

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.09.2024 10:54:25
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПБМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

29 августа 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«ХИРУРГИЯ»

Специальность	<u>31.08.57 Онкология</u>
Квалификация	<u>врач-онколог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>хирургии и урологии им. профессора Б. И. Мирошникова</u>

**Санкт-Петербург
2024 г.**

При разработке фонда оценочных средств в основу положен ФГОС ВО по специальности 31.08.57 Онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Министерством образования и науки РФ от 25.08.2014 №1100.

Фонд оценочных средств одобрен на заседании кафедры хирургии и урологии им. профессора Б. И. Мирошникова от 26.06.2024г., протокол №6, рассмотрен на заседании Ученого совета Института от 29.08.2024 г., протокол №1.

Заведующий кафедрой _____ С. В. Попов

Разработчики:

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры
хирургии и урологии
им. профессора Б. И. Мирошникова

Галкина Н. В.

Рецензент:

Моисеенко В. М. - директор Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)», Член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «ХИРУРГИЯ»

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 3 ФОС)
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Контрольные вопросы	1-106
		Тестовое задание	1-530
		Ситуационные задачи	1-20
		Реферат	1-16
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	Контрольные вопросы	1-106
		Тестовое задание	1-530
		Ситуационные задачи	1-20
		Реферат	1-16

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

№ п/п	Код и наименование компетенции	Этапы формирования компетенций	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
1.	ПК-5- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной	Знать: -международную классификацию болезней (МКБ); -методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем организма,	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать

<p>статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>-принципы дифференциальной диагностики заболеваний. Уметь: -пользоваться международной классификацией болезней, интерпретировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; -формулировать полный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. Владеть: -методами диагностического обследования для выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов заболеваний; -алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>Высокий уровень сформированности компетенции</p>	<p>«хорошо»/ «зачтено»</p>	<p>проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий. Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.</p>
		<p>Пороговый уровень сформированности компетенции</p>	<p>«удовлетворительно»/ «зачтено»</p>	<p>Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.</p>
		<p>Компетенция не сформирована</p>	<p>«неудовлетворительно» / «не зачтено»</p>	<p>Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки,</p>

2.	ПК-6- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	<p>Знать: -этиологию, патогенез, клинику и современные методы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля; -порядок оказания хирургической медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения); -лекарственные и нелекарственные методы лечения, показания и противопоказания к их назначению.</p> <p>Уметь: -осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента; -интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; -оценить тяжесть состояния больного; -выбрать оптимальный метод лечения в соответствии с действующими порядками оказания хирургической медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); -провести необходимые лечебные процедуры и медикаментозное</p>			входящие состав компетенции. В
----	--	--	--	--	--------------------------------

		<p>лечение, с учетом показаний и противопоказаний;</p> <p>-предупреждать нежелательные побочные эффекты.</p> <p>Владеть:</p> <p>-навыками интерпретации полученных результатов лабораторных и инструментальных методов обследования, алгоритмом и техникой выполнения основных лечебных мероприятий при оказании хирургической медицинской помощи;</p> <p>-методами оценки адекватности фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний и осложнений при ее проведении;</p> <p>-оформлением первичной медицинской документации.</p>			
--	--	--	--	--	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Контрольные вопросы	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля);

		дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.		Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса.
2.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи.
4.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные:

				<p>объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).</p>
--	--	--	--	---

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Собеседование по контрольным вопросам

Оценка	Описание
5	Балл «5» ставится в том случае, когда обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
4	Балл «4» ставится в том случае, когда обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
3	Балл «3» ставится в том случае, когда обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
2	Балл «2» ставится в том случае, когда обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Разбор ситуационных задач

Оценка	Описание
5	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
4	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
3	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
2	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
90-100	Отлично
80-89	Хорошо
70-79	Удовлетворительно
0-69	Неудовлетворительно

Рефераты

Оценка	Описание
5	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
4	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены..
3	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
2	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Контрольные вопросы для собеседования

1. Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной хирургической помощи в условиях города
2. Организация экспертизы трудоспособности в подразделениях хирургической службы

3. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении пациентов
4. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении коллег
5. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении среднего и младшего медицинского персонала
6. Принцип наставничества в хирургии
7. Организация действий медперсонала хирургического стационара при пожаре.
8. Организация действий медперсонала хирургического стационара при угрозе заражения особо опасной инфекцией
9. Патогенез острой кишечной непроходимости
10. Патогенез острой кровопотери
11. Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи
12. Оперативная хирургия головы и шеи
13. Клиническая и топографическая анатомия груди
14. Оперативная хирургия груди
15. Клиническая и топографическая анатомия живота
16. Оперативная хирургия живота
17. Клиническая и топографическая анатомия таза и промежности
18. Оперативная хирургия таза и промежности
19. Клиническая и топографическая анатомия конечностей
20. Оперативная хирургия конечностей
21. Лучевые методы диагностики заболеваний и повреждений органов груди
22. Лучевые методы диагностики заболеваний и повреждений органов живота, забрюшинного пространства и таза.
23. Инструментальные методы диагностики заболеваний и повреждений органов живота, забрюшинного пространства и таза.
24. Приемы и методы поддержания и восстановления жизненных функций организма
25. Интенсивная терапия при шоке
26. Механизм лечебного действия, показания и противопоказания к переливанию различных трансфузионных сред
27. ДВС-синдром. Фазы, патогенез, клиника, принципы лечения.
28. Доброкачественные опухоли молочной железы, клиника, диагностика, методы лечения.
29. Нагноительные заболевания легких и плевры
30. Спонтанный пневмоторакс
31. Злокачественные опухоли пищевода и кардии
32. Дивертикулы пищевода
33. Открытые и закрытые повреждения грудной клетки
34. Гемоторакс. Виды пневмотораксов
35. Язвенная болезнь желудка и ДПК
36. Полипы желудка
37. Рак желудка
38. Дивертикулы двенадцатиперстной и тонкой кишок
39. Опухоли тонкой кишки
40. Опухоли и кисты брыжейки
41. Острая кишечная непроходимость
42. Спаечная болезнь брюшной полости
43. Острый и хронический аппендицит
44. Опухоли и кисты брыжейки ободочной кишки
45. Наружные кишечные свищи
46. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
47. Функциональное состояние печени при хирургической патологии
48. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени
49. Непаразитарные кисты печени

50. Паразитарные заболевания, абсцессы печени
51. Циррозы печени и портальная гипертензия
52. Механическая желтуха
53. Острый холецистит
54. Хронический калькулезный холецистит
55. Рак желчного пузыря и желчных протоков
56. Рак БДС
57. Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков
58. Заболевания поджелудочной железы
59. Острый панкреатит
60. Хронический панкреатит
61. Опухоли поджелудочной железы
62. Кисты поджелудочной железы
63. Общее учение о грыжах
64. Паховые грыжи. Бедренные грыжи
65. Пупочная грыжа. Послеоперационные грыжи
66. Диафрагмальные грыжи. Редкие виды грыж
67. Общие сведения о травме живота. Сочетанная травма
68. Травма полых и паренхиматозных органов живота
69. Диффузный и узловой зоб
70. Рак щитовидной железы
71. Хирургическое лечение гиперпаратиреоза, инсулиномы и ульцерогенной аденомы
72. Опухоли мозгового и коркового слоя надпочечников
73. Флебит, тромбофлебит вен нижних конечностей
74. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
75. Острые нарушения мезентериального кровообращения
76. ТЭЛА
77. Острый пиелонефрит, почечная колика
78. Острая задержка мочи. Повреждения почек и мочевых путей
79. Внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут и разрыв кисты яичника, острый аднексит, пельвиоперитонит
80. Современное представление о возникновении злокачественного опухолевого роста. Основные принципы диагностики онкологических заболеваний
81. Основные принципы лечения онкологических заболеваний
82. Черепно-мозговая и спинальная травма
83. Переломы костей таза. Множественные и сочетанные повреждения костей таза
84. Травма конечностей. Заболевания опорно-двигательного аппарата
85. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса
86. Характеристика основных видов возбудителей раневой инфекции
87. Общие принципы лечения гнойных ран и гнойных заболеваний
88. Фурункул, карбункул, рожистое воспаление, флегмона, абсцесс
89. Флегмоны таза
90. Панариций. Флегмона кисти
91. Острый остеомиелит
92. Хронический остеомиелит
93. Острый лактационный мастит
94. Терминология и классификация, этиология и патогенез. Клиническая картина, осложнения сепсиса
95. Септический шок. Принципы лечения
96. Клостридиальная инфекция, столбняк. Бешенство, актиномикоз
97. Анаэробная неклостридиальная инфекция

98. Особенности течения хирургической инфекции при сахарном диабете. Диабетическая стопа
99. Перитонит и остаточные гнойники брюшной полости
100. Антибиотики в хирургии
101. Антибактериальные средства других классов. Принципы сочетанной антибактериальной терапии
102. Острый парапроктит, свищи прямой кишки, эпителиальный копчиковый ход
103. Геморрой
104. Рак прямой кишки
105. Рак ободочной кишки
106. Осложнения и хирургическое лечение дивертикулеза толстой кишки

3.1.2. Тематика рефератов

1. Острый аппендицит;
2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, острые и рецидивирующие язвенные гастродуоденальные кровотечения;
3. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса;
4. Неосложненные и ущемленные грыжи живота,
5. Острая и хроническая кишечная непроходимость различной этиологии;
6. Острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит;
7. Холедохолитиаз;
8. Холангит и механическая желтуха различной этиологии;
9. Острый и хронический панкреатит, кистозные поражения поджелудочной железы;
10. Желудочные, кишечные, желчные, панкреатические и смешанные наружные и внутренние свищи;
11. Открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей;
12. Варикозное расширение вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз;
13. Облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена;
14. Гнойные заболевания мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа);
15. Острый и хронический остеомиелит;
16. Ожоги и отморожения, электротравма.

3.1.3. Тестовые задания

Какое исследование наиболее информативно при подозрении на холедоходуоденальный свищ?

- А. ФГДС
- Б. Обзорная Rg-графия брюшной полости
- В. Пероральная холецистография
- Г. Внутривенная холеграфия
- Д. Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

Какой рентгенологический признак позволяет заподозрить наличие холедоходуоденального свища?

- А. Замедление эвакуации бариевой взвеси из двенадцатиперстной кишки
- Б. Наличие "ниши" в луковице двенадцатиперстной кишки
- В. Наличие газа в желчных путях
- Г. Нарушение эвакуации контраста при пероральной холецистографии
- Д. Быстрый сброс контраста в кишку при внутривенной холеграфии

О чем может свидетельствовать выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы до юных форм при незначительно повышенном или нормальном количестве лейкоцитов при остром аппендиците?

- А. О хорошей реактивности организма
- Б. Об отсутствии иммунологической реакции
- В. О выраженной интоксикации
- Г. О наличии разлитого перитонита
- Д. О развитии аппендикулярного инфильтрата

При проведении инфузионной терапии у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости наиболее информативным критерием гидратации будет

- А. Состояние слизистых оболочек
- Б. Тургор кожи
- В. Уровень артериального давления
- Г. Свертываемость крови
- Д. Гематокрит

При подозрении на печеночную недостаточность в послеоперационном периоде наиболее информативны следующие биохимические тесты:

1. Содержание сывороточного билирубина и его фракций
2. Уровень общего белка крови и белковых фракций
3. Изменение активности сывороточных трансаминаз
4. Изменение уровня сывороточных трансаминаз
5. Изменение уровня протромбина и факторов свертывания

О печеночно-клеточной недостаточности может свидетельствовать:

- А. Анемия с тромбоцитопенией.
- Б. Гипергаммаглобулинемией.
- В. Гипоальбуминемия.
- Г. Гиперхолестеринемия.
- Д. Гиперкалиемия.

По каким показателям коагулограммы оценивают 1 фазу свертывания крови?

1. Протромбиновый индекс
2. Содержание фибриногена
3. Толерантность плазмы к гепарину
4. Тромбиновое время
5. Время рекальцификации плазмы

Варианты ответов: А: 1,2.

Б: 1,3.

В: 1,5.

Г: 2,3.

Д: 3,5.

После острого кровотечения первыми изменяются следующие параметры:

А. рН артериальной крови и СО₂

Б. Гемоглобин и гематокрит.

В. ЦВД

Г. Насыщенность крови кислородом

Д. Количество эритроцитов в периферической крови.

По каким показателям коагулограммы оценивают 2 фазу свертывания крови?

1. Протромбиновый индекс

2. Тромбиновое время

3. Толерантность плазмы к гепарину

4. Свободный гепарин

5. Время рекальцификации плазмы

Варианты ответов: А: 1,3.

Б: 1,2,4.

В: 1,3,4.

Г: 1,2,3.

Д: 1,5.

По каким показателям коагулограммы оценивают 3 фазу свертывания крови?

1. Протромбиновый индекс

2. Тромбиновое время

3. Толерантность плазмы к гепарину

4. Содержание фибриногена

5. Фибринолитическая активность крови

Варианты ответов: А: 1,3.

Б: 1,3,4.

В: 4,5.

Г: 1,2,3.

Д: 3,5.

При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:

А. Обзорную рентгенографию брюшной полости

Б. Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка

В. ФГДС

Г. УЗИ брюшной полости

Д. Лапароскопию

Какая наиболее частая локализация ракового поражения у мужчин:

А. Желудок.

- Б. Толстая кишка.
- В. Мочевыводящие пути.
- Г. Поджелудочная железа.
- Д. Все одинаковы

Какая наиболее частая локализация ракового поражения у женщин:

- А. Легкие.
- Б. Желудок.
- В. Молочная железа.
- Г. Толстая кишка.
- Д. Все одинаковы

Наиболее частая локализация карциноидных опухолей:

- А. Подвздошная кишка.
- Б. Желчный пузырь.
- В. Бронхи.
- Г. Половые органы.
- Д. Червеобразный отросток.

Какое исследование следует выполнить в первую очередь больному, поступившему через 17 часов после возникновения сильных болей в брюшной полости. При осмотре: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу, кожные покровы влажные, холодные, Рс 78 в 1 мин. АД 140/90 мм рт. ст. Язык сухой, живот доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

- А. ФЭГДС
- Б. Обзорную рентгенографию брюшной полости
- В. УЗИ брюшной полости
- Г. Внутривенную урографию
- Д. Лапароскопию

Для желтухи механического характера характерно:

1. Повышение уровня билирубина за счет прямого
2. Повышение уровня билирубина за счет непрямого
3. Повышение уровня трансаминаз
4. Повышение содержания желчных кислот
5. Повышение уровня щелочной фосфатазы

А: 1,3.

Б: 1,3,4.

В: 1,4.

Г: 2,3.

Д: 2,3,5.

При подозрении на язву желудка основным методом диагностики является

- А. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- Б. Рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью

- В. Экстренная гастродуоденоскопия
- Г. Ангиография
- Д. Лапароскопия

При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести

- А. Экстренную гастродуоденоскопию
- Б. Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
- В. Лапароскопию
- Г. Рентгеноскопию желудка
- Д. Ангиографию

Наличие воздуха или бария в желчном пузыре при рентгеноскопии свидетельствует о

- А. Холедохолитиазе
- Б. Сальмонеллезе желчного пузыря
- В. Внутренней желчной фистуле
- Г. Желудочно-толстокишечном свище
- Д. Остром холецистите

Какое исследование не показано для выявления желчнокаменной болезни:

- А. Обзорная рентгенограмма брюшной полости
- Б. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- В. Ультразвуковое исследование брюшной полости
- Г. Внутренняя холецистохолангиография
- Д. Ангиография сосудов печени

Противопоказанием к выполнению эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии является:

- А. Механическая желтуха
- Б. Острый панкреатит
- В. Механическая желтуха
- Г. Хронический панкреатит
- Д. Холедохолитиаз

При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза является:

- А. Пневмомедиастинография
- Б. Бронхоскопия
- В. Бронхография

- Г. Пневмомедиастинография
- Д. Искусственный пневмоторакс

Наиболее информативным методом ранней диагностики рака пищевода является:

- А. Рентгеноскопия пищевода
- Б. Компьютерная томография
- В. ФЭГДС
- Г. Ядерно-магнитный резонанс
- Д. УЗИ

Какой уровень эритроцитов и гемоглобина можно ожидать у больного с желудочным кровотечением, если анализ был взят через 10 минут после начала кровотечения?

- А. Близкий к уровню до кровотечения
- Б. Ниже чем до кровотечения
- В. Значительно ниже, чем до кровотечения
- Г. Выше чем до кровотечения

Кислородную емкость крови характеризуют

- А. Содержание гемоглобина и количество эритроцитов.
- Б. Гематокрит.
- В. Парциальное давление кислорода в крови.
- Г. Все показатели.
- Д. Лишь А и Б.

Какие методы можно избрать для измерения давления в системе воротной вены при портальной гипертензии?

1. Спленоманометрия
2. Катетеризация воротной вены через бедренную по Сельдингеру.
3. Прямое измерение давления в одной из брыжеечных вен при лапаротомии
4. Прямое измерение давления в одной из брыжеечных вен при лапароскопии
5. Катетеризация воротной вены через пупочную вену.

Варианты ответов: А:1,2.

Б: 1,3

В: 1,4,5.

Г: 1,2,5

Д: 1,3,4,5.

При сцинтиграфии печени с использованием РФП, поглощаемого купферовскими клетками, при следующих заболеваниях не характерно выявление «холодных очагов»

- А. Первичный рак печени
- В. Метастатический рак печени
- С. Цирроз печени (узлы регенерации)

- Д. Абсцесс печени
- Е. Киста печени

Для полной изолированной обструкции долевого печеночного протока (синдром заблокированной доли) характерно:

- А. Значительное увеличение уровня билирубина
- В. Увеличение уровня щелочной фосфатазы
- С. Значительное увеличение уровня аминотрансфераз
- Д. Увеличение уровня альфа-фетопротеина
- Е. Все вышеперечисленное

Повышение уровня карциноэмбрионального антигена характерно для:

- А. Рака толстой кишки
- Б. Рака поджелудочной железы
- В. Рака толстой кишки и поджелудочной железы
- Г. Рака любой локализации
- Д. Нераковых опухолей любой локализации

Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:

- А. Рака толстой кишки
- Б. Рака поджелудочной железы
- В. Рака печени
- Г. Рака печени и поджелудочной железы
- Д. Рака толстой кишки и поджелудочной железы

Повышение уровня карциноэмбрионального антигена коррелирует со стадией заболевания при следующих заболеваниях:

- А. Рака толстой кишки
- Б. Рака поджелудочной железы
- В. Рака толстой кишки и поджелудочной железы
- Г. Рака любой локализации
- Д. Нераковых опухолей любой локализации

Методом выбора в диагностике причины кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта является

- А. Контрастная рентгенография
- Б. Целиакография
- В. УЗИ
- Г. Биопсия слизистой желудка
- Д. Эндоскопия

Какой оптимальный диагностический метод следует применить у больного с крайне тяжелой травмой при нестабильных показателях жизнедеятельности организма?

- А. Обзорная рентгенография
- Б. Контрастная рентгенография
- В. УЗИ
- Г. Компьютерная томография
- Д. Артериография

Наименее часто встречающаяся локализация рака желудочно-кишечного тракта это:

- А. Полость рта
- Б. Пищевод
- В. Желудок
- Г. Тонкая кишка
- Д. Прямая кишка

Какое из нижеперечисленных злокачественных новообразований чаще всего впервые выявляется как опухоль, пальпируемая в брюшной полости?

- А. Рак матки
- Б. Рак яичника
- В. Рак правой половины ободочной кишки
- Г. Рак левой половины ободочной кишки
- Д. Рак желудка

Объективным критерием центрального цианоза считается следующее содержание гемоглобина крови

- А. 25 г/л.
- Б. 35 г/л.
- В. 45 г/л.
- Г. 55 г/л.
- Д. 65 г/л.

Причинами, вызывающими периферический цианоз, могут быть

- А. Центральный цианоз.
- Б. Переохлаждение.
- В. Гиповолемия.
- Г. Болезни периферической артериальной системы.
- Д. Центральный цианоз, переохлаждение, гиповолемия, болезни периферической артериальной системы.

Наиболее эффективным методом диагностики и консервативного лечения кровотечения из нижнего отдела желудочно-кишечного тракта является

- А. Исследование прямой кишки.
- Б. Изотопная сцинтиграфия с введением собственных эритроцитов больного, меченных $Tc\ 99$.
- В. Ангиография.
- Г. Колоноскопия.
- Д. Все неверно

Значительное повышение активности АсАТ и АлАТ (более 500 МЕ/л) характерно для

- А. Острого гепатита.
- Б. Острого и хронического гепатита.
- В. Диффузных заболеваний печени.
- Г. Обструкции желчных путей.
- Д. Первичного рака печени

Наиболее достоверным методом диагностики тромбоза глубоких вен нижних конечностей является

- А. Контрастная венография.
- Б. Импедансная плетизмография.
- В. Дуплексное сканирование сосудов
- Г. Термография.
- Д. Все неверно

Абсолютным показанием к ИВЛ в режиме ПДКВ при возникновении дыхательной недостаточности при шоке служит pO_2 при ингаляции чистым кислородом:

- А. Ниже 40 мм рт. ст.
- Б. Ниже 50 мм рт. ст.
- В. Ниже 60 мм рт.ст.
- Г. Ниже 70 мм рт.ст.
- Д. Правильного ответа нет

При дыхательной недостаточности показанием для перевода больного на ИВЛ служит:

- А. pO_2 ниже 60 мм рт.ст при ингаляции 50% кислородной смесью
- Б. pO_2 ниже 60 мм рт.ст при ЧД более 35 в мин.
- В. pO_2 ниже 60 мм рт.ст при ЖЕЛ менее 10-15 мл / кг.
- Г. pO_2 ниже 60 мм рт.ст при силе вдоха менее 25 см водного столба
- Д. Все ответы неверны.

При решении вопроса о переводе больного на ИВЛ ориентируются на:

- А. Только pO_2
- Б. Только $p CO_2$
- В. pO_2 и частоту дыхания
- Г. pO_2 и ЖЕЛ
- Д. pO_2 и силу вдоха

При каком механизме возникновения гиповолемии нельзя рассчитывать дефицит жидкости по гематокриту?

- А. Перераспределение жидкости при парезе кишечника
- Б. Выраженная рвота и/или понос в послеоперационном периоде
- В. Недостаток поступления жидкости при приеме мочегонных
- Г. Кровотечение
- Д. Можно рассчитывать во всех случаях

Критерием адекватности регидратации у больных с водно-электролитными нарушениями служит:

- 1. Уровень гематокрита
 - 2. Величина осмолярности плазмы
 - 3. Концентрация натрия в плазме
 - 4. Достаточный диурез
 - 5. Нормальная плотность мочи
- А: 1,4.
 - Б: 4,5.
 - В: 2,3.
 - Г: 1,2,3,4.
 - Д: 1,2,3,4,5.

Лабораторными признаками декомпенсации метаболического ацидоза являются:

- 1. pH менее 7,3
 - 2. $p CO_2$ менее 40 мм рт.ст.
 - 3. $p CO_2$ менее 20 мм рт.ст
 - 4. ВЕ более -5 ммоль/л
 - 5. ВЕ более -10 ммоль/л
- Варианты ответов: А: 1,3,5.
- Б: 1,3.
 - В: 1,5.
 - Г: 1,2,4.
 - Д: 3,5.

Лабораторными признаками декомпенсации метаболического алкалоза являются:

- 1. pH более 7,45
- 2. $p CO_2$ более 40 мм рт.ст
- 3. $p CO_2$ более 60 мм рт.ст.

4. BE более + 5 ммоль/л

5. BE более +10 ммоль/л

Варианты ответов: А: 1,3,5.

Б: 1,2,4.

В: 1,3.

Г: 1,5.

Д: 3,5.

Что из ниже перечисленного может привести к метаболическому алкалозу в послеоперационном периоде?

А. Дыхательная недостаточность

Б. Гипоксия вследствие циркуляторных расстройств

В. Анемия

Г. Эндогенная интоксикация

Д. Активная аспирация желудочного содержимого

Какой побочный эффект возможен при введении больших доз промедола?

А. Излишний седативный эффект

Б. Угнетение дыхания

В. Артериальная гипотензия

Г. Нарушение моторики желудочно-кишечного тракта

Д. Побочных эффектов нет

Какие из ниже перечисленных осложнений могут возникнуть при внутривенном введении фентанила?

1. Тошнота, рвота

2. Бронхоспазм

3. Спазм мышц грудной стенки

4. Брадикардия

5. Артериальная гипотония

Варианты ответов: А: 1,2

Б: 1,5

В: 1,4,5.

Г: 2,3,5.

Д: 2,3,4,5.

При анафилактическом шоке происходит массивное освобождение:

А. Гистамина

Б. Гистамина и серотонина

В. Гистамина, серотонина и медленно реагирующей субстанции (МРС)

Г. Гистамина, серотонина, МРС и брадикинина

Д. Гистамина, серотонина, МРС, брадикинина и ацетилдхолина.

При каком объеме кровопотери возникает клиника острой кровопотери

- А. 250 мл
- Б. 500 мл
- В. 1000 мл
- Г. 1500 мл
- Д. 2000 мл

Какие значения ЦВД характерны для гиповолемии

- А. Менее 60 мм вод. ст.
- Б. От 60 до 120 мм вод. ст.
- В. От 130 до 180 мм вод. ст.
- Г. От 190 до 240 мм вод. ст.
- Д. Свыше 240 мм вод. ст.

Наиболее частым побочным эффектом пероральных контрацептивов является

- А. Изменение активности печеночных ферментов.
- Б. Холестатическая желтуха.
- В. Аденома печени.
- Г. Синдром Бадд-Киари.
- Д. Нет побочных эффектов

Когда удаляется контрольный дренаж, установленный к зоне оперативного вмешательства

- А. На 1 сутки.
- Б. На 3 сутки.
- В. Когда перестает функционировать.
- Г. На 2 сутки.

Появление ретикулоцитов в периферической крови при желтухе характерно для

- А. Механической желтухи опухолевого генеза.
- Б. Гемолитической желтухи.
- В. Вирусного гепатита В и С.
- Г. Активной фазы цирроза печени.
- Д. Наследственных пигментных гепатозов.

Артериальный «вклад» в общий печеночный кровоток в норме

- А. Больше портального.
- Б. Примерно равен портальному .

- В. Меньше портального.
- Г. Нормы не существует, т.к. показатель строго индивидуален и вариабелен.
- Д. Наиболее верно А или Б.

Нормальная величина портального давления в покое составляет

- А. 50-100 мм . вод . ст.
- Б. 100-180 мм. вод. ст.
- В. 180-250 мм вод. ст.
- Г. 250-320 мм вод. ст.
- Д. 320-400 мм вод. ст.

При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить

- А. На верхней трети грудины
- Б. На границе верхней и средней трети грудины
- В. На границе средней и нижней трети грудины
- Г. В пятом межреберном промежутке слева
- Д. На уровне мечевидного отростка

При лечении асистолии применяют

- А. Наружный массаж сердца
- Б. Внутривенное введение адреналина
- В. Внутривенное струйное введение бикарбоната натрия
- Г. Все вышеперечисленное
- Д. Ничего из вышеперечисленного

Фибрилляция желудочков устраняется

- А. Электрической дефибрилляцией
- Б. Внутривенным введением лидокаина
- В. Внутривенным введением атропина, хлорида кальция и хлорида калия,
- Г. Внутривенным введением адреналина
- Д. Всем вышеперечисленным

К срочным мероприятиям при тромбоэмболии легочной артерии относятся все вышеперечисленные мероприятия кроме

- А. Обезболивания
- Б. Проведения тромболитической терапии
- В. Усиление депрессивного влияния блуждающего нерва
- Г. Снятие спазма сосудов
- Д. Проведение антикоагулянтной терапии

При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является

- А. Норэдреналин
- Б. Преднизолон
- В. Димедрол
- Г. Хлористый кальций
- Д. Адреналин

Критерием эффективности непрямого массажа сердца является

- А. Сужение зрачков
- Б. Появление пульсации на сонных артериях
- В. А и Б
- Г. Костная крепитация
- Д. Б и Г.

Признаками дегидратации 1 степени тяжести (дефицит жидкости в организме < 5 % или 2,5 л) являются

- А. Сухая кожа и слизистые оболочки.
- Б. Тахикардия.
- В. Холодные кожные покровы конечностей.
- Г. Гипотензия.
- Д. Все перечисленное

Признаками дегидратации 2 степени тяжести (дефицит жидкости в организме 5 - 8 % или 4 л) являются

- А. Холодные кожные покровы конечностей.
- Б. Снижение кожного тургора.
- В. Гипотензия.
- Г. Холодные кожные покровы конечностей, снижение кожного тургора, гипотензия.
- Д. Все перечисленное

Признаками дегидратации 3 степени тяжести (дефицит жидкости в организме 9 - 12 % или 6 л) являются

- А. Тахикардия.
- Б. Гипотензия.
- В. Олигоурия.
- Г. " Сухая " слизистая глаз, постуральная гипотензия и олигоурия.
- Д. Ничто из названного

" Критический " уровень дефицита жидкости в организме составляет

- А. > 10 %.

