренирования (сутки).
1. 1—2
 2. 3—4
 3. 5—6
 4. 7—10
92. Какие средства используются при консервативном лечении остеомиелита?
1. Антибиотикотерапия
 2. Иммунотерапия
 3. Дезинтокси-кационная терапия
 4. Инфузионная терапия
 5. Цитостатики
93. Выберите признаки хронического остеомиелита:
1. Уменьшение обширных гнойных полостей
 2. Образование свищей

3. Наличие секвестров
4. Деструкция кости
5. Гиперостозы
6. Разрезающий и склерозирующий остит
7. Образование секвестральной коробки

94. В каком участке кости чаще всего наблюдается абсцедирующая форма хронического остеомиелита?

1. Эпифизе
2. Метафизе
3. Диафизе

95. У больного в метафизе большеберцовой кости имеются длительно не заживающие свищи, через которые выделяются гной, продукты распада тканей и мелкие секвестры. Какая это форма хронического остеомиелита?

1. Абсцедирующая
2. Склерозирующая

96. Что позволяет установить рентгенологический метод при лечении хронического остеомиелита?

1. Проследить динамику процесса
2. Определить величину секвестров
3. Оценить состояние кости
4. Выявить секвестральную коробку
5. Контролировать заживление костной полости после секвестрэктомии.

97. С помощью какого метода исследования можно установить связь свища с пораженным отделом кости?

1. Компьютерная томография
2. УЗИ конечности
3. Рентгенография кости
4. Фистулография.

98. Требуется ли хирургическое вмешательство при хроническом остеомиелите в фазе обострения, если в кости нет полостей и секвестров?

1. Да
2. Нет

99. Какое лечение должен получить больной, при хроническом остеомиелите в фазе обострения при отсутствии в кости полостей и секвестров?

1. Хирургическое вмешательство
2. Грязелечение
3. Парафинотерапию
4. УВЧ-терапию
5. Антибактериальную терапию
6. Протеолитические ферменты
7. Стафилококковый анатоксин
8. Антистафилококковую плазму

100. Когда показано хирургическое вмешательство при хроническом остеомиелите?

1. В фазе обострения при отсутствии в кости полостей и секвестров
2. В фазе обострения при наличии в кости полостей и секвестров.

3. В обеих вышеописанных ситуациях

101. Укажите цели хирургического вмешательства при хроническом остеомиелите.
 1. Удаление гноя
 2. Удаление грануляций
 3. Удаление секвестров
 4. Ликвидация остаточной полости в кости
 5. Создание условий для регенерации кости после операции.
102. Рекомендуются ли при хроническом остеомиелите широкая трепанация кости?
 1. Да
 2. Нет
103. Следует ли удалять склерозированные стенки костной полости при хроническом остеомиелите?
 1. Да
 2. Нет
104. Дайте описание операции при хроническом остеомиелите.
 1. Нанесение нескольких фрезевых отверстий в области остеомиелитического очага.
 2. Широкая трепанация кости с обработкой костной полости долотами, фрезами.
 3. Щадящая обработка склерозированных стенок костной полости.
 4. Обработка склерозированных стенок костной полости до капиллярного кровотечения из кости.
 5. Заполнение остаточной полости мышцей на ножке.
 6. Заполнение остаточной полости пломбировочным и дезинфицирующим материалом.
 7. Открытое ведение раны
 8. Зашивание раны наглухо
105. Укажите, какие средства используются для заполнения остаточной костной полости.
 1. Пломбы из крови в смеси с антибиотиками
 2. Измельченная кость
 3. Коллаген
 4. Консервированный гомохрящ
 5. Клей-МК-9
106. Склерозирующий остеомиелит Гарре развивается:
 1. При высоковирулентной флоре
 2. При маловирулентной флоре
 3. При измененной реактивности организма
 4. При неизменной реактивности организма
107. При склерозирующем остеомиелите Гарре в кости преобладают процессы:
 1. Разряды.
 2. Склероза.
108. Какое течение чаще всего наблюдается при склерозирующем остеомиелите Гарре?
 1. Острое.
 2. Подострое.
 3. Хроническое.
109. Укажите рентгенологические признаки склерозирующего остеомиелита Гарре.

1. Утолщение коркового слоя кости.
 2. Значительное уплотнение кости.
 3. Значительное разрежение кости.
 4. Нарушение структуры кости.
 5. Отчетливо видно строение губчатой ткани.
 6. Строение губчатой ткани не видно.
 7. Образование новой костной ткани из надкостницы.
 8. Костно-мозговая полость суживается вплоть до 1 облитерации.
 9. Кость атрофируется
 10. Кость утолщается
110. Преимущественно какое лечение проводится при склерозирующем остеомиелите Гарре?
1. Консервативное
 2. Оперативное
111. Какие операции применяются при склерозирующем остеомиелите Гарре?
1. Декомпрессивная трепанация кости путем нанесения нескольких фрезевых отверстий.
 2. Широкая трепанация кости
 3. Продольная резекция кости
112. Внутрикостный абсцесс Броди развивается:
1. При высоковирулентной инфекции
 2. При маловирулентной инфекции
 3. При повышенной реактивности организма
 4. При пониженной реактивности организма
113. В каком отделе большеберцовой кости чаще локализуется абсцесс Броди?
1. Проксимальном
 2. Среднем
 3. Дистальном
114. Укажите, какие клинические формы внутрикостного абсцесса Броди чаще встречаются.
1. Очаг в кости ничем не проявляется; повышение температуры, озноб отсутствуют, боль возникает лишь временами, чаще ночью, после физического напряжения и при перемене погоды.
 2. Очаг в кости проявляется периодическим обострением, с повышением температуры тела, покраснением кожи и болью на этом участке кожи.
115. При внутрикостном абсцессе Броди процесс может длиться:
1. Неделями
 2. Месяцами
 3. Годами
116. Назовите рентгенологические признаки внутрикостного абсцесса Броди.
1. Наличие в метафизе полости более 5 см.
 2. Наличие в метафизе полости менее 2—2,5 см.
 3. Полость округлой или овальной формы
 4. Выражена зона склероза в виде узкой или широкой каймы.
 5. Зона склероза не выражена

6. Видны нежные периостальные наложения

117. Укажите возможный характер содержимого при внутрикостном абсцессе Броди.

1. Гной
2. Серозная жидкость
3. Кровянистая жидкость
4. Детрит

118. Укажите методы лечения абсцесса Броди.

1. Консервативный
2. Хирургический

119. Выберите правильные действия при хирургическом вмешательстве по поводу абсцесса Броди.

1. Трепанация полости
2. Широкая трепанация полости
3. Выскабливание внутренней стенки
4. Открытое ведение раны
5. Ушивание раны наглухо

120. Укажите характер содержимого при альбуминозном остеомиелите Оллье.

1. Гной
2. Серозный экссудат с большим содержанием муцина или альбумина
3. Слизистый экссудат с большим содержанием муцина или альбумина

121. Назовите причины травматического остеомиелита.

1. Огнестрельные ранения конечностей с повреждением костей.
2. Закрытые переломы костей
3. Открытые переломы костей

122. Укажите схему распространения инфекции при травматическом остеомиелите.

1. Костный мозг -> компактное вещество кости -> мягкие ткани.
2. Компактное вещество кости ->- костный мозг ->- мягкие ткани.
3. Мягкие ткани—компактное вещество кости->- костный мозг.

123. Какие возможны формы травматического остеомиелита?

1. Острая
2. Хроническая

124. Отберите осложнения, характерные для острой формы травматического остеомиелита.

1. Сепсис
2. Флегмона
3. Гнойный артрит
4. Тромбофлебит
5. Ложный сустав
6. Деформация и укорочение конечности
7. Атрофия мышц
8. Амилоидоз внутренних органов

125. Назовите осложнения при хронической форме травматического остеомиелита.