- Б. > 20 %.
- В. > 15 %.
- Г. > 25 %.
- Д. >5%

Олигоурия определяется, если суточный диурез составляет

- А. Менее 600 мл/сут.
- Б. Менее 500 мл/сут.
- В. Менее 400 мл/сут.
- Г. Менее 300 мл/сут.
- Д. менее 200 мл/сут.

При тяжелой степени гипотермии (ректальная температура составляет менее 32° С) смерть наступает от

- А. Остро развившейся аритмии сердца.
- Б. Пневмонии.
- В. Панкреатита.
- Г. Острой почечной недостаточности.
- Д. Острой печеночной недостаточности.

Причиной неясной гипертензии в первые послеоперационные сутки может быть

- А. Снижение суточного диуреза.
- Б. Базальный легочный ателектаз.
- В. Неадекватное обезболивание.
- Г. Раздражение назогастральным и назоинтестинальным зондом.
- Д. Гипертермия.

При каком уровне гемоглобина крови обеспечивается адекватная оксигенация тканей при нормоволемии

- А. 60 г/л.
- Б. 70 г/л.
- В. 80 г/л.
- Г. 90 г/л.
- Д. 100 г/л.

Показателем, который лучше других позволяет оценить эффективность сердечно-легочной реанимации, так как отражает сердечный выброс и миокардиальное перфузионное давление, считается

- А. Пульс на сонных и бедренных артериях.
- Б. Реакция зрачков на свет.

- В. Показатели концентрации газов крови.
- Г. Концентрация углекислого газа в выдыхаемом воздухе.
- Д. правильного ответа нет

Замену трахеостомической трубки следует производить не ранее

- А. 3 суток
- Б. 5 суток.
- В. 7 суток.
- Г. на следующие сутки после установки
- Д. по мере загрязнения

Когда удаляется контрольный дренаж, установленный к зоне оперативного вмешательства

- А. На 1 сутки.
- Б. На 3 сутки.
- В. Когда перестает функционировать.
- Г. На 2 сутки.
- Д. На 7 сутки.

Возможные осложнения при назогастральной интубации

- А. Дискомфорт для больного.
- Б. Повышение гастриновой секреции.
- В. Рефлюкс- эзофагит.
- Г. Дискомфорт для больного, повышение гастриновой секреции, рефлюкс- эзофагит, аспирация.
- Д. Повышение АД.

Синдром Менетрие (Menetrier):

- А. Форма гипертрофического гастрита
- Б. Встречается при высокой базальной секреции соляной кислоты
- В. Связан с гипопроотеинемией
- Г. Часто ошибочно принимается за рак
- Д. Связан с анемией

После лапаротомии нормальная перистальтика обычно восстанавливается

- А. Желудок - 4 часа
Тонкая кишка - 24 часа
Толстая кишка - после первого приема пищи.
- Б. Желудок - 24 часа
Тонкая кишка - 4 часа
Толстая кишка - 3 суток.

В. Желудок - 3 суток
Тонкая кишка - 3 суток
Толстая кишка - 3 суток..

Г. Желудок - 24 часа
Тонкая кишка - 24 часа
Толстая кишка - 24 часа.

Д. Желудок - 4 часа
Тонкая кишка - немедленно
Толстая кишка - 24 часа.

Патогенетически обоснованными мероприятиями при травматическом шоке являются

- А. Возмещение кровопотери.
- Б. Устранение острой дыхательной недостаточности.
- В. Блокирование очага патологической импульсации.
- Г. Восстановление или протезирование функций поврежденных органов.
- Д. Все перечисленное.

Аргументы в пользу применения солевых растворов в острый период тяжелой травмы, за исключением

- А. Восполнение дефицита воды внеклеточного сектора и профилактика клеточной дегидратации.
- Б. Профилактика агрегации форменных элементов крови в мелких сосудах.
- В. Нормализация обмена воды между сосудистым и интерстициальным пространством.
- Г. Увеличение щелочного резервуара плазмы.
- Д. Доступность и экономичность.
- Ж. Сохранение диуреза.
- З. Поддержание перфузии тканей в критический период.

В первые часы лечения острой кровопотери из общего объема инфузионных средств кровь должна составлять

- А. 25-30 %.
- Б. 40-50 %.
- В. 75-80 %.
- Г. 10-20 %.
- Д. 60-75 %.

Через 5 дней после ваготомии и антрумэктомии по поводу язвенной болезни у 45-летнего мужчины появилась гипотензия, лихорадка и сильные боли в эпигастрии, иррадиирующие в плечо. Наиболее полезным диагностическим исследованием для определения причины этого осложнения будет

- А. Амилаза сыворотки крови
- Б. Электрокардиография
- В. Гастроскопия
- Г. Контрастная Rg-графия верхних отделов ЖКТ
- Д. Прямая Rg-графия правой верхней половины живота и грудной клетки

Вы вынуждены проводить сердечно-легочную реанимацию, не имея никаких приспособлений. В процессе реанимационных действий Ваше внимание прежде всего будет обращено на

- А. Ширину зрачков
- Б. Наличие пульсации на периферических артериях
- В. Экскурсии грудной клетки на вдохе
- Г. Сердечные тоны
- Д. Цвет кожных покровов

Назовите правильную последовательность реанимационных мероприятий

- А. Восстановление сердечной деятельности - искусственная вентиляция легких - восстановление водно-электролитного баланса.
- Б. Освобождение дыхательных путей - искусственное дыхание - искусственная циркуляция крови.
- В. Искусственное дыхание «рот в рот» - закрытый массаж сердца - дефибрилляция.
- Г. Все ответы правильные.
- Д. Правильного ответа нет.

Наиболее объективным показателем состояния перфузии тканей является

- А. Артериальное давление.
- Б. Парциальное давление O_2 в выдыхаемом воздухе.
- В. Центральное венозное давление.
- Г. Скорость выделения мочи.
- Д. Удельный вес мочи.

Патологическая трансфузиологическая реакция у больного, находящегося под наркозом, обычно проявляется

- А. Избыточной кровоточивостью
- Б. Острой почечной недостаточностью.
- В. Кожными высыпаниями.
- Г. Повышенной температурой.
- Д. Дыхательной недостаточностью.

Какое из утверждений наилучшим образом отражает потребности человека в питательных веществах ?

- А. Здоровому человеку требуется приблизительно 1 г белка на кг веса в сутки.

- Б. 6, 25 г белка содержит приблизительно 4 г азота.
- В. Стационарный больной должен получать около 20 ккал/кг/сут.
- Г. Основная незаменимая жирная кислота - олеиновая.
- Д. Если незаменимые жирные кислоты не поступают в организм, через 5 дней возникают клинические симптомы их дефицита..

Наиболее частой проблемой в послеоперационном периоде, которую следует предвидеть у тучных больных, которым проводится общее обезболивание, будет

- А. Накопление анестетика в жировой ткани
- Б. Анаэробный метаболизм
- В. Ателектаз
- Г. Жировая эмболия
- Д. Падение артериального давления

При отеке мозга применяют все ниже перечисленные мероприятия, кроме:

- А. Введение жидкости в объеме 2/3 необходимого.
- Б. Введение осмотических диуретиков (маннитола).
- В. Мониторинга внутричерепного давления.
- Г. Поддержания pCO_2 на уровне 40-45 мм рт. ст.
- Д. Введение барбитуратов.

Какие из метаболических осложнений, связанных с парентеральным питанием, наиболее распространены?

- А. Некетоацидотическая гиперосмолярная кома.
- Б. Гипогликемия.
- В. Метаболический ацидоз.
- Г. Азотемия.
- Д. Гипергликемия

При каких состояниях введение белка необходимо ограничивать?

- А. Уремия.
- Б. Сепсис.
- В. Печеночная энцефалопатия.
- Г. Множественные переломы длинных трубчатых костей.
- Д. Тяжелая степень кровопотери.

Наиболее значимым признаком трансфузионной реакции во время общей анестезии является

- А. Выраженная кровоточивость
- В. Почечная недостаточность
- С. Покраснение кожи
- Д. Лихорадка

Е. Дыхательная недостаточность

Какое лечебное мероприятие следует избрать в качестве первоочередного при возникновении профузного кровотечения из верхних отделов ЖКТ, сопровождающегося расстройством центральной гемодинамики:

- А. Струйное переливание донорской крови
- В. Внутривенную инфузию плазмозаменителей
- С. Введение симпатомиметиков (адреналин и пр.)
- Д. Введение кортикостероидов
- Е. Установку кардиостимулятора

Назовите ведущее показание к гемотрансфузии при остром гастродуоденальном кровотечении:

- А. Мелена
- В. Прогрессирующее снижение гематокрита
- С. Признаки гиповолемии
- Д. Артериальная гипотензия
- Е. Неустойчивый гемостаз

Женщина 60 лет поступила через 3-е суток от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не приносящую облегчения, задержку стула и газов.

Состояния больной тяжелое. Кожа и слизистые нормальной окраски. Пульс 96 уд. в мин., ритмичный. АД 140/90 мм рт. ст. Язык суховат, обложен. Живот умеренно вздут. В правой подвздошной области старый послеоперационный рубец. При пальпации живот мягкий, болезненный в области пупка. Определяется «шум плеска». На обзорной рентгенограмме брюшной полости выявляются 3 широкие «чаши Клойберга».

Укажите наиболее рациональную инфузионную терапию для предоперационной подготовки:

- А. Эритроцитарная масса, консервированная кровь.
- Б. Полиглюкин.
- В. Желатиноль.
- Г. Реополиглюкин.
- Д. Полиионные растворы, раствор глюкозы.

Женщина 60 лет поступила через 3-е суток от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не приносящую облегчения, задержку стула и газов.

Состояния больной тяжелое. Кожа и слизистые нормальной окраски. Пульс 96 уд. в мин., ритмичный. АД 140/90 мм рт. ст. Язык суховат, обложен. Живот умеренно вздут. В правой подвздошной области старый послеоперационный рубец. При пальпации живот мягкий, болезненный в области пупка. Определяется «шум плеска». На обзорной рентгенограмме брюшной полости выявляются 3 широкие «чаши Клойберга».

Укажите наиболее рациональную инфузионную терапию для предоперационной подготовки:

- А. Эритроцитарная масса, консервированная кровь.

- Б. Полиглюкин.
- В. Желатиноль.
- Г. Реополиглюкин.
- Д. Полиионные растворы, раствор глюкозы.

При проведении инфузионной терапии у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости наиболее информативным критерием гидратации будет

- А. Состояние слизистых оболочек
- Б. Тургор кожи
- В. Уровень артериального давления
- Г. Свертываемость крови
- Д. Гематокрит

При инфузионном лечении больных перитонитом степень дефицита ОЦК и его динамику наиболее информативно отражают:

- А. Артериальное давление
- Б. Центральное венозное давление
- В. Почасовой диурез
- Г. Показатели КОС
- Д. Гематокрит

1. А, Б, В,
2. А, Б, Г
3. А, Г, Д
4. Б, В, Д
5. В, Г, Д

Олигоурия может быть следствием как острой почечной недостаточности, так и дегидратации. В дифференциальной диагностике олигоурии наиболее информативными показателями будут

- А. Относительная плотность мочи.
- Б. Сопоставление осмолярности мочи и плазмы крови.
- В. Азотемия (уровень мочевины и креатинина).
- Г. ЦВД.
- Д. Ответ на в/в введение раствора Рингера.

1. А,Б,В.
2. А,Б,Д.
3. А,В,Г.
4. Б,В,Д.
5. В,Г,Д.

Мужчина 47 лет поступил через 28 часов от начала заболевания с жалобами на боли по всему животу, многократную рвоту, общую слабость, сухость во рту.

Состояние тяжелое. Кожные покровы с землистым оттенком. Черты лица заострены, губы синюшны. Пульс 112 уд в мин., ритмичный. АД 105/60 мм рт.ст. Язык суховат обложен. Живот

умеренно вздут, напряжен, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика отсутствует. Выбрать наиболее рациональную инфузионную терапию для проведения предоперационной подготовки.

- А. Эритроцитарная масса.
- Б. Консервированная кровь.
- В. Полиглюкин, желатиноль.
- Г. Реополиглюкин.
- Д. Полиионные растворы, глюкоза.

Гиповолемия при острой кишечной непроходимости развивается вследствие

- А. Плазмопотери в кишке и брюшной полости
- Б. Нарушения экскреции электролитов почками
- В. Секвстрации крови
- Г. Нарушения сократительной способности миокарда вследствие эндотоксикоза
- Д. Потеря и дефицита поступления жидкости

1. А, Б, В

2. А, Б, Г

3. А, В, Д

4. Б, Г, Д

5. В, Г, Д

С какой целью применяется внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии?

- А. Увеличение вязкости крови
- Б. Снижения активности крови
- В. Снижение давления в системе воротной вены
- Г. Активация процесса перехода протромбина в тромбин
- Д. Спазм вен портальной системы

Для снятия возбуждения и нормализации сна в послеоперационном периоде у больного с тяжелым нарушением функций печени может быть использован

- А. Барбитал
- Б. Седуксен
- В. Аминазин
- Г. Дроперидол
- Д. Промедол

Основным показанием к гемотрансфузии является

- А. Парентеральное питание

- Б. Стимуляция кроветворения
- В. Значительная анемия от кровопотери
- Г. Дезинтоксикация
- Д. Иммунокоррекция

Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания

- А. Эритроциты
- Б. Донорской крови
- В. Кристаллоидных растворов
- Г. Коллоидных растворов
- Д. Правильно В и Г.

Определение годности консервированной крови включает следующие пункты:

1. Проверка герметичности упаковки
2. бактериологическое исследование
3. проверка сроков годности
4. проверка правильности паспортизации
5. макроскопическая оценка качества

- Варианты ответов:
- А: 1,2
 - Б: 1,3.
 - В: 1,3,4.
 - Г: 1,3,4,5.
 - Д: 1,2,3,4,5.

При трансфузии тромбоцитов могут развиваться следующие осложнения

- А. Гипотермия.
- Б. Изосенсибилизация и посттрансфузионная пурпура.
- В. Кровотечение.
- Г. Гиперкалиемия.
- Д. Гиперкальциемия.

Клиническая картина острой гемолитической реакции, встречающейся при трансфузии эритроцитов, характеризуется

- А. Внутрисосудистым гемолизом перелитых эритроцитов.
- Б. Острой почечной недостаточностью.
- В. Падением артериального давления.
- Г. Повышенной кровоточивостью.
- Д. Повышением артериального давления.

Показанием для переливания свежзамороженной плазмы является

- А. Возмещение ОЦК.

- Б. Повышение содержания факторов крови.
- В. Парентеральное питание.
- Г. Массивные гемотрансфузии.

При подозрении на гемолиз выполнено центрифугирование. Какую кровь нельзя переливать даже в экстренных условиях?

- А. Желтый цвет плазмы
- Б. Розовый оттенок плазмы
- В. Красный оттенок плазмы
- Г. Можно переливать любую
- Д. Нельзя переливать ни в каком случае

Самое грозное осложнение, характерное для внутриартериального переливания крови:

- А. Нарушение кровообращения в конечности, в артерию которой переливалась кровь
- Б. Острое расширение сердца
- В. Почечная недостаточность
- Г. Анафилактический шок
- Д. Воздушная эмболия

Мужчина 26 лет доставлен в сельскую больницу через 2 часа после проникающего ножевого ранения живота в состоянии геморрагического шока. При лапаротомии обнаружено сквозное ранение тощей кишки с повреждением сосудов брыжейки и большого сальника. В брюшной полости около 2 л излившейся крови. Кровотечение временно остановлено наложением зажимов. Стабилизировать гемодинамические показатели введением кристаллоидных растворов не удается, коллоидных растворов и препаратов крови нет. В холодильнике находится 400 мл донорской крови А (II) Rh⁺, соответствующей крови больного, но с истекшим сроком хранения. Имеется свежезаготовленная кровь О(I) Rh⁺ и О(I) Rh⁻. Возможности получить кровь и кровезаменители в течении ближайших часов нет. В сложившейся ситуации правильным решением будет

- А. Восполнить кровопотерю имеющейся донорской кровью А(II) Rh⁺
- Б. Восполнить кровопотерю кровью О(I) Rh⁺
- В. Восполнить кровопотерю кровью О(I) Rh⁻
- Г. Реинфузировать свежеинфицированную кровь
- Д. Отказаться от гемотрансфузии

Каким побочным эффектом обладают аминогликозиды?

- А. Гепато- и нефротоксичностью
- Б. Гепато- и ототоксичностью
- В. Ото- и нефротоксичностью
- Г. Миелотоксичностью
- Д. Не имеют побочных эффектов

Какой побочный эффект возможен при применении цефалоспоринов?

- А. Гепатотоксичность
- Б. Нефротоксичность
- В. Угнетение кроветворения
- Г. Ототоксичность
- Д. Не имеют побочных эффектов

Какой из перечисленных антибиотиков наиболее сильно угнетает костный мозг?

- А. Ампициллин
- Б. Гентамицин
- В. Канамицин
- Г. Левомецетин
- Д. Кефзол

Какие из препаратов цефалоспоринового ряда следует избрать для воздействия на следующие микроорганизмы:

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. Кокковая флора | А. 1 поколение (цефазолин - "кефзол",
цефалексин). |
| 2. Грам-отрицательная флора | Б. 2 поколение (цефокситин, цефаклор). |
| 3. Бактероиды | В. 3 поколение (цефотаксим, цефиксен) |
| 4. Синегнойная палочка | Г. 3 поколение (цефокситин, цефобид,
"фортум") |
| 5. Псевдомонады | |

Эталон - 1 - А, 2 - В, 3 - Б, 4 - Г, 5 - В.

Какие из перечисленных антибактериальных препаратов имеют следующие побочные эффекты:

- | | |
|-------------------|-------------------------------------|
| 1. Пенициллины | А. Гепатотоксичны |
| 2. Аминогликозиды | Б. Нефротоксичны |
| 3. Левомецетин | В. Ототоксичны |
| 4. Цефалоспорины | Г. Угнетают костный мозг |
| 5. Рифампицин | Д. Аллергические реакции |
| 6. Сульфаниламиды | Е. Не обладают побочными эффектами. |
| 7. Нитрофураны | |

Какой антибактериальный препарат является цефалоспорином 2 поколения

- А. Аугментин.
- Б. Тазоцин.
- В. Цефамезин.
- Г. Мефоксин.
- Д. Кефзол.

Какой антибактериальный препарат является цефалоспорином 3 поколения

- А. Цефалексин.
- Б. Мефоксин.
- В. Зинацеф.
- Г. Зиннат.

Д. Цефотаксим.

При использовании схемы профилактической антибиотикотерапии в хирургии желчных путей необходимо назначать

А. Метронидазол в/в 500 мг/каждые 8 часов.

Б. Препарат группы цефалоспоринов в/в или в/м (цефуросим 750 мг/каждые 8 часов N 3).

В. Препарат группы пенициллинов в/в или в/м (ампиокс 500 мг/каждые 8 часов N 3) или препарат группы цефалоспоринов в/в или в/м (цефуросим 750 мг/каждые 8 часов N 3).

Г. Левомецетин per os.

Д. Правильного ответа нет.

Какой антибактериальный препарат является цефалоспорином 1 поколения

А. Зиннат.

Б. Цефотаксим.

В. Цефазолин.

Г. Цефамезин.

Д. Правильного ответа нет

Возможные осложнения при назогастральной интубации

А. Дискомфорт для больного.

Б. Повышение гастриновой секреции.

В. Рефлюкс- эзофагит.

Г. Дискомфорт для больного, повышение гастриновой секреции, рефлюкс- эзофагит, аспирация.

Д. Гипотензия.

Какой антибактериальный препарат является карбопенемом

А. Фортум.

Б. Тазицеф.

В. Роцефин.

Г. Тиенам.

Д. Правильного ответа нет

Какой антибактериальный препарат является фторхинолоном

А. Меронем.

Б. Зинацеф.

В. Таривид.

Г. Тазицеф.

Д. Правильного ответа нет

Какой из перечисленных препаратов вызывает образование активного иммунитета?

- А. Стафилококковый анатоксин
- Б. Антистафилококковый иммуноглобулин
- В. Антистафилококковая плазма
- Г. Сывороточный полииммуноглобулин
- Д. Антисинежнойная плазма

Какой антибиотик может вызвать некроз печеночных клеток

- А. Левомецетин
- Б. Метациллин
- В. Эритромицин
- Г. Тетрациклин
- Д. Пенициллин

Какой антибиотик может вызвать диарею, тошноту, рвоту

- А. Левомецетин
- Б. Метациллин
- В. Эритромицин
- Г. Тетрациклин
- Д. Пенициллин

Больным с выраженным нарушением функций печени для антибактериальной терапии не следует назначать, опасаясь токсического кумулятивного эффекта, антибиотики группы

- А. Пенициллина
- Б. Стрептомицина
- В. Тетрациклины
- Г. Цефалоспорины
- Д. Аминогликозиды

Какой антибиотик должен применяться при сальмонеллезе

- А. Левомецетин
- Б. Метициллин
- В. Эритромицин
- Г. Тетрациклин
- Д. Пенициллин

Какой антибиотик окрашивает зубы у детей

- А. Левомецетин
- Б. Метациллин
- В. Эритромицин
- Г. Тетрациклин
- Д. Пенициллин

Какой антибиотик применяется к *Staph. aureus*.

- А. Левомецетин
- Б. Метациллин
- В. Эритромицин
- Г. Тетрациклин
- Д. Пенициллин

Результаты анализа на чувствительность не имеют значения в лечении инфекций, вызванных

- А. *Staph aureus*
- Б. *Proteus mirabilis*
- В. *Escherichia coli*
- Г. *Diplococcus pneumoniae*

Какие осложнения связаны с назначением антибиотиков

- А. Грибковая суперинфекция
- Б. Апластическая анемия
- В. Лихорадка, разрешающаяся при окончании терапии
- Г. Псевдомембранозный энтероколит

Препаратом выбора при лечении интраабдоминальных абсцессов, вызванных *Bacteroides fragilis*, является

- А. Пенициллин.
- Б. Гентамицин
- В. Ампициллин
- Г. Цефалотин
- Д. Клиндомицин

Наиболее частым побочным эффектом пероральных контрацептивов является

- А. Изменение активности печеночных ферментов.
- Б. Холестатическая желтуха.
- В. Аденома печени.
- Г. Синдром Бадд-Киари.
- Д. Аллергическая реакция.

При зашивании рваной раны лица у 30-летней женщины, выполняемой под местной анестезией лидокаином, появилась спутанность сознания, возбуждение и судороги. Немедленно должно быть предпринято

- А. Трахеостомия
- Б. Переливание крови
- В. Введение тиопентала натрия
- Г. Введение дифенина
- Д. Только наблюдение

Функциональное состояние, имеющее место при всех формах шока

- А. Гипотензия
- Б. Падение давления в правом предсердии
- В. Неадекватная перфузия тканей
- Г. Снижение сердечного выброса
- Д. Падение давления в правом предсердии

40-летняя женщина с установленной язвенной болезнью поступила с жалобами на рвоту в течение 5 дней каждый день во время еды. Обследование выявило заметную дегидратацию рН-7,62 рСО₂-54, рО₂-75. Какое вещество показано в первую очередь для нормализации этого нарушения кислотно-основного равновесия

- А. Кальций
- Б. Магний
- В. Водород
- Г. Бикарбонаты
- Д. Калий

Наиболее вероятная причина развития немедленной реакции при быстром переливании большого количества консервированной крови

- А. Низкая температура переливаемой крови
- Б. Недостаток кальция в переливаемой крови
- В. Наличие в переливаемой крови цитрата
- Г. Высокий уровень калия в переливаемой крови
- Д. Ацидоз переливаемой крови

Обструкция каких полых органов реже всего вызывает раннюю рвоту?

- А. Выходной отдел желудка
- Б. Начальный отдел тонкой кишки
- В. Ободочная кишка
- Г. Мочеточник
- Д. Червеобразный отросток

После лапаротомии нормальная перистальтика обычно восстанавливается

- А. Желудок - 4 часа
Тонкая кишка - 24 часа
Толстая кишка - после первого приема пищи.
- Б. Желудок - 24 часа
Тонкая кишка - 4 часа
Толстая кишка - 3 суток.
- В. Желудок - 3 суток

Тонкая кишка - 3 суток
Толстая кишка - 3 суток..

Г. Желудок - 24 часа
Тонкая кишка - 24 часа
Толстая кишка - 24 часа.

Д. Желудок - 4 часа
Тонкая кишка - немедленно
Толстая кишка - 24 часа..

Снижают антикоагуляционную эффективность фенилина

- А. Барбитураты.
- Б. Метизегрид.
- В. Диазепам.
- Г. Фенилбутазон.
- Д. Анальгин.

Наиболее типичным проявлением послеоперационной эмболии легочной артерии является

- А. Отек легких.
- Б. Легочное кровотечение.
- В. Укороченное дыхание.
- Г. Хрипы, одышка.
- Д. Острая сердечная недостаточность.

У больной выявлена эмболия легочной артерии. Лечение-

- А. Антибиотики.
- Б. Фенилин.
- В. Гепарин.
- Г. Эмболэктомия.
- Д. Динамическое наблюдение

Ветви переднего (левого) ствола блуждающего нерва впадают в:

- А. Желудок
- Б. Поджелудочную железу
- В. Печень
- Г. Чревное сплетение
- Д. Селезенку

Сопровождается высокой желудочной секрецией:

- А. Желудочная язва
- Б. Дуоденальная язва
- В. Оба варианта правильны
- Г. Оба варианта не верны
- Д. Эрозия желудка

Может иметь лекарственное происхождение:

- А. Желудочная язва
- Б. Дуоденальная язва
- В. Обе
- Г. Ни одна
- Д. Эрозия желудка

Подвергается озлокачествлению:

- А. Желудочная язва
- Б. Дуоденальная язва
- В. Обе
- Г. Ни одна
- Д. Эрозия желудка

Заболеваемость раком какой локализации снизилась за последние 40 лет?

- А. Поджелудочная железа
- Б. Легкое
- В. Желудок
- Г. Толстая кишка
- Д. Предстательная железа

Для рака желудка справедливо:

- А. Частота заболевания связана с высоким содержанием животных белков в пище
- Б. В возникновении заболевания более значимы факторы внешней среды, чем наследственные
- В. Связан с O(1) группой крови
- Г. Развитие связано с низким социально-экономическим статусом
- Д. Заболеваемость увеличивается в России

Лейкоцитоз 35 000 у больного с болями в животе наиболее характерен для:

- А. Ретроцекального аппендицита
- Б. Язвенного колита
- В. Воспалительных заболеваний тазовых органов
- Г. Мезентериального тромбоза
- Д. Дивертикулита с образованием абсцесса

Для аневризмы брюшного отдела аорты характерно:

- А. Инфраренальная локализация
- Б. Малый риск разрыва при размерах менее 8 см
- В. Окклюзия нижней брыжеечной артерии
- Г. Связана с третичным сифилисом

Больной 50 лет поступил через 5 дней от начала заболевания с жалобами на ноющую боль и уплотнение по внутренней поверхности левого бедра. 5 дней назад появилась гиперемия и уплотнение на голени. За последние 2-е суток процесс распространился на бедро. Страдает варикозной болезнью обеих нижних конечностей. При осмотре имеется уплотнение, гиперемия, болезненность по ходу большой подкожной вены слева до уровня средней трети бедра. Тактика хирурга.

- А. Гепаринотерапия
- Б. Гепаринотерапия, трентал, дезагреганты.
- В. Операция Троянова-Тренделенбурга в срочном порядке (в пределах суток от момента поступления).
- Г. Гепаринотерапия, антибактериальная терапия.
- Д. Консервативная терапия, оперативное лечение в плановом порядке.

Принципиальное отличие абсцесса от гангрены легкого определяется

- А. Патоморфологической картиной при гистологическом исследовании.
- Б. Количеством и характером отделяемой мокротой.
- В. Размерами зоны воспаления.
- Г. Наличием зоны перифокальной инфильтрации.
- Д. Отличий нет, это стадия одного и того же заболевания.

Наиболее частая локализация абсцесса легкого эмболического происхождения

- А. Верхняя доля правого легкого.
- Б. Базальные отделы левого легкого.
- В. Периферические отделы обоих легких.
- Г. Нижние доли обоих легких.
- Д. Междольевые промежутки с обеих сторон.

Оптимальная тактика при остром абсцессе легкого первые дни от начала заболевания

- А. Дренирование плевральной полости.
- Б. Массивная антибактериальная терапия.
- В. Санационная бронхоскопия.
- Г. Плевротомия.
- Д. Резекция легкого.

Осложнение острого абсцесса легкого

- А. Пиопневмоторакс.
- Б. Переход в гангрену легкого.
- В. Множественные абсцессы легкого.
- Г. Все перечисленное.

Основным преимуществом двухмоментной пневмонэктомии перед одномоментной является

- А. Ускорение сроков выздоровления.
- Б. Уменьшение риска генерализации процесса.
- В. Предупреждение развития гнилостной инфекции грудной клетки.
- Г. Лучший косметический эффект.
- Д. Предупреждение рецидивов заболевания.

Лимфогенным путем эмпиема плевры может развиваться при

- А. Гнойном холецистите.
- Б. Гнойном аппендиците.
- В. Перфоративной язве желудка.
- Г. Поддиафрагмальном абсцессе.
- Д. Паранефрите.
- Ж. При любом из перечисленных заболеваний.

Наиболее частой причиной гнойного плеврита является

- А. Инородное тело бронха.
- Б. Бронхиальная астма.
- В. Аспирационная пневмония.
- Г. Абсцессы легкого.
- Д. Пневмония.

Из всех острых гнойных плевритов у взрослых с самого начала заболевания осумкованные возникают изначально у

- А. У 10 %.
- Б. У 20 %.
- В. У 30 %.
- Г. У 40 %.
- Д. У 50 %.

Основной момент успеха в лечении гнойного плеврита

- А. Адекватная антибактериальная терапия.
- Б. Диаметр дренажа.
- В. Правильная инфузионная терапия.
- Г. Максимальное расправление легкого.
- Д. Герметичность дренажной системы.

Осложнения возможны при гнойном плеврите

- А. Медиастенит.
- Б. Перикардит.
- В. Перитонит.
- Г. Флегмона грудной клетки.
- Д. Сепсис.
- Е. Все перечисленное.

Тактика при сохранении напряженного пневмоторакса и эмфиземы средостения, при активно функционирующем дренаже, к 3-5 дням после травмы

- А. Дренирование подводным дренажем.
- Б. Продолжить активную аспирацию.
- В. Аспирировать содержимое пункциями.
- Г. Чередовать пассивное дренирование с активной аспирацией.
- Д. Показана торакотомия.

Наиболее выгодное место дренирования плевральной полости для устранения пневмоторакса

- А. 2-е межреберье по средней ключичной линии.
- Б. 4-е межреберье по передней подмышечной линии.
- В. 7-е межреберье по передней аксиллярной линии.
- Г. 8-е межреберье по задней аксиллярной линии.
- Д. 3-е межреберье по средней ключичной линии.

Показания к дренированию плевральной полости

- А. Гемоторакс.
- Б. Напряженный пневмоторакс.
- В. Ателектаз легкого.
- Г. Перелом ребер с пневмотораксом.
- Д. Повреждение шейного отдела пищевода и подкожная эмфизема.

Лечение внутреннего клапанного пневмоторакса

- А. Пассивная аспирация.
- Б. Лечение пункциями.
- В. Чередование пассивной и активной аспирации.
- Г. При отсутствии эффекта от активной аспирации - торакотомия на 2-3 день.
- Д. Продолжить аспирацию до 7-8 дня.

Возможен ли пневмоторакс при непроникающих ранениях груди и отсутствии переломов ребер

- А. Не возможен.
- Б. Возможен.
- В. Только при повреждении костного скелета.
- Д. только при сдавлении груди.

Тучная женщина 40 лет перенесла холецистэктомию с интраоперационной холеграфией. На 4 послеоперационный день у нее развилась одышка, боли за грудиной и в левой половине грудной клетки. Объективно - субфебрилитет, АД - 110/70 мм рт ст, пульс - 100 в мин., число дыханий - 30 в мин. Причина:

- А. Инфаркт миокарда.
- Б. Аспирационная пневмония.
- В. Эмболия легочной артерии.
- Г. Подпеченочный абсцесс.
- Д. Холангит.

Больной 62 лет поступил с жалобами на боли в области шеи, иррадиирующие в затылок. Во время еды больной вынужден прижимать подбородок к груди и сдавливать выпячивание на шее. После этого делается несколько глотательных движений, во время которых слышны булькающие звуки, сопровождающиеся уменьшением припухлости на шее. Пищу запивает большим количеством жидкости. За последний год больной похудел на 11 кг. При осмотре на шее после еды появляется припухлость мягко эластической консистенции, больше выраженная слева размером 10 x 10 см.

Какой из ниже перечисленных диагнозов наиболее вероятен:

- А. Киста шеи.
- Б. Глоточно-пищеводный дивертикул.
- В. Опухоль верхней трети пищевода.
- Г. Липома шеи.
- Д. Лимфаденит.

Через несколько дней после эзофагэктомии больной жалуется на одышку и тяжесть в грудной клетке. На рентгенограмме определяется большое количество жидкости в плевральной полости.

При торакоцентезе получена жидкость с молочным оттенком. Больному показано

- А. Срочная операция для восстановления грудного протока.
- Б. Срочная операция для перевязки грудного протока.
- В. Плевральный дренаж и диета с низким содержанием жиров.
- Г. Наблюдение и обезжиренная диета.
- Д. Наблюдение и антибактериальная терапия.

Больной 55 лет поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области и за грудиной в момент прохождения пищи.

Состояние больного удовлетворительное. При рентгенологическом исследовании в дистальном отделе пищевода определяются множественные полуокруглой формы и различной величины выпячивания, располагающиеся по обоим контурам пищевода. Эти выпячивания отчетливо появляются в момент прохождения контрастной массы и легко исчезают. Появляясь вновь указанные образования меняют свою конфигурацию и расположение.

Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен:

- А. Дивертикулы пищевода.
- Б. Функциональное расстройство пищевода типа дистонии.
- В. Диафрагмальная грыжа.
- Г. Плеврит.
- Д. Пневмония.

Через 2 недели у этого больного продолжает накапливаться лимфа в плевральной полости.

Лечение на этом этапе должно состоять в

- А. Перевязке грудного протока на шее.
- Б. Поддиафрагмальной перевязке грудного протока.
- В. Торакотомии и восстановлению грудного протока.
- Г. Торакотомии и перевязке грудного протока.
- Д. Торакотомии и абразии плевральной полости.

Наиболее частая причина развития острого медиастинита:

- А. Разрыв пищевода
- Б. Хирургическое вмешательство
- В. Гнойный лимфаденит с распространением процесса
- Г. Распространение гнойных процессов с шеи
- Д. Вовлечение средостения в туберкулезный процесс или грибковое поражение при заболеваниях легких

Основной фактор риска развития рака молочной железы

- А. Наследственность.
- Б. Неоднократная беременность с абортами.
- В. Травма молочной железы.
- Г. Повышенный фон наружной радиации.
- Д. Отсутствие беременности на фоне химической контрацепции.

Наиболее информативным методом диагностики начальных стадий рака молочной железы является

- А. Визуальный осмотр и пальпация.
- Б. Термография молочной железы.
- В. Маммография.
- Г. Ультразвуковое исследование.
- Д. Лимфография.

Наиболее злокачественные формы опухоли молочной железы

- А. Распространенный аденоматоз.
- Б. Панцирный рак.
- В. Рожистоподобный рак.
- Г. Рак Педжета.
- Д. Маститоподобный рак.

Тактика при фиброаденоматозе обеих молочных желез

- А. Оперативное удаление наиболее крупных узлов.
- Б. Радикальное удаление фиброаденом с обеих сторон.
- В. Лучевое лечение.
- Г. Химиотерапия.
- Д. Динамическое наблюдение.

Тактика хирурга при раке молочной железы с регионарным метастазированием

- А. Химиотерапия.
- Б. Телегамматерапия.
- В. Телегамматерапия с удалением первичного очага.
- Г. Предоперационное облучение, радикальная операция, Химиотерапия.
- Д. Радикальная операция с последующей химиотерапией.

Все заключения об ахалазии пищевода верны, кроме:

- А. Отсутствует значительный риск развития рака.
- Б. Для постановки диагноза необходимо одновременно выполнить и эзофагоскопию и манометрию.
- В. Повышен тонус нижнего пищеводного сфинктера.
- Г. Неоперативное лечение - пневмодилатация.
- Д. При оперативном лечении производят фундопликацию по Ниссену.

Выберите неверно утверждение о диффузном спазме пищевода:

- А. Рентгенологически напоминает запущенную ахалазию пищевода.
- Б. Излечивается хирургическим путем при помощи эзофаготомии на большом протяжении.
- В. Связан с наличием дивертикулов пищевода.
- Г. При помощи 24-часовой рН-метрии поставить диагноз невозможно.
- Д. При консервативном лечении показано назначение блокаторов кальцевых каналов.

50-летний мужчина обратился к врачу с жалобами на диспепсию и жгучие боли за грудиной.

При рентгеноскопии верхних отделов ЖКТ выявлена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Чем может помочь перфузионный кислотный тест Бернштейна?

- А. Подтвердить наличие гиперацидности
- Б. Оценить тонус нижнего пищеводного сфинктера
- В. Оценить длительность рефлюкса
- Г. Дифференцировать другие причины загрудинных болей
- Д. Доказать наличие короткого пищевода

Больной 51 года поступил с жалобами на общую слабость, кровавую рвоту. 7 лет назад у больного были боли в эпигастриальной области и за грудиной. Общее состояние удовлетворительное. При рентгеноскопии пищевод свободно проходим для контрастной массы. В средней трети пищевода на правой стенке определяется выпячивание 3х4 см округлой формы. Пищевод на этом уровне отклонен вправо. Контрастная масса задерживается в выпячивании. Укажите наиболее вероятную причину кровотечения.

- А. Дивертикул пищевода.
- Б. Рак средней трети пищевода.
- В. Эзофагит.
- Г. Острые эрозии пищевода.
- Д. Синдром Меллори-Вейса.

Диагноз рефлюкс-эзофагита подтвердится, если результаты биопсии, взятой при эзофагоскопии, покажут

- А. Гиперплазию базальных клеток
- Б. Воспалительные клетки
- В. Расположение сосочков близко к эндотелию
- Г. Фиброз
- Д. Все вышеуказанное

Необходимость оперативного вмешательства у этого больного будет определяться

- А. Длительностью существования симптомов
- Б. Размерами грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- В. Выраженностью и осложнениями рефлюкса
- Г. Тонусом нижнепищеводного сфинктера
- Д. Потерей веса

Если появляются показания к операции при скользящей ГПОД, то ее целью будет

- А. Закрытие дефекта в диафрагме
- Б. Снижение кислотности желудочного сока
- В. Резекция вовлеченного в процесс пищевода
- Г. Расслабление нижнего пищеводного сфинктера
- Д. Коррекция замыкательного аппарата кардии

Аденокарцинома дистальной части пищевода и кардии наилучшим образом излечивается при помощи

- А. Еюностомии для питания
- Б. Лучевой терапии
- В. Химиотерапии 5-Fu и митомицином С
- Г. Резекции
- Д. Обходного анастомоза толстой кишкой

Женщина 65 лет жалуется на дисфагию, которая быстро прогрессирует в течение нескольких недель. Отмечается потеря веса. Гематокрит 30%. Изжоги нет. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Рак пищевода
- Б. Грыжа ПОД с рефлюксом
- В. Ахалазия пищевода
- Г. Дивертикул пищевода
- Д. Инородное тело

Выберите наилучший метод лечения дивертикула Ценкера:

- А. Фундопликация по Ниссену.
- Б. Крикофарингеальная миотомия и иссечение или подшивание дивертикула.
- В. Иссечение дивертикула.
- Г. Операция Геллера.
- Д. Операция Белш.

Какие из следующих утверждений относительно пищевода Баррета правильны?

- А. При гистологическом исследовании обнаружены цилиндрический желудочный эпителий.
- Б. Это заболевание почти всегда бывает злокачественным.
- В. Почти всегда поражается дистальный отдел пищевода.
- Г. Излечивают при помощи пневмодилатации.
- Д. Наличие заболевания не сопровождается никакими симптомами.

Больной 60 лет, страдающий хроническим алкоголизмом, жалуется на дисфагию при приеме твердой пищи, чувство инородного тела в горле, на уровне яремной вырезки. Кроме того сильно похудел, слаб. Можно предположить:

- А. Диффузный эзофагит.
- Б. Дивертикул Ценкера.
- В. Ахалазию пищевода.
- Г. Карциному пищевода.
- Д. Язвенный рефлюкс-эзофагит.

Какой диагностический метод наиболее информативен при определении лечебной тактики у больного со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

- А. Глоток бария и рентгенография с пробой Вальсальва.
- Б. Фиброгастродуоденоскопия.
- В. Мониторная рН-метрия пищевода.
- Г. Измерение размеров грыжи.
- Д. Оценка вредных привычек (курение, алкоголь).

С карциномой пищевода связано все ниже перечисленное, кроме:

- А.пищевода Баррета.
- Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
- В. Хронический рефлюкс-эзофагит.
- Г. Курение и злоупотребление алкоголем.
- Д. Ахалазия.

Выберете опухоль, чаще всего выявляемую у больных с пищеводом Баррета:

- А. Эпидермоидный рак.
- Б. Мукоэпидермоидный рак.
- В. Мелкоклеточный рак.
- Г. Аденокарцинома.
- Д. Плоскоклеточный рак.

Какое из следующих утверждений об анатомии пищевода верно?

- А. Граница между пищеводом и желудком проходит на расстоянии 40 см от резцов. Общая длина пищевода приблизительно 24 см.
- Б. Пищевод образован преимущественно поперечнополосатой мускулатурой.
- В. Пищевод иннервирует диафрагмальный нерв.
- Г. Нижний пищеводный сфинктер - изолированный, отчетливо выраженный жом.
- Д. Мышечные волокна левой ножки диафрагмы образуют большую часть ее пищеводного отверстия.

На основании какого из перечисленных рентгенологических признаков можно поставить диагноз ахалазии пищевода?

- А. Множественные стриктуры пищевода.
- Б. Диффузный спазм пищевода.
- В. Штопорообразный вид пищевода.
- Г. Дивертикул в области подязычно-глочной мышцы.
- Д. Заброс бария в пищевод.

В отношении дивертикула Ценкера справедливо:

- А. Характерны аспирационные пневмонии.
- Б. Это приобретенная патология.
- В. Наиболее типичный симптом - ощущение высокого препятствия при глотании.
- Г. Пульсионный тип дивертикула.
- Д. Справедливы все утверждения.

Синдром Меллори-Вейса это:

- А. Разрыв слизистой кардиального отдела желудка
- Б. Наличие «целующихся» язв
- В. Стеноз привратника
- Г. Повреждение слизистой антрального отдела желудка
- Д. Стойкий спазм кардиального сфинктера

В каком анатомическом отделе желудка расположены клетки, вырабатывающие пепсин?

- А. Кардиальный отдел
- Б. Дно желудка
- В. Тело
- Г. Антральный отдел
- Д. Пилорический отдел

Какое вещество секретируют "g" клетки?

- А. Гастрин
- Б. Пепсин
- В. Пепсиноген
- Г. Соляная кислота
- Д. Глюкагон

На секрецию соляной кислоты в желудке влияют все перечисленные гормоны или факторы, кроме:

- А. Холестерина.
- Б. Гастрина.
- В. Блуждающего нерва.
- Г. Секретина.
- Д. Глюкагона.

Больной 44 лет поступил с жалобами на ноющие боли в эпигатральной области и в правом подреберье, усиливающиеся после приема грубой пищи. Считает себя больным 20 лет. Лечился по поводу язвенной болезни, но рентгенологически этот диагноз ни разу не был подтвержден. 2 года назад при рентгеноскопии было подозрение на дивертикул 12-перстной кишки. Выберите наиболее рациональный вид диагностики:

- А. Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки.
- Б. ФГДС.
- В. В/в холангиография.

- Г. Обзорная рентгенография брюшной полости.
- Д. УЗИ брюшной полости.

Укажите клетки, выделяющие гормоны:

- А. Главные.
- Б. Pariетальные
- В. Клетки бруннеровых желез.
- Г. "g" клетки.
- Д. Аргентафинные (эндоеринные)

Укажите клетки, выделяющие соляную кислоту:

- А. Главные.
- Б. Pariетальные
- В. Клетки бруннеровых желез.
- Г. "g" клетки.
- Д. Аргентафинные (эндоеринные)

Укажите клетки, выделяющие слизь:

- А. Главные.
- Б. Pariетальные
- В. Клетки бруннеровых желез.
- Г. "g" клетки.
- Д. Аргентафинные (эндокринные)

Укажите клетки, выделяющие внутренне факторы:

- А. Главные.
- Б. Pariетальные
- В. Клетки бруннеровых желез.
- Г. "g" клетки.
- Д. Аргентафинные (эндокринные)

Укажите клетки, выделяющие пепсиноген:

- А. Главные.
- Б. Pariетальные
- В. Клетки бруннеровых желез.
- Г. "g" клетки.
- Д. Аргентафинные (эндокринные)

В какой области желудка расположены клетки, продуцирующие гастрин?

- А. Кардиальный отдел
- Б. Дно желудка
- В. Тело

- Г. Антральный отдел
- Д. Пилорический отдел

Больной 35 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу, усиливающиеся при движении и дыхании. Болен в течении 14 часов. При ФГДС месяц назад была обнаружена язва выходного отдела желудка. При осмотре кожные покровы бледные, живот в дыхании не участвует, мышцы передней брюшной стенки напряжены, симптом Щеткина положительный по всей поверхности живота. На обзорной рентгенограмме узкая полоска газа под обоими куполами диафрагмы. Какую операцию необходимо выполнить?

- А. Резекцию желудка
- Б. Ушивание прободной язвы
- В. Стволовую ваготомию с ушиванием язвы и гастроэнтероанастомозом
- Г. Селективную ваготомию с пилоропластикой по Финнею
- Д. Может быть выполнена любая из перечисленных операций.

Какое осложнение язвенной болезни следует предположить у больного, страдающего в течение 4 лет язвой пилорического отдела желудка, если в течение последнего года боли в эпигастрии приняли постоянный характер, появилась иррадиация в спину. На рентгенограммах: желудок нормальной формы, складки утолщены, эвакуация замедлена. Пилорический отдел резко деформирован на задней стенке стойкое контрастное пятно.

- А. Перфорация.
- Б. Пенетрация в поджелудочную железу.
- В. Малигнизация
- Г. Рубцовый стеноз привратника
- Д. Кровотечение.

Больная 60 лет страдает язвенной болезнью в течение 12 лет. В последний год отмечает ухудшение состояния, похудание, постоянное чувство тяжести в эпигастрии, рвоту съеденной накануне пищей. При осмотре: состояние тяжелое, истощена, натошак определяется "шум плеска".

Какое диагностическое исследование следует выполнить больной?

- А. УЗИ.
- Б. ФГДС.
- В. Обзорная рентгенография брюшной полости.
- Г. Рентгенография желудка с бариевой взвесью.
- Д. Лапароскопия.

Какой диагноз следует предположить у больного с длительным язвенным анамнезом (более 10 лет - язва пилорического отдела желудка), если он отмечает похудание, ухудшение состояния в течение последних 1,5 лет, постоянное чувство тяжести в эпигастрии, для облегчения которого сам вызывает рвоту (в рвотных массах - пища, съеденная накануне). при рентгеноскопии желудка - эвакуация резко замедлена, через 24 часа - барий находится в желудке).

- А. Пенетрация язвы в головку поджелудочной железы.
- Б. Малигнизация язвы пилорического отдела.
- В. Компенсированный стеноз привратника
- Г. Субкомпенсированный стеноз привратника
- Д. Декомпенсированный стеноз привратника.

Какие из перечисленных критериев являются показанием к резекции желудка при перфоративной язве?

1. Срок от момента перфорации не более 6-8 часов
2. Наличие длительного язвенного анамнеза
3. Преклонный возраст и сопутствующая тяжелая сердечно-сосудистая патология
4. Юношеский возраст
5. Острая язва с мягкими краями без воспалительной инфильтрации.

Варианты ответов: А: 1.

Б: 1,2.

В: 1,2,3

Г: 1,2,4.

Д: 1,5.

Какие из перечисленных критериев являются противопоказанием к резекции желудка при перфоративной язве?

1. Наличие длительного язвенного анамнеза
2. Срок от момента перфорации не более 6-8 часов.
3. Преклонный возраст и тяжелая сопутствующая сердечно-сосудистая и легочная патология.
4. Юношеский возраст.
5. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит

Варианты ответов: А:1,2.

Б: 1,3.

В: 2,4.

Г: 3,5.

Д: 1,5.

Какие из перечисленных критериев являются показанием к ушиванию язвы желудка или двенадцатиперстной кишки при ее перфорации?

1. Срок от момента перфорации не более 6-8 часов
2. Наличие длительного язвенного анамнеза
3. Преклонный возраст
4. Юношеский возраст
5. Острая язва с мягкими краями без воспалительного инфильтрата

Варианты ответов: А: 1,2.

Б: 2,3.

В: 3,4.

Г: 4,5.

Д: 1,5.

Синдром Золлингера-Эллисона это:

- А. Множественное язвенное поражение желудка, двенадцатиперстной, тощей и подвздошной кишки.
- Б. Сочетание рецидивирующей язвы желудка с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
- В. Пептические язвы желудка и кишки в сочетании с энтеритом или диареей.
- Г. Рецидивирующие язвы желудка и кишки в сочетании с аденомами островкового аппарата поджелудочной железы.
- Д. Пептические язвы желудка на фоне атрофии слизистой.

Основной причиной перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является:

- А. Переполнение желудка пищевыми массами.
- Б. Деструкция, вследствие вторичного инфекционного процесса.
- В. Деструкция под влиянием кислотно-пептического фактора
- Г. Чрезмерно тяжелая физическая нагрузка
- Д. Травма.

Язвенная болезнь связана со всеми перечисленными синдромами или действием всех указанных веществ, кроме:

- А. Синдрома Меллори-Вейса.
- Б. Курение
- В. Алкоголь
- Г. Синдрома Цоллингер-Эллисона
- Д. Аспирин

Выберите наиболее частую причину кровотечения из верхних отделов ЖКТ:

- А. Язва желудка.
- Б. Эрозивный гастрит.
- В. Рак желудка.
- Г. Синдром Мэллори-Вейса
- Д. Язва 12-ти перстной кишки.

40-летний мужчина злоупотребляет алкоголем, доставлен в больницу с рвотой кровью в анамнезе, возникшей после нескольких эпизодов рвоты. При эндоскопии был обнаружен разрыв слизистой пищеводно-желудочного перехода длиной 2см. Признаков продолжающегося кровотечения нет. Диагноз?

- А. Хроническая язва желудка.
- Б. Варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением.
- В. Гастрит.
- Г. Синдром Меллори-Вейса

Д. Язвенный эзофагит.

Выберите наиболее вероятную причину кровотечения из верхних отделов ЖКТ после эпизода сильной рвоты без примеси крови у мужчины на фоне полного здоровья:

- А. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- Б. Синдром Меллори-Вейса.
- В. Рак желудка.
- Г. Язва 12 п.к.
- Д. Гастрит.

Какие из перечисленных последствий стеноза пилорического отдела желудка наиболее вероятны?

- А. Артериальная гипертензия.
- Б. Электролитные нарушения.
- В. Лихорадка.
- Г. Нарушение функции почек.
- Д. Гипергликемия.

У больного 50 лет во время операции, предпринятой по поводу рака желудка, обнаружена опухоль в антральном отделе размерами 4 x 5 см, прорастающая все слои стенки органа, подвижная. Отдаленных метастазов в брюшной полости не найдено. Срочный анализ смыва из полости брюшины атипичных клеток не выявил. Объем радикальной операции:

- А. Дистальная резекция 2/3 желудка в сочетании со стандартной лимфаденэктомией.
- Б. Дистальная резекция 2/3 желудка в сочетании с расширенной лимфаденэктомией.
- В. Субтотальная резекция желудка в сочетании со стандартной лимфаденэктомией.
- Г. Субтотальная резекция желудка в сочетании с расширенной лимфаденэктомией.
- Д. Гастрэктомия.

Понятию «ранний рак желудка» соответствует:

- А. Опухоль, прорастающая только слизистую оболочку.
- Б. Опухоль, прорастающая слизистую и подслизистую оболочку при отсутствии метастазов в лимфоузлах.
- В. Опухоль, прорастающая слизистую и подслизистую оболочку, независимо от наличия или отсутствия метастазов в лимфоузлах..
- Г. Опухоль, прорастающая слизистую и подслизистую оболочку до 1 см в диаметре.
- Д. Любая опухоль до 0,5 см в диаметре.

Какое из утверждение относительно лечения больного со стенозом пилорического отдела желудка верно?

- А. Необходима операция.

- Б. Можно ограничиться лекарственной терапией.
- В. После лечения часто рецидивы.
- Г. Лечение можно проводить амбулаторно.
- Д. Существует много альтернативных способов лечения.

Какое из оперативных вмешательств реже всего осложняется демпинг-синдромом?

- А. Стволовая ваготомия с пилоропластикой.
- Б. СПВ
- В. Ваготомия с антрумэктомией
- Г. Субтотальная резекция желудка.
- Д. Селективная ваготомия.

Через несколько месяцев после резекции желудка по Бильрот-2 (выполненной по поводу язвенной болезни) женщина 48 лет жалуется на учащенное сердцебиение, потливость, диарею, покраснение лица, появляющуюся через 30 минут после еды. Диагноз?

- А. Парез желудка.
- Б. Демпинг-синдром.
- В. Синдром приводящей петли.
- Г. Синдром отводящей петли.
- Д. Пептическая язва анастомоза.

Какие из следующих утверждений, касающихся синдрома приводящей петли ,верны?

- А. Вызывает вздутие живота после приема пищи, боль и тошноту, облегчение после рвоты.
- Б. Часто возникает после резекции желудка по Бильрот-1.
- В. Лечение состоит в переводе ГЭА в анастомоз по РУ.
- Г. Поддается коррекции с большим трудом и часто рецидивирует после операции.
- Д. Лечится консервативно.

Больной перенес ваготомию по поводу незаживающей язвы 12п.к. Через 6 месяцев после операции наступил рецидив. Выявлен синдром Цоллингер-Эллисона. Гастронома расположена в области хвоста поджелудочной железы. Лечение:

- А. Назначение H₂ блокаторов.
- Б. Гастрэктомия.
- В. Субтотальная резекция.
- Г. Лапаротомия и удаление гастриномы.
- Д. Назначение блокаторов гастриновых рецепторов.

Мужчина 42 лет страдает язвенной болезнью 12п.к. Базальная секреция соляной кислоты 60мэкв/г, а уровень сывороточного гастрина 1000нг/мл (норма 300нг/мл) Диагноз?

- А. Гипертрофический гастрит Менетрие.

- Б. Аденокарцинома желудка.
- В. Гиперацидный гастрит.
- Г. Злокачественная опухоль островковых клеток поджелудочной железы.
- Д. Полипоз желудка.

Какие патогенетические моменты характерны для язвенной болезни с локализацией язвы в желудке?

1. Непрерывное кислотообразование
2. Высокая секреция во внепищевом периоде
3. Гипертонус блуждающих нервов
4. Снижение защитной функции слизистого барьера
5. Нарушение гуморальной регуляции желудочной секреции

Варианты ответов: А: 1,4.

Б: 2,4.

В: 1,2,3.

Г: 1,4,5.

Д: 4,5.

Какие патогенетические моменты характерны для язвенной болезни с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке?

1. Непрерывное кислотообразование
2. Высокая секреция во внепищевом периоде
3. Гипертонус блуждающих нервов
4. Снижение защитной функции слизистого барьера
5. Нарушение гуморальной регуляции желудочной секреции

Варианты ответов: А: 1,4.

Б: 2,4.

В: 1,2,3.

Г: 1,4,5.

Д: 4,5.

В каких случаях после операции по поводу перфоративной язвы нужно назначать антибактериальную терапию:

- А. При сроке давности более 6 часов
- Б. При наличии гнойно-фибринозного перитонита
- В. Людям пожилого возраста
- Г. При наличии сахарного диабета
- Д. Во всех случаях

Какие из перечисленных осложнений после резекции желудка относятся к поздним послеоперационным осложнениям?

- А. Парез кишечника
- Б. Нарушение эвакуации содержимого культи желудка
- В. Несостоятельность швов
- Г. Кровотечение
- Д. Пептические язвы анастомоза

При резекции желудка по Бильрот-I в раннем послеоперационном периоде возможны все осложнения, кроме:

- А. Пареза кишечника
- Б. Нарушения эвакуации содержимого желудка
- В. Несостоятельности швов анастомоза
- Г. Несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки
- Д. Кровотечения.

Наиболее часто встречающееся осложнение после ваготомии это:

- А. Гастростаз
- Б. Демпинг-синдром
- В. Диарея
- Г. Пептические язвы
- Д. Гипомоторная дискинезия кишечника.

Выберите верное утверждение о желудочно-пищеводном рефлюксе:

- А. ЖПР - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- Б. Возникает вследствие повышения тонуса НПС.
- В. Возникновение ЖПР может быть связано с усиленной секрецией гастрина.
- Г. Диагноз ставят при помощи манометрии и 24-часового определения рН в нижнем отделе пищевода.
- Д. ЖПР - относительное противопоказание к проведению эзофагоскопии.

Оперативное лечение рефлюкс-эзофагита включает все перечисленное, кроме:

- А. Фундопликации по Ниссену.
- Б. операции Геллера.
- В. Операции Белси.
- Г. Операции Хилла.
- Д. Резекции пищевода при наличии стриктур.

Через 5 дней после ваготомии и антрумэктомии по поводу язвенной болезни у 45-летнего мужчины появилась гипотензия, лихорадка и сильные боли в эпигастрии, иррадиирующие в плечо. Какое лечение показано при этом осложнении немедленно?