1. Сепсис

2. Флегмона
 3. Гнойный артрит
 4. Тромбофлебит
 5. Ложный сустав
 6. Деформация и укорочение конечности
 7. Атрофия мышц
 8. Амилоидоз внутренних органов
126. Укажите срок появления первых признаков остеомиелита после травмы.
1. 7 дней
 2. 14 дней
 3. 21 день
 4. 1 месяц
 5. 1,5 месяца
 6. 2 месяца
127. Возможны ли при травматическом остеомиелите такие осложнения, как:
1. Остеонекроз
 2. Остеолизис
128. Опишите рентгенологические признаки травматического остеомиелита
1. Многочисленные полости с секвестрами
 2. Эндостальный склероз
 3. Массивное, неправильной формы утолщение периоста.
 4. Бахромчатый вид периоста
129. Чем определяются трудности при хирургическом лечении травматического остеомиелита?
1. Наличием раны в мягких тканях
 2. Гнойно-некротическими затеками в тканях
 3. Наличием перелома кости
130. Какие действия хирурга возможны при лечении травматического остеомиелита?
1. Удаление некротизированных мягких тканей
 2. Удаление костных секвестров
 3. Резекция кости
 4. Резекция сустава
 5. Фиксация костных отломков аппаратами Илизарова, Гудушаури.
 6. Ампутация конечности
131. При травматическом остеомиелите каких костей чаще выполняют резекцию кости?
1. Лопатки
 2. Ребер
 3. Ключицы
 4. Тазовых костей
 5. Длинных трубчатых костей
132. Какие возможны пути проникновения инфекции при развитии гнойного артрита?
1. При ранении сустава
 2. При распространении воспалительного процесса из окружающих тканей.
 3. Гематогенным путем

133. Назовите возбудителей гнойного артрита.
1. Стафилококки
 2. Стрептококки
 3. Пневмококки
 4. Гонококки
 5. Смешанная флора
 6. Туберкулезная палочка
134. Укажите анатомические границы воспаления при гнойном артрите.
1. Синовиальная оболочка
 2. Хрящи и эпифизы костей
 3. Мягкие ткани
135. Какой характер экссудата может быть при воспалительном процессе в суставе?
1. Серозный
 2. Серозно-фибринозный
 3. Гнойный
136. Укажите, какие признаки характерны для серозного си-новита коленного сустава.
1. Утрата нормальных очертаний сустава
 2. Выпячивание суставной капсулы в верхнем завороте и по бокам надколенника.
 3. Флюктуация
 4. Боли в суставе распирающего характера
 5. Повышение температуры
 6. Согнутое положение конечности
137. Укажите, какие признаки характерны для серозно-фибринозного воспаления коленного сустава.
1. Утрата нормальных очертаний сустава
 2. Выпячивание суставной капсулы в верхнем завороте и по бокам надколенника.
 3. Флюктуация
 4. Боли в суставе пульсирующего характера
 5. Повышение температуры
 6. Согнутое положение конечности
138. Укажите симптомы гнойного артрита.
1. Высокая температура
 2. Ознобы
 3. Ухудшение общего состояния
 4. Припухлость сустава и его болезненность
 5. Покраснение кожных покровов
 6. Нарушение функции сустава
 7. Появление боковых движений, подвывихов в суставе.
139. О чем свидетельствует появление боковых движений и подвывихов в суставе при остром гнойном артрите?
1. О скоплении гноя в суставной сумке¹
 2. О разрушении суставных связок и хрящей
140. Укажите срок, когда появляются признаки поражения хрящевой ткани при гнойном артрите, выявляемые рентгенологически.
1. До 7 дней

2. 2—3 недели
 3. 1 месяц
 4. 1,5—2 месяца
141. При каком воспалении сустава следует проводить местное консервативное лечение?
1. При серозном синовите
 2. При гнойном артрите
 3. В обоих случаях
142. Какие лечебные мероприятия следует проводить при воспалительном процессе в суставе?
1. Иммобилизация конечности
 2. Пункция сустава
 3. Пункция сустава с введением антибиотиков
 4. Давящая повязка
143. При каких формах воспаления в суставе рекомендуется введение антибиотиков во время его пункции?
1. При серозном синовите
 2. При гнойном артрите
 3. В обоих случаях
144. Какие действия хирурга возможны при артротомии по поводу гнойного артрита?
1. Широкое вскрытие сустава.
 2. Удаление гноя
 3. Введение антисептиков и антибиотиков
 4. Дренирование сустава
 5. Иммобилизация конечности
145. Какая операция показана при обширном разрушении суставных концов костей?
1. Резекция сустава
 2. Ампутация конечности
146. Какая операция показана при тяжелой форме гнойного артрита, осложненного сепсисом, если возникла угроза жизни больного?
1. Резекция сустава
 2. Ампутация конечности
147. Перечислите наиболее частые причины гнойного бурсита.
1. Хроническая травма (стояние на коленях во время работы, упор на локоть).
 2. Проникновение инфекции через мелкие ссадины, поврежденную слизистую синовиальных сумок.
 3. Проникновение инфекции лимфогенным путем
 4. Проникновение инфекции гематогенным путем.
148. Назовите возможные формы бурсита.
1. Серозный
 2. Серозно-фибринозный
 3. Гнойный
149. Дайте описание клинических проявлений бурсита.
1. Наличие припухлости в области суставной сумки.

2. Гиперемия в области суставной сумки
 3. Умеренная болезненность суставной сумки
 4. Движения в суставе резко ограничены, болезненны.
 5. Движения в суставе обычно не нарушены и безболезненны..
150. Назовите возможные осложнения гнойного бурсита.
1. Подкожная флегмона
 2. Межмышечная флегмона
 3. Артрит
151. Укажите лечебные мероприятия при бурсите в стадии серозного воспаления.
1. Вскрытие слизистой сумки, удаление экссудата.
 2. Пункция, удаление экссудата, введение антибиотиков.
 3. Иммобилизация конечности
 4. Применение сухого тепла
 5. УВЧ-терапия.
 6. Повязки с мазью Вишневского
 7. Введение антибиотиков
152. Каковы лечебные мероприятия при бурейте в стадии гнойного воспаления.
1. Вскрытие слизистой сумки, удаление экссудата.
 2. Пункция, удаление экссудата, введение антибиотиков.
 3. Иммобилизация конечности
 4. Применение сухого тепла
 5. УВЧ-терапия
 6. Повязки с мазью Вишневского
 7. Введение антибиотиков
153. Возможно ли при гнойном бурейте удаление слизистой сумки без вскрытия ее просвета?
1. Да
 2. Нет
154. Укажите клеточные пространства, в которых возможно развитие флегмоны. Дайте полный ответ.
1. Подкожное
 2. Межмышечное
 3. Подфасциальное
 4. Забрюшинное
 5. Во всех перечисленных выше
155. Флегмона может быть:
1. Самостоятельным заболеванием
 2. Осложнением местных гнойных процессов
156. Какие заболевания могут быть причиной образования флегмон?
1. Фурункул
 2. Карбункул
 3. Лимфаденит
 4. Травмы мягких тканей
 5. Остеомиелит
 6. Артрит

- 7. Плеврит
- 8. Перитонит

157. Опишите возможный характер экссудата при флегмонах.
- 1. Серозный
 - 2. Гнойный
 - 3. Геморрагически-гнойный
 - 4. Гнилостный
158. Назовите осложнения флегмон.
- 1. Лимфангит
 - 2. Лимфаденит
 - 3. Тромбофлебит
 - 4. Сепсис
 - 5. Некроз тканей
159. Каковы возможные исходы флегмоны клетчатки в стадии серозного воспаления?
- 1. Обратное развитие, стихание воспаления
 - 2. Расплавление тканей, образование гноя
160. Назовите лечебные мероприятия при начальной стадии флегмоны.
- 1. Покой
 - 2. Постельный режим
 - 3. Антибиотики
 - 4. Тепло
 - 5. УВЧ-терапия.
 - 6. Обкалывание тканей в окружности флегмоны раствором антибиотиков в новокаине.
161. Опишите действия хирурга при вскрытии флегмоны.
- 1. Рассечение кожи и подкожной клетчатки одним или несколькими разрезами.
 - 2. Удаление гноя
 - 3. Иссечение омертвевших тканей
 - 4. Дренирование раны
162. Осложнением каких заболеваний может быть субпекторальная флегмона?
- 1. Панариция
 - 2. Флегмоны кисти
 - 3. Аденофлегмоны подмышечной впадины
 - 4. Остеомиелита ребра
163. Назовите патогномичный признак субпекторальной флегмоны.
- 1. Спонтанная боль в области грудных мышц.
 - 2. Резкая болезненность при пальпации и припухлость
 - 3. Гиперемия кожи.
 - 4. Флюктуация
 - 5. Резкая боль при отведении плеча
164. Перечислите источники инфекции при развитии флегмон шеи.
- 1. Заболевания полости рта
 - 2. Заболевания носоглотки.
 - 3. Заболевания пищевода
 - 4. Заболевания волосистой части головы

165. Укажите осложнения глубоких флегмон шеи.