- А. Артериография
- Б. Эксплоративная торакотомия
- В. Эксплоративная лапаротомия
- Г. Назначение H₂-блокаторов
- Д. Наблюдение и постельный режим

Проксимальную селективную ваготомию необходимо сочетать с:

- А. Пилоропластикой
- Б. Гастроэюностомией
- В. Антрумэктомией и гастроэюностомией
- Г. Антрумэктомией и гастроэюностомией
- Д. Никакой другой процедуры

50-летняя женщина поступает повторно через год после ваготомии и антрумэктомии с жалобами на чувство переполнения в эпигастральной области после приема пищи, которое разрешается в течение 15 минут рвотой желчью, без следов пищи. Наиболее вероятная причина этого заболевания:

- А. Демпинг-синдром
- Б. Щелочной гастрит
- В. Язва анастомоза
- Г. Синдром приводящей петли
- Д. Синдром отводящей петли

Вводное задание. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

Варианты ответов:

- А. Язва двенадцатиперстной кишки
- Б. Кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки
- В. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, субкомпенсированный стеноз привратника
- Г. Перфоративная язва желудка
- Д. Рак желудка (малигнизированная язва)

1. Женщина 38 лет жалуется на боли в эпигастрии, возникающие через 2 часа после еды, ночные и голодные боли.

2. Мужчина 50 лет жалуется на боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи и не проходящие после приема соды, слабость. Быструю утомляемость, похудание. Бывает рвота с примесью крови. Кислотность желудочного сока снижена. Рентгенологически - большая ниша на малой кривизне желудка.

3. Больной 33 лет. 4 часа назад появились кинжальные боли в животе, при перкуссии - отсутствие печеночной тупости.

4. Мужчина 29 лет поступил в приемный покой с жалобами на слабость, рвоту со сгустками крови. В анамнезе ночные и «голодные» боли в течение 5 лет с сезонными обострениями. Кожные покровы бледные, влажные, тахикардия, АД 90/70 мм рт.ст. Гематокрит 20%.

5. Больной 39 лет страдает в течение многих лет язвой двенадцатиперстной кишки, в последнее время появилось чувство тяжести во время еды, отрыжка тухлым, периодически возникает рвота съеденной пищей. Состояние удовлетворительное, живот мягкий, определяется «шум плеска». При рентгеноскопии - желудок растянут, начальная эвакуация бария замедлена, пилорoduodenальный отдел сужен, через 12 часов часть бариевой взвеси остается в желудке.

Вводное задание. Какое из осложнений язвенной болезни наиболее вероятно у следующих больных?

Варианты ответов.

- А. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки
- Б. Перфоративная язва с разлитым гнойным перитонитом
- В. Пенетрация язвы в головку поджелудочной железы
- Г. Кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки
- Д. Декомпенсированный пилоростеноз.

1. Больная. 64 лет поступила с жалобами на рвоту, чувство тяжести в эпигастральной области, отрыжку тухлым. 10 лет назад выявлена язва пилорического отдела. Неоднократно получала противоязвенную терапию. В последний год наступило ухудшение состояния, похудание, постоянное чувство тяжести в эпигастрии, рвота, съеденной накануне пищей.
2. Больной 46 лет поступил с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, отдающие в спину, изжогу, частую рвоту. язвенная болезнь выявлена 4 года назад. иррадиация болей в спину появилась в течение последнего года, одновременно боли приняли постоянный характер. При рентгеноскопии желудка выявлена деформация пилорического отдела и стойкое контрастное пятно на задней стенке.
3. Больной 32 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу. Заболел остро 2 часа назад. Объективно: состояние средней тяжести, ноги притянуты к животу, кожные покровы бледные. Пульс 100 уд в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот доскообразно напряжен, резко болезненный во всех отделах. симптом Щеткина-Блюмберга положительный.
4. Больной 45 лет поступил с жалобами на сильную боль в эпигастрии, которая возникла ночью (за 17 часов до поступления). Объективно: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу, кожные покровы бледные, пульс 88 в мин. АД 140/90мм рт.ст. язык сухой, живот доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен во всех отделах, перистальтика вялая.
5. Больной 38 лет поступил с жалобами на общую слабость, головокружение, дегтеобразный стул. Объективно: состояние тяжелое. кожные покровы, слизистые бледные, пульс 104 в мин. АД 100/90 мм рт.ст.

В какой ситуации чаще возникает синдром приводящей кишки

- А. При формировании анастомоза на короткой петле.
- Б. При формировании анастомоза на длинной петле.
- В. При формировании анастомоза по способу Ру.

Гипогликемический синдром возникает после приема пищи через:

- А. 1 час.
- Б. 2-3 часа.
- В. 30 минут
- Г. 3 часа
- Д. Не зависит от приема пищи.

Типичными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются

- А. Перфорация
- Б. Пенетрация
- В. Кровотечение
- Г. Стеноз привратника
- Д. Все перечисленное

Мужчина 55 лет жалуется на хронические периодические боли в эпигастрии. При гастроскопии выявлена язва диаметром 2 см на малой кривизне желудка в дистальном его отделе. Биопсия - без малигнизации. После 6 недель лечения H₂-блокаторами и антацидами язва не изменилась.

Дальнейшее лечение:

- А. Повторить курс медикаментозной терапии.
- Б. Иссечение язвы.
- В. Дистальная резекция 2/3 желудка.
- Г. Резекция по способу Б-1 с ваготомией.
- Д. Ваготомия и пилоропластика.

Метаболические изменения вследствие стеноза привратника включают все, кроме:

- А. Гипокалиемия
- Б. Гипонатриемия
- В. Дыхательный ацидоз
- Г. Сгущение крови
- Д. Кислую реакцию мочи

Острые язвы желудка вызывает:

- А. Барбитураты
- Б. Фенилбутазон
- В. Диазепам
- Г. Хлорпромазин
- Д. Индометацин.

Причиной синдрома Цоллингера-Эллисона является избыток:

- А. Гастрина
- Б. Секретина
- В. Инсулина
- Г. Глюкагона
- Д. Вазоактивных кишечных полипептидов

Что не является показанием к операции при дуоденальной язве

- А. Длительная потеря трудоспособности и неуспех консервативной терапии

- Б. Профузное кровотечение из язвы
- В. Стеноз привратника
- Г. Наличие множественных плоских язв в луковице, обнаруженных при ФГДС
- Д. Пенетрация язвы

Какое оперативное вмешательство показано больному с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенной деформацией пилорического отдела желудка с нарушением эвакуации

- А. Резекция 2/3 желудка
- Б. Селективная проксимальная ваготомия
- В. Стволовая ваготомия с антрумрезекцией
- Г. Стволовая ваготомия с пилоропластикой
- Д. Стволовая ваготомия с гастроэнтероанастомозом

Показаниями к оперативному лечению дуоденальной язвы являются

- А. Неуспех консервативной терапии и длительная потеря трудоспособности
- Б. Профузное кровотечение
- В. Стеноз привратника
- Г. Перфорация язвы
- Д. Все перечисленное

Выберите оптимальную хирургическую тактику при синдроме Мэллори-Вейса:

- А. Трансторакальная перевязка расширенных вен пищевода.
- Б. Трансторакальная антирефлюксная операция.
- В. Лапаротомия, гастротомия прошивание кровоточащих сосудов.
- Г. Лапаротомия и резекция пищеводно-желудочного перехода.
- Д. АБ терапия и динамическое наблюдение.

В приемный покой поступает мужчина 60 лет, злоупотребляющий алкоголем, с кровавой рвотой. АД 160/60 мм рт. ст. Обнаружены спленомегалия и асцит. Гематокрит 25%. По зонду из желудка получено 300 мл свежей крови. После срочных терапевтических мероприятий необходимо произвести

- А. Баллонную тампонаду пищевода.
- Б. Рентгенографию с барием.
- В. Селективную ангиографию.
- Г. Эзофагогастроскопию.
- Д. Эксплоративную лапаротомию.

Что вызывает исчезновение печеночной тупости при прободной язве желудка

- А. Вздутие кишечника

- Б. Высокое стояние диафрагмы
- В. Интерпозиция кишечных петель между печенью и брюшной стенкой
- Г. Наличие свободного газа в брюшной полости
- Д. Наличие жидкости в брюшной полости.

Что относится к первой стадии пенетрации гастродуоденальной язвы

- А. Фиброзное сращение язвы с подлежащими органами
- Б. Проникновение язвы через все слои органа
- В. Выраженность явлений стеноза привратника
- Г. Проникновение язвы в соседний орган
- Д. Интенсивные боли после еды, ночные и голодные боли.

Что определяет вторую стадию пенетрации язвы

- А. Проникновение язвы через все слои органа
- Б. Интенсивность болей
- В. Выраженность явлений стеноза
- Г. Проникновение язвы в соседний орган
- Д. Фиброзное сращение дна язвы с соседним органом.

Что определяет характер оперативного вмешательства при прободной язве желудка

- А. Возраст больного и сопутствующие заболевания
- Б. Локализация перфоративного отверстия
- В. Степень выраженности явлений перитонита
- Г. Срок с момента перфорации
- Д. Все выше перечисленное.

У больного 26 лет, поступившего в клинику с желудочно-кишечным кровотечением, при экстренной фиброгастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва 12 п.к. с тромбированным сосудом и угроза рецидива кровотечения. Кровопотеря средней степени тяжести. Ваша тактика

- А. Срочная операция
- Б. Консервативное лечение
- В. Эмболизация сосудов желудка
- Г. Операция при рецидиве кровотечения
- Д. Все верно.

При малигнизированной язве антрального отдела желудка больному показана операция

- А. Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
- Б. Резекция 2/3 желудка

- В. Субтотальная резекция желудка
- Г. Антрумэктомия
- Д. Иссечение язвы

У больного 45 лет, страдающего язвенной болезнью, на операции выявлена перфорация хронической язвы нижней трети желудка. Операция начата через 5 часов от момента перфорации. Какая тактика представляется оптимальной?

- А. ушивание язвы
- Б. резекция 2/3 желудка
- В. Ушивание язвы, стволовая ваготомия и пилоропластика
- Г. Ушивание язвы и селективная ваготомия
- Д. Гастрэктомия

У больного 20 лет через 4 дня после аппендэктомии, выполненной по поводу перфоративного аппендицита, развивается лихорадка, несмотря на проводимую антибактериальную терапию.

Наиболее вероятная причина

- А. Ателектаз легкого.
- Б. Венозный тромбоз.
- В. Раневая инфекция.
- Г. Инфекция мочевых путей.
- Д. Пневмония.

У больной 40 лет во время экстренной операции обнаружен гангренозный перфоративный аппендицит, местный серозный перитонит. Отросток удален полностью, основание погружено в слепую кишку кистным и Z-образным швами. Варианты окончания операции:

- А. Ушивание раны брюшной стенки наглухо после промывания зоны операции.
- Б. Тампонирование зоны расположения отростка.
- В. Дренирование брюшной полости трубкой.
- Г. Дренирование брюшной полости, отсроченные швы на кожу.
- Д. Дренирование брюшной полости и тампонирование зоны расположения отростка.

Какова характерная иррадиация болей при остром аппендиците?

- А. В эпигастральную область
- Б. В поясничную область
- В. В паховую область
- Г. На бедро
- Д. Не иррадирует

Каковы особенности течения острого аппендицита у больных пожилого возраста?

- А. Выраженная лейкоцитарная реакция при стертой клинической картине
- Б. Отсутствие лейкоцитарной реакции при выраженной деструкции отростка

- В. Отсутствие выраженных симптомов раздражения брюшины
- Г. Преобладание деструктивных форм со стертой клинической картиной
- Д. Преобладание выраженных клинических проявлений при минимальных изменениях отростка

У 22-летнего больного при операции из разреза по Мак-Бурнею выявлен аппендицит с перфорацией у основания. Предполагается, что удаление червеобразного отростка вызовет появление большого дефекта в воспаленной стенке слепой кишки. Операцией выбора является:

- А. Аппендэктомия и закрытие дефекта
- Б. Аппендэктомия с укрытием дефекта прядью большого сальника
- В. Удаление слепой кишки
- Г. Правосторонняя гемиколонэктомия
- Д. Аппендэктомия и цекостомия на трубке

Через 6 дней после операции по поводу перфоративного аппендицита у 82-летней женщины развился сильный потрясающий озноб с цианозом, профузным потом и желтухой. Наиболее вероятный диагноз это:

- А. Септицемия
- Б. Сывороточный гепатит
- В. Восходящий холангит
- Г. Пиелонефрит
- Д. Пилефлебит

При ревизии через разрез по Мак-Бурнею обнаружен неизменный червеобразный отросток. Аппендэктомию желательно выполнить во всех нижеследующих случаях, кроме:

- А. Правосторонний сальпингит
- Б. Мезаденит
- В. Терминальный илеит с обширным вовлечением слепой кишки
- Г. Ретроцекальное расположение аппендикса
- Д. Отсутствие патологических изменений в животе

При патологоанатомическом исследовании червеобразного отростка обнаружен небольшой карциноид на верхушке аппендикса без вовлечения брыжейки. Соответствующая терапия в дальнейшем включает:

- А. Цекостомию
- Б. Правостороннюю гемиколэктомию
- В. Релапаротомию с биопсией мезентериальных лимфатических узлов
- Г. Химиотерапию
- Д. Никакой терапии в дальнейшем

У 18-летней пациентки при операции по поводу острого аппендицита выявлена слабо воспаленная правая маточная труба и неизменный червеобразный отросток. Соответствующее оперативное вмешательство предполагает:

- А. Аппендэктомия и правостороннее удаление придатков матки
- Б. Правостороннее удаление придатков матки
- В. Двустороннее удаление придатков матки
- Г. Аппендэктомия
- Д. Зашивание раны без удаления какого-либо органа

У 22-летнего больного при операции из разреза по Мак-Бурнею выявлен аппендицит с перфорацией у основания. Предполагается, что удаление червеобразного отростка вызовет появление большого дефекта в воспаленной стенке слепой кишки. Операцией выбора является:

- А. Аппендэктомия и закрытие дефекта
- Б. Аппендэктомия с укрытием дефекта прядью большого сальника
- В. Удаление слепой кишки
- Г. Правосторонняя гемиколонэктомия
- Д. Аппендэктомия и цекостомия на трубке

Через 6 дней после операции по поводу перфоративного аппендицита у 82-летней женщины развился сильный потрясающий озноб с цианозом, профузным потом и желтухой. Наиболее вероятный диагноз это:

- А. Септицемия
- Б. Сывороточный гепатит
- В. Восходящий холангит
- Г. пиелонефрит
- Д. Пилефлебит

При ревизии через разрез по Мак-Бурнею обнаружен неизменный червеобразный отросток. Аппендэктомию желательно выполнить во всех нижеследующих случаях, кроме:

- А. Правосторонний сальпингит
- Б. Мезаденит
- В. Терминальный илеит с обширным вовлечением слепой кишки
- Г. Ретроцекальное расположение аппендикса
- Д. Отсутствие патологических изменений в животе

При патологоанатомическом исследовании червеобразного отростка обнаружен небольшой карциноид на верхушке аппендикса без вовлечения брыжейки. Соответствующая терапия в дальнейшем включает:

- А. Цекостомию
- Б. Правостороннюю гемиколэктомию
- В. Релапаротомию с биопсией мезентериальных лимфатических узлов

- Г. Химиотерапию
- Д. Никакой терапии в дальнейшем

У 18-летней пациентки при операции по поводу острого аппендицита выявлена слабо воспаленная правая маточная труба и неизменный червеобразный отросток. Соответствующее оперативное вмешательство предполагает:

- А. Аппендэктомия и правостороннее удаление придатков матки
- Б. Правостороннее удаление придатков матки
- В. Двустороннее удаление придатков матки
- Г. Аппендэктомия
- Д. Зашивание раны без удаления какого-либо органа

Какой из перечисленных симптомов, выявляемых при остром аппендиците, не является специфичным для данного заболевания?

- А. Симптом Щеткина-Блюмберга
- Б. Симптом Воскресенского
- В. Симптом Ситковского
- Г. Симптом Образцова
- Д. Симптом Бартомье-Михельсона

Установите правильное соответствие симптомов острого аппендицита их описанию:

1. симптом Воскресенского
2. симптом Ровзинга
3. симптом Ситковского
4. симптом Бартомье-Михельсона
5. симптом Образцова.

- А. усиление болей в правой подвздошной области в положении на левом боку
- Б. болезненность при пальпации правой подвздошной области в положении на левом боку
- В. боль в правой подвздошной области при толчках и надавливании в левой подвздошной области
- Г. болезненность при пальпации правой подвздошной области в момент поднимания выпрямленной правой ноги
- Д. появление боли при быстром проведении ладонью через натянутую рубашку больного по брюшной стенке от реберного края вниз.

При аппендэктомии показанием к оставлению тампонов в брюшной полости является все, кроме:

- А. неостановленного паренхиматозного кровотечения
- Б. неполного удаления отростка

- В. вскрытия просвета отростка
- Г. оставления открытой непогруженной культи отростка при выраженной воспалительной инфильтрации кишечной стенки
- Д. вскрытии аппендикулярного абсцесса и невозможности выполнить аппендэктомию.

Что является показанием к оставлению тампонов в брюшной полости при аппендэктомии?

1. гангренозно-перфоративный аппендицит
2. вскрытие просвета отростка во время операции
3. неполное удаление отростка
4. не остановленное паренхиматозное кровотечение
5. невозможность выполнить аппендэктомию при вскрытии аппендикулярного абсцесса.

Варианты ответов: А: 1,3,5.

Б: 1,2,4.

В: 2,3,4.

Г: 3,4,5.

Д: 1,3,4.

Какие из перечисленных осложнений острого аппендицита могут возникнуть уже в дооперационном периоде?

1. аппендикулярный инфильтрат
2. разлитой гнойный перитонит
3. межкишечные абсцессы
4. тазовый абсцесс
5. пилефлебит

Варианты ответов: А: 2.

Б: 1,2.

В: 1,2,3.

Г: 1,2,3,4.

Д: 1,2,3,4,5.

Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается

- А. С серозного покрова червеобразного отростка
- Б. Со слизистой червеобразного отростка
- В. С мышечного слоя червеобразного отростка
- Г. С купола слепой кишки
- Д. С терминального отдела тонкой кишки.

Противопоказаниями к аппендэктомии при остром аппендиците является

- А. Инфаркт миокарда
- Б. Беременность 36-40 недель
- В. Непереносимость новокаина
- Г. Аппендикулярный инфильтрат
- Д. Нарушение свертываемости крови.

Основной симптом, позволяющий диагностировать тазовое расположение острого аппендицита

- А. Симптом Щеткина-Блюмберга
- Б. Симптом Ровзинга
- В. Болезненность при ректальном исследовании
- Г. Напряжение мышц в правой подвздошной области
- Д. Симптом Кохера-Волковича

К симптомам аппендикулярного инфильтрата не относится

- А. Субфебрильная температура
- Б. Длительность заболевания 4-5 дней
- В. Профузные поносы
- Г. Повышение числа лейкоцитов крови
- Д. Пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области.

Что служит противопоказанием для оперативного лечения острого аппендицита

- А. Беременность 35-36 недель
- Б. Старческий возраст
- В. Аппендикулярный инфильтрат
- Г. Декомпенсированный порок сердца
- Д. Недавно перенесенный инфаркт миокарда.

Тампонаду брюшной полости после аппендэктомии по поводу острого аппендицита не следует выполнять при

- А. Неостановленном капиллярном кровотечении
- Б. Плотном, неразделимом аппендикулярном инфильтрате
- В. Наличии мутного выпота в правой подвздошной области
- Г. Неуверенности в адекватном погружении культи отростка
- Д. Оставлении верхушки отростка в ране при ретроградной аппендэктомии

При аппендикулярном инфильтрате показано консервативное лечение потому, что

- А. Возможно самоизлечение
- Б. Возможно рассасывание инфильтрата
- В. При попытке произвести аппендэктомию возможна перфорация тонкой кишки
- Г. При попытке выделить червеобразный отросток из инфильтрата может развиваться перитонит
- Д. Все верно.

Какие из перечисленных симптомов и признаков типичны для острого аппендицита у взрослых?

1. Локальные боли в правой подвздошной области

2. Иррадиация болей в бедро
3. Температура тела выше 38⁰С
4. Положительный симптом Кохера
5. Многократная рвота
6. Локальное напряжение мышц в правой подвздошной области

Варианты ответов: А: 1,3,5

Б: 2,4,6.

В: 1,4,6

Г: 2,3,5.

Д: все перечисленные признаки

Ранее не болевший 15-летний мальчик поступил в приемный покой с жалобами на тошноту и боли в правом нижнем отделе живота, продолжающиеся 12 часов. Ректальная температура 38,1 С°. Определяется напряжение мышц в правой подвздошной области. Операция: аппендикс и слепая кишка не изменены, выраженный отек терминального отдела подвздошной кишки с фибринозным экссудатом. Правильные действия:

- А. Взяв экссудат на посев, зашить брюшную полость наглухо
- Б. Стандартная аппендэктомия
- В. Резекция терминального отдела подвздошной кишки
- Г. Резекция подвздошной кишки и купола слепой кишки
- Д. Обходной илеоколоанастомоз

Каждое из следующих положений об аппендиците во время беременности справедливо, кроме

- А. Аппендицит - самое частое экстрагенитальное показание для лапаротомии во время беременности
- Б. Аппендицит наблюдается у беременных и небеременных женщин в соответствующих возрастных группах с одинаковой частотой
- В. Подозрение на аппендицит у беременной требует срочной операции
- Г. Неосложненный аппендицит приводит в 10 % к гибели плода и в 10 % к преждевременным родам.
- Д. Общее обезболивание при аппендэктомии не ведет к повышению частоты гибели или травмы плода

При дефекте полулунной линии образуется грыжа:

- А. Грыжа Литтре
- Б. Грыжа Рихтера
- В. Грыжа треугольника Пти
- Г. Грыжа спигелевой линии
- Д. Комбинированная паховая грыжа

Поясничная грыжа это:

- А. Грыжа Литтре

- Б. Грыжа Рихтера
- В. Грыжа треугольника Пти
- Г. Грыжа спигелевой линии
- Д. Комбинированная паховая грыжа

Какая грыжа содержит дивертикул Меккеля:

- А. Грыжа Литтре
- Б. Грыжа Рихтера
- В. Грыжа треугольника Пти
- Г. Грыжа спигелевой линии
- Д. Комбинированная паховая грыжа

Сочетание прямой и косой паховой грыжи носит название:

- А. Грыжа Литтре
- Б. Грыжа Рихтера
- В. Грыжа треугольника Пти
- Г. Грыжа спигелевой линии
- Д. Комбинированная паховая грыжа

Противобрыжеечный край кишки ущемлен в грыжевом мешке при:

- А. Грыжа Литтре
- Б. Грыжа Рихтера
- В. Грыжа треугольника Пти
- Г. Грыжа спигелевой линии
- Д. Комбинированная паховая грыжа

Повреждение какого сосуда может произойти при рассечении Жимбернатовой связки при операции по поводу ущемленной бедренной грыжи?

- А. Бедренной артерии
- Б. Нижней брыжеечной артерии
- В. Аномальной запирающей артерии
- Г. Бедренной вены
- Д. Наружной подвздошной артерии

Какие структуры образуют сторону, как треугольника Гессенбаха, так и бедренного треугольника?

- А. Нижние эпигастральные сосуды
- Б. Объединенное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц
- В. Портняжная мышца
- Г. Паховая связка
- Д. Ничего из вышеперечисленного

У 70-летнего мужчины с длительно существующей большой левосторонней паховой грыжей, содержащей, как установлено при рентген исследовании брюшной полости, сигмовидную кишку. При операции наиболее вероятной находкой будет:

- А. Грыжа Рихтера
- Б. Ущемленная грыжа
- В. Прямая грыжа
- Г. Скользящая грыжа
- Д. Бедренная грыжа

25-летний мужчина обратился с напряженной правосторонней паховой грыжей, болями в животе, температура 38,3 С. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множественные кишечные уровни. Необходимое экстренное лечение это:

- А. Операция
- Б. Декомпрессия кишки длинным зондом
- В. Назогастральный зонд и наблюдение 24 часа
- Г. Ирригоскопия
- Д. Введение седативных препаратов и попытка вправления

Наилучшим методом дифференциальной диагностики лимфаденита от ущемления бедренной грыжи является:

- А. Сканирование изотопом гелия
- Б. Сонография
- В. Ирригоскопия
- Г. Пробное лечение антибиотиками
- Д. Операция

Какие анатомические образования позволяют дифференцировать косую паховую грыжу от прямой?

- А. Бедренная вена
- Б. Нижняя надчревная артерия
- В. Семенной канатик
- Г. Поперечная фасция
- Д. Влагалищный отросток брюшины

Каковы принципы правильного лечения косой паховой грыжи у взрослых?

- А. Коррекция дефекта передней брюшной стенки.
- Б. Успех операции зависит от прочности апоневроза наружной косой мышцы живота.
- В. Грыжевой мешок перевязывают у основания.
- Г. Семенной канатик погружают глубже в поперечную фасцию для уменьшения размеров внутреннего кольца пахового канала.
- Д. Грыжевой мешок обрабатывают по Баркеру.

Какая из грыж располагается по ходу семенного канатика:

- А. Бедренная.
- Б. Прямая паховая.
- В. Косая паховая.
- Г. Спигелиева.
- Д. Интерпариетальная.

Что является критерием скользящей грыжи?

- А. Участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально расположенного органа
- Б. Участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенного органа
- В. Наличие грыжевого содержимого
- Г. Отсутствие грыжевого содержимого
- Д. Участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного органа

Показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:

- А. Появление перитонеальных признаков
- Б. Наличие грыжевого выпячивания
- В. Дизурические явления
- Г. Повышение температуры
- Д. Наличие болевого синдрома в области грыжевых ворот

Установите правильную последовательность этапов операции при ущемленной грыже с флегмоной грыжевого мешка:

- А. Выделение грыжевого мешка
- Б. Удаление содержимого грыжевого мешка
- В. Дренирование полости абсцесса
- Г. Лапаротомия
- Д. Вскрытие грыжевого мешка
- Е. Резекция кишки с наложением межкишечного анастомоза
- Ж. Шов лапаротомной раны

В приемный покой поступил мужчина 60 лет с клиникой ущемленной паховой грыжи. При обследовании на ЭКГ выявлены признаки острого инфаркта миокарда. Ваши действия?

- А. Экстренная операция в сочетании с интенсивной кардиотерапией
- Б. Произвести вправление грыжи
- В. Ввести внутривенно спазмолитики и анальгетики
- Г. Наблюдение, холод на живот, ЭКГ
- Д. Наложить бандаж, проводить кардиотерапию

Какова лечебная тактика у больного 61 года, поступившего через сутки после ущемления паховой грыжи?

- А. Холод на паховую область, внутривенно спазмолитики

- Б. Консервативное вправление грыжи после введения спазмолитиков
- В. Оперативное лечение после предоперационной подготовки в течение 2-4 часов
- Г. Экстренная операция под местным обезболиванием
- Д. Экстренная операция под эндотрахеальным наркозом

Что является передней стенкой пахового канала?

- А. Апоневроз наружной косой мышцы живота
- Б. Апоневроз внутренней косой мышцы живота
- В. Апоневроз поперечной мышцы живота
- Г. Поперечная фасция живота
- Д. Пупартова связка

Что является задней стенкой пахового канала?

- А. Апоневроз наружной косой мышцы живота
- Б. Апоневроз внутренней косой мышцы живота
- В. Апоневроз поперечной мышцы живота
- Г. Поперечная фасция живота
- Д. Пупартова связка

Какое мероприятие является первоочередным при ущемленной паховой грыже у больного 79 лет с тяжелой сопутствующей патологией сердца при длительности ущемления 1 час?

- А. Теплая ванна
- Б. Попытка вправления грыжи
- В. Срочная операция
- Г. Спазмолитики для облегчения вправления грыжи
- Д. Анальгетики перед вправлением грыжи

У больного, доставленного в приемное отделение с клиникой ущемления паховой грыжи, в момент осмотра произошло самопроизвольное вправление грыжевого выпячивания. Что следует предпринять?

- А. Экстренная операция - грыжесечение
- Б. Экстренная операция - лапаротомия с ревизией кишечника
- В. Отпустить больного домой
- Г. Рекомендовать операцию в плановом порядке
- Д. Наблюдение за больным в условиях стационара

Грыжевого мешка может не быть:

- А. В эмбриональных пупочных грыжах
- Б. В скользящих грыжах
- В. В ложных травматических грыжах
- Г. Во внутренних грыжах
- Д. При всех перечисленных формах

При ущемлении петли кишки наименьшие изменения происходят в следующем отделе:

- А. В странгуляционной борозде

- Б. В петле, расположенной в грыжевом мешке
- В. В приводящей петле
- Г. В отводящей петле
- Д. Во всех отделах изменения одинаковы

К редким формам грыж относятся:

- А. Грыжи спигелиевой линии
- Б. Поясничная грыжа
- В. Запирательная и седалищная грыжи
- Г. Промежностная грыжа
- Д. Все перечисленные виды

В какие грыжевые ворота выходит бедренная грыжа:

- А. Треугольник Богдалека
- Б. Медиальная паховая ямка
- В. По влагалищному отростку яичка
- Г. Латеральная паховая ямка
- Д. Сосудистая лакуна медиальнее бедренной вены

Определить тактику ведения больного. У молодого человека внезапно появились резкие боли в правой паховой области. В анамнезе - паховая грыжа с неоднократными ущемлениями. Больной пытался вправить грыжу сам, но неудачно:

- А. Попытка нового вправления через 2-3 часа
- Б. Спазмолитики и теплая ванна
- В. Антибиотики и строгий постельный режим
- Г. Немедленная герниотомия
- Д. Обзорная рентгенография брюшной полости в положении лежа и стоя

Факторы, способствующие возникновению брюшных грыж:

- А. Пожилой возраст
- Б. Прогрессирующее похудание
- В. Особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж
- Г. Заболевания, повышающие внутрибрюшное давление
- Д. Все факторы

Что такое Рихтеровское ущемление?

- А. Ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка
- Б. Ущемление перекрученной сигмовидной кишки
- В. Ущемление желудка в диафрагмальной грыже
- Г. Пристеночное ущемление кишки
- Д. Ущемление Меккелева дивертикула

Какова тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи :

- А. Больного можно отпустить домой и оперировать затем в плановом порядке
- Б. Показана экстренная операция - грыжесечение
- В. Показана экстренная лапаротомия с ревизией кишечника
- Г. Не оперировать больного, тщательно наблюдать за ним в условиях стационара
- Д. Все неверно

Каковы отличия операции при ущемленной грыже от планового грыжесечения:

- А. Вначале рассекается ущемляющее кольцо
- Б. Вначале вскрывается грыжевой мешок
- В. Не имеют различий
- Г. Сразу выполняется лапаротомия
- Д. Выполняется только под наркозом

Для ущемления грыжи не характерно:

- А. Резкие боли в области грыжевого выпячивания
- Б. Внезапное развитие заболевания
- В. Симптомы кишечной непроходимости
- Г. Свободное вправление грыжи в брюшную полость
- Д. Внезапное прекращение возможности вправления в брюшную полость

При флегмоне грыжевого мешка показано:

- А. Консервативное лечение с антибиотиками
- Б. Вскрытие флегмоны
- В. Дренирование флегмоны двухпросветным дренажем с активной аспирацией
- Г. Интубация кишечника зондом Миллер-Эбота
- Д. Операция лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника.

Что является клиническим проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:

- А. Дисфагия
- Б. Частая рвота желудочным содержимым
- В. Частые изжоги
- Г. Похудание
- Д. Ничто из названного

Установите правильное соответствие симптомов острого холецистита их описанию:

1. Симптом Ортнера-Грекова
2. Симптом Мерфи
3. Симптом Курвуазье
4. Симптом Пекарского
5. Симптом Мюсси-Георгиевского
6. Симптом Боаса

- А. Болезненность при надавливании на мечевидный отросток
- Б. Усиление боли в момент пальпации желчного пузыря при глубоком вдохе больного
- В. Перкуторная боль, появляющаяся в области желчного пузыря при легком поколачивании ребром ладони по реберной дуге.
- Г. Пальпирующаяся часть дна желчного пузыря четко выступающая из-под края печени
- Д. Болезненность при пальпации околопозвоночной зоны на уровне 9-11 грудных позвонков на 3 см правее позвоночника.
- Е. Болезненность при пальпации между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

Положительный симптом Пекарского (болезненность при надавливании на мечевидный отросток грудины) при остром холецистите связан с:

- А. Раздражением блуждающего нерва
- Б. Раздражением солнечного сплетения
- В. Раздражением 10-12 межреберных нервов
- Г. Зонами гиперестезии Захарьина-Гедда
- Д. Иррадиацией висцеральных болей при переходе воспаления на серозную оболочку.

Какая из связок печени не является дубликатурой брюшины, а представлена одним ее листком?

- А. Печеночно-двенадцатиперстная
- Б. Печеночно-желудочная
- В. Печеночно-почечная
- Г. Венечная
- Д. Серповидная

Для острого холецистита специфическими являются все симптомы, кроме:

- А. Симптом Образцова
- Б. Симптом Ортнера-Грекова
- В. Симптом Курвуазье
- Г. Симптом Щеткина-Блюмберга
- Д. Симптом Мерфи

К деструктивным формам острого холецистита относятся все перечисленные, кроме:

- А. Флегмонозного
- Б. Гангренозного
- В. Перфоративного
- Г. Водянки
- Д. Эмпиемы

Каково соотношение мужчин и женщин, страдающих желчно-каменной болезнью?

- А. 3:1
- Б. 1:5
- В. 1:2
- Г. 1:4
- Д. 1:1

Причиной образования камней в желчных протоках после холецистэктомии является:

- А. Стенозирующий панкреатит
- Б. Папиллостеноз
- В. Опухоль панкреатодуоденальной зоны
- Г. Холангит
- Д. Все перечисленное

Ранение внепеченочных желчных протоков может привести к тяжелым осложнениям, кроме:

- А. Поддиафрагмального абсцесса
- Б. Тромбоэмболии легочной артерии
- В. Наружного желчного свища
- Г. Подпеченочного абсцесса
- Д. Желчного перитонита

При остром холецистите, осложненном отечным панкреатитом, наиболее рациональным объемом операции является:

- А. Наложение холецистостомы
- Б. Холецистэктомия и дренирование сальниковой сумки
- В. Холецистэктомия с дренированием желчевыводящих протоков через культю пузырного протока
- Г. Холецистэктомия и дренирование холедоха Т-образным дренажем
- Д. Холецистэктомия и дренирование брюшной полости.

Наиболее рациональным завершением операции у пожилого больного по поводу холедохолитиаза осложненного механической желтухой и рубцовыми изменениями терминального отдела холедоха будет:

- А. Наружное дренирование холедоха с эндоскопической папиллосфинктеротомией
- Б. Чрескожное чреспеченочное сквозное дренирование желчевыводящих путей
- В. Билиодигестивный анастомоз
- Г. Наружное дренирование холедоха
- Д. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия.

Какие симптомы отличают эхинококковую кисту печени от неэхинококковой?

- А. Боли в области печени
- Б. Желтуха
- В. Лихорадка

- Г. Лейкоцитоз
- Д. Эозинофилия
- Е. Положительные пробы Каццони и латекс-агглютинации

У больной 50 лет в течение 5 недель отмечается перемежающаяся желтуха, периодически повышается температура, нарастает анемия. При пальпации обнаружен растянутый безболезненный желчный пузырь - симптом Курвуазье. Какое заболевание можно предположить?

- А. Рак желчного пузыря
- Б. Рак головки поджелудочной железы
- В. Желчнокаменная болезнь
- Г. Рак большого дуоденального сосочка
- Д. Эхинококкоз печени

Какие осложнения типичны для желчнокаменной болезни:

- А. Механическая желтуха
- Б. Портальная гипертензия
- В. Холангит
- Г. Нарушение гастродуоденальной проходимости
- Д. Панкреатит
- Е. Острый холецистит

Назовите наиболее простой метод оценки состояния желчевыводящих протоков у больного с наружным желчным свищем:

- А. УЗИ
- Б. РХПГ
- В. Чрескожная чреспеченочная холангиография
- Г. Фистулохолангиография
- Д. Сцинтиграфия печени

•

Показанием к тампонированию подпеченочного пространства после холецистэктомии является

- А. Деструктивный холецистит
- Б. Неушитое ложе желчного пузыря
- В. Неуверенность в окончательном гемостазе
- Г. Редкие швы ложа желчного пузыря
- Д. Все вышеперечисленное

Какое осложнение не характерно у больных с холедохолитиазом

- А. Холангита
- Б. Обтурационной желтухи
- В. Рубцовых изменений протока
- Г. Пролежней стенки протока
- Д. Рака желчного пузыря

Переменяющуюся 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

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

У больной 70 лет, страдающей ожирением, гипертонической болезнью II ст., бронхиальной астмой, при УЗИ органов брюшной полости выявлено 3 крупных камня желчного пузыря. Приступов печеночной колики в прошлом не было. Ваши предложения по лечению:

- А. Холецистэктомия
- Б. Холецистостомия
- В. Наблюдение
- Г. Попытка изгнания камней
- Д. Литотрипсия

Какой клинический признак, предшествующий появлению желтухи, позволяет предположить, что причиной желтухи является холедохолитиаз?

- А. Постоянные ноющие боли в правом подреберье
- Б. Печеночная колика
- В. Положительный симптом Ортнера
- Г. Высокая температура с ознобом
- Д. Кожный зуд

На второй день после холецистэктомии по поводу ЖКБ у больного появилась желтуха, имеющая тенденцию к прогрессированию. Какая из причин возникшего осложнения Вам представляется наиболее вероятной?

- А. Острый вирусный гепатит
- Б. Острая печеночная недостаточность
- В. Ятрогенное повреждение общего желчного протока
- Г. Спазм сфинктера Одди
- Д. Острый панкреатит

Больная 52 лет в условиях хирургического отделения получала консервативную терапию по поводу острого панкреатита. Через 3 недели после выписки появились лихорадка, ознобы, иктеричность склер и кожных покровов. В проекции головки поджелудочной железы

пальпаторно определяется объемное болезненное образование Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Опухоль головки поджелудочной железы
- Б. Абсцесс сальниковой сумки
- В. Ложная киста головки поджелудочной железы с нагноением
- Г. Хронический псевдотуморозный панкреатит
- Д. Холедохолитиаз, септический холангит

Участие какого из перечисленных препаратов в образовании холестериновых конкрементов наименее вероятно:

- А. Аспирин
- Б. Соматостатин
- В. Клофибрат
- Г. Оральные контрацептивы
- Д. Октреотид

Осложнением хронического холецистита не является

- А. Желчная колика и острый холецистит.
- Б. Эмпиема желчного пузыря.
- В. Водянка желчного пузыря.
- Г. Карцинома.
- Д. Холангит.

Осложнением холедохолитиаза является

- А. Механическая желтуха.
- Б. Механическая желтуха и панкреатит.
- В. Механическая желтуха, панкреатит и холангит.
- Г. Механическая желтуха и холангит
- Д. Холангит и панкреатит

При каком уровне билирубина сыворотки крови наступает желтушное окрашивание кожи, склер и слизистых.

- А. > 25 мкмоль/л.
- Б. > 30 мкмоль/л.
- В. > 35 мкмоль/л.
- Г. > 40 мкмоль/л.
- Д. > 45 ммоль/л

Осложнением чрескожной чреспеченочной холангиографии не является

- А. Панкреатит.
- Б. Кровотечение.
- В. Желчный перитонит.
- Г. Гемобилия.
- Д. Плеврит.

Основной причиной развития холангита считается

- А. Опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны.
- Б. Холедохолитиаз.
- В. Острый холецистит.
- Г. Рубцовые стриктуры гепатикохоледоха.
- Д. Стеноз БДС.

Метастазы карциноида в печень наиболее часто встречаются при первичной локализации опухоли в

- А. Тощая кишка
- Б. Подвздошная кишка
- В. Червеобразный отросток
- Г. Толстая кишка
- Д. Прямая кишка

Первичный билиарный цирроз встречается

- А. Только у мужчин
- Б. Только у женщин
- В. Преимущественно у мужчин
- Г. Преимущественно у женщин
- Д. Одинаково часто у мужчин и у женщин

Первичный склерозирующий холангит встречается

- А. Только у мужчин
- Б. Только у женщин
- В. Преимущественно у мужчин
- Г. Преимущественно у женщин
- Д. Одинаково часто у мужчин и у женщин

У большинства больных циррозом печени, перенесших кровотечение из варикозных вен пищевода, в раннем постгеморрагическом периоде, методом выбора является

- А. Эндоскопическая склеротерапия
- Б. Формирование портосистемного анастомоза
- В. Операция Таннера или гастротомия с прошиванием варикозных вен
- Г. Операция Шугиуры
- Д. Консервативная терапия с использованием Питуитрина

Наиболее значимым фактором развития асцит-перитонита при циррозе печени является

- А. Снижение уровня альбуминов в плазме
- Б. Увеличение протромбинового времени
- В. Развитие почечной недостаточности
- Г. Холестаз
- Д. Снижение уровня белка в асцитической жидкости

Все указанные осложнения могут развиваться при применении баллонной дилатации для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, кроме:

- А. Пневмонии.
- Б. Асфиксия секрета из носоглотки
- В. Рецидив кровотечения после удаления зонда.
- Г. Гастрит.
- Д. Изъязвление или перфорация пищевода.

Больной 42 лет обратился с жалобами на слабость, похудание, боли в животе, неустойчивый стул, субфебрильную температуру. Заболел 4 месяца назад, когда находился в Средней Азии и перенес неустановленное острое кишечное заболевание, проявлявшееся поносом. К врачу не обращался. Злоупотребляет алкоголем. Обследование выявило анемию, лейкоцитоз $12 \times 10^{12}/л$, умеренное повышение аминотрансфераз, диспротеинемию, билирубин 32 мкмоль/л. Из кала выделена кишечная амеба. Печень увеличена и уплотнена. При УЗИ в печени обнаружены множественные эхонегативные образования с неровными контурами от 0,5 до 2 см в поперечнике. Вероятнее всего у больного

- А. Амебные абсцессы печени.
- Б. Метастатическое опухолевое поражение печени.
- В. Хронический гепатит в фазе активации.
- Г. Цирроз печени.
- Д. Хронический сепсис с гематогенными абсцессами печени.

При лечении больных поликистозом печени применяется

- А. Лучевая терапия.
- Б. Фенестрация кист.
- В. Вылущение кист.
- Г. Цистоэнтероанастомозы.
- Д. Резекция печени.

Какой минимальный объем операции можно считать радикальным при гидатидном эхинококкозе печени ?

- А. Пункция и аспирация содержимого паразитарной кисты.
- Б. Дренирование кисты с обработкой ее полости формалином.
- В. Удаление хитиновой оболочки кисты.
- Г. Удаление паразита с фиброзной капсулой.
- Д. Резекция печени

У больных с механической желтухой в послеоперационном периоде могут развиваться следующие тяжелые осложнения

- А. Развитие коагулопатии и кровотечения.
- Б. Усугубление цитолитического синдрома.
- В. Появление признаков недостаточности ЦНС.
- Г. Развитие гепато-ренального синдрома.
- Д. Гипотензия.

Для выяснения причин желтухи не имеет смысла применять:

- А. РХПГ
- Б. Лапароскопию
- В. Инфузионную холангиографию
- Г. УЗИ
- Д. Исследование ферментов печени.

У больных с механической желтухой в послеоперационном периоде могут развиваться следующие тяжелые осложнения

- А. Развитие коагулопатии и кровотечения.
- Б. Усугубление цитолитического синдрома.
- В. Появление признаков недостаточности ЦНС.
- Г. Развитие гепато-ренального синдрома.
- Д. Гипотензия.

Для выяснения причин желтухи не имеет смысла применять:

- А. РХПГ
- Б. Лапароскопию
- В. Инфузионную холангиографию
- Г. УЗИ
- Д. Исследование ферментов печени.

Укажите наиболее вероятные причины возникновения перемежающейся механической желтухи:

1. Вклиненный камень терминального отдела холедоха
2. Опухоль холедоха
3. Камень пузырного протока
4. Вентильный камень холедоха
5. Опухоль поджелудочной железы
6. Опухоль БДС

На второй день после холецистэктомии по поводу ЖКБ у больного появилась желтуха, имеющая тенденцию к прогрессированию. Какова наиболее вероятная причина возникшего осложнения?

- А. Острый вирусный гепатит
- Б. Острая печеночная недостаточность
- В. Ятрогенное повреждение холедоха
- Г. Спазм сфинктера Одди
- Д. Острый панкреатит

Через год после холецистэктомии по поводу ЖКБ у больного стали вновь возникать приступы печеночной колики, сопровождающейся кратковременной желтухой. Какова наиболее вероятная причина "постхолецистэктомического синдрома"?

- А. Резидуальный холедохолития
- Б. Рубцовая стриктура холедоха
- В. Хронический панкреатит
- Г. Гастродуоденит
- Д. Хронический гепатит

Наиболее информативным методом диагностики механической желтухи является:

- А. Лапароскопия
- Б. Радиоизотопная динамическая билиосцинтиграфия
- В. Ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков
- Г. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- Д. Пероральная холецистография

Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать все перечисленное, исключая

- А. Обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки
- Б. Стеноз двенадцатиперстной кишки
- В. Стойкий парез кишечника
- Г. Деформацию двенадцатиперстной кишки
- Д. Прорастание опухоли в головку поджелудочной железы

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

Удлинение протромбинового времени при желтухе не удастся скорректировать назначением препаратов витамина К. Это наиболее вероятно свидетельствует о

- А. Наличии отдаленных метастазов
- Б. Длительности механической желтухе
- В. Полной обструкции желчных путей
- Г. Выраженной гепатоцеллюлярной дисфункции
- Д. Гемолитической желтухи

При дифференциальной диагностике между механической и паренхиматозной желтухой биопсия печени

- А. Играет решающее значение
- Б. Играет существенное значение, в дополнение к неинвазивным методам
- В. Не имеет решающего значения, однако позволяет уточнить диагноз
- Г. Позволяет поставить показания к операции
- Д. Нежелательна

Назовите признак, позволяющий заподозрить развитие холангита при обтурационной желтухе:

- А. Озноб с повышением температуры тела
- Б. Печеночная колика
- В. Увеличение печени
- Г. Опоясывающие боли
- Д. Повышение уровня щелочной фосфатазы

Назовите метод выбора при лечении рубцового стеноза БДС:

- А. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия
- Б. Билиодигестивный анастомоз
- В. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- Г. Наружное дренирование холедоха
- Д. Применение урсофалька

Показанием к оперативному вмешательству при остром панкреатите являются все перечисленные состояния, 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

Какое осложнение не характерно для острого панкреатита

- А. Абсцесса поджелудочной железы
- Б. Флегмоны забрюшинной клетчатки
- В. Обтурационной кишечной непроходимости
- Г. Острой сердечной недостаточности
- Д. Ферментативного перитонита

При лечении острого панкреатита не должны применяться

- А. Отсасывание содержимого желудка
- Б. Введение глюконата кальция
- В. Холецистостомия
- Г. Спазмолитики
- Д. Препараты опиия

Хронический панкреатит может привести ко всем указанным осложнениям, кроме

- А. Стойкая обтурационная желтуха.
- Б. Хроническое нарушение дуоденальной проходимости.

- В. Тромбоз чревного ствола.
- Г. Кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка.
- Д. Образование плевропанкреатического свища.

Ранняя операция при остром панкреатите оправдана лишь при

- А. Разлитом ферментативном перитоните с прогрессирующей эндогенной интоксикацией.
- Б. Сопутствующем остром холецистите.
- В. Выраженной стойкой желтухе.
- Г. Всех указанных состояниях.
- Д. Лишь при А и Б.

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

При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки, кроме:

- А. Отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки
- Б. Уменьшения в размерах желчного пузыря
- В. Выбухания стенки желудка кпереди
- Г. Гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости
- Д. Серозного выпота в подпеченочном пространстве.

Какой исход в отдаленном периоде болезни не характерен для острого панкреатита

- А. Образования ложной кисты
- Б. Возникновения инсуломы
- В. Появления сахарного диабета
- Г. Развития кистозного фиброза железы
- Д. Развития хронического панкреатита

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

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

Для рака поджелудочной железы характерны следующие видоизменения ретроградных панкреатикограмм, за исключением

- А. Деформация и блокада главного панкреатического протока.
- Б. Стеноз протока с пристенотическим расширением его.
- В. Сужение и неровность контуров протока
- Г. Аномальное строение ветвей главного панкреатического протока.
- Д. Новообразование хаотичной сети мелких протоков в проекции опухоли.

Для рака поджелудочной железы характерны следующие видоизменения ретроградных панкреатикограмм, за исключением

- А. Деформация и блокада главного панкреатического протока.
- Б. Стеноз протока с пристенотическим расширением его.
- В. Сужение и неровность контуров протока
- Г. Аномальное строение ветвей главного панкреатического протока.
- Д. Новообразование хаотичной сети мелких протоков в проекции опухоли.

Выберите оптимальный вариант оперативного лечения больного с острым панкреатитом, осложненным гнойно-некротическим парапроктитом:

- А. лапаротомия, рассечение капсулы поджелудочной железы, наружное дренирование и тампонирование парапанкреатической клетчатки.
- Б. Лечебная лапароскопия, холецистостомия
- В. Лапаротомия, холецистостомия, наружное дренирование сальниковой сумки.
- Г. Лапароскопия, дренирование брюшной полости
- Д. Лапаротомия, некрэквэктомия, дренирование и тампонирование всех гнойных очагов.

Какие осложнения острого панкреатита требуют экстренной операции?

- А. Ложная киста
- Б. Плевральный выпот
- В. Гнойный оментобурсит
- Г. Портальная гипертензия
- Д. Гнойный парапанкреатит

Наиболее частой причиной хронического панкреатита является

- А. Хронический алкоголизм
- Б. ЖКБ
- В. Гиперпаратиреозидизм
- Г. Наследственный фактор
- Д. Травма

Наиболее оптимальным вариантом лечения псевдокисты поджелудочной железы локализованной в малом сальнике является

- А. Наружное дренирование
- Б. Консервативная терапия с использованием антибиотиков
- В. Трансдуктальное дренирование
- Г. Иссечение кисты
- Д. Внутреннее дренирование

Ранними осложнениями острого панкреатита являются

- А. Шоковое легкое .
- Б. Острая почечная недостаточность.
- В. Гиперкалиемия.
- Г. Гипокальциемия.
- Д. Все перечисленное.

Назовите критерии тяжести течения и прогноза при остром панкреатите при поступлении (по Ronson'у)

- А. Возраст больного старше 55 лет.
- Б. Лейкоцитоз более 16×10^9 /л.
- В. Гипергликемия выше 11 ммоль/л.
- Г. Активность ЛДГ_{общ} более 3,5 мкмоль/л и увеличение АсАТ более 0,6 мкмоль/л.
- Д. Все указанное.

Ранними осложнениями острого панкреатита являются

- А. Шоковое легкое .
- Б. Острая почечная недостаточность.
- В. Гиперкалиемия.
- Г. Гипокальциемия.
- Д. Все перечисленное.

Назовите критерии тяжести течения и прогноза при остром панкреатите при поступлении (по Ronson'у)

- А. Возраст больного старше 55 лет.
- Б. Лейкоцитоз более 16×10^9 /л.
- В. Гипергликемия выше 11 ммоль/л.
- Г. Активность ЛДГ_{общ} более 3,5 мкмоль/л и увеличение АсАТ более 0,6 мкмоль/л.
- Д. Все указанное.

Какие факторы риска наиболее вероятны при карциноме поджелудочной железы

- А. Злоупотребление алкоголем.
- Б. Курение.
- В. Сахарный диабет.
- Г. Ишемическая болезнь сердца.

При каком виде кишечной непроходимости быстро развивается некроз кишки?

- А. Обтурация просвета подвздошной кишки опухолью
- Б. Заворот кишки
- В. Обтурация просвета кишки желчным камнем
- Г. Узлообразование
- Д. Ущемление кишки в грыжевых воротах

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

Какие патофизиологические нарушения возникают при острой кишечной непроходимости

- 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

Тяжесть состояния больного при узлообразовании обусловлена

- А. Интоксикацией
- Б. Потерями жидкости и электролитов
- В. Выключением из циркуляции значительных объемов плазмы
- Г. Выключением из циркуляции значительных объемов красной крови
- Д. Всем перечисленным

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. Четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
- В. Наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
- Г. "Пустая" илеоцекальная область

Д. Дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку

Какие признаки нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости

- А. Потеря тонуса кишкой и отсутствие перистальтики
- Б. Цианоз кишки
- В. Тусклость брюшинного покрова
- Г. Отсутствие пульсации сосудов брыжейки
- Д. Все перечисленное

Убедительные данные, отвергающие странгуляционную тонкокишечную непроходимость включают:

- А. Отсутствие лихорадки и лейкоцитоза
- Б. Нормальная картина при обзорной рентгенографии брюшной полости
- В. Отсутствие признаков перитонита
- Г. Все из вышеперечисленного
- Д. Ничего из вышеперечисленного

Больная 40 лет поступила через 5 часов от начала заболевания с жалобами на очень сильные боли в правой половине живота, рвоту, частый скудный стул с примесью крови. Страдает ревматизмом, недостаточностью митрального клапана.

Состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледные. Губы синюшные. Пульс 104 уд. в мин., аритмичный (мерцательная аритмия). Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в правой половине. Справа от пупка пальпируется нечетко колбасовидное образование. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо выражен. В клиническом анализе крови: Эр. $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $9,6 \times 10^9/л$, п/я 7, с/я 63, э-1, лимф 20, м 9, СОЭ 10 мм/ч.

Варианты диагноза:

- А. Кишечное кровотечение.
- Б. Кишечная непроходимость.
- В. Тромбоз мезентериальных сосудов.
- Г. Острый аппендицит.
- Д. Инвагинация.

С чего следует начинать комплекс лечебных мероприятий при высокой тонкокишечной непроходимости

- А. С хирургического вмешательства
- Б. С инфузионной терапии
- В. С введения назогастрального зонда
- Г. С антибиотикотерапии
- Д. С применения препаратов антихолинэстеразного действия

Какие из перечисленных опухолей тонкой кишки потенциально злокачественны?

- А. Аденоматозные полипы.
- Б. Гамартомные полипы
- В. Ювенильные (ретенционные) полипы
- Г. Лейомиомы.
- Д. Фибромы.

Выберите наиболее часто встречающуюся злокачественную опухоль тонкой кишки:

- А. Аденома.
- Б. Аденокарцинома.
- В. Карциноидная опухоль.
- Г. Лимфома.
- Д. Лейомиома.

Желудочно-кишечные свищи возникают в результате:

- А. Послеоперационных осложнений
- Б. Проникающей травмы брюшной полости
- В. Врожденной аномалии.
- Г. Воспаления
- Д. Злокачественных новообразований.

После операции по поводу язвы антрального отдела желудка у пациента сформировался наружный кишечный свищ, по которому отделяется 300мл кишечного содержимого. Дальнейшая тактика включает?

- А. Контрастную рентгенографию кишечника.
- Б. Срочное хирургическое закрытие свищи.
- В. Защиту кожи.
- Г. Питание с повышенным содержанием жидкости и питательных веществ.
- Д. Наложение питательной энтеростомы.

Расположите этиологические факторы происхождения кишечных свищей в убывающей по частоте последовательности:

- А. Искусственные
- Б. Травматические
- В. Врожденные
- Г. Послеоперационные

Какое заболевание чаще осложняется кишечными свищами:

- А. Болезнь Крона
- Б. Язвенный колит
- В. Оба
- Г. Ни одно

Д. Дизентерия

В настоящее время основным методом профилактики и лечения кожных изменений свища является: вокруг

- А. Механический
- Б. Физический
- В. Биохимический
- Г. Открытый
- Д. Все методы одинаково эффективны

Противопоказанием к внебрюшинному закрытию кишечного свища является:

- А. Сужение отводящей кишечной петли
- Б. Выраженная мацерация кожи вокруг свища
- В. Большая величина свищевого отверстия
- Г. Ничто из перечисленного
- Д. Все перечисленное

Выбор срока и метода оперативного лечения кишечных свищей определяется:

- А. Локализацией свищевого отверстия
- Б. Видом и размерами свища
- В. Состоянием кожных покровов вокруг свищевого хода
- Г. Общим состоянием больного
- Д. Подход строго индивидуален с учетом всех перечисленных факторов

Методом выбора при лечении каналовидных свищей является:

- А. Полное двустороннее выключение кишечного свища
- Б. Консервативное лечение
- В. Циркулярная резекция кишки вместе со свищем
- Г. Пристеночная резекция кишки вместе со свищем
- Д. Правильного ответа нет

Малигнизированные аденоматозные полипы и малигнизированные ворсинчатые опухоли классифицируются как

- А. 2 стадия А.
- Б. 3 стадия А.
- В. По стадиям в зависимости от глубины инвазии.
- Г. по стадиям в зависимости от величины опухоли.
- Д. Все неверно

Регионарными лимфатическими узлами для ободочной кишки являются

- А. Периколярные.
- Б. Расположенные вдоль подвздошной, правой толстокишечной, левой толстокишечной, нижней мезентериальной артерий.
- В. Парааортальные.
- Г. Забрюшинные
- Д. Другие внутрибрюшные лимфатические узлы, расположенные ниже диафрагмы.

Частота заболевания раком увеличивается при:

- А. Болезни Крона
- Б. Язвенном колите
- В. Оба ответа верны
- Г. Ни один ответ не верен

Используется лечение кортикостероидами при:

- А. Болезни Крона
- Б. Язвенном колите
- В. А и Б
- Г. Ни один ответ не верен

Мужчина 55 лет жалуется на выделение крови из прямой кишки: потерю веса: слизь в стуле. При ирригоскопии - стенозирующее образование ректосигмоидного отдела. Диагноз:

- А. Аденома
- Б. Дивертикулит
- В. Рак сигмовидной кишки
- Г. Язвенная стриктура
- Д. Грануломатозный колит

У больного 60 лет диагностирован рак средней трети сигмовидной кишки. Явлений кишечной непроходимости нет. Во время операции, выполняемой в плановом порядке, обнаружены увеличенные плотные лимфоузлы лишь возле ствола нижней брыжеечной артерии.