1. Медиастинит
2. Прорыв гноя в трахею
3. Прорыв гноя в пищевод
4. Сдавление дыхательных путей
5. Сепсис

166. При каких флегмонах шеи местные проявления в виде отека, гиперемии кожи, повышения местной температуры выражены меньше?

1. При поверхностных
2. При глубоких

167. Укажите, осложнением каких местных гнойных процессов на верхней конечности является флегмона подмышечной впадины.

1. Фурункул
2. Карбункул
3. Панариций
4. Гнойные раны

168. Выделите клинические проявления подмышечной флегмоны.

1. Увеличение лимфатических узлов
2. Формирование конгломератов лимфоузлов
3. Болезненность при пальпации
4. Гиперемия кожных покровов
5. Ограничение движения в плечевом суставе

169. Каковы причины флегмон забрюшинного пространства?

1. Закрытая или открытая травма забрюшинного пространства.
2. Остеомиелит костей таза
3. Острый аппендицит
4. Абсцессы ягодичной области
5. Абсцессы брюшной полости
6. Панкреатит

170. Дайте название флегмоне забрюшинного пространства, при которой инфильтрат занимает область от передней ости подвздошной кости до пупартовой связки и лобковой кости.

1. Подвздошная
2. Поясничная

171. Дайте название флегмоне забрюшинного пространства, при которой инфильтрат располагается над гребнем подвздошной кости и внутри наружного края длинных мышц спины.

1. Подвздошная
2. Поясничная

172. Какой доступ следует применять для вскрытия подвздошной флегмоны забрюшинного пространства?

1. По Пирогову
2. Поясничный
3. Возможен любой из названных

173. Какой доступ следует применять для вскрытия поясничной флегмоны забрюшинного пространства?
1. По Пирогову
 2. Поясничный доступ
 3. Возможен любой из названных
174. Какие формы панариция относятся к поверхностным?
1. Кожный
 2. Подкожный
 3. Паронихия
 4. Подногтевый
 5. Суставный
 6. Костный
 7. Сухожильный
 8. Пандактилит
175. Назовите причины развития панариция.
1. Ссадины
 2. Уколы
 3. Трещины
 4. Занозы
176. С какой формой панариция Вы имеете дело, если при осмотре воспалительный очаг располагается под эпидермисом, отслаивая его в виде пузыря с серозным, гнойным или геморрагическим содержимым?
1. Кожным
 2. Подкожным
177. Какая форма панариция сопровождается более выраженным болевым синдромом?
1. Кожная
 2. Подкожная
178. При какой фазе панариция наблюдается выраженное напряжение кожи с характерным блеском?
1. Серозного инфильтрата
 2. Гнойного расплавления
179. Для какой фазы панариция характерно нарушение функции всего пальца?
1. Серозного инфильтрата
 2. Гнойного расплавления
180. В какую фазу панариция отмечается незначительное повышение температуры?
1. Серозного инфильтрата
 2. Гнойного расплавления
181. Для какой фазы панариция характерно повышение температуры на 2—3 градуса?
1. Серозного инфильтрата
 2. Гнойного расплавления
182. Какова наиболее частая причина суставного панариция?
1. Ссадины

2. Уколы.
3. Трещины.
4. Занозы.
5. Ранения межфаланговых областей пальца с ладонной стороны.
6. Ранение межфаланговых и пястно-фаланговых областей пальца с тыльной поверхности.

183. Какой панариций чаще носит вторичный характер?

1. Кожный
2. Подкожный
3. Суставной
4. Костный

184. Какой панариций чаще возникает при гематогенном переносе инфекции?

1. Кожный
2. Подкожный
3. Суставной
4. Костный

185. Какой панариций чаще всего является следствием неправильного лечения подкожного панариция?

1. Подногтевой
2. Суставной
3. Сухожильный
4. Костный

186. О каком панариции можно думать, если при лечении подкожной формы после его вскрытия и кратковременного улучшения в пальце появляется тупая постоянная боль, края раны покрываются серыми грануляциями со скудным гнойным отделяемым, фаланга булавовидно утолщается, пальпация ее становится болезненной?

1. Суставном
2. Сухожильном
3. Костном

187. Зависит ли изменение формы пальца от вида панариция?

1. Да
2. Нет

188. Для какого вида панариция характерна веретенообразная форма пальца?

1. Подкожного
2. Суставного
3. Сухожильного
4. Костного

189. Для какого вида панариция характерна булавовидная форма пальца?

1. Подкожного
2. Суставного
3. Сухожильного
4. Костного

190. При каком виде панариция палец приобретает колбасовидную форму?

1. Подкожном

- 2. Суставном
- 3. Сухожильном
- 4. Костном

191. При сухожильном панариции процесс чаще распространяется:

- 1. По сухожилию сгибателей
- 2. По сухожилию разгибателей
- 3. По сухожилию сгибателей и разгибателей одновременно.

192. При каком панариции пораженный палец находится в положении легкого сгибания, а попытка разгибания пальца приводит к резкому усилению боли?

- 1. Подкожном
- 2. Суставном
- 3. Сухожильном
- 4. Костном

193. Назовите основные причины гнойного тендовагинита.

- 1. Открытые повреждения сухожильного влагалища.
- 2. Внедрение в сухожильное влагалище инородных тел.
- 3. Переход воспаления с окружающих мягких тканей на сухожильное влагалище.

194. Укажите, какие патологические процессы характерны для гнойного тендовагинита.

- 1. Сдавление питающих сухожилие сосудов.
- 2. Некроз сухожилия.
- 3. Тромбоз питающих сухожилие сосудов
- 4. Воспаление

195. Гнойные тендовагиниты каких пальцев приводят к развитию и-образной флегмоны?

- 1. Первого
- 2. Второго
- 3. Третьего
- 4. Четвертого
- 5. Пятого

196. Укажите клинические проявления гнойного тендовагинита.

- 1. Болезненность по ходу ладонной поверхности кисти.
- 2. Пальцы фиксированы в положении легкого разгибания.
- 3. Пальцы фиксированы в положении легкого сгибания.
- 4. Активные и пассивные движения в пальцах резко болезненны.
- 5. Отек тыла пальцев и кисти отсутствует.
- 6. Головная боль, слабость, повышение температуры.

197. При гнойном тендовагините каких пальцев процесс может распространяться на предплечье в глубокие его отделы (пространство Пирогова)?

- 1. Первого
- 2. Второго
- 3. Третьего
- 4. Четвертого
- 5. Пятого

198. Укажите симптомы, характерные для флегмоны кисти:

- 1. Припухлость

2. Отечность
3. Болезненность
4. Краснота
5. Нарушение функции
6. Интоксикация

199. Назовите проявления надапоневротической флегмоны ладони.

1. Болезненность при пальпации ладонной поверхности.
2. Ограничение подвижности средних пальцев
3. Небольшой отек тыла кисти
4. Синюшный оттенок кожи
5. Флюктуация
6. Флюктуацию выявить не удастся

200. Назовите проявления подапоневротической флегмоны ладони.

1. Сглаженность ладонной впадины
2. Отек тыла кисти
3. Пальцы слегка согнуты
4. Все виды движений ограничены
5. Выраженная болезненность в проекции гнойника.
6. Выражена спонтанная боль
7. Цвет кожи тыла кисти изменен
8. Цвет кожи тыла кисти не изменен

201. Может ли воспаление тыла кисти, обусловленное флегмоной в тыльном подкожном пространстве, переходить на ладонную поверхность?

1. Да
2. Нет

202. Укажите проявления и-образной флегмоны кисти.

1. Кисть руки отечна
2. Пальпация кисти резко болезненна
3. Пальцы кисти полусогнуты
4. Пальцы кисти разогнуты
5. Разгибание пальцев болезненно
6. Цвет кожи — сине-багровый

203. Укажите, при каких видах флегмоны кисти процесс распространяется по всей кисти, на предплечье с развитием флегмоны пространства Пирогова.