Онкологически оправданным объемом радикальной операции будет

- А. Резекция сигмовидной кишки с регионарной лимфаденэктомией
- Б. Внутрибрюшная резекция сигмо-ректального отдела
- В. Левосторонняя гемиколэктомия
- Г. Левосторонняя полная гемиколэктомия
- Д. Субтотальная колэктомия

У больной 65 лет, до этого считавшей себя здоровой, в течение двух суток нарастают схваткообразные боли в животе, дважды была рвота застойным желудочным содержимым. На обзорной рентгенограмме живота - множественные «чаши» Клойбера. При экстренной лапаротомии обнаружены раздутые и заполненные жидкостью петли тонкой кишки и выявлена

опухоль, обтурирующая просвет восходящей ободочной кишки вблизи печеночного изгиба без отдаленных метастазов. Наиболее адекватным объемом оперативного вмешательства будет

- А. Цекостомия.
- Б. Илеотрансверзоанастомоз с энтеро-энтероанастомозом.
- В. Илеотрансверзоанастомоз, дополненный цекостомой.
- Г. Правосторонняя гемиколэктомия.
- Д. Правосторонняя гемиколэктомия с назоинтестинальным дренированием зондом Эббота-Мюллера.

Больная 65 лет поступила через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в животе ноющего характера, периодически схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула, газов. Последние 6 месяцев страдает запорами. Похудела на 9 кг.

Оперирована с диагнозом: Обтурационная кишечная непроходимость.

Во время операции обнаружена стенозирующая опухоль средней трети удлинненной сигмовидной кишки. Ободочная кишка выше препятствия резко раздута, содержит жидкость.

Каков объем оперативного вмешательства:

- А. Резекция сигмовидной кишки с внутрибрюшным анастомозом.
- Б. Операция Гартмана.
- В. Наложение двухствольного ануса выше препятствия.
- Г. Формирование цекостомы.

Во время лапаротомии у больного обнаружили рак ободочной кишки, не приводящий к обтурации ее просвета и не вызывающий кишечную непроходимость. Оптимальный вариант операции?

- А. Биопсия опохали и ушивание брюшной полости.
- Б. Ушивание брюшной полости.
- В. Резекция ободочной кишки.
- Г. Наложение колостомы
- Д. Операция типа Гартмана.

При каком из следующих заболеваний существует высокий риск возникновения рака толстой кишки?

- А. ободочной кишки.
- Б. Свищ прямой кишки.
- В. Хронический язвенный колит.
- Г. Хронический дивертикулит.
- Д. Синдром Пейтца.

Женщина 26 лет поступает с жалобами на жидкий стул с кровью в течение 6 месяцев, снижение массы тела и спастические боли в животе. Первым шагом в установлении диагноза будет?

- А. Эндоскопия верхних отделов ЖКТ.
- Б. Биопсия слизистой тонкой кишки.

- В. Ангиография мезентериальных артерий.
- Г. Ирригоскопия
- Д. Компьютерная томография.

Выберите наиболее подходящий метод лечения больного с первым приступом неосложненного острого дивертикулита ободочной кишки.

- А. Наложение трансверзостомы.
- Б. Первичная резекция ободочной кишки.
- В. Парентеральное введение антибиотиков
- Г. Резекция ободочной кишки по Микуличу.
- Д. Назначение лечебных клизм

При наложении колостомы по экстренным показаниям ее открывают?

- А. Во время операции сразу после выведения на брюшную стенку.
- Б. После наложения кожных швов на лапаротомную рану
- В. В первые сутки после операции
- Г. Через 24 часа
- Д. Через 48 часов.

При выполнении плановой экстирпации прямой кишки выведенный на брюшную стенку противоестественный задний проход открывают:

- А. во время операции
- Б. на следующие сутки после операции
- В. через 48 часов после операции
- Г. не ранее 3-их суток после операции
- Д. все ответы неверны.

Диагноз: рак сигмовидной кишки? Оптимальный вариант подготовки к операции:

- А. Колостомия проксимальнее опухоли
- Б. Механическая очистка
- В. Системная АБ терапия
- Г. Механическая очистка и перорально невсасывающиеся АБ
- Д. АБ перорально и системно

Повышение в крови уровня карциноэмбрионического антигена:

- А. Рак толстой кишки
- Б. Рак поджелудочной железы
- В. Оба
- Г. Ни один

Повышение содержания в крови альфа-фетопротеина:

- А. Рак толстой кишки
- Б. Рак поджелудочной железы

- В. Оба
- Г. Ни один

Повышение содержания в крови карциноэмбрионального антигена соответствует (пропорционально) распространенности заболевания:

- А. Рак толстой кишки
- Б. Рак поджелудочной железы
- В. Оба
- Г. Ни один

Какое из ниже перечисленных заболеваний толстой кишки наиболее часто заканчивается малигнизацией?

- А. Ворсинчатая аденома
- Б. Гамартома (пролонобластома)
- В. Аденоматозный полип
- Г. Болезнь Крона
- Д. Ювенильные полипы

Наиболее типичное серьезное осложнение одностольной колостомы

- А. Кровотечение.
- Б. Разрывы кожи.
- В. Грыжи брюшной стенки в области стомы.
- Г. Перфорация толстой кишки во время ее механической очистки.
- Д. Пропалс кишки.

Выберите неверное утверждение о мальротации кишечника:

- А. наиболее частое осложнение - заворот кишечника и обструкция 12п.к.
- Б. Этот диагноз, устанавливаемый методом исключения всех других причин непроходимости.
- В. Типичный симптом- рвота с примесью желчи.
- Г. На рентгенограмме брюшной полости часто выявляют "двойной газовой пузырь".
- Д. Типичный симптом - "каловая рвота".

20-летняя женщина жалуется на боль внизу живота, больше справа, тошноту, слабость, головокружение, возникшие после физической нагрузки за 6 часов до обращения. Объективно: умеренная болезненность внизу живота, симптомы раздражения брюшины сомнительны, АД 95/65, пульс - 100 уд. в мин. Тактика ведения больной?

- А. Направить на амбулаторное лечение к хирургу.
- Б. Госпитализировать в хирургическое отделение для наблюдения.
- В. Направить на консультацию к гинекологу.
- Г. Госпитализация и диагностическая лапароскопия.
- Д. Направить на лечение у терапевта.

Мужчина 65 лет с подтвержденным диагнозом дивертикулеза кишечника поступает в отделение с лихорадкой и интенсивной разлитой болью в животе. Живот болезнен во всех отделах, брюшная стенка напряжена, отсутствует перистальтика. С чем связан патогенез этого заболевания?

- А. Перфорация полого органа.
- Б. Непроходимость кишечника.
- В. Кровотечение в брюшную полость
- Г. Ишемия кишечника
- Д. Воспаление кишки.

Мужчина 31 года поступает в стационар с внезапно возникшей болью в эпигастрии. На рентгенограмме свободный газ в брюшной полости. Выберите тактику ведения больного.

- А. Эндоскопия верхних отделов ЖКТ.
- Б. Рентгеноконтрастное исследование.
- В. Динамическое наблюдение.
- Г. Пневмогастрография.
- Д. Лапаротомия.

Женщина 45 лет, в прошлом перенесшая экстирпацию матки, поступает с болями в животе и рвотой. При обзорной рентгенографии выявлены признаки тонкокишечной непроходимости. Наиболее вероятная причина обструкции.

- А. Карцинома толстой кишки.
- Б. Рак тонкой кишки.
- В. Спаечная болезнь.
- Г. Ущемленная паховая грыжа.
- Д. Дивертикулит.

Причины вызывающие кишечную непроходимость?

- А. Врожденная патология.
- Б. Воспалительные заболевания.
- В. Внекишечные факторы.
- Г. Радиационные поражения
- Д. Глистная инвазия.

Больной 66 лет поступил через 4 часа от начала заболевания с жалобами на боли по всему животу, больше выраженные в правом подреберье, вздутие живота, отрыжку воздухом. Тошноты, рвоты не было. В анамнезе хронический холецистит, гастрит, перидуоденит. Тогда же обнаружен пульсионный дивертикул 12-перстной кишки.

Состояние удовлетворительное. Живот слегка вздут, напряжен, болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и желчный пузырь не пальпируются. В клиническом анализе крови лейкоцитов 13700, п/я 11, с/я 68, лимф. 14, мон.

7%. На следующий день появилась желтушность кожи, склер. При рентгенологическом исследовании в нисходящем отделе 12-перстной кишки по внутреннему контуру определяется выпячивание размерами 2x2 см с замедленной эвакуацией, резко болезненное. ФГДС - без патологии. При в/в холангиографии контрастирование желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков не получено. При УЗИ брюшной полости: признаки хронического холецистита. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Рецидивирующий холецистит.
- Б. Дивертикул 12-перстной кишки, дивертикулит.
- В. Гастродуоденит, обострение.
- Г. Подпеченочный абсцесс.
- Д. Холедохолитиаз.

Больная 60 лет поступила через 10 часов от начала заболевания с жалобами на сильные боли в верхней половине живота, больше справа, тошноту, рвоту, задержку стула и газов.

Состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледноваты, сухие. Пульс 100 уд. В мин., ритмичный. АД 140/60 мм рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины неотчетливы. Перистальтика кишечника вялая. Желчный пузырь не пальпируется. При ректальном исследовании ампула не расширена, пустая. При обзорной рентгенографии брюшной полости единичные мелкие горизонтальные уровни, газ в толстой кишке.

Наиболее вероятный диагноз:

- А. Острый панкреатит.
- Б. Тромбоз мезентериальных сосудов.
- В. Острый холецистит.
- Г. Острая кишечная непроходимость.
- Д. Инвагинация.

Мужчина 26 лет поступил через 3-е суток от начала заболевания с жалобами на общую слабость, головокружение, полуоформленный стул черного цвета. 2 дня назад была однократная рвота типа «кофейной гущи». Страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки 10 лет. 2 недели назад очередное обострение.

Состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледноваты. Пульс 108 уд. в мин., ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. При срочной ФГДС обнаружена хроническая язва на передней стенке 12-перстной кишки диаметром 0,8 см. Дно язвы закрывает тромб. Кровотечение остановилось. В клиническом анализе крови: гемоглобин 89 г/л, гематокрит 32%, эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$.

Выбрать наиболее рациональную инфузионную терапию для предоперационной подготовки:

- А. Эритроцитарная масса, консервированная кровь.
- Б. Полиглюкин, желатиноль.
- В. Реополиглюкин.
- Г. Полиионные растворы.
- Д. Противоязвенная терапия.

Мужчина 62 лет поступил по экстренным показаниям с жалобами на боли в эпигастральной области, опоясывающего характера, тошноту, горечь во рту. Болен 5 дней.

Состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычного цвета. Склеры субиктеричны. Пульс 84 уд. в мин. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот слегка вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Ан. крови: Э 4,2 x 10¹²/л, Лейкоциты 9,6 x 10⁹/л, Б 0, Э 1, п/я 6, с/я 56, лимф. 28, м 9, СОЭ 12 мм/час.

Диагноз: Острый панкреатит с легкой степенью интоксикации.

Укажите рациональный вариант антибактериальной терапии.

А. Антибиотики.

Б. Метронидазол.

В. Сульфаниламиды.

Г. Антибактериальная терапия не требуется.

Лечение ущемленной врожденной паховой грыжи включает:

А. Срочное оперативное вмешательство.

Б. Неинвазивное вправление грыжи с дальнейшим исследованием водно-солевого обмена больного.

В. Динамическое наблюдение после вправления грыжи до достижения оптимального для проведения операции возраста ребенком.

Г. Наблюдение в динамике после вправления до зарастания влагалищного отростка брюшины.

Д. Хирургическая операция на тонкой кишке как у мальчиков так и у девочек.

25-летний больной поступает через 20 минут после автоаварии с жалобами на боль в животе, слабость, тошноту, головокружение. Кожные покровы бледные, пульс - 130 уд. в мин., АД - 60/20 мм.рт.ст. В левом подреберье - подкожная гематома. Признаки черепно-мозговой травмы отсутствуют. Дыхание выслушивается с обеих сторон. Неотложные мероприятия:

А. Диагностическая лапароскопия.

Б. Немедленно выполнить лапаротомию.

В. Консультация терапевта.

Г. Рентгенография органов брюшной полости.

Д. Начать инфузионную терапию.

Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые распространились на правую половину живота и правую подвздошную область, была однократная рвота. Объективно: Живот в акте дыхания не участвует, резко болезненный, напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу, перистальтика вялая.

Какое исследование следует выполнить в первую очередь для уточнения диагноза?

А. обзорная рентгенография брюшной полости

Б. ФГДС

В. Узи брюшной полости

- Г. Пассаж бария
- Д. Ирригоскопия

Кровавый понос может наблюдаться в любом из перечисленных случаев, кроме:

- А. Язвенный колит
- Б. Терминальный илеит
- В. Дизентерия
- Г. Острая порфирия
- Д. Правильного ответа нет

Больной 36 лет поступил с жалобами на резкие боли в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева. Накануне вечером употребил алкоголь. Была однократная рвота съеденной пищей и желчью. В течение последних 3 лет подобные боли отмечал неоднократно. При осмотре состояние средней тяжести, ЧД- 24 в мин, пульс 114 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье. симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.

О каком заболевании надо думать в первую очередь?

- А. Острый гастрит
- Б. Язвенная болезнь
- В. Перфоративная язва
- Г. Острый панкреатит
- Д. Острый холецистит

Назовите три наиболее частые причины острого живота в убывающем порядке

- А. Острый аппендицит - острая кишечная непроходимость - перфорация полого органа
- Б. Острый аппендицит - желудочно-кишечное кровотечение - острая кишечная непроходимость
- В. Перфорация полого органа - острый аппендицит - острая кишечная непроходимость
- Г. Желудочно-кишечное кровотечение - острый аппендицит - острая кишечная непроходимость

Какова лечебная тактика при наличии у больного острого деструктивного панкреатита и появлении признаков разлитого перитонита?

- А. Экстренная лапароскопия
- Б. Экстренная лапаротомия
- В. Интенсивная детоксикационная, антибактериальная и противошоковая терапия
- Г. Срочное оперативное лечение после кратковременной (в течение 2-4 часов) предоперационной подготовки.
- Д. Интенсивная детоксикационная и антибактериальная терапия, при ее неэффективности - оперативное лечение.

Вводное задание. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

Варианты ответов:

- А. Заворот сигмовидной кишки
- Б. Подпеченочный абсцесс.
- В. Острый аппендицит
- Г. Тазовый абсцесс.
- Д. Поддиафрагмальный абсцесс
- Е. Аппендикулярный инфильтрат

1. 24-летняя женщина жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью 4 часа. В течение последнего получаса боли переместились в правую подвздошную область. $t = 37,8^{\circ}C$.
2. Мужчина 66 лет обратился с жалобами на внезапное возникновение сильных болей в левой подвздошной области, признаки кишечного дискомфорта, затруднение отхождения газов. При пальпации в левой подвздошной области болезненность и ригидность мышц.
3. У больного 40 лет на 6-е сутки после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита повысилась температура, был озноб, развился парез кишечника, появились боли в правой половине живота, появилась иктеричность склер. При пальпации: болезненность в правом подреберье, там же локальное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомов раздражения брюшины не отмечено.
4. Больная 59 лет поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, субфебрильную температуру. Больна в течении 4 дней, лечилась дома принимала анальгетики и антибиотики. При осмотре состояние удовлетворительное, в правой подвздошной области пальпируется образование 12x8 см с четкими границами, неподвижное, болезненное. В крови лейкоцитоз $11 \times 10^9/л$.
5. Больной 34 лет оперирован по поводу флегмонозно-гангренозного аппендицита. На 7 сутки появился озноб, боли в прямой кишке, тенезмы, учащенное мочеиспускание, При ректальном исследовании выявлено болезненное выбухание передней стенки прямой кишки.
6. Больная 73 лет оперирована по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, гнойного перитонита. На 7 сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, озноб. При осмотре отмечено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. при рентгеноскопии грудной клетки отмечено высокое стояние правого купола диафрагмы, ограничение его подвижности, увеличение тени печени. в крови лейкоцитоз - $19 \times 10^9/л$.

Вводное задание. Какой диагноз можно предположить у каждого из больных поступивших с диагнозом "острый живот".

Варианты ответов:

- А. Острый аппендицит
- Б. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки.
- В. Острый холецистит
- Г. Острый панкреатит.
- Д. Ущемленная паховая грыжа
- Е. Тромбоз мезентериальных сосудов

1. Больной 46 лет поступил через 17 часов после возникновения острой боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу. кожные покровы покрыты холодным липким потом. Пульс 78 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст.. язык сухой, живот втянут, доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.
2. Больной 32 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу. Заболел остро 2 часа назад, когда появились острые боли в эпигастрии. Состояние тяжелое, положение вынужденное с приведенными к животу ногами, кожные покровы бледные, пульс 100 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот доскообразно напряжен, резко болезненный во всех отделах. Перкуторно притупление в отлогих местах, печеночная тупость отсутствует.
3. Больная 53 лет поступила с жалобами на сильную боль в правом подреберье, многократную рвоту. Заболела 10 часов назад. Состояние средней тяжести , живот болезненный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Ортнера и Мерфи.
4. Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые постепенно распространились в правую половину живота и правую подвздошную область. Была однократная рвота. Живот в акте дыхания участвует, резко болезненный в правой подвздошной области, там же определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика отчетливая.
5. Больной 34 лет поступил на следующие сутки после употребления алкоголя с резкими болями в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева, была многократная рвота съеденной пищей и желчью. Состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга положителен в верхней половине живота, перистальтика кишечника вялая.
6. Больная 66 лет поступила с разлитыми болями по всему животу. Накануне вечером ощутила резкие схваткообразные боли в животе, тошноту, была однократная рвота желудочным содержимым и жидкий стул. В анамнезе 2 инфаркта миокарда за последние 1,5 года, тромбоз вен нижних конечностей. состояние тяжелое, заторможена, цианоз . Одышка 28 в мин. Отрыжка с каловым запахом, пульс 120 в мин. АД 100/60 ммрт.ст. Живот вздут, умеренно напряжен, болезненный во всех отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно - тимпанит, в отлогих местах - притупление, перистальтика резко ослаблена, При ректальном исследовании на перчатке темная кровь.
7. Больная 73 лет поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку и надключичную область, тошноту, которые возникли после приема жирной пищи. Была многократная рвота. Состояние средней тяжести. язык сухой, пульс 110 в мин, живот резко болезненный справа, там же выраженное местное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
8. Больной 62 лет поступил с болями в правой паховой области, которые появились после подъема тяжести. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах. В правой паховой области определяется выпячивание, резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость.

Вводное задание. Кому из описанных ниже больных показано экстренное оперативное вмешательство?

1. Больной 46 лет поступил через 17 часов после возникновения острой боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу. кожные покровы покрыты холодным липким потом. Пульс 78 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст.. язык сухой, живот

втянут, доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.

2. Больной 32 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу. Заболел остро 2 часа назад, когда появились острые боли в эпигастрии. Состояние тяжелое, положение вынужденное с приведенными к животу ногами, кожные покровы бледные, пульс 100 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот доскообразно напряжен, резко болезненный во всех отделах. Перкуторно притупление в отлогих местах, печеночная тупость отсутствует.
3. Больная 53 лет поступила с жалобами на сильную боль в правом подреберье, многократную рвоту. Заболела 10 часов назад. Состояние средней тяжести, живот болезненный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Ортнера и Мерфи.
4. Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые постепенно распространились в правую половину живота и правую подвздошную область. Была однократная рвота. Живот в акте дыхания участвует, резко болезненный в правой подвздошной области, там же определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика отчетливая.
5. Больной 34 лет поступил на следующие сутки после употребления алкоголя с резкими болями в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева, была многократная рвота съеденной пищей и желчью. Состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга положителен в верхней половине живота, перистальтика кишечника вялая.
6. Больная 66 лет поступила с разлитыми болями по всему животу. Накануне вечером ощутила резкие схваткообразные боли в животе, тошноту, была однократная рвота желудочным содержимым и жидкий стул. В анамнезе 2 инфаркта миокарда за последние 1,5 года, тромбоз вен нижних конечностей. состояние тяжелое, заторможена, цианоз. Одышка 28 в мин. Отрыжка с каловым запахом, пульс 120 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот вздут, умеренно напряжен, болезненный во всех отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно - тимпанит, в отлогих местах - притупление, перистальтика резко ослаблена, При ректальном исследовании на перчатке темная кровь.
7. Больная 73 лет поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку и надключичную область, тошноту, которые возникли после приема жирной пищи. Была многократная рвота. Состояние средней тяжести. язык сухой, пульс 110 в мин, живот резко болезненный справа, там же выраженное местное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
8. Больной 62 лет поступил с болями в правой паховой области, которые появились после подъема тяжести. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах. В правой паховой области определяется выпячивание, резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость.

Вводное задание. Кому из описанных больных следует начинать лечение с консервативной терапии?

1. Больной 46 лет поступил через 17 часов после возникновения острой боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу. кожные покровы покрыты холодным липким потом. Пульс 78 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст.. язык сухой, живот втянут, доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.
2. Больной 32 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу. Заболел остро 2 часа назад, когда появились острые боли в эпигастрии. Состояние тяжелое, положение

вынужденное с приведенными к животу ногами, кожные покровы бледные, пульс 100 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот доскообразно напряжен, резко болезненный во всех отделах. Перкуторно притупление в отлогих местах, печеночная тупость отсутствует.

3. Больная 53 лет поступила с жалобами на сильную боль в правом подреберье, многократную рвоту. Заболела 10 часов назад. Состояние средней тяжести, живот болезненный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Ортнера и Мерфи.
4. Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые постепенно распространились в правую половину живота и правую подвздошную область. Была однократная рвота. Живот в акте дыхания участвует, резко болезненный в правой подвздошной области, там же определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика отчетливая.
5. Больной 34 лет поступил на следующие сутки после употребления алкоголя с резкими болями в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева, была многократная рвота съеденной пищей и желчью. Состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга положителен в верхней половине живота, перистальтика кишечника вялая.
6. Больная 66 лет поступила с разлитыми болями по всему животу. Накануне вечером ощутила резкие схваткообразные боли в животе, тошноту, была однократная рвота желудочным содержимым и жидкий стул. В анамнезе 2 инфаркта миокарда за последние 1,5 года, тромбоз вен нижних конечностей. состояние тяжелое, заторможена, цианоз. Одышка 28 в мин. Отрыжка с каловым запахом, пульс 120 в мин. АД 100/60 ммрт.ст. Живот вздут, умеренно напряжен, болезненный во всех отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно - тимпанит, в отлогих местах - притупление, перистальтика резко ослаблена, При ректальном исследовании на перчатке темная кровь.
7. Больная 73 лет поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку и надключичную область, тошноту, которые возникли после приема жирной пищи. Была многократная рвота. Состояние средней тяжести. язык сухой, пульс 110 в мин, живот резко болезненный справа, там же выраженное местное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
8. Больной 62 лет поступил с болями в правой паховой области, которые появились после подъема тяжести. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах. В правой паховой области определяется выпячивание, резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость.

Больную 45 лет с ожирением I ст беспокоят повторяющиеся приступы печеночной колики. При УЗИ обнаружены признаки хронического калькулезного холецистита, множественные мелкие камни желчного пузыря, отсутствие расширения желчных протоков. В анамнезе аппендэктомия. Методом выбора при лечении больной является:

- А. Медикаментозное растворение камней,
- Б. Лапаротомия, холецистэктомия
- В. Литотрипсия
- Г. Симптоматическая консервативная терапия
- Д. Лапароскопическая холецистэктомия

У больного 32 лет, госпитализированного в клинику по скорой помощи с диагнозом "острый панкреатит", на 3-и сутки заболевания, несмотря на проводимую консервативную терапию, состояние ухудшилось: выросла тахикардия, снизилось артериальное давление, появилось вздутие живота, перитонеальные симптомы. Амилаза мочи, высокая при поступлении, снизилась. Что следует предположить?

- А. На фоне эффективного лечения острого панкреатита развилось другое острое хирургическое заболевание органов брюшной полости
- Б. Допущена ошибка в диагностике при поступлении больного в клинику
- В. У больного развился некротический панкреатит
- Г. У больного развилась острая пневмония
- Д. У больного развился инфаркт миокарда

Больная 26 лет оперирована через 2,5 часа после внезапного появления болей в животе с последующим быстрым развитием симптомов внутреннего кровотечения. При лапаротомной ревизии обнаружено продолжающееся кровотечение из надрыва капсулы печени над эластичным багрово-синюшным образованием 5 x 6 см на диафрагмальной поверхности 2-3 сегментов печени, около 1,5 л излившейся крови в брюшной полости. Диагностирован спонтанный разрыв кавернозной гемангиомы печени. Кровотечение приостановлено сдавлением печени в области раны, проводится реинфузии крови, после чего следует

- А. Тампонировать рану с гемостатической губкой.
- Б. Наложить гемостатический шов на рану.
- В. Тампонировать рану прядью большого сальника, фиксируя его гемостатическими швами.
- Г. Произвести гепатофренопексию.
- Д. Резецировать 2-3 сегменты печени.

Наиболее рациональной тактикой при повреждении левой половины толстой кишки является:

- А. Первичная резекция с анастомозом
- Б. Ушивание разрыва
- В. Операция типа Гартмана
- Г. Ушивание разрыва с наложением 2-х ствольного ануса на проксимальном участке
- Д. Равноценна любая операция из перечисленных

После резекции поврежденного сегмента тонкой кишки анастомоз накладывается по типу:

- А. "Конец в конец"
- Б. "Конец в бок"
- В. "Бок в бок"
- Г. Применяется тот тип анастомоза, которым хирург лучше владеет.
- Д. Только "конец в конец" или "конец в бок"

При ранении желчного пузыря необходимо выполнить:

- А. Ушивание повреждения
- Б. Холецистэктомию
- В. Холецистостомию
- Г. Билиодигестивный анастомоз
- Д. Возможно А и Б.

Спленэктомия показана при:

- А. Отрыве селезенки от ножки
- Б. Обширных размозжениях и разрывах
- В. Разрывах в направлении ворот селезенки
- Г. При гематоме пульпы
- Д. Во всех случаях повреждения селезенки

Основные симптомы разрыва диафрагмы:

1. Пневмо- и гемоторакс
2. Свободный газ под куполами диафрагмы
3. Перемещение органов из брюшной полости в плевральную
4. Дисфагия
5. "Западение" верхней половины живота

Предпочтительный способ лечения при травматическом пересечении хвоста поджелудочной железы:

- А. Дренирование сальниковой сумки
- Б. Анастомоз по Ру
- В. Дистальная панкреатэктомия
- Г. Анастомоз "конец в конец"

Главная опасность при консервативном лечении травмы селезенки:

- А. Позднее кровотечение и селезенки
- Б. Вторичная травма селезенки
- В. Пропуск других серьезных внутрибрюшных травм
- Г. Увеличение сроков госпитализации и стоимости лечения
- Д. ДВС синдром

70-летняя женщина с генерализованным атеросклерозом жалуется на сильную разлитую боль по всему животу в последние 2 часа, В каловых массах - примесь крови, Признаков перитонита нет, Соответствующим мероприятием после коррекции кислотно-щелочного равновесия является:

- А. Гастроскопия
- Б. Рентген верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- В. Ирригоскопия
- Г. Лапаротомия
- Д. Ангиография

70-летний мужчина с эпизодами непостоянных болей в мезогастрии жалуется, что боль стала постоянной в последние 2 часа. Обнаружено вздутие живота с незначительным напряжением во

всех его отделах, при отсутствии перитонеальных симптомов. Стул с примесью крови. Лейкоцитоз - $29 \times 10^9/\text{л}$, выраженная потливость. Амилаза 350 ед. Необходимое мероприятие:

- А. внутривенная инфузионная терапия и лапаротомия
- Б. Ректороманоскопия и колоноскопия
- В. Рентген верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- Г. Консервативное лечение острого панкреатита
- Д. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ)

Выберите наиболее эффективный метод предупреждения инфицирования загрязненной травматической раны:

- А. Введение столбнячного анатоксина.
- Б. Антибиотики внутривенно.
- В. Подшивание кожного трансплантата.
- Г. Первичная хирургическая обработка.
- Д. Местное введение антибиотиков.

Каждое из следующих мероприятий помогает сократить частоту нагноений после операций на толстой кишке, кроме

- А. Механическая очистка кишечника.
- Б. Пероральный прием антибиотиков, эффективных против аэробов и анаэробов.
- В. Однократная парентеральная предоперационная доза антибиотиков, эффективных против аэробов и анаэробов.
- Г. Послеоперационное парентеральное введение в течение 2-4 дней антибиотиков, эффективных против аэробов и анаэробов.
- Д. Продолжительность операции менее 3 часов.

Какой микроорганизм является наиболее частым возбудителем лактационного мастита

- А. Стрептококк.
- Б. Стафилококк.
- В. Кишечная палочка.
- Г. Энтерококки.
- Д. Вирусы.

Какие из перечисленных факторов относятся к неспецифическим факторам защиты организма

- А. Полиморфно-ядерные лейкоциты.
- Б. Тканевые макрофаги.
- В. Комплемент.
- Г. Лизоцим.
- Д. Иммуноглобулины.

В какие сроки после операции чаще всего проявляется нагноение послеоперационной раны при стафилококковой инфекции

- А. 1-2 сутки.
- Б. 3-4 сутки.

- В. 5-7 сутки.
- Г. На 2 неделе.
- Д. Одинаково вероятно в любые сроки.