1. Надапоневротической
2. Подапоневротической
3. Межпальцевой
4. Флегмоне в тыльном подкожном пространстве.
5. Флегмоне тенора
6. Флегмоне гипотенора

204. Назовите лечебные мероприятия при панариции на стадии серозного воспаления.

1. Покой
2. Иммобилизация
3. Тепло (горячие ванны).
4. Тепло (согревающие компрессы).
5. УВЧ

- 6. Антибиотикотерапия
- 7. Электрофорез протеолитических ферментов

205. При каком виде панариция не требуется анестезия при его вскрытии?
- 1. Кожном
 - 2. Подкожном
 - 3. Подногтевом
 - 4. Паронихии
 - 5. Суставном
 - 6. Костном
 - 7. Сухожильном
206. Панариций «в форме запонки» относится:
- 1. К кожному
 - 2. Подкожному
207. Какие действия должен предпринять хирург при суставном панариции в стадии серозного воспаления?
- 1. Выполнить пункцию
 - 2. Выполнить пункцию и ввести в полость сустава раствор антибиотика.
 - 3. Выполнить артротомию сустава
208. Каковы действия хирурга при суставном панариции в стадии гнойного расплавления, но без разрушения суставных поверхностей?
- 1. Пункция сустава, удаление гноя
 - 2. Артротомия сустава двумя параллельными разрезами и его дренирование.
 - 3. Ампутация пальца
209. Каковы действия хирурга при суставном панариции в стадии гнойного расплавления при разрушении суставных поверхностей?
- 1. Пункция сустава, удаление гноя
 - 2. Артротомия сустава двумя параллельными разрезами и его дренированием.
 - 3. Ампутация пальца
210. Назовите методы обезболивания, применяемые при вскрытии подкожного панариция.
- 1. Проводниковая анестезия по Оберст-Лукашевичу.
 - 2. Местная инфильтрационная анестезия
 - 3. Внутривенный наркоз
211. Назовите, какие манипуляции должен выполнить хирург при вскрытии панариция.
- 1. Анестезия
 - 2. Рассечение кожи, подкожной клетчатки в проекции панариция
 - 3. Удаление гноя
 - 4. Кюретаж полости абсцесса
 - 5. Промывание полости
 - 6. Дренирование раны
 - 7. Ушивание раны наглухо
212. При каких видах панариция показана ампутация пальца?
- 1. При суставном панариции
 - 2. При суставном панариции с разрушением суставных поверхностей.

3. При костном панариции со значительным разрушением кости.
 4. При пандактелите
213. Укажите объем возможных вмешательств при подногте-вом панариции.
1. Удаление инородного тела (занозы).
 2. Клиновидное иссечение края ногтя
 3. Трепанация ногтя скальпелем или бормашиной.
 4. Удаление ногтя
214. Какие разрезы допускаются при вскрытии панариция пальца?
1. Линейно-боковые
 2. Ключкообразные боковые
 3. Линейные по средней линии пальца
 4. Дугообразные
215. При сухожильном панариции показано вскрытие сухожильного влагалища и его дренирование. По какому его краю должны проходить дренажи?
1. По свободному
 2. По брыжеечному
216. При каких формах панариция допустимо только общее обезболивание?
1. Кожном
 2. Подкожном
 3. Суставном
 4. Костном
 5. Сухожильном
 6. Пандактелите
217. При вскрытии гнойного тендовагинита каких пальцев следует делать дополнительные разрезы в области основания первого, пятого пальцев и в дистальном отделе предплечья на сгибательной поверхности?
1. Первого
 2. Второго
 3. Третьего
 4. Четвертого
 5. Пятого.
218. Укажите, у какого процента больных удастся добиться обратного развития процесса при панарициях с помощью консервативных мероприятий?
1. 5
 2. 10
 3. 15
 4. 20
 5. 25
 6. 30
 7. 35
 8. 40
 9. 45
 10. 50
219. Какие формы панариция необходимо лечить только в условиях стационара?
1. Кожный

2. Подкожный
3. Подногтевой
4. Паронихия
5. Суставной
6. Костный
7. Сухожильный
8. Флегмона кисти

220. Назовите этапы вскрытия флегмоны лучевой синовиальной сумки и пространства Пирогова.

1. Дистальный конец сумки вскрывается двумя переднебоковыми разрезами у основания фаланги пальца.
2. Проксимальный конец синовиальной сумки вскрывается разрезом на 2 см выше шиловидного отростка лучевой кости.
3. Разрез ведут проксимально на 3 см
4. Разрез ведут проксимально на 6 см
5. Разрез ведут проксимально на 8 см
6. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и фасции сухожилие плечелучевой мышцы сдвигают наружу, а сосудистый пучок — внутрь.
7. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и фасции сухожилие плечелучевой мышцы сдвигают наружу.
8. Отодвигают наружный край сгибателя первого пальца.

221. Укажите пути проникновения инфекции в околоушную железу.

1. Из полости рта
2. По Стенонову протоку
3. Лимфогенным путем

222. Назовите симптомы гнойного паротита.

1. Отек в проекции железы
2. Болезненность
3. Краснота кожи в проекции железы
4. Повышение температуры
5. Открытие рта затруднено
6. Открытие рта не затруднено

223. Назовите возможные исходы гнойного паротита без лечения.

1. Вскрытие гнойника наружу
2. Вскрытие гнойника в полость рта
3. Развитие флегмоны шеи

224. С какими заболеваниями следует дифференцировать гнойный паротит?

1. Опухоль околоушной железы
2. Киста околоушной железы
3. Паратонзиллярный абсцесс
4. Перидонтит
5. Остеомиелит нижней челюсти

225. Назовите консервативную терапию при остром паротите.

1. Антибактериальная терапия
2. Тепло (сухое).
3. Согревающие компрессы

4. Физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ультразвук).
 5. Жидкая пища
226. Какое количество разрезов (минимальное) необходимо выполнить для радикального вскрытия гнойного паротита?
1. Один
 2. Два
 3. Три
 4. Четыре
227. Назовите ориентиры для вскрытия гнойного паротита.
1. Козелок ушной раковины
 2. Верхний полюс ушной раковины
 3. Мочка уха
228. Выберите правильные ориентиры первого и второго разреза при вскрытии гнойного паротита.
1. Первый, длиной 3—3,5 см, выполняют на 1—1,5 см позади вертикальной ветви нижней челюсти и параллельно ей, начиная от мочки уха и вверх; второй, длиной 2—2,5 см, проводят в поперечном направлении, начиная от нижнего края мочки уха и несколько отступая вперед от нее.
 2. Первый, длиной 3—3,5 см, выполняют на 1—1,5 см позади вертикальной ветви нижней челюсти и параллельно ей, начиная от мочки уха и вниз; второй, длиной 2—2,5 см, проводят в поперечном направлении, начиная от нижнего края мочки уха и несколько отступая вперед от нее.
229. При вскрытии гнойного паротита разрезы делают:
1. Перпендикулярно направлению ветвей лицевого нерва.
 2. Параллельно направлению ветвей лицевого нерва.
230. Как расценивать сепсис, если наличие гнойного очага не установлено?
1. Первичный.
 2. Вторичный.
231. Укажите возбудителей грамположительного сепсиса?
1. Кишечная палочка
 2. Стафилококк
 3. Синегнойная палочка
 4. Протей
 5. Стрептококк
232. Укажите возбудителей грамотрицательного сепсиса?
1. Кишечная палочка
 2. Стафилококк
 3. Протей
 4. Синегнойная палочка
 5. Стрептококк
233. Может ли сепсис быть вызван:
1. Клостридиальной анаэробной инфекцией
 2. Неклостридиальной анаэробной инфекцией

234. Назовите факторы, определяющие патогенез сепсиса.
1. Характер микрофлоры
 2. Очаг внедрения инфекции
 3. Реактивность больного
 4. Истощение
 5. Витаминная недостаточность
235. Зависит ли клиническая картина сепсиса от вида возбудителя?
1. Да
 2. Нет
236. Можно ли выделить специфические признаки сепсиса?
1. Да
 2. Нет
237. Выберите правильную схему развития септического процесса.
1. Местный гнойный процесс ->- токсемия ->- гнойно-резорбтивная лихорадка ->- септицемия ->-септикопиемия ->- смерть.
 2. Местный гнойный процесс -> токсемия ->- септицемия —>- гнойно-резорбтивная лихорадка ->-септикопиемия —>- смерть.
 3. Местный гнойный процесс -> гнойно-резорбтивная лихорадка — токсемия - септицемия ->• ; - септикопиемия ->- смерть.
238. Какие из перечисленных причин возникновения сепсиса занимают первое место.
1. Острые гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул, флегмона, мастит).
 2. Раны
 3. Хирургические операции
239. Выберите клинические проявления, характерные для сепсиса.
1. Наличие первичного гнойного очага
 2. Высокая температура
 3. Прогрессирующее ухудшение общего состояния.
 4. Сердечно-сосудистые нарушения
 5. Потеря массы тела
 6. Иктеричность кожи, склер, увеличение печени, селезенки.
 7. Характерные изменения в ране.
240. Укажите данные лабораторных исследований, характерные для сепсиса.
1. Высокая СОЭ при нормальном или незначительном увеличении числа лейкоцитов.
 2. Нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.
 3. Лимфопения
 4. Нарушение функции почек (низкая относительная плотность мочи, белок, цилиндры, форменные элементы).
 5. Бактериемия
241. Какая температурная кривая может наблюдаться при сепсисе?
1. Перемежающая
 2. Послабляющая
 3. Постоянная
242. Какой тип температурной кривой характерен для сепсиса без метастазов?

1. Постоянный.
 2. Послабляющий
243. Какой тип температурной кривой характерен для сепсиса с метастазами?
1. Постоянный
 2. Послабляющий
244. Для подтверждения бактериемии при сепсисе заборы крови следует проводить:
1. В период снижения температуры
 2. На высоте лихорадки
245. В какую фазу сепсиса нарушения в организме происходят на уровне ферментативных процессов?
1. В фазу напряжения
 2. В катаболическую фазу
 3. В анаболическую фазу
246. В какую фазу сепсиса происходит постепенное восстановление утраченных организмом функций?
1. В фазу напряжения
 2. В катаболическую фазу
 3. В анаболическую фазу
247. Какие приемы используются при местном лечении сепсиса?
1. Раннее оперативное вмешательство
 2. Создание благоприятных условий для оттока гноя.
 3. Вскрытие всех гнойных затеков
 4. Удаление секвестров
 5. Покой
 6. Иммобилизация
 7. Бережные перевязки
248. Назовите основные компоненты общей терапии при сепсисе.
1. Антибактериальная терапия
 2. Инфузионная терапия
 3. Иммунотерапия
 4. Применение анаболических стероидов
 5. Применение методов детоксикации организма
249. Перечислите особенности антибактериальной терапии сепсиса.
1. Использование максимальных доз препарата
 2. Комбинация препаратов с одинаковым спектром действия.
 3. Сочетание путей введения антибиотиков
 4. Контроль за резистентностью микрофлоры
 5. Продолжение терапии не менее двух недель после наступления клинического выздоровления и получения трех отрицательных посевов крови.
 6. Продолжение терапии не менее одного месяца после клинического выздоровления и получения трех отрицательных посевов крови.
250. В какую фазу сепсиса противопоказано применение антибиотиков, обладающих бактериостатическим действием?
1. В фазу напряжения

2. В катаболическую фазу
 3. В анаболическую фазу
251. В какую фазу сепсиса показано применение антибиотиков, обладающих бактериостатическим действием?
1. В фазу напряжения
 2. В катаболическую фазу
 3. В анаболическую фазу
252. Укажите средства, повышающие реактивность организма при сепсисе.
1. Кровь
 2. Плазма
 3. Эритроцитарная масса
253. В какую фазу сепсиса показано введение противостафи-лококковой, антиколибациллярной плазмы, противостафилококкового гамма-глобулина?
1. В фазу напряжения
 2. В катаболическую фазу
 3. В анаболическую фазу
254. В какую фазу острого сепсиса должна проводиться активная иммунизация анатоксинами, аутовакциной?
1. В фазу напряжения
 2. В катаболическую фазу
 3. В анаболическую фазу
255. Назовите средства детоксикации, используемые при сепсисе.
1. Гемосорбция
 2. Плазмоферрез активный
 3. Плазмоферрез пассивный
 4. Лимфосорбция
 5. Энтеросорбция
 6. УФО — крови
 7. Лазерное облучение крови
 8. Рентгеновское облучение крови

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Модуль №1 Хирургические заболевания желудка.

Вопросы исходного уровня знаний

001 - б	017 - б	033 - б	049 - г
002 - г	018 - д	034 - в	050 - в
003 - д	019 - д	035 - а	051 - д
004 - б	020 - г	036 - б	052 - г
005 - а	021 - в	037 - а	053 - в
006 - д	022 - в	038 - б	054 - д
007 - д	023 - г	039 - д	055 - г
008 - а	024 - а	040 - д	056 - д
009 - г	025 - в	041 - г	057 - г
010 - д	026 - в	042 - д	058 - г
011 - а	027 - г	043 - д	059 - в
012 - а	028 - а	044 - д	060 - д
013 - д	029 - а	045 - д	061 - в
014 - в	030 - б	046 - г	
015 - в	031 - г	047 - в	
016 - а	032 - д	048 - в	

Модуль №1 Хирургические заболевания желудка.

Вопросы конечного уровня знаний

1	4	22	1,3	43	3	64	1-5	85	2
2	2,3,4	23	4,5	44	1,4	65	1-5	86	1
3	1	24	3	45	3	66	2	87	1
4	3	25	1-4,6	46	2,3	67	1-4,6,7	88	4-6
5	1	26	2	47	3	68	1-4	89	2
6	1	27	3,5,7	48	2	69	1-3	90	3
7	3	28	1	49	2	70	1,3,5,6,7	91	1-4
8	1,2,3	29	1	50	1-6	71	2,3	92	4-7
9	1,2,3,4	30	2,3	51	3	72	3-5	93	1-6
10	1	31	2	52	1	73	1,4,8-10	94	1-4,6-8
11	1	32	2	53	3	74	1-9	95	1,2,3
12	2	33	2	54	2	75	3-9	96	2
13	3	34	3,4	55	4	76	2	97	4,5,6
14	2	35	3	56	3	77	2,4,5	98	1
15	2	36	2	57	3,4	78	4,5	99	1
16	3	37	2	58	4	79	1	100	1,5
17	2	38	1-4	59	2	80	1,2	101	1,2,3
18	1-7	39	3,5	60	1	81	1-4	102	1,3
19	3	40	2	61	1	82	1-4	103	1
20	1	41	2	62	1	83	5	104	1-5
21	1	42	2	63	1,3,6,7	84	2		

Модуль №2. Хирургические заболевания кишечника и брыжейки.

Вопросы исходного уровня знаний

1 - г	15-д	29-д	43-б	57-г
2 - в	16-д	30-а	44-в	58-г
3 - г	17-в	31-в	45-в	59-г
4 - д	18-д	32-в	46-в	60-а
5 - в	19-г	33-б	47-г	61-г
6 - в	20-г	34-г	48-в	62-г
7 - д	21-а	35-г	49-а	63-б
8 - г	22-г	36-г	50-д	64-в
9 - д	23-д	37-д	51-д	65-а
10 - в	24-в	38-б	52-в	66-д
11 - в	25-в	39-д	53-д	
12 - д	26-а	40-а	54-д	
13 - в	27-б	41-а	55-д	
14-д	28-г	42-г	56-г	

Модуль №2. Хирургические заболевания кишечника и брыжейки.