На какие сутки появляются общие и местные проявления нагноения послеоперационной раны при инфицировании Грам(-) флорой (в т. ч. синегнойной палочкой)

- А. 1-2 сутки.
- Б. 3-4 сутки.
- В. 5-7 сутки.
- Г. На 2 неделе.
- Д. Одинаково вероятно в любые сроки.

При развитии в послеоперационном периоде анаэробной флегмоны передней брюшной стенки показано

- А. Дезинтоксикационная терапия и антибактериальная терапия.
- Б. Дезинтоксикационная, противошоковая терапия, антибактериальная и иммунотерапия в сочетании с местной физиотерапией.
- В. Разведение краев послеоперационной раны с назначением антибиотиков.
- Г. Рассечение кожи до подкожно-жировой клетчатки с назначением антибиотиков.
- Д. Иссечение пораженной клетчатки с рассечением кожи в пределах здоровых тканей с интенсивной дезинтоксикационной и антибактериальной терапией.

Что не является противопоказанием для наложения швов на гнойную рану?

- А. Полная хирургическая обработка
- Б. Наличие в ране очагов некроза тканей
- В. Высокий уровень бактериальной обсемененности раны
- Г. Невозможность адаптации краев
- Д. Резкие воспалительные изменения кожи и окружающих мягких тканей

Каков критический уровень обсемененности раны (число микробов в 1 г ткани), при котором происходит ее нагноение?

- А. 10^2
- Б. 10^3
- В. 10^5
- Г. 10^7
- Д. 10^8

Какие микроорганизмы вызывают газовую гангрену?

- А. *Clostridium perfringens*
- Б. *Clostridium sporogenes*
- В. А и Б
- Г. Ни один из них

Какой микроорганизм разрушает мышечную ткань в ране?

- А. *Clostridium perfringens*

- Б. Clostridium sporogenes
- В. А и Б
- Г. Ни один из них

Какими микроорганизмами вызывается рожистое воспаление?

- А. Стрептококки
- Б. Стафилококки
- В. Бактероиды
- Г. Спорообразующие клостридии
- Д. Синегнойная палочка

Клиническими признаками поддиафрагмального абсцесса являются

- А. Боли в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота при вдохе
- Б. Болезненность при надавливании в области нижних ребер
- В. Гектическая температура
- Г. Расширение границ печеночной тупости
- Д. Все перечисленное.

О развитии какого осложнения можно думать при возникновении у больного 40 лет на 2 день после аппендэктомии пареза кишечника, озноба, болей в правой половине живота, увеличении печени и появлении желтухи без симптомов раздражения брюшины

- А. Перитонита
- Б. Поддиафрагмального абсцесса
- В. Межкишечного абсцесса
- Г. Пилефлебита
- Д. Подпеченочного абсцесса.

Флегмона забрюшинного пространства как осложнение острого аппендицита развивается при

- А. Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
- Б. Местном перитоните в правой подвздошной области
- В. Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка
- Г. Медиальном расположении червеобразного отростка
- Д. Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки.

Какой из клинических признаков нехарактерен для перитонита

- А. Тахикардия
- Б. Сухой язык
- В. Напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- Г. Отсутствие перистальтики кишечника
- Д. Симптом Куленкампа.

В лечении разлитого перитонита аппендикулярного происхождения основное значение имеет

- А. Устранение источника перитонита
- Б. Антибактериальная терапия

- В. Коррекция водно-электролитных нарушений
- Г. Санация брюшной полости
- Д. Все перечисленное.

Какое наиболее частое осложнение наблюдается у больных перитонитом

- А. Эвентрация
- Б. Образование кишечных свищей
- В. Тромбоз легочной артерии
- Г. Формирование гнойников брюшной полости
- Д. Пневмония

Через 10 дней после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита у больного появилась гектическая температура, возникли боли в правом подреберье. Отмечено увеличение печени. При УЗИ в правой доле печени определяется гипоехогенное образование. Определите оптимальную лечебную тактику.

- А. Лапаротомия, вскрытие абсцесса
- Б. Пункция абсцесса с эвакуацией содержимого.
- В. Повторные чрескожные пункции полости абсцесса под контролем УЗИ с введением антибиотиков
- Г. Чрескожное дренирование абсцесса под контролем УЗИ.
- Д. Правильного ответа нет

В диагностике поддиафрагмального абсцесса помогает рентгенография грудной клетки, при этом могут быть обнаружены следующие косвенные признаки, кроме

- А. Высокого расположения и ограничение подвижности купола диафрагмы.
- Б. Утолщение и размытости контуров в диафрагмы.
- В. Парадоксального характера движений диафрагмы.
- Г. Смещения органов средостения.
- Д. Ателектазов и пневмонической инфильтрации в базальных сегментах легких.

При УЗИ и КТ у больного 28 лет выявлен абсцесс печени 3 x 4 см. На основании анамнестических и клинических данных предполагалось, что это амебный абсцесс, но бактериологически подтвердить предположение не удалось. Лечение целесообразно начать с

- А. Консервативной терапии противопаразитарными средствами.
- Б. Холецисто- или холедохостомии.
- В. Пункционного дренирования абсцесса.
- Г. Катетеризации пупочной вены для регионарной медикаментозной терапии.
- Д. Широкого вскрытия и дренирования полости абсцесса.

Какой метод лечения острого подкожного парапроктита является радикальным

- 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

Д. Физиотерапия

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

Для диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки показаны

- А. Ирригоскопия
- Б. Колоноскопия
- В. Ректороманоскопия и фистулография
- Г. Пассаж бария по кишечнику
- Д. Ультразвуковое исследование органов малого таза

Что подразумевается под понятием неполный параректальный свищ?

- А. Открывается периодически во время обострения
- Б. Открывается только в прямую кишку или на кожу
- В. Имеет 2 отверстия (прямая кишка и кожа)
- Г. Свищевой ход существует, но нет выделения гноя

С какой формой острого парапроктита труднее всего дифференцировать острый геморрой?

- А. Ишиоректальной
- Б. Пельвиоректальной
- В. Подковообразной
- Г. Подкожной (подслизистой)

Частота рака щитовидной железы выше у пациентов

- А. Получавших лечение анти тиреоидными препаратами
- Б. Получавших диету с низким содержанием йода
- С. Подвергнутых облучению на область шеи в детстве
- Д. При аутоиммунном тиреоидите
- Е. При тиреотоксикозе

Какое из следующих осложнений наиболее часто угрожает жизни в ранние сроки после тотальной тиреоидэктомии?

- А. Тиреотоксический криз
- Б. Гиперкалиемия
- С. Тетания
- Д. Шок
- Е. Обструкция дыхательных путей

Развитие синдрома Уотерхауса-Фридериксона (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения

- А. Стафилококкового менингита

- В. Пневмококкового менингита
- С. Менингита, вызванного вирусом Коксаки
- Д. Менингококкового менингита
- Е. Лимфоцитарного хориоменингита

Повреждение какого из нервов наиболее вероятно при паратиреоидэктомии?

- А. Верхний гортанный нерв
- В. Возвратный гортанный нерв
- С. Добавочный нерв
- Д. Лицевой нерв
- Е. Наружный гортанный нерв

Какой из следующих гормонов продуцируется в антральном отделе желудка?

- А. Гастрин
- В. Секретин
- С. Инсулин
- Д. Глюкагон
- Е. Вазоактивный интестинальный полипептид

С продуцированием какого гормона связано развитие синдрома Золлингера-Эллисона?

- А. Гастрин
- В. Секретин
- С. Инсулин
- Д. Глюкагон
- Е. Вазоактивный интестинальный полипептид

Какой гормон секретируют бета-клеточные опухоли поджелудочной железы?

- А. Гастрин
- В. Секретин
- С. Инсулин
- Д. Глюкагон
- Е. Вазоактивный интестинальный полипептид

Укажите тип заболевания и лечение при тироидите Хашимото

- А. Вирусная инфекция, хирургическое лечение
- В. Вирусная инфекция, антииреоидные препараты
- С. Аутоиммунное заболевание, антииреоидные препараты
- Д. Аутоиммунное заболевание, хирургическое лечение
- Е. Все вышеперечисленное неверно

Правильным определением социальной гигиены как науки является

- а) социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении
- б) социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения

в) социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения

Общественное здоровье характеризуют показатели, кроме

- а) трудовой активности населения
- б) заболеваемости
- в) инвалидности
- г) демографических показателей
- д) физического развития населения

В базовую программу обязательного медицинского страхования

входят все положения, кроме

- а) перечня, видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
- б) стоимости различных видов медицинской помощи
- в) организаций добровольного медицинского страхования
- г) видов платных медицинских услуг
- д) дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

Из перечисленного ниже к методам оценки качества медицинской помощи

относятся

- а) метод экспертных оценок
- б) соответствие модели конечных результатов деятельности
- в) оценка выполнения профилактических и лечебных мероприятий
- г) анализ и оценка демографических показателей

Какие из перечисленных видов медицинских осмотров для рабочих, состоящих под диспансерном наблюдением, необходимы

- а) предварительные (при поступлении на работу)
- б) периодические (в период работы)
- в) целевые (на выявление заболеваний определенной нозологии)
- г) после снятия с соответствующей группы инвалидности

Медицинская деонтология - это

- а) самостоятельная наука о долге медицинских работников
- б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики
- в) не знаю

Укажите, какая из перечисленных ниже характеристик медицинской этики

правильная

- а) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
- б) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников

- в) это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
- г) верно все вышеперечисленное
- д) верно

Соблюдение врачебной тайны необходимо

- а) для защиты внутреннего мира человека, его автономии
- б) для охраны от манипуляций со стороны внешних сил
- в) для защиты социальных и экономических интересов личности
- г) для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент"
- д) для поддержания престижа медицинской профессии
- е) все перечисленное верно

Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц)

является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства

- а) всегда
- б) в особых случаях
- в) не всегда

Предметом изучения медицинской статистики являются

- а) здоровье населения
- б) выявление и установление зависимости между уровнем здоровья и факторами окружающей среды
- в) данные о сети, деятельности, кадрах учреждений здравоохранения
- г) достоверность результатов клинических и экспериментальных исследований
- д) все перечисленные выше положения
- е) верно а) и б)

Статистическими измерителями общественного здоровья населения

являются все перечисленные, кроме

- а) демографических показателей
- б) заболеваемости
- в) инвалидности
- г) физического развития
- д) комплексной оценки здоровья населения
- е) трудовой активности

Общий показатель смертности населения исчисляется по формуле

- а) $(\text{число умерших за 1 год} \times 1000) / (\text{средняя численность населения})$
- б) $(\text{число умерших за 1 год} \times 1000) / (\text{численность населения})$

К показателям, определяющим эффективность диспансеризации, относятся

- а) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН)
- б) показатель систематичности наблюдения
- в) показатель частоты рецидивов
- г) полнота охвата ДН
- д) заболеваемость с временной утратой нетрудоспособности у состоящих на ДН

Организация работы поликлиники характеризуется следующими данными

- а) структура посещений по специальности
- б) динамика посещений, распределение посещений по виду обращений, по месяцам, дням недели, часам дня
- в) объем помощи на дому, структура посещений на дому, активность врачей по помощи на дому
- г) соотношение первичных и повторных посещений на дому
- д) всеми вышеперечисленными положениями

Организация работы стационара включает в себя следующие показатели

- а) среднее число дней работы койки
- б) среднее число занятых и свободных коек
- в) оборот койки
- г) средние сроки пребывания больного в стационаре
- д) все вышеназванные показатели

Интенсивный показатель досуточной летальности определяется как

- а) отношение числа умерших в первые сутки к общему числу умерших в больнице
- б) отношение числа умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар
- в) отношение числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки

Для оценки качества деятельности врача-терапевта-участкового (цехового)

экспертно оцениваются

- а) каждый случай смерти на дому
- б) каждый случай первичного выхода на инвалидность
- в) каждый случай расхождения диагнозов поликлиники и стационара
- г) каждый случай выявления больных с запущенными формами злокачественного новообразования, туберкулеза
- д) все вышеперечисленные положения

Международная классификация болезней - это

- а) перечень наименований болезней в определенном порядке
- б) перечень диагнозов в определенном порядке
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу
- г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния

- включены в соответствии с определенными установленными критериями
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода

подверглись следующие контингенты

- а) все ликвидаторы аварии
- б) ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии
- в) ликвидаторы 1987-1990 гг.
- г) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г.

Клиническим симптомом,

наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является

- а) тошнота и рвота
- б) лейкопения
- в) эритема кожи
- г) выпадение волос
- д) жидкий стул

Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет

- а) 0.5 Гр
- б) 1 Гр
- в) 2 Гр
- г) 3 Гр
- д) 4 Гр

Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови

при острой лучевой болезни является

уменьшение содержания следующих элементов

- а) эритроцитов
- б) лейкоцитов
- в) нейтрофилов
- г) лимфоцитов
- д) тромбоцитов

Минимальная доза излучения,

вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет

- а) 1.5 Гр
- б) 1 Гр
- в) 0.5 Гр
- г) 0.1 Гр
- д) любая

Назначение медикаментозных препаратов,

ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано

- а) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ки/км^2
- б) лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности
- в) детям, проживающим на загрязненных территориях
- г) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях

Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают

- а) сердечно-сосудистые заболевания
- б) онкологические заболевания
- в) травмы и отравления

Первое место среди причин смерти у населения,

проживающего на загрязненной территории, занимают

- а) сердечно-сосудистые заболевания
- б) онкологические заболевания
- в) травмы и отравления

Нижеперечисленные злокачественные новообразования,

наиболее вероятны для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС

- а) рак желудка
- б) рак легкого
- в) лейкозы
- г) рак щитовидной железы
- д) рак молочной железы

Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано

- а) при дозах облучения менее 3 Гр
- б) больным, у которых не было первичной реакции
- в) больным с легкой степенью болезни
- г) больным, получившим летальные дозы облучения

3.1.4. Ситуационные задачи

Задача № 1.

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации

незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10/л, Нв – 100 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Алгоритмы Ваших действий.
2. Принципы консервативной терапии.
3. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
4. Ваши рекомендации при выписке.

Задача № 2.

У женщины 35 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно возникли сильные боли в правой руке. Осмотрена через час дома. Объективно: Правая рука бледная в области кисти и предплечья, холодная на ощупь. Пальпация этих отделов руки резко болезненная, мышцы умеренно напряжены. Активные движения в пальцах правой руки снижены в объеме, пассивные движения в полном объеме. Тактильная и болевая чувствительность резко снижена. Пульсация магистральных артерий правой руки определяется только на уровне подмышечной артерии, дистальнее она отсутствует.

ВОПРОСЫ:

1. Этиология и патогенез развития данного заболевания. Ваш диагноз. Клиническая классификация этого заболевания. План обследования пациентки. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
2. Какова должна быть лечебная тактика, в зависимости от стадии заболевания?
3. Объем медицинской помощи. Возможные осложнения в послеоперационном периоде. Меры профилактики повторения этого заболевания.

Задача №3.

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, была трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации он мягкий, имеется разлитая болезненность с преимущественной локализацией в его нижних отделах. Перкуторно определяется тимпанит по ходу толстой кишки, перистальтика выслушивается ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы - в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала - обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – 16,2 x 10/л, Эр – 3,4 x 10/л, СОЭ - 24 мм/ч.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий. Принципы консервативной терапии.
5. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.

Задача № 4.

Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение наступило после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита. Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование, 10 x 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. В анализе крови: Лейкоциты - $14,1 \times 10^9/\text{л}$,

ВОПРОСЫ: О каком заболевании может идти речь? Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза? Какая лечебно-диагностическая программа? Показания к оперативному лечению. Виды операций.

Задача № 5.

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области. При осмотре - состояние больного тяжелое, кожные покровы - бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД - 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положительн справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью со сгустками. В общем анализе крови - анемия, количество эритроцитов - до $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$.

ВОПРОСЫ:

1. Проведите топическую диагностику источника макрогематурии.
2. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?
3. Классификация данного вида травмы.
4. Какой метод лечения принципиально показан при данном виде травмы?
5. Каков характер оперативного вмешательства в зависимости от степени и характера травмы?

Задача №6.

Больной П., 48 лет. Жалуется на сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку, после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры $39,5^{\circ}\text{C}$, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура $37,2^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Общий анализ крови: Эритроциты $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, НЬ - 112 г/л, СОЭ - 45 мм/ч. Лейкоциты $11,4 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы - 1%, п/я - 10%, с/я - 61%, лимфоциты - 23%, моноциты - 5%. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется

ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Объем дообследования больного?
3. Тактика лечения больного?

Задача № 7.

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травм. пункта установил наличие перелома VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°C, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

ВОПРОСЫ:

1. Какое осложнение перелома ребер имеет место.
2. Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.
3. Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.
4. Назовите классификацию травм груди.

Задача № 8.

Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало. Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану подлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

ВОПРОСЫ:

1. Какой вариант патологии имеется у больного?
2. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
3. Современные методы хирургического лечения.
4. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

Задача № 9.

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в этой области.

Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли.

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20x25x18 см, мягко-эластической консистенции, неправимого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

ВОПРОСЫ:

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Причины появления данного заболевания.
4. Показания к оперативному лечению.
5. Особенности предоперационной подготовки при данном заболевании.
6. Современные методы хирургического лечения.
7. Ведение послеоперационного периода.

Задача № 10.

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5⁰С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2x3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флюктуация.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Причины появления трофических язв на нижних конечностях.
5. Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.

Задача № 11.

Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастральной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее

состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритро. $2,8 \times 10^{12}$, Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
3. Тактика ведения больного?
4. Определите рациональный объем оперативного пособия.
5. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме? Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной?

Задача № 12.

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузловой цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс - 90 в мин. АД - 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общий анализ крови: эритро. - $2,7 \times 10^{12}$, Hb - 88 г/л, Ht - 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. - 38 мкмоль/л, прямой - 12,2 мкмоль/л, не прямой - 25,8 мкмоль/л, общий - белок - 62 г/л (альбумин - 55%, глобулины - 45%).

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузловой цирроза печени.
3. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
4. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
5. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
6. Возможные методы оперативного пособия.

Задача № 13.

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс - 90 в мин. АД - 100/60 мм рт ст. Язык - сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц. - $5,5 \times 10^{12}$, Нб - 180 г/л, лейкоц. - $9,3 \times 10^9$. Электролиты крови: натрий - 146 ммоль/л, калий - 2,8 ммоль/л, бикарбонаты - 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натощак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
2. Тактика ведения больного?
3. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.
4. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
5. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?

Задача № 14.

Б-ой 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенсивности, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ($14 \times 10^9/\text{л}$).

ВОПРОСЫ:

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?
4. Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?
5. Назовите способы аппендэктомии.
6. Перечислите осложнения острого аппендицита

Задача № 15.

Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, профили тонкой кишки содержат газ.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

Задача № 16.

Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 мес. За это время нарастают упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Сейчас нормальная. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.

ВОПРОСЫ:

1. О каком заболевании следует думать?

2. Какой план обследования вы наметите?
3. Что могут показать дополнительные исследования, если ваш диагноз подтвердится?
4. Современные методы лечения данной патологии?

Задача № 17.

Больной А. 76 лет, поступил в клинику через 4 суток с момента заболевания с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в правой паховой области, которое самостоятельно не исчезало. Образование болезненное. Из анамнеза установлено, что пациент является грыженосителем в течение 20 лет. Все это время грыжевое выпячивание как появлялось, так самостоятельно и исчезало. Однако 4 дня назад грыжевое выпячивание появилось и не исчезло до настоящего времени. Объективно: Состояние больного средней тяжести. Пульс 92 удара в 1 минуту, ритмичный. АД - 150 и 90 мм.рт.ст. Температура тела 38°C. Язык суховат. При осмотре над паховой связкой справа имеется болезненное грыжевое выпячивание, которое самостоятельно не вправляется в брюшную полость. Кожа над грыжевым выпячиванием гиперемирована и отечна. Живот мягкий и безболезненный. Перистальтика прослушивается. Газы отходят.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Хирургическая тактика.
3. Очередность выполнения этапов операции.

Задача № 18.

Больной И. 45 лет доставлен в клинику через 30 мин после травмы с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. Обстоятельства травмы: при переходе проезжей части дороги был сбит автомашиной. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 116 в минуту, ритмичный. АД - 100 и 60 мм.рт.ст. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание с правой половины грудной клетки не проводится. На рентгенограммах - перелом 5-7 ребер справа, смещение средостения влево, коллапс правого легкого. При пункции плевральной полости справа во 2-ом межреберье получено до 1800 мл воздуха. Временное улучшение нарушенного дыхания продолжалось 15 минут.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести больному, уточняющие правильность выполненных мероприятий.
3. Тактика хирурга.

Задача № 19.

Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2 часа назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре отмечена бледность кожных покровов, Температура нормальная. Пульс - 100 в минуту. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области - небольшое напряжение мышц. Анализ мочи: без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови - $10,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл, эритроцитов - $3,1 \cdot 10^6$ в 1 мкл. Гемоглобин - 100 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?

2. Тактика лечения?
3. План обследования.
4. Методы хирургического лечения?

Задача № 20.

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6°C, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови - $16,0 \times 10^3$ в 1 мкл.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Перечень контрольных вопросов для зачета

1. Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной хирургической помощи в условиях города
2. Организация экспертизы трудоспособности в подразделениях хирургической службы
3. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении пациентов
4. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении коллег
5. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении среднего и младшего медицинского персонала
6. Принцип наставничества в хирургии
7. Организация действий медперсонала хирургического стационара при пожаре.
8. Организация действий медперсонала хирургического стационара при угрозе заражения особо опасной инфекцией
9. Патогенез острой кишечной непроходимости
10. Патогенез острой кровопотери
11. Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи
12. Оперативная хирургия головы и шеи
13. Клиническая и топографическая анатомия груди
14. Оперативная хирургия груди
15. Клиническая и топографическая анатомия живота
16. Оперативная хирургия живота
17. Клиническая и топографическая анатомия таза и промежности
18. Оперативная хирургия таза и промежности
19. Клиническая и топографическая анатомия конечностей
20. Оперативная хирургия конечностей
21. Лучевые методы диагностики заболеваний и повреждений органов груди
22. Лучевые методы диагностики заболеваний и повреждений органов живота, брюшного пространства и таза.
23. Инструментальные методы диагностики заболеваний и повреждений органов живота, брюшного пространства и таза.
24. Приемы и методы поддержания и восстановления жизненных функций организма

25. Интенсивная терапия при шоке
26. Механизм лечебного действия, показания и противопоказания к переливанию различных трансфузионных сред
27. ДВС-синдром. Фазы, патогенез, клиника, принципы лечения.
28. Доброкачественные опухоли молочной железы, клиника, диагностика, методы лечения.
29. Нагноительные заболевания легких и плевры
30. Спонтанный пневмоторакс
31. Злокачественные опухоли пищевода и кардии
32. Дивертикулы пищевода
33. Открытые и закрытые повреждения грудной клетки
34. Гемоторакс. Виды пневмотораксов
35. Язвенная болезнь желудка и ДПК
36. Полипы желудка
37. Рак желудка
38. Дивертикулы двенадцатиперстной и тонкой кишок
39. Опухоли тонкой кишки
40. Опухоли и кисты брыжейки
41. Острая кишечная непроходимость
42. Спаечная болезнь брюшной полости
43. Острый и хронический аппендицит
44. Опухоли и кисты брыжейки ободочной кишки
45. Наружные кишечные свищи
46. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
47. Функциональное состояние печени при хирургической патологии
48. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени
49. Непаразитарные кисты печени
50. Паразитарные заболевания, абсцессы печени
51. Циррозы печени и портальная гипертензия
52. Механическая желтуха
53. Острый холецистит
54. Хронический калькулезный холецистит
55. Рак желчного пузыря и желчных протоков
56. Рак БДС
57. Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков
58. Заболевания поджелудочной железы
59. Острый панкреатит
60. Хронический панкреатит
61. Опухоли поджелудочной железы
62. Кисты поджелудочной железы
63. Общее учение о грыжах
64. Паховые грыжи. Бедренные грыжи
65. Пупочная грыжа. Послеоперационные грыжи
66. Диафрагмальные грыжи. Редкие виды грыж
67. Общие сведения о травме живота. Сочетанная травма
68. Травма полых и паренхиматозных органов живота
69. Диффузный и узловой зоб
70. Рак щитовидной железы
71. Хирургическое лечение гиперпаратиреоза, инсулиномы и ульцерогенной аденомы
72. Опухоли мозгового и коркового слоя надпочечников
73. Флебит, тромбофлебит вен нижних конечностей
74. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.

75. Острые нарушения мезентериального кровообращения
76. ТЭЛА
77. Острый пиелонефрит, почечная колика
78. Острая задержка мочи. Повреждения почек и мочевых путей
79. Внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут и разрыв кисты яичника, острый аднексит, пельвиоперитонит
80. Современное представление о возникновении злокачественного опухолевого роста. Основные принципы диагностики онкологических заболеваний
81. Основные принципы лечения онкологических заболеваний
82. Черепно-мозговая и спинальная травма
83. Переломы костей таза. Множественные и сочетанные повреждения костей таза
84. Травма конечностей. Заболевания опорно-двигательного аппарата
85. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса
86. Характеристика основных видов возбудителей раневой инфекции
87. Общие принципы лечения гнойных ран и гнойных заболеваний
88. Фурункул, карбункул, рожистое воспаление, флегмона, абсцесс
89. Флегмоны таза
90. Панариций. Флегмона кисти
91. Острый остеомиелит
92. Хронический остеомиелит
93. Острый лактационный мастит
94. Терминология и классификация, этиология и патогенез. Клиническая картина, осложнения сепсиса
95. Септический шок. Принципы лечения
96. Клостридиальная инфекция, столбняк. Бешенство, актиномикоз
97. Анаэробная неклостридиальная инфекция
98. Особенности течения хирургической инфекции при сахарном диабете. Диабетическая стопа
99. Перитонит и остаточные гнойники брюшной полости
100. Антибиотики в хирургии
101. Антибактериальные средства других классов. Принципы сочетанной антибактериальной терапии
102. Острый парапроктит, свищи прямой кишки, эпителиальный копчиковый ход
103. Геморрой
104. Рак прямой кишки
105. Рак ободочной кишки
106. Осложнения и хирургическое лечение дивертикулеза толстой кишки

3.2.2. Тестовые задания

Назовите критерии тяжести течения и прогноза при остром панкреатите при поступлении (по Ronson'у)

- А. Возраст больного старше 55 лет.
- Б. Лейкоцитоз более $16 \times 10^9/\text{л}$.
- В. Гипергликемия выше 11 ммоль/л.
- Г. Активность ЛДГ_{общ} более 3,5 мкмоль/л и увеличение АсАТ более 0,6 мкмоль/л.
- Д. Все указанное.

Ранними осложнениями острого панкреатита являются

- А. Шоковое легкое .

- Б. Острая почечная недостаточность.
- В. Гиперкалиемия.
- Г. Гипокальциемия.
- Д. Все перечисленное.

Назовите критерии тяжести течения и прогноза при остром панкреатите при поступлении (по Ronson'у)

- А. Возраст больного старше 55 лет.
- Б. Лейкоцитоз более 16×10^9 /л.
- В. Гипергликемия выше 11 ммоль/л.
- Г. Активность ЛДГ_{общ} более 3,5 мкмоль/л и увеличение АсАТ более 0,6 мкмоль/л.
- Д. Все указанное.

Какие факторы риска наиболее вероятны при карциноме поджелудочной железы

- А. Злоупотребление алкоголем.
- Б. Курение.
- В. Сахарный диабет.
- Г. Ишемическая болезнь сердца.

При каком виде кишечной непроходимости быстро развивается некроз кишки?

- А. Обтурация просвета подвздошной кишки опухолью
- Б. Заворот кишки
- В. Обтурация просвета кишки желчным камнем
- Г. Узлообразование
- Д. Ущемление кишки в грыжевых воротах

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

Какие патофизиологические нарушения возникают при острой кишечной непроходимости

- 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

Тяжесть состояния больного при узлообразовании обусловлена

- А. Интоксикацией
- Б. Потерями жидкости и электролитов

- В. Выключением из циркуляции значительных объемов плазмы
- Г. Выключением из циркуляции значительных объемов красной крови
- Д. Всем перечисленным

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. Четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
- В. Наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
- Г. "Пустая" илеоцекальная область
- Д. Дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку

Какие признаки нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости

- А. Потеря тонуса кишки и отсутствие перистальтики
- Б. Цианоз кишки
- В. Тусклость брюшинного покрова
- Г. Отсутствие пульсации сосудов брыжейки
- Д. Все перечисленное

Убедительные данные, отвергающие странгуляционную тонкокишечную непроходимость включают:

- А. Отсутствие лихорадки и лейкоцитоза
- Б. Нормальная картина при обзорной рентгенографии брюшной полости
- В. Отсутствие признаков перитонита
- Г. Все из вышеперечисленного
- Д. Ничего из вышеперечисленного

Больная 40 лет поступила через 5 часов от начала заболевания с жалобами на очень сильные боли в правой половине живота, рвоту, частый скудный стул с примесью крови. Страдает ревматизмом, недостаточностью митрального клапана.

Состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледные. Губы синюшные. Пульс 104 уд. в мин., аритмичный (мерцательная аритмия). Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в правой половине. Справа от пупка пальпируется нечетко колбасовидное образование. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо выражен. В клиническом анализе крови: Эр. $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $9,6 \times 10^9/л$, п/я 7, с/я 63, э-1, лимф 20, м 9, СОЭ 10 мм/ч.

Варианты диагноза:

- А. Кишечное кровотечение.
- Б. Кишечная непроходимость.
- В. Тромбоз мезентериальных сосудов.

- Г. Острый аппендицит.
- Д. Инвагинация.

С чего следует начинать комплекс лечебных мероприятий при высокой тонкокишечной непроходимости

- А. С хирургического вмешательства
- Б. С инфузионной терапии
- В. С введения назогастрального зонда
- Г. С антибиотикотерапии
- Д. С применения препаратов антихолинэстеразного действия

Какие из перечисленных опухолей тонкой кишки потенциально злокачественны?

- А. Аденоматозные полипы.
- Б. Гамартомные полипы
- В. Ювенильные (ретенционные) полипы
- Г. Лейомиомы.
- Д. Фибромы.

Выберите наиболее часто встречающуюся злокачественную опухоль тонкой кишки:

- А. Аденома.
- Б. Аденокарцинома.
- В. Карциноидная опухоль.
- Г. Лимфома.
- Д. Лейомиома.

Желудочно-кишечные свищи возникают в результате:

- А. Послеоперационных осложнений
- Б. Проникающей травмы брюшной полости
- В. Врожденной аномалии.
- Г. Воспаления
- Д. Злокачественных новообразований.

После операции по поводу язвы антрального отдела желудка у пациента сформировался наружный кишечный свищ, по которому отделяется 300мл кишечного содержимого.

Дальнейшая тактика включает?

- А. Контрастную рентгенографию кишечника.
- Б. Срочное хирургическое закрытие свищи.
- В. Защиту кожи.
- Г. Питание с повышенным содержанием жидкости и питательных веществ.
- Д. Наложение питательной энтеростомы.

Расположите этиологические факторы происхождения кишечных свищей в убывающей по частоте последовательности:

- А. Искусственные
- Б. Травматические
- В. Врожденные
- Г. Послеоперационные

Какое заболевание чаще осложняется кишечными свищами:

- А. Болезнь Крона
- Б. Язвенный колит
- В. Оба
- Г. Ни одно
- Д. Дизентерия

В настоящее время основным методом профилактики и лечения кожных изменений свища является: вокруг

- А. Механический
- Б. Физический
- В. Биохимический
- Г. Открытый
- Д. Все методы одинаково эффективны

Противопоказанием к внебрюшинному закрытию кишечного свища является:

- А. Сужение отводящей кишечной петли
- Б. Выраженная мацерация кожи вокруг свища
- В. Большая величина свищевого отверстия
- Г. Ничто из перечисленного
- Д. Все перечисленное

Выбор срока и метода оперативного лечения кишечных свищей определяется:

- А. Локализацией свищевого отверстия
- Б. Видом и размерами свища
- В. Состоянием кожных покровов вокруг свищевого хода
- Г. Общим состоянием больного
- Д. Подход строго индивидуален с учетом всех перечисленных факторов

Методом выбора при лечении каналовидных свищей является:

- А. Полное двустороннее выключение кишечного свища

- Б. Консервативное лечение
- В. Циркулярная резекция кишки вместе со свищем
- Г. Пристеночная резекция кишки вместе со свищем
- Д. Правильного ответа нет

Малигнизированные аденоматозные полипы и малигнизированные ворсинчатые опухоли классифицируются как

- А. 2 стадия А.
- Б. 3 стадия А.
- В. По стадиям в зависимости от глубины инвазии.
- Г. по стадиям в зависимости от величины опухоли.
- Д. Все неверно

Регионарными лимфатическими узлами для ободочной кишки являются

- А. Периколярные.
- Б. Расположенные вдоль подвздошной, правой толстокишечной, левой толстокишечной, нижней мезентериальной артерий.
- В. Парааортальные.
- Г. Забрюшинные
- Д. Другие внутрибрюшные лимфатические узлы, расположенные ниже диафрагмы.

Частота заболевания раком увеличивается при:

- А. Болезни Крона
- Б. Язвенном колите
- В. Оба ответа верны
- Г. Ни один ответ не верен

Используется лечение кортикостероидами при:

- А. Болезни Крона
- Б. Язвенном колите
- В. А и Б
- Г. Ни один ответ не верен

Мужчина 55 лет жалуется на выделение крови из прямой кишки: потерю веса: слизь в стуле.

При ирригоскопии - стенозирующее образование ректосигмоидного отдела. Диагноз:

- А. Аденома
- Б. Дивертикулит
- В. Рак сигмовидной кишки
- Г. Язвенная стриктура
- Д. Грануломатозный колит

У больного 60 лет диагностирован рак средней трети сигмовидной кишки. Явлений кишечной непроходимости нет. Во время операции, выполняемой в плановом порядке, обнаружены увеличенные плотные лимфоузлы лишь возле ствола нижней брыжеечной артерии. Онкологически оправданным объемом радикальной операции будет

- А. Резекция сигмовидной кишки с регионарной лимфаденэктомией
- Б. Внутривентральная резекция сигмо-ректального отдела
- В. Левосторонняя гемиколэктомия
- Г. Левосторонняя полная гемиколэктомия
- Д. Субтотальная колэктомия

У больной 65 лет, до этого считавшей себя здоровой, в течение двух суток нарастают схваткообразные боли в животе, дважды была рвота застойным желудочным содержимым. На обзорной рентгенограмме живота - множественные «чаши» Клойбера. При экстренной лапаротомии обнаружены раздутые и заполненные жидкостью петли тонкой кишки и выявлена опухоль, обтурирующая просвет восходящей ободочной кишки вблизи печеночного изгиба без отдаленных метастазов. Наиболее адекватным объемом оперативного вмешательства будет

- А. Цекостомия.
- Б. Илеотрансверзоанастомоз с энтеро-энтероанастомозом.
- В. Илеотрансверзоанастомоз, дополненный цекостомой.
- Г. Правосторонняя гемиколэктомия.
- Д. Правосторонняя гемиколэктомия с назоинтестинальным дренированием зондом Эббота-Мюллера.

Больная 65 лет поступила через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в животе ноющего характера, периодически схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула, газов. Последние 6 месяцев страдает запорами. Похудела на 9 кг.

Оперирована с диагнозом: Обтурационная кишечная непроходимость.

Во время операции обнаружена стенозирующая опухоль средней трети удлиненной сигмовидной кишки. Ободочная кишка выше препятствия резко раздута, содержит жидкость.

Каков объем оперативного вмешательства:

- А. Резекция сигмовидной кишки с внутривентральным анастомозом.
- Б. Операция Гартмана.
- В. Наложение двухствольного ануса выше препятствия.
- Г. Формирование цекостомы.

Во время лапаротомии у больного обнаружили рак ободочной кишки, не приводящий к обтурации ее просвета и не вызывающий кишечную непроходимость. Оптимальный вариант операции?

- А. Биопсия опухли и ушивание брюшной полости.
- Б. Ушивание брюшной полости.
- В. Резекция ободочной кишки.
- Г. Наложение колостомы
- Д. Операция типа Гартмана.

При каком из следующих заболеваний существует высокий риск возникновения рака толстой кишки?

- А. ободочной кишки.
- Б. Свищ прямой кишки.
- В. Хронический язвенный колит.
- Г. Хронический дивертикулит.
- Д. Синдром Пейтца.

Женщина 26 лет поступает с жалобами на жидкий стул с кровью в течение 6 месяцев, снижение массы тела и спастические боли в животе. Первым шагом в установлении диагноза будет?

- А. Эндоскопия верхних отделов ЖКТ.
- Б. Биопсия слизистой тонкой кишки.
- В. Ангиография мезентериальных артерий.
- Г. Ирригоскопия
- Д. Компьютерная томография.

Выберите наиболее подходящий метод лечения больного с первым приступом неосложненного острого дивертикулита ободочной кишки.

- А. Наложение трансверзостомы.
- Б. Первичная резекция ободочной кишки.
- В. Парентеральное введение антибиотиков
- Г. Резекция ободочной кишки по Микуличу.
- Д. Назначение лечебных клизм

При наложении колостомы по экстренным показаниям ее открывают?

- А. Во время операции сразу после выведения на брюшную стенку.
- Б. После наложения кожных швов на лапаротомную рану
- В. В первые сутки после операции
- Г. Через 24 часа
- Д. Через 48 часов.

При выполнении плановой экстирпации прямой кишки выведенный на брюшную стенку противоестественный задний проход открывают:

- А. во время операции
- Б. на следующие сутки после операции
- В. через 48 часов после операции
- Г. не ранее 3-их суток после операции
- Д. все ответы неверны.

Диагноз: рак сигмовидной кишки? Оптимальный вариант подготовки к операции:

- А. Колостомия проксимальнее опухоли
- Б. Механическая очистка

- В. Системная АБ терапия
- Г. Механическая очистка и перорально невсасывающиеся АБ
- Д. АБ перорально и системно

Повышение в крови уровня карциноэмбрионического антигена:

- А. Рак толстой кишки
- Б. Рак поджелудочной железы
- В. Оба
- Г. Ни один

Повышение содержания в крови альфа-фетопротеина:

- А. Рак толстой кишки
- Б. Рак поджелудочной железы
- В. Оба
- Г. Ни один

Повышение содержания в крови карциноэмбрионального антигена соответствует (пропорционально) распространенности заболевания:

- А. Рак толстой кишки
- Б. Рак поджелудочной железы
- В. Оба
- Г. Ни один

Какое из ниже перечисленных заболеваний толстой кишки наиболее часто заканчивается малигнизацией?

- А. Ворсинчатая аденома
- Б. Гамартома (пролонобластома)
- В. Аденоматозный полип
- Г. Болезнь Крона
- Д. Ювенильные полипы

Наиболее типичное серьезное осложнение одностольной колостомы

- А. Кровотечение.
- Б. Разрывы кожи.
- В. Грыжи брюшной стенки в области стомы.
- Г. Перфорация толстой кишки во время ее механической очистки.
- Д. Пропалс кишки.

Выберите неверное утверждение о мальротации кишечника:

- А. наиболее частое осложнение - заворот кишечника и обструкция 12п.к.
- Б. Этот диагноз, устанавливаемый методом исключения всех других причин непроходимости.
- В. Типичный симптом- рвота с примесью желчи.
- Г. На рентгенограмме брюшной полости часто выявляют "двойной газовой пузырь".

Д. Типичный симптом - "каловая рвота".

20-летняя женщина жалуется на боль внизу живота, больше справа, тошноту, слабость, головокружение, возникшие после физической нагрузки за 6 часов до обращения. Объективно: умеренная болезненность внизу живота, симптомы раздражения брюшины сомнительны, АД 95/65, пульс - 100 уд. в мин. Тактика ведения больной?

- А. Направить на амбулаторное лечение к хирургу.
- Б. Госпитализировать в хирургическое отделение для наблюдения.
- В. Направить на консультацию к гинекологу.
- Г. Госпитализация и диагностическая лапароскопия.
- Д. Направить на лечение у терапевта.

Мужчина 65 лет с подтвержденным диагнозом дивертикулеза кишечника поступает в отделение с лихорадкой и интенсивной разлитой болью в животе. Живот болезнен во всех отделах, брюшная стенка напряжена, отсутствует перистальтика. С чем связан патогенез этого заболевания?

- А. Перфорация полого органа.
- Б. Непроходимость кишечника.
- В. Кровотечение в брюшную полость
- Г. Ишемия кишечника
- Д. Воспаление кишки.

Мужчина 31 года поступает в стационар с внезапно возникшей болью в эпигастрии. На рентгенограмме свободный газ в брюшной полости. Выберите тактику ведения больного.

- А. Эндоскопия верхних отделов ЖКТ.
- Б. Рентгеноконтрастное исследование.
- В. Динамическое наблюдение.
- Г. Пневмогастрография.
- Д. Лапаротомия.

Женщина 45 лет, в прошлом перенесшая экстирпацию матки, поступает с болями в животе и рвотой. При обзорной рентгенографии выявлены признаки тонкокишечной непроходимости. Наиболее вероятная причина обструкции.

- А. Карцинома толстой кишки.
- Б. Рак тонкой кишки.
- В. Спаечная болезнь.
- Г. Ущемленная паховая грыжа.
- Д. Дивертикулит.

Причины вызывающие кишечную непроходимость?

- А. Врожденная патология.
- Б. Воспалительные заболевания.
- В. Внекишечные факторы.

- Г. Радиационные поражения
- Д. Глистная инвазия.

Больной 66 лет поступил через 4 часа от начала заболевания с жалобами на боли по всему животу, больше выраженные в правом подреберье, вздутие живота, отрыжку воздухом. Тошноты, рвоты не было. В анамнезе хронический холецистит, гастрит, перидуоденит. Тогда же обнаружен пульсионный дивертикул 12-перстной кишки.

Состояние удовлетворительное. Живот слегка вздут, напряжен, болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и желчный пузырь не пальпируются. В клиническом анализе крови лейкоцитов 13700, п/я 11, с/я 68, лимф. 14, мон. 7%. На следующий день появилась желтушность кожи, склер. При рентгенологическом исследовании в нисходящем отделе 12-перстной кишки по внутреннему контуру определяется выпячивание размерами 2х2 см с замедленной эвакуацией, резко болезненное. ФГДС - без патологии. При в/в холангиографии контрастирование желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков не получено. При УЗИ брюшной полости: признаки хронического холецистита. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Рецидивирующий холецистит.
- Б. Дивертикул 12-перстной кишки, дивертикулит.
- В. Гастродуоденит, обострение.
- Г. Подпеченочный абсцесс.
- Д. Холедохолитиаз.

Больная 60 лет поступила через 10 часов от начала заболевания с жалобами на сильные боли в верхней половине живота, больше справа, тошноту, рвоту, задержку стула и газов.

Состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледноваты, сухие. Пульс 100 уд. В мин., ритмичный. АД 140/60 мм рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины неотчетливы. Перистальтика кишечника вялая. Желчный пузырь не пальпируется. При ректальном исследовании ампула не расширена, пустая. При обзорной рентгенографии брюшной полости единичные мелкие горизонтальные уровни, газ в толстой кишке.

Наиболее вероятный диагноз:

- А. Острый панкреатит.
- Б. Тромбоз мезентериальных сосудов.
- В. Острый холецистит.
- Г. Острая кишечная непроходимость.
- Д. Инвагинация.

Мужчина 26 лет поступил через 3-е суток от начала заболевания с жалобами на общую слабость, головокружение, полуоформленный стул черного цвета. 2 дня назад была однократная рвота типа «кофейной гущи». Страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки 10 лет. 2 недели назад очередное обострение.

Состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледноваты. Пульс 108 уд. в мин., ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. При срочной ФГДС обнаружена хроническая язва на передней стенке 12-перстной кишки диаметром 0,8 см. Дно язвы закрывает тромб.

Кровотечение остановилось. В клиническом анализе крови: гемоглобин 89 г/л, гематокрит 32%, эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$.

Выбрать наиболее рациональную инфузионную терапию для предоперационной подготовки:

- А. Эритроцитарная масса, консервированная кровь.
- Б. Полиглюкин, желатиноль.
- В. Реополиглюкин.
- Г. Полиионные растворы.
- Д. Противозвевная терапия.

Мужчина 62 лет поступил по экстренным показаниям с жалобами на боли в эпигастральной области, опоясывающего характера, тошноту, горечь во рту. Болен 5 дней.

Состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычного цвета. Склеры субиктеричны. Пульс 84 уд. в мин. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот слегка вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Ан. крови: Э $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейкоциты $9,6 \times 10^9/л$, Б 0, Э 1, п/я 6, с/я 56, лимф. 28, м 9, СОЭ 12 мм/час.

Диагноз: Острый панкреатит с легкой степенью интоксикации.

Укажите рациональный вариант антибактериальной терапии.

- А. Антибиотики.
- Б. Метронидазол.
- В. Сульфаниламиды.
- Г. Антибактериальная терапия не требуется.

Лечение ущемленной врожденной паховой грыжи включает:

- А. Срочное оперативное вмешательство.
- Б. Неинвазивное вправление грыжи с дальнейшим исследованием водно-солевого обмена больного.
- В. Динамическое наблюдение после вправления грыжи до достижения оптимального для проведения операции возраста ребенком.
- Г. Наблюдение в динамике после вправления до зарастания влагалищного отростка брюшины.
- Д. Хирургическая операция на тонкой кишке как у мальчиков так и у девочек.

25-летний больной поступает через 20 минут после автоаварии с жалобами на боль в животе, слабость, тошноту, головокружение. Кожные покровы бледные, пульс - 130 уд. в мин., АД - 60/20 мм.рт.ст. В левом подреберье - подкожная гематома. Признаки черепно-мозговой травмы отсутствуют. Дыхание выслушивается с обеих сторон. Неотложные мероприятия:

- А. Диагностическая лапароскопия.
- Б. Немедленно выполнить лапаротомию.
- В. Консультация терапевта.
- Г. Рентгенография органов брюшной полости.
- Д. Начать инфузионную терапию.

Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые распространились на правую половину живота и правую подвздошную область, была однократная рвота. Объективно: Живот в акте дыхания не участвует, резко болезненный, напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу, перистальтика вялая. Какое исследование следует выполнить в первую очередь для уточнения диагноза?

- А. обзорная рентгенография брюшной полости
- Б. ФГДС
- В. Узи брюшной полости
- Г. Пассаж бария
- Д. Ирригоскопия

Кровавый понос может наблюдаться в любом из перечисленных случаев, кроме:

- А. Язвенный колит
- Б. Терминальный илеит
- В. Дизентерия
- Г. Острая порфирия
- Д. Правильного ответа нет

Больной 36 лет поступил с жалобами на резкие боли в эпигастрии и левом подреберье, иррадирующие в спину и поясничную область слева. Накануне вечером употребил алкоголь. Была однократная рвота съеденной пищей и желчью. В течение последних 3 лет подобные боли отмечал неоднократно. При осмотре состояние средней тяжести, ЧД- 24 в мин, пульс 114 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье. симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.

О каком заболевании надо думать в первую очередь?

- А. Острый гастрит
- Б. Язвенная болезнь
- В. Перфоративная язва
- Г. Острый панкреатит
- Д. Острый холецистит

Назовите три наиболее частые причины острого живота в убывающем порядке

- А. Острый аппендицит - острая кишечная непроходимость - перфорация полого органа
- Б. Острый аппендицит - желудочно-кишечное кровотечение - острая кишечная непроходимость
- В. Перфорация полого органа - острый аппендицит - острая кишечная непроходимость
- Г. Желудочно-кишечное кровотечение - острый аппендицит - острая кишечная непроходимость

Какова лечебная тактика при наличии у больного острого деструктивного панкреатита и появлении признаков разлитого перитонита?

- А. Экстренная лапароскопия
- Б. Экстренная лапаротомия

- В. Интенсивная детоксикационная, антибактериальная и противошоковая терапия
- Г. Срочное оперативное лечение после кратковременной (в течение 2-4 часов) предоперационной подготовки.
- Д. Интенсивная детоксикационная и антибактериальная терапия, при ее неэффективности - оперативное лечение.

Вводное задание. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

Варианты ответов:

- А. Заворот сигмовидной кишки
- Б. Подпеченочный абсцесс.
- В. Острый аппендицит
- Г. Тазовый абсцесс.
- Д. Поддиафрагмальный абсцесс
- Е. Аппендикулярный инфильтрат

6. 24-летняя женщина жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью 4 часа. В течение последнего получаса боли переместились в правую подвздошную область. $t - 37,8^{\circ} C$.
7. Мужчина 66 лет обратился с жалобами на внезапное возникновение сильных болей в левой подвздошной области, признаки кишечного дискомфорта, затруднение отхождения газов. При пальпации в левой подвздошной области болезненность и ригидность мышц.
8. У больного 40 лет на 6-е сутки после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита повысилась температура, был озноб, развился парез кишечника, появились боли в правой половине живота, появилась иктеричность склер. При пальпации: болезненность в правом подреберье, там же локальное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомов раздражения брюшины не отмечено.
9. Больная 59 лет поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, субфебрильную температуру. Больна в течении 4 дней, лечилась дома принимала анальгетики и антибиотики. При осмотре состояние удовлетворительное, в правой подвздошной области пальпируется образование 12x8 см с четкими границами, неподвижное, болезненное. В крови лейкоцитоз $11 \times 10^9 / л$.
10. Больной 34 лет оперирован по поводу флегмонозно-гангренозного аппендицита. На 7 сутки появился озноб, боли в прямой кишке, тенезмы, учащенное мочеиспускание, При ректальном исследовании выявлено болезненное выбухание передней стенки прямой кишки.
7. Больная 73 лет оперирована по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, гнойного перитонита. На 7 сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, озноб. При осмотре отмечено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. при рентгеноскопии грудной клетки отмечено высокое стояние правого купола диафрагмы, ограничение его подвижности, увеличение тени печени. в крови лейкоцитоз - $19 \times 10^9 / л$.

Вводное задание. Какой диагноз можно предположить у каждого из больных поступивших с диагнозом "острый живот".

Варианты ответов:

- А. Острый аппендицит
- Б. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки.

- В. Острый холецистит
- Г. Острый панкреатит.
- Д. Ущемленная паховая грыжа
- Е. Тромбоз мезентериальных сосудов

6. Больной 46 лет поступил через 17 часов после возникновения острой боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу. кожные покровы покрыты холодным липким потом. Пульс 78 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст.. язык сухой, живот втянут, доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.
7. Больной 32 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу. Заболел остро 2 часа назад, когда появились острые боли в эпигастрии. Состояние тяжелое, положение вынужденное с приведенными к животу ногами, кожные покровы бледные, пульс 100 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот доскообразно напряжен, резко болезненный во всех отделах. Перкуторно притупление в отлогих местах, печеночная тупость отсутствует.
8. Больная 53 лет поступила с жалобами на сильную боль в правом подреберье, многократную рвоту. Заболела 10 часов назад. Состояние средней тяжести, живот болезненный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Ортнера и Мерфи.
9. Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые постепенно распространились в правую половину живота и правую подвздошную область. Была однократная рвота. Живот в акте дыхания участвует, резко болезненный в правой подвздошной области, там же определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика отчетливая.
10. Больной 34 лет поступил на следующие сутки после употребления алкоголя с резкими болями в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева, была многократная рвота съеденной пищей и желчью. Состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга положителен в верхней половине живота, перистальтика кишечника вялая.
11. Больная 66 лет поступила с разлитыми болями по всему животу. Накануне вечером ощутила резкие схваткообразные боли в животе, тошноту, была однократная рвота желудочным содержимым и жидкий стул. В анамнезе 2 инфаркта миокарда за последние 1,5 года, тромбоз вен нижних конечностей. состояние тяжелое, заторможена, цианоз. Одышка 28 в мин. Отрыжка с каловым запахом, пульс 120 в мин. АД 100/60 ммрт.ст. Живот вздут, умеренно напряжен, болезненный во всех отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно - тимпанит, в отлогих местах - притупление, перистальтика резко ослаблена, При ректальном исследовании на перчатке темная кровь.
12. Больная 73 лет поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку и надключичную область, тошноту, которые возникли после приема жирной пищи. Была многократная рвота. Состояние средней тяжести. язык сухой, пульс 110 в мин, живот резко болезненный справа, там же выраженное местное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
13. Больной 62 лет поступил с болями в правой паховой области, которые появились после подъема тяжести. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах. В правой паховой области определяется выпячивание, резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость.

Вводное задание. Кому из описанных ниже больных показано экстренное оперативное вмешательство?

1. Больной 46 лет поступил через 17 часов после возникновения острой боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу. кожные покровы покрыты холодным липким потом. Пульс 78 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст.. язык сухой, живот втянут, доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.
2. Больной 32 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу. Заболел остро 2 часа назад, когда появились острые боли в эпигастрии. Состояние тяжелое, положение вынужденное с приведенными к животу ногами, кожные покровы бледные, пульс 100 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот доскообразно напряжен, резко болезненный во всех отделах. Перкуторно притупление в отлогих местах, печеночная тупость отсутствует.
3. Больная 53 лет поступила с жалобами на сильную боль в правом подреберье, многократную рвоту. Заболела 10 часов назад. Состояние средней тяжести, живот болезненный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Ортнера и Мерфи.
4. Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые постепенно распространились в правую половину живота и правую подвздошную область. Была однократная рвота. Живот в акте дыхания участвует, резко болезненный в правой подвздошной области, там же определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика отчетливая.
5. Больной 34 лет поступил на следующие сутки после употребления алкоголя с резкими болями в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева, была многократная рвота съеденной пищей и желчью. Состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга положителен в верхней половине живота, перистальтика кишечника вялая.
6. Больная 66 лет поступила с разлитыми болями по всему животу. Накануне вечером ощутила резкие схваткообразные боли в животе, тошноту, была однократная рвота желудочным содержимым и жидкий стул. В анамнезе 2 инфаркта миокарда за последние 1,5 года, тромбоз вен нижних конечностей. состояние тяжелое, заторможена, цианоз. Одышка 28 в мин. Отрыжка с каловым запахом, пульс 120 в мин. АД 100/60 ммрт.ст. Живот вздут, умеренно напряжен, болезненный во всех отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно - тимпанит, в отлогих местах - притупление, перистальтика резко ослаблена, При ректальном исследовании на перчатке темная кровь.
7. Больная 73 лет поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку и надключичную область, тошноту, которые возникли после приема жирной пищи. Была многократная рвота. Состояние средней тяжести. язык сухой, пульс 110 в мин, живот резко болезненный справа, там же выраженное местное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
8. Больной 62 лет поступил с болями в правой паховой области, которые появились после подъема тяжести. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах. В правой паховой области определяется выпячивание, резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость.

Вводное задание. Кому из описанных больных следует начинать лечение с консервативной терапии?

1. Больной 46 лет поступил через 17 часов после возникновения острой боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу. кожные покровы покрыты холодным липким потом. Пульс 78 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст.. язык сухой, живот

втянут, доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.

2. Больной 32 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу. Заболел остро 2 часа назад, когда появились острые боли в эпигастрии. Состояние тяжелое, положение вынужденное с приведенными к животу ногами, кожные покровы бледные, пульс 100 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот доскообразно напряжен, резко болезненный во всех отделах. Перкуторно притупление в отлогих местах, печеночная тупость отсутствует.
3. Больная 53 лет поступила с жалобами на сильную боль в правом подреберье, многократную рвоту. Заболела 10 часов назад. Состояние средней тяжести, живот болезненный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Ортнера и Мерфи.
4. Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые постепенно распространились в правую половину живота и правую подвздошную область. Была однократная рвота. Живот в акте дыхания участвует, резко болезненный в правой подвздошной области, там же определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика отчетливая.
5. Больной 34 лет поступил на следующие сутки после употребления алкоголя с резкими болями в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева, была многократная рвота съеденной пищей и желчью. Состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга положителен в верхней половине живота, перистальтика кишечника вялая.
6. Больная 66 лет поступила с разлитыми болями по всему животу. Накануне вечером ощутила резкие схваткообразные боли в животе, тошноту, была однократная рвота желудочным содержимым и жидкий стул. В анамнезе 2 инфаркта миокарда за последние 1,5 года, тромбоз вен нижних конечностей. состояние тяжелое, заторможена, цианоз. Одышка 28 в мин. Отрыжка с каловым запахом, пульс 120 в мин. АД 100/60 ммрт.ст. Живот вздут, умеренно напряжен, болезненный во всех отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно - тимпанит, в отлогих местах - притупление, перистальтика резко ослаблена, При ректальном исследовании на перчатке темная кровь.
7. Больная 73 лет поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку и надключичную область, тошноту, которые возникли после приема жирной пищи. Была многократная рвота. Состояние средней тяжести. язык сухой, пульс 110 в мин, живот резко болезненный справа, там же выраженное местное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
8. Больной 62 лет поступил с болями в правой паховой области, которые появились после подъема тяжести. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах. В правой паховой области определяется выпячивание, резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость.

Больную 45 лет с ожирением I ст беспокоят повторяющиеся приступы печеночной колики. При УЗИ обнаружены признаки хронического калькулезного холецистита, множественные мелкие камни желчного пузыря, отсутствие расширения желчных протоков. В анамнезе аппендэктомия. Методом выбора при лечении больной является:

- А. Медикаментозное растворение камней,
- Б. Лапаротомия, холецистэктомия
- В. Литотрипсия
- Г. Симптоматическая консервативная терапия
- Д. Лапароскопическая холецистэктомия

У больного 32 лет, госпитализированного в клинику по скорой помощи с диагнозом "острый панкреатит", на 3-и сутки заболевания, несмотря на проводимую консервативную терапию, состояние ухудшилось: выросла тахикардия, снизилось артериальное давление, появилось вздутие живота, перитонеальные симптомы. Амилаза мочи, высокая при поступлении, снизилась. Что следует предположить?

- А. На фоне эффективного лечения острого панкреатита развилось другое острое хирургическое заболевание органов брюшной полости
- Б. Допущена ошибка в диагностике при поступлении больного в клинику
- В. У больного развился некротический панкреатит
- Г. У больного развилась острая пневмония
- Д. У больного развился инфаркт миокарда