Вопросы конечного уровня знаний

1	4	20	5	39	1-3	58	5	77	4
2	1,2	21	2	40	3	59	1-4	78	1
3	2	22	3	41	2,4,5,7	60	3,5,6	79	2
4	1-8	23	1	42	1-3,5	61	2	80	2,4
5	1-6	24	1-3	43	3	62	1,2,3	81	1
6	1,2,3	25	1-5	44	1,2	63	2	82	1-5
7	3	26	1,3	45	2-5	64	2	83	1-6
8	2	27	2,4-7	46	1	65	2	84	1-6
9	1-6	28	2,4	47	2	66	4	85	3
10	1-3,5-7	29	1,3,5-9	48	1-4	67	1,2,5	86	3
11	1-4	30	2	49	1-4	68	1-5	87	1
12	1-4,6	31	1,3,4	50	2-4	69	1,2,4,6,7	88	2
13	1	32	5,6	51	1-6	70	1-4,6,7	89	2-6
14	2	33	1-7	52	1-7	71	2	90	2
15	2	34	1	53	1-7	72	1	91	2
16	1	35	2,5,6	54	4	73	3	92	3
17	3,4	36	3	55	1	74	1		
18	4,6,8,10	37	4,7	56	2	75	1		
19	4	38	7-10	57	3	76	3		

Модуль №3. Хирургические заболевания печени, ВЖП и селезенки.
Вопросы исходного уровня знаний

1 - д	11 - в	21 - д	31 - д	41 - д	51 - а
2 - г	12 - б	22 - д	32 - д	42 - д	52 - а
3 - д	13 - д	23 - б	33 - в	43 - д	53 - б
4 - д	14 - д	24 - д	34 - а	44 - д	54 - д
5 - г	15 - в	25 - а	35 - а	45 - г	55 - д
6 - д	16 - г	26 - б	36 - в	46 - д	56 - д
7 - г	17 - г	27 - в	37 - а	47 - д	57 - в
8 - в	18 - в	28 - г	38 - д	48 - д	58 - в
9 - г	19 - а	29 - в	39 - д	49 - д	59 - в
10 - г	20 - в	30 - а	40 - д	50 - д	

Модуль №3. Хирургические заболевания печени, ВЖП и селезенки.
Вопросы конечного уровня знаний (см след. стр.)

Модуль №3. Хирургические заболевания печени, ВЖП и селезенки.

1	3	50	3,4,6,7	99	1-5	148	1-4	197	3
2	2,3,5	51	2	100	1-4	149	1-3,5	198	2,3
3	4	52	2	101	1	150	1-4	199	1-3,5
4	1	53	1	102	2	151	2	200	1-5
5	1-5	54	1	103	1-5	152	6	201	2-4
6	3	55	1-6	104	3,4	153	5-7	202	1
7	5	56	1-5,7-10	105	1-3	154	1-10	203	4
8	1-7	57	1-7	106	3	155	1-6	204	2
9	1-8	58	1,4	107	7	156	1-5	205	1-6
10	1-5	59	1-4	108	1	157	1-5	206	4-10
11	2,3	60	5	109	1-5	158	1-4	207	1-7
12	2,3	61	4	110	1-7	159	1-3	208	1
13	1	62	1-3	111	1	160	1-4	209	1-9
14	2,3	63	1-5	112	1-3	161	1-5	210	3
15	1-6	64	1-5	113	1-7	162	2	211	1-3
16	1,3,4,6,7	65	1	114	3-7	163	1-4	212	1-4,7
17	2-5,7,8	66	2	115	1-6	164	1-5	213	1,4
18	4	67	1	116	1-3	165	5	214	3
19	2,3	68	1	117	1	166	2	215	1
20	1,2,3	69	1,2	118	1-8	167	1-4	216	1-5
21	3,4	70	1,2,3	119	1,2,5,6	168	2	217	1-5
22	1,4,5,8	71	1-4	120	1,2,5,6	169	1	218	3-5
23	2	72	1-3	121	1-4,6-8	170	2	219	2-4
24	1-8	73	1-6	122	2	171	2-6	220	1
25	2	74	1-4	123	1	172	2	221	2
26	2,3	75	1-3	124	2-7	173	1-4	222	2,3
27	1-5	76	4	125	1-7	174	2,3	223	4
28	1	77	1	126	2,3	175	1	224	4
29	5	78	1-4	127	2	176	4	225	1-5
30	1	79	3-5	128	1	177	1	226	1
31	1-4,6	80	2	129	2,3	178	2,3	227	2
32	1-5,8,10	81	2	130	3	179	3	228	2
33	2-9	82	4-6	131	1	180	2-4	229	3
34	2,4,5	83	2	132	1	181	2	230	5
35	1,2,3,4	84	3,4	133	1	182	3	231	1-7
36	1-5	85	3-5	134	2	183	5,6	232	1,6,7
37	1-3	86	2	135	3	184	1-3	233	1
38	1-3	87	1	136	4,5	185	1	234	1-4,6
39	1,2,5,6	88	3	137	1-5	186	2	235	1
40	1-6	89	4	138	1-3	187	3	236	1
41	1-5	90	4	139	2,3	188	2	237	1,2
42	1-5	91	1-7	140	1-3	189	1-6	238	3
43	1,3	92	5	141	1	190	2	239	3
44	1,2,5	93	1-5	142	1,2,4	191	1,2,5,7	240	1
45	3,4	94	3,4	143	1-6	192	1-3	241	1-5
46	3	95	3	144	1-5	193	3		
47	1,2,3,4	96	1-4	145	1,2	194	1-2		
48	1,2,4-8	97	1-3	146	1-6	195	2		
49	1	98	1-5	147	1-6	196	1		

Модуль №4. Хирургические заболевания поджелудочной железы.
Вопросы исходного уровня знаний

1 - д	9 - д	17 - д	25 - г
2 - д	10 - в	18 - в	26 - д
3 - д	11 - в	19 - д	27 - д
4 - д	12 - б	20 - д	28 - д
5 - д	13 - в	21 - д	29 - д
6 - д	14 - в	22 - в	30 - д
7 - д	15 - д	23 - д	31 - д
8 - в	16 - в	24 - г	32 - д

Модуль №4. Хирургические заболевания поджелудочной железы.
Вопросы конечного уровня знаний

1	1-4,6	26	1-7	51	1-5	76	2,4	101	2-4,6-10
2	1-5	27	3	52	1-7	77	2	102	1-10
3	1-5	28	2	53	4	78	2	103	1
4	1-4	29	4	54	2	79	1-4	104	2
5	2,3	30	1	55	3	80	3	105	2,3,5,6,7
6	3,4,5	31	1-7	56	2	81	1	106	1,2,4,5
7	2	32	1-13	57	1,2	82	1-8	107	1-6
8	2	33	2	58	3	83	1,2	108	1
9	3	34	1	59	1	84	3	109	1-5
10	1	35	2,4,6-12	60	2	85	2	110	4
11	2	36	3-5	61	4	86	1-5	111	1-6
12	1	37	1,3,4,8	62	2	87	1-3	112	3
13	1,2,5,6	38	1-3	63	1-3	88	1-7	113	1
14	3-5	39	1-9	64	3	89	1	114	1
15	3	40	1-3,5,6	65	1,2	90	3	115	1-3
16	1	41	1,3,5-9	66	3	91	1	116	4,5,7
17	4,5	42	1-3,5-7	67	4	92	1,2,4-7	117	9
18	5,	43	2	68	3	93	3	118	2
19	1-4	44	1,4	69	1-3	94	1	119	2
20	1-4	45	5	70	1,3	95	1-9	120	1
21	1-4	46	1-9	71	3	96	2	121	2
22	1-4	47	1-6	72	1-3	97	3	122	1-3
23	1,3,5,6,9,12,13	48	1-6	73	1,3-9	98	1	123	1
24	2,4-13	49	1-9	74	3	99	2-5		
25	1-5	50	3-7	75	1,2	100	5,6		

Модуль №5. Колопроктология.
Вопросы исходного уровня знаний

001 - в	008 - д	013 - г	020 - в	027 - д	034 - в	041 - в
002 - а	009 - а	014 - в	021 - в	028 - д	035 - в	042 - в
003 - д	010 - а	015 - а	022 - б	029 - в	036 - в	
004 - а	011 - в	016 - г	023 - г	030 - б	037 - б	
005 - в	012.1 - г	017 - г	024 - в	031 - д	038 - б	
006 - д	012.2 - в	018 - в	025 - а	032 - в	039 - в	
007 - а	012.3 - г	019 - г	026 - г	033 - а	040 - в	

Модуль №5. Колопроктология.
Вопросы конечного уровня знаний

1	1-6	27	2,3	53	1-3	79	3,7,11
2	1-8	28	1-3	54	1	80	1-7
3	1-5	29	1	55	2	81	3
4	1,4,5	30	3	56	2	82	1,2
5	3	31	1-3	57	4,5	83	1-3
6	3	32	1-4	58	2	84	3
7	3,9	33	1-3	59	3	85	3
8	2	34	2	60	1-3	86	1-4
9	2,4,6,8,9,11	35	1	61	1-9	87	1,3,5
10	3	36	2	62	1-5	88	2,4,6,7
11	1-4	37	1	63	1-3	89	1,2,4,5,6
12	2-4	38	1,2	64	2-5,8	90	1-9
13	1-5	39	1,3	65	2	91	2,3
14	4-7	40	3	66	2	92	1-6
15	1,2	41	4	67	2	93	2
16	1,3,5	42	1	68	1	94	1-4
17	2,4,6	43	4	69	1-3	95	2
18	1-3,5-7	44	1,2,5	70	5	96	3
19	1,3,4,6	45	1-4	71	2	97	2
20	1-7	46	2	72	1-6	98	1-3
21	1-4,8	47	2,4	73	2	99	1-3
22	3	48	1,2	74	1,2	100	2,3
23	3	49	2	75	3	101	2
24	1	50	3	76	3		
25	2	51	1-6	77	1-5,7		
26	3	52	1-5	78	1-4		

Модуль № 6. Грыжи живота.

Вопросы исходного уровня знаний

1 – б	9 - б	17 - д	25 - д
2 - д	10 - а	18 - б	26 - д
3 - д	11 - б	19 - в	27 - д
4 - д	12 - а	20 - б	28 - а
5 - б	13 - д	21 - а	29 - а
6 - г	14 - д	22 - г	30 - д
7 - б	15 - а	23 - д	31 - б
8 - д	16 - б	24 - г	32 - а

Модуль № 6. Грыжи живота.

Вопросы конечного уровня знаний

1	3	24	1,3	47	2,3	70	1
2	2	25	1	48	3	71	2
3	1	26	1-4	49	2,3	72	2
4	2	27	1-7	50	1	73	1,4,5
5	1,4	28	1,4,6	51	2	74	1
6	1-5	29	1	52	3	75	2
7	1-5	30	1	53	1	76	1-3
8	1-3,6	31	2	54	1-3,6,7	77	1,2,4,6,7
9	4	32	1,2	55	3	78	1-6
10	1	33	1,2,4-6	56	1-4	79	1,2
11	1-4	34	1,3-6	57	1,2,6	80	1
12	3-5	35	2	58	3-5	81	1
13	1-9	36	3	59	2	82	1-5
14	1-5	37	3	60	2	83	3
15	2	38	1	61	2	84	1-4
16	3	39	2,4-6	62	3	85	2
17	2	40	3	63	1,2	86	1-4
18	3	41	1	64	1	87	1-3
19	2,4	42	3	65	2	88	1
20	1,3	43	3	66	2	89	1-3
21	4-6	44	2	67	2	90	2,4
22	1-3	45	1-3	68	2	91	1
23	2,3	46	2	69	2	92	1-5

Модуль № 7. Травмы живота. Инородные тела ЖКТ

1 – 3	14 – 1	27 – 1	40 – 4	53 – 2	66 – 3	79 – 1	92 – 3
2 – 4	15 – 3	28 – 3	41 – 1	54 – 1	67 – 4	80 – 3	93 – 2
3 – 1	16 – 5	29 – 4	42 – 4	55 – 1	68 – 4	81 – 1	94 – 2
4 – 1	17 – 1	30 – 1	43 – 3	56 – 3	69 – 1	82 – 4	95 – 1
5 – 4	18 – 4	31 – 4	44 – 2	57 – 5	70 – 3	83 – 2	96 – 3
6 – 4	19 – 4	32 – 1	45 – 1	58 – 3	71 – 1	84 – 3	97 – 3
7 – 5	20 – 4	33 – 5	46 – 2	59 – 1	72 – 2	85 – 1	98 – 2
8 – 1	21 – 1	34 – 1	47 – 1	60 – 1	73 – 2	86 – 2	
9 – 5	22 – 3	35 – 1	48 – 1	61 – 1	74 – 1	87 – 2	
10 – 6	23 – 3	36 – 2	49 – 1	62 – 1	75 – 3	88 – 3	
11 – 1	24 – 1	37 – 1	50 – 6	63 – 5	76 – 1	89 – 2	
12 – 3	25 – 1	38 – 4	51 – 3	64 – 1,2	77 – 3	90 – 2	
13 – 1	26 – 1	39 – 3	52 – 1	65 – 2	78 – 2	91 – 3	

Модуль № 8. Хирургические заболевания органов грудной клетки.

Вопросы исходного уровня знаний

1 - д	17 - г	33 - д	49 - в	65 - б
2 - в	18 - а	34 - д	50 - в	66 - д
3 - д	19 - д	35 - д	51 - д	67 - б
4 - а	20 - в	36 - д	52 - в	68 - г
5 - в	21 - а	37 - г	53 - д	69 - д
6 - б	22 - г	38 - д	54 - г	70 - в
7 - в	23 - г	39 - а	55 - в	71 - д
8 - г	24 - б	40 - д	56 - г	72 - б
9 - б	25 - г	41 - д	57 - д	73 - в
10 - г	26 - д	42 - д	58 - б	74 - д
11 - г	27 - г	43 - в	59 - а	75 - б
12 - д	28 - в	44 - д	60 - б	76 - г
13 - г	29 - д	45 - в	61 - б	77 - д
14 - б	30 - д	46 - в	62 - в	
15 - б	31 - г	47 - в	63 - а	
16 - в	32 - б	48 - в	64 - а	

Модуль № 8. Хирургические заболевания органов грудной клетки.

Вопросы конечного уровня знаний

1	2	12	3,4,6,7	23	2,3,5	34	1
2	1-3	13	8-13	24	3,5	35	2-4,6,7
3	2	14	2,4-7	25	3,4	36	3
4	2	15	1-5	26	3	37	2,3,5-7
5	2	16	2	27	3	38	3
6	3	17	2	28	2	39	6
7	3	18	2-5,7,9,10	29	2	40	1
8	1	19	1-8	30	2	41	2,3
9	3	20	3	31	2	42	4
10	3,4	21	4	32	4		
11	1,2,5	22	3-6	33	1		

Модуль № 9. Хирургия пищевода и средостения.

Вопросы исходного уровня знаний

1 - б	17 - г
2 - д	18 - г
3 - д	19 - б
4 - б	20 - а
5 - а	21 - г
6 - а	22 - г
7 - д	23 - г
8 - б	24 - д
9 - д	25 - г
10 - б	26 - г
11 - в	27 - д
12 - д	28 - д
13 - д	29 - д
14 - а	30 - д
15 - г	31 - б
16 - д	

Модуль № 9. Хирургия пищевода и средостения.

Вопросы конечного уровня знаний

1	1,3,4,6	29	1,3	57	2
2	1-8	30	1	58	1
3	3	31	1	59	1
4	1-10	32	1	60	1,2
5	1,2,4	33	1-6	61	1,2
6	1,2,4,5	34	3	62	1,2
7	2,3,4	35	1	63	1
8	2	36	2	64	2
9	2,3,4	37	2	65	3
10	3	38	1,3,4,5,6	66	1,2
11	1,3	39	1,2	67	5
12	2	40	1,2,4,5	68	2
13	1	41	1-3	69	1,2,6
14	2	42	1,4	70	2
15	3	43	2	71	1,3-5,8,9
16	1	44	5	72	1
17	1,2	45	1,2,5-7,9,10	73	1
18	2	46	3,4	74	3
19	2	47	2	75	2-5
20	5	48	3	76	3
21	3-5	49	1	77	2-4
22	3,4	50	2	78	4,6
23	3	51	1	79	3
24	3	52	1-4,7	80	2-5
25	2	53	2		
26	6	54	2		
27	1	55	3-6		
28	1	56	2		

Модуль №10. Хирургические заболевания сосудов.

Вопросы исходного уровня знаний

001 - б	009 - д	017 - г	025 - г	033 - б	041 - д	049 - д	057 - д
002 - б	010 - б	018 - д	026 - а	034 - в	042 - г	050 - а	058 - д
003 - г	011 - г	019 - г	027 - а	035 - а	043 - в	051 - в	059 - г
004 - б	012 - а	020 - б	028 - б	036 - д	044 - а	052 - в	060 - а
005 - в	013 - д	021 - а	029 - а	037 - д	045 - в	053 - г	061 - б
006 - а	014 - а	022 - б	030 - г	038 - б	046 - в	054 - д	062 - д
007 - г	015 - б	023 - в	031 - г	039 - в	047 - в	055 - г	
008 - в	016 - в	024 - д	032 - д	040 - в	048 - г	056 - д	

Модуль №10. Хирургические заболевания сосудов.

Вопросы конечного уровня знаний

1	1-7	37	1-5	73	3	109	2-4,6,8,9	145	1
2	1-3	38	6	74	1-6	110	1,2,4-9	146	2
3	1-5	39	1,2	75	1-4	111	1,4,5	147	2
4	1-3	40	5	76	1-4	112	2	148	3
5	1,3-5	41	2,3,6	77	1-6	113	1-8	149	2
6	5	42	2,4,6,8,10	78	1-5	114	2-6	150	3
7	1-4	43	1,3,5,7,9	79	1-4	115	2	151	3,4
8	3	44	3	80	1-3,5	116	1-5	152	5
9	1	45	3-6	81	2	117	2-7	153	4
10	4	46	1,2,5,6,7	82	1-3	118	1	154	1-4
11	1,3,5	47	1-4	83	1-7	119	2	155	1,2,4-6
12	1	48	1-6,8,10	84	2	120	1	156	1,2
13	1	49	2,3,4,6,9,10	85	1-7	121	1-3	157	1-4
14	2	50	2,3,4,6,9,10	86	4	122	1	158	2
15	3	51	4	87	1-4	123	1,2,4,5,6	159	2
16	1-4	52	2,3,5	88	2	124	4	160	2
17	1-5	53	1	89	1	125	1-13	161	3
18	2	54	1	90	2	126	1	162	2
19	1-3	55	1-3	91	4	127	2-4	163	1-3
20	3,5-9	56	2,3	92	3	128	2,3	164	4
21	5	57	1	93	1-3	129	2-5	165	1-5
22	3	58	1,2	94	1-5	130	1	166	3
23	1	59	1-6	95	3	131	2	167	1
24	1-5	60	2	96	1-3	132	1	168	1
25	1-3	61	3	97	2	133	1-3	169	2-5
26	3	62	1-3	98	3	134	1-4	170	2
27	1	63	3,4,6	99	4,5	135	2	171	3-5
28	4	64	1	100	3,4,5	136	1-5	172	2-4
29	2	65	1,2,4	101	1,2	137	1-7	173	1-4
30	6	66	1	102	2-5	138	1-3,5	174	1,4-9
31	1-6	67	1	103	5,10,11,12,16	139	2-6	175	2
32	2	68	3	104	1-4	140	3	176	1-6
33	3	69	1	105	2	141	3	177	1-7,9
34	1-5	70	1,2	106	1-5	142	1-4,7	178	1
35	1-4,6	71	1-4	107	1-3	143	1		
36	1-6	72	1	108	1	144	2		

Модуль № 11. Хирургическая инфекция
Вопросы исходного уровня знаний

001 - а	042 - а	083 - д
002 - д	043 - г	084 - д
003 - б	044 - в	085 - д
004 - б	045 - д	086 - г
005 - а	046 - г	087 - а
006 - в	047 - д	088 - в
007 - д	048 - д	089 - д
008 - б	049 - б	090 - в
009 - в	050 - в	091 - г
010 - д	051 - б	092 - д
011 - а	052 - д	093 - г
012 - д	053 - г	094 - а
013 - д	054 - г	095 - а
014 - д	055 - г	096 - г
015 - в	056 - а	097 - б
016 - в	057 - г	098 - г
017 - г	058 - в	099 - а
018 - д	059 - г	100 - г
019 - в	060 - в	101 - д
020 - д	061 - а	102 - б
021 - г	062 - а	103 - д
022 - в	063 - в	104 - в
023 - г	064 - г	105 - г
024 - в	065 - г	106 - б
025 - г	066 - б	107 - в
026 - в	067 - в	108 - в
027 - г	068 - г	109 - б
028 - г	069 - г	110 - г
029 - в	070 - в	111 - д
030 - д	071 - г	112 - в
031 - г	072 - д	113 - а
032 - г	073 - в	114 - б
033 - а	074 - а	115 - д
034 - г	075 - д	116 - г
035 - а	076 - в	117 - б
036 - г	077 - г	118 - а
037 - в	078 - в	119 - б
038 - б	079 - в	120 - б
039 - а	080 - д	121 - в
040 - б	081 - а	
041 - б	082 - б	

Модуль № 11. Хирургическая инфекция
Вопросы конечного уровня знаний

1	4-6	48	1-4	95	1	142	1-4	189	4	236	2
2	3	49	1	96	1-5	143	3	190	3	237	3
3	1-4	50	1	97	4	144	1-5	191	1	238	1
4	1-4	51	2	98	2	145	1	192	3	239	1-7
5	1	52	1-5	99	1-8	146	2	193	1-3	240	1-5
6	1	53	1-5	100	2	147	1,2	194	1-4	241	1-3
7	1-3	54	3	101	1-5	148	1-3	195	1,5	242	1
8	2	55	4	102	1	149	1-3,5	196	1,3,4,6	243	2
9	1-3,6,7	56	2	103	1	150	1-3	197	1,5	244	2
10	2	57	3,4	104	2,5,6,8	151	2-7	198	1-6	245	2
11	1-5	58	1	105	1-5	152	1,3,5	199	1-4,6	246	3
12	1-6	59	1	106	2,3	153	1	200	1-6,8	247	1-7
13	1,2	60	4	107	2	154	1-5	201	2	248	1-5
14	1	61	3	108	2	155	1,2	202	1-3,5,6	249	1,2,4,5
15	3	62	1-3	109	1,2,4,6,8,10	156	1-8	203	1-6	250	1,2
16	3	63	2	110	1	157	1-4	204	1-7	251	3
17	1-6	64	1-4	111	3	158	1-5	205	1	252	1-3
18	2,3	65	2	112	2,4	159	1,2	206	2	253	1,2
19	2	66	2	113	1	160	1-6	207	2	254	3
20	3-7	67	1	114	1	161	1-4	208	2	255	1-8
21	1,3,4,6	68	2	115	3	162	1-4	209	3		
22	2	69	1-4	116	1,3,5	163	5	210	1,2		
23	2	70	2	117	1-4	164	1-4	211	1-6		
24	1	71	1-7	118	2	165	1-5	212	2-4		
25	1	72	3	119	1,3,5	166	2	213	1-4		
26	1	73	1	120	2,3	167	1-4	214	1,2		
27	2-5	74	1	121	1-3	168	1-5	215	1		
28	1,5	75	3	122	3	169	1-6	216	3-6		
29	1-8	76	3	123	1,2	170	1	217	1,5		
30	1-7	77	1-3	124	1-4	171	2	218	3		
31	1	78	1-4	125	1-8	172	1	219	5-8		
32	3	79	2	126	4	173	2	220	1,2,5,6,8		
33	1-4	80	2,3	127	1,2	174	1,3	221	1-3		
34	1-5	81	2,4,6	128	1-4	175	1-4	222	1-5		
35	1	82	1	129	1-3	176	1	223	1-3		
36	2	83	1-8	130	1-6	177	2	224	1-5		
37	2	84	1	131	1-4	178	1	225	1-5		
38	2	85	3	132	1-3	179	2	226	2		
39	3	86	1-4	133	1-6	180	2	227	3		
40	1-6	87	1-6	134	1-3	181	1	228	2		
41	1-6	88	1-3	135	1-3	182	6	229	2		
42	3	89	3	136	1-3	183	4	230	1		
43	1	90	2	137	1,3-6	184	4	231	2,5		
44	1	91	4	138	1-7	185	4	232	1,3,4		
45	2	92	1-4	139	1,2	186	3	233	1,2		
46	3	93	1-7	140	2	187	1	234	1-5		
47	2	94	2	141	3	188	2	235	2